

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

Solveig Osborg Ose, Silje Haus-Reve og Silje L. Kaspersen

Rapport

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

EMNEORD:Psykisk helsearbeid
Kommunale tjenester
Dokumentasjon
Deskriptiv statistikk
Paneldataanalyser
Tverrsnittsanalyser**VERSJON**
1**DATO**
2011-03-08**FORFATTER(E)**

Solveig Osborg Ose, Silje Haus-Reve, Silje L. Kaspersen

OPPDRAGSGIVER(E)
Helsedirektoratet**OPPDRAGSGIVERS REF.**
Jan Tvedt**PROSJEKTNR**
78114030**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**
112 + vedlegg**SAMMENDRAG**

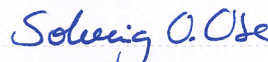
Rapporten inneholder en deskriptiv presentasjon av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene for perioden 2007-2009 gruppert etter fylke, kommunistørrelse, KOSTRA-gruppe, helseregion og helseforetaksområde. I tillegg analyseres kommunal variasjon i årsverksinnsats gjennom tverrsnitts- og paneldataanalyser.

I 2009 var det 12 136 årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene – fordelt på 2 744 årsverk (23 %) i tjenester for barn og unge, og 9 392 årsverk i tjenester for voksne. Dette utgjør en marginal nedgang fra 2008 på 0,2 prosent. Regresjonsanalyser viser at høy andel eldre i kommunen bidrør til gjennomsnittlig høyere innsats i det psykiske helsearbeidet. Andel uføre og andel enslige forsørgere ser også ut til å være signifikante markører for tjenestebehovet. Kommuner med høy andel arbeidsledige i alderen 25-67 år har i gjennomsnitt flere årsverk i tjenester til barn og unge. Videre har rike kommuner flere årsverk i psykisk helsearbeid enn fattige kommuner (forskjellen er stabil over år).

I 2009 ble det rapportert om 205 psykologårsverk i psykisk helsearbeid på landsbasis – fordelt på relativt få og store kommuner. Nær 90 % av psykologårsverkene finnes i tjenester rettet mot barn og unge.

UTARBEIDET AV
Solveig Osborg Ose

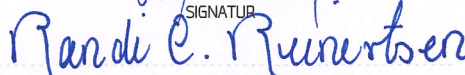
SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**
Stein Petersen

SIGNATUR

**GODKJENT AV**
Randi Eidsmo Reinertsen

SIGNATUR

**RAPPORTNR**
A17039**ISBN**
978-82-14-05030-1**GRADERING**
Åpen**GRADERING DENNE SIDE**
Åpen

Forord

Rapporten er en av flere leveranser i prosjektet *Kvalitetssikring, sammenstilling og analyser 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 beskrivelser og analyser av data som er rapportert fra landets kommuner, jf Rundskriv IS-24, Psykisk helsearbeid i kommunene.

Gjennom hele Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har kommunene årlig rapportert på disponering av mottatte øremerkede midler og vi har gjennom dette prosjektet tidligere dokumentert bruk og utvikling i de øremerkede midlene i en serie rapporter. I 2007 kom et nytt rapporteringsskjema som skulle dekke hele årsverksinnsatsen, altså uavhengig av finansiering. Vi startet derfor en ny publiseringsserie og det er utarbeidet notat og rapporter både for 2007 og 2008 rapporteringen. Denne rapporten dokumenterer, sammenstiller og analyserer tidsserien 2007-2009 med spesiell vekt på 2009-tallene og overgangen fra øremerking av midlene (frem til og med 2008) til at midlene inngikk i rammeoverføringene til kommunene (fra og med 2009).

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

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

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

Helsedirektoratet, representert ved Jan Tvedt, har hatt det overordnede ansvaret for datainnsamlingen og prosjektet. Vi takker for godt samarbeid, nyttige innspill og faglige bidrag fra Helsedirektoratet. Samarbeidet mellom Helsedirektoratet, Fylkesmannen og SINTEF har etter vår mening fungert svært godt.

8. mars 2010

Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	5
1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAGGRUNN	13
1.1 Tidligere analyser	13
1.2 Innhold i rapporten	15
2 DATAGRUNNLAG	17
3 NASJONALE TALL	19
3.1 Brukermedvirkning	19
3.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	20
3.3 Årsverksinnsats – Fordelt på tiltak	22
3.3.1 Tiltak og tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker	23
3.3.2 Tiltak og tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker	24
3.4 Årsverksinnsats – Fordelt på utdanning	25
3.4.1 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til voksne	25
3.4.2 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til barn og unge	26
3.5 Antall mottakere av støttekontakt	27
3.6 Organisering av det psykiske helsearbeidet	28
3.7 Oppsummering	30
4 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?	31
4.1 Innledning og tidligere kunnskap	31
4.2 Metodisk tilnærming	31
4.3 Resultater	33
4.3.1 Tverrsnittsanalyser	33
4.3.2 Paneldatanalyse	34
4.4 Oppsummering	36
5 UTVIKLING I ÅRSVERK ÅRET ETTER AVSLUTNINGEN PÅ OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE	37
5.1 Innledning	37
5.2 Kjennetegn ved kommuner som har hatt stor endring	39
5.3 Regresjonsanalyser av endring 2008-2009	40
5.4 Oppsummering	41
6 ÅRSVERKSINNSATS ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE	43
6.1 Utvikling i kommunene etter helseregion	43
6.2 Utvikling i kommunene etter helseforetaksområde	45
6.3 Oppsummering	48
7 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER	49
7.1 Hvordan sammenlikne kommuner	49
7.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	51
7.2.1 Fylkesvise forskjeller	52
7.2.2 Kommunestørrelse	54
7.2.3 KOSTRA-Gruppe	55
7.2.4 Helseregion	57
7.3 Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge	59
7.3.1 Fylkesforskjeller	59
7.3.2 Kommunestørrelse	60
7.3.3 Kostra-gruppe	60
7.3.4 Helseregion	61
7.4 Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester	61
7.4.1 Årsverk til voksne fordelt på ulike tiltak	62
7.4.2 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak	67
7.5 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper	71
7.5.1 årsverk totalt	72
7.5.2 Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne	82
7.5.3 Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	91
7.6 Antall brukere i utvalgte tiltak	100
7.6.1 Fylkesforskjeller	100

7.6.2	Kommunestørrelse	101
7.6.3	KOSTRA-gruppe	102
7.7	Organisering av tjenestene	104
7.7.1	Fylkesforskjeller	104
7.7.2	Kommunestørrelse	106
7.7.3	KOSTRA-gruppe	107
7.7.4	Helseregion	108
7.8	Oppsummering	108
	REFERANSER	111
	VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2009	113

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

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

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

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

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

2008 var det siste året i Opptappingsplanperioden og da ble om lag 6 850 årsverk finansiert av de øremerkede midlene. I tillegg ble nesten 5 700 årsverk finansiert av kommunenes egne midler. Dette betyr at det i 2008 var nesten 12 550 årsverk i kommunene som utgjorde det kommunale psykiske helsearbeidet. Etter en periode med sterk vekst i årsverksinnsatsen gjennom Opptappingsplanen, ser veksten ut til å flatet ut. Fra 2008 til 2009 er det kun en marginal endring i årsverksinnsatsen når vi ser på landet under ett, men det er store variasjoner mellom de ulike kommunene. Selv om det er små endringer i nasjonale tall, finner vi tendens til nedgang i årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Det er viktig å følge denne utviklingen tett i årene som kommer.

Mennesker med psykiske lidelser/vansker mottar også tjenester og tiltak fra tjenester i kommunene som ikke er omfattet av denne rapporteringen. I tillegg kommer et betydelig antall årsverk innen allmennlegetjenesten (om lag 4 600 legeårsverk i kommunehelsetjenesten) som yter hjelp til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Psykiske lidelser oppgis som den nest hyppigste kontaktårsak. I tillegg kommer også fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats som for eksempel arbeid med primærforebyggende tiltak. Disse årsverkene er ikke omfattet av denne rapportering.

OM RAPPORTEN OG DATAGRUNNLAGET

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

Psykisk helsearbeid er ikke en egen funksjon i KOSTRA og det er dermed ikke mulig å trekke ut statistikk fra offentlige register for tjenester rettet mot ulike brukergrupper. Helsedirektoratet gjennomfører derfor en egen datainnsamling om årsverksinnsats i psykisk helsearbeid. Med unntak av noen få små kommuner, har alle kommuner levert data. Fylkesmannen har en viktig rolle i innsamling av data fra kommunene og de skal kvalitetssikre tallene så langt det er mulig. SINTEF tar deretter over og utfører omfattende kvalitetskontroller og kommuniserer både med rådgivere for psykisk helse hos Fylkesmannen, de enkelte kommunene og Helsedirektoratet. SINTEF korrigerer tall der det oppdages feil eller mangler. Kvalitetskontrollerte og korrigererte tall oversendes til Helsedirektoratet for publisering. Videre produserer SINTEF årsverksstatistikk og gjør omfattende analyser av datamaterialet. Tallene kobles med annen informasjon på kommunenivå og det utføres både enkle og mer avanserte statistiske analyser. I denne rapporten har vi også koblet sammen informasjon om årsverksinnsats i psykisk helsearbeid og årsverksinnsats i psykisk helsevern for 2009 og sett på variasjon mellom helseregioner og helseforetaksområder. I denne rapporten har vi satt sammen tallene for 2007, 2008 og 2009, og sett særlig på overgangen fra 2008 til 2009. 2008 var siste året kommunene mottok øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. Fra 2009 inngikk midlene i rammeoverføringene til kommunene.

UTVIKLING I ANTALL ÅRSVERK

I 2007 rapporterte kommunene om totalt 12 029 årsverk i psykisk helsearbeid, der 25 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2008 ble det rapportert om 12 546 årsverk, der 23 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2009 ble det rapportert om 12 136 årsverk og 23 prosent gikk fortsatt til barn og unge.

Fordi all rapportering på kommunalt psykisk helsearbeid er basert på anslag fra kommunene, kan utviklingen i årsverksinnsatsen påvirkes om kommunene endrer sine metoder for å anslå årsverk. Det kan være endringer i hva som telles med og hvordan brukergruppene defineres, men også endring i metoden for å anslå årsverk feks som følge av omorganisering av tjenestene. Gjennom kvalitetskontrollen har vi identifisert kommuner som ikke har reell endring i årsverksinnsatsen, men som av ulike grunner har endret måten å anslå årsverksinnsatsen på. Det er kun på denne måten en kan si om noe om reell utvikling i denne type data. Når vi ser på endring over tid, tar vi derfor bort de kommunene som har endret anslagsmetoden fra ett år til et annet (23 kommuner når det gjelder tjenester og tiltak til voksne og 14 kommuner når det gjelder tjenester og tiltak til barn og unge). Når vi tar bort kommuner som har endret anslagsmetode, finner vi kun marginale endringer med en nedgang i årsverksinnsatsen på 0,2 prosent i årsverk totalt. Vi beregner en økning på 0,3 prosent i tjenester og tiltak til voksne og en nedgang på 1,8 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge (se tabell neste side).

Antall rapporterte årsverk i 2007, 2008 og 2009 i kommunalt psykisk helsearbeid.

	2007	2008	2009	Rapportert endring fra 2008 til 2009 (%)	Estimert endring fra 2008 til 2009 (%)
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	-2,4	0,3
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	-6,0	-1,8
Totalt	12 029	12 546	12 136	-3,3	-0,2

Fra 2008 finner vi at det har vært en nedgang i antall årsverk i psykisk helsearbeid på 0,2 prosent totalt, med en økning på 0,3 prosent i tjenester og tiltak til voksne og en nedgang på 1,8 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

Bak de beskjedne endringene på nasjonalt nivå skjuler det seg forskjeller i utviklingen etter kommunestørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjoner i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller. I tilbudet rettet mot barn og unge varierer utviklingen fra en reduksjon på 16 prosent til en økning på 12 prosent. Regresjonsanalysene viser at det er lite systematikk i endringer i forhold til kommunale kjennetegn. Enkelte sosiale indikatorer slår ut som signifikante, men viktigst for utviklingen er nivået i utgangspunktet.

Kommunenes forventninger til utviklingen er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt. Resultatene fra undersøkelsen viser at flertallet tror tilbudet vil forbli uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterer også at satsingen i tjenester for barn og unge vil øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel tror satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt. Det blir viktig å følge utviklingen i de nærmeste årene.

HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATSEN MELLOM KOMMUNER?

Ytterligere ett år med data har gitt oss muligheten til å studere stabilitet i determinanter og ta i bruk nye estimeringsmetoder. Overføringen av finansieringen fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering gir i tillegg nye hypoteser i forhold til kommunenes tilpasning. Vi har sett på effekten av kommunale inntekter med fokus på eventuelle endringer over tid.

Tverrsnitts- og panelanalysene viser sammenhenger som er robuste over tid og mellom estimeringsteknikker. Antall årsverk for voksne er assosiert med alderssammensetningen i kommunene og sosiale indikatorer. Andel eldre i kommunene bidrar i gjennomsnitt til høyere innsats i psykisk helsearbeid. Vi tolker dette som synergieffekter mellom psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. En veldimensjonert pleie- og omsorgssektor kan gjøre det lettere å overføre årsverk til psykisk helsearbeid.

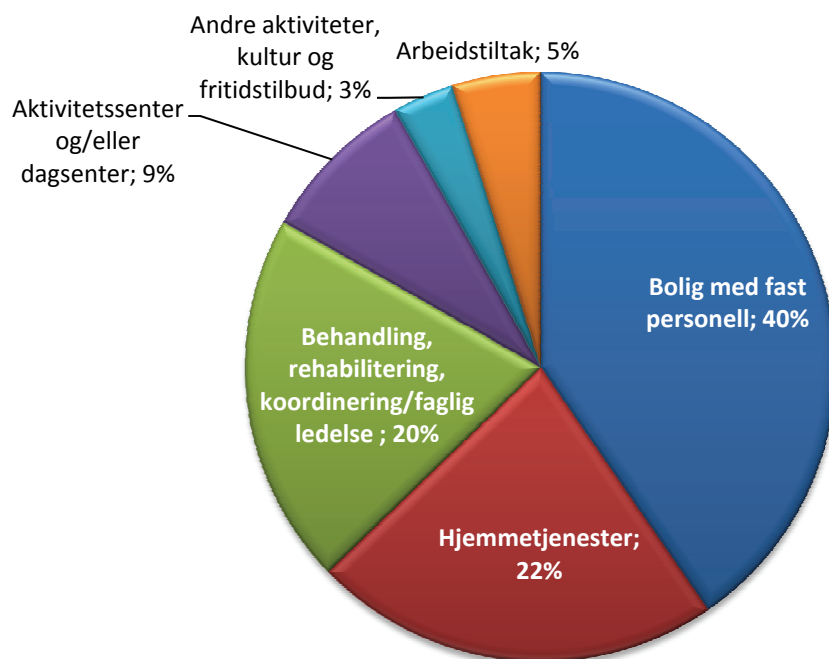
Andel uføre og andel enslige forsørgere ser ut til å være signifikante markører for behovet for tjenester i psykisk helsearbeid for voksne. Effektene kan ikke uten videre tolkes som kausale men bærer nyttig informasjon i forhold til ressursfordeling mellom kommunene.

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

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

FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE I 2009

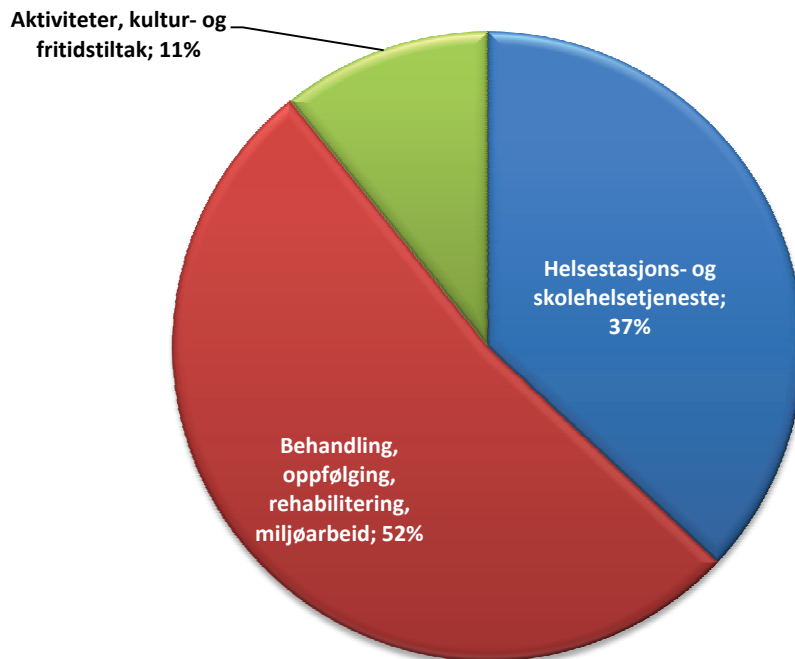
I tjenester og tiltak rettet mot voksne er 40 prosent av årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser. 22 prosent av årsverkene settes inn i hjemmetjenester, mens 20 prosent inngår i samlekategorien " Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse". Som figuren under viser, var 9 prosent av årsverkene i aktivitetssenter/dagsenter, 5 prosent innen arbeidstiltak og de resterende tre prosentene innen andre aktivitets tiltak.



Fordelingen på tiltak er stabil fra 2007 til 2009. Dette betyr at det ikke er omprioriteringer av årsverksinnsatsen innen psykisk helsearbeid mellom ulike tjenester og tiltak i perioden.

FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE I 2009

Av de 2 744 årsverkene som inngikk i tjenester og tiltak til barn og unge, ble i overkant av halvparten av årsverkene brukt til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. 37 prosent av årsverkene tilhører helsestasjon- og skolehelsetjeneste mens de øvrige årsverkene inngår i aktiviteter, kultur- og fritidstiltak.



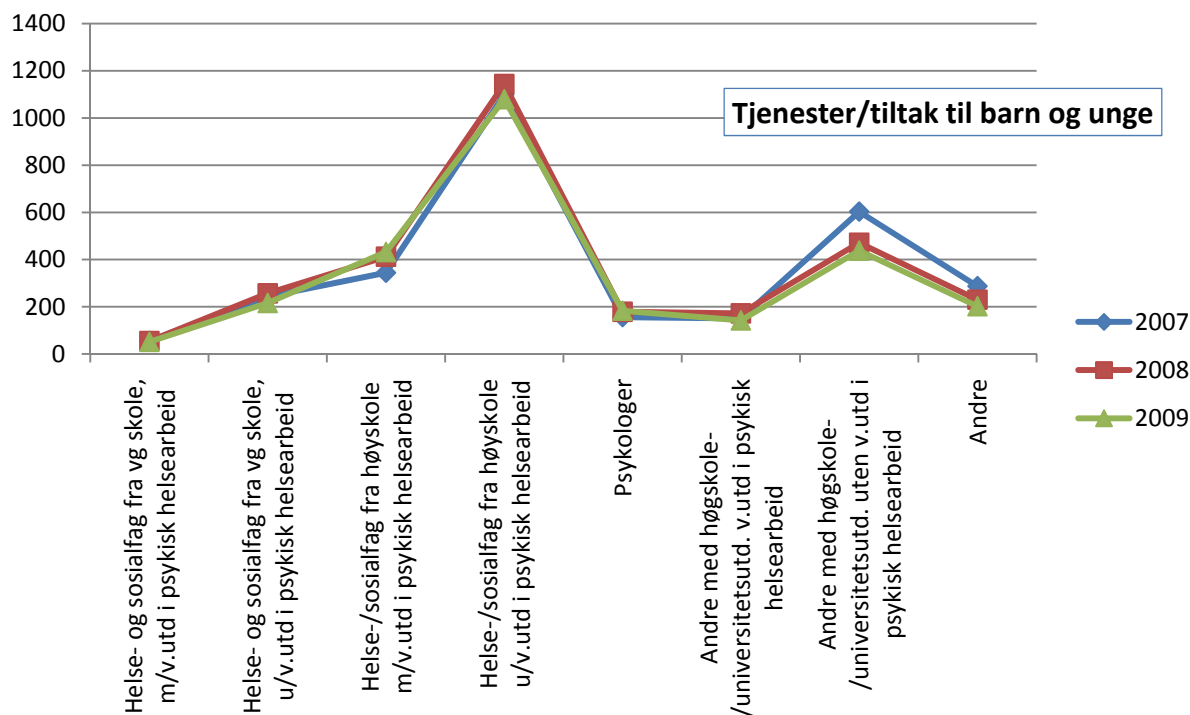
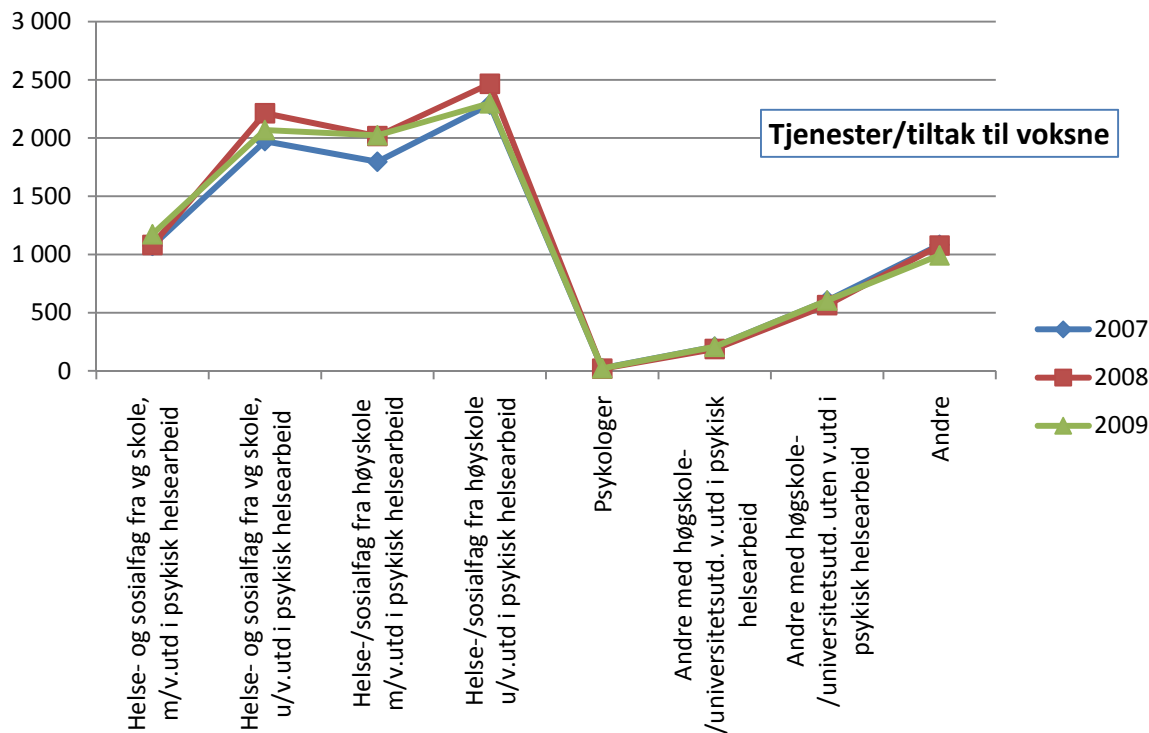
Fordelingen på tjenester og tiltak har vært stabil i perioden 2007-2009.

ÅRSVERK I KOMMUNENES PSYKISKE HELSEARBEID ETTER UTDANNING

I 2009 har 55 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne høyskoleutdanning, mens dette gjelder 83 prosent av årsverkene som går til barn og unge. Færre årsverk med høyskoleutdanning i tjenester til voksne enn til barn og unge kompenseres delvis for med en høy andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid i tjenester rettet mot voksne.

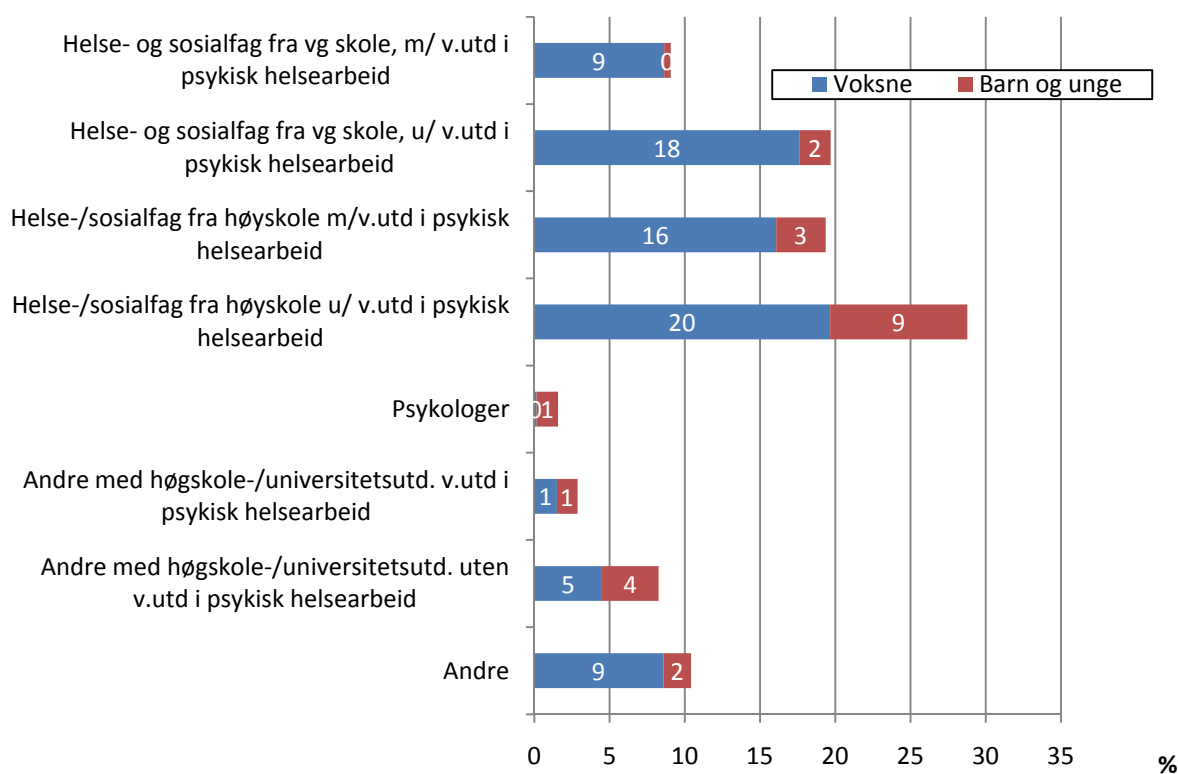
Vi finner også at det har vært en økning i både andel årsverk med videreutdanning og andel årsverk med høyskoleutdanning. Fra 2007 til 2009 har andelen videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 34 til 36 prosent i tjenester/tiltak til voksne og fra 19 til 23 prosent i tjenester/tiltak til barn og unge.

Andel med høyskoleutdanning har økt fra 54 til 55 prosent i tjenester/tiltak til voksne, og fra 19 til 23 prosent innen tjenester/tiltak til barn og unge fra 2007 til 2009.



Som disse figurene viser er det flest årsverk innen kategoriene helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid både innen tjenester til voksne og innen tjenester til barn og unge. Det er få årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole med videreutdanning i tjenester rettet mot barn og unge.

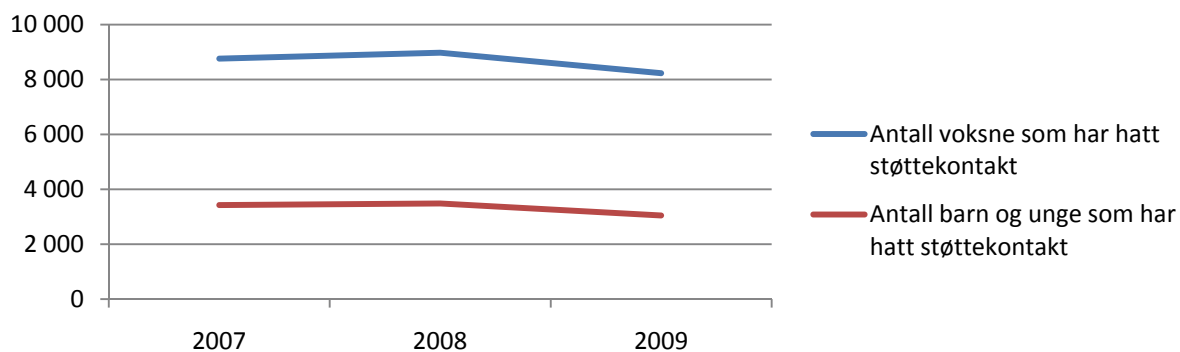
Årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper på følgende måte (prosent av alle årsverk i psykisk helsearbeid):



For eksempel viser figuren over at 29 prosent av alle årsverkene i kommunenes psykiske helsearbeid (12 136 årsverk) utføres av personer med helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. 9 prosent av alle årsverkene utføres med denne type kompetanse i tjenester og tiltak til barn og unge. Under 2 prosent av årsverk utføres av psykologer og disse finnes stort sett i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det i 2009 rapportert om 205 psykologårsverk i tjenestene, der 22 av disse finnes i tjenester til voksne. I 2007 var det 179 psykologårsverk, noe som gir en økning på 15 prosent fra 2007 til 2009. Økningen har utelukkende kommet innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

ANTALL BRUKERE MED PSYKISKE LIDELSER ELLER VANSKER SOM MOTTAR STØTTEKONTAKT

I denne rapporteringen innhentes det informasjon om antall personer med psykiske vansker/lidelser som har støttekontakt. I 2009 var det totalt 11 276 mottakere av individuell støttekontakt, og en stabil andel på om lag 27 prosent er blant barn og unge. Fra 2008 til 2009 estimerer vi en nedgang i antall voksne mottakere på 4 prosent og en nedgang på 11 prosent blant barn og unge.



Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt. En årsak til nedgangen kan derfor være en overgang fra individuell støttekontakt til mer gruppebaserte fritidstilbud, men dette har vi ikke informasjon om.

KONKLUSJON

Fra 2008 til 2009 observerer vi på nasjonalt nivå marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene. Totalt er reduksjonen på 0,2 prosent fordelt på en økning på 0,3 prosent i tilbudet til voksne og en reduksjon på 1,8 prosent i tilbudet for barn. Små kommuner opplever i større grad reduksjoner i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller. I tilbudet rettet mot barn og unge varierer utviklingen fra en reduksjon på 16 prosent til en økning på 12 prosent, men det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner etter observerbare kjennetegn.

I forhold til kompetanse i psykisk helsearbeid, ser vi stor grad av stabilitet mellom ulike utdanningsgrupper. I 2009 har 55 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne høyskoleutdanning, mens dette gjelder 83 prosent av årsverkene som går til barn og unge. Færre årsverk med høyskoleutdanning i tjenester til voksne enn til barn og unge kompenseres delvis for med en høy andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid i tjenester rettet mot voksne.

Vi finner også at det har vært en økning i både andel årsverk med videreutdanning og andel årsverk med høyskoleutdanning. Fra 2007 til 2009 har andelen med videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 34 til 36 prosent i tjenester/tiltak til voksne og fra 19 til 23 prosent i tjenester/tiltak til barn og unge.

Andel med høyskoleutdanning har økt fra 54 til 55 prosent i tjenester/tiltak til voksne, og fra 19 til 23 prosent innen tjenester/tiltak til barn og unge fra 2007 til 2009.

Selv om rike kommuner i gjennomsnitt har flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid enn fattige kommuner, finner vi at kommunalt inntektsnivå ikke har fått større betydning for årsverksinnsatsen i 2009 enn tidligere. Dette betyr at overgangen fra å finansiere tjenestene med øremerkede midler til å la midlene inngå i kommunenes inntektsramme, ikke slår ulikt ut for rike og fattige kommuner.

Generelt er det stabil årsverksinnsats fra 2007 til 2009, men det blir viktig å følge utviklingen og særlig se på hvilke kommunetyper som evt. bygger ned tjenestene.

1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

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

Kommunene rapporterer på kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid og rapporten er i hovedsak knyttet til rapporteringen for 2009. Data ble innhentet gjennom rapporteringsskjema 2 i Helsedirektoratets rundskriv IS-24, tilsvarende rundskriv IS-24 for 2007 og 2008. Antall spørsmål er betydelig redusert fra 2008 til 2009 og det er tilsvarende reduksjon i antall tema som behandles i denne rapporten.

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

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

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

1.1 TIDLIGERE ANALYSER

I forrige rapport så vi også nærmere på personer med psykiske lidelser som har rett til, eller har fått, utarbeidet Individuell Plan (IP). Der beregnet vi at det var i underkant av 21 000 mennesker med psykiske lidelser som av kommunene blir vurdert å ha rett til Individuell plan (IP). Dette betyr at rundt 21 000 mennesker i kommunene vurderes å ha behov for langvarige og sammensatte tjenester. Om lag 5 300 av disse er barn og unge (25 prosent). Dette betyr at nesten 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og i overkant av 0,4 prosent av voksenbefolkningen vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker. Basert på disse tallene og andre beregninger anslo vi at omtrent 14 prosent av voksne mennesker som mottar kommunale tjenester og tiltak har fått utarbeidet Individuell plan med tiltak som er under gjennomføring i 2008. Blant barn og unge mennesker med psykiske lidelser og vansker som mottar kommunale tjenester og tiltak, anslår vi at 9 prosent har fått utarbeidet IP der tiltak er under gjennomføring. Vi fant videre at 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, har fått angitt koordinator. Vi beregnet også at 45

prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som vurderes å ha rett til IP, ikke har fått utarbeidet en plan med tiltak som er under gjennomføring. Vi mente at årsaken til dette bør undersøkes videre. En forklaring kommunene oppgir er at det er svært mange som ikke ønsker å få utarbeidet IP i denne brukergruppen. Andre forklaringer kan være usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å igangsette arbeidet og på hvilket tidspunkt i kontaktforløpet arbeidet med å utvikle IP skal iverksettes.

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

83 prosent av kommunene svarer at de har skriftlige rutiner for hvordan aktuelle brukere skal informeres om IP. Flere av de 17 prosentene som ikke har skriftlige rutiner, oppgir at de arbeider med å nedfelle rutinene skriftlig. Fra rapporteringen på bruk av øremerkede midler vet vi at kun 2-3 prosent av kommunene ikke har rutiner for selve utarbeidingen av IP i 2008.

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

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

I forrige rapport hadde vi også med et kapittel der vi koblet antall pasienter i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) med årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Basert på ulike datakilder beregnet vi at 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker, også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor i stor grad behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester også innen tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Vi

fant ingen generell systematisk sammenheng mellom årsverksinnsats i kommunene og relativt antall pasienter i psykisk helsevern som er bosatt i kommunen. Men i de 15 største kommunene fant vi imidlertid en relativt klar sammenheng. Kommuner med mange voksne innbyggere som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, har også relativt mange årsverk knyttet til det kommunale psykiske helsearbeidet. Kommuner med relativt færre pasienter bosatt i kommunen, har relativt færre årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette kan bety at de store kommunene i stor grad tilpasser tjenestene til etterspørselen, noe vi også har funnet indikasjoner på i tidligere analyser.

De fleste utfall – ressursbruk eller brukerrater – kan drives av både tilbuds- og etterspørselsforhold. For å isolere effektene av en kanal må vi benytte oss av multivariate analyser med spesielt fokus på identifikasjon av etterspørsel eller tilbud. Dette har ikke vært formålet her, og det vil heller ikke være mulig før pasientdata blir komplette. Vi har undersøkt de 15 største kommunene og funnet en positiv sammenheng mellom kommunal ressursinnsats og andel innbyggere i kommunen som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, men med noen unntak som bør undersøkes nærmere.

I tillegg har vi tidligere sett på avgrensninger i forhold til rusfeltet. Dette er komplekst og uavklart i mange kommuner. HelseDirektoratet setter nå i gang en tilsvarende datainnsamling innenfor rusfeltet. HelseDirektoratet har tildelt oppdraget med kvalitetskontroll, sammenstilling og analyse av data til Rambøll AS.

1.2 INNHOLD I RAPPORTEN

I denne rapporten ser vi først kort på hva rapporteringen inneholder av informasjon (kapittel 2). Deretter presenteres de nasjonale tallene (kapittel 3), med estimerte endringer fra 2007 til 2008 der det tas hensyn til endringene i rapporteringen. Kapittel 4-6 inneholder nye analyser basert på 2009 tallene, koblet mot andre datakilder. I kapittel 4 ser vi på hva som kan forklare variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner, mens i kapittel 5 ser vi nærmere på utviklingen i årsverksinnsats året etter avslutningen på Opptappingsplanen for psykisk helse. I kapittel 6 ser vi på årsverksinnsats etter helseforetaksområde og sammenstiller data for 2007, 2008 og 2009. Kapittel 7 er ment som oppslagsverk og her presenteres 2009-tallene basert på fire forskjellige inndelinger av kommunene (etter innbyggertall, etter fylke, etter KOSTRA gruppe og etter helseregion).

2 DATAGRUNNLAG

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

Rundskriv IS-24/2009 inneholder skjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, rapportering 2009" som kommunene skulle fylle ut for 2009. Dette tilsvarer derfor Rapporteringskjema 2 for 2007 og 2008.

Frist for innsending av rapportering for 2009 ble satt til 15. februar 2010. Alle utfylte skjema skulle undertegnes/være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Rapporteringen foregår elektronisk ved at den enkelte kommune laster ned et Excel-skjema fra nettsidene til Helsedirektoratet, fyller ut og sender det til Fylkesmannen. Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen samler rapporteringen fra de enkelte kommunene og kontrollerer tallene så langt det er mulig, før de videresendes til Helsedirektoratet. Rådgiverne har egne kontaktpersoner i kommunene som forestår utfyllingen av skjema.

SINTEF mottok data fra mars-juni og gjennomførte i denne perioden grundig kvalitetskontroll over tallene. Vi går gjennom tallene både manuelt, gjennom automatiske kontroller, ved å koble på andre datakilder, sammenlikne kommuner etter ulike grupperinger og gjennom utvalgte analytiske tester. Spørsmålene til kommunene grupperes fylkesvis og sendes til rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen. De kontakter sine kontaktpersoner i kommunene, og enten får vi svar direkte fra de enkelte kommunene, eller samlet fra rådgiveren hos Fylkesmannen. SINTEF gjør nødvendige korrigeringer basert på tilbakemeldingene og sammenstiller tallene. Endelige tall var klare 15. juni 2010 og oversendt til Helsedirektoratet. Det ble samme dato oversendt et notat fra SINTEF til Helsedirektoratet med tilbakemelding om kontrollarbeidet vi har utført, og en faglig vurdering av rapporteringen. Vi delte her våre erfaringer fra kontrollarbeidet og gav konkrete råd for neste års skjema. I tillegg ble nasjonale tall og utvikling presentert i dette notatet.

For å begrense rapporteringsbyrden for kommunene, og for å hindre direkte dobbelrapportering i forhold til KOSTRA, er det en del avgrensninger for hva som skal rapporteres. Dette er uendret fra 2008. Feks er ikke primærforebyggende arbeid inkludert i datagrunnlaget. Primærforebygging defineres, i følge veiledningen til rapporteringskjema, 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 allmennelegetjenesten, fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats. Innsats overfor målgruppen innen institusjoner eller merkantilt personale inngår ikke.

Tabell 2.1 Innhold i rapporteringen IS-24 i 20098.

Brukermedvirkning	1. Brukermedvirkning i organisert form - oppgis i 1000 kr
Årsverk i tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser	2. Tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser
	3. Hjemmetjenester (med enkeltvedtak)
	4. Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse
	5. Aktivitetssenter og/eller dagsenter
	6. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud
Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser	7. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
	8. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
	9. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge).	10. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak
	11. Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	12. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	13. Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	14. Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	15. Psykologer
	16. Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	17. Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
18. Andre	
Støttekontaktmottakere med psykiske vansker/lidelser	19. Antall voksne
	20. Antall barn og unge
Organisering av det psykiske helsearbeidet	21. Organisering – tjenester til voksne
	Egen enhet/tjeneste
	Integrerte tjenester
	Ansvar hos rådmann/helsesjef
	22. Organisering – tjenester til barn og unge
	Egen enhet/tjeneste
	Integrerte tjenester
	Ansvar hos rådmann/helsesjef

For detaljerte spørsmålsformuleringer, se Rundskriv IS-24/2009. Veiledning til de ulike spørsmålene vises under hovedpunktene i neste kapittel der de nasjonale tallene presenteres.

3 NASJONALE TALL

I dette kapitlet ser vi på de nasjonale tallene for de enkelte variablene vist i tabell 2.1 på forrige side. Tallene kommenteres kort, og der det er mulig, sammenliknes tallene med 2007 og 2008-tallene. Kapitlet inneholder følgende variabelgrupper:

- Brukermedvirkning
- Årsverk i tjenester til voksne
- Årsverk i tjenester til barn og unge
- Årsverk fordelt på utdanningsgrupper
- Støttekontakt
- Organisering

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

3.1 BRUKERMEDVIRKNING

Som vist i tabell 2.1 starter IS-24 med et spørsmål om midler til brukermedvirkning. I 2009 har kommunene bevilget 55,3 millioner kroner til organisasjoner. Dette er en nedgang fra 2008, da kommunene bevilget 58,8 millioner kroner til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, samt andre midler brukt for å sikre brukermedvirkning på systemnivå.¹ I 2007 ble det til sammenlikning bevilget 51,2 millioner kroner. Justert for prisvekst betyr dette at det er en realøkning på om lag 10 prosent fra 2007 til 2008 og en nedgang på 11 prosent fra 2008 til 2009.

Tabell 3.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2009 (i 1000 kroner).

År	Nominelt beløp	Nominell endring	Reelle tall*	Reell endring*
2007	51 200		56 549	
2008	58 800	15	62 446	10
2009	55 300	-6	55 300	-11

*Inflasjonsjustert til 2009-kroner basert på prisindeks for kommunalt helsekonsum (Statistisk sentralbyrå).

Gjennom hele opptrappingsplanperioden har andelen av de øremerkede midlene som går til brukermedvirkning vært relativt stabilt på rundt 1 prosent av de totale midlene. I 2008 gikk om lag 33 millioner av de totalt 3,36 milliardene til brukermedvirkning. I 2008, som var det siste året med øremerkede midler, ble om lag 56 prosent av de totale 58,8 millionene som kommunene har bevilget til brukermedvirkning finansiert av de øremerkede midlene og resten av kommunenes egne frie midler.

¹ Veiledningen til skjemaet sier: Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.

Nedgangen som observeres fra 2008 til 2009 er verdt å merke seg. Dette kan tyde på at når øremerkingen forsvinner, går dette ut over brukermedvirkningen. Vi har gjennom datakontrollen sett tendenser til at når det blir krav om innsparinger, går det ut over innsatsen det ikke er knyttet årsverk til. Dette gjelder blant annet økonomisk støtte til brukerorganisasjoner.

3.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Årsverkstallet som rapporteres skal være basert på en representativ uke mot slutten av året.²

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

Tabell 3.2 viser at i 2008 rapporterte kommunene totalt 12 546 årsverk i tjenester til mennesker med psykiske lidelser og vansker i norske kommuner (psykisk helsearbeid). I 2007 ble det rapportert 12 029 årsverk. Dette utgjør en økning på 4,3 prosent.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2008 og 2009.

	2007	2008	2009
Voksne	9 069	9 627	9 392
Barn og unge	2 961	2 920	2 744
Totalt	12 029	12 546	12 136

Fra og med 2009 har de øremerkede midlene vært lagt inn i rammeoverføringene til kommunene. Det er derfor spesielt viktig å følge utviklingen fra 2008 til 2009.

Dersom vi kun ser på rapporterte årsverk viser tabell 3.2 en reduksjon i årsverksinnsatsen på 3,3 % i totalt antall årsverk fra 2008 til 2009. Nedgangen er på 2,4 prosent innen tiltak og tjenester til voksne og på 6 % innen tiltak og tjenester for barn og unge fra 2008 til 2009.

Neste figur viser antall faktisk rapporterte årsverk i 2007, 2008 og 2009.

