

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/09

ISBN 978-82-14-04803-2
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

9 Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007

Silje L. Kaspersen, Solveig Osborg Ose og Jorid Kalseth

9.1 Sammendrag

Inspirert av Samhandlingsreformen presenter SAMDATA for første gang en sammenstilling av personellinnsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunen og det statlige psykiske helsevernet. Tallene gjelder for 2007 (2008-tall for kommunene er foreløpig ikke tilgjengelig), og presenteres på nasjonalt nivå, helseregionnivå og per helseforetaksområde. I 2007 var det 12 029 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunene og 20 382 årsverk i det psykiske helsevernet – totalt 32 411 årsverk som arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det var en høyere andel årsverk i tjenester til barn og unge i det psykiske helsearbeidet i kommunen (25 prosent) enn i det psykiske helsevernet (18 prosent).

Årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet

Målt som årsverk per 1 000 innbyggere var det 2,5 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 4,3 årsverk i det psykiske helsevernet i 2007. Helseregion Nord har flest årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet, og ligger sammen med kommunene i helseregion Sør-Øst også høyt når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge. Grupperer vi tallene etter helseforetaksområde, finner vi kommunene i Telemark HF-område på topp med gjennomsnittlig 4,5 årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet, mens kommunene i Buskerud HF-område skårer lavest med 1,7 årsverk per 1 000 innbyggere. I det psykiske helsevernet er det Finnmark HF-område som ligger på topp med hele 6,4 årsverk per 1 000 innbyggere, mens Sunnmøre HF-område ligger lavest med 3,0 årsverk per 1 000 innbyggere. Vi finner en viss tendens til at helseforetaksområder som har mange kommuner med få innbyggere (<5 000) har flere årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet (se figur 9.5) sammenliknet med landsgjennomsnittet. Vi finner ingen signifikante sammenhenger mellom årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet og årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet. Det er derimot en svak signifikant positiv sammenheng mellom årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for barn og unge og årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for voksne.

Behovet for helsetjenester til psykisk syke og årsverksinnsats

Vi har sammenstilt Magnussen-utvalgets (NOU 2008:2) behovsberegninger for helsetjenester til psykisk syke med årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet – på helseforetaksområdenivå (se avsnitt 9.6). Dette for å se om det er tendens til at årsverksinnsatsen i kommune- og/eller spesialisthelsetjeneste varierer

systematisk med behovet for denne type helsetjenester. Regresjonsanalyser på kommunenivå i Ose et al. (2009), har allerede vist signifikant sammenheng mellom etterspørsel etter tjenestene og årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene – målt med lignende variabler som de som inngår i Magnussen-utvalgets behovsindekser.

Det er en høy ($r=0,64$) og signifikant sammenheng mellom årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene og Magnussen-utvalgets behovsindeks. Under gjennomsnittlig behov for slike helsetjenester synes å gi under gjennomsnittlig årsverksinnsats per innbygger, mens over gjennomsnittlig behov gir økt årsverksinnsats per innbygger i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

Det er også en viss samvariasjon mellom behovsindeks og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet for barn og unge ($r=0,34$), men sammenhengen er ikke signifikant. Det er derimot ingen sammenheng mellom behovsindeksene og årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet for voksne ($r=0,16$) eller det psykiske helsevernet for voksne ($r=0,07$). Én av forklaringene på at det psykiske helsearbeidet (for barn og unge) later til å være mer sensitivt for behovet for tjenester enn det psykiske helsevernet, kan være at psykisk helsearbeid er et relativt nytt område – bygd opp gjennom Opptappingsplanen og basert på behovskartlegginger for slike tjenester gjort i kommunene ved Opptappingsplanens start.

Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier

I kapittel 9.7 presenterer vi årsverkene i det psykiske helsearbeidet i kommunene fordelt på ulike tiltakskategorier – både som andel av totale årsverk i psykisk helsearbeid og som årsverk per 1 000 innbyggere i de ulike helseforetaksområdene. I tjenester for barn og unge går 54 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 35 prosent til helsestasjoner og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak. I tjenester for voksne går 42 prosent av årsverkene på landsbasis til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, 40 prosent til oppfølging i bolig, 9 prosent går til aktivitets- og/eller dagsenter, 6 prosent går til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, mens de resterende 2 prosent går til andre aktiviteter. Ser vi på andelene per helseforetaksområde er variasjonene store – tabell 9.10 gir en oversikt over variasjonen på HF-områdenivå.