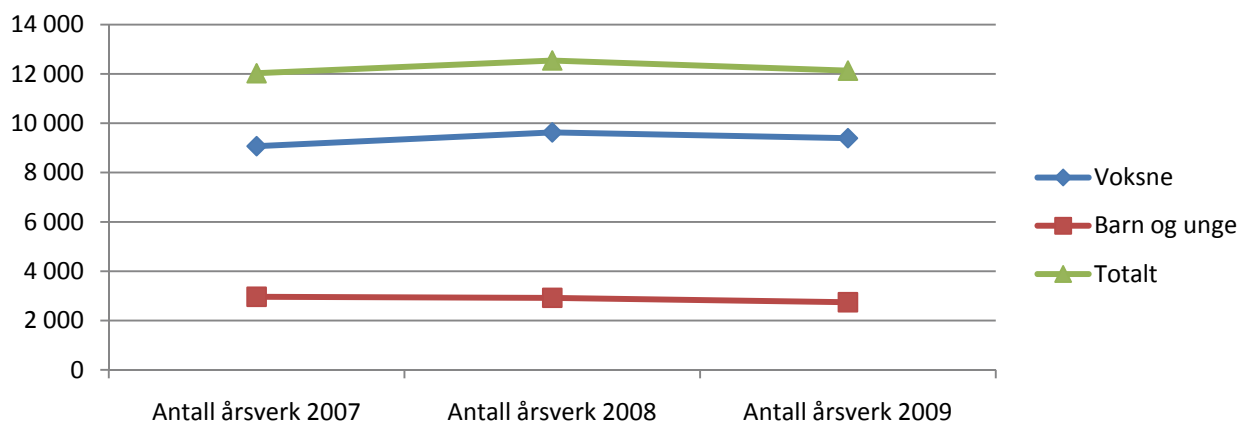
² I veiledningen står det: Vennligst ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 46, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 46 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

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

Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid



Figur 3.1 Antall rapporterte årsverk 2007, 2008 og 2009 for voksne, barn/unge og totalt.

Når en skal følge utviklingen i en sektor basert på årsverksinnsatsen, er det spesielt viktig å vite om det er endringer i måten å anslå årsverk på i de enkelte kommunene, eller om det er reell utvikling som rapporteres. Det er vanskelige anslag som skal gjøres. Tjenestene og brukergruppene er ikke klart avgrenset og kommunene arbeider stadig med å utvikle gode metoder og systemer for å gjøre anslagene. Det er ikke opplagt at metoden som velges i en kommune er den samme som vil fungere i en annen kommune. Dette handler både om organiseringen og innholdet i tjenestene/tiltakene.

Anslagene kan være enklere for de som organiserer tjenestene som egne enheter, men faren kan da være at de ikke teller med annen innsats mot brukergruppen som ligger innenfor andre tjenester som ikke er definert som rent psykisk helsearbeid, for eksempel hjemmetjenester. For kommuner med integrerte tjenester kan avgrensningen bli vanskelig, men veiledningen er tydelig på at årsverkene kun skal telles med dersom psykiske lidelser eller vansker er hovedårsaken til at tjenesten mottas. Dette kan også være en vanskelig avgrensning i noen tilfeller.

Fordi det er viktig spesielt å følge overgangen fra 2008 til 2009 har SINTEF i samarbeid med rådgiverne hos fylkesmannen stilt spørsmål til alle kommunene som rapporterer om stor endring, om dette er en reell endring eller om det er endringer i anslagsmetoden som gir utviklingen. Kommuner som melder tilbake at de har endret anslagsmetoden (nesten utelukkende til det bedre i den forstand at det gir mer presise anslag), har fått en "tag" i datafilen som viser at dette er ikke en reell endring (økning eller nedgang).

Totalt har vi identifisert:

- 23 kommuner der utviklingen som fremkommer i årsverk til voksne ikke er reell, men skyldes endrede anslagsmetoder
- 14 kommer der utviklingen som fremkommer i årsverk til barn og unge ikke er reell, men skyldes endrede anslagsmetoder

Det er noen store kommuner blant disse kommunene, noe som betyr at de nasjonale tallene blir påvirket av dette.

Tabell 3.3 Antall rapporterte årsverk i 2007, 2008 og 2009 i kommunalt psykisk helsearbeid.

	2007	2008	2009	Rapportert endring fra 2007 til 2008	Estimert endring fra 2007 til 2008	Rapportert endring fra 2008 til 2009	Estimert endring fra 2008 til 2009
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	6,2	8,2	-2,4	0,3
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	-1,4	7,7	-6,0	-1,8
Totalt	12 029	12 546	12 136	4,3	8,1	-3,3	-0,2

Dette betyr at vi anslår at årsverksinnsatsen totalt er omtrent uendret fra 2008 til 2009 innen tjenester og tiltak rettet mot voksne med psykiske lidelser og problemer, mens det er en nedgang innen tjenester og tiltak til barn og unge med psykiske lidelser og problemer på 1,8 prosent. En uendret andel av årsverkene går til barn og unge i 2008 og 2009.³

Dette stemmer godt med vårt generelle inntrykk av i overgangen fra 2008 til 2009 ut fra vår kontakt med Fylkesmannen og kommunene, men mange sier at det særlig er fra 2009 til 2010 nedgangen kommer med kutt i budsjettene og kamp om å bevare årsverkene i tjenestene.

Vårt inntrykk er at det er mye omorganisering i kommunene nå. Spesielt er det for mange kommuner nå enda vanskeligere å skille mellom kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid. Dette må grundig diskuteres før neste års rapportering. Vi har en viss indikasjon på omorganiseringer når vi ser på fordelingen på ulike modeller for organisering av tjenestene, se kapittel 3.4.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

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

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

³ Etter gjennomgang av tallene i 2008 med tilsvarende "tagging" av kommuner som da endret rapportering, fant vi at at årsverksinnsatsen for voksne økte med 6,2 prosent fra 2007 til 2008, mens det samtidig ble observert en nedgang i årsverksinnsatsen for barn og unge med 1,4 prosent. Totalt fant vi økning på 4,3 prosent i årsverksinnsats fra 2007 til 2008.

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

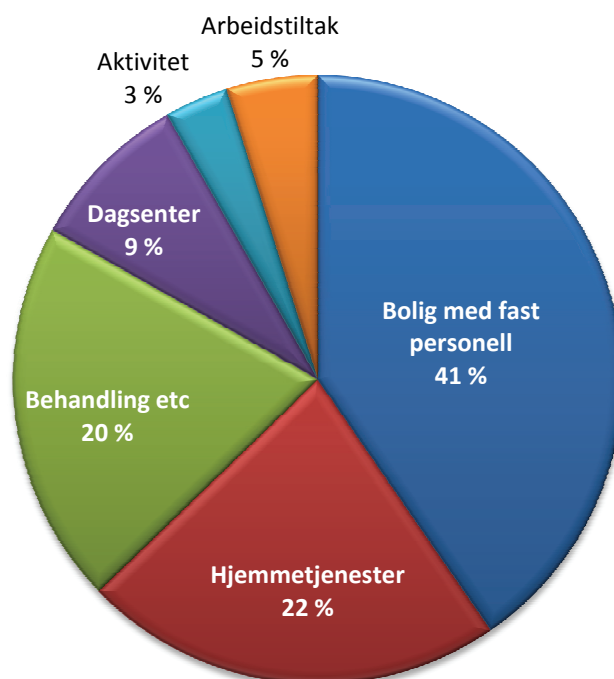
3.3.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Etter at kvalitetskontrollen i 2007 og 2008 indikerte at hjemmetjenester var en vesentlig del av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid, anbefalte SINTEF at dette burde være en egen variabel. Det var svært tilfeldig hvor disse årsverkene ble ført i de enkelte kommunene.

Tabell 3.4 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796
Hjemmetjenester	*	*	2 099
Behandling etc	3 824	4 037	1 917
Dagsenter	858	866	810
Aktivitet	217	239	318
Arbeidstiltak	509	507	453
Sum voksne	9 069	9 627	9 392

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for voksne i 2009.



Figur 3.2 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2009.

For å sammenlikne fordelingen på ulike tiltak mellom 2007, 2008 og 2009 slår vi sammen kategoriene Hjemmetjenester og Behandling etc.

Tabell 3.5 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2009. Alle kommuner

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

Dette betyr at det ikke er noen særlig omprioritering av årsverkene fra 2007 til 2009. Vi har undersøkt om denne stabiliteten er ulik mellom kommuner som har endret anslagsmetode i perioden og de som har robust rapportering. Vi finner kun tilfeldig variasjon i tiltaksfordeling mellom kommuner som har endret rapporteringsmetode og de som ikke har gjort det. Det er primært antall årsverk som endres og ikke fordelingen på tiltak eller på utdanningsgrupper.

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

Tabell 3.6 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for barn og unge i 2009.



Figur 3.3 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2009.

Tabell 3.7 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2009. Alle kommuner

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

Det ser ut til å være relativt stabilt i forhold til årsverksfordeling på ulike tiltak. I rapporten skal vi også her gå grundigere inn på kommuner som melder om stabile anslagsmetode og sammenlikne med de som melder om at de har endret anslagsmetode for å mulig identifisere nærmere hvor anslagsproblematikken primært ligger innenfor tjenestene og tiltakene for barn og unge. Her har vi også en del viktige tilbakemeldinger fra kommunene og Fylkesmannen, særlig i forhold til utfordringer med ulike organisasjonsmodeller.

3.4 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

3.4.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 074	1 082	1 174
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 973	2 213	2 069
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 796	2 017	2 024
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	2 287	2 466	2 299
Psykologer	23	19	22
Andre med høgskole-/universitetsutd. v.utd i psykisk helsearbeid	207	188	208
Andre med høgskole-/universitetsutd. uten v.utd i psykisk helsearbeid	603	565	605
Andre	1 083	1 077	993
Totalt	9 048*	9 627	9 392

* Avviker fra tabell 3.5 grunnet avvik mellom årsverk fordelt på tiltak og årsverk fordelt på utdanningsgrupper, totalt 21 årsverk.

Den prosentvise fordelingen er for perioden er vist i tabellen under, og vi ser at det er kun marginale endringer.

Tabell 3.9 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	12	11	12
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	22	23	22
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	20	21	22
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	25	26	24
Psykologer	0,25	0,20	0,23
Andre med høgskole-/universitetsutd. v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2
Andre med høgskole-/universitetsutd. uten v. utd i psykisk helsearbeid	7	6	6
Andre	12	11	11
Totalt	100	100	100

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekt hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene⁴. Som vi ser er det ingen endring i årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til voksne i perioden 2007 til 2009.

3.4.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	55	55	51
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	243	257	216
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	344	412	432
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	1 099	1 144	1 080
Psykologer	156	179	183
Andre med høgskole-/universitetsutd. v. utd i psykisk helsearbeid	150	172	142
Andre med høgskole-/universitetsutd. uten v. utd i psykisk helsearbeid	603	471	438
Andre	287	230	202
Totalt	2 937*	2 920	2 744

* Avviker fra tabell 3.6 grunnet avvik mellom årsverk fordelt på tiltak og årsverk fordelt på utdanningsgrupper, totalt 24 årsverk.

⁴ Se mer om dette feks i rapport fra Helsedirektoratet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse", 04/2009.

Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2009. Alle kommuner

	2007	2008	2009
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	8	9	8
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	12	14	16
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	37	39	39
Psykologer	5.3	6.1	6.7
Andre med høgskole-/universitetsutd. v. utd i psykisk helsearbeid	5	6	5
Andre med høgskole-/universitetsutd. uten v. utd i psykisk helsearbeid	21	16	16
Andre	10	8	7
Totalt	100	100	100

Fra tabell 3.12 på neste side ser vi at både andel med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid øker både innen tjenester/tiltak rettet mot barn og unge og mot voksne gjennom perioden.

Tabell 3.12 Andel årsverk med høyskole utdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2009.

	Voksne		Barn og unge	
	Andel med høyskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	Andel med høyskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)
2007	54	34	80	19
2008	55	34	81	22
2009	55	36	83	23

3.5 ANTALL MOTTAKERE AV STØTTEKONTAKT

I 2009-rapporteringen er det kun antall som mottar støttekontakt som er spurt om, spørsmålene om omsorgslønn, avlastning og innkjøpte heldøgns plasser er ikke lenger med.

Tabell 3.13 Antall personer som har støttekontakt

	2007	2008	2009
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 045
Totalt	12 187	12 461	11 276

I 2009 var det totalt 11 276 mottakere av individuell støttekontakt, og en stabil andel på om lag 27 prosent var barn og unge.

Gjennom kvalitetskontrollen er det flere kommuner som har opplyst at endringen i rapporterte mottakere fra 2008 til 2009 skyldes endringer i rapporteringen (12 kommuner for voksne og 19 kommuner for barn og unge). Tilsvarende informasjon finnes ikke for 2007 til 2008 da det kunne vært

andre kommuner som endret beregningsmåte. Om vi tar bort disse kommunene, finner vi et riktigere anslag på utviklingen fra 2008 til 2009.

Tabell 3.14 Antall personer som har støttekontakt, rapportert og faktisk endring.

	2007	2008	2009	Endring 2007-2008	Endring 2008-2009	Estimert endring 2008-2009
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231	2	-8	-4
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 050	2	-13	-11

Fra 2008 til 2009 estimerer vi en nedgang i antall voksne mottakere på 4 prosent og en nedgang på 11 prosent blant barn og unge, se siste kolonne.

Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt. En årsak til nedgangen kan derfor være en overgang fra individuell støttekontakt til mer gruppebaserte fritidstilbud, men dette har vi ikke informasjon om.

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

3.6 ORGANISERING AV DET PSYKISKE HELSEARBEIDET

Kommunene står fritt til å velge hvordan de vil organisere tjenestene innen psykisk helsearbeid. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det naturlig at det finnes mange mulige organiseringsformer. Det er likevel behov for å få et mer overordnet bilde av hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser organiseres, særlig for å følge utviklingen over tid.

Det er viktig å følge utviklingen i hvordan kommunene organiserer det psykiske helsearbeidet. I rapporteringen for 2007 og 2008 kunne kommunene velge mellom fire ulike modeller:

Modell 1: Egen enhet med eget budsjett

Modell 2: Integrert i øvrige tjenester

Modell 3: Integrert med klar plassering av ansvaret

Modell 4: Egen spesialisert tjeneste

I 2009 ble antallet redusert til tre modelltyper:

Modell 1: Egen enhet/tjeneste

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

egen tjeneste med spesialisert personell. Tilsvarende modell 1 og 4 i rapporteringen for 2008 (IS-24/2008 spørsmål 26).

Modell 2: Integrerte tjenester

Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert egen enhet for psykisk helsearbeid. Tilsvarende modell 2 i rapporteringen for 2008 (IS-24/2008 spørsmål 26).

Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef

Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for barn og unge i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. Tilsvarende modell 3 i rapporteringen for 2008 (IS-24/2008 spørsmål 26).

Dette betyr at Modell 1 og Modell 4 fra 2007 og 2008 er slått sammen, slik at både "Egen enhet med eget budsjett" og "Egen spesialisert tjeneste" nå er "Egen enhet/tjeneste". Vi har derfor slått sammen modell 1 og 4 for årene 2007 og 2008 for å kunne sammenlikne med 2009.

Fordelingen av kommunene på de ulike modellene er vist i tabellen under. I neste tabell viser vi den prosentvise fordelingen.

Tabell 3.15 Antall kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2007,2008 og 2009.

	Voksne			Barn og unge		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	314	332	316	197	217	176
Modell 2: Integrerte tjenester	69	63	77	178	175	215
Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef	35	25	26	41	28	28
Ikke svart/ingen passer/kombinasjon av flere (antall)	13	10	11	15	10	11
Totalt	431	430	430	431	430	430

I 2009 er det bare en kommune som ikke har svart, men det var noen flere i denne kategorien tidligere. Vi ser på andeler og antar at de som ikke har svart i 2007 og 2008 har kombinasjon av flere modeller. Det er også naturlig at en del av de som har krysset av for de ulike organiseringsformene, i realiteten har en kombinasjon av flere modeller, men at dette best beskriver deres organisering.

Tabell 3.16 Andel kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2007,2008 og 2009.

	Voksne			Barn og unge		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	73	77	73	46	50	41
Modell 2: Integrerte tjenester	16	15	18	41	41	50
Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef	8	6	6	10	7	7
Kombinasjon	3	2	3	3	2	3
Totalt	100	100	100	100	100	100

Som vist i tabell er det relativt stabilt i fordelingen av ulike modelltyper i tjenester og tiltak til voksne. I tjenester og tiltak til barn og unge kan vi spore en tendens til at flere kommuner integrerer tjenestene i andre tjenester heller enn at flere kommuner trekker ut tjenestene i egne enheter.

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.

10 av bydelene i Oslo har valgt å ha egne enheter/tjenester for voksne med psykiske vansker/lidelser og de 5 andre har tjenestene integrert innenfor øvrige kommunale tjenester. I tjenester og tiltak for barn og unge har 2 bydeler egne enheter/tjenester mens de 13 andre har integrerte tjenester for barn og unge.

3.7 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på nasjonale tall sammenstilt for årene 2007, 2008 og 2009. Vi har gjort beregninger basert på resultat fra kvalitetskontrollen og finner at det er marginale endringer i nasjonale tall på årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid i perioden. Selv om endringene er små, ser vi tendenser til nedgang, særlig i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Stabile årsverkstall er ikke ensbetydende med stabilitet i total ressursinnsats i tjenester og tiltak til mennesker med psykiske vansker/lidelser. Vi finner at kommunene reduserer bevilgningene til brukermedvirkning (nedgang på 11 prosent fra 2008 til 2009). Færre mottar individuell støttekontakt og særlig er nedgangen stor blant barn og unge. Dette kan også bety at støttekontakttjenestene er i endring, med at individuell støttekontakt gradvis erstattes med mer gruppebaserte fritidstilbud.

4 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?

I kapittel 7 dokumenterer vi stor variasjon i årsverksinnsatsen mellom kommunene. I dette kapitlet undersøker vi hva som kan forklare denne variasjonen.

4.1 INNLEDNING OG TIDLIGERE KUNNSKAP

Vi går nå ned på hver enkelt kommune for hvert av årene 2007, 2008 og 2009 og analyserer hvilke kjennetegn eller forhold i kommunene som systematisk varierer med årsverksinnsatsen målt i forhold til folketallet.

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

4.2 METODISK TILNÆRMING

Hva forklarer variasjonen i årsverksinnsats i tjenester/tiltak for voksne og for barn og unge med psykiske lidelser/vansker? Og har kommuner som har økt ressursbruken spesielle kjennetegn? Ved hjelp av regresjonsanalyse studerer vi variasjonen med et sett forklaringsfaktorer som kan identifisere etterspørselsforhold som er potensielt viktige for dimensjoneringen av tilbudene. I tidligere rapporter har vi gjort liknende analyser, men ytterligere ett år med data gjør oss i stand til å teste sammenhengene over tid, og også ta i bruk andre metoder. For det første vil vi se om tidligere etablerte sammenhenger fremdeles gjør seg gjeldende i siste års datamateriale. Kort oppsummert har rapportene fra 2007 og 2008 vist at sosiale forhold er assosiert med ressursbruken for begge aldersgrupper. For barn og unge har vi observert en sammenheng mellom andel unge arbeidsledige og

antall årsverk i tjenesten rettet mot barn og unge. Dette resultatet kan ikke tolkes som en kausal effekt der andel ledige skaper behov for ressurser. Mest sannsynlig vil mottaker av tjenester også ha problemer som hemmer aktiviteten og attraktiviteten i arbeidslivet.

Vi vil analysere ressursinnsats som funksjon av økonomiske rammer, etterspørsel etter andre kommunale tjenester, sosiale forhold og bosettingsmønster. Modellspesifikasjonen er ofte brukt til å studere etterspørsel etter kommunale tjenester (Rattsø, 2005). Kommunenes budsjett kan betraktes som ei kake som skal deles mellom flere kommunale tjenester. De store tjenestene har veldefinerte etterspørselsgrupper som sammenfaller med distinkte aldersgrupper. Barnehagetjenester etterspørres av befolkningen i aldersgrupper 0-5 år, grunnskolen 6-15 år, mens hovedtyngden av pleie- og omsorgstjenester forbrukes av den eldste delen av befolkningen.

Kommunale inntekter antas å påvirke tilbudet i alle tjenester. Økt økonomisk handlingsrom kan omsettes i et bedre kommunalt tjenestetilbud. Det er betydelig variasjoner i kommunale inntekter og utgiftsbehov. Vi har valgt å bruke såkalt korrigert inntekt som kontroll. Korrigerede inntekter er inntekter per innbygger som er korrigert for beregnet utgiftsbehov i kommunene. De er definert slik at gjennomsnittskommunen har et nivå på 100.

Bosettingsstruktur har betydning for muligheten for sentralisering av tjenestene. Hvis det eksisterer stordriftsfordeler i produksjon av tjenester, vil anledningen til å danne færre store enheter være kostnadmessig gunstig sammenliknet med mange små enheter.

Sosiale forhold kan ha betydning for etterspørselen, men samtidig kan de være en funksjon av underliggende årsaker som også er determinanter for behov for tjenester innenfor psykisk helsevern. Det er derfor liten anledning til å tolke sammenhengene mellom sosiale indikatorer og ressursbruk i aktuell sektor som kausale, særlig i forhold til tradisjonelle analysemetoder.

Årsverksinnsats er som i resten av rapporten definert i forhold til per 1 000 innbygger i målgruppen. Målgrupper for barn og unge er innbyggere 17 år og yngre, men målgruppen for voksne er fra 18 til og med 67 år. Eldre med behov for liknende tjenester antas ivaretatt innenfor ordinær pleie og omsorg.

Metodisk endrer vi opplegget noe fra tidligere år. Data over tre år gjør oss bedre i stand til å studere forholdet mellom etterspørselsforhold og ressursbruk innenfor psykisk helsearbeid ved hjelp av tidsvariasjonen. Før har vi utelukkende vært prisgitt tverrsnittsvariasjonen, variasjonen mellom kommuner. Nå kan vi se nærmere på variasjoner innenfor kommuner over tid.

Tilgjengeligheten av data over tre år gir muligheter til å studere hvorvidt tidligere etablerte sammenhenger er stabile over tid. I tillegg representerer data fra 2009 en tidlig test av eventuelle effekter av overgangen fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering. Denne potensielle effekten blir naturlig nok lettere å identifisere med ytterligere år med data. En hypotese i forbindelse med en slik evaluering er at kommunale inntekter blir viktigere etter at finansieringen blir en del av rammen.

4.3 RESULTATER

4.3.1 TVERRSNITTSANALYSER

I tabell 5.1 har vi rapportert resultatene fra separate analyser av de tre tverrsnittene fra 2007, 2008 og 2009. Modellene forklarer ca 10 prosent av variasjonen i årsverk per voksne innbygger og fra 4-7 prosent av variasjonen i årsverk per barn og unge.

4.1 Resultat fra regresjonsanalyser, tverrsnitt

Variable	Voksne			Barn/unge		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
År						
Innb 2000-4999	-0.91 (-1.59)	-0.39 (-0.91)	-0.32 (-0.76)	-0.31 (-0.51)	-0.40 (-1.11)	-0.36 (-0.94)
Innb 5000-9999	-1.45** (-2.01)	-0.57 (-1.03)	-0.31 (-0.56)	-1.39* (-1.81)	-0.84* (-1.80)	-0.71 (-1.41)
Innb 10000-19999	-1.38 (-1.57)	-0.45 (-0.67)	-0.27 (-0.41)	-1.68* (-1.82)	-1.02* (-1.79)	-0.79 (-1.30)
Innb 20000-50000	-1.42 (-1.45)	-0.61 (-0.80)	-0.28 (-0.37)	-1.36 (-1.31)	-0.69 (-1.07)	-0.33 (-0.47)
Over 50000 innb	-1.11 (-0.88)	0.20 (0.20)	0.44 (0.45)	-1.95 (-1.50)	-1.00 (-1.23)	-0.94 (-1.07)
Andel 0-5 år	37.9 (1.58)	33.5* (1.79)	6.77 (0.40)	-45.9* (-1.81)	-23.4 (-1.48)	-21.8 (-1.40)
Andel 67+	20.5** (2.14)	27.6*** (3.70)	20.1*** (2.72)	-3.52 (-0.35)	-4.42 (-0.70)	-3.67 (-0.54)
Andel 6-15 år	10.7 (0.66)	23.7* (1.87)	26.1** (2.09)	-7.93 (-0.46)	-1.27 (-0.12)	-3.71 (-0.32)
Andel arb.ledige 16-24 år	-2.76 (-0.11)	1.39 (0.10)	-17.0 (-1.22)	-22.3 (-0.86)	-7.34 (-0.64)	-23.7* (-1.89)
Andel arb.ledige 25-66 år	-23.9 (-0.81)	15.8 (0.82)	16.4 (0.84)	74.5** (2.40)	33.7** (2.07)	52.3*** (2.91)
Andel uføre	13.3** (2.31)	10.7** (2.16)	11.5** (2.44)	-1.44 (-0.24)	3.99 (0.96)	2.86 (0.66)
Andel enslige forsørgere	-60.7 (-1.14)	-63.4 (-1.35)	-86.0* (-1.87)	25.5 (0.46)	7.87 (0.20)	-29.9 (-0.70)
Andel bosatt i tettbebyggelse	0.079 (0.090)	-0.15 (-0.21)	0.22 (0.33)	1.35 (1.47)	0.093 (0.16)	0.20 (0.33)
Korrigert inntekt	0.023 (1.38)	0.0068 (0.52)	0.015 (1.09)	-0.0047 (-0.27)	-0.0048 (-0.43)	-0.0072 (-0.56)
Konstant	-5.15 (-1.04)	-6.73* (-1.76)	-5.00 (-1.35)	7.55 (1.46)	5.35* (1.67)	5.70* (1.68)
År	2007	2008	2009	2007	2008	2009
N	379	392	392	387	401	401
R2 justert	0.099	0.113	0.107	0.064	0.050	0.037

Som vist i tabellen er det to faktorer som konsekvent trekker i retning av høyere ressursbruk per voksen, og det er alderssammensetning i kommunene og andel uføre. Alderssammensetningen skulle fange opp etterspørsel etter konkurrerende kommunale tjenester, men vi ser ingen spor av dette. Tvert i mot øker årsverk per voksen i psykisk helsearbeid med økende andel eldre i kommunene. Dette resultatet kan skyldes at det er synergieffekter mellom tilbudet innenfor psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. Hvis dimensjoneringen av pleie og omsorg følger etterspørselen tett er det

lettere å tilordne ressurser til psykisk helsearbeid. Andel barn i grunnskolealder har også positiv effekt på årsverk til voksne, uten at det er noen sannsynlig interaksjon mellom tjenestene.

De estimerte effektene er små. Vi har estimert en koeffisient på 20,5 for andel eldre. Dette betyr i praksis at årsverksinnsats per 1 000 innbyggere, i gjennomsnitt, øker med 0,21 hvis andel eldre øker med 1 prosentpoeng. Sett i forhold til gjennomsnittlig årsverk per voksne representerer dette en økning på 0,5 prosent.

Én sosial indikator er assosiert med økt årsverksinnsats for voksne, det er andel uføre i kommunene. Vi kan ikke gi en kausal tolkning av effekten. Resultatet drives sannsynligvis av det bakenforliggende faktum at psykisk uhelse både krever økt ressursinnsats i psykisk helsevern og samtidig reduserer muligheten til arbeidslivstilknytning.

Variasjoner i årsverk per barn og unge er generelt vanskelig å forklare, men innenfor den begrensede forklaringskraften er det én sosial indikator som har signifikant positiv effekt over alle tre år. Høy gjennomsnittlig arbeidsledighet er systematisk samvariert med årsverk i psykisk helsevern retter mot barn og unge. Ungdomsledigheten har ikke effekt. Resultatet kan tolkes som kjennetegn ved foreldre med barn som har behov for hjelp. Arbeidsledighet kan være assosiert med manglende evne til å tilby tilstrekkelig omsorg for barn med behov, og barn med store omsorgsbehov kan øke terskelen for foreldre til å delta i yrkeslivet.

4.3.2 PANELDATAANALYSE

I et paneldatasett varierer data over flere dimensjoner, i dette tilfellet mellom kommuner og over tid. Tidsdimensjonen kan man utnytte for å kontrollere for uobserverte forhold i kommunene som ikke varierer over tid. Eksempler er kultur, tradisjoner, kompetanse i administrasjon, osv. I paneldatanalyser uttrykkes dette som ulike forutsetninger om restleddene. Denne tidsinvariante komponenten er en del av restleddet og kan gi feilaktige estimater hvis de ikke nøytraliseres eller estimeres. Vanligvis kontrolleres dette for ved hjelp av random eller fixed effekt -analyser (hhv RE og FE i fortsettelsen). FE nøytraliserer denne komponenten og benytter kun tidsvariasjonen i data, men siden vi kun har tre tidsperioder velger vi ikke å estimere denne modell-spesifikasjonen. FE er forventningsrett i et slikt "kort" panel men variansen blir høy og effekten av variable som varierer lite over tid blir upresist estimert.⁵

Utgangspunktet for analysene er en vanlig minste kvadraters metode (MKM) der alle 3 tverrsnitt inngår i analysene. I forhold til tverrsnittsanalysene gir dette oss 3 ganger så mange observasjoner og gjør oss i stand til å estimere sammenhenger mer presist. Ulempen med MKM-analysene er at de blir forventningsskjeve hvis det faktisk eksisterer en tidsinvariant kommunekomponent i restleddet. Vi presenterer en test for tilstedeværelsen av en slik komponent.

⁵ Vi har estimert FE-modeller og sammenliknet med RE-modellene ved hjelp av en Hausman-test. Resultatene indikerer at RE-spesifikasjonen er mest passende til data. Intuisjonen bak testen er at ved små avvik mellom FE- og RE-estimatene så foretrekkes RE grunnet lavere varians.

I paneldataanalysen velger vi å bruke en kontinuerlig variabel for å kontrollere for kommunestørrelse. Dette gjøres fordi vi vil ha variasjon i innbyggertall over tid. Hadde vi brukt gruppeinndelingen ville vi kun fått variasjon når kommuner går fra en gruppe til en annen.

Estimatene er størst i MKM-analysene. Dette er ikke uventet da MKM benytter all variasjon i analysene. RE benytter en vektet andel av både tverrsnitts- og tidsvariasjon. Testene av metodene mot hverandre identifiserer en tidsinvariant restleddskomponent så RE-resultatene tolkes som mest troverdige.

Resultatene fra paneldataanalysen underbygger tverrsnittsanalysene. Årsverk til tjenester for voksne øker med andel innbyggere i grunnskolealder og andel eldre. I tillegg til andel uføre observerer vi nå også at andel enslige forsørgere har signifikant negativ effekt. Som over må vi ta forbehold om kausalitet, men de sosiale indikatorene kan tolkes som markører for behov for ressurser i psykisk helsearbeid for voksne.

4.2 Resultat fra regresjonsanalyser, panelanalyse

Avhengig variabel	Voksne		Barn og unge	
Innbyggertall(log)	-0.013 (-0.10)	-0.083 (-0.44)	-0.46*** (-3.74)	-0.39** (-2.27)
Andel 0-5 år	27.7** (2.46)	6.39 (0.48)	-26.7** (-2.47)	-21.3 (-1.61)
Andel 67+	25.3*** (5.55)	19.2*** (3.01)	-3.78 (-0.86)	-0.38 (-0.064)
Andel 6-15 år	22.0*** (2.79)	18.4* (1.84)	-7.50 (-0.99)	0.30 (0.031)
Andel arb.ledige 16-24 år	-1.65 (-0.19)	2.16 (0.36)	-13.2 (-1.58)	-3.41 (-0.50)
Andel arb.ledige 25-66 år	2.43 (0.19)	2.47 (0.24)	51.8*** (4.29)	34.7*** (3.02)
Andel uføre	11.5*** (3.95)	8.27** (2.00)	0.93 (0.33)	1.60 (0.42)
Andel enslige forsørgere	-76.4*** (-2.77)	-63.3** (-1.98)	-4.37 (-0.16)	-2.24 (-0.070)
Andel bosatt i tettbebyggelse	-0.16 (-0.36)	-0.26 (-0.40)	0.80* (1.94)	0.76 (1.30)
Korrigert inntekt	0.025*** (3.40)	0.017* (1.74)	-0.0054 (-0.76)	0.00031 (0.033)
D 2008	0.074 (0.39)	0.019 (0.15)	-0.20 (-1.10)	-0.13 (-0.97)
D 2009	-0.075 (-0.37)	-0.13 (-0.96)	-0.55*** (-2.85)	-0.45*** (-3.02)
Konstant	-7.69*** (-2.84)	-3.08 (-0.84)	9.88*** (3.79)	6.74* (1.93)
Metode	MKM	RE	MKM	RE
MKM vs. RE (p-verdi)		0.000		0.000
N	1,163	1,163	1,189	1,189
R2 justert	0.115		0.068	
Antall kommuner		392		401

Et resultat i paneldataanalysene som avviker fra tverrsnittsanalysen er effekten av korrigert inntekt. Økt korrigert inntekt gir i gjennomsnitt større årsverksinnsats per voksen i kommunene. Effekten er

signifikant i begge spesifikasjonene, men er noe upresist estimert i RE-analysen. En hypotese i inngangen til denne analysen var at kommunale inntekter ble viktigere for dimensjoneringen av tilbudet etter at det øremerkede tilskuddet ble lagt inn i kommunenes rammeinntekter. Vi har estimert modeller (ikke rapportert) der vi tester om kommunale inntekter har blitt viktigere i 2009 sammenliknet med tidligere år. Resultatene viser at vi ikke kan se noen signifikante endringer i effekten av inntekt etter at tilskuddene ble lagt i rammen.

Analysene av årsverksinnsats rettet mot barn og unge viser, i likhet med tverrsnittsanalysene, at andel arbeidsledige i alderen 25-66 år trekker i retning av høyere årsverksinnsats. Antall innbyggere er en signifikant faktor i panelanalysen med negativt fortegn. Større kommuner har i gjennomsnitt færre årsverk per barn og unge enn mindre kommuner. I MKM-analysen er andel innbyggere bosatt i tettbygde strøk signifikant, men mister sin utsagnskraft i den foretrukne RE-analysen.

4.4 OPPSUMMERING

Ytterligere ett år med data har gitt oss muligheten til å studere stabilitet i determinanter og ta i bruk nye estimeringsmetoder. Overføringen av finansieringen fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering gir i tillegg nye hypoteser i forhold til kommunenes tilpasning. Vi har sett på effekten av kommunale inntekter med fokus på eventuelle endringer over tid.

Tverrsnitts- og panelanalysene viser sammenhenger som er robuste over tid og mellom estimeringsteknikker. Antall årsverk for voksne er assosiert med alderssammensetningen i kommunene og sosiale indikatorer. Andel eldre i kommunene bidrar i gjennomsnitt til høyere innsats i psykisk helsearbeid. Vi tolker dette som synergieffekter mellom psykiske helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. En veldimensjonert pleie- og omsorgssektor kan gjøre det lettere å overføre årsverk til psykisk helsearbeid.

Andel uføre og andel enslige forsørgere ser ut til å være signifikante markører for behovet for tjenester i psykisk helsearbeid for voksne. Effektene kan ikke tolkes som kausale men bærer nyttig informasjon i forhold til ressursfordeling mellom kommunene.

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

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

5 UTVIKLING I ÅRSVERK ÅRET ETTER AVSLUTNINGEN PÅ OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

2008 var siste året kommunene mottok øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Denne tiårige satsningen på psykisk helse ble gjennomført i henhold til St. prp. nr 63 (1997-98) Om Opptrappingsplan for psykisk helse, har gitt et betydelig løft i kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker. Dokumentasjon av disponering av øremerkede midler og måloppnåelse i henhold til opptrappingsplanen for kommunene finnes i Kaspersen og Ose, 2010.

I dette kapitlet skal vi undersøke overgangen fra 2008 til 2009 nærmere. Vi skal analysere om det er systematikk knyttet til kommunale kjennetegn og endring fra 2008 til 2009.

5.1 INNLEDNING

Som vist innledningsvis er all rapporteringer som betinger at respondentene må gjøre anslag, beheftet med usikkerhet. For å begrense usikkerheten har vi identifisert kommuner som har endringer fordi de har endret anslagsmetode, se kapittel 3. Når vi bruker denne informasjonen i beregningene av utvikling i nasjonale tall, får vi en rapportert endring og en justert endring.

Som vist i tabell 6.1 (samme som tabell 3.3) finner vi at faktisk endring er marginal i tjenester og tiltak for voksne, men det er en nedgang på nesten 2 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på tiltak/tjenester til voksne og til barn og unge og rapportert og estimert endring. 2008 og 2009.

	Antall årsverk		Endring fra 2008 til 2009 i prosent	
	2008	2009	Rapportert	Estimert endring
Årsverk voksne	9 627	9 392	-2,4	0,3
Årsverk barn og unge	2 920	2 744	-6,0	-1,8
Totalt	12 546	12 136	-3,3	-0,2

Det er to kommuner som etter at 2008 tallene ble publisert, har oppgitt nye tall for 2008. For å få disse kommunene med i analysene har vi endret tallene fra 2008 og tatt de med i analysene. Dette betyr at tallene i tabellen over endres noe.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på tiltak/tjenester til voksne og til barn og unge og rapportert og estimert endring. 2008 og 2009. Justering overrapportering i to kommuner i 2008.

	Antall årsverk		Endring fra 2008 til 2009 i prosent	
	2008	2009	Rapportert	Estimert endring
Årsverk voksne	9 502	9 392	-1.2	0.3
Årsverk barn og unge	2 919	2 744	-6.0	-1.9
Totalt	12 421	12 136	-2.3	-0.2

Selv om det er marginal endring på nasjonalt nivå i årsversinnsatsen, kan det likevel være store endringer innenfor de enkelte kommunene.

Fra et tidligere SINTEF prosjekt (Kalseth & Eikemo, 2009) ble respondenter i kommunene bedt om å vurdere hvordan de trodde det psykiske helsearbeidet vil utvikle seg for henholdsvis voksne og barn/unge de første fem årene etter Opptappingsplanen. Svarfordelingen er som følger:

Tabell 5.3 Utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunen de neste fem årene basert på foreliggende planer. Etter stilling/ arbeidssted. Prosentfordeling og antall.

		Svekket	Som nå	Styrket	Totalt	Antall svar/kommuner
Psykisk helsearbeid for voksne	Sentraladm.	26	67	7	100	138
	Sektor	39	56	6	100	88
	Totalt	31	62	7	100	226
Psykiske helsearbeid for barn/unge	Sentraladm.	15	53	32	100	139
	Sektor	28	55	17	100	86
	Totalt	20	54	26	100	225

Kilde: Tabell 8.9 i SINTEF Rapport A8276.

Dette betyr at flertallet i 2008 trodde at arbeidet fremover ville ha uendret prioritering. En større andel trodde at arbeidet for voksne vil svekkes (i overkant av 30 prosent) sammenliknet med arbeidet for barn/unge (om lag 20 prosent). Det er altså et fåtall (7 prosent) som tror at arbeidet for voksne vil styrkes, mens mer enn ¼ oppgir at de tror arbeidet for barn/unge vil styrkes. I analysene finner forskerne ingen systematisk sammenheng mellom anslått dekning av utgiftsbehov og hvordan respondentene vurderer utviklingen etter Opptappingsplanen. Det kan kanskje ses i sammenheng med hva respondentene antar er den viktigste faktoren for utviklingen i det psykiske helsearbeidet i kommunen etter at Opptappingsplanen er avsluttet. Nesten 60 prosent har krysset av for kommunenes økonomiske situasjon som viktigst for utviklingen etter Opptappingsplanen. Nest hyppigst oppgis behovet for tjenester (36 prosent). Personelltilgang, statlige føringer og lokale politiske prioriteringer er oppgitt som viktigst av rundt 15 prosent.

Ser vi bort fra de største kommunene, er det en tendens til at andelen som oppgir økonomi som viktigst, øker med kommunestørrelse, mens andelen som oppgir behov avtar. Det kan også se ut som at betydningen av lokale politiske prioriteringer avtar med kommunestørrelse. Andelen som oppgir kommunenes økonomiske situasjon som viktigst for utviklingen, er klart høyest blant respondenter som tror innsatsen innen psykisk helsearbeid svekkes i årene etter Opptappingsplanen; 72 prosent blant de som tror at innsatsen for voksne svekkes og 80 prosent blant de som tror innsatsen for barn og unge svekkes. Mens de øvrige faktorer (inklusive behov) er oppgitt som viktigst i relativt samme grad, rundt 20 prosent. Også for de som oppgir at de forventer at utviklingen blir som i 2008, er utvikling i kommunens økonomi oftest oppgitt som viktigst. For disse kommunene er andelen som oppgir utvikling i behov klart høyere enn for de andre alternative faktorene. De som svarer at de tror innsatsen for voksne blir styrket de neste fem årene oppgir at behov er viktigere enn økonomi (hhv 53 og 29 prosent), mens de som svarer at innsatsen for barn og unge blir styrket, oppgir like ofte behov som økonomi (hhv 44 og 42 prosent) som viktigste faktor for utviklingen.

5.2 KJENNETEGN VED KOMMUNER SOM HAR HATT STOR ENDRING

Først og fremst kan vi se på endring fra 2008 til 2009 i datagrunnlaget fra kommunene. Her har vi gjennomført grundige datakontroller og plukket vekk de kommunene der endringen fra 2008 til 2009 ikke vurderes som en reell endring, men er et resultat av at kommunene har endret metoden for å anslå årsverksinnsatsen.

Vi ser først på endring etter kommunestørrelse.

Tabell 5.4 Estimert endring i antall årsverk fordelt på tiltak/tjenester til voksne (N=407) og til barn og unge (N=416) fra 2008 til 2009 og andel av rapporterte årsverk i 2009. Justering overrapportering i to kommuner i 2008.

	Endring i årsverksinnsats fra 2008 til 2009 (%)		Andel av årsverkene (%)	
	Tjenester og tiltak til voksne	Tjenester og tiltak til barn og unge	Tjenester og tiltak til voksne	Tjenester og tiltak til barn og unge
Under 2000	-3.9	-9.3	4	3
2000-4999	-4.4	-8.3	11	11
5000-9999	0.7	-6.6	14	13
10000-19999	-1.3	-2.8	16	16
20000-50000	2.8	4.6	22	28
Over 50000	2.6	0.3	33	29
Total	0.3	-1.9	100	100

Her ser vi en særlig nedgang i småkommunene. I tjenester og tiltak til voksne anslår vi en nedgang på om lag 4 prosent i de minste kommunene, mens nedgangen i tjenester og tiltak for barn og unge er om lag 9 prosent. Av alle årsverkene i tjenester og tiltak til voksne, tilhører kun 4 prosent de aller minste kommunene. Minst endring i årsverk til tjenester og tiltak til voksne finner vi i kommuner med mellom fem og titusen innbygger. I de største kommunene ser vi en økning i tjenester og tiltak til voksne, men det er mer uklart for barn og unge. Her er det viktig at Oslo ikke er med i beregningsgrunnlaget fordi rapportert endring fra 2008 til 2009 ikke er reell. Tallene for Oslo viser relativt stor nedgang fra 2008 til 2009, men de begrunner nedgangen entydig med endret anslagsmetode og inngår derfor ikke i beregningene i tabellen over.

Vi ser på det samme etter fylkesinndelingen (se tabell 5.5), selv om dette ikke er en naturlig gruppering av kommunene innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. I kapittel 6 ser vi derfor på årsverksinnsats i kommunene gruppert etter helseforetaksområde. Det er likevel nyttig å se på fylker fordi Helsedirektoratet samarbeider med kommunene gjennom rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen, slik at en slik oversikt kan bidra til mer målrettet innsats.

Tabell 5.5 Estimert endring i antall årsverk fordelt på tiltak/tjenester til voksne (N=407) og til barn og unge (N=416) fra 2008 til 2009 og andel av rapporterte årsverk i 2009. Justering overrapportering i to kommuner i 2008.

	Endring i årsverksinnsats fra 2008 til 2009 (%)		Andel av årsverkene (%)	
	Tjenester og tiltak til voksne	Tjenester og tiltak til barn og unge	Tjenester og tiltak til voksne	Tjenester og tiltak til barn og unge
Østfold	-10.2	-15.7	5	6
Akershus	2.7	-0.5	9	9
Oslo			8	7
Hedmark	3.2	-4.2	5	5
Oppland	1.6	9.4	4	4
Buskerud	9.4	8.0	5	6
Vestfold	0.6	-6.5	4	5
Telemark	0.3	-1.5	6	5
Aust-Agder	-7.3	-8.0	2	2
Vest-Agder	-5.8	4.3	4	3
Rogaland	9.5	-2.4	8	7
Hordaland	0.2	-0.8	9	8
Sogn og Fjordane	-2.7	-5.2	3	2
Møre og Romsdal	-0.8	-3.9	6	7
Sør-Trøndelag	2.5	11.6	8	7
Nord-Trøndelag	-5.5	-1.6	3	4
Nordland	-1.8	-4.4	5	6
Troms	-1.8	-13.8	4	3
Finnmark	-4.1	-10.3	2	2
Landet	0.3	-1.9	100	100

Her ser vi særlig at det er stor nedgang i Østfold, både innen tjenester og tiltak til voksne og innen tjenester og tiltak til barn og unge.

5.3 REGRESJONSANALYSER AV ENDRING 2008-2009

Vi har studert sammenhengen mellom endringer i årsverksinnsats og kommunale kjennetegn. Resultatene er presentert i tabell 5.6. Avhengig variabel er endring i årsverk per innbygger. I spesifikasjonene er nivået på ressursbruken i 2008 inkludert som forklaringsfaktor.

Tabell 5.6 Resultat fra regresjonsanalyser, avhengig variabel er endring i årsverksinnsats 2008-2009.

	Endring_voksne	Endring_barn/unge
Nivå 2008	-0.15*** (-5.86)	-0.081*** (-2.83)
Innbyggertall (log)	0.027 (0.26)	0.11 (1.11)
Andel 0-5 år	-13.5 (-1.61)	0.30 (0.036)
Andel 67+	-2.49 (-0.67)	3.97 (1.13)
Andel 6-15 år	1.59 (0.26)	4.34 (0.73)
Andel arb.ledige 16-24 år	-17.5** (-2.55)	-19.9*** (-3.07)
Andel arb.ledige 25-66 år	18.9* (1.94)	24.8*** (2.64)
Andel uføre	1.74 (0.74)	-0.86 (-0.38)
Andel enslige forsørgere	-31.3 (-1.37)	-37.1* (-1.69)
Andel bosatt i tettbebyggelse	0.28 (0.84)	0.16 (0.51)
Korrigert inntekt	0.0026 (0.41)	-0.0063 (-1.03)
Konstant	1.01 (0.48)	-1.11 (-0.55)
N	392	401
R2 justert	0.098	0.059

Som i enkelte av de øvrige regresjonsanalysene er andel arbeidsledige viktigste assosiasjon. Andel unge ledige har estimert negativ effekt mens andel voksne ledige har positiv effekt.

I tillegg ser vi at nivået i 2008 er en signifikant faktor med forventet negativt fortegn. Kommuner med relativt høyt nivå i 2008 har i gjennomsnitt lavere økning i årsverk per innbygger. Dette resultatet kan ikke tolkes som en form for konvergens, der kommunene beveger seg nærmere hverandre i innsats.⁶

5.4 OPPSUMMERING

Fra 2008 til 2009 observerer vi på nasjonalt nivå marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene. Totalt er reduksjonen på 0,2 prosent fordelt på en økning på 0,3 prosent i tilbudet til voksne og en reduksjon på 1,8 prosent i tilbudet for barn. Bak de beskjedne endringene på nasjonalt nivå skjuler det seg forskjeller i utviklingen etter kommunestørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjoner i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller. I tilbudet rettet mot barn og unge varierer

⁶ Resultatet indikerer for øvrig at eventuelle målefeil i data ikke er av systematisk karakter.

utviklingen fra en reduksjon på 16 prosent til en økning på 12 prosent. Regresjonsanalysene viser at det er lite systematikk i endringer i forhold til kommunale kjennetegn. Enkelte sosiale indikatorer slår ut som signifikante, men viktigst for utviklingen er nivået i utgangspunktet.

Kommunenes egne forventninger til utviklingen i ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid etter Opptappingsplanen for psykisk helse, er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt. Resultatene fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2008 viste at flertallet mente at tilbudet kom til å være uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterte også at satsingen på tjenester og tiltak til barn og unge vil øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel trodde satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt. Når vi ser på hva som faktisk skjedde fra 2008 til 2009 ser det heller ut som tjenester til barn og unge nedprioriteres. Det blir viktig å følge utviklingen videre fra 2010 og fremover. Er det vi observerer nå en negativ trend eller er det bare naturlig variasjon som har liten betydning på lenger sikt?

6 ÅRSVERKSINNSATS ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE

Det offentlige skal tilby gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, økonomi, sosiale og etniske forhold (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I dette kapitlet skal vi derfor se nærmere på variasjon i årsverksinnsats i kommunene gruppert etter helseforetaksområde. Dette er et rent deskriptivt kapittel som beskriver tall fra kommunalt psykisk helsearbeid aggregert på opptaksområdene til helseforetakene de enkelte år, etter opptaksområdene gjeldende for psykisk helsevern for 2009.

Vi henviser også til en nylig publisert rapport fra SINTEF som tar for seg sammenhengen mellom årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern, se Ose et al., 2010.

I dette kapitlet sammenstiller vi tall fra 2007, 2008 og 2009 og har dermed startet tidsserien som etter hvert kan benyttes i større analyser når flere år legges til.

6.1 UTVIKLING I KOMMUNENE ETTER HELSEREGION

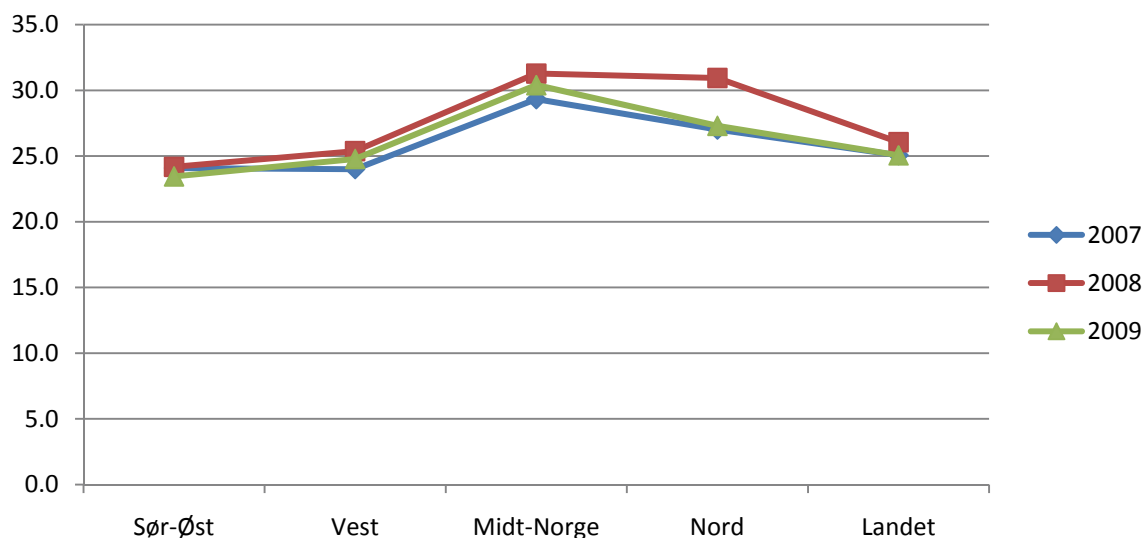
Tabell 6.1 Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne og antall årsverk per innbygger over 18 år. Helseregion. 2007, 2008 og 2009.

	Antall årsverk			Per innbygger 18+		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Sør-Øst	4 912	5 014	4 935	24.1	24.2	23.5
Vest	1 772	1 909	1 899	24.0	25.4	24.8
Midt-Norge	1 428	1 600	1 577	29.3	31.3	30.4
Nord	957	1 103	981	27.0	30.9	27.3
Landet	9 068	9 627	9 392	25.1	26.1	25.1

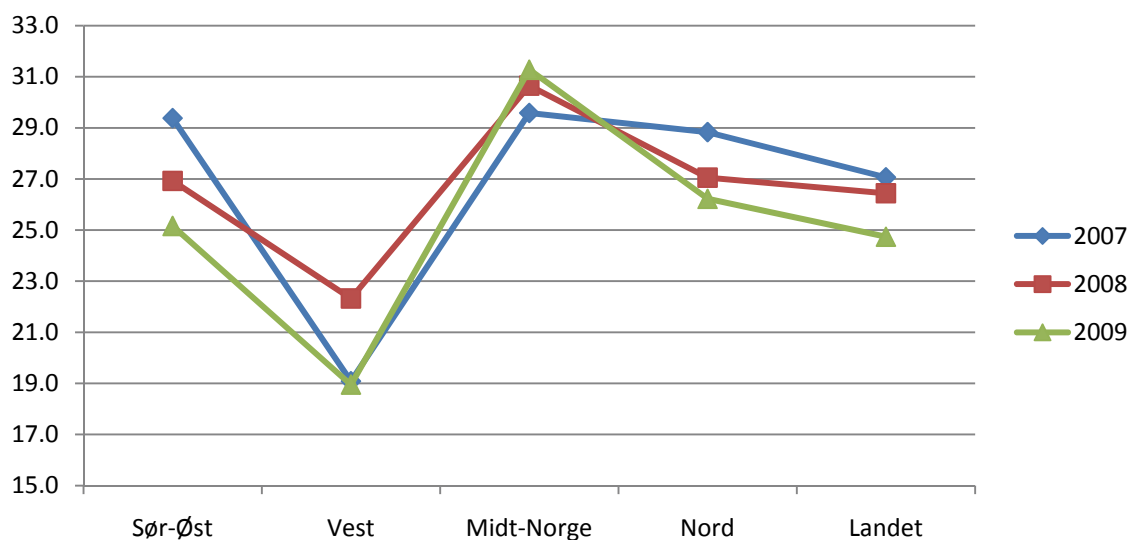
Tabell 6.2 Antall årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge og antall årsverk per innbygger 0-17 år. Helseregion. 2007, 2008 og 2009.

Region	Antall årsverk			Per innbygger 0-17 år		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Sør-Øst	1 747	1 612	1 516	29.4	26.9	25.2
Vest	464	545	466	19.1	22.3	18.9
Midt-Norge	438	473	483	29.6	30.7	31.3
Nord	311	289	278	28.8	27.1	26.2
Landet	2 961	2 920	2 744	27.1	26.4	24.7

Dette kan også fremstilles grafisk gjennom følgende figurer.



Figur 6.1 Årsverk i tjenester og tiltak til voksne per 10 000 innbygger over 18 år. Helseregion. 2007, 2008 og 2009.



Figur 6.2 Årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge per 10 000 innbygger 0-17 år. Helseregion. 2007, 2008 og 2009.

Figurene taler for seg. Tallene viser stor grad av stabilitet mellom år, og vi ser blant annet at kommune i helseregion Vest ligger lavest på årsverksinnsats i tiltak og tjenester til barn og unge hvert av årene. I tjenester og tiltak til voksne ligger også Sør-Øst lavt.

I neste delkapittel ser vi på de samme tallene fordelt på de enkelte helseforetaksområdene.

6.2 UTVIKLING I KOMMUNENE ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE

Her har vi gruppert kommunene etter gjeldende opptaksområde for helseforetakene. Grupperingen følger det som gjøres i SAMDATA-prosjektene som Helsedirektoratet selv har ansvaret for fra 2010.

Tabell 6.3 Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne og antall årsverk per 10 000 innbygger over 18 år. Helseforetaksområde. 2007, 2008 og 2009.

	Antall			Pr innbygger over 18 år		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Sykehuset Østfold HF-område	454	523	480	22	25	23
Akershus HF-område	380	432	380	17	19	16
Oslo universitetssykehus HF-område+etater	800	611	581	27	20	19
Lovisenberg HF-område	227	220	218	24	22	21
Diakonhjemmet HF-område	76	84	94	8	8	9
Sykehuset Innlandet HF-område	843	847	855	29	29	29
Vestre Viken HF-område	653	756	853	21	24	26
Sykehuset i Vestfold HF-område	350	394	389	20	22	22
Sykehuset Telemark HF-område	575	543	545	44	41	41
Sørlandet sykehus HF-område	553	604	540	27	29	25
Helse Stavanger HF-område	520	559	581	22	23	24
Helse Fonna HF-område	313	348	344	25	27	27
Helse Bergen HF-område	628	703	683	21	23	22
Helse Førde HF-område	311	299	291	39	37	36
Helse Sunnmøre HF-område	276	274	284	34	27	28
Helse Nord-Møre og Romsdal HF-område	293	322	308	33	35	34
St. Olavs Hospital HF-område	590	711	730	27	32	33
Helse Nord-Trøndelag HF-område	268	293	256	27	29	25
Helgelandssykehuset HF-område	147	163	146	25	28	24
Nordlandssykehuset HF-område	247	279	287	25	28	29
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF-område	396	498	392	28	35	27
Helse Finmark HF-område	168	163	156	30	29	28
Landet	9 068	9 627	9 392	25	26	25

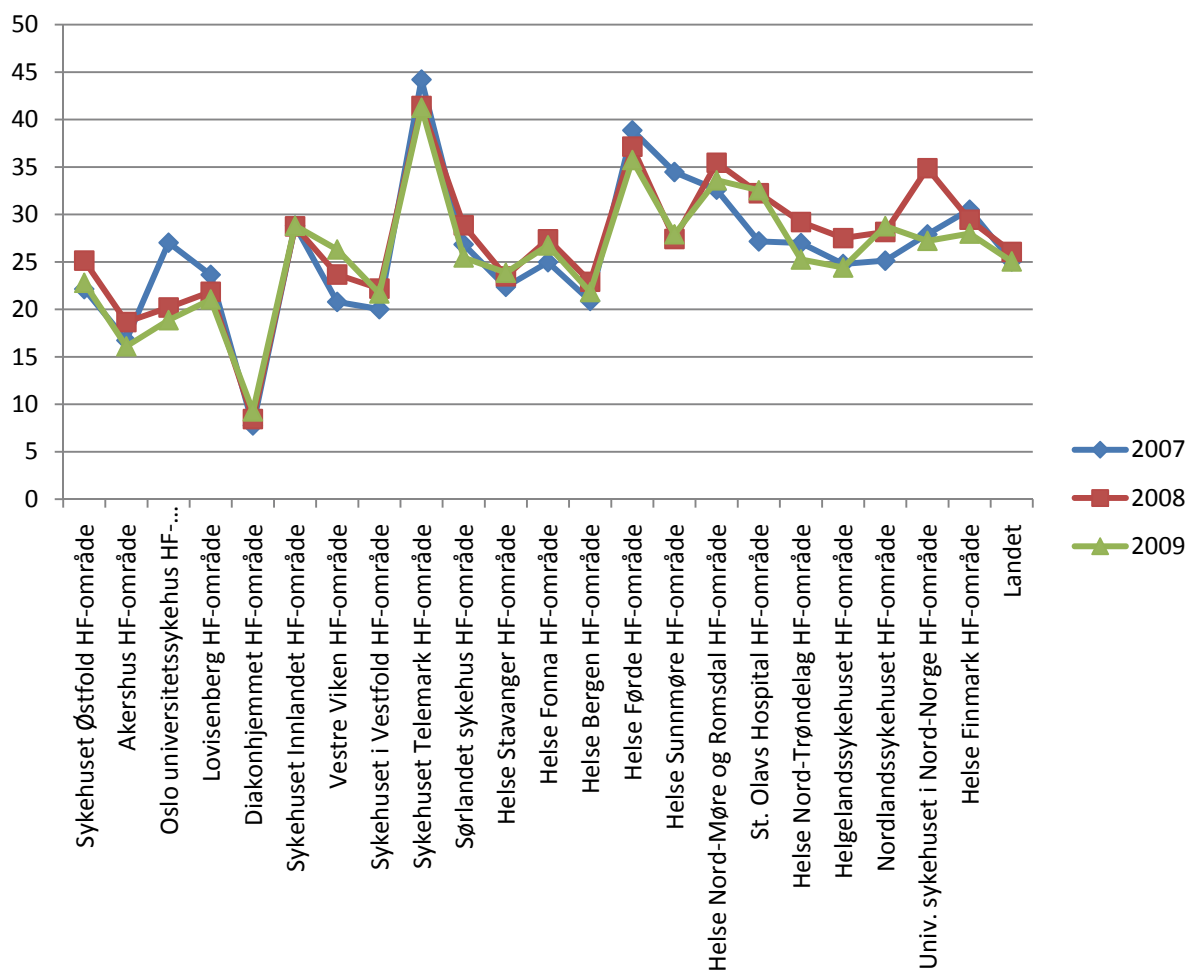
Her ser vi blant annet at bydelene som tilhører Diakonhjemmet HF-område har lav årsverksinnsats i forhold til antall innbyggere, mens kommunene som er i opptaksområdet til Sykehuset Telemark HF-område ligger systematisk langt over landsgjennomsnittet i årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid.

Tabell 6.4 Antall årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge og antall årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Helseforetaksområde. 2007, 2008 og 2009.

	Antall			Pr innbygger 0-17 år		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Sykehuset Østfold HF-område	184	207	174	31	34	29
Akershus HF-område	154	173	159	21	23	21
Oslo universitetssykehus HF-område	340	190	163	38	21	17
Lovisenberg HF-område	42	41	48	26	24	27
Diakonhjemmet HF-område	28	28	32	13	13	14
Sykehuset Innlandet HF-område	262	260	263	33	33	33
Vestre Viken HF-område	223	217	227	23	22	23
Sykehuset i Vestfold HF-område	197	188	146	38	36	28
Sykehuset Telemark HF-område	160	152	150	44	42	42
Sørlandet sykehus HF-område	156	156	155	24	24	23
Helse Stavanger HF-område	154	197	156	19	24	19
Helse Fonna HF-område	91	102	77	22	25	18
Helse Bergen HF-område	162	186	176	17	20	18
Helse Førde HF-område	58	60	57	22	23	22
Helse Sunnmøre HF-område	86	96	97	34	30	31
Helse Nord-Møre og Romsdal HF-område	88	94	84	33	35	32
St. Olavs Hospital HF-område	172	181	202	26	28	31
Helse Nord-Trøndelag HF-område	93	103	100	29	33	32
Helgelandssykehuset HF-område	39	41	37	22	23	21
Nordlandssykehuset HF-område	112	114	112	37	38	38
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF-område	103	88	87	24	21	21
Helse Finmark HF-område	57	47	42	33	27	25
Landet	2 961	2 920	2 744	27	26	25

Vi ser omtrent det samme mønsteret i tjenester og tiltak til barn og unge som for voksne. Diakonhjemmet HF-område ligger lavt, mens Sykehuset Telemark HF-område ligger høyt.

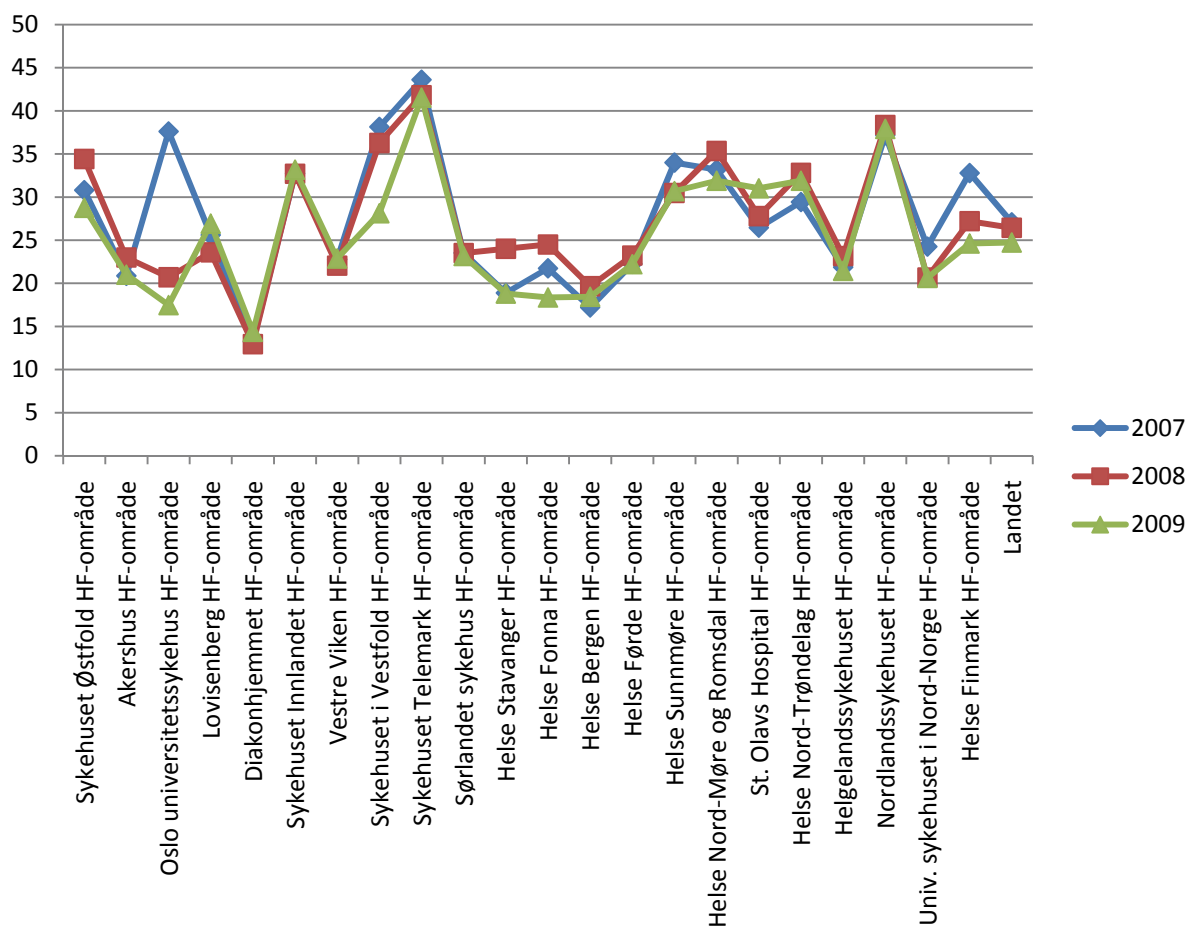
Vi fremstiller tallene grafisk på neste side, og det er nå lettere å se mønster.



Figur 6.3 Årsverk i tjenester og tiltak til voksne per innbygger over 18 år. Helseforetaksområde. 2007, 2008 og 2009.

Det første som er tydelig i figur 6.3 er stor grad av stabilitet mellom enkelte år, med noen unntak. I 2007 vet vi at tallene fra Oslo lå høyt, mens Trondheim kommune lå lavt. I 2008 var det Tromsø kommune som lå høyt, men dette er justert i 2009.

Kommunene som ligger i opptaksområdet til sykehuset Telemark, Helse Førde og kommunene i Midt-Norge, med unntak av Sunnmøre, ligger høyt i forhold til landsgjennomsnittet. Mens opptakskommunene til Sykehuset Østfold, Oslo og Akershus ligger lavt.



Figur 6.4 Årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger 0-17 år. Helseforetaksområde. 2007, 2008 og 2009

I tjenester til barn og unge er det også lite variasjon mellom årene, med noen unntak. Særlig rapporterte Oslo kommune mange årsverk i 2007 i forhold til 2008 og 2009. De har hatt stor innsats i rapporteringsarbeidet, og er blant de kommunene som best kan dokumentere tallene.

Vi ser at Telemark skiller seg ut sammen med kommunene som ligger i opptaksområdet til UNN med mange årsverk i forhold til innbyggerne, mens også Helse Sørlandet, Fonna og Førde ligger lavt sammen med bydelene som inngår i opptaksområdet til Diakonhjemmet.

6.3 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på årsverksinnsats etter hvilket helseforetaksområde kommunene ligger i. Det er viktig å se kommunene i sammenheng med helseforetak og vi har i en annen rapport sammenholdt dette med årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Der dokumenterer vi at det er lite samsvariasjon i årsverksinnsatsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder årsverksinnsats til personer med psykiske lidelser og vansker. Vi finner også betydelig variasjon i årsverksinnsatsen i psykisk helsevern, men finner i liten grad systematisk sammenheng med behovene som antas å være i de ulike helseforetaksområdene.

Dette kapitlet er ment som en illustrasjon av en ny måte å presentere tallene fra kommunene på. I kommende år vil dette være interessant å se i sammenheng mellom utviklingen i årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid og i psykisk helsevern.

7 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER

Dette kapitlet dokumenter tverrsnittsvariasjonene i 2009 mellom kommunene gruppert på ulike måter.

7.1 HVORDAN SAMMENLIKNE KOMMUNER

I dette kapitlet presenteres de nasjonale tallene for innsatsen i psykisk helsearbeid i 2008 på et lavere aggregeringsnivå. Når tallene presenteres per innbygger, har vi sett på årsverk til voksne i forhold til voksenbefolkningen (18 år og eldre), og tilsvarende årsverk i tjenester for barn og unge i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år).

Vi følger samme struktur som på rapporten med 2007-tallene, Ose et al., 2009. Vi har valgt å gruppere kommunene etter:

- fylke
- kommunestørrelse (målt i antall innbyggere)
- KOSTRA-grupper og
- helseregion

Fylke og helseregion er ikke nødvendigvis en logisk måte å inndele kommunene i når vi snakker om psykisk helsearbeid, da det ikke er noen fylkes- eller helseregionsfunksjoner knyttet til dette arbeidet. Fylkesmannen er imidlertid involvert gjennom egne rådgivere for psykisk helsearbeid, og fylkesnivået er en naturlig måte å gruppere kommunene på geografisk. Helseregion er interessant når vi sammenlikner ulike tjenestenivå, se f.eks Ose et al., 2010 der vi sammenlikner årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid med årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern).

Dernest har vi valgt å benytte *KOSTRA-gruppene* utviklet av Statistisk sentralbyrå (Langørgen et al., 2006). 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.).

Antall kommuner fordeler seg slik per fylke i 2009 (uendret fra 2008):

Fylke	Antall kommuner per fylke 2009
Østfold	18
Akershus	22
Oslo	1
Hedmark	22
Oppland	26
Buskerud	21
Vestfold	14
Telemark	18
Aust-Agder	15
Vest-Agder	15
Rogaland	26
Hordaland	33
Sogn og Fjordane	26
Møre og Romsdal	36
Sør-Trøndelag	25
Nord-Trøndelag	24
Nordland	44
Troms	25
Finnmark	19
Landet	430

Kommunene er delt inn etter størrelse på følgende måte i 2009:

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

Kommunene er delt inn etter økonomiske rammebetingelser på følgende måte::

KOSTRA-gruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen 2009	
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
	Mellomstore kommuner	7	Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
8		Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	31
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
Store kommuner		13	Store kommuner utenom de fire største byene
	14	Bergen, Trondheim og Stavanger	3
	15	Oslo kommune (bydeler)	1
	16	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10
I alt		430	

Helseregionene inneholdt følgende antall kommuner per region i 2009:

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

I kapittel 7 ser vi først på variasjon i total årsverksinnsats i kommunene (7.1) og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (7.2). I kapittel 7.3 ser vi på hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak, mens vi i 7.4 ser på hvordan årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper. Deretter ser vi på kommunal variasjon for de tiltakene vi har informasjon om antall brukere for (7.5) før vi ser på forskjeller i måter å organisere tjenestene på (7.6). Kapittel 7.7 oppsummerer.

7.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

For landet totalt er det rapportert om 12 136 årsverk i 2009. Dette betyr at 2,5 årsverk per 1 000 innbyggere gikk til kommunale tjenester for personer som mottok tjenestene hovedsakelig fordi de hadde psykiske lidelser og problemer.

7.2.1 FYLKESVISE FORSKJELLER

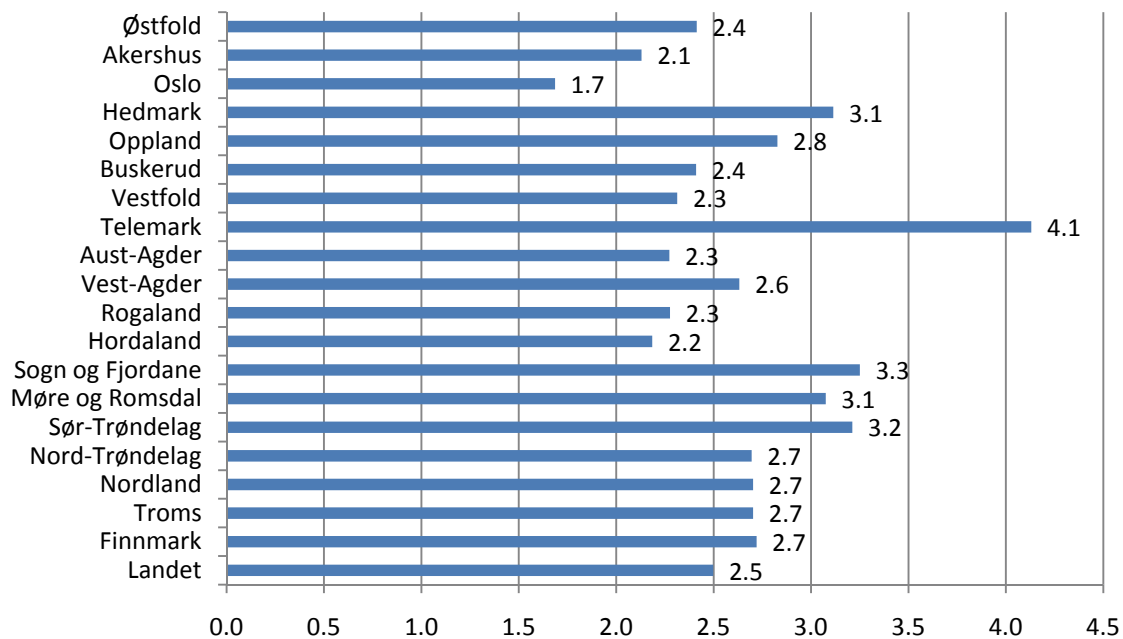
I tabell 7.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningstall og årsverk per 1 000 innbyggere for 2009. Siste kolonne i tabellen, årsverk totalt per 1 000 innbyggere, er illustrert i figur 7.1.

Tabell 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2009.

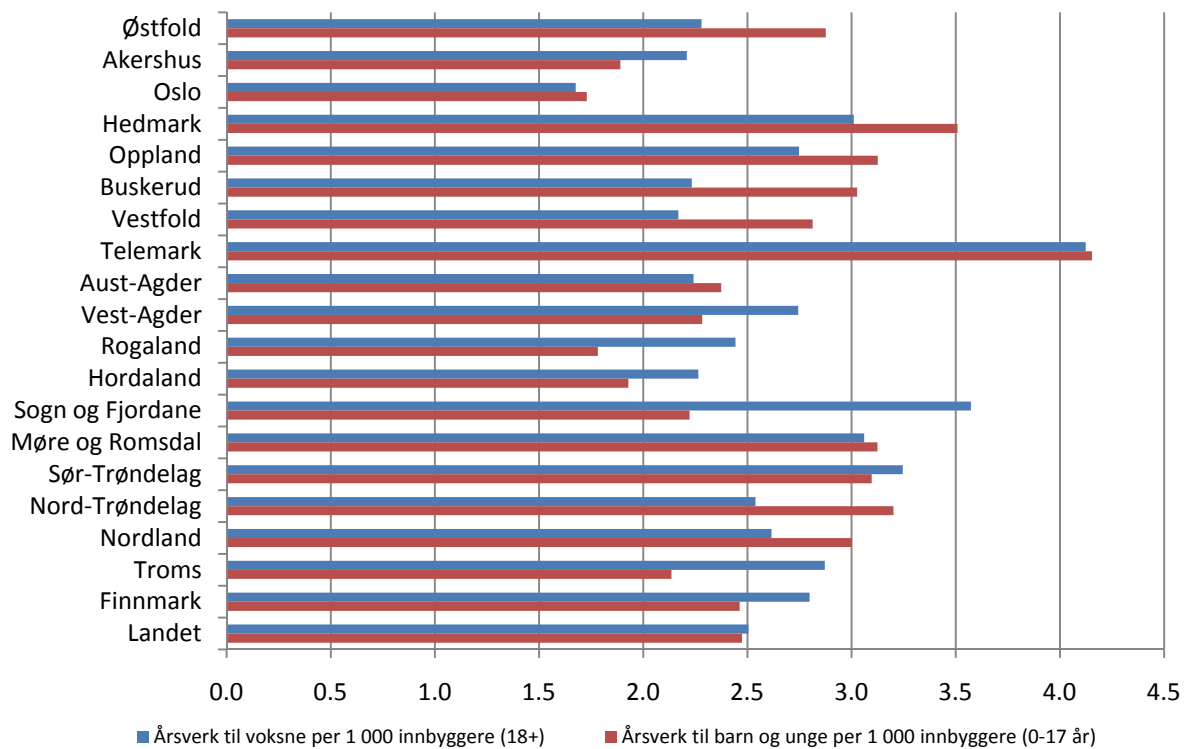
	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbygge re (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innbyggere
Østfold	481	175	210 947	60 715	2,3	2,9	2,4
Akershus	892	251	403 672	132 827	2,2	1,9	2,1
Oslo	786	203	469 206	117 654	1,7	1,7	1,7
Hedmark	454	140	150 830	39 879	3,0	3,5	3,1
Oppland	401	123	145 927	39 289	2,7	3,1	2,8
Buskerud	447	174	200 257	57 416	2,2	3,0	2,4
Vestfold	389	146	179 489	51 797	2,2	2,8	2,3
Telemark	545	150	132 093	36 138	4,1	4,2	4,1
Aust-Agder	187	60	83 204	25 295	2,2	2,4	2,3
Vest-Agder	354	95	128 834	41 543	2,7	2,3	2,6
Rogaland	782	192	320 112	107 835	2,4	1,8	2,3
Hordaland	826	217	364 699	112 476	2,3	1,9	2,2
Sogn og Fjordane	291	57	81 493	25 587	3,6	2,2	3,3
Møre og Romsdal	591	181	193 191	58 071	3,1	3,1	3,1
Sør-Trøndelag	731	203	225 081	65 466	3,2	3,1	3,2
Nord-Trøndelag	255	99	100 525	31 030	2,5	3,2	2,7
Nordland	479	160	183 033	53 238	2,6	3,0	2,7
Troms	346	77	120 610	35 884	2,9	2,1	2,7
Finnmark	156	42	55 840	17 016	2,8	2,5	2,7
Landet	9 392	2 744	3 749 043	1 109 156	2,5	2,5	2,5

Tabellen og figuren viser at Oslo og Akershus rapporterer om færrest antall årsverk per innbygger med hhv. 1,7 og 2,1 årsverk per 1 000 innbyggere i 2009. Kommunene i Telemark ligger lengst over landsgjennomsnittet med hele 4,1 årsverk per 1 000 innbyggere i psykisk helsearbeid. Vi kan ikke se bort fra at det er systematisk variasjon i rapporteringsrutiner og måten anslagene gjøres på. Vi må være oppmerksom på at datagrunnlaget er basert på egenrapportering fra tjenestene, og at det vil være rom for tolkning i forhold til hva som skal telles med.

I figur 7.2 illustreres antall årsverk per innbygger som går til henholdsvis tjenester for voksne og barn og unge. 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 omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder årsverk per innbygger til barn og unge. Telemark ligger på topp i begge tjenestene, med 4,1 og 4,2 årsverk per 1 000 innbyggere i hhv. tjenester for voksne og barn og unge.



Figur 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2009.



Figur 7.2 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, fylke 2009.

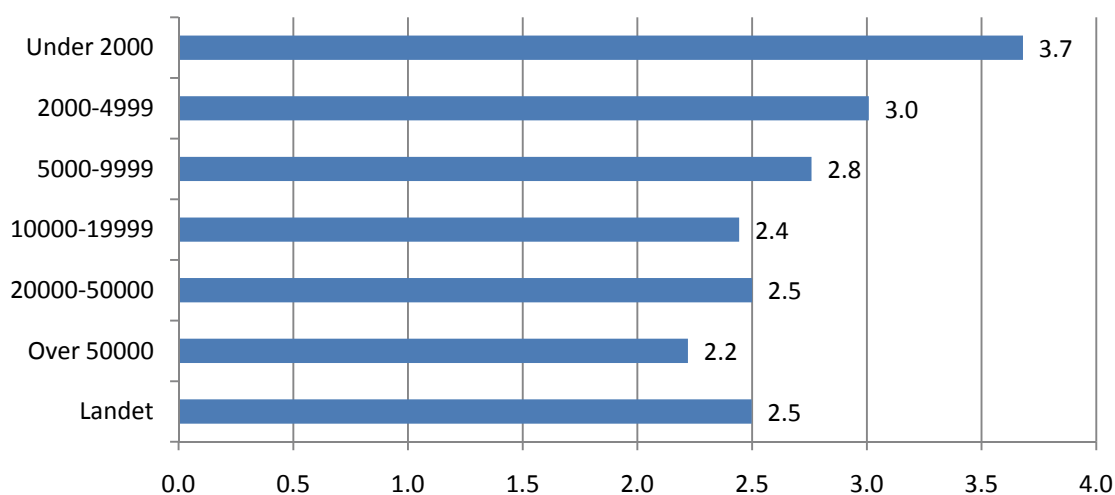
7.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 7.2 er tallene fordelt på kommuner samlet etter antall innbyggere. Kommuner med under 2 000 innbyggere har i gjennomsnitt 3,7 årsverk per 1 000 innbyggere til voksne og 3,6 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 per innbygger i psykisk helsearbeid. Tallene i siste kolonne er vist i figur 7.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 7.4.

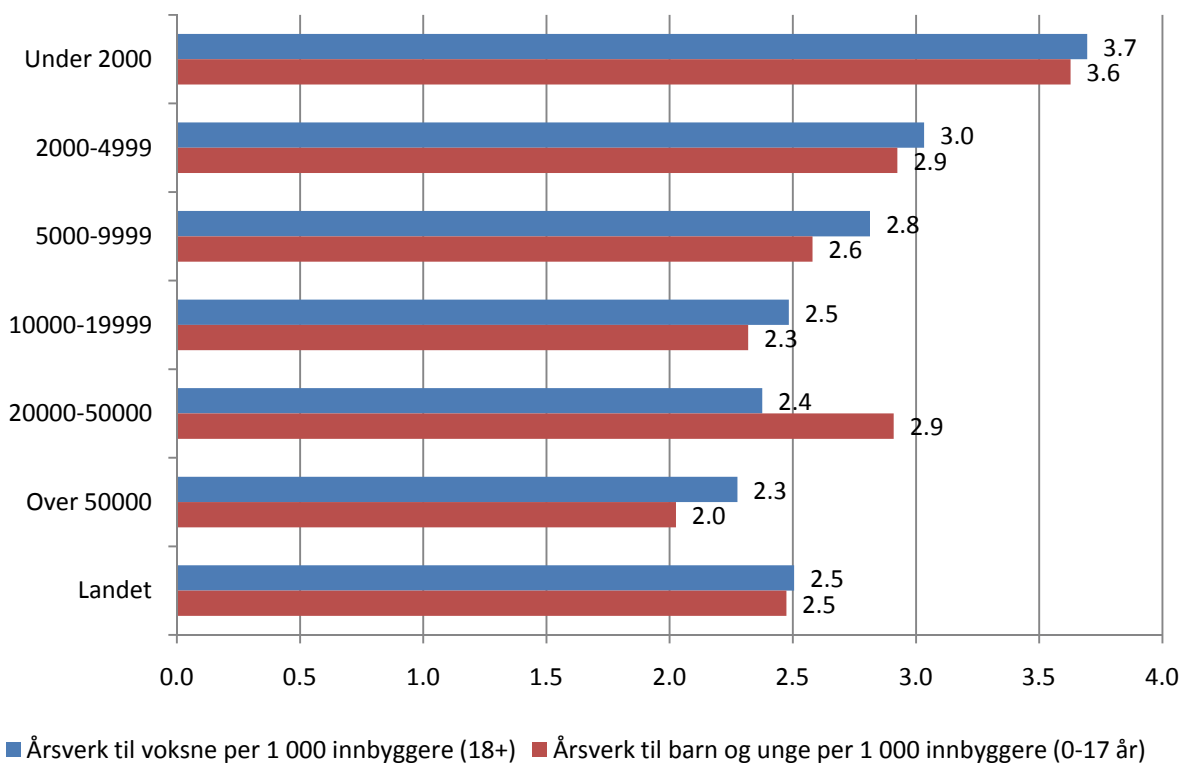
**Tabell 7.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2009.**

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innbyggere
Under 2000	348	94	94 175	26 008	3,7	3,6	3,7
2000-4999	1 051	292	346 419	99 894	3,0	2,9	3,0
5000-9999	1 324	367	470 490	142 289	2,8	2,6	2,8
10000-19999	1 511	450	608 549	193 899	2,5	2,3	2,4
20000-50000	2 041	757	859 033	260 059	2,4	2,9	2,5
Over 50000	3 118	784	1 370 377	387 007	2,3	2,0	2,2
Landet	9 392	2 744	3 749 043	1 109 156	2,5	2,5	2,5

Som vist i tabellen over og figur 7.3 er antall årsverk per innbygger fallende med økt kommune størrelse, utenom gruppen 20000 – 50000. Når innbyggertallet passerer 5 000 innbyggere er det imidlertid ikke så store forskjeller mellom kommunegruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Forskjellene blir litt større når vi differensierer mellom tjenester til voksne og barn og unge, se figur 7.4.



Figur 7.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, kommune størrelse 2009.



Figur 7.4 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2009.

Som vi ser av figuren over er det små forskjeller mellom antall årsverk per innbygger som går til henholdsvis voksne og barn og unge i de minst innbyggerrike kommunene, mens kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere har flere årsverk per innbygger i tjenester til barn og unge.

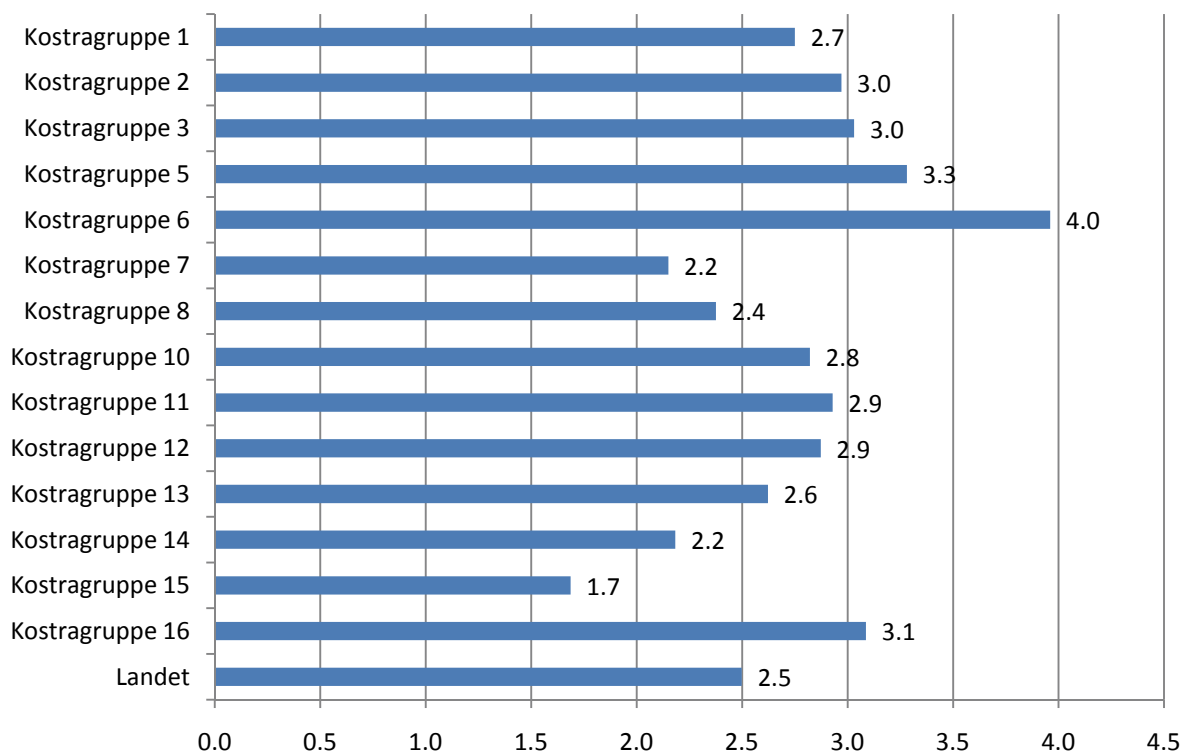
7.2.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabell 7.3 viser antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning (voksne og barn og unge) og årsverk per 1 000 innbyggere fordelt på KOSTRA-grupper. I figur 7.5 og 7.6 har vi illustrert resultatene i de tre siste kolonnene.