Det er 2,7 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i psykisk helsearbeid for barn og unge. Det tilsvarende tallet i tjenester for voksne er 2,5 årsverk. I gjennomsnitt finner vi flest årsverk per innbygger i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid for barn og unge (1,5 per 1 000 innbyggere 0-17 år), mens tilsvarende tall for voksne er 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.

Personell med universitets- og høyskoleutdanning

Våre tall for 2007 viser at 80 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge besto av universitets- eller høyskoleutdannet personell. I psykisk helsearbeid for voksne er andelen 54 prosent. I det psykiske helsevernet er andelen fagårsverk 78 prosent i psykisk helsevern for barn og unge, og 61 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det er altså rekruttert en høyere andel høyt utdannet personell i tjenester for barn og unge i både primær- og spesialisthelsetjenesten. På helseforetaksområdenivå er imidlertid variasjonen mellom HF-områdene større i tjenester for barn og unge, sammenliknet med tjenester for voksne. Andel årsverk med universitets- og/eller høyskoleutdanning i begge tjenesteområdene er vist i tabell 9.13, mens antall årsverk fordelt på utdanningskategori per 10 000 innbyggere er vist i tabell 9.14 og tabell 9.15.

Organisering av personell i det psykiske helsearbeidet

Til slutt i dette kapitlet ser vi på hvordan kommunene i de ulike HF-områdene har organisert sitt psykiske helsearbeid – har de valgt å ha egne enheter, egne spesialiserte

tjenester – eller har de valgt å integrere psykisk helsearbeid i øvrige tjenester? Kommunene har rapportert separat for tjenester til barn og unge og tjenester til voksne. Det er gjort grundige analyser på kommunenivå av dette datagrunnlaget i Ose et al. (2009) – som viser at valg av modell for organisering av det psykiske helsearbeidet faller sammen med kjennetegn ved befolkningen i kommunen. Behovet for kommunale boliger og omsorgsboliger varierer også systematisk med valgt organiseringsmodell (ibid.).

På landsbasis finner vi at 43 prosent av kommunene har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge etter en integrert modell, der psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer/lidelser benytter. I det psykiske helsearbeidet for voksne har imidlertid 44 prosent av kommunene valgt å etablere en egen tjeneste – med personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Variasjonen på HF-områdenivå er stor, og finnes presentert i tabell 9.17 og 9.18.

Grunnlagsdata for tabeller og figurer som presenteres i dette kapitlet er gitt i et vedlegg bakerst i kapitlet.

9.2 Innledning

I juni 2009 la Regjeringen Stoltenberg II fram Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), der tre hovedutfordringer i dagens helsetjenester er identifisert:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Som del av løsningsstrategien for disse utfordringene skisserer Samhandlingsreformen bl.a. en ny framtidig kommunerolle, der det vil vurderes om oppgaver som per i dag ikke løses i tilstrekkelig grad, eller som dels løses i spesialisthelsetjenesten, kan gi bedre pasientrelaterte og samfunnsmessige løsninger hvis de løses i kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 26). Det vil videre legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak, og den forventede veksten i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av økning i de frie inntektene i kommunene. Samhandling er i reformen definert som følger:

“Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.”

(St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13)

For å samhandle godt - og evne å fordele oppgaver og ressurser på en rasjonell måte både innad i, og mellom, kommune- og spesialisthelsetjenestene, er det viktig at de ulike tjenestene kjenner hverandres virksomhet. Anvendbare og sammenliknbare styringsdata på alle nivå i helsetjenesten er et verktøy som vil være avgjørende i så måte. I Samhandlingsreformen nevnes mangelen på gode styringsdata spesielt i forbindelse med fastlegene, mens det generelt planlegges tett oppfølging på økonomi og kvalitet i de nye kommunale helsetjenestene:

“Kommunal medfinansiering forutsetter at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at de har et grunnlag for å vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.”