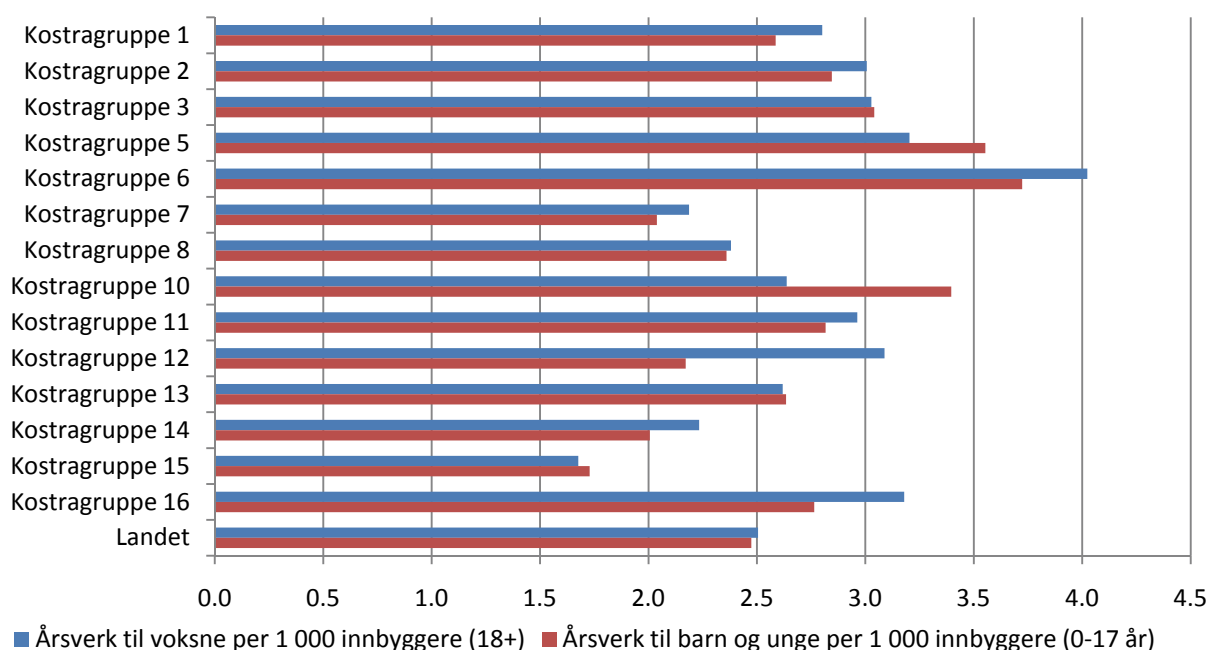
KOSTRA-gruppene 5 og 6, små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og middels til høye frie inntekter, har flest årsverk i psykisk helsearbeid (totalt) per innbygger (hhv. 3,3 og 4,0 årsverk per 1 000 innbyggere i gjennomsnitt). Disse to gruppene ligger også høyest i tjenester for voksne, og nest høyest i tjenester for barn og unge. KOSTRA-gruppe 7 – kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og lave disponible inntekter og 15 (Oslo), ligger med de laveste gjennomsnittene i antall årsverk per innbygger i begge tjenestene, tett fulgt av KOSTRA-gruppene 14 (Bergen, Trondheim, Stavanger)

Tabell 7.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, KOSTRA-gruppe, 2009.

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innbyggere
Kostragruppe 1	218	64	77 960	24 654	2,8	2,6	2,7
Kostragruppe 2	547	148	182 103	51 953	3,0	2,8	3,0
Kostragruppe 3	249	71	82 158	23 296	3,0	3,0	3,0
Kostragruppe 5	184	58	57 497	16 450	3,2	3,6	3,3
Kostragruppe 6	233	57	57 917	15 414	4,0	3,7	4,0
Kostragruppe 7	779	242	356 077	118 684	2,2	2,0	2,2
Kostragruppe 8	585	181	245 677	76 503	2,4	2,4	2,4
Kostragruppe 10	439	180	166 352	53 092	2,6	3,4	2,8
Kostragruppe 11	974	272	328 610	96 647	3,0	2,8	2,9
Kostragruppe 12	262	57	84 982	26 123	3,1	2,2	2,9
Kostragruppe 13	3 150	957	1 202 814	363 311	2,6	2,6	2,6
Kostragruppe 14	957	246	428 616	122 770	2,2	2,0	2,2
Kostragruppe 15	786	203	469 206	117 654	1,7	1,7	1,7
Kostragruppe 16	29	7	9 074	2 605	3,2	2,8	3,1
Landet	9 392	2 744	3 749 043	1 109 156	2,5	2,5	2,5



Figur 7.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, KOSTRA-gruppe 2009.



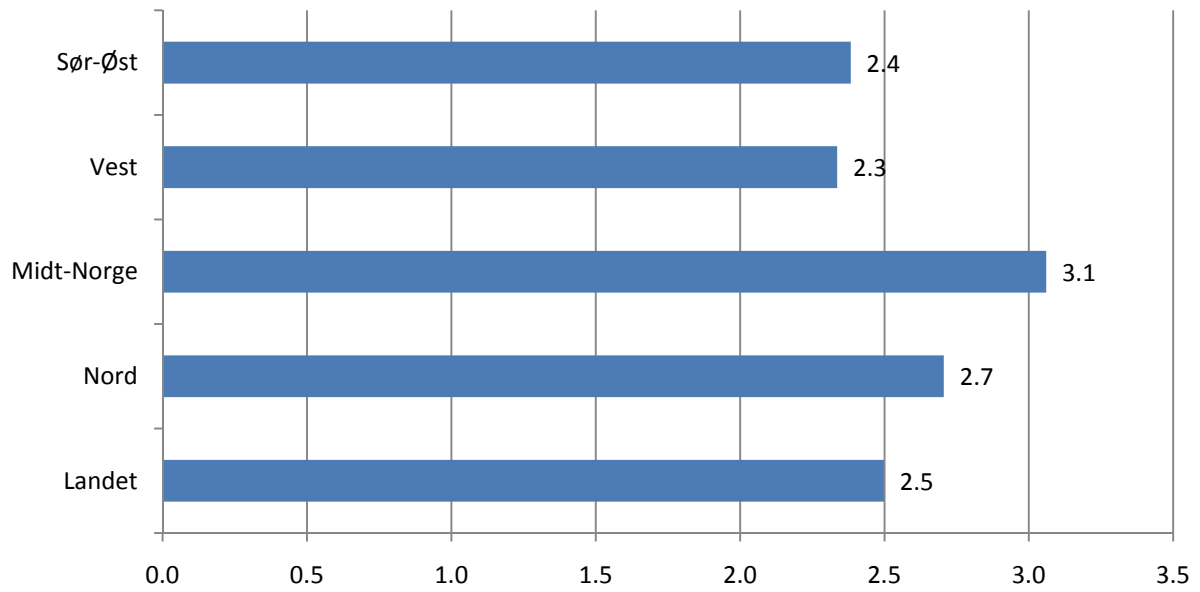
Figur 7.6 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, KOSTRA-gruppe 2009.

7.2.4 HELSEREGION

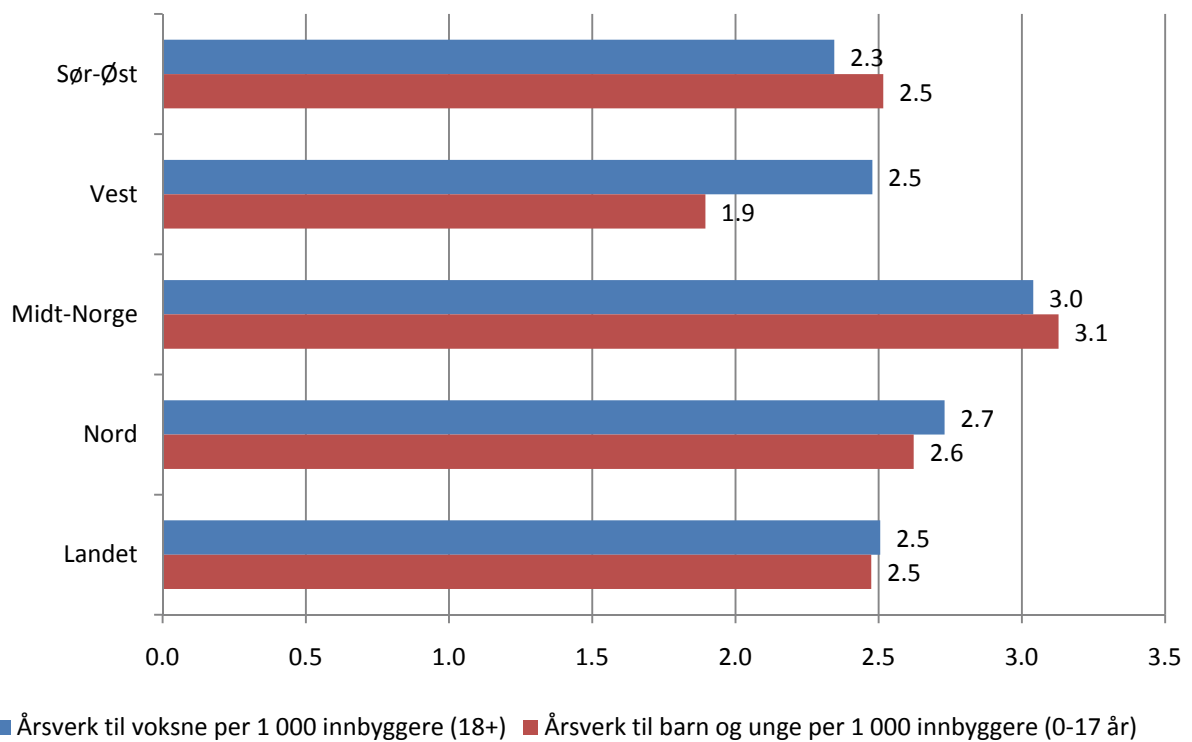
I tabell 7.4 og figurene 7.9 og 7.10 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere gruppert etter de fire helseregionene spesialisthelsetjenesten organiseres i. Helseregionene Sør-Øst og Vest har mange innbyggerrike kommuner, og kommer dermed ut med lavere antall årsverk per innbyggere totalt. Vi ser imidlertid at Sør-Øst og Nord begge har hhv 2,5 og 2,6 årsverk per 1 000 innbyggere i tjenester for barn og unge, mens Midt-Norge ligger godt over landsgjennomsnittet med 3,1 årsverk per 1 000 innbyggere her.

Tabell 7.4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2009.

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innbyggere
Sør-Øst	4 935	1 516	2 104 459	602 553	2,3	2,5	2,4
Vest	1 899	466	766 304	245 898	2,5	1,9	2,3
Midt-Norge	1 577	483	518 797	154 567	3,0	3,1	3,1
Nord	981	278	359 483	106 138	2,7	2,6	2,7
Landet	9 392	2 744	3 749 043	1 109 156	2,5	2,5	2,5



Figur 7.7 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, helseregion, 2009.



Figur 7.8 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2009.

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

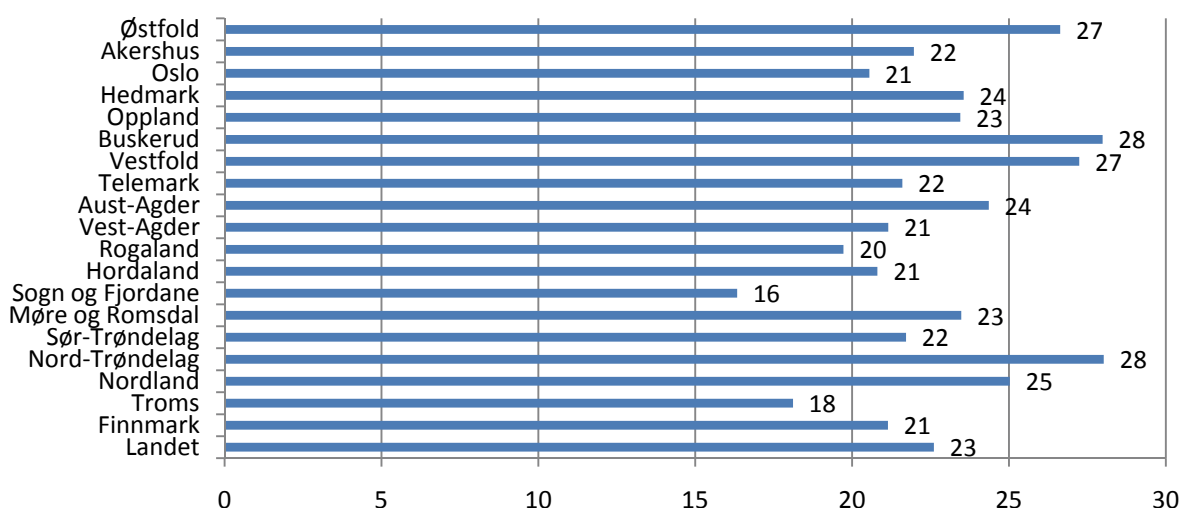
Det har siden 2001 vært et uttrykt ønske fra myndighetene sin side om at minst 20 prosent av den øremerkede ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene, skulle gå til tjenester for barn og unge (se St.prp. nr. 1 (2000-2001)). Den siste rapporteringen (2008-tallene) på bruk av øremerkede midler og øremerket finansierte årsverk i kommunene, viste at det bare var kommunene i Troms som i gjennomsnitt ikke benyttet 20 prosent eller mer av de øremerkede midlene og årsverkene på tjenester til barn og unge (se også Kaspersen et al., 2008). Landsgjennomsnittet i bruk av øremerkede midler på tjenester til barn og unge lå i 2007, 2008 og i 2009 på 23 prosent. Til sammenlikning gikk kun 12 prosent av midlene til slike tiltak i 2000, og det har skjedd en klar vridning i bruken av de øremerkede midlene i favør tjenester for barn og unge gjennom opptrappingsperioden. Opptrappingsplanmidlene har i all hovedsak gått til å finansiere nye årsverk i tjenestene, og bruken av øremerkede midler speilet i stor grad i endringer i antall årsverk i tjenestene.

Inntil rapporteringen for 2007 visste vi lite om hvilken egeninnsats kommunene har bidratt med. Resultatene fra 2007-rapporteringen viste at 25 prosent av de 12 029 årsverkene som ble rapportert i psykisk helsearbeid i 2007 gikk til barn og unge. I 2008 viste rapporteringen at andelen har gått ned til 23 prosent og i 2009 mottar ikke kommunene lenger øremerkede midler.

I de følgende fire figurene presenterer vi andelen årsverk av totalt rapporterte årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene som var knyttet til tjenester for barn og unge i 2009. Figurene presenterer tallene per fylke, etter kommunestørrelse, KOSTRA-gruppe og per helseregion.

7.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Figur 7.9 viser andel årsverk som gikk til tjenester og tiltak for barn og unge på fylkesnivå i 2009.

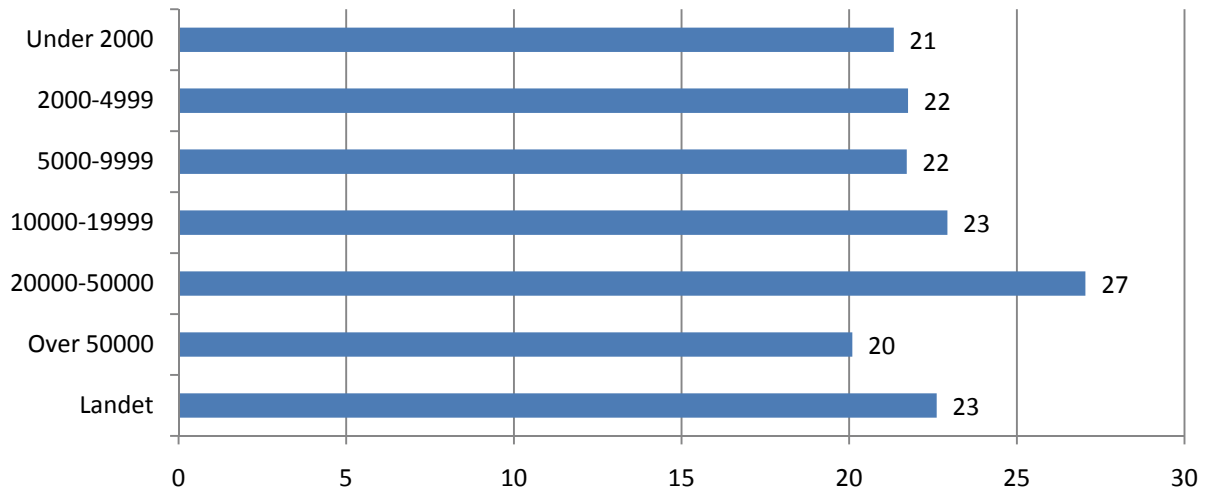


Figur 7.9 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2009.

Som vi ser av figuren er det kommunene i Buskerud (28 prosent) og Nord-Trøndelag (28 prosent) som i gjennomsnitt har den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge. Troms (18 prosent) og Sogn og Fjordane (16 prosent) har i gjennomsnitt den laveste andelen årsverk i tjenester for barn og unge.

7.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

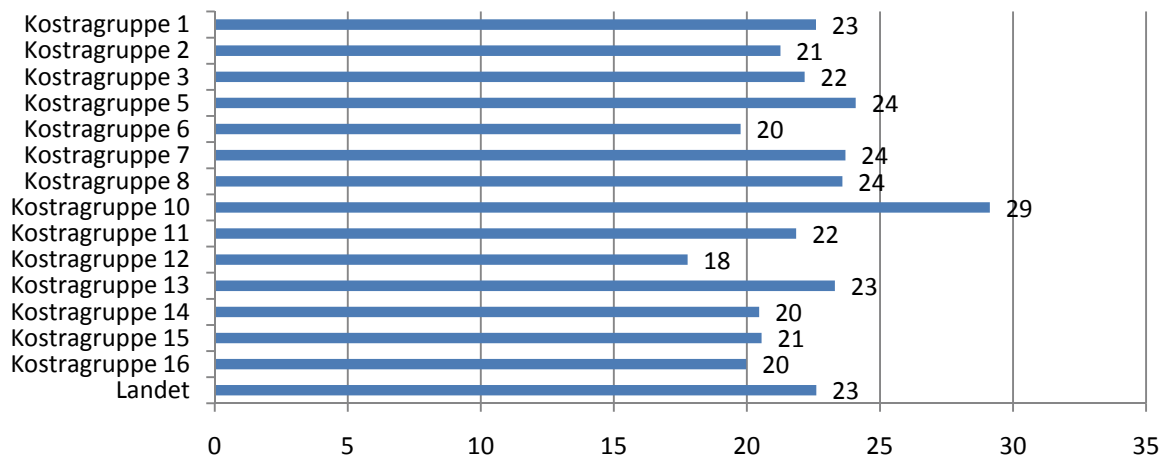
Gruppert etter kommunestørrelse (figur 7.10) er det kommuner med mellom 20 000 - 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt bruker den høyeste andelen årsverk på tjenester til barn og unge, 27 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid gikk til slike tjenester i 2009. I de øvrige kommunegruppene er variasjonen liten, og landsgjennomsnittet er det samme som i 2008.



Figur 7.10 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2009.

7.3.3 KOSTRA-GRUPPE

Slik det framgår av figur 7.11 er det relativt lite variasjon mellom KOSTRA-gruppene i andel årsverk som går til tjenester for barn og unge.

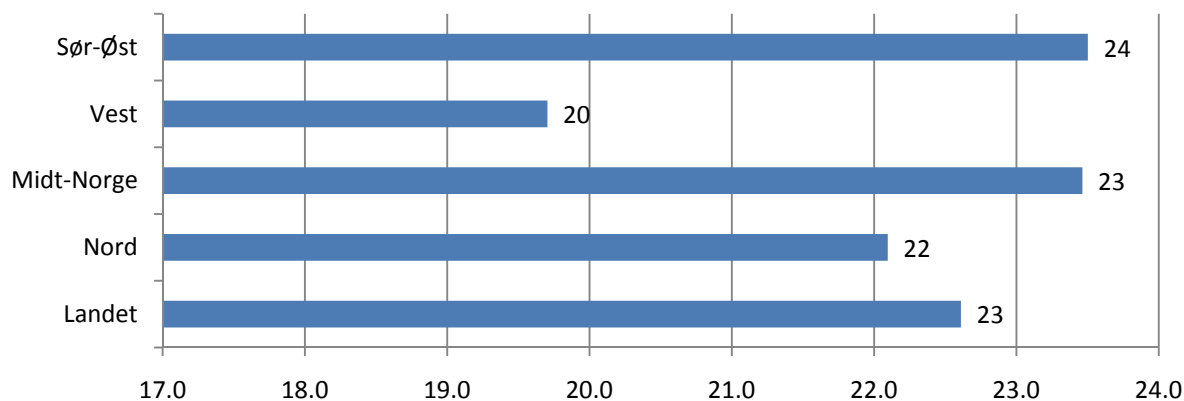


Figur 7.11 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, KOSTRA-gruppe, 2009.

KOSTRA-gruppe 10 som skiller seg mest positivt avvikende fra landsgjennomsnittet på 23 prosent. Dette betyr m.a.o. at de 20 kommunene med lave frie disponible inntekter i gjennomsnitt benyttet en høy andel av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge. Landsgjennomsnittet på 23 prosent ligger på samme nivå som i 2008.

7.3.4 HELSEREGION

I figur 7.12 presenteres andel av totale årsverk som går til tjenester og tiltak for barn og unge på helseregionsnivå i 2009.



Figur 7.12 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2009.

Kommunene knyttet til helseregion Sør-Øst og Midt-Norge ligger i gjennomsnitt 0,9 prosentpoeng over landsgjennomsnittet med 22,6 prosent av midlene i tjenester til barn og unge. Helseregion Nord ligger kun ett halvt prosentpoeng under landsgjennomsnittet. Kommunene i helseregion Vest ligger 2,6 prosentpoeng under landsgjennomsnittet med 19,7 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

7.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER

I dette delkapitlet ser vi nærmere på hvordan årsverkene fordeler seg på ulike typer tiltak innen psykisk helsearbeid. Dataene er gruppert på samme måte som i kapittel 4.2. Av plasshensyn i rapporten har vi valgt å gruppere tiltakskategoriene på følgende måte for tjenester til voksne:

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

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

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

Vi ser først på årsverk i tjenester til voksne i kapittel 4.3.1, deretter på årsverk i tjenester for barn og unge i kapittel 7.3.2.

7.4.1 ÅRSVERK TIL VOKSNE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

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

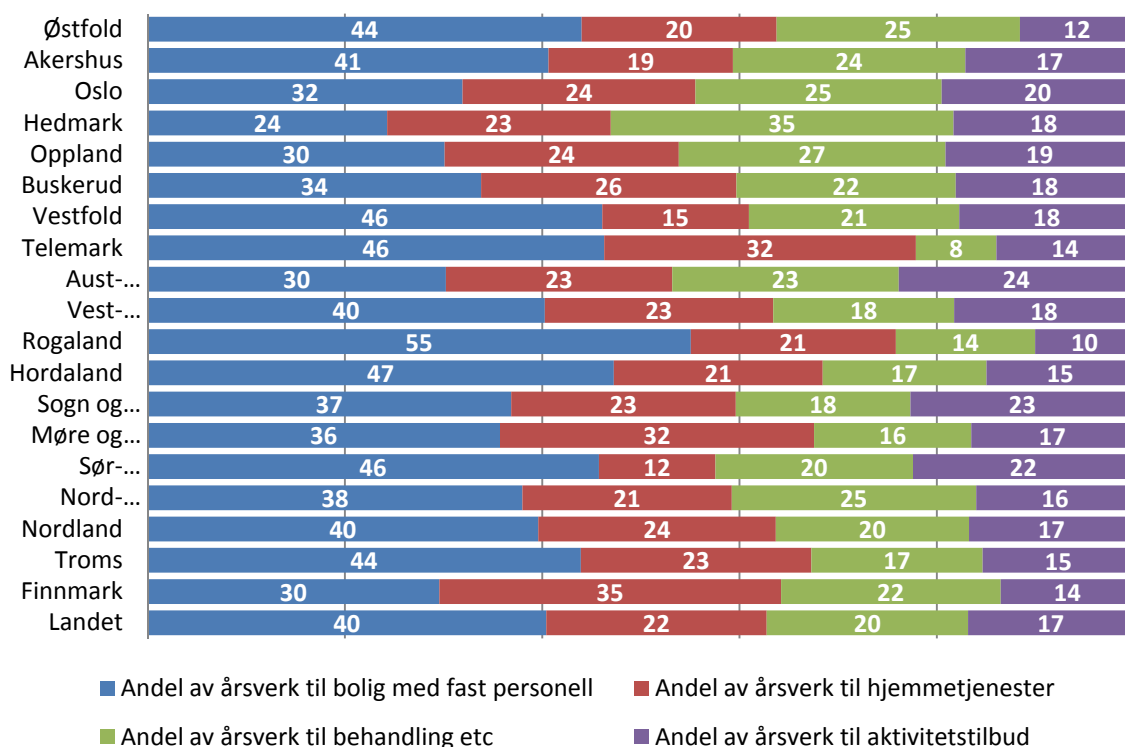
7.4.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 7.5 er illustrert i figur 7.2 i forrige delkapittel. De to neste kolonnene i tabellen er illustrert i figur 7.13 under. De største avvikene fra landsgjennomsnittet på 2,5 årsverk til voksne per 1 000 (voksne) innbygger finner vi hos kommunene i Telemark (4,1) og Oslo og (1,7).

Tabell 7.5 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2009.

	Sum årsverk per voksne 1000 innbyggere	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemme- tjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Østfold	2,3	44	20	25	12	100
Akershus	2,2	41	19	24	17	100
Oslo	1,7	32	24	25	20	100
Hedmark	3,0	24	23	35	18	100
Oppland	2,7	30	24	27	19	100
Buskerud	2,2	34	26	22	18	100
Vestfold	2,2	46	15	21	18	100
Telemark	4,1	46	32	8	14	100
Aust-Agder	2,2	30	23	23	24	100
Vest-Agder	2,7	40	23	18	18	100
Rogaland	2,4	55	21	14	10	100
Hordaland	2,3	47	21	17	15	100
Sogn og Fjordane	3,6	37	23	18	23	100
Møre og Romsdal	3,1	36	32	16	17	100
Sør-Trøndelag	3,2	46	12	20	22	100
Nord-Trøndelag	2,5	38	21	25	16	100
Nordland	2,6	40	24	20	17	100
Troms	2,9	44	23	17	15	100
Finnmark	2,8	30	35	22	14	100
Landet	2,5	40	22	20	17	100

Storparten av årsverkene til voksne går til personell knyttet til bolig, behandling, oppfølging, rehabilitering m.m., etterfulgt av behandling, hjemmetjenesten. Ulike typer aktivitetstilbud står for de resterende 12 prosentene. Variasjonsbredden i 2009 utgjøres av kommunene i Rogaland med 55 prosent av årsverkene i tjenestene til bolig, oppfølging, behandling m.m.. Innenfor hjemmetjenester er det kommunene i Telemark (32 prosent), Møre og Romsdal (32 prosent) og Finnmark (35 prosent) som har høyest andel av årsverkene. Disse ligger langt over landsgjennomsnittet som er på 22 prosent.



Figur 7.13 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2009.

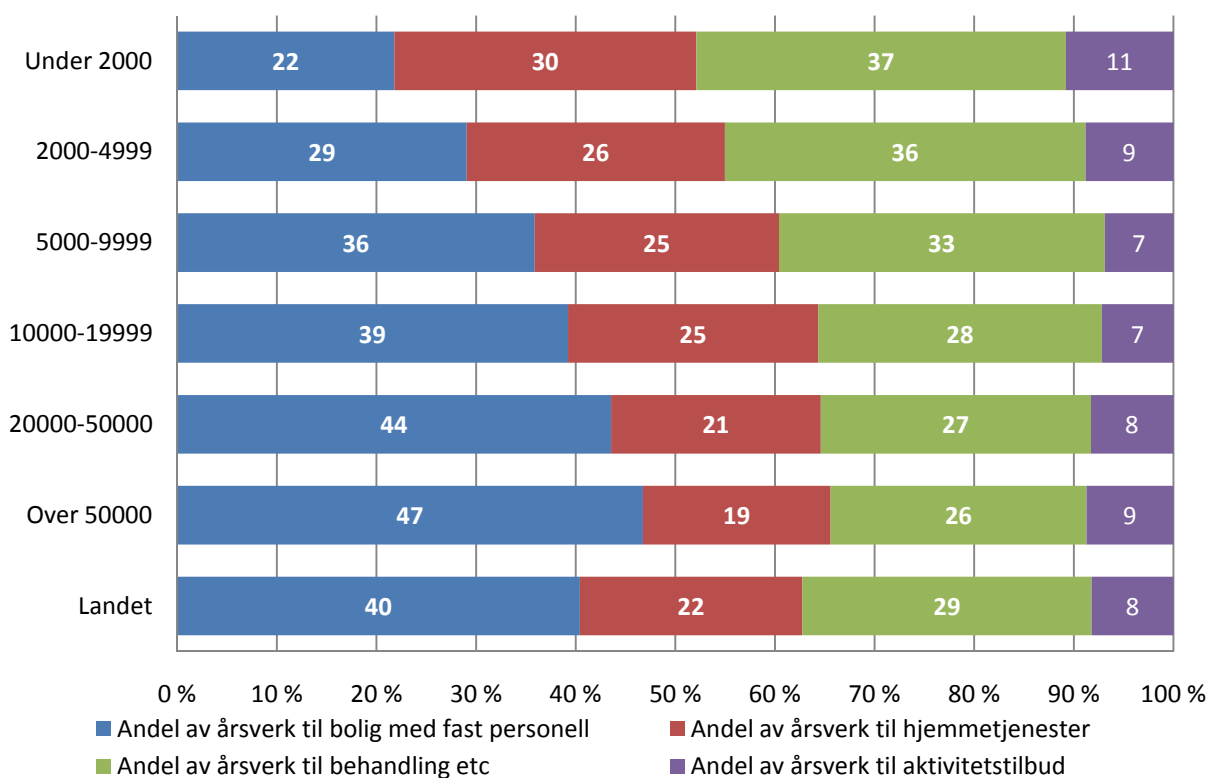
7.4.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse (tabell 7.6), ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. varierer med 25 prosentpoeng mellom de minste (22 prosent) og største kommunene (47 prosent). Dette kan speile at større kommuner relativt sett har flere ressurskrevende brukere som krever oppfølging i bolig og tilrettelagte behandlingstilbud (jf. Storbysatsningen). Andel av årsverk til hjemmetjenester reduseres med økt kommunestørrelse.

I figur 7.14 under har vi illustrert de fem siste kolonnene i tabellen, og som vi ser er det relativt lite variasjon mellom kommunene.

Tabell 7.6 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2009.

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Under 2000	3,7	22	30	37	11	100
2000-4999	3	29	26	36	9	100
5000-9999	2,8	36	25	33	7	100
10000-19999	2,5	39	25	28	7	100
20000-50000	2,4	44	21	27	8	100
Over 50000	2,3	47	19	26	9	100
Landet	2,5	40	22	29	8	100



Figur 7.14 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2009.

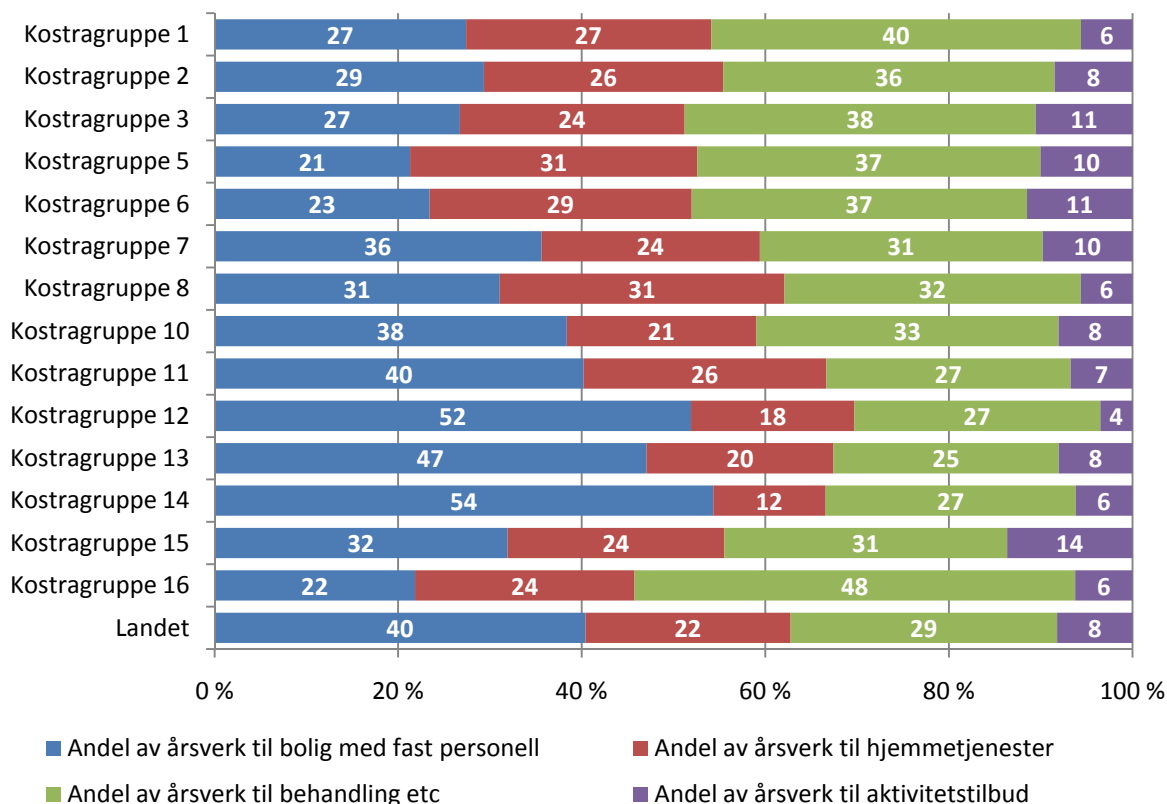
7.4.1.3 KOSTRA-GRUPPE

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 Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) slår ut i denne sammenheng med den høyeste andelen av årsverkene til bolig med fast personell (54 prosent), jf. tabell 4.7. KOSTRA-gruppene 12 og 13 følger etter med henholdsvis to og sju prosentpoeng lavere enn Stavanger og Trondheim. KOSTRA-gruppene 14, 12 og 13 ligger over landet som helhet, som i gjennomsnitt benytter en andel av årsverkene på 40 prosent til bolig med fast personell. KOSTRA-gruppene 5 og 8 benytter 31 prosent av andelen årsverk til hjemmetjenester, mens gjennomsnittet i landet er på 22 prosent. Det er Stavanger og Trondheim som benytter lavest andel årsverk til hjemmetjenester (12 prosent).

Det er KOSTRA-gruppe 15 (Oslo) som har høyest andel årsverk i aktivitetstilbud (14 prosent). Tabellen er illustrert i figur 7.15.

Tabell 7.7 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA gruppe, 2009.

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Kostragruppe 1	2,8	27	27	40	6	100
Kostragruppe 2	3,0	29	26	36	8	100
Kostragruppe 3	3,0	27	24	38	11	100
Kostragruppe 5	3,2	21	31	37	10	100
Kostragruppe 6	4,0	23	29	37	11	100
Kostragruppe 7	2,2	36	24	31	10	100
Kostragruppe 8	2,4	31	31	32	6	100
Kostragruppe 10	2,6	38	21	33	8	100
Kostragruppe 11	3,0	40	26	27	7	100
Kostragruppe 12	3,1	52	18	27	4	100
Kostragruppe 13	2,6	47	20	25	8	100
Kostragruppe 14	2,2	54	12	27	6	100
Kostragruppe 15	1,7	32	24	31	14	100
Kostragruppe 16	3,2	22	24	48	6	100
Landet	2,5	40	22	29	8	100



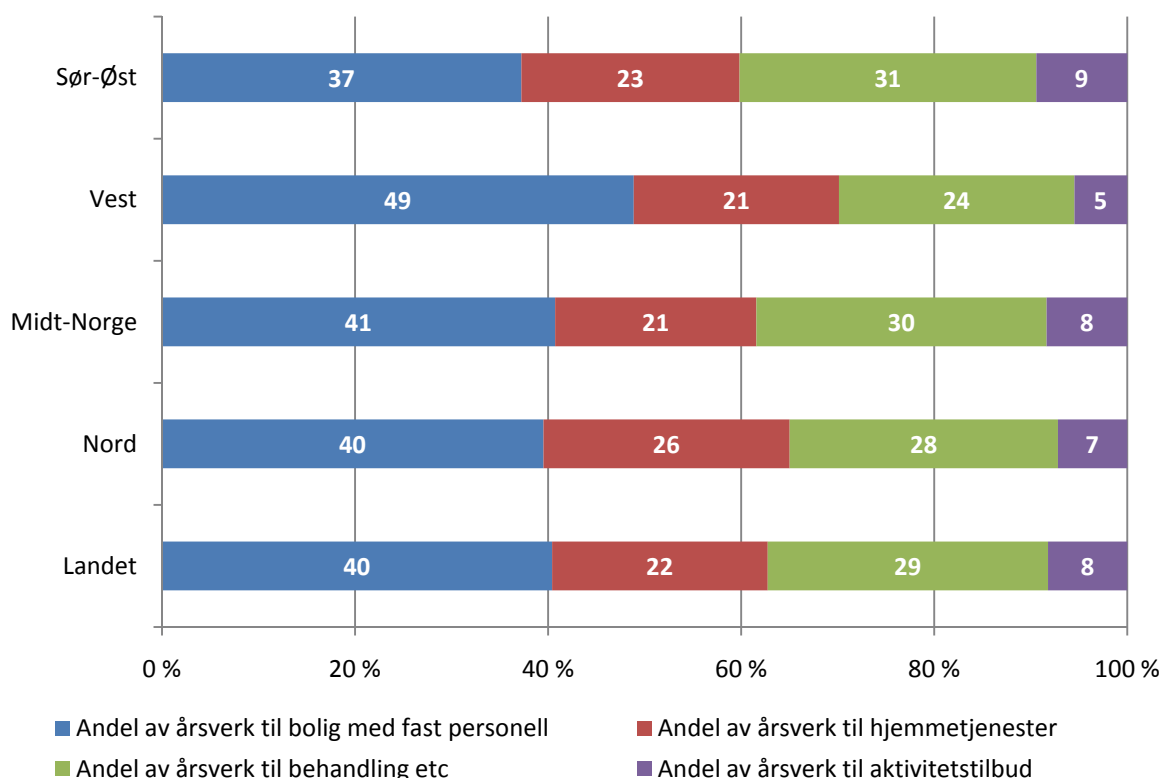
Figur 7.15 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., KOSTRA-gruppe, 2009.

7.4.1.4 HELSEREGION

I tabell 7.8 og figur 7.16 presenteres tallene per helseregion. Andelen av årsverk til bolig med fast personell er høyest i helseregion Vest (49 prosent). Denne helseregionen ligger 9 prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 40 prosent. Andel av årsverk til hjemmetjenester er høyest i helseregion Nord (26 prosent) og Sør-Øst (23 prosent). Helseregion Sør-Øst og Midt-Norge benytter i gjennomsnitt en større andel årsverk enn gjennomsnittet i landet i både årsverk tilknyttet behandling etc. og årsverk tilknyttet aktivitetstilbud.

Tabell 7.8 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2009.

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Sør-Øst	2,3	37	23	31	9	100
Vest	2,5	49	21	24	5	100
Midt-Norge	3,0	41	21	30	8	100
Nord	2,7	40	26	28	7	100
Landet	2,5	40	22	29	8	100



Figur 7.16 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2009.

7.4.2 ÅRSVERK TIL BARN OG UNGE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

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

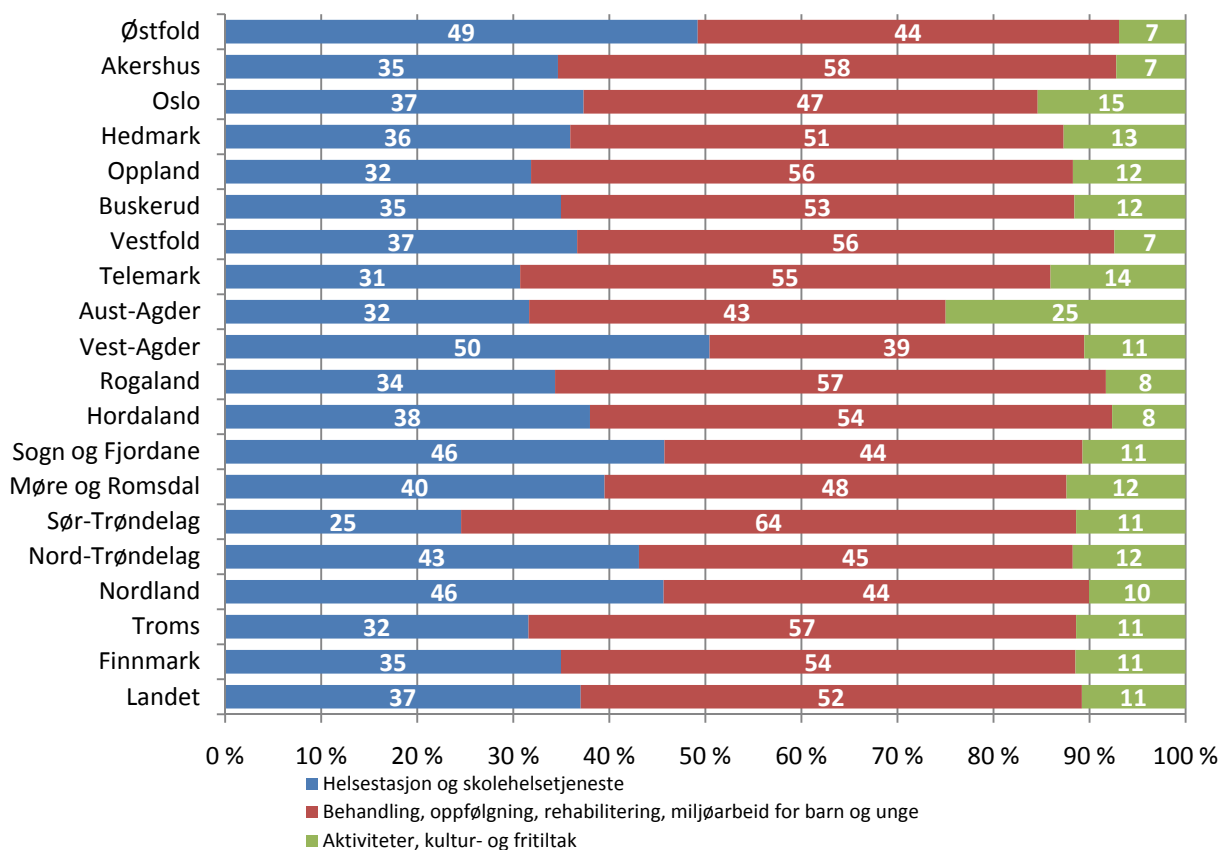
7.4.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 7.9 går i gjennomsnitt over halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v. (52 prosent) i 2009. Dette er to prosentpoeng høyere enn i 2008. 37 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktivitets-, kultur- og fritidstilbud. Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen årsverk som går til de ulike tiltakene. Vest-Agder har lavest andel (39 prosent) av årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v, mens Sør-Trøndelag har høyest andel (64 prosent). Vest-Agder har derimot høyest andel (50 prosent) av årsverk til helsestasjon og skolehelsetjenester, mens Sør-Trøndelag har lavest andel (25 prosent).

Tabell 7.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2009.

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Østfold	2,9	49	44	7	100
Akershus	1,9	35	58	7	100
Oslo	1,7	37	47	15	100
Hedmark	3,5	36	51	13	100
Oppland	3,1	32	56	12	100
Buskerud	3,0	35	53	12	100
Vestfold	2,8	37	56	7	100
Telemark	4,2	31	55	14	100
Aust-Agder	2,4	32	43	25	100
Vest-Agder	2,3	50	39	11	100
Rogaland	1,8	34	57	8	100
Hordaland	1,9	38	54	8	100
Sogn og Fjordane	2,2	46	44	11	100
Møre og Romsdal	3,1	40	48	12	100
Sør-Trøndelag	3,1	25	64	11	100
Nord-Trøndelag	3,2	43	45	12	100
Nordland	3,0	46	44	10	100
Troms	2,1	32	57	11	100
Finnmark	2,5	35	54	11	100
Landet	2,5	37	52	11	100

Tallene er også illustrert i figur 7.17.



Figur 7.17 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2009.

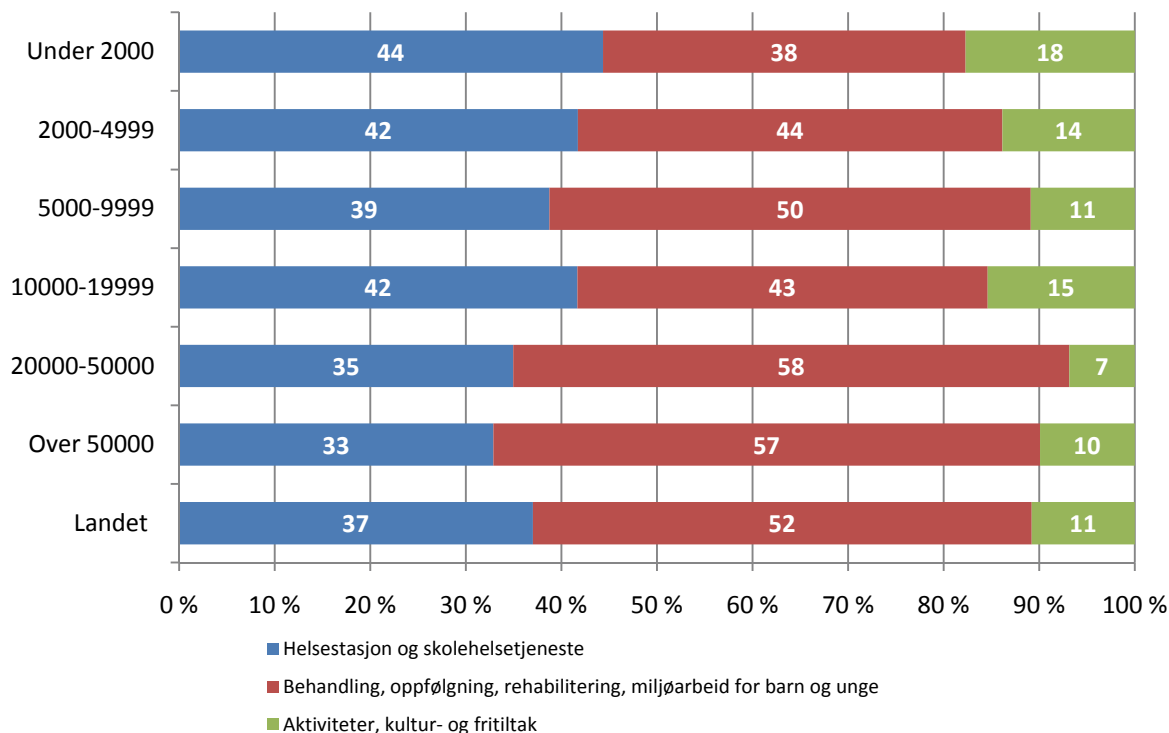
7.4.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse ser vi av tabell 7.10 at det er en sammenheng mellom kommunestørrelsen og andel av årsverk som går til helsestasjon og skolehelsetjenester. Jo større kommunen er, jo lavere andel av årsverkene går til helsestasjon og skolehelsetjenester. Denne sammenheng gjelder vel og merke ikke for kommunestørrelse 10000 – 19999, jfr. tabell 7.10.

Tabell 7.10 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2009

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Under 2000	3,6	44	38	18	100
2000-4999	2,9	42	44	14	100
5000-9999	2,6	39	50	11	100
10000-19999	2,3	42	43	15	100
20000-50000	2,9	35	58	7	100
Over 50000	2	33	57	10	100
Landet	2,5	37	52	11	100

Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det en betydelig lavere andel som går til dette i de aller minste kommunene (38 prosent), sammenliknet med de største kommunene. De minste kommunene prioriterer i større grad aktivitetstilbud. Dette så vi også i tallene fra 2008. Figur 7.18 illustrerer disse forskjellene.



Figur 7.18 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2009.

7.4.2.3 KOSTRA-GRUPPE

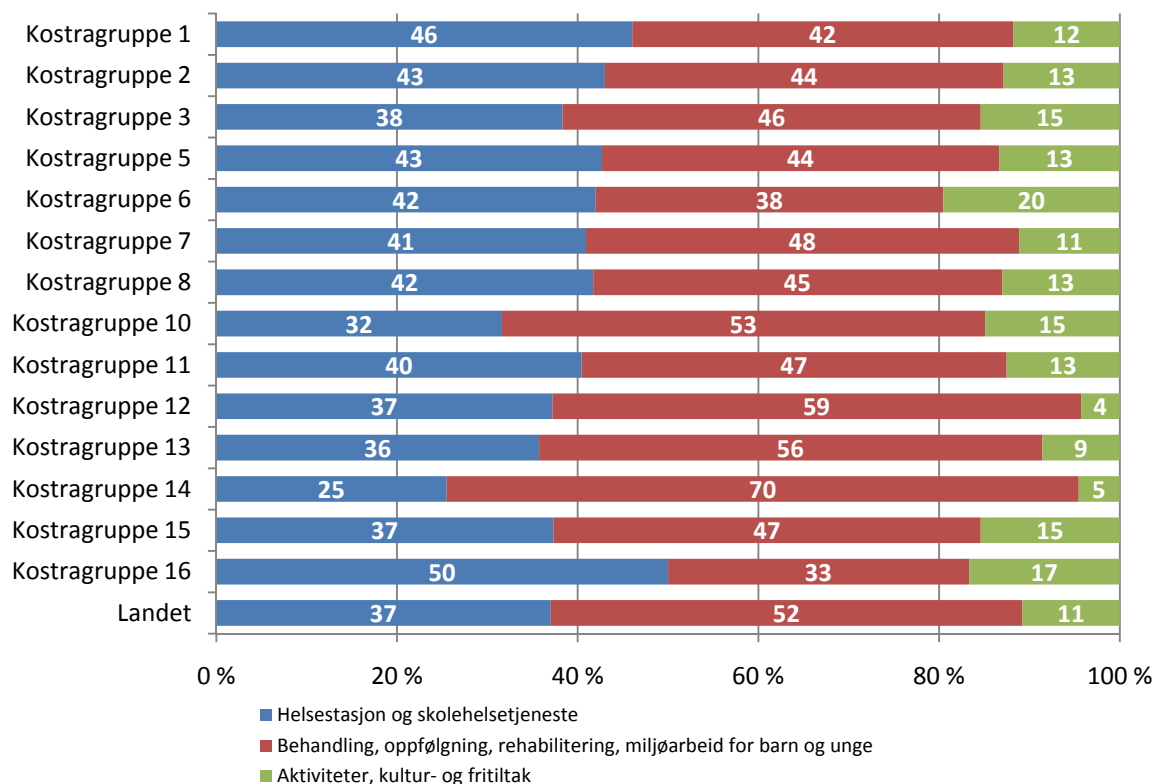
I tabell 7.11 og figur 7.19 presenteres tallene per KOSTRA-gruppe.

Tabell 7.11 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe, 2009.

Kostragruppe	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Kostragruppe 1	2,6	46	42	12	100
Kostragruppe 2	2,8	43	44	13	100
Kostragruppe 3	3,0	38	46	15	100
Kostragruppe 5	3,6	43	44	13	100
Kostragruppe 6	3,7	42	38	20	100
Kostragruppe 7	2,0	41	48	11	100
Kostragruppe 8	2,4	42	45	13	100
Kostragruppe 10	3,4	32	53	15	100
Kostragruppe 11	2,8	40	47	13	100
Kostragruppe 12	2,2	37	59	4	100
Kostragruppe 13	2,6	36	56	9	100
Kostragruppe 14	2,0	25	70	5	100
Kostragruppe 15	1,7	37	47	15	100
Kostragruppe 16	2,8	50	33	17	100
Landet	2,5	37	52	11	100

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjeneste er KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) med på å trekke ned landsgjennomsnittet med kun 26 prosent av årsverkene i denne type

tjenester. Landsgjennomsnittet ligger på 37 prosent, men de fleste gruppene ligger over dette gjennomsnittet. Denne sammenhengen så vi også i tallene fra 2008. KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) som i gjennomsnitt benytter høyest andel av midlene i helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 50 prosent. Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) som er med på å trekke opp landsgjennomsnittet – disse kommunene bruker i gjennomsnitt 70 prosent av årsverkene sine i den type tjeneste (og kun fem prosent i aktivitetstilbud). KOSTRA-gruppe 6 (små kommuner, høye bundne kostnader og høye frie disponible inntekter) benytter høyest andel av årsverkene i aktivitetstilbud med 20 prosent.



Figur 7.19 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe, 2009.

7.4.2.4 HELSEREGION

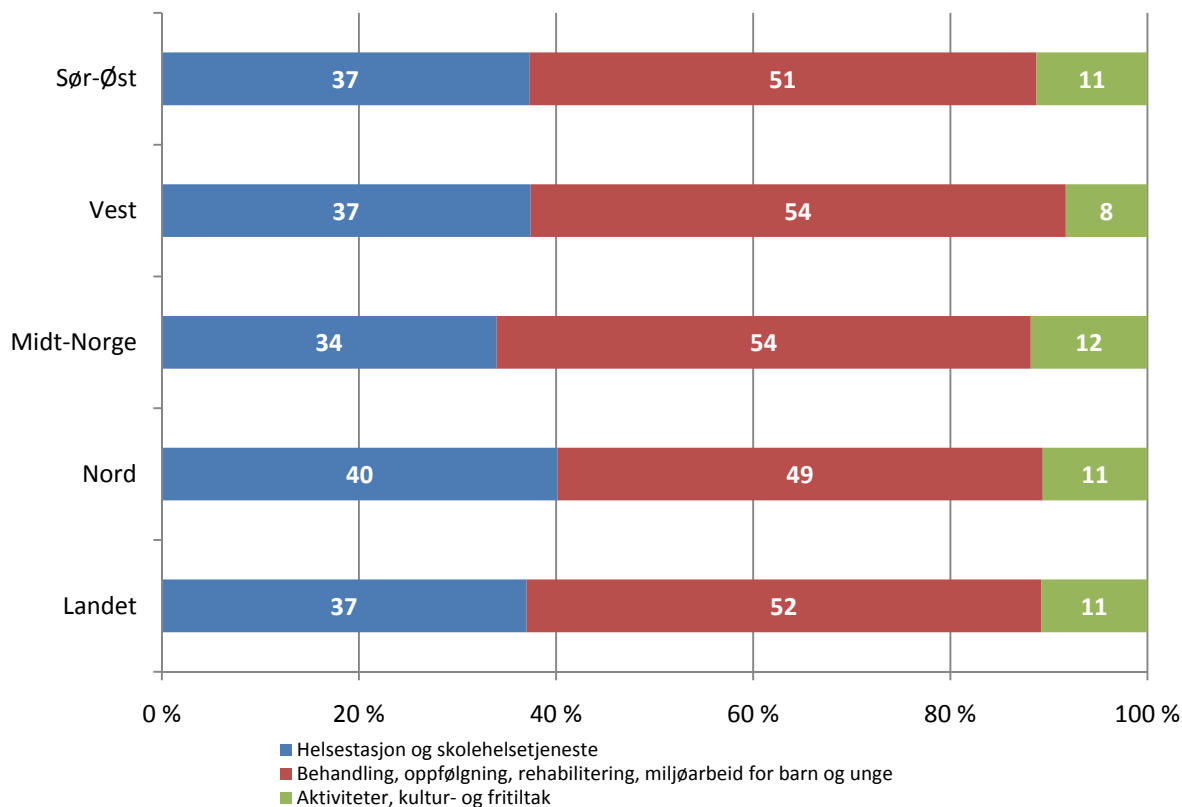
I tabell 7.12 og figur 7.20 presenteres tallene per helseregion.

Tabell 7.12 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2009.

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Sør-Øst	2,5	37	51	11	100
Vest	1,9	37	54	8	100
Midt-Norge	3,1	34	54	12	100
Nord	2,6	40	49	11	100
Landet	2,5	37	52	11	100

Helseregion Midt-Norge har flest årsverk per innbyggere i tjenester til barn og unge, og ligger ikke så langt fra landsgjennomsnittet i de ulike tjenestene. Samme helseregion har laveste andel (34 prosent)

årsverk til barn og unge innen helsestasjon og skolehelsetjenester, mens helseregion Nord har høyest andel (40 prosent). Helseregion Nord ligger derimot tilsvarende lavt på andel årsverk til behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge.



Figur 7.20 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2009.

7.5 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

Sammenliknet med rapporteringsskjema for øremerkede midler (rapporteringsskjema 1), skiller man i totalrapporteringen (rapporteringsskjema 2) mellom videreutdanning eller ikke videreutdanning i psykisk helsearbeid også for personell som har videregående utdanning, og *andre* ansatte med høyskole/universitetsfag med eller uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.

For å forenkle fremstillingen gjøres imidlertid deler av presentasjonen etter følgende inndeling:

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

7.5.1 ÅRSVERK TOTALT

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

7.5.1.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 7.13 presenteres totaltallene per fylke fordelt på de ulike utdanningskategoriene kommunene rapporterer på. Den prosentvise andelen i hver kategori per fylke presenteres i tabell 7.14.

Tabell 7.13 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	68	128	152	178	3	15	72	39	656
Akershus	85	149	274	314	43	41	135	101	1 143
Oslo	63	107	178	365	19	26	91	141	990
Hedmark	77	125	124	175	4	25	26	37	594
Oppland	69	115	98	147	5	10	51	29	524
Buskerud	57	113	102	132	12	13	66	127	621
Vestfold	60	92	107	130	6	29	41	69	535
Telemark	108	153	106	162	4	12	77	73	695
Aust-Agder	18	70	58	55	1	9	6	29	247
Vest-Agder	33	71	137	130	2	25	23	27	448
Rogaland	103	219	202	281	28	18	62	60	974
Hordaland	107	176	208	299	27	25	74	126	1 043
Sogn og Fjordane	27	84	63	104	4	1	29	37	348
Møre og Romsdal	85	170	126	214	8	21	63	85	773
Sør-Trøndelag	100	194	118	247	27	36	131	79	933
Nord-Trøndelag	47	67	87	100	3	6	26	18	355
Nordland	62	118	169	189	2	21	30	48	639
Troms	37	83	102	115	6	14	24	42	423
Finnmark	18	51	46	40	1	3	12	27	198
Landet	1 225	2 285	2 456	3 379	205	349	1043	1195	12 136

Som vi ser av tabell 7.14 har nesten halvparten (48 prosent) av årsverkene i psykisk helsearbeid helse-/sosialfag fra høyskole som utdanningsbakgrunn (med eller uten videreutdanning). I kommunene i Vest-Agder er andelen på hele 60 prosent i denne kategorien. 29 prosent av årsverkene rapportert i 2009 hadde helse- og sosialfag fra videregående skole som høyeste utdanning, mens 11 prosent ble kategorisert som andre med høgskole-/universitetsutdanning. 2 prosent av de totale årsverkene var psykologer, og her skiller kommunene i Akershus, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag seg ut med positive avvik fra landsgjennomsnittet.

I 2011 kommer en grundigere analyse av hva som kjennetegner kommuner som har psykologårsverk i forhold til de kommunene som ikke rapporterer om psykologårsverk. Vi finner at 401 av landets kommuner rapporterte i 2009 null psykologårsverk i psykisk helsearbeid for voksne, mens 319 kommuner rapporterte null psykologårsverk i tjenester for barn og unge. Sentralitet og kommunestørrelse forventes å være av betydning.

Tabell 7.14 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2009

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- lo- ger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	10	20	23	27	0	2	11	6	100
Akershus	7	13	24	27	4	4	12	9	100
Oslo	6	11	18	37	2	3	9	14	100
Hedmark	13	21	21	30	1	4	4	6	100
Oppland	13	22	19	28	1	2	10	6	100
Buskerud	9	18	16	21	2	2	11	20	100
Vestfold	11	17	20	24	1	5	8	13	100
Telemark	16	22	15	23	1	2	11	11	100
Aust-Agder	7	29	24	22	1	3	3	12	100
Vest-Agder	7	16	31	29	0	6	5	6	100
Rogaland	11	22	21	29	3	2	6	6	100
Hordaland	10	17	20	29	3	2	7	12	100
Sogn og Fjordane	8	24	18	30	1	0	8	11	100
Møre og Romsdal	11	22	16	28	1	3	8	11	100
Sør-Trøndelag	11	21	13	26	3	4	14	9	100
Nord-Trøndelag	13	19	25	28	1	2	7	5	100
Nordland	10	18	26	30	0	3	5	8	100
Troms	9	20	24	27	1	3	6	10	100
Finnmark	9	26	23	20	1	1	6	14	100
Landet	10	19	20	28	2	3	9	10	100

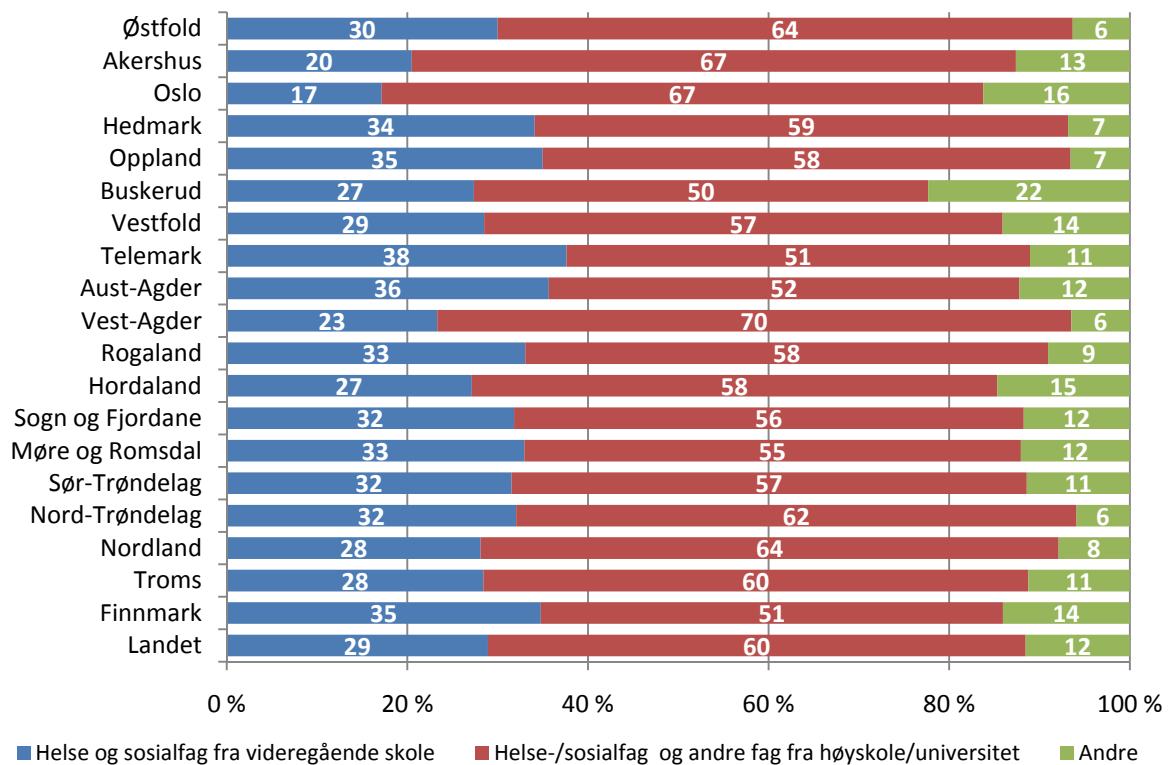
Ser vi på de ulike kategoriene én og én, ser vi at kommunene i Telemark, Nord-Trøndelag, Oppland og Hedemark som har den høyeste andelen helse- og sosialfaglig utdannede fra videregående skole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid med hhv. 16 og 13 prosent av årsverkene sine i denne kategorien. Oslo kommune, Akershus og Agder fylkene ligger lengst fra landsgjennomsnittet (på ti prosent) med seks og sju prosent av årsverkene i denne kategorien. Når det gjelder årsverk *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid, er det kommunene i Aust-Agder og Finnmark som ligger høyest med hhv. 29 og 26 prosent. Oslo og Akershus-kommunene ligger lavest med 11 og 13 prosent.

Helse- og sosialfaglig utdannede fra høyskole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid utgjør i gjennomsnitt 31 prosent av årsverkene i kommunene i Vest-Agder, men bare 13 prosent av årsverkene i kommunene i Sør-Trøndelag. Oslo rapporterer ett prosentpoeng lavere fra 2008 til 2009. Oslo har videre det høyeste gjennomsnittet når det gjelder helse- og sosialfaglig utdannede *uten* videreutdanning (37 prosent), mens kommunene i Finnmark og Buskerud ligger lavest i denne kategorien med hhv 20 og 21 prosent.

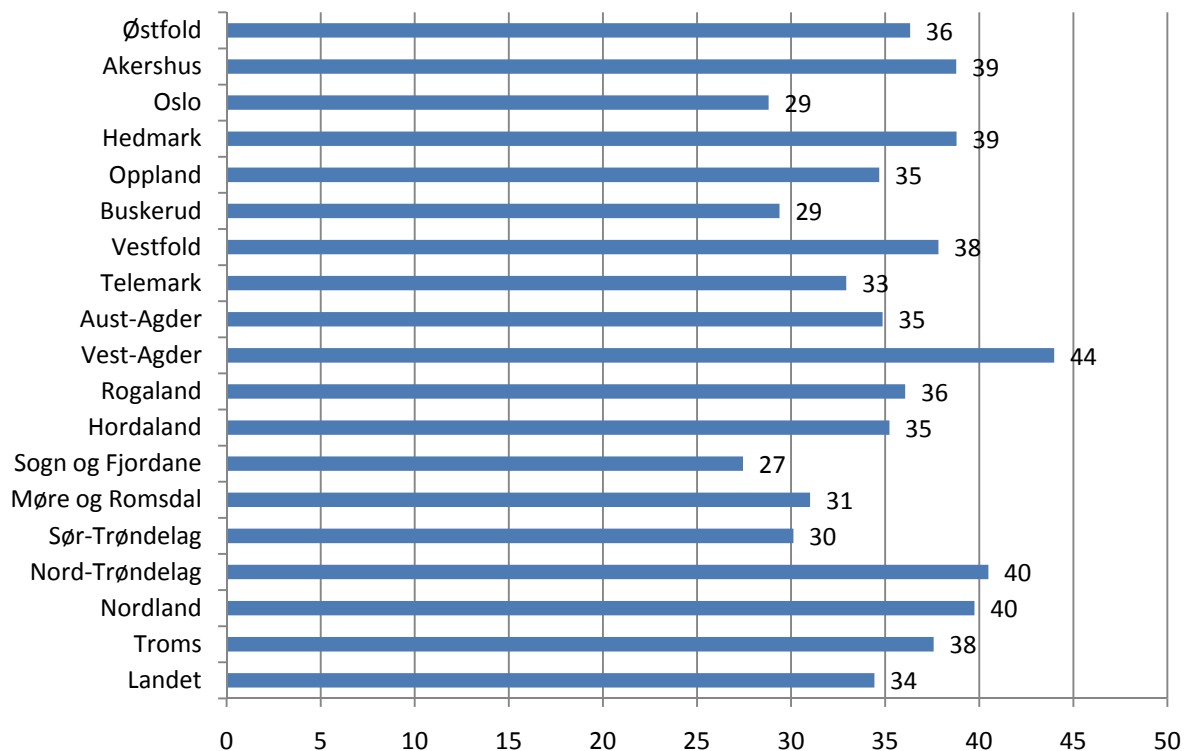
Når det gjelder andre former for høyskole-/universitetsutdannelse er det en høyere andel *uten* enn *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid. Noen av fylkene har kommuner som i gjennomsnitt kun har én prosent eller ingen av årsverkene sine i denne kategorien, dette gjelder Finnmark og Sogn og Fjordane. En større andel er knyttet til årsverk med høyskole-/universitetsutdannelse *uten* videreutdanning. Her topper Sør-Trøndelag, Akershus, Telemark og Buskerud og Østfold listen med hhv. 14 prosent i førstnevnte, 12 prosent i Akershus og 11 prosent i de resterende nevnte fylkene. Aust-Agder har lavest andel her – med 3 prosent.

Når det gjelder "Andre" typer årsverk, er det kommunene i Buskerud og Finnmark som rapporterer den høyeste andelen her med hhv. 20 og 14 prosent, hvor Buskerud da ligger dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet.

Fra tabellen over har vi slått sammen noen av kategoriene som er hensiktsmessige å se under ett. Vi ser først på andel med helse- og sosialfaglig utdanning (fra hhv. videregående og høyskole-/universitet) og personell i kategorien "Andre" i hvert fylke (figur 7.21), deretter viser figur 7.22 andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid (både fra videregående og fra høgskole).



Figur 7.21 Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2009.



Figur 7.22 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2009.

7.5.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

I det følgende har vi gruppert kommunene etter kommunestørrelse, og starter med å presentere absolutte antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tabell 7.15. Deretter ser vi på de samme størrelsene som andel av totalt antall årsverk i tabell 7.16.

Det er en lavere andel av årsverkene med helse- og sosialfaglig bakgrunn *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid fra videregående skole i kommuner med over 50 000 innbyggere og kommuner med under 2000 innbyggere (ni prosent), sammenliknet med resterende kommunestørrelsen (10-11 prosent). Personell med videregående skole uten videreutdanning er lavere i de mest innbyggerrike kommunene. Disse kommunene har imidlertid en høyere andel helse- og sosialfaglig utdannede fra høyskole med videreutdanning enn de mindre kommunene. Kommuner med over 20 000 innbyggere har i gjennomsnitt 2,2 prosent av årsverkene sine som psykologårsverk, i mindre kommuner er tallet 1 og i de minste kommer ut med nærmere null i gjennomsnitt.

Når det gjelder helse- og sosialfag fra høyskole varierer fordelingen for årsverkene *med* videreutdanning mellom 19 og 23 prosent av årsverkene avhengig av kommunestørrelse – høyest andel i mellomstore kommuner. Når det gjelder andre med høyskole/universitetsutdannelse og videreutdanning i psykisk helsearbeid, er det i de aller største kommunene andelen er høyest – tre prosent. De aller største kommunene har også høyest andel uten slik videreutdanning i denne kategorien. "Andre" årsverk er en kategori relativt sett mest brukt i de minste kommunene med under 2 000 innbyggere (12 prosent) og i de største kommunene med over 500000 innbyggere.

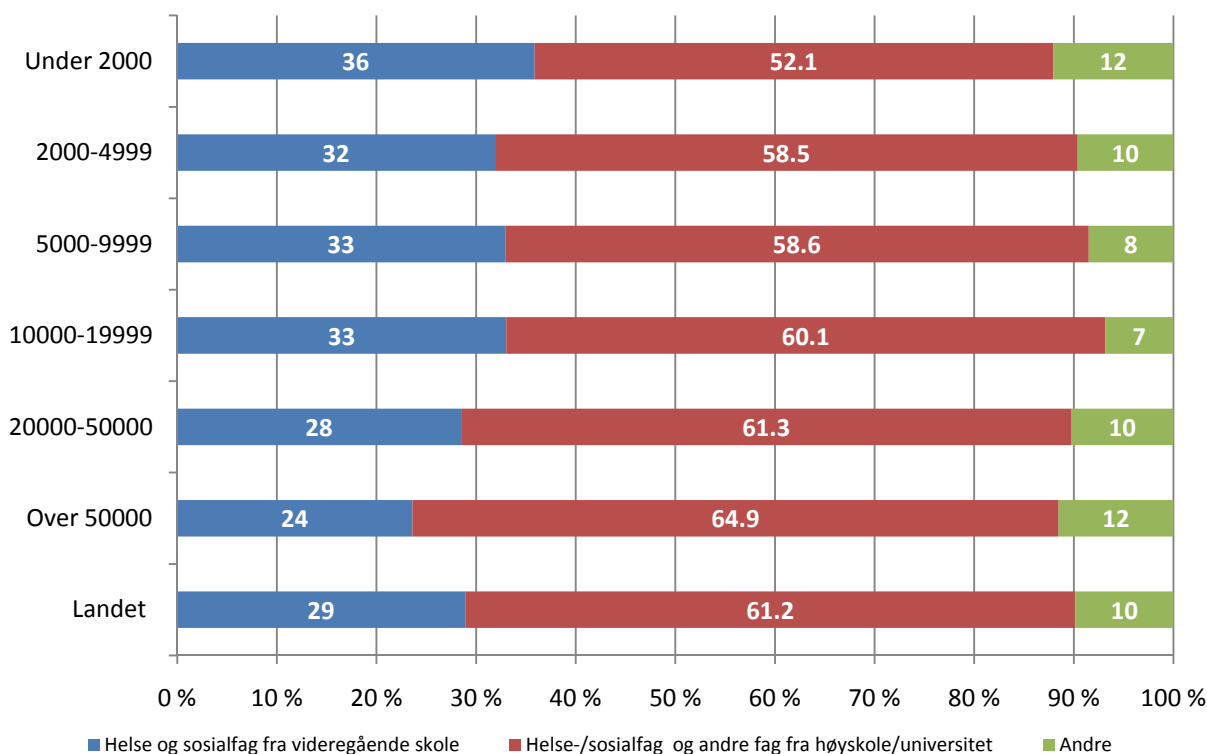
I figur 7.23 og 7.24 presenteres sammenslåtte utdanningskategorier fra tabell 4.16 – tilsvarende det vi gjorde på fylkesnivå over. Figurene er lett leselige, og kommenteres derfor ikke ytterligere.

Tabell 7.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2009.

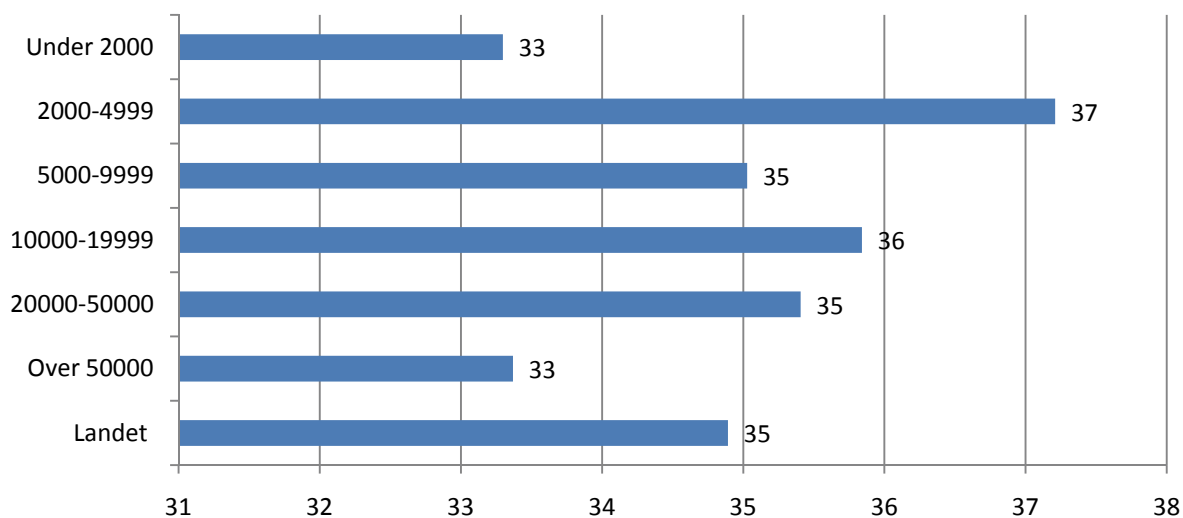
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Under 2000	41	118	94	97	1	12	27	53	442
2000-4999	147	282	309	330	14	30	102	129	1343
5000-9999	179	378	351	465	19	43	112	144	1691
10000-19999	207	440	419	552	23	53	132	134	1961
20000-50000	304	493	533	813	59	95	215	286	2798
Over 50000	347	575	750	1122	89	116	454	449	3902
Landet	1225	2285	2456	3379	205	349	1043	1195	12136

Tabell 7.16 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Under 2000	9	27	21	22	0,3	3	6	12	100
2000-4999	11	21	23	25	1,0	2	8	10	100
5000-9999	11	22	21	28	1,1	3	7	8	100
10000-19999	11	22	21	28	1,2	3	7	7	100
20000-50000	11	18	19	29	2,1	3	8	10	100
Over 50000	9	15	19	29	2,3	3	12	12	100
Landet	10	19	20	28	1,7	3	9	10	100



Figur 7.23 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2009.



Figur 7.24 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2009.

7.5.1.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabell 7.17 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 4.18 på neste side der dette fremgår.

Tabell 7.17 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, KOSTRA-gruppe, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	28	57	55	89	3	6	14	31	282
Kostragruppe 2	75	163	160	160	6	16	53	63	695
Kostragruppe 3	32	56	79	79	3	9	32	30	320
Kostragruppe 5	22	63	45	63	4	7	18	19	243
Kostragruppe 6	30	79	68	52	1	5	18	38	290
Kostragruppe 7	100	195	201	303	21	34	84	82	1021
Kostragruppe 8	87	179	173	190	7	24	46	60	765
Kostragruppe 10	32	131	130	196	4	18	48	60	619
Kostragruppe 11	158	282	251	342	12	33	76	92	1246
Kostragruppe 12	39	94	62	70	2	6	20	26	319
Kostragruppe 13	424	674	854	1140	81	128	395	410	4107
Kostragruppe 14	134	200	186	320	40	37	147	140	1204
Kostragruppe 15	63	107	178	365	19	26	91	141	990
Kostragruppe 16	2	6	14	8		1	2	3	36
Landet	1225	2285	2456	3379	205	349	1043	1195	12136

Fokuserer vi 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 (13 prosent) i KOSTRA-gruppene 11 (mellomstore kommuner). KOSTRA-gruppe 10 og 16 ligger nederst med fem og seks prosent. I den samme kategorien *uten* videreutdanning, der 1/5 årsverk finnes, skiller KOSTRA-gruppe 12 (mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger) seg ut med høyest avvik fra gjennomsnittet – 29 prosent.

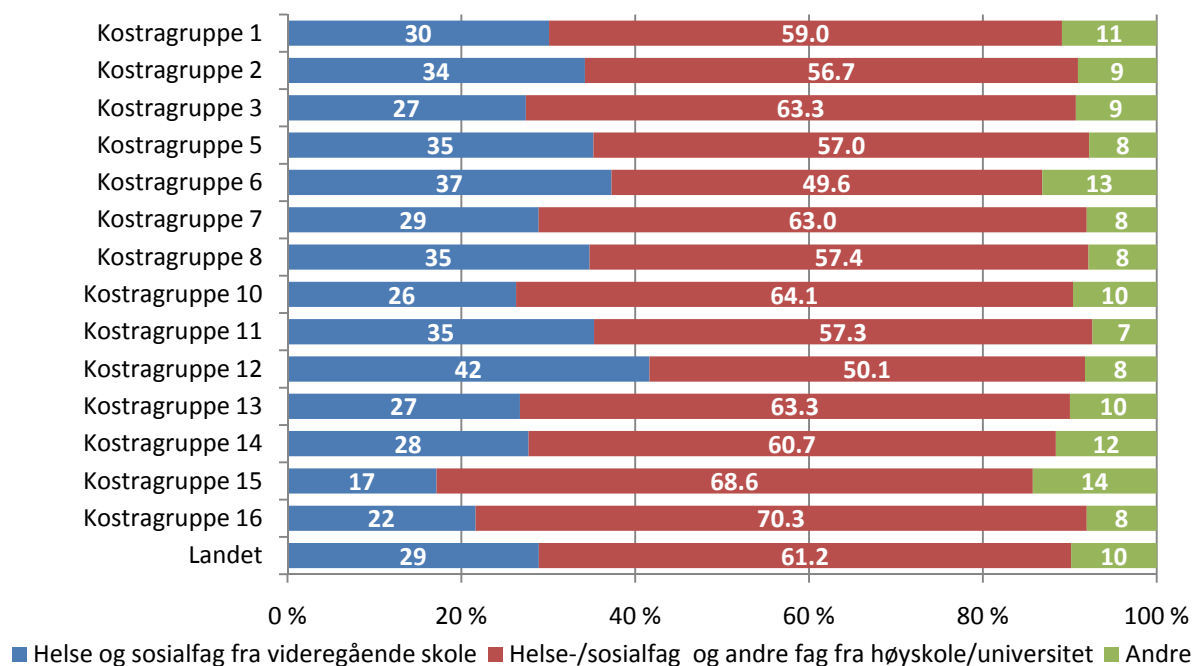
Når det gjelder de med helse- og sosialfag fra høyskole, er det som nevnt 20 og 28 prosent av årsverkene som på landsbasis har utdanning hhv. *uten* videreutdanning og *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid. Personell med slik videreutdanning varierer mellom 15 og 39 prosent i KOSTRA-gruppene, men for de *uten* videreutdanning er KOSTRA-gruppene 14, 7 og 8 – med på å dra opp landsgjennomsnittet med over 30 prosent av årsverkene i denne kategorien.

Psykologårsverkene fordeler seg jevnt og lavt andelsmessig – kun KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim, Stavanger) når i gjennomsnitt tre prosent av årsverkene her. Andre med høyskole- og universitetsutdanning *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid er det lavest andel av i KOSTRA-gruppe 16. Det er store forskjeller mellom KOSTRA-gruppene i andel årsverk som defineres som "Andre". Lavest andel i gruppe 11 (sju prosent), høyest i gruppe 15 (14 prosent).

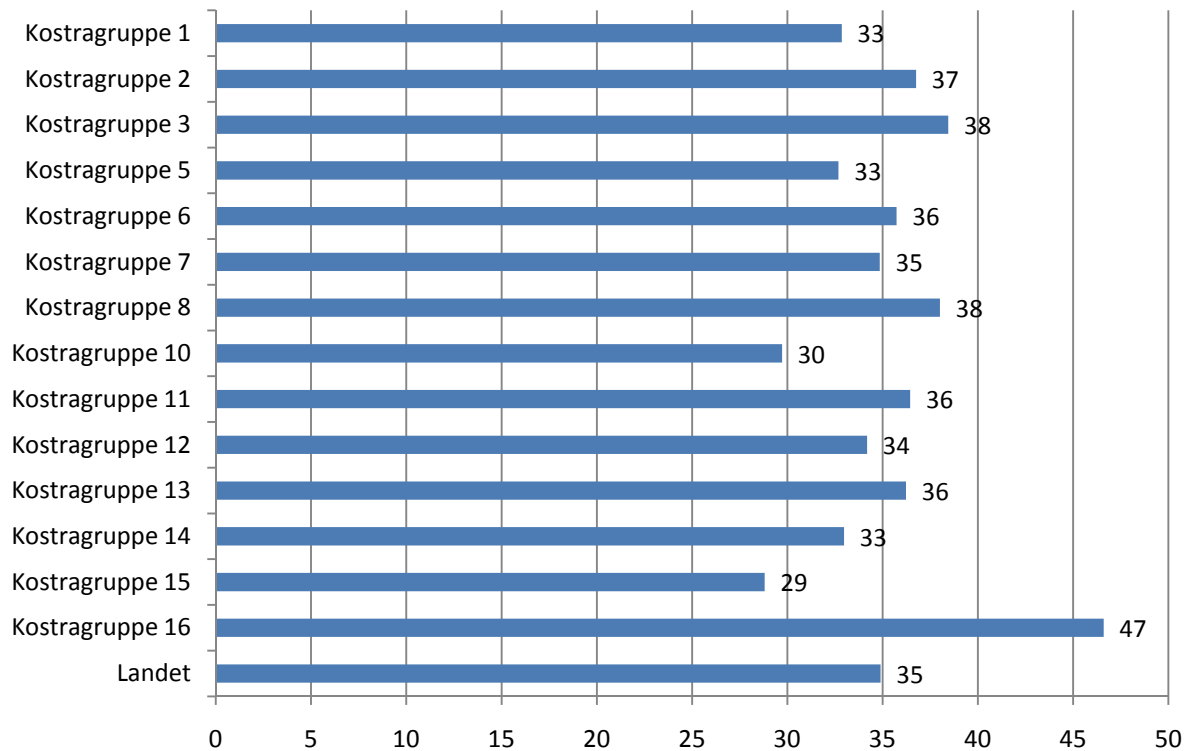
Tabell 7.18 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, KOSTRA gruppe, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	10	20	19	31	1,2	2	5	11	100
Kostragruppe 2	11	23	23	23	0,8	2	8	9	100
Kostragruppe 3	10	18	25	25	1,0	3	10	9	100
Kostragruppe 5	9	26	19	26	1,8	3	8	8	100
Kostragruppe 6	10	27	23	18	0,2	2	6	13	100
Kostragruppe 7	10	19	20	30	2,1	3	8	8	100
Kostragruppe 8	11	23	23	25	1,0	3	6	8	100
Kostragruppe 10	5	21	21	32	0,7	3	8	10	100
Kostragruppe 11	13	23	20	27	1,0	3	6	7	100
Kostragruppe 12	12	29	19	22	0,8	2	6	8	100
Kostragruppe 13	10	16	21	28	2,0	3	10	10	100
Kostragruppe 14	11	17	15	27	3,3	3	12	12	100
Kostragruppe 15	6	11	18	37	2,0	3	9	14	100
Kostragruppe 16	6	16	39	23	0,6	1	6	8	100
Landet	10	19	20	28	1,7	3	9	10	100

I figur 7.25 og 7.26 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 7.25 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2009.



Figur 7.26 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA-gruppe, 2009.

7.5.1.4 HELSEREGION

I tabell 7.19 og 7.20 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene for 2009 på helse-regionnivå – både som absolutte tall og andeler av totale årsverk i hver region.

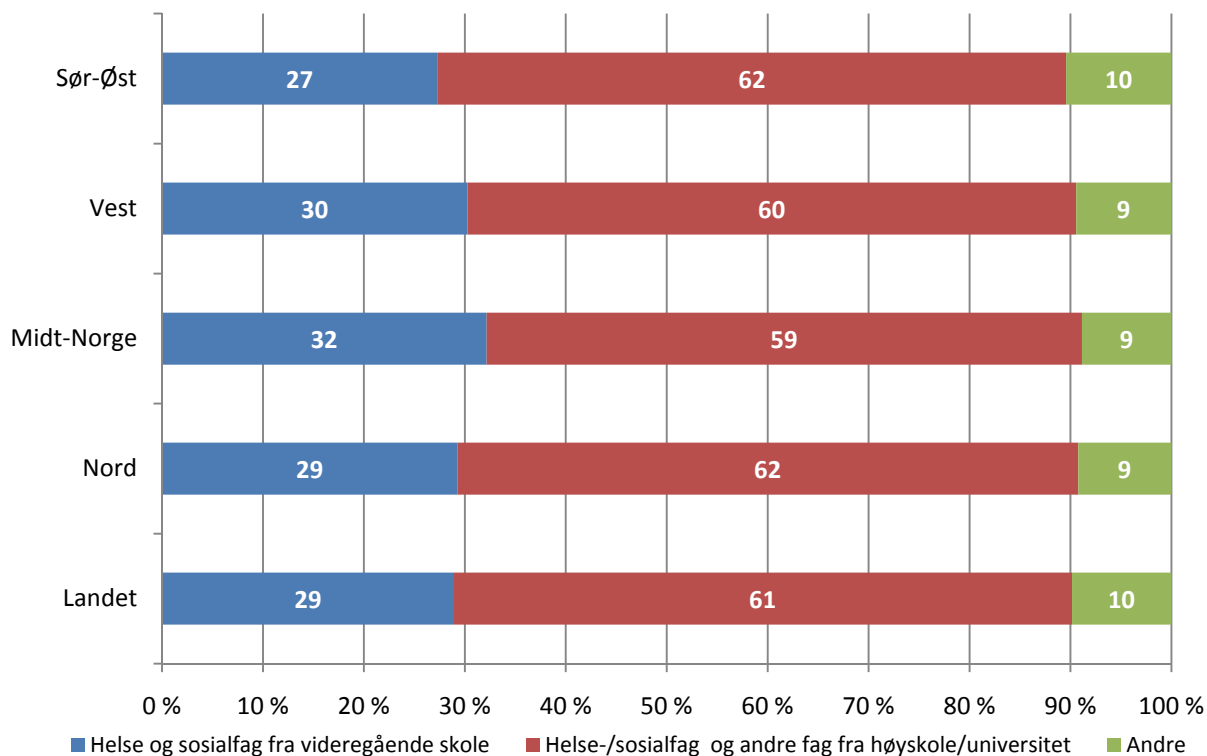
Tabell 7.19 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	638	1124	1335	1789	98	204	590	673	6451
Vest	237	479	473	684	59	45	165	223	2365
Midt-Norge	232	430	331	562	38	63	221	183	2060
Nord	117	252	317	344	9	37	67	116	1260
Landet	1225	2285	2456	3379	205	349	1043	1195	12136

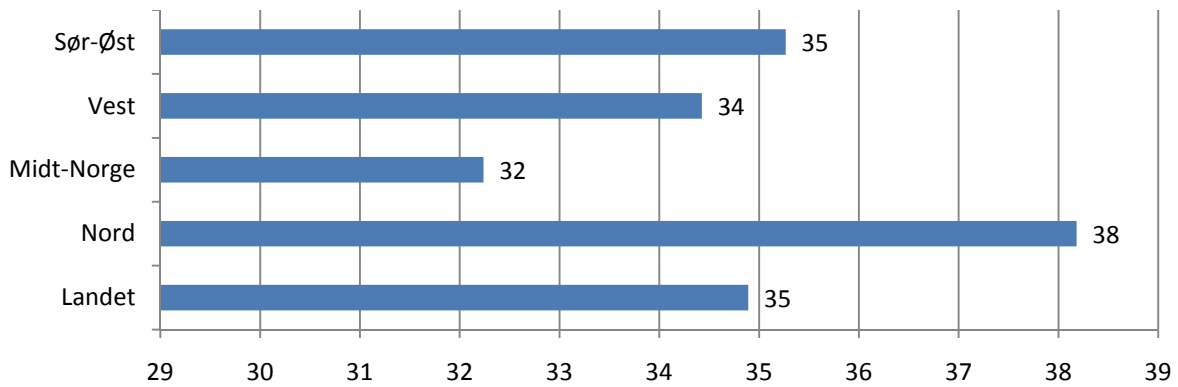
Tabell 7.20 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	10	17	21	28	1,5	3	9	10	100
Vest	10	20	20	29	2,5	2	7	9	100
Midt-Norge	11	21	16	27	1,8	3	11	9	100
Nord	9	20	25	27	0,7	3	5	9	100
Landet	10	19	20	28	1,7	3	9	10	100

I figur 7.27 og 7.28 har vi sammenstilt kategoriene i tabellen over, og illustrerer i sistnevnte figur hvor stor andel av årsverkene som rapporteres å ha videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 7.27 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2009.



Figur 7.28 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2009.

7.5.2 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

I det følgende har vi valgt å gjøre den samme øvelsen som vi gjorde på totaltallene i forrige delkapittel, men differensierer mellom årsverk i tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge (sistnevne i kapittel 7.4.3).

7.5.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 7.21 og 7.22 angir hvordan årsverkene til voksne fordeler seg mellom de ulike utdanningskategoriene, hhv. som absolutte tall, og som andeler i prosent.

Tabell 7.21 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2009.

Fylke	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Østfold	68	113	127	108	0,6	8	24	32	481
Akershus	84	139	232	223	7,9	30	90	85	892
Oslo	60	93	143	279	2,9	20	68	121	786
Hedmark	76	113	99	115	0,0	15	8	27	454
Oppland	65	106	78	95	1,3	9	19	28	401
Buskerud	55	100	83	82	0,3	8	27	92	447
Vestfold	56	77	87	86	0,0	11	21	51	389
Telemark	108	146	75	94	0,2	7	44	71	545
Aust-Agder	18	55	48	43	0,0	1	4	19	187
Vest-Agder	33	68	111	93	0,2	10	14	24	354
Rogaland	96	206	173	214	2,0	7	35	50	782
Hordaland	99	162	188	217	0,6	7	48	105	826
Sogn og Fjordane	26	81	53	84	0,0		12	36	291
Møre og Romsdal	80	141	107	148	1,3	16	28	70	591
Sør-Trøndelag	98	179	88	144	3,4	31	117	70	731
Nord-Trøndelag	45	58	64	65	0,9	4	7	11	255
Nordland	58	109	142	94	0,2	17	14	44	479
Troms	34	81	88	85	0,0	4	20	34	346
Finnmark	15	42	39	30	0,0	2	7	22	156
Landet	1174	2069	2024	2299	21,8	208	605	993	9392

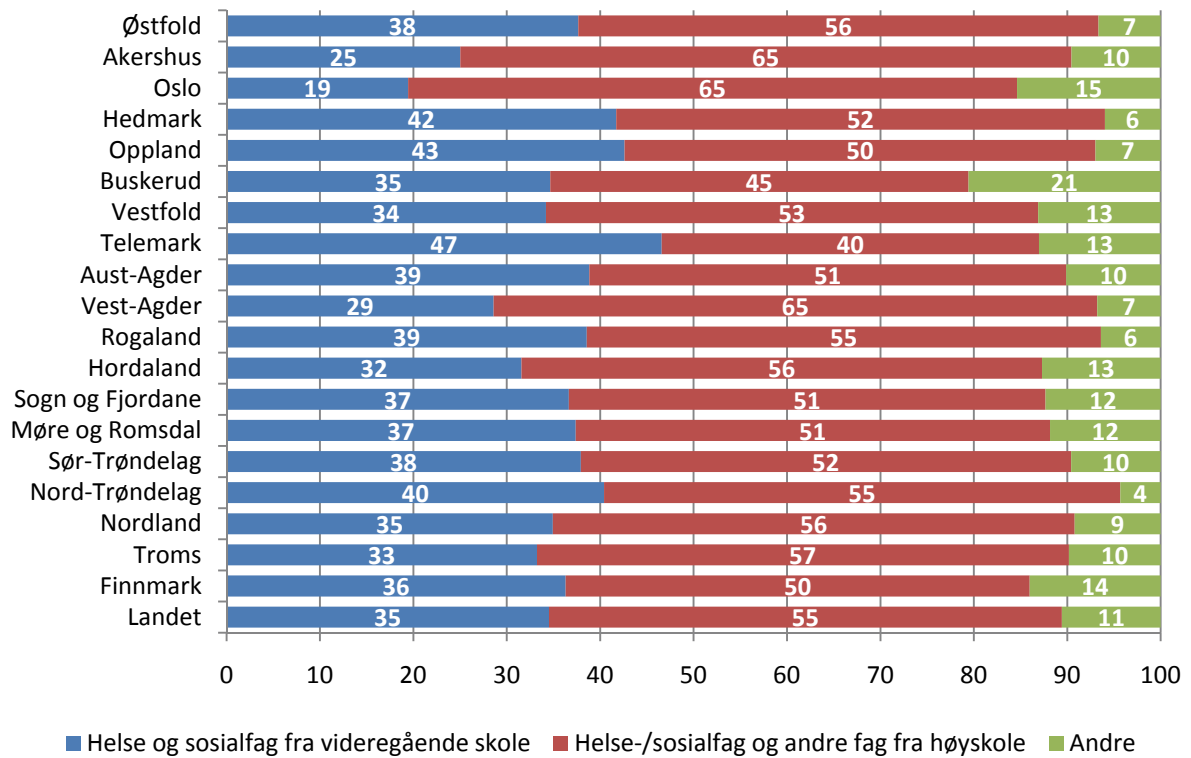
Av de 9 392 årsverkene som går til tjenester til voksne i psykisk helsearbeid, har 36 prosent av årsverkene helse- og sosialfaglig høyskole- eller universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk

helsearbeid (se figur 7.29 under). Til sammen ivaretas 54 prosent av tjenestene til voksne av personell med relevant helse- og sosialfaglig utdannelse fra høyskolene universitetene. 34 prosent har helse- og sosialfaglig utdannelse fra videregående skole – de fleste (22 prosent) *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.

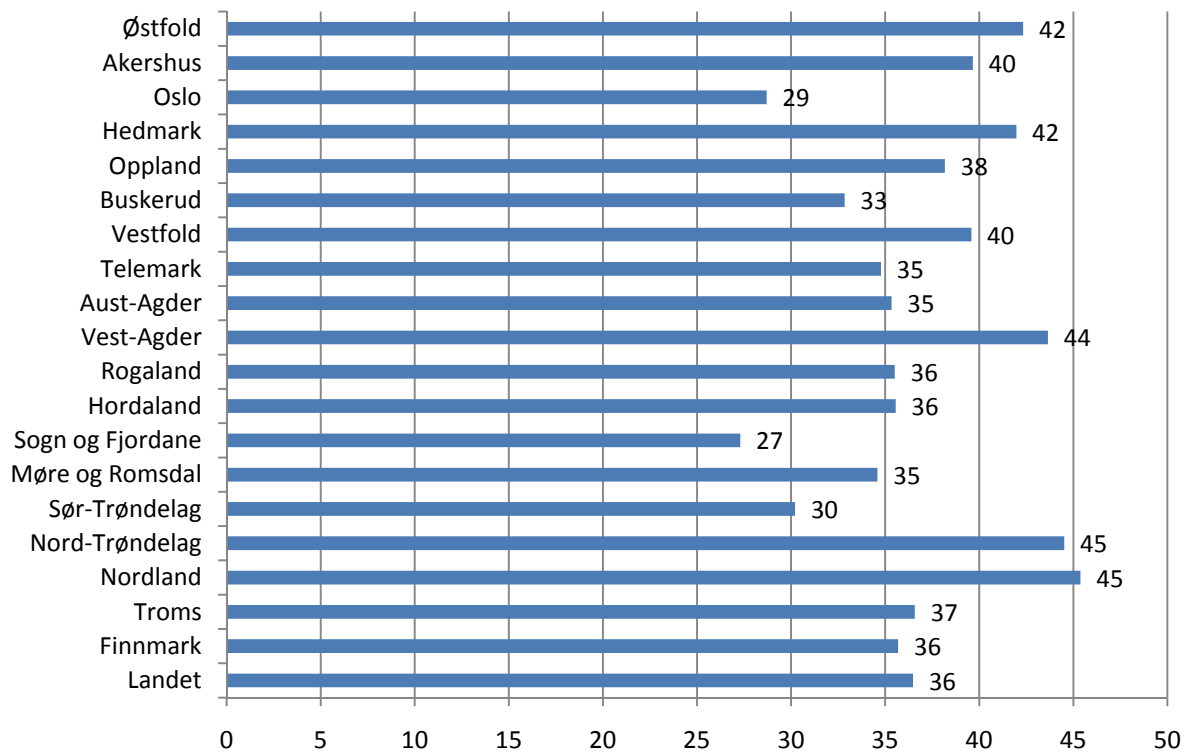
Tabell 7.22 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psykologer	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Østfold	14	23	26	22	0,1	2	5	7	100
Akershus	9	16	26	25	0,9	3	10	10	100
Oslo	8	12	18	35	0,4	3	9	15	100
Hedmark	17	25	22	25	0,0	3	2	6	100
Oppland	16	26	19	24	0,3	2	5	7	100
Buskerud	12	22	19	18	0,1	2	6	21	100
Vestfold	14	20	22	22	0,0	3	5	13	100
Telemark	20	27	14	17	0,0	1	8	13	100
Aust-Agder	9	30	26	23	0,0	0	2	10	100
Vest-Agder	9	19	31	26	0,1	3	4	7	100
Rogaland	12	26	22	27	0,3	1	4	6	100
Hordaland	12	20	23	26	0,1	1	6	13	100
Sogn og Fjordane	9	28	18	29	0,0	0	4	12	100
Møre og Romsdal	13	24	18	25	0,2	3	5	12	100
Sør-Trøndelag	13	25	12	20	0,5	4	16	10	100
Nord-Trøndelag	17	23	25	26	0,4	2	3	4	100
Nordland	12	23	30	20	0,0	4	3	9	100
Troms	10	23	26	24	0,0	1	6	10	100
Finnmark	10	27	25	19	0,0	2	4	14	100
Landet	12	22	22	24	0,2	2	6	11	100

I figur 7.29 har vi gruppert helse- og sosialfaglige årsverk i hhv. videregående og høyskole sammen.



Figur 7.29 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2009.



Figur 7.30 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2009.

7.5.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse fordeler årsverkene i tjenester for voksne seg på utdanningskategorier som vist i tabell 7.23 (absolutte tall) og tabell 7.24 (prosentandel).

Tabell 7.23 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2009.

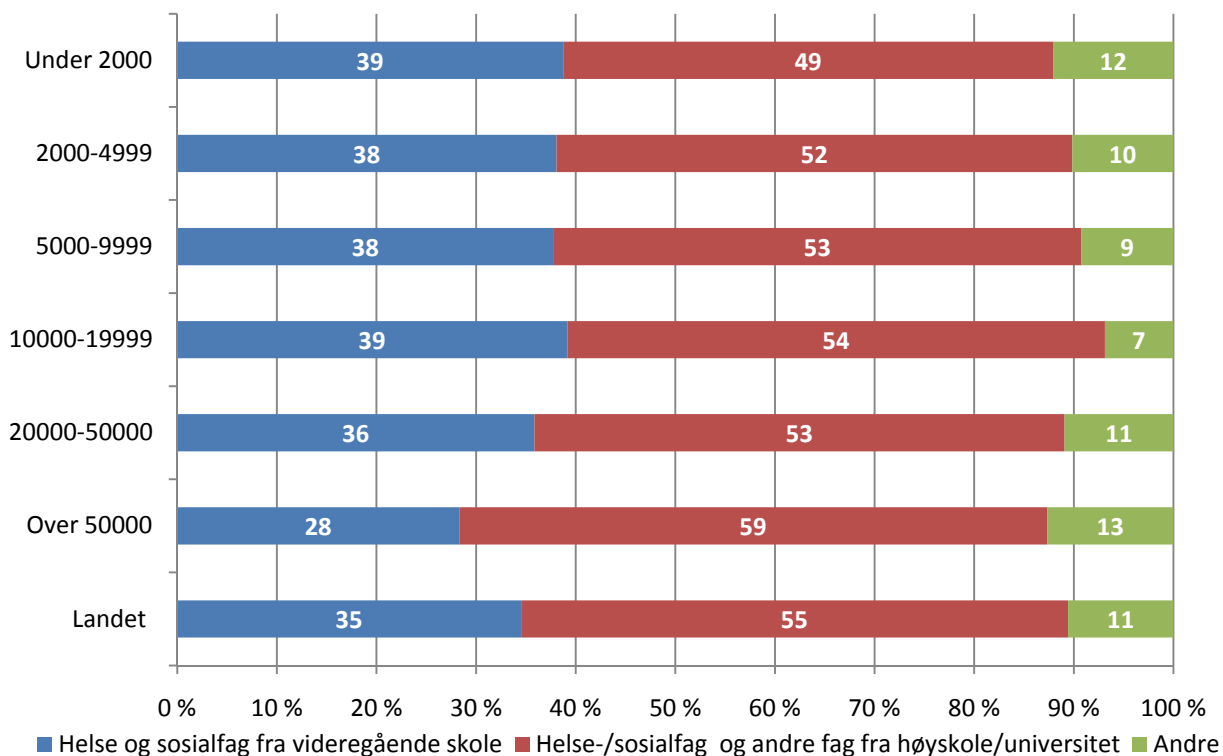
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	36	98	76	72	0	8	15	42	348
2000-4999	142	258	243	224	1	20	55	107	1051
5000-9999	166	334	297	315	2	28	58	123	1324
10000-19999	199	393	339	400	3	28	46	104	1511
20000-50000	288	444	448	469	7	50	112	223	2041
Over 50000	342	541	621	819	8	74	319	395	3118
Landet	1174	2069	2024	2299	22	208	605	993	9392

Kommuner med over 50 000 innbyggere har en markant lavere andel årsverk helse- og sosialfaglig utdannede med videregående skole som høyeste utdanning i tjenester til voksne, sammenliknet med de øvrige kommunegruppene. De ligger også to prosentpoeng under landsgjennomsnittet med 20 prosent av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid og helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. For øvrig følges de samme tendensene i tjenester for voksne som vi så på totaltallene i delkapitlet over; høyere andel psykologer og høyere andel i andre med høyskole-/universitetsutdanning, samt rapporterte årsverk i kategorien "Andre" – for de største kommunene.

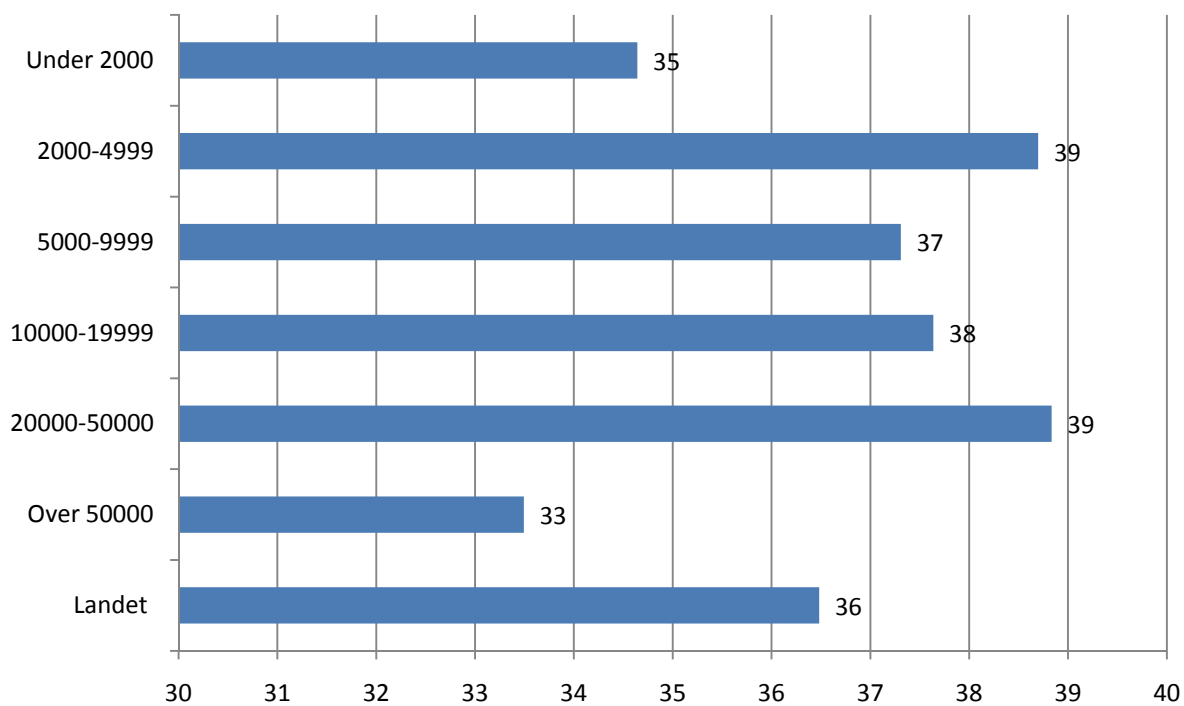
Figur 7.31 og 7.32 angir andelen av totale årsverk som har gått til tjenester for voksne i psykisk helsearbeid, samt hvor stor andel av disse årsverkene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Tabell 7.24 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	10	28	22	21	0,1	2	4	12	100
2000-4999	14	25	23	21	0,1	2	5	10	100
5000-9999	13	25	22	24	0,2	2	4	9	100
10000-19999	13	26	22	26	0,2	2	3	7	100
20000-50000	14	22	22	23	0,3	2	5	11	100
Over 50000	11	17	20	26	0,3	2	10	13	100
Landet	12	22	22	24	0,2	2	6	11	100



Figur 7.31 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2009.



Figur 7.32 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2009.

7.5.2.3 KOSTRAGRUPPE

Under har vi gruppert årsverkene i tjenester for voksne etter KOSTRA-gruppe – først i absolutte tall, deretter som andeler (tabell 7.25 og 7.26).

Tabell 7.25 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, KOSTRA gruppe, 2009

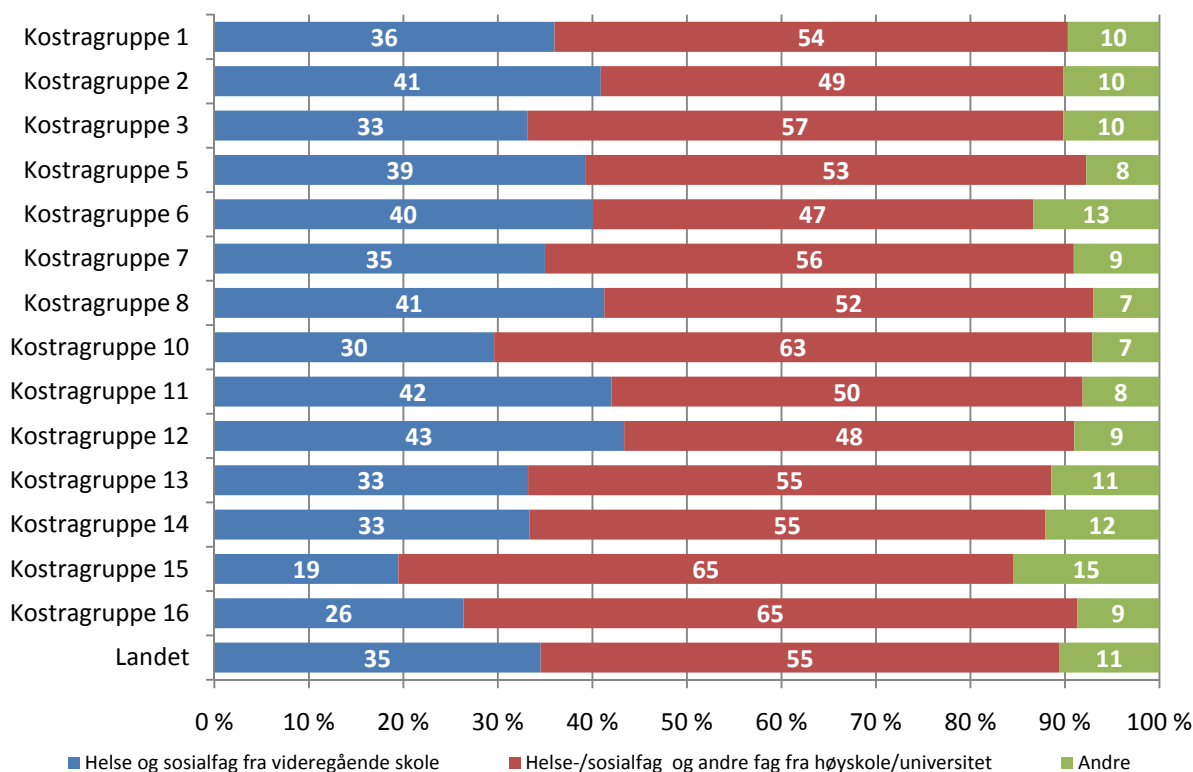
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	27	52	41	65	0	5	8	21	218
Kostragruppe 2	72	152	126	108	1	11	22	56	547
Kostragruppe 3	31	52	61	51	0	6	23	25	249
Kostragruppe 5	21	52	38	43	0	4	12	14	184
Kostragruppe 6	26	67	56	40	0	4	9	31	233
Kostragruppe 7	94	179	159	209	4	21	44	71	779
Kostragruppe 8	84	157	142	122	1	19	18	41	585
Kostragruppe 10	31	99	109	135	0	7	27	31	439
Kostragruppe 11	151	258	209	237	2	17	22	79	974
Kostragruppe 12	33	81	56	51	0	3	14	24	262
Kostragruppe 13	410	635	714	742	8	63	215	361	3150
Kostragruppe 14	131	188	158	211	3	27	123	116	957
Kostragruppe 15	60	93	143	279	3	20	68	121	786
Kostragruppe 16	2	6	11	6	0	1	1	3	29
Landet	1174	2069	2024	2299	22	208	605	993	9392

Ser vi på tabellen med andeler under, har KOSTRA-gruppe 15 (Oslo) den laveste andelen årsverk med helse- og sosialfag fra videregående skole (uavhengig av videreutdanning) – og ligger for eksempel 11 prosentpoeng under de fire gruppene som har høyest andel (15 prosent) årsverk videregående skoleutdannede *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid. KOSTRA-gruppe 14 har den laveste andelen årsverk helse- og sosialfaglig utdannede fra høyskole *med* videreutdanning, mens Oslo (gruppe 15) har høyest andel i denne kategorien men *uten* videreutdanning. Ingen av KOSTRA-gruppene når opp til én prosent av årsverkene når det gjelder psykologårsverk i tjenester for voksne. KOSTRA-gruppe 12 har den laveste andelen andre med høgskole-/universitetsutdannelse *med* videreutdanning. KOSTRA-gruppe 14 har den høyeste andelen andre med høgskole-/universitetsutdannelse *uten* videreutdanning.

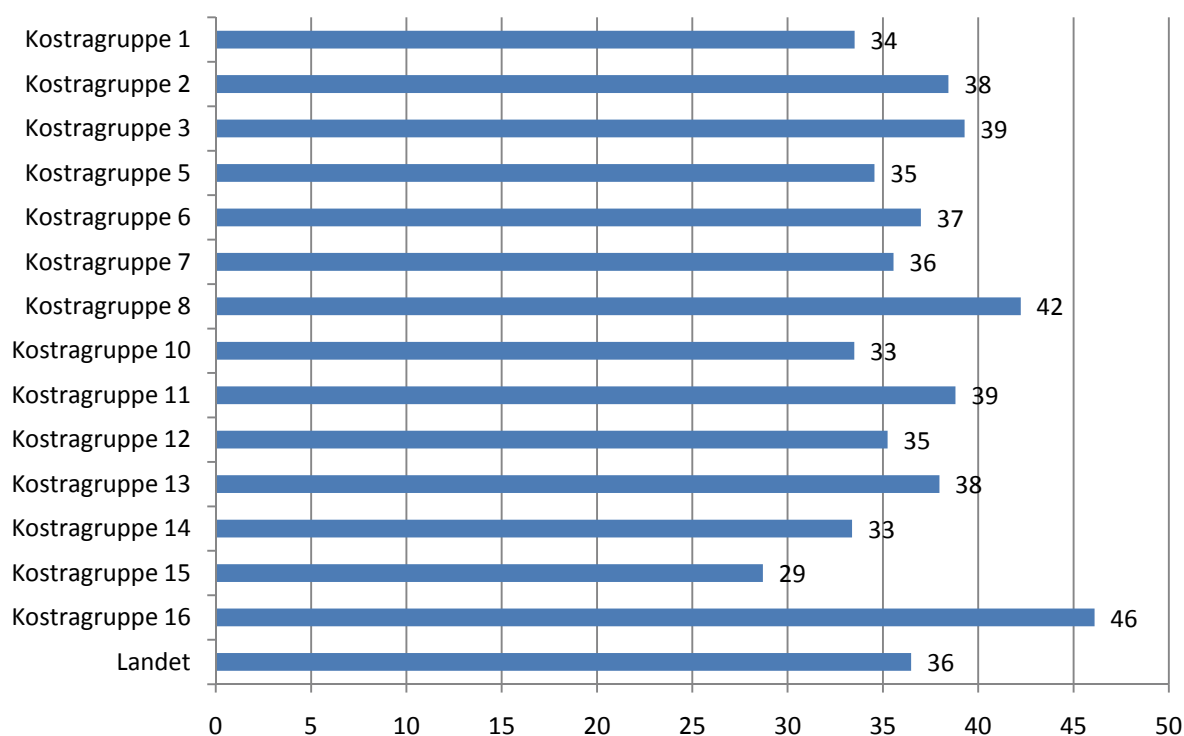
Figur 7.33 og 7.34 illustrerer sammenslåtte utdanningskategorier og andel årsverk i psykisk helsearbeid for voksne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2009.

Tabell 7.26 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, KOSTRA-gruppe, 2009

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	12	24	19	30	0,0	2	4	10	100
Kostragruppe 2	13	28	23	20	0,2	2	4	10	100
Kostragruppe 3	12	21	25	20	0,0	2	9	10	100
Kostragruppe 5	11	28	21	23	0,2	2	7	8	100
Kostragruppe 6	11	29	24	17	0,1	2	4	13	100
Kostragruppe 7	12	23	20	27	0,4	3	6	9	100
Kostragruppe 8	14	27	24	21	0,1	3	3	7	100
Kostragruppe 10	7	23	25	31	0,0	2	6	7	100
Kostragruppe 11	15	27	21	24	0,2	2	2	8	100
Kostragruppe 12	13	31	21	20	0,0	1	5	9	100
Kostragruppe 13	13	20	23	24	0,3	2	7	11	100
Kostragruppe 14	14	20	17	22	0,3	3	13	12	100
Kostragruppe 15	8	12	18	35	0,4	3	9	15	100
Kostragruppe 16	7	20	38	22	0,0	2	3	9	100
Landet	12	22	22	24	0,2	2	6	11	100



Figur 7.33 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, KOSTRA-gruppe, 2009.



Figur 7.34 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA-gruppe, 2009.

7.5.2.4 HELSEREGION

I tabell 7.27 og 7.28 presenteres hhv. absolutte størrelser og andel av totalt antall årsverk som har gått til tjenester i psykisk helsearbeid for voksne i 2009.

Tabell 7.27 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, helseregion, 2009.

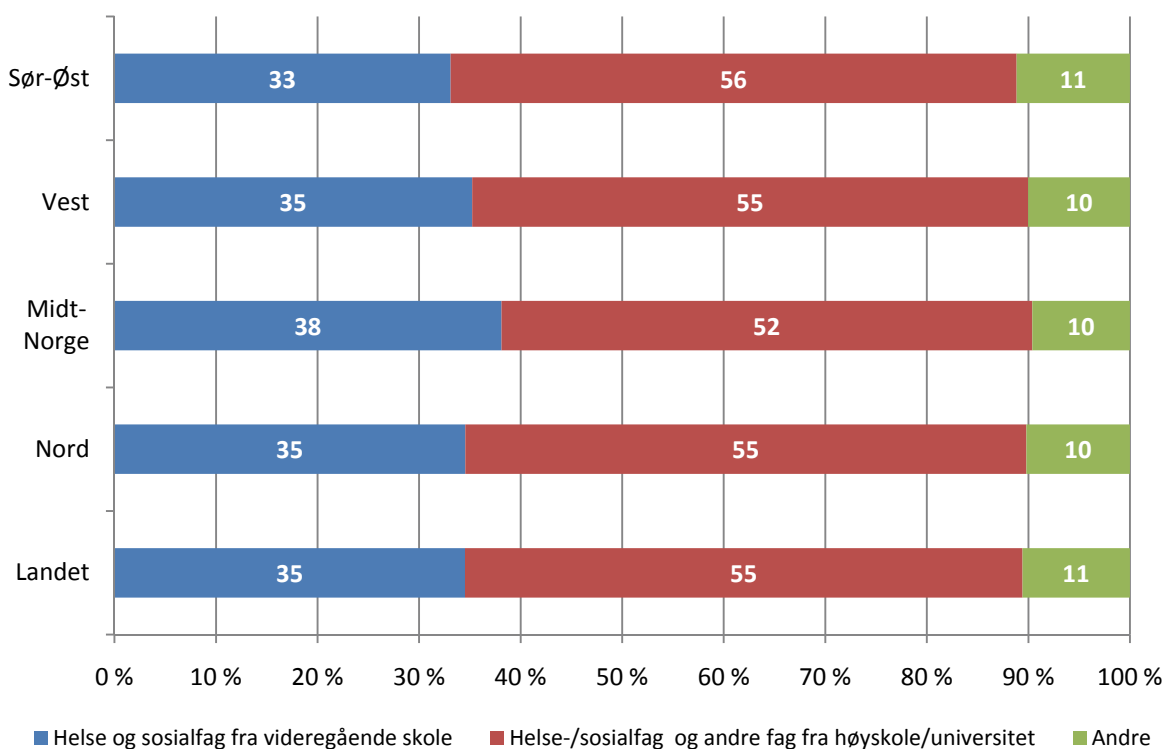
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	623	1010	1082	1218	13	118	319	551	4935
Vest	220	448	413	515	3	14	94	190	1899
Midt-Norge	222	379	259	357	6	52	151	152	1577
Nord	107	232	269	209	0	24	41	100	981
Landet	1174	2069	2024	2299	22	208	605	993	9392

Tabell 7.28 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, helseregion, 2009.

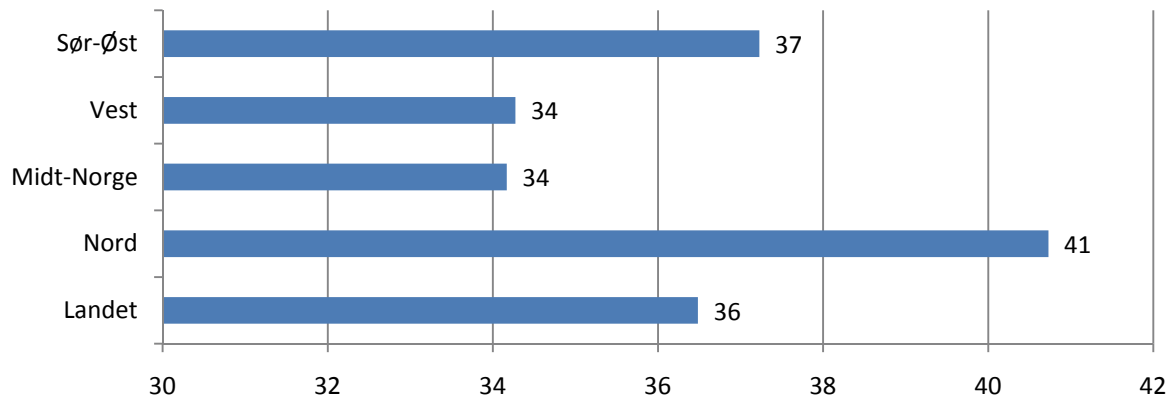
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	13	20	22	25	0,3	2	6	11	100
Vest	12	24	22	27	0,1	1	5	10	100
Midt-Norge	14	24	16	23	0,4	3	10	10	100
Nord	11	24	27	21	0,0	2	4	10	100
Landet	12	22	22	24	0,2	2	6	11	100

Psykisk helsearbeid i tjenester for voksne varierer lite når det gjelder andel årsverk i de ulike regionene som har helse- og sosialfag fra videregående skole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid – andelen varierer bare mellom 11 og 14 prosent. Midt-Norge ligger betraktelig lavere (16 prosent) enn de øvrige regionene når det gjelder helse- og sosialfaglig utdannede fra høyskole *med* videreutdanning, mens det er jevnere mellom regionene hva angår de *uten* videreutdanning. De øvrige kategoriene varierer lite på tvers av regioner.

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



Figur 7.35 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2009



Figur 7.36 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2009

7.5.3 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Delkapittel 7.4.3 gir en systematisk gjennomgang av hvordan årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på de ulike utdanningskategoriene, etter samme struktur som vi har sett på årsverk i tjenester til voksne, og årsverk i tjenester totalt i delkapitlene over.

7.5.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 7.29 angir antall årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2009.

Tabell 7.29 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Østfold	1	15	25	70	2	7	48	7	175
Akershus	1	10	42	91	35	12	45	16	251
Oslo	3	14	35	87	17	5	23	20	203
Hedmark	1	12	25	60	4	10	18	10	140
Oppland	3	9	20	52	4	1	32	2	123
Buskerud	1	14	18	50	11	5	40	35	174
Vestfold	4	15	20	44	6	18	20	18	146
Telemark	1	7	31	68	3	5	33	2	150
Aust-Agder		15	11	13	1	8	3	10	60
Vest-Agder		3	26	37	2	15	10	3	95
Rogaland	7	13	29	67	26	11	28	10	192
Hordaland	9	14	20	82	27	19	26	21	217
Sogn og Fjordane	1	3	10	20	4	1	17	1	57
Møre og Romsdal	5	28	19	67	6	5	36	15	181
Sør-Trøndelag	2	15	30	103	24	5	15	9	203
Nord-Trøndelag	3	8	23	35	2	2	19	6	99
Nordland	4	9	27	95	2	4	16	4	160
Troms	3	2	13	30	6	10	5	8	77
Finnmark	4	9	8	10	1		6	5	42
Landet	51	216	432	1080	183	142	438	202	2744

Tabell 7.30 angir andelen årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tjenester for barn og unge i prosent, i 2009.

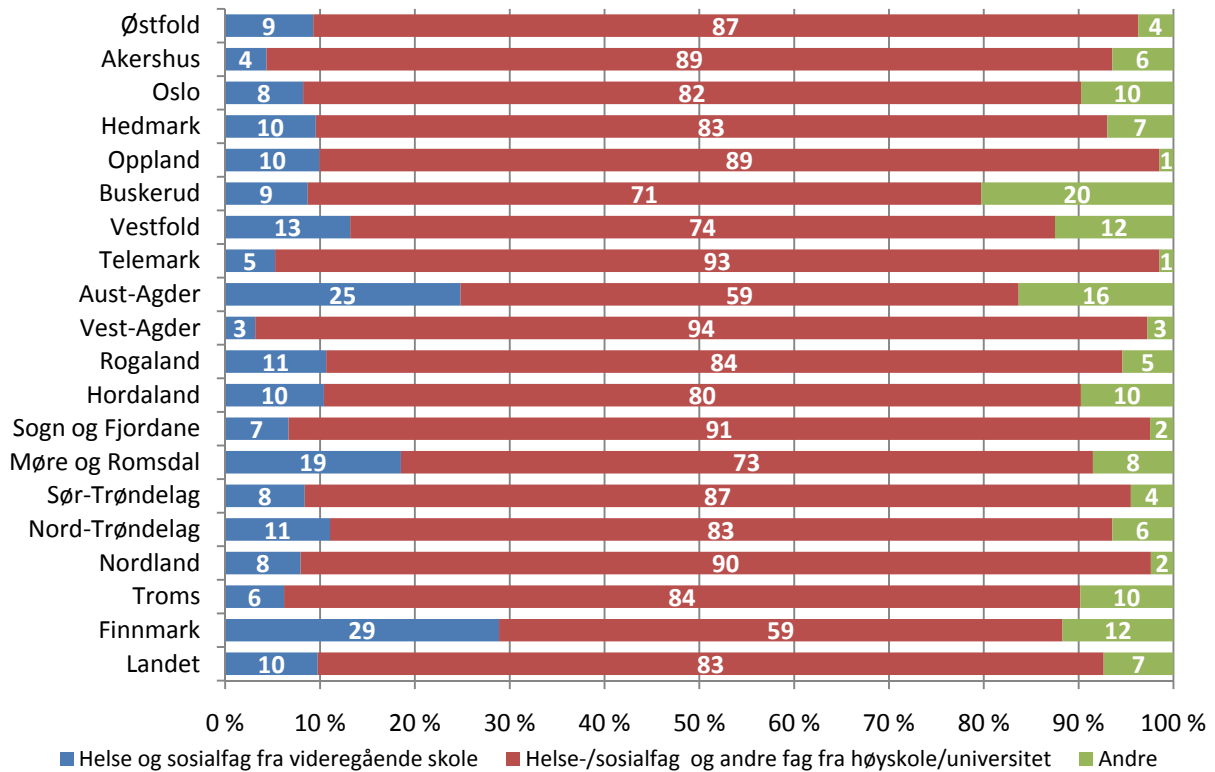
Tabell 7.30 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	0,5	9	14	40	1	4	27	4	100
Akershus	1	4	17	36	14	5	18	6	100
Oslo	1	7	17	43	8	3	12	10	100
Hedmark	1	9	18	43	3	7	13	7	100
Oppland	3	7	17	42	3	1	26	1	100
Buskerud	1	8	11	29	6	3	23	20	100
Vestfold	3	10	13	30	4	13	14	12	100
Telemark	0,3	5	21	45	2	3	22	1	100
Aust-Agder	0,0	25	18	21	2	13	5	16	100
Vest-Agder	0,0	3	28	39	2	16	10	3	100
Rogaland	4	7	15	35	14	6	14	5	100
Hordaland	4	6	9	38	12	9	12	10	100
Sogn og Fjordane	2	5	18	35	7	1	30	2	100
Møre og Romsdal	3	16	10	37	4	3	20	8	100
Sør-Trøndelag	1	7	15	51	12	2	7	4	100
Nord-Trøndelag	3	9	23	35	2	2	20	6	100
Nordland	2	6	17	59	1	2	10	2	100
Troms	4	3	17	40	8	13	6	10	100
Finmark	8	21	18	25	2	0,5	13	12	100
Landet	2	8	16	39	7	5	16	7	100

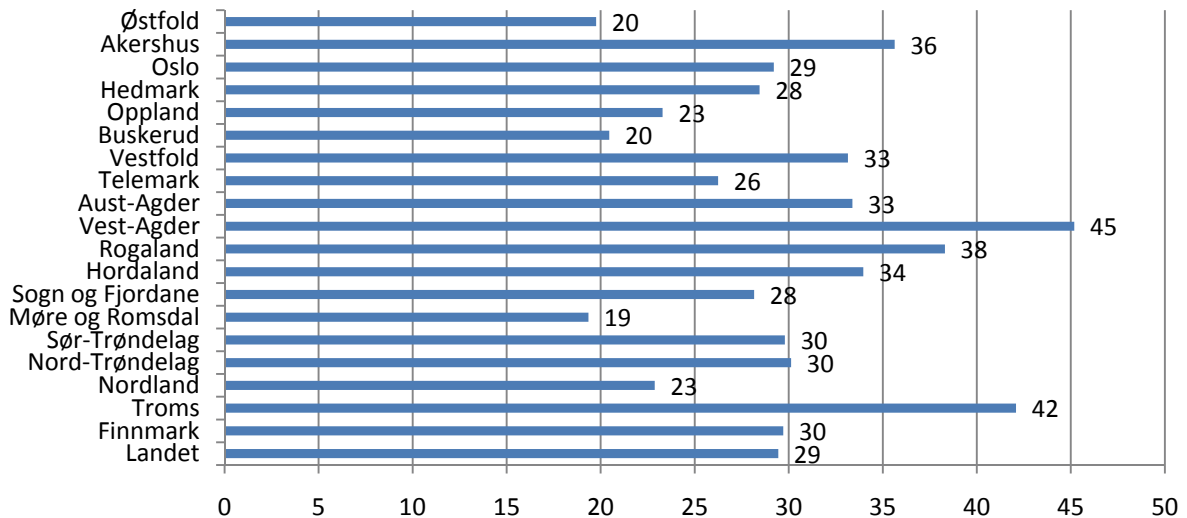
I utdanningsgruppen helse- og sosialfag fra videregående skole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid (i tjenester for barn og unge), tilhører kun to prosent av årsverkene på landsbasis. Til sammenlikning var 12 prosent årsverkene i tjenester for voksne i denne gruppen i 2009. Det samme mønsteret fant vi i tallene fra 2008. Kommunene i Telemark, Vest- Agder, Aust-Agder hadde i 2009 i gjennomsnitt null prosent av årsverkene sine i denne kategorien, mens Finmark lå i andre enden av skalaen med fire prosent. Åtte prosent av årsverkene på landsbasis har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid, men blant fylkene er variasjonen stor – fra tre prosent i Vest-Agder og Troms til 25 prosent i kommunene i Aust-Agder.

Over halvparten (55 prosent) av årsverkene i tjenester til barn og unge har helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole – av årsverk *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid er gjennomsnittet høyest i Vest-Agder (28 prosent) og lavest i Hordaland. Gruppen uten videreutdanning er større – nesten 40 prosent på landsbasis, og her utgjøre variasjonsbredden av Nordland (59 prosent) og Sør-Trøndelag (51 prosent). Andelen årsverk psykologer er betraktelig høyere for barn og unge i psykisk helsearbeid enn for voksne – sju prosent på landsbasis – trukket opp av Hordaland, Rogaland, Sør-Trøndelag og Akershus. Vest-Agder utmerker seg med en høy andel (16 prosent) andre årsverk med høyskole/universitetsutdanning *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid, mens Sogn og Fjordane (30 prosent) har en høy andel i denne kategorien men *uten* videreutdanning. Kommunene i Buskerud rapporterer hele 20 prosent "Andre" årsverk, mens gjennomsnittet her på landsbasis er sju.

Figur 7.37 angir andel årsverk til barn og unge fordelt på helse og sosialfag fra videregående og høyskole/universitet, samt "Andre". Figur 7.38 viser prosentvis andel av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 7.37 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2009.



Figur 7.38 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2009

7.5.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

Under har vi gruppert kommunene etter innbyggertall (kommunestørrelse). Tabell 7.31 angir antall årsverk i tjenester til barn og unge fordelt på de ulike utdanningsgruppene.

Tabell 7.31 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	5	19	18	25	1	4	12	11	94
2000-4999	5	24	66	106	12	10	47	22	292
5000-9999	13	43	54	151	17	15	54	21	367
10000-19999	8	48	81	152	20	26	86	30	450
20000-50000	16	49	85	343	52	44	103	63	757
Over 50000	5	33	129	303	81	43	136	54	784
Landet	51	216	432	1080	183	142	438	202	2744

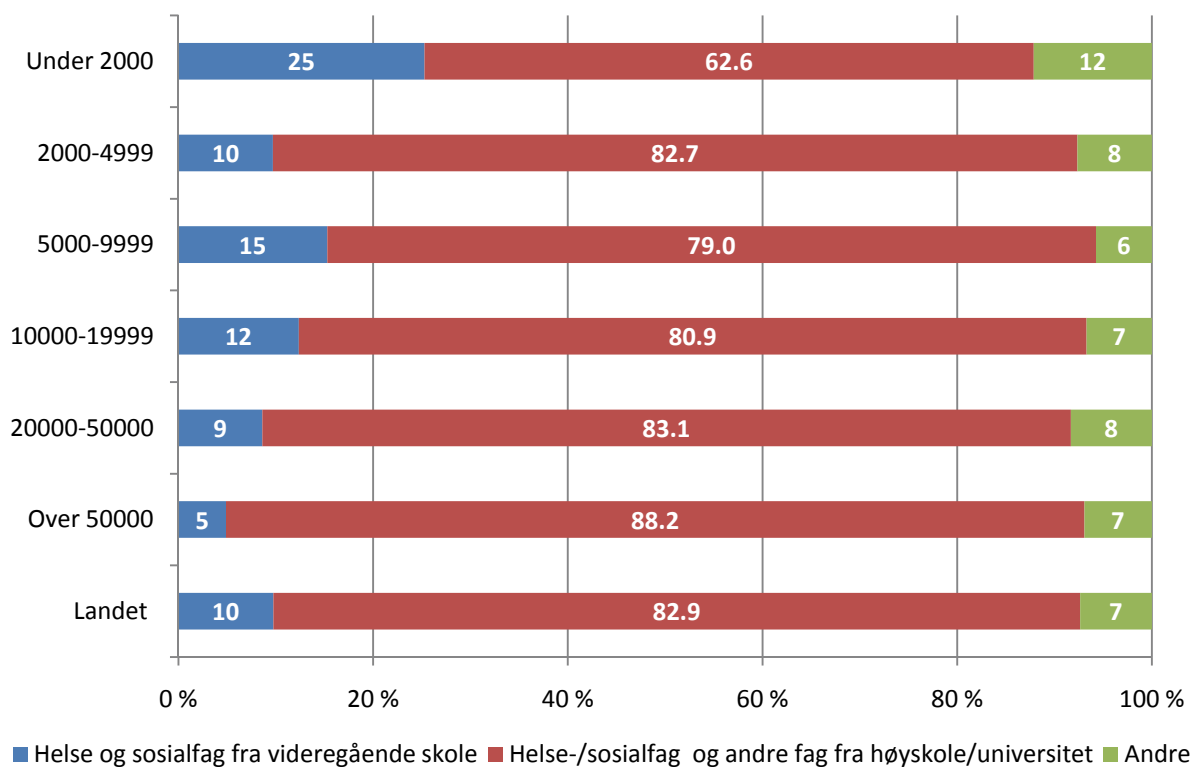
Den andelsmessige fordelingen av tallene i tabellen over, er gitt i tabell 7.32 under. Figur 7.39 og 7.40 illustrerer hhv. prosentandel av årsverkene fordelt på helse- og sosialfag fra hhv. videregående skole og høyskole, og andelen som har videreutdanning av de totale årsverkene rapportert i tjenester for barn og unge.

Tabell 7.32 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2009.

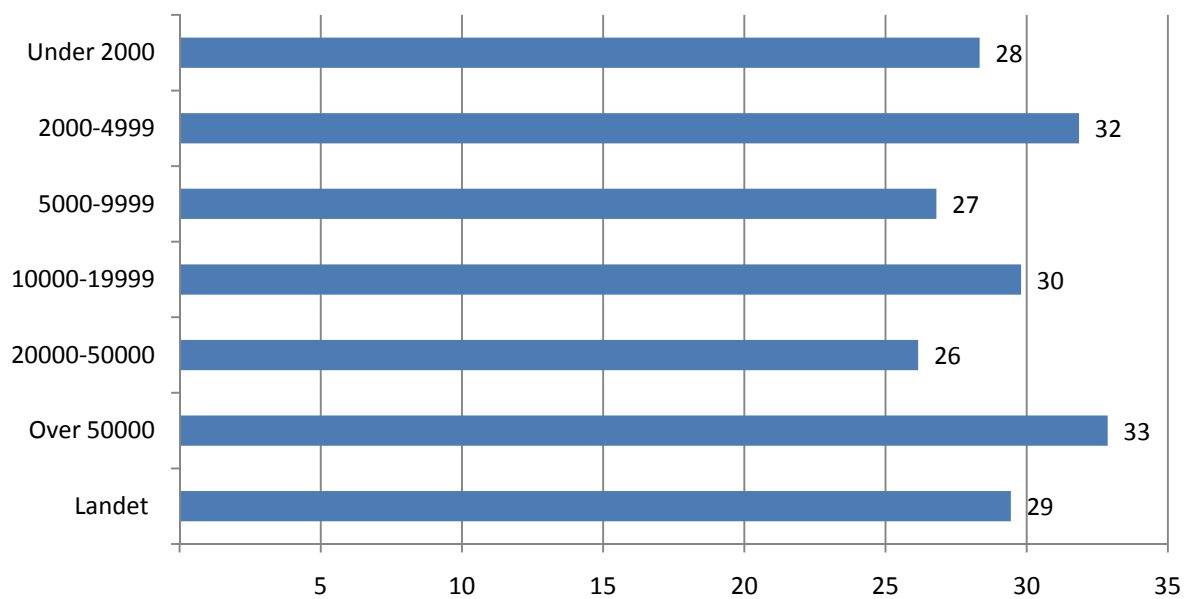
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	5	20	19	27	0,8	4	13	12	100
2000-4999	2	8	23	36	4	3	16	8	100
5000-9999	3	12	15	41	5	4	15	6	100
10000-19999	2	11	18	34	4	6	19	7	100
20000-50000	2	6	11	45	7	6	14	8	100
Over 50000	1	4	16	39	10	5	17	7	100
Landet	2	8	16	39	7	5	16	7	100

De minst innbyggerrike kommunene utmerker seg med en høy andel årsverk med videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid som høyeste utdanning. Andelen årsverk psykologer er lavest i de minst innbyggerrike kommunene, og øker stort sett med kommunestørrelse (unntatt i kommunegruppen med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere).

Mens kun åtte prosent av årsverkene til voksne tilhørte kategorien andre med relevant høyskole/universitetsutdanning, ligger hele 21 prosent av årsverkene til barn og unge her. Den største andelen av disse har ikke videreutdanning i psykisk helsearbeid (16 prosent på landsbasis), og mellomstore kommuner i gruppene med mellom 2 000 og 10 000 innbygger ligger lavest med 14 prosent her. Som for tjenester for voksne rapporterer de minste kommunene høyest andel årsverk i kategorien "Andre".



Figur 7.39 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2009.



Figur 7.40 Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2009.

7.5.3.3 KOSTRA-GRUPPE

I det følgende presenteres årsverkstallene for barn og unge gruppert etter KOSTRA-gruppe og fordelt på type utdanning. Tabell 7.33 angir antall årsverk, mens tabell 7.34 gir en oversikt over prosentvis andel av årsverkene som hører hjemme i de ulike KOSTRA-gruppene.

Tabell 7.33 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, KOSTRA-gruppe, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	1	5	14	24	3	1	6	10	64
Kostragruppe 2	2	12	33	52	5	5	31	8	148
Kostragruppe 3	1	4	17	28	3	4	9	4	71
Kostragruppe 5	1	12	7	21	4	3	6	5	58
Kostragruppe 6	3	12	13	11	0,4	1	10	7	57
Kostragruppe 7	6	17	42	95	18	13	40	12	242
Kostragruppe 8	3	22	30	68	7	4	28	19	181
Kostragruppe 10	1	32	21	62	4	11	21	29	180
Kostragruppe 11	7	23	43	106	10	16	54	13	272
Kostragruppe 12	6	13	6	19	2	3	6	3	57
Kostragruppe 13	14	39	139	398	73	65	179	49	957
Kostragruppe 14	3	12	28	109	37	10	24	24	246
Kostragruppe 15	3	14	35	87	17	5	23	20	203
Kostragruppe 16	0,1	0,1	3	2	0,2	0,0	1	0,4	7
Landet	51	216	432	1080	183	142	438	202	2744

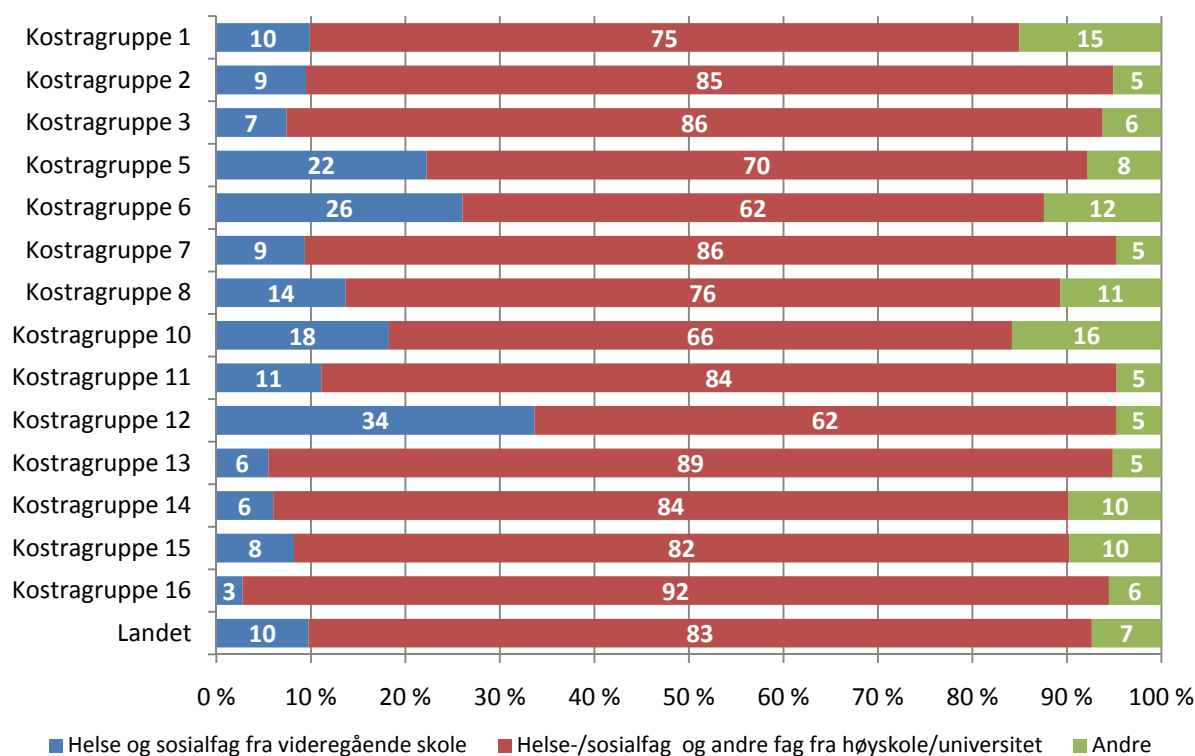
Tabell 7.34 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	2	8	22	38	5	1	9	15	100
Kostragruppe 2	1	8	23	35	3	3	21	5	100
Kostragruppe 3	1	6	25	40	4	5	12	6	100
Kostragruppe 5	2	20	12	35	7	5	10	8	100
Kostragruppe 6	6	20	22	20	1	2	17	12	100
Kostragruppe 7	2	7	17	39	7	5	17	5	100
Kostragruppe 8	2	12	17	38	4	2	15	11	100
Kostragruppe 10		18	11	34	2	6	12	16	100
Kostragruppe 11	2	9	16	39	4	6	20	5	100
Kostragruppe 12	11	23	10	33	4	4	10	5	100
Kostragruppe 13	1	4	15	42	8	7	19	5	100
Kostragruppe 14	1	5	11	44	15	4	10	10	100
Kostragruppe 15	1	7	17	43	8	3	12	10	100
Kostragruppe 16	1	1	44	28	3		17	6	100
Landet	2	8	16	39	7	5	16	7	100

Av årsverkene med videregående skole som høyeste utdanningsnivå – og med videreutdanning, ligger den høyeste andelen i KOSTRA-gruppe 12 med 12 prosent. KOSTRA-gruppe 10 har til sammenlikning null prosent i gjennomsnitt her. Av årsverk uten videreutdanning i denne kategorien er variasjonen større; fra en prosent i KOSTRA-gruppe 16, til 23 prosent i KOSTRA-gruppe 12.

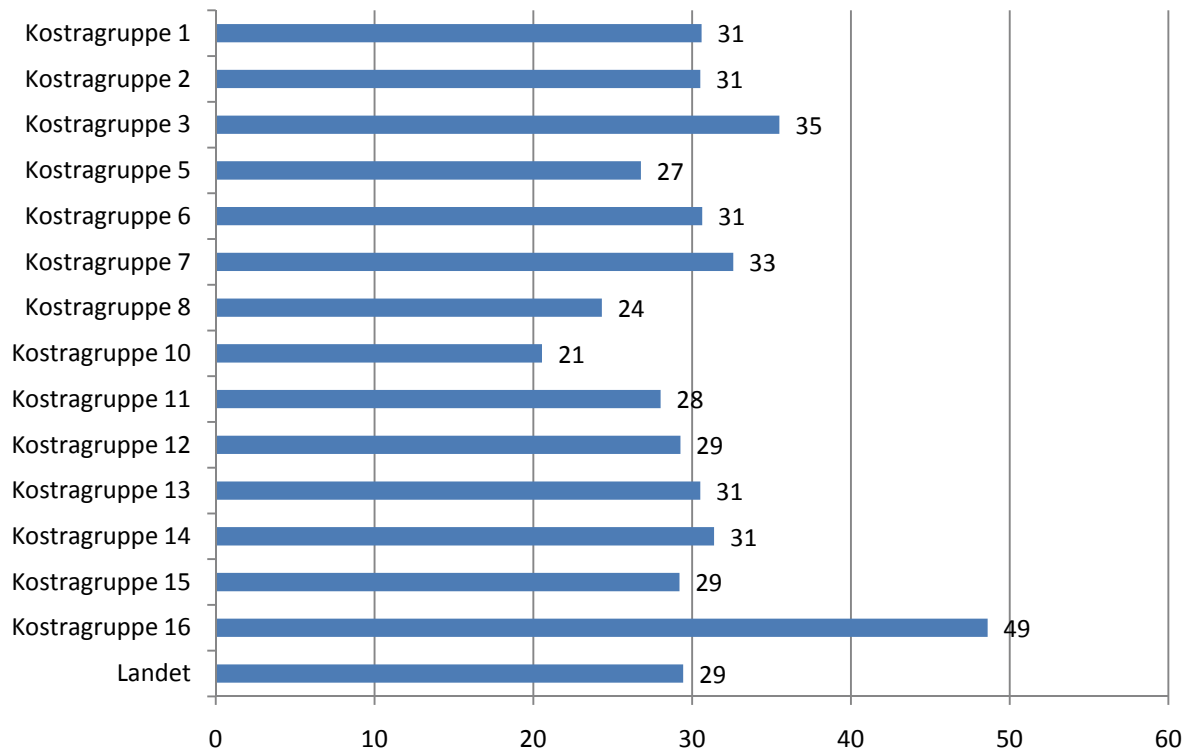
Årsverk med helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid varierer mye fra gruppe til gruppe – der KOSTRA-gruppe 16 utmerker seg med særlig høyt positivt avvik fra gjennomsnittet (44 prosent). KOSTRA-gruppe 14 topper listen over de uten videreutdanning i denne kategorien – med 44 prosent av årsverkene sine her. Som vi har sett tidligere (i forhold til totale årsverk) utmerker Bergen, Trondheim og Stavanger seg med en høy andel psykologer i tjenester for barn og unge. Det er også en høyere andel årsverk andre med relevant høyskole/universitetsutdanning i tjenester for barn og unge, sammenliknet med voksne. Kategorien "Andre" er illustrert i figuren under.

Figur 7.41 illustrerer hvordan årsverkene med helse- og sosialfag og "Andre" fordeler seg mellom gruppene.



Figur 7.41 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke, 2009.

Figur 7.42 illustrerer hvordan årsverkene med videreutdanning fordeler seg på ulike KOSTRA-grupper.



Figur 7.42 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA-gruppe, 2009

7.5.3.4 HELSEREGION

I tabell 7.35 og 7.36 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge på helseregionnivå – hhv. som absolutte størrelser og andel av totale årsverk i tjenester for barn og unge.

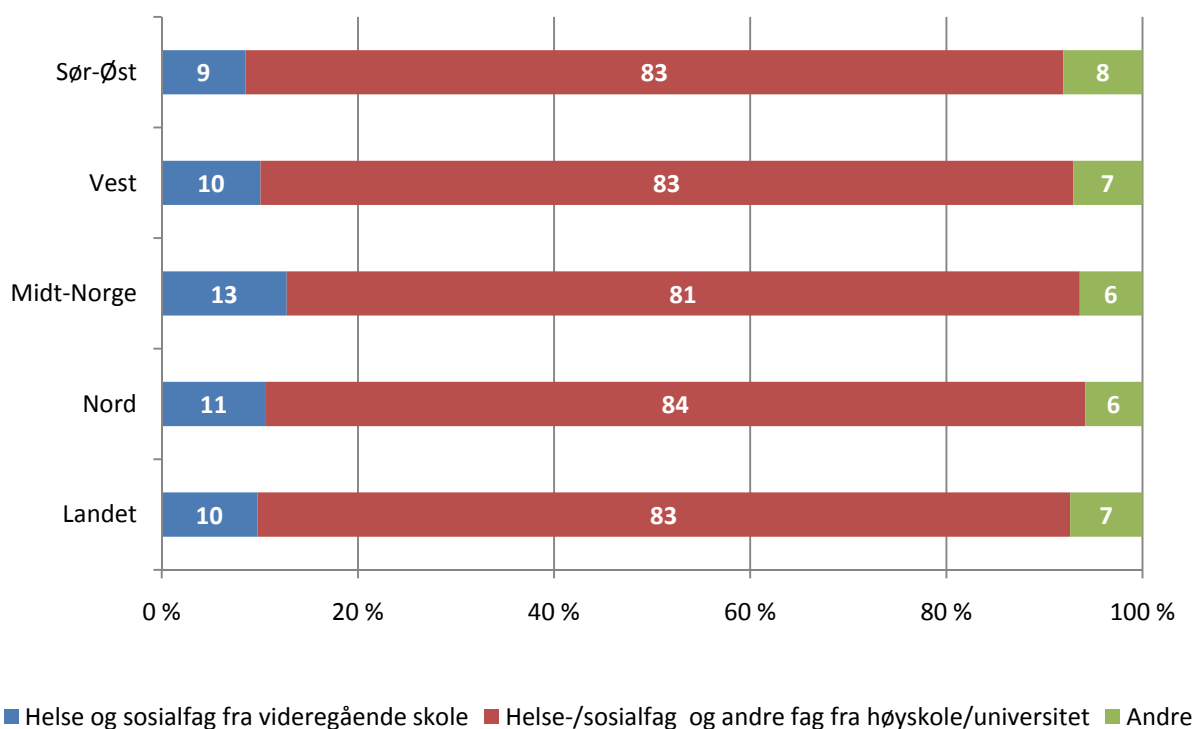
Tabell 7.35 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	15	114	253	570	85	86	271	122	1516
Vest	17	30	60	169	57	30	70	33	466
Midt-Norge	10	52	72	205	32	12	70	31	483
Nord	10	20	48	135	9	14	26	16	278
Landet	51	216	432	1080	183	142	438	202	2744

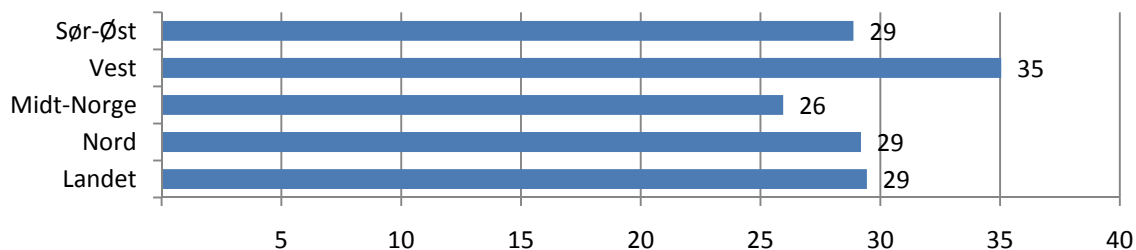
Tabell 7.36 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2009.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	1	8	17	38	5,6	6	18	8	100
Vest	4	6	13	36	12,1	6	15	7	100
Midt-Norge	2	11	15	42	6,7	2	15	6	100
Nord	4	7	17	49	3,3	5	9	6	100
Landet	2	8	16	39	6,7	5	16	7	100

På helseregionnivå er det relativt likt mellom regionene og landsgjennomsnittet når det gjelder årsverk med videregående skole som høyeste utdanningsnivå. Forskjellene trer mer fram i kategorien helse- og sosialfag fra høyskole *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid – der kommunene i helseregion Sør-Øst ligger lavest med 38 prosent av årsverkene, mens helseregion Nord har 49 prosent av årsverkene til barn og unge her. Helseregion Vest skiller seg ut med positivt avvik fra gjennomsnittet i andel psykologer i tjenester for barn og unge – og ligger omtrent på snittet i kategorien andre med høyskole/universitetsutdanning (15 prosent). Kategorien "Andre" er illustrert i figuren under.



Figur 7.43 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, helseregion, 2009.



Figur 7.44 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2009.

7.6 ANTALL BRUKERE I UTVALGTE TILTAK

For 2008-tallene har kommunene i tillegg til å rapportere på årsverk, rapportert på fem variabler under kategorien "Resultater" i rapporteringsskjema. I følge veiledningen skal variablene telles i en representativ uke mot slutten av året. I 2009 rapporteres det på følgende resultater fra kommunene:

- Antall voksne som har hatt støttekontakt
- Antall barn og unge som har hatt støttekontakt

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

7.6.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 7.37 og 7.38 presenteres de fem resultatvariablene, som absolutt antall og per innbygger.

Tabell 7.37 Resultat, antall, fylke, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Østfold	467	135	602
Akershus	787	324	1111
Oslo	485	196	681
Hedmark	376	125	501
Oppland	515	137	652
Buskerud	345	160	505
Vestfold	446	150	596
Telemark	394	218	612
Aust-Agder	268	54	322
Vest-Agder	209	63	272
Rogaland	465	175	640
Hordaland	777	270	1047
Sogn og Fjordane	342	114	456
Møre og Romsdal	605	288	893
Sør-Trøndelag	456	204	660
Nord-Trøndelag	244	76	320
Nordland	547	217	764
Troms	295	75	370
Finnmark	212	69	281
Landet	8 235	3 050	11 285

Tabell 7.38 Resultat per 1 000 innbyggere (hhv. 0-17 år og 18 år og eldre), fylke, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Østfold	2,2	2,2
Akershus	1,9	2,4
Oslo	1,0	1,7
Hedmark	2,5	3,1
Oppland	3,5	3,5
Buskerud	1,7	2,8
Vestfold	2,5	2,9
Telemark	3,0	6,0
Aust-Agder	3,2	2,1
Vest-Agder	1,6	1,5
Rogaland	1,5	1,6
Hordaland	2,1	2,4
Sogn og Fjordane	4,2	4,5
Møre og Romsdal	3,1	5,0
Sør-Trøndelag	2,0	3,1
Nord-Trøndelag	2,4	2,4
Nordland	3,0	4,1
Troms	2,4	2,1
Finnmark	3,8	4,1
Landet	2,2	2,7

Antall voksne som har hatt støttekontakt er 2,2 per 1 000 voksne innbyggere på landsbasis. Kommunene i Sogn og Fjordane skårer høyest på denne variabelen med 4,2 personer per 1 000 voksne innbygger, mens kommunene i Oppland følger etter med 3,5. Lavest ligger Oslo kommune med én voksen innbygger med støttekontakt per 1 000 voksne innbygger i 2009. Antall barn og unge som har hatt støttekontakt ligger noe høyere enn voksne – 2,7 personer per 1 000 barne- og ungdomsinnbyggere på landsbasis. Dette er en nedgang på ett halvt prosentpoeng fra tallene i fra 2008. Kommunene i Telemark og Møre og Romsdal skårer høyest med hhv. 6,0 og 5,0 barn- og unge per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen. Oslo og Rogaland ligger lavest med hhv. 1,7 og 1,6 barn og unge per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen.

7.6.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabellene 7.39 og 7.40 presenteres tallene gruppert etter kommunestørrelse. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på resultatene i tabell 7.40.

Tabell 7.39 Resultat, antall, fylke, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Under 2000	439	129
2000-4999	1078	414
5000-9999	1229	431
10000-19999	1314	590
20000-50000	1950	740
Over 50000	2225	746
Landet	8235	3050

Tabell 7.40 Resultat, per 1000 innbyggere, kommunestørrelse, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Under 2000	4,7	5,0
2000-4999	3,1	4,1
5000-9999	2,6	3,0
10000-19999	2,2	3,0
20000-50000	2,3	2,8
Over 50000	1,6	1,9
Landet	2,2	2,7

Når det gjelder antall personer med støttekontakter er dette tallet stort sett fallende med økt kommunestørrelse både for voksne og barn og unge. Unntaket er kommunegruppen med mellom 20 000- 50 000 innbyggere, der det for voksne øker litt i forhold til mindre kommuner. Kommunene med under 2 000 innbyggere har mer enn dobbelt så mange personer med støttekontakt per innbygger, sammenliknet med de største kommunene.

7.6.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabellene 7.41 og 7.42 presenteres tallene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på tabell 7.42.

Tabell 7.41 Resultat, antall, KOSTRA-gruppe, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Kostragruppe 1	179	66
Kostragruppe 2	558	225
Kostragruppe 3	291	116
Kostragruppe 5	225	82
Kostragruppe 6	274	68
Kostragruppe 7	625	267
Kostragruppe 8	703	263
Kostragruppe 10	332	153
Kostragruppe 11	904	354
Kostragruppe 12	218	85
Kostragruppe 13	2719	933
Kostragruppe 14	681	231
Kostragruppe 15	485	196
Kostragruppe 16	41	11
Landet	8235	3050

Tabell 7.42 Resultat per 1 000 innbyggere, KOSTRA-gruppe, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Kostragruppe 1	2,3	2,7
Kostragruppe 2	3,1	4,3
Kostragruppe 3	3,5	5,0
Kostragruppe 5	3,9	5,0
Kostragruppe 6	4,7	4,4
Kostragruppe 7	1,8	2,2
Kostragruppe 8	2,9	3,4
Kostragruppe 10	2,0	2,9
Kostragruppe 11	2,8	3,7
Kostragruppe 12	2,6	3,3
Kostragruppe 13	2,3	2,6
Kostragruppe 14	1,6	1,9
Kostragruppe 15	1,0	1,7
Kostragruppe 16	4,5	4,2
Landet	2,2	2,7

Det er en tendens til at KOSTRA-gruppene som representerer de små kommunene har høyere verdier per innbygger på de fleste av de fem variablene i tabellen. Unntaket er KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) som også ligger relativt høyt på begge variablene.

7.6.3.1 HELSEREGION

I tabell 7.43 og 7.44 presenteres resultatene per helseregion.

Tabell 7.43 Resultat, antall, helseregion, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Sør-Øst	4292	1562
Vest	1584	559
Midt-Norge	1305	568
Nord	1054	361
Landet	8235	3050

Tabell 7.44 Resultat per 1 000 innbyggere, helseregion, 2009.

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Sør-Øst	2,0	2,6
Vest	2,1	2,3
Midt-Norge	2,5	3,7
Nord	2,9	3,4
Landet	9,6	11,9

Kommunene i helseregion Sør-Øst utmerker seg med høyt antall voksne og barn og unge per innbygger som har hatt støttekontakt i 2009.

7.7 ORGANISERING AV TJENESTENE

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

- Modell 1: Egen enhet/tjeneste
- Modell 2: Integrerte tjenester
- Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef

I det følgende ser vi på hvordan organisasjonsmodellene fordeler seg andelsmessig gruppert etter fylke, kommunestørrelse, KOSTRA-gruppe og helseregion. Merk at bydelene i Oslo ikke inngår her, da disse rapporteres på separat. Oslo framkommer dermed med stjerne i tabellene.

7.7.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 7.45 viser vi hvordan ulike typer modeller i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig i hvert enkelt fylke.

Tabell 7.45 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2009.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Østfold	89	6	6	0	100	18
Akershus	86	9	5	0	100	22
Oslo	*	*	*	*	*	1
Hedmark	82	5	9	5	100	22
Oppland	85	15	0	0	100	26
Buskerud	76	10	10	5	100	21
Vestfold	79	14	7	0	100	14
Telemark	94	6	0	0	100	18
Aust-Agder	47	47	7	0	100	15
Vest-Agder	67	20	7	7	100	15
Rogaland	81	19	0	0	100	26
Hordaland	79	15	6	0	100	33
Sogn og Fjordane	73	27	0	0	100	26
Møre og Romsdal	53	25	11	11	100	36
Sør-Trøndelag	72	24	4	0	100	25
Nord-Trøndelag	58	17	21	4	100	24
Nordland	73	11	11	5	100	44
Troms	68	32	0	0	100	25
Finnmark	74	26	0	0	100	19
Landet	73	18	6	3	100	430

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

Som vist tabell 7.45 har 73 prosent av kommunene valgt å organisere tjenestene til voksne i en egen enhet eller tjeneste, mens 18 prosent av kommunene har tjenestene til voksne integrert i øvrige tjenester. 6 prosent av kommunene har valgt å organisere tjenestene slik at ansvaret er lagt til rådmann/helsesjef, mens de 3 prosent av kommunene har en kombinasjon av ulike modeller.

Av de som har valgt modell 1 – egen enhet/tjeneste – er andelen høyest blant kommunene i Telemark (94 prosent) og Østfold (89 prosent). Av fylkene som har lavest andel kommuner med modell 1 i tjenester for voksne finner vi Aust-Agder (47 prosent) og Møre og Romsdal (53 prosent).

Av de som har valgt modell 2 – der psykisk helsearbeid er integrert i det øvrige tjenestetilbudet – er det særlig kommunene i Aust-Agder (47 prosent) og Troms (32 prosent) som har valgt å integrere tjenestene. Det er særlig i Møre og Romsdal de svarer at de har en kombinasjon av tjenestene (11 prosent).

I tabell 7.46 presenteres valg av organiseringsmodell på fylkesnivå i tjenester for barn og unge. Vi ser at her er det modell 2, integrert i øvrige tjenester, som er den mest vanlige organiseringsmodellen, med 50 prosent av kommunene. 41 prosent har valgt modell 1 for tjenester til barn og unge, mens 7 prosent av kommunene har valgt modell 3. De resterende 3 prosentene har svart at de har en kombinasjon av de ulike modellene i sine tjenester.

Tabell 7.46 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2009.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Østfold	44	50	6	0	100	18
Akershus	59	41	0	0	100	22
Oslo	*	*	*	*	*	1
Hedmark	41	45	5	9	100	22
Oppland	42	54	4	0	100	26
Buskerud	52	29	14	5	100	21
Vestfold	43	50	7	0	100	14
Telemark	39	56	6	0	100	18
Aust-Agder	27	67	7	0	100	15
Vest-Agder	60	40	0	0	100	15
Rogaland	54	46	0	0	100	26
Hordaland	39	52	9	0	100	33
Sogn og Fjordane	27	69	4	0	100	26
Møre og Romsdal	25	56	8	11	100	36
Sør-Trøndelag	44	52	4	0	100	25
Nord-Trøndelag	54	33	8	4	100	24
Nordland	34	43	18	5	100	44
Troms	16	80	4	0	100	25
Finnmark	63	37	0	0	100	19
Landet	41	50	7	3	100	430

* 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 Finnmark (63 prosent) og Vest-Agder (60 prosent). I motsatt ende av skalaen finner vi kommunene i Troms der 16 prosent av kommunene har valgt modell 1 med egen enhet eller tjeneste.

I Troms har hele 80 prosent av kommunene valgt å organisere tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer etter modell 2 – integrert i øvrige tjenester. Også Sogn og Fjordane har en høy andel av kommunene sine med denne type organisering (69 prosent).

De færreste kommunene har valgt modell 3, integrert modell med klar plassering av ansvaret. For eksempel har ingen av kommunene i Akershus, Vest-Agder, Rogaland eller Finnmark valgt denne

løsningen. Lengst over landsgjennomsnittet på sju prosent, ligger kommunene i Nordland med 18 prosent.

7.7.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 7.47 presenteres valg av organiseringsmodell i tjenester for voksne på kommunegruppenivå.

Tabell 7.47 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar prosent, kom.str, 2009

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Under 2000	63	22	13	2	100	97
2000-4999	75	16	7	2	100	137
5000-9999	82	13	2	3	100	88
10000-19999	79	19	2	0	100	57
20000-50000	71	24	3	3	100	38
Over 50000	62	23	0	15	100	13
Landet	73	18	6	3	100	430

Det er typisk i de minste kommunene som i størst grad velger modell 3, med ansvar plassert hos rådmann/helsesjef (13 prosent). Kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere har i noe større grad enn andre kommuner valgt å organisere tjenestene i egne enheter.

Tabell 7.48 presenterer tilsvarende tall i tjenester for barn og unge.

Tabell 7.48 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2008

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Under 2000	51	34	13	2	100	97
2000-4999	42	48	8	2	100	137
5000-9999	40	53	3	3	100	88
10000-19999	39	61	0	0	100	57
20000-50000	24	71	3	3	100	38
Over 50000	31	54	0	15	100	13
Landet	41	50	7	3	100	430

Som vi så innledningsvis er situasjonen i tjenester for barn og unge noe annerledes; 50 prosent av kommunene velger modell 2, og sannsynligheten for å velge denne modellen øker med kommunestørrelse fram til 50 000 innbyggere er andelen stigende med kommunestørrelse. Modell 1 velges i noe større grad av mellomstore kommuner, men de aller minste kommunene i noe større grad velger modell 3 med ansvar plassert hos rådmann eller helsesjef.

7.7.3 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 seks av kommunene modell 1, tre svarer at tjenestene er integrert i øvrige tjenester, mens den siste svarer modell 3. Det er vanskelig å se et tydelig mønster i variasjon av måte å organisere tjenestene.

Tabell 7.49 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, KOSTRA-gruppe, 2009

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Kostragruppe 1	75	21	4	0	100	28
Kostragruppe 2	78	12	7	3	100	67
Kostragruppe 3	81	13	3	3	100	32
Kostragruppe 5	69	18	11	2	100	45
Kostragruppe 6	60	24	14	2	100	58
Kostragruppe 7	85	12	3	0	100	34
Kostragruppe 8	68	23	3	6	100	31
Kostragruppe 10	80	15	0	5	100	20
Kostragruppe 11	77	17	6	0	100	48
Kostragruppe 12	93	7	0	0	100	14
Kostragruppe 13	72	23	0	5	100	39
Kostragruppe 14	33	67	0	0	100	3
Kostragruppe 15	*	*	*	*	*	1
Kostragruppe 16	60	30	10	0	100	10
Landet	73	18	6	3	100	430

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

Tabell 7.50 presenterer valg av organiseringsmodell i tjenester for barn og unge.

Tabell 7.50 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, KOSTRA-gruppe, 2009

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Kostragruppe 1	54	43	4	0	100	28
Kostragruppe 2	40	48	9	3	100	67
Kostragruppe 3	41	50	6	3	100	32
Kostragruppe 5	49	38	11	2	100	45
Kostragruppe 6	52	31	16	2	100	58
Kostragruppe 7	41	56	3	0	100	34
Kostragruppe 8	42	48	0	10	100	31
Kostragruppe 10	30	70	0	0	100	20
Kostragruppe 11	31	63	6	0	100	48
Kostragruppe 12	57	43	0	0	100	14
Kostragruppe 13	23	72	0	5	100	39
Kostragruppe 14	0	100	0	0	100	3
Kostragruppe 15	*	*	*	*	*	1
Kostragruppe 16	40	50	10	0	100	10
Landet	41	50	7	3	100	430

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

7.7.4 HELSEREGION

I tabell 7.51 og 7.52 presenteres valg av organiseringsmodeller i hhv. tjenester for voksne og barn og unge på helseregionnivå. Helseregion Midt-Norge skiller seg ut ved at kommunene i mindre grad velger å organisere tjenestene i egen tjeneste sammenliknet med de andre regionene.

Tabell 7.51 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2009

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Sør-Øst	79	13	5	2	100	172
Vest	78	20	2	0	100	85
Midt-Norge	60	22	12	6	100	85
Nord	72	20	6	2	100	88
Landet	73	18	6	3	100	430

Tabell 7.52 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2009

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Sør-Øst	45	47	5	2	100	172
Vest	40	55	5	0	100	85
Midt-Norge	39	48	7	6	100	85
Nord	35	52	10	2	100	88
Landet	41	50	7	3	100	430

I tjenester og tiltak til barn og unge har kommunene i helseregion Sør-Øst i noe større grad valgt å organisere tjenestene etter modell 1 (egne tjenester/enheter), mens det er en størst andel av kommunene i helseregion Nord som har ansvaret plassert hos rådmann/helsesjef.

7.8 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), KOSTRA-gruppe og helseregion i 2009.

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

I 2009 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,5 årsverk per 1 000 voksne innbygger i tjenester for voksne, og 2,5 årsverk per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger i tjenester for barn og unge.

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,7 årsverk per 1 000 innbyggere (totale årsverk/totalbefolkningen) til kommunene i Telemark som hadde 4,1 årsverk per 1 000 innbyggere i psykisk helsearbeid. Bildet var omtrent det samme i 2009.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk per voksen og barn og unge i de minste kommunene. Jo flere innbyggere, jo færre årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid for voksne. I psykisk helsearbeid for barn og unge er tendensen den samme, med unntak av kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere, der gjennomsnittet ligger over landsgjennomsnittet (2,5) med 2,9 årsverk per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger.

I KOSTRA-gruppene finner vi igjen dette mønsteret; små kommuner i KOSTRA-gruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. KOSTRA-gruppe 6 (små kommuner, høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) ligger høyest med fire årsverk per tusen innbygger.

På helseregionnivå ser vi at Midt-Norge utmerker seg med høyst antall årsverk både i tjenester/tiltak til voksne (3,0 årsverk per 1 000 voksne innbyggere) og til barn og unge (3,1 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år). Lavest ligger kommunene i helseregion Sør-Øst ligger lavest i årsverksinnsats per innbygger både i tjenester og tiltak til voksne og til barn/unge.

23 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2009

Denne andelen er uendret fra 2008, mens i 2007 gikk 25 prosent av årsverkene som ble innrapportert til tjenester for barn og unge.

Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 16 prosent (Sogn og Fjordane) til 28 prosent (Buskerud og Nord-Trøndelag). 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 (27 prosent), mens den laveste andelen, på 20 prosent, finnes i gruppen med de største kommunene. Grupperingen etter KOSTRA-gruppe viser variasjon fra 18 prosent i KOSTRA-gruppe 12 (Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) til 29 prosent i KOSTRA-gruppe 10 (Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter). Blant helseregionene er det kommunene i Sør-Øst og Midt-Norge som i gjennomsnitt benytter den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge – 23 prosent, mens kommunene i Vest ligger lavest med 20 prosent.

Flest årsverk til bolig med fast personell

Som i 2007 og 2008 gikk om lag 17 prosent av årsverkene knyttet til tjenester for voksne til aktivitetstilbud i 2009, resten gikk til bolig, hjemmetjenester, oppfølging og behandling. Sogn og Fjordane hadde flest årsverk per innbygger innen tjenester til voksne. De brukte 37 prosent av årsverkene til boliger med fast personell, 23 prosent til hjemmetjenester og 18 prosent til behandling etc. Dette er relativt likt landsgjennomsnittet. Kommunene i Rogaland bruker hele 55 prosent av årsverkene innen boliger med fast personell, mens lavest ligger kommunene i Oppland med 30 prosent av årsverkene i slike boliger. Det er relativt stor variasjon i andel av årsverkene som går til hjemmetjenester. På landsbasis går 22 av årsverkene til hjemmetjenester. Andelen er 15 prosent i kommunene i Vestfold, mens 35 prosent av årsverkene i kommunene i Finnmark inngår i hjemmetjenestene. Det er i kommunene i Østfold vi finner den laveste andelen av årsverkene som benyttes til aktivitetstilbud, mens nesten hvert fjerde årsverk går til aktivitetstilbud i kommunene i Aust-Agder samlet sett. Det ser ut til å være økende andel av årsverkene som går til bolig med fast personell jo større kommunene er og omvendt for andel i hjemmetjenester, der de minste kommunene i gjennomsnitt bruker 30 prosent av årsverkene, mens de største kommunene bruker 19 prosent av årsverkene til hjemmetjenester. Når vi grupperer kommunene etter helseregion finner vi at det er særlig kommunene som ligger i Helseregion Vest som bruker mange av årsverkene i boliger, men som ligger lavest i andel av årsverkene som går til aktivitetstilbud.

Innenfor tjenester for barn og unge benyttes 11 prosent til aktivitets-, kultur- og fritidstiltak, 37 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de resterende 52 prosentene går til behandling, oppfølging m.v. Kommunene i Østfold og Vest-Agder bruker nær halvparten av årsverkene sine i tjenester til barn og unge på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens kommunene i Sør-

Trøndelag i gjennomsnitt benytter 25 prosent av årsverkene på denne type tilbud. På kommunegruppenivå viser det seg at de største kommunene benytter lavest andel på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de minste kommunene har lavest andel i oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. Det er kommunene i helseregion Nord som benytter størst andel på helsestasjons og skolehelsetjeneste av regionene (40 prosent), og ligger lavere enn de øvrige på behandling, oppfølging mv. men det er mindre variasjon i prioriteringene mellom helseregionene i 2009 enn i 2008.

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

Ett av tre årsverk i psykisk helsearbeid har videreutdanning i psykisk helsearbeid – enten fra videregående skole eller høyskole. Mens 55 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning (hvorav 16 prosent har videreutdanning) er det en litt lavere andel (46 prosent) med slik utdanning i tjenester for voksne, men i tjenester til voksne har 22 prosent videreutdanning på høyskolenivå.

Det er totalt ansatt 205 psykologer i psykisk helsearbeid, der kun 22 av årsverkene inngår i tjenester og tiltak for voksne. 8 av disse årsverkene finnes i Akershus, 3,4 i Sør-Trøndelag og tre i Oslo. Kommunene i helseregion Sør-Øst har 13 psykologårsverk, mens kommunene ikke har noen. Andel psykologårsverk øker med kommunestørrelse. Av de 183 psykologårsverkene i tjenester og tiltak til barn og unge med psykiske lidelser/vansker tilsvarende 7 prosent av alle årsverk, men det er stor variasjon mellom kommuner. Kommunene i Akershus og Rogaland har psykologer i 14 prosent av årsverkene.

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 både i 2007 og 2008. I 2009 tilsvarte antall rapporterte mottakere av støttekontakt 2,2 årsverk per 1 000 voksne innbyggere.

Variasjonsbredden på fylkesnivå utgjøres av kommunene i Sogn og Fjordane (4,2) og Oslo (1,0). Det tilsvarende tallet for barn og unge var 2,7 – med en variasjonsbredde spennende fra Telemark med 6 barn og unge per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger til Vest-Agder med 1,6 og Oslo med 1,7. Gruppert etter kommunestørrelse går det fram at antall personer med støttekontakt er fallende med økt innbyggertall med få unntak. Gruppert etter helseregion er det kommunene i Midt-Norge som ligger høyest på antall mottakere av barn og unge som mottar individuell støttekontakt, mens relativ andel er høyest i kommunene i helseregion Nord i 2009.

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

Rapporteringsskjema gir i 2009 respondenten mulighet til å velge mellom tre ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. I tjenester for voksne har 73 prosent av kommunene valgt modell 1, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste/enhet. Andelen som velger denne organisasjonsformen for tjenester til voksne med psykiske lidelser/vansker er særlig høy i mellomstore kommuner og er lavest i kommunene i helseregion Midt-Norge, der 60 prosent av kommunene har organisert tjenestene på denne måten.

Tiltak for barn og unge tilbys oftest som en integrert del av øvrige tjenester. Halvparten av kommunene svarer at tiltakene er integrert i øvrige tjenester. Andelen av kommunene som har integrerte tjenester øker med kommunestørrelse, noe som gir at andel kommuner som har etablert egne tjenester/enheter reduseres med kommunestørrelse med noen unntak.

REFERANSER

- Andersson, H W (2009): Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF Rapport A9714.
- Andersson H W & S Steihaug (2008): Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse. SINTEF Rapport A4727.
- Bjørkeng B (2009): Psykisk helsearbeid – en analyse av kommunal variasjon. Masteroppgave NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Bratberg, E, S. Gjesdal & J.G. Mæland (2009): "Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability", *Health and Place*, 15, 308-314
- Econ (2009): Hvorfor blir det flere unge uføre? Econ-rapport nr. 2009-117
- Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B & P Strand (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009. SSB Rapport 50/2010.
- Hatling (2004): Sluttrapport for fase 1 og fase 2 av prosjektet Helhetlig psykiatriplanlegging (HPP)- SINTEF Rapport A6306.
- Kalseth J, Pettersen I & Kalseth B (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptreppingsplanperioden. SINTEF RAPPORT A8823.
- Kalseth J & Eikemo T A (2008): Holdninger til virkemiddelbruken i Opptreppingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008. SINTEF Rapport SINTEF A8276.
- Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Hatling, T. (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF-rapport A8811.
- Kaspersen S & Ose S O (2010): Opptreppingsplanen for psykisk helse: Bruk av øremerkede midler i kommunene 1999-2008. SINTEF Rapport A14135.
- Kulstad M (2009): Å bygge en grunnmur. En implementeringsstudie av opptreppingsplanen for psykisk helse i kommunen. Masteroppgave NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Langørgen A, Galloway T A & R Aaberge (2006): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003. SSB-rapport 2006/8.
- Lilleeng S, Ose S O, Bremnes R, Pedersen P B & T Hatling (2009a): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF Rapport A 9712.
- Lilleeng S, Ose S O, Hjort H, Bremnes R, Pettersen I & J Kalseth (2009b): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF Rapport A 11408.
- Major E F, Dalgard O S, Mathisen K S, Nord E, Ose S O, Rognerud M & Aarø L E (2011): Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:1.
- Myrvold T og Helgesen MK (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4. Oslo.
- Ose S O, Kaspersen S L & J Kalseth (2010): Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i

kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Et grunnlag for samhandling. SINTEF Rapport A17027.

Ose S O (2010): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A14167.

Ose S O, Kaspersen S L, Pettersen I og Kalseth J (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A11269.

Ose S O (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008: Nasjonale tall, kvalitet og kontrollarbeid av Rapporteringsskjema 2. SINTEF Helse Notat 1_2009.

Ose S O (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. SINTEF-rapport A1254.

Ose, S O. og Kalseth, J. (2004): Opptrappingsplanen for psykisk helse: Analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF-rapport STF78 A045028

Trefjord S, Hatling T. Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH). Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. STF78 A045020.

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2009

Kommune nummer	Kommune- navn	Årsverk totalt	Årsverk pr 1 000 innbyg- ger	Årsverk til voksne pr, 1 000 innbygger 18+	Årsverk til barn og unge pr, 1000 innbygge r <18 år	Andel med høy- skole	Andel med videre- utd psykisk helsearb	Organise- ring voksne	Organise- ring barn og unge
101	Halden	66.1	2.3	2.1	3.1	77	20	Modell 1	Modell 1
104	Moss	100.89	3.4	3.8	1.7	48	33	Modell 1	Modell 2
105	Sarpsborg	111.4	2.1	2.0	2.6	81	59	Modell 1	Modell 1
106	Fredrikstad	150.3	2.0	1.8	3.0	70	34	Modell 1	Modell 2
111	Hvaler	6.55	1.6	1.5	1.9	76	50	Modell 1	Modell 1
118	Aremark	5	3.5	3.6	3.1	40	0	Modell 1	Modell 1
119	Marker	6.4	1.8	1.7	2.4	67	63	Modell 1	Modell 1
121	Rømskog	1.7	2.5	2.4	2.8	82	53	Modell 3	Modell 3
122	Trøgstad	8.2	1.6	1.5	2.0	80	65	Modell 1	Modell 2
123	Spydeberg	8.6	1.7	1.8	1.3	73	70	Modell 1	Modell 2
124	Askim	77.9	5.2	4.5	7.8	46	15	Modell 2	Modell 2
125	Eidsberg	21.02	1.9	1.8	2.5	43	24	Modell 1	Modell 1
127	Skiptvet	15.5	4.4	3.1	8.1	45	6	Modell 1	Modell 2
128	Rakkestad	12.3	1.6	1.3	2.7	72	55	Modell 1	Modell 1
135	Råde	14.3	2.1	2.6	0.3	24	28	Modell 1	Modell 2
136	Rygge	31	2.2	2.3	1.6	66	50	Modell 1	Modell 2
137	Våler	10.2	2.3	2.2	2.4	79	42	Modell 1	Modell 2
138	Hobøl	8.2	1.7	1.5	2.3	84	44	Modell 1	Modell 1
211	Vestby	31.2	2.2	2.6	0.9	84	22	Modell 1	Modell 2
213	Ski	80.2	2.9	2.6	3.6	95	63	Modell 1	Modell 2
214	Ås	34.9	2.1	2.2	2.0	72	38	Modell 1	Modell 1
215	Frogn	24.1	1.6	1.3	2.7	80	35	Modell 2	Modell 2
216	Nesodden	18	1.0	1.1	0.9	75	34	Modell 1	Modell 1
217	Oppegård	59	2.4	2.4	2.3	59	44	Modell 1	Modell 2
219	Bærum	345.4	3.1	3.6	1.7	71	37	Modell 1	Modell 1
220	Asker	113.88	2.1	2.7	0.4	66	21	Modell 1	Modell 1
221	Aurskog- Høland	14.73	1.0	1.1	0.8	45	54	Modell 1	Modell 1
226	Sørum	23.6	1.5	1.6	1.4	52	39	Modell 1	Modell 1
227	Fet	23.4	2.3	2.5	1.6	50	26	Modell 1	Modell 1
228	Rælingen	62.5	4.0	4.2	3.3	73	12	Modell 1	Modell 2
229	Enebakk	16.5	1.6	1.6	1.7	67	24	Modell 1	Modell 1
230	Lørenskog	65.7	2.0	1.4	4.0	86	16	Modell 2	Modell 2
231	Skedsmo	73.2	1.5	1.0	3.2	65	33	Modell 1	Modell 2
233	Nittedal	49.3	2.4	2.2	2.7	63	28	Modell 3	Modell 2
234	Gjerdrum	6.3	1.1	1.1	1.1	79	40	Modell 1	Modell 1
235	Ullensaker	31	1.1	1.2	0.8	61	53	Modell 1	Modell 1
236	Nes	23	1.2	1.4	0.7	63	52	Modell 1	Modell 1
237	Eidsvoll	29.6	1.4	1.5	1.1	67	47	Modell 1	Modell 2
238	Nannestad	13.2	1.2	1.0	1.9	92	42	Modell 1	Modell 1
239	Hurdal	4	1.5	1.6	1.3	0	58	Modell 1	Modell 1
301	Oslo	989.72	1.7	1.7	1.7	69	27	Kombinasjon	Kombinasjon
402	Kongsvinger	31.2	1.8	1.5	3.1	56	70	Modell 3	Modell 2
403	Hamar	109.8	3.9	3.5	5.4	73	27	Modell 2	Modell 2
412	Ringsaker	90.5	2.8	2.7	3.0	60	38	Modell 1	Modell 2
415	Løten	15.85	2.2	2.2	2.3	59	28	Modell 1	Modell 2
417	Stange	60.1	3.1	3.3	2.4	62	36	Modell 1	Modell 2
418	Nord-Odal	11.2	2.2	2.2	2.3	46	45	Kombinasjon	Kombinasjon

419	Sør-Odal	15.9	2.0	2.2	1.5	45	52	Modell 1	Kombinasjon
420	Eidskog	15.9	2.5	2.4	2.8	45	42	Modell 1	Modell 2
423	Grue	25.71	5.1	4.5	7.4	50	31	Modell 1	Modell 1
425	Åsnes	32.6	4.3	4.5	3.3	46	45	Modell 1	Modell 1
426	Våler	6.7	1.7	1.7	1.7	67	45	Modell 1	Modell 2
427	Elverum	84.3	4.3	4.2	4.5	52	36	Modell 1	Modell 2
428	Trysil	20.4	3.0	3.3	1.8	56	59	Modell 1	Modell 2
429	Åmot	5.2	1.2	1.2	1.3	90	62	Modell 1	Modell 1
430	Stor-Elvdal	10.97	4.1	2.8	10.1	75	26	Modell 1	Modell 1
432	Rendalen	17.4	8.7	9.6	4.8	65	40	Modell 1	Modell 1
434	Engerdal	3.3	2.3	1.6	4.9	58	30	Modell 3	Modell 3
436	Tolga	3.5	2.1	2.0	2.5	69	63	Modell 1	Modell 1
437	Tynset	14.7	2.7	3.0	1.6	55	31	Modell 1	Modell 2
438	Alvdal	8.9	3.6	2.3	7.9	75	18	Modell 1	Modell 1
439	Folldal	5.9	3.5	3.2	4.7	66	41	Modell 1	Modell 1
441	Os	3.9	1.9	1.9	2.1	49	51	Modell 1	Modell 1
501	Lillehammer	76.4	2.9	2.8	3.4	50	22	Modell 2	Modell 2
502	Gjøvik	68.8	2.4	2.2	3.1	61	33	Modell 1	Modell 2
511	Dovre	5.4	1.9	1.8	2.4	61	65	Modell 1	Modell 1
512	Lesja	2.6	1.2	0.8	2.6	46	38	Modell 1	Modell 1
513	Skjåk	5.1	2.3	2.0	3.1	63	51	Modell 1	Modell 1
514	Lom	6.53	2.7	3.1	1.2	52	88	Modell 1	Modell 2
515	Vågå	13.1	3.5	3.4	4.0	31	69	Modell 1	Modell 2
516	Nord-Fron	7.7	1.3	1.4	1.1	74	62	Modell 1	Modell 1
517	Sel	21.8	3.6	4.0	2.1	74	42	Modell 1	Modell 2
519	Sør-Fron	18.9	6.0	4.9	9.8	52	23	Modell 2	Modell 2
520	Ringebu	20.8	4.6	5.2	2.1	35	61	Modell 1	Modell 1
521	Øyer	14.6	2.9	2.7	3.6	86	26	Modell 1	Modell 1
522	Gausdal	17.8	2.9	2.8	3.1	48	21	Modell 2	Modell 2
528	Østre Toten	45.5	3.1	3.4	2.3	57	23	Modell 1	Modell 2
529	Vestre Toten	44.9	3.5	3.5	3.6	57	21	Modell 1	Modell 2
532	Jevnaker	18.5	3.0	3.2	2.1	78	83	Modell 1	Modell 1
533	Lunner	24.3	2.8	3.0	2.4	53	21	Modell 1	Modell 2
534	Gran	38	2.8	2.0	5.9	66	24	Modell 1	Modell 1
536	Søndre Land	16.8	2.9	3.1	2.0	65	30	Modell 2	Modell 2
538	Nordre Land	10	1.5	1.4	1.7	90	30	Modell 1	Modell 1
540	Sør-Aurdal	7.4	2.3	2.3	2.3	68	32	Modell 1	Modell 2
541	Etnedal	6.9	5.0	5.4	3.4	41	43	Modell 1	Modell 2
542	Nord-Aurdal	10.7	1.7	1.4	2.7	76	47	Modell 1	Modell 1
543	Vestre Slidre	5.2	2.3	2.0	3.4	88	46	Modell 1	Modell 3
544	Øystre Slidre	12.3	3.8	4.2	2.6	63	50	Modell 1	Modell 2
545	Vang	3.7	2.3	2.2	2.7	92	0	Modell 1	Modell 1
602	Drammen	146.8	2.3	2.2	2.9	61	28	Kombinasjon	Kombinasjon
604	Kongsberg	48.6	2.0	1.8	2.5	39	23	Modell 1	Modell 2
605	Ringerike	97.9	3.4	3.7	2.1	32	10	Modell 1	Modell 1
612	Hole	14.4	2.4	1.7	4.8	40	24	Modell 3	Modell 3
615	Flå	6	6.0	5.6	7.5	38	28	Modell 1	Modell 1
616	Nes	13.7	4.0	4.7	1.3	27	14	Modell 1	Modell 1
617	Gol	12.35	2.8	2.5	3.6	64	22	Modell 1	Modell 2
618	Hemsedal	9.1	4.4	2.4	10.6	76	44	Modell 1	Modell 1
619	Ål	10.5	2.2	2.4	1.9	83	90	Modell 1	Modell 2
620	Hol	11.5	2.6	2.8	1.7	74	88	Modell 1	Modell 2
621	Sigdal	16.8	4.8	5.0	3.7	40	16	Modell 1	Modell 1
622	Krødsherad	6.5	3.1	2.8	4.3	51	46	Modell 1	Modell 1
623	Modum	49.34	3.8	2.1	10.7	34	13	Modell 2	Modell 2
624	Øvre Eiker	37.1	2.2	1.5	4.8	78	27	Modell 1	Modell 1
625	Nedre Eiker	31.4	1.4	1.4	1.4	50	49	Modell 1	Modell 1
626	Lier	37.8	1.6	1.2	2.9	70	23	Modell 2	Modell 2
627	Røyken	28.96	1.5	1.9	0.6	56	46	Modell 1	Modell 1
628	Hurum	18.4	2.0	2.0	2.2	73	51	Modell 1	Modell 1

631	Flesberg	11.8	4.6	4.4	5.0	47	25	Modell 1	Modell 1
632	Rollag	7.7	5.5	5.3	6.5	39	22	Modell 3	Modell 3
633	Nore og Uvdal	4.3	1.7	1.3	3.2	77	51	Modell 1	Modell 3
701	Horten	57.3	2.2	2.1	2.8	58	36	Modell 1	Modell 2
702	Holmestrand	19.1	1.9	1.8	2.2	67	29	Modell 1	Modell 1
704	Tønsberg	104.6	2.7	2.4	3.6	54	36	Modell 1	Modell 2
706	Sandefjord	74.65	1.7	2.1	0.6	54	23	Modell 1	Modell 2
709	Larvik	101.3	2.4	2.5	2.1	53	59	Modell 2	Modell 2
711	Svelvik	9.05	1.4	1.6	0.9	75	83	Modell 1	Modell 1
713	Sande	19.2	2.3	2.2	2.7	82	13	Modell 1	Modell 2
714	Hof	5.4	1.8	1.8	1.8	22	2	Modell 3	Modell 3
716	Re	21.9	2.5	2.2	3.4	73	37	Modell 1	Modell 1
719	Andebu	7.1	1.3	1.3	1.5	73	59	Modell 1	Modell 1
720	Stokke	20.5	1.9	2.1	1.1	70	46	Modell 1	Modell 2
722	Nøtterøy	72.8	3.5	1.7	9.6	58	20	Modell 1	Modell 1
723	Tjøme	16	3.4	3.9	1.7	67	26	Modell 2	Modell 2
728	Lardal	6	2.5	2.2	3.8	72	75	Modell 1	Modell 1
805	Porsgrunn	92.3	2.7	3.0	1.4	59	32	Modell 1	Modell 2
806	Skien	324.9	6.3	5.9	7.6	50	29	Modell 1	Modell 1
807	Notodden	34	2.7	2.8	2.6	60	76	Modell 1	Modell 2
811	Siljan	11.6	4.8	5.0	4.1	46	15	Modell 1	Modell 2
814	Bamble	36.7	2.6	2.7	2.4	52	41	Modell 1	Modell 2
815	Kragerø	54.2	5.1	5.4	4.0	51	32	Modell 2	Modell 2
817	Drangedal	10.2	2.5	2.7	1.6	52	29	Modell 1	Modell 2
819	Nome	23.1	3.5	3.8	2.6	47	15	Modell 1	Modell 2
821	Bø	12	2.1	2.2	1.8	25	39	Modell 1	Modell 1
822	Sauherad	8.7	2.0	2.0	2.0	66	45	Modell 1	Modell 2
826	Tinn	28.6	4.7	5.4	2.1	22	31	Modell 1	Modell 1
827	Hjartdal	3.5	2.2	2.1	2.5	91	60	Modell 1	Modell 1
828	Seljord	5.75	1.9	2.2	0.9	43	48	Modell 1	Modell 2
829	Kviteseid	5.4	2.1	2.0	2.7	81	19	Modell 1	Modell 1
830	Nissedal	24.8	17.7	15.4	25.9	56	6	Modell 1	Modell 1
831	Fyresdal	4.1	3.0	3.4	1.5	71	61	Modell 1	Modell 2
833	Tokke	5.8	2.5	2.1	4.0	72	34	Modell 1	Modell 3
834	Vinje	9.2	2.5	1.8	5.1	84	65	Modell 1	Modell 1
901	Risør	18.61	2.7	2.4	3.9	71	48	Modell 1	Modell 2
904	Grimstad	37.8	1.8	1.8	2.0	23	22	Modell 2	Modell 1
906	Arendal	99	2.4	2.5	2.0	44	26	Modell 1	Modell 2
911	Gjerstad	10.1	4.1	4.0	4.4	92	42	Modell 2	Modell 2
912	Vegårshei	7.35	3.9	3.9	3.9	39	35	Modell 2	Modell 2
914	Tvedestrand	12.1	2.0	2.0	2.1	65	71	Modell 2	Modell 2
919	Froland	17.6	3.5	3.8	2.7	64	12	Modell 1	Modell 1
926	Lillesand	12.6	1.3	1.0	2.4	84	64	Modell 1	Modell 1
928	Birkenes	9.4	2.0	1.9	2.3	83	48	Modell 2	Modell 2
929	Åmli	4.3	2.3	2.0	3.3	65	65	Modell 1	Modell 1
935	Iveland	2.3	1.8	1.9	1.6	100	22	Modell 2	Modell 2
937	Evje og Hornnes	7.9	2.3	1.7	4.3	51	67	Modell 1	Modell 2
938	Bygland	2.8	2.3	2.3	2.2	27	63	Modell 3	Modell 3
940	Valle	2.8	2.2	2.0	2.8	89	0	Modell 1	Modell 2
941	Bykle	1.9	2.0	1.9	2.2	100	53	Modell 2	Modell 2
1001	Kristiansand	238.53	2.9	3.1	2.4	70	43	Modell 2	Modell 2
1002	Mandal	28.7	2.0	1.8	2.4	94	44	Modell 1	Modell 1
1003	Farsund	29.2	3.1	3.2	2.9	67	36	Modell 1	Modell 1
1004	Flekkefjord	23	2.6	2.5	2.7	60	29	Modell 1	Modell 2
1014	Vennesla	21.5	1.6	1.7	1.6	65	70	Modell 1	Modell 1
1017	Songdalen	11.7	2.0	1.6	2.9	93	75	Modell 1	Modell 1
1018	Søgne	24.6	2.3	2.4	2.1	65	57	Modell 2	Modell 2
1021	Marnardal	4.5	2.0	1.7	3.0	62	29	Modell 1	Modell 1
1026	Åseral	4.4	4.8	4.5	5.4	73	32	Modell 1	Modell 1

1027	Audnedal	5.8	3.5	3.8	2.7	57	31	Modell 1	Modell 1
1029	Lindesnes	8	1.7	1.9	1.2	65	69	Modell 1	Modell 1
1032	Lyngdal	18.9	2.4	3.0	1.0	60	25	Kombinasjon	Modell 2
1034	Hægebostad	4.9	3.0	3.4	2.0	54	37	Modell 3	Modell 2
1037	Kvinesdal	18.4	3.2	3.7	1.6	76	36	Modell 2	Modell 2
1046	Sirdal	6.2	3.5	3.7	2.6	77	48	Modell 1	Modell 1
1101	Eigersund	51.7	3.6	4.0	2.6	51	41	Modell 1	Modell 1
1102	Sandnes	195.6	3.0	3.7	1.2	61	31	Modell 1	Modell 2
1103	Stavanger	226	1.8	1.6	2.5	65	28	Modell 2	Modell 2
1106	Haugesund	47.4	1.4	1.4	1.5	88	46	Modell 2	Modell 2
1111	Sokndal	5.1	1.6	1.6	1.3	84	0	Modell 1	Modell 1
1112	Lund	5.4	1.7	1.8	1.6	46	24	Modell 1	Modell 2
1114	Bjerkreim	5.3	2.1	2.4	1.1	47	47	Modell 1	Modell 1
1119	Hå	47.7	2.9	3.0	2.7	51	20	Modell 1	Modell 1
1120	Klepp	34	2.0	2.1	1.9	69	50	Modell 1	Modell 2
1121	Time	39.6	2.5	2.9	1.3	62	30	Modell 1	Modell 2
1122	Gjesdal	13.85	1.4	1.6	0.8	82	22	Modell 1	Modell 2
1124	Sola	38.5	1.7	1.9	1.1	68	36	Modell 1	Modell 2
1127	Randaberg	16.5	1.7	1.7	1.6	62	30	Modell 2	Modell 1
1129	Forsand	2.6	2.3	2.9	0.6	58	69	Modell 1	Modell 1
1130	Strand	34.4	3.1	3.3	2.5	41	21	Modell 1	Modell 2
1133	Hjelmeland	5.6	2.0	2.1	1.9	77	63	Modell 1	Modell 1
1134	Suldal	12.2	3.2	3.7	1.4	75	34	Modell 1	Modell 2
1135	Sauda	15	3.2	3.5	1.9	38	43	Modell 1	Modell 1
1141	Finnøy	7.4	2.6	2.6	2.5	51	42	Modell 1	Modell 1
1142	Rennesøy	7.2	1.8	2.1	0.9	54	49	Modell 2	Modell 2
1144	Kvitsøy	1.15	2.2	1.6	4.0	0	52	Modell 1	Modell 1
1145	Bokn	2.4	2.9	2.8	3.3	67	46	Modell 1	Modell 1
1146	Tysvær	48.6	4.9	6.2	1.5	40	30	Modell 1	Modell 1
1149	Karmøy	75.8	1.9	2.2	1.1	60	52	Modell 2	Modell 2
1151	Utsira	0.4	1.8	1.2	4.3	50	100	Modell 1	Modell 1
1160	Vindafjord	34.7	4.2	4.8	2.5	54	17	Modell 1	Modell 1
1201	Bergen	436.4	1.7	1.8	1.3	61	38	Modell 1	Modell 2
1211	Etne	11.1	2.9	3.1	2.2	38	18	Modell 1	Modell 1
1216	Sveio	11.9	2.4	2.9	1.0	59	14	Modell 1	Modell 2
1219	Bømlo	28.05	2.5	2.9	1.3	64	42	Modell 1	Modell 2
1221	Stord	20.19	1.1	1.4	0.5	59	37	Modell 2	Modell 2
1222	Fitjar	16.4	5.6	7.4	0.6	24	35	Modell 2	Modell 2
1223	Tysnes	4.6	1.7	1.4	2.5	78	33	Modell 1	Modell 1
1224	Kvinnherad	53	4.0	4.2	3.4	54	34	Modell 1	Modell 1
1227	Jondal	2.8	2.7	2.6	3.0	54	43	Modell 1	Modell 1
1228	Odda	22.65	3.2	1.4	10.2	40	24	Modell 1	Modell 1
1231	Ullensvang	10.1	3.0	2.8	3.6	59	33	Modell 1	Modell 2
1232	Eidfjord	3.3	3.4	3.8	2.1	58	15	Modell 3	Modell 3
1233	Ulvik	7	6.2	4.1	13.8	43	21	Modell 2	Modell 2
1234	Granvin	1.3	1.4	1.5	1.0	54	0	Modell 2	Modell 2
1235	Voss	32.4	2.3	2.3	2.5	51	47	Modell 2	Modell 2
1238	Kvam	29.53	3.5	4.0	1.8	65	32	Modell 1	Modell 2
1241	Fusa	11.75	3.1	3.5	1.6	68	36	Modell 1	Modell 1
1242	Samnanger	3.4	1.4	1.4	1.5	85	71	Modell 1	Modell 2
1243	Os	26.6	1.6	2.0	0.6	56	37	Modell 1	Modell 2
1244	Austevoll	8.2	1.8	1.8	1.9	68	32	Modell 1	Modell 2
1245	Sund	13.2	2.2	1.5	4.2	84	51	Modell 1	Modell 2
1246	Fjell	52.4	2.4	1.6	4.3	88	34	Modell 1	Modell 3
1247	Askøy	119.8	4.8	5.2	3.7	57	11	Modell 1	Modell 1
1251	Vaksdal	12.16	3.0	2.9	3.2	53	30	Modell 1	Modell 1
1252	Modalen	2.8	8.1	8.7	6.5	43	64	Modell 1	Modell 1
1253	Osterøy	16.1	2.2	2.2	1.9	63	47	Modell 1	Modell 2
1256	Meland	17.2	2.6	2.6	2.6	74	9	Modell 1	Modell 2
1259	Øygarden	6.3	1.5	1.6	1.2	63	49	Modell 1	Modell 1

1260	Radøy	18	3.7	4.1	2.7	44	25	Modell 1	Modell 1
1263	Lindås	26	1.8	1.9	1.5	81	39	Modell 1	Modell 2
1264	Austrheim	5.1	1.9	1.7	2.4	94	20	Modell 3	Modell 3
1265	Fedje	1.8	3.0	2.8	3.9	44	0	Modell 1	Modell 1
1266	Masfjorden	11.2	6.9	8.3	1.8	50	17	Modell 1	Modell 1
1401	Flora	76.5	6.6	7.2	4.8	54	8	Modell 1	Modell 1
1411	Gulen	8.9	3.9	4.7	0.8	47	34	Modell 1	Modell 3
1412	Solund	2.8	3.2	2.8	5.0	57	36	Modell 1	Modell 1
1413	Hyllestad	2.2	1.5	1.7	0.6	77	32	Modell 1	Modell 1
1416	Høyanger	18	4.2	5.2	1.0	85	26	Modell 2	Modell 2
1417	Vik	8.3	3.0	3.3	1.9	49	57	Modell 1	Modell 2
1418	Balestrand	6.5	4.8	5.5	2.6	35	35	Modell 2	Modell 2
1419	Leikanger	2.6	1.2	0.9	2.1	88	27	Modell 1	Modell 2
1420	Sogndal	11.6	1.6	2.0	0.5	36	46	Modell 1	Modell 2
1421	Aurland	4.8	2.9	3.6	0.0	42	21	Modell 2	Modell 2
1422	Lærdal	20.6	9.4	11.4	2.6	58	5	Modell 1	Modell 2
1424	Årdal	12.1	2.1	2.4	1.3	65	30	Modell 1	Modell 1
1426	Luster	9.45	1.9	1.7	2.6	72	34	Modell 1	Modell 2
1428	Askvoll	19	6.3	6.6	5.5	47	36	Modell 2	Modell 2
1429	Fjaler	7.63	2.7	2.2	4.4	70	26	Modell 1	Modell 2
1430	Gaular	7.9	2.8	2.7	3.4	61	56	Modell 1	Modell 2
1431	Jølster	12.5	4.2	5.2	1.3	20	24	Modell 1	Modell 2
1432	Førde	18	1.5	1.7	1.0	89	56	Modell 2	Modell 2
1433	Naustdal	5.61	2.1	1.9	2.7	64	73	Modell 1	Modell 1
1438	Bremanger	12	3.1	3.3	2.2	40	32	Modell 1	Modell 1
1439	Vågsøy	11.3	1.9	1.9	1.8	51	22	Modell 2	Modell 2
1441	Selje	14.4	5.1	5.7	3.1	52	17	Modell 2	Modell 2
1443	Eid	16.95	2.9	3.2	1.8	57	18	Modell 1	Modell 2
1444	Hornindal	1.9	1.5	1.6	1.5	89	53	Modell 1	Modell 1
1445	Gloppen	13.8	2.4	2.3	2.7	87	25	Modell 1	Modell 2
1449	Stryn	22.7	3.3	3.8	1.7	55	32	Modell 1	Modell 2
1502	Molde	77.8	3.1	3.5	1.8	48	54	Kombinasjon	Kombinasjon
1504	Ålesund	112.27	2.6	2.2	4.1	65	30	Modell 1	Modell 2
1505	Kristiansund	45.5	2.0	2.0	1.6	53	52	Modell 1	Modell 1
1511	Vanylven	17.6	5.1	4.8	6.2	60	15	Modell 1	Modell 1
1514	Sande	3.8	1.5	1.7	0.9	63	87	Modell 2	Modell 2
1515	Herøy	44.3	5.3	5.4	5.0	52	20	Kombinasjon	Kombinasjon
1516	Ulstein	35.4	4.7	5.8	1.9	73	21	Modell 2	Modell 2
1517	Hareid	13	2.7	2.8	2.2	60	30	Modell 1	Modell 2
1519	Volda	31.1	3.6	3.9	2.8	87	28	Modell 1	Modell 2
1520	Ørsta	11.4	1.1	1.0	1.3	69	43	Modell 1	Modell 2
1523	Ørskog	12.2	5.7	6.3	3.5	64	25	Modell 3	Modell 3
1524	Norddal	5.5	3.1	1.8	6.8	27	18	Modell 3	Modell 3
1525	Stranda	8.3	1.8	1.9	1.7	27	24	Modell 3	Modell 3
1526	Stordal	2.1	2.0	1.3	4.3	81	76	Modell 2	Modell 2
1528	Sykkylven	11.4	1.5	1.4	1.7	62	44	Modell 1	Modell 2
1529	Skodje	10.2	2.6	1.9	4.4	51	41	Modell 1	Modell 1
1531	Sula	20.4	2.6	2.9	1.7	37	15	Modell 2	Modell 2
1532	Giske	16	2.3	2.8	0.9	51	25	Modell 1	Modell 2
1534	Haram	25.9	3.0	2.8	3.4	64	38	Modell 1	Modell 2
1535	Vestnes	22.1	3.4	3.4	3.4	40	38	Modell 2	Modell 2
1539	Rauma	27	3.6	3.3	5.0	30	33	Modell 1	Modell 1
1543	Neset	5.2	1.7	1.6	1.9	38	19	Modell 1	Modell 1
1545	Midsund	3.9	2.0	2.0	2.1	5	56	Kombinasjon	Kombinasjon
1546	Sandøy	8.05	6.1	6.9	3.2	74	22	Modell 2	Modell 2
1547	Aukra	21.4	6.7	7.4	4.5	87	3	Modell 2	Modell 2
1548	Fræna	52	5.6	5.5	5.7	27	7	Modell 1	Modell 2
1551	Eide	26.1	7.7	7.4	8.8	69	20	Modell 1	Modell 1
1554	Averøy	6.3	1.2	1.3	0.8	71	32	Modell 1	Modell 1
1557	Gjemnes	3.8	1.5	1.3	1.9	71	63	Modell 1	Modell 1

1560	Tingvoll	14.55	4.7	4.3	6.3	41	20	Modell 2	Modell 2
1563	Sunndal	19.15	2.6	2.8	1.9	69	50	Modell 1	Modell 2
1566	Surnadal	32.55	5.5	4.9	7.4	48	9	Modell 2	Modell 2
1567	Rindal	9.2	4.5	3.1	9.1	80	32	Modell 1	Modell 2
1571	Halsa	3.7	2.2	2.7	0.3	46	14	Modell 3	Modell 2
1573	Smøla	9	4.2	4.5	2.9	51	18	Ikke svart	Ikke svart
1576	Aure	4.5	1.3	1.3	1.4	100	44	Modell 1	Modell 1
1601	Trondheim	541.3	3.2	3.3	2.8	58	24	Modell 2	Modell 2
1612	Hemne	13.1	3.1	3.1	3.3	68	38	Modell 1	Modell 1
1613	Snillfjord	3.4	3.4	3.0	5.0	50	29	Modell 1	Modell 2
1617	Hitra	16.2	3.8	3.4	5.2	47	35	Modell 1	Modell 1
1620	Frøya	16.7	3.9	3.7	4.3	57	45	Modell 1	Modell 1
1621	Ørland	29.8	5.8	4.3	10.9	44	18	Modell 1	Modell 1
1622	Agdenes	11.2	6.5	6.8	5.5	43	9	Modell 1	Modell 1
1624	Rissa	17.5	2.7	2.7	2.9	72	45	Modell 1	Modell 2
1627	Bjugn	9	2.0	1.7	3.1	47	76	Modell 1	Modell 2
1630	Åfjord	27.1	8.4	9.2	5.4	44	20	Modell 2	Modell 1
1632	Roan	4.8	4.8	5.1	3.5	73	31	Modell 1	Modell 1
1633	Osen	1.1	1.1	1.0	1.4	9	0	Modell 1	Modell 1
1634	Oppdal	19.6	3.0	3.0	2.8	77	29	Modell 1	Modell 2
1635	Rennebu	6.8	2.6	2.2	4.1	71	47	Modell 2	Modell 2
1636	Meldal	11.1	2.8	2.4	4.7	55	28	Modell 1	Modell 2
1638	Orkdal	34.2	3.0	2.7	4.0	57	33	Modell 1	Modell 1
1640	Røros	10.3	1.8	1.9	1.6	82	65	Modell 1	Modell 2
1644	Holtålen	3.9	1.9	1.9	1.7	51	51	Modell 3	Modell 3
1648	Midtre Gauldal	9.9	1.6	1.7	1.5	70	67	Modell 1	Modell 2
1653	Melhus	75.3	5.1	5.4	4.1	77	17	Modell 2	Modell 2
1657	Skaun	14.2	2.1	1.8	3.0	87	51	Modell 1	Modell 1
1662	Klæbu	12.5	2.2	1.6	3.5	68	32	Modell 1	Modell 1
1663	Malvik	32.3	2.6	3.1	1.2	47	20	Modell 2	Modell 2
1664	Selbu	9.4	2.3	2.4	2.2	76	69	Modell 2	Modell 2
1665	Tydal	2.6	3.0	2.9	3.6	73	31	Modell 1	Modell 2
1702	Steinkjer	90.1	4.3	3.2	8.1	65	30	Modell 2	Modell 2
1703	Namsos	35.6	2.8	2.6	3.2	67	46	Modell 1	Modell 2
1711	Meråker	5.9	2.4	1.7	4.9	80	45	Modell 3	Modell 2
1714	Stjørdal	73.6	3.4	3.6	3.0	55	12	Modell 1	Modell 1
1717	Frosta	3.2	1.3	0.9	2.5	94	53	Modell 3	Modell 3
1718	Leksvik	9.2	2.6	2.1	4.4	78	37	Modell 1	Modell 1
1719	Levanger	28.5	1.5	1.5	1.6	59	87	Modell 1	Modell 1
1721	Verdal	24.1	1.7	1.5	2.2	76	61	Modell 2	Modell 1
1723	Mosvik	1.9	2.3	1.9	4.1	74	42	Modell 1	Modell 1
1724	Verran	6.6	2.3	2.3	2.2	27	68	Modell 2	Modell 2
1725	Namdalseid	5.5	3.2	3.5	2.2	49	31	Modell 1	Modell 2
1729	Inderøy	5.95	1.0	1.2	0.5	75	88	Modell 3	Modell 1
1736	Snåsa	8.7	4.0	4.3	3.2	79	18	Modell 1	Modell 1
1738	Lierne	6.73	4.7	5.0	3.6	32	23	Modell 1	Modell 1
1739	Røyrvik	0.85	1.7	1.9	1.0	100	0	Modell 1	Modell 1
1740	Namsskogan	4.59	4.9	4.7	6.0	71	43	Modell 1	Modell 1
1742	Grong	3.7	1.6	1.5	1.9	100	86	Modell 1	Modell 1
1743	Høylandet	4.1	3.2	3.2	3.4	51	68	Modell 1	Modell 1
1744	Overhalla	5.85	1.6	1.7	1.5	76	86	Modell 1	Modell 1
1748	Fosnes	0.5	0.7	0.9	0.0	100	100	Modell 3	Modell 3
1749	Flatanger	3.2	2.9	3.6	0.4	34	31	Modell 2	Modell 2
1750	Vikna	9.3	2.3	2.9	0.2	37	29	Modell 1	Modell 2
1751	Nærøy	16	3.2	3.9	1.0	66	51	Modell 3	Modell 2
1755	Leka	0.85	1.4	1.1	2.8	76	65	Kombinasjon	Kombinasjon
1804	Bodø	150	3.2	2.3	5.9	78	30	Modell 1	Modell 2
1805	Narvik	29.9	1.6	1.8	1.0	45	33	Modell 1	Modell 2
1811	Bindal	14.5	9.1	10.8	2.1	39	39	Modell 2	Modell 2
1812	Sømna	5.15	2.5	2.6	2.1	52	58	Modell 3	Modell 3

1813	Brønnøy	25	3.3	2.6	5.4	75	28	Modell 1	Modell 3
1815	Vega	4	3.1	3.0	3.6	75	50	Modell 3	Modell 3
1816	Vevelstad	0.5	1.0	1.2	0.0	0	100	Modell 3	Modell 3
1818	Herøy	9.8	6.1	6.1	5.9	24	15	Modell 1	Modell 1
1820	Alstahaug	24	3.3	3.6	2.4	92	17	Modell 1	Modell 2
1822	Leirfjord	6.5	3.0	3.1	2.7	66	17	Modell 1	Modell 2
1824	Vefsn	19.9	1.5	1.7	0.7	73	73	Modell 1	Modell 2
1825	Grane	4.1	2.7	3.0	1.9	59	24	Modell 1	Modell 2
1826	Hattfjelldal	5	3.5	4.0	1.6	42	40	Modell 2	Modell 2
1827	Dønna	3.65	2.6	2.6	2.2	75	38	Modell 2	Modell 2
1828	Nesna	3.3	1.8	1.7	2.4	100	61	Modell 1	Modell 1
1832	Hemnes	4	0.9	0.8	1.2	88	75	Modell 1	Modell 2
1833	Rana	40.5	1.6	1.7	1.2	78	84	Modell 1	Modell 2
1834	Lurøy	6.9	3.6	3.3	5.0	58	22	Modell 1	Modell 3
1835	Træna	1.8	3.7	3.6	3.9	0	39	Modell 1	Modell 1
1836	Rødøy	4.5	3.5	2.6	6.3	78	44	Modell 1	Modell 1
1837	Meløy	18.2	2.7	3.2	1.2	54	56	Modell 1	Modell 1
1838	Gildeskål	4.5	2.3	1.6	5.1	89	44	Modell 1	Modell 1
1839	Beiarn	4.8	4.3	4.6	3.1	35	17	Modell 1	Modell 2
1840	Saltdal	8.6	1.8	1.4	3.3	97	70	Modell 1	Modell 2
1841	Fauske	17.1	1.8	1.7	2.0	85	63	Modell 1	Modell 1
1845	Sørfold	5.5	2.8	2.7	3.1	45	36	Modell 3	Modell 3
1848	Steigen	13.9	5.3	4.0	10.1	63	28	Modell 1	Modell 1
1849	Hamarøy	3.2	1.8	1.4	3.8	92	61	Modell 1	Modell 1
1850	Tysfjord	5.75	2.9	3.0	2.5	52	63	Modell 1	Modell 1
1851	Lødingen	4	1.8	1.5	3.5	90	50	Modell 2	Modell 2
1852	Tjeldsund	2.1	1.6	0.9	4.2	100	29	Modell 3	Modell 3
1853	Evenes	2.8	2.1	1.9	2.7	64	36	Modell 1	Modell 1
1854	Ballangen	8.2	3.1	3.6	1.4	46	37	Modell 1	Modell 1
1856	Røst	1	1.6	1.7	1.4	100	100	Modell 1	Modell 1
1857	Værøy	2.3	3.0	3.3	1.9	57	22	Modell 1	Modell 1
1859	Flakstad	3	2.2	2.4	1.6	17	50	Modell 1	Modell 1
1860	Vestvågøy	26	2.4	2.7	1.6	62	47	Modell 1	Modell 2
1865	Vågan	21.8	2.4	2.3	2.9	61	34	Modell 1	Modell 3
1866	Hadsel	24.9	3.1	3.5	1.7	48	31	Modell 1	Modell 2
1867	Bø	9.9	3.5	3.7	2.8	71	33	Kombinasjon	Kombinasjon
1868	Øksnes	24.02	5.4	6.8	0.9	27	23	Kombinasjon	Kombinasjon
1870	Sortland	17.55	1.8	1.8	1.7	87	80	Modell 1	Modell 2
1871	Andøy	38.8	7.8	8.3	5.8	35	15	Modell 2	Modell 2
1874	Moskenes	7.6	6.7	7.7	2.4	14	34	Modell 1	Modell 2
1901	Harstad	118.1	5.1	5.0	5.3	68	40	Modell 1	Modell 2
1902	Tromsø	81.6	1.2	1.4	0.6	81	28	Modell 1	Modell 2
1911	Kvæfjord	10.7	3.5	3.2	4.4	81	72	Modell 1	Modell 2
1913	Skånland	12.05	4.2	4.9	1.5	45	37	Modell 1	Modell 2
1915	Bjarkøy	0.8	1.7	1.3	2.9	63	0	Modell 2	Modell 2
1917	Ibestad	5	3.6	3.8	2.1	20	20	Modell 2	Modell 2
1919	Gratangen	1.6	1.4	1.3	1.7	63	25	Modell 2	Modell 2
1920	Lavangen	7.4	7.3	8.7	2.2	47	61	Modell 1	Modell 1
1922	Bardu	11.05	2.8	3.2	1.6	82	50	Modell 1	Modell 1
1923	Salangen	9.7	4.4	3.9	5.9	19	31	Modell 1	Modell 2
1924	Målselv	29.53	4.5	4.8	3.8	51	20	Modell 1	Modell 2
1925	Sørreisa	6.3	1.9	1.9	1.8	76	25	Modell 1	Modell 2
1926	Dyrøy	7	5.7	5.5	6.2	46	60	Modell 2	Modell 2
1927	Tranøy	4.6	3.0	3.3	1.6	43	20	Modell 1	Modell 2
1928	Torsken	1.45	1.6	1.9	0.3	52	31	Modell 2	Modell 2
1929	Berg	4.3	4.6	4.6	5.1	23	35	Modell 1	Modell 3
1931	Lenvik	30.9	2.7	3.1	1.7	37	35	Modell 1	Modell 2
1933	Balsfjord	16.5	3.0	3.5	1.2	42	50	Modell 1	Modell 2
1936	Karlsøy	6.9	2.9	3.0	2.7	74	33	Modell 2	Modell 2
1938	Lyngen	6.7	2.1	2.5	0.7	70	15	Modell 2	Modell 2

1939	Storfjord	5.8	3.1	3.0	3.4	59	88	Modell 1	Modell 1
1940	Kåfjord	12.2	5.5	6.3	2.7	46	23	Modell 2	Modell 2
1941	Skjervøy	14.7	5.1	5.2	4.9	57	29	Modell 1	Modell 2
1942	Nordreisa	14.9	3.1	2.8	4.3	64	32	Modell 1	Modell 2
1943	Kvænangen	3.2	2.4	2.9	0.7	52	75	Modell 1	Modell 1
2002	Vardø	4.48	2.1	2.6	0.0	67	55	Modell 1	Modell 2
2003	Vadsø	11.5	1.9	1.8	2.0	74	26	Modell 1	Modell 1
2004	Hammerfest	15.55	1.6	1.8	0.8	37	58	Modell 1	Modell 1
2011	Kautokeino	13.2	4.5	4.9	3.3	44	48	Modell 1	Modell 1
2012	Alta	37.1	2.0	2.2	1.5	55	40	Modell 1	Modell 2
2014	Loppa	6.5	6.0	6.8	2.5	66	23	Modell 1	Modell 1
2015	Hasvik	3	3.2	2.8	5.1	73	33	Modell 2	Modell 2
2017	Kvalsund	4.8	4.7	5.4	1.5	38	0	Modell 1	Modell 1
2018	Måsøy	4.2	3.3	3.4	3.0	71	60	Modell 1	Modell 1
2019	Nordkapp	10.1	3.2	2.6	5.1	64	25	Modell 1	Modell 1
2020	Porsanger	12.5	3.1	3.2	3.0	52	20	Modell 1	Modell 1
2021	Karasjok	7.7	2.8	2.0	5.1	52	52	Modell 2	Modell 2
2022	Lebesby	3.7	2.8	2.3	4.4	0	22	Modell 2	Modell 2
2023	Gamvik	9.2	9.1	7.9	14.4	5	11	Modell 1	Modell 1
2024	Berlevåg	6.85	6.6	4.1	16.1	67	26	Modell 1	Modell 1
2025	Tana	17.9	6.1	6.6	4.6	51	21	Modell 1	Modell 1
2027	Nesseby	2.3	2.6	2.8	1.9	57	52	Modell 2	Modell 2
2028	Båtsfjord	7.6	3.7	3.8	3.2	46	33	Modell 2	Modell 2
2030	Sør-Varanger	20	2.1	2.3	1.3	58	33	Modell 1	Modell 1

Dette er tredje rapport i serien som skal dokumentere og analysere utviklingen i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene. Rapporten inneholder en deskriptiv presentasjon av tallene (2007-2009) gruppert etter fylke, kommunestørrelse, KOSTRA-gruppe, helseregion og helseforetaksområde. I tillegg analyseres kommunal variasjon i årsverksinnsats gjennom tverrsnitts- og paneldatanalyser. Hovedfunn i rapporten:

- Årsverksinnsatsen i det kommunale psykiske helsearbeidet har endret seg lite i perioden 2007-2009. Overgangen fra øremerket til rammebasert finansiering i 2009 har dermed foreløpig ikke medført store endringer, men vi ser tendenser til nedgang i årsverksinnsats i tjenester og tiltak til barn og unge.
- I 2009 var det 12 136 årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene – fordelt på 2 744 årsverk (23 %) i tjenester for barn og unge, og 9 392 årsverk i tjenester for voksne. Dette utgjør en marginal nedgang fra 2008 på 0,2 prosent.
- Høy andel eldre i kommunen bidrar til gjennomsnittlig høyere innsats i det psykiske helsearbeidet.
- Andel uføre og andel enslige forsørgere i kommunen ser ut til å være signifikante markører når det gjelder behovet for tjenester i psykisk helsearbeid.
- Kommuner med høy andel arbeidsledige i alderen 25-67 år har i gjennomsnitt et høyere antall årsverk i tjenester til barn og unge.
- Rike kommuner har i gjennomsnitt flere årsverk i psykisk helsearbeid enn fattige kommuner, men forskjellen har ikke blitt større etter omleggingen fra øremerket til rammebasert finansiering i 2009.
- I 2009 ble det rapportert 205 psykologårsverk på landsbasis – hovedsakelig i de største kommunene. I psykisk helsearbeid for voksne er det 401 kommuner som ikke har ansatt psykolog i 2009. I psykisk helsearbeid for barn og unge er det 319 kommuner som ikke rapporterer å ha ansatt psykolog.

ISBN: 978-82-14-05030-1