(St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 94)

I 2008 utførte SINTEF en kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom helseforetak og kommuner (Kalseth og Paulsen, 2008). Det er slik at alle helse-

foretak med eget opptaksområde har samarbeidsavtaler som dekker både somatisk helse-tjeneste og psykisk helsevern (rusfeltet er i mindre grad dekket av avtalene). Et av hovedfunnene i rapporten er at over halvparten (56 prosent) av kommunene som svarte på undersøkelsen mener det er behov for et mer formalisert samarbeid. Representantene for helseforetakene er mer enige i at det er tett dialog mellom helseforetak og kommuner, og at det er kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeid, enn det kommunene er. Om-trent en tredjedel av kommunene er delvis eller helt uenig i dette. Tilsvarende var 54 prosent av kommunene delvis eller helt uenig i utsagnet om at "kommunen blir betraktet som en likeverdig partner med helseforetaket i det strategiske arbeidet" (ibid.). Det later med andre ord til at samarbeidet mellom instansene oppfattes forskjellig i spesialist- og kommunehelsetjeneste.

SINTEF har gjennom SAMDATA en lang tradisjon med å publisere styringsdata for spesialisthelsetjenesten, og har i de senere årene også publisert en rekke rapporter på området psykisk helsearbeid i kommunene²⁹. Vi har dessuten gjennomført og analysert pasienttelling i det psykiske helsevernet både i poliklinikk og døgninstitusjoner med jevne mellomrom siden 1979 – senest i 2007/2008 (Lilleeng et al. 2009).

De konkrete og kvantitative målene i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, har gjort at utviklingen i det psykiske helsearbeidet i kommunene har vært spesielt godt fulgt opp av helsemyndighetene de 10 siste årene. Høsten 2008 gjorde SINTEF kvalitetskontroll og analyser av den første obligatoriske rapporteringen på total årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet i samtlige norske kommuner (Ose et al. 2009). I årets sektor-rapport for det psykiske helsevernet har vi koblet sammen data fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og har for første gang anledning til å presentere en sammenstilling av personellinnsatsen i arbeidet med psykisk helse for begge tjenesteområdene for 2007. Hensikten med sammenstillingen er å gi informasjon om den samlede ressursinnsatsen i det enkelte helseforetak, i helseregionene og på nasjonalt nivå.

I tillegg til å presentere totalt antall årsverk i begge tjenester gruppert etter helsefore-taksområde og helseregion, presenteres tall per innbygger i henholdsvis barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år) og voksenbefolkningen (18 år og eldre). Med referanse til behovsanalyser for helseregionene utført av inntektsutvalget (NOU 2008:2), ser vi videre på variasjon i behov mellom helseforetaksområder. Vi tar også for oss hvordan årsverkene er fordelt på ulike tiltak og utdanningskategorier. Til slutt i kapitlet tar vi også for oss ulike modeller for organisering av personell i det psykiske helsearbeidet.

Det hadde vært interessant å sammenlikne personelldekningen per pasient i spesialist-helsetjenesten med personelldekningen per bruker i psykisk helsearbeid, men det finnes ikke gode data på antall brukere som mottar tjenester fra psykisk helsearbeid i kommunene. Det ville dessuten måtte gjøres en rekke forutsetninger/antakelser ved sammenlikning av pasienter i spesialisthelsetjenesten med brukere i kommunehelse-tjenesten.

9.2.1 Forkortelser

I tabeller, og der det for øvrig synes hensiktsmessig, vil vi benytte følgende forkortelser i dette kapitlet:

- Det psykiske helsevernet forkortes PHV
- Det psykiske helsevernet for barn og unge forkortes PHV-BU
- Det psykiske helsevernet for voksne forkortes PHV-V

- Det psykiske helsearbeidet i kommunen forkortes PHA
- Det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge forkortes PHA-BU
- Det psykiske helsearbeidet i kommunen for voksne forkortes PHA-V

²⁹ For en oversikt over relevante rapporter omhandlende psykisk helse og kommunehelsetjenesten, se <http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Kommunehelsetjenesten/>

9.3 Om data

I dette kapitlet presenteres en oversikt over årsverk i det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet i kommunen for 2007. De endelige tallene for psykisk helsearbeid i kommunene i 2008 er først tilgjengelige samtidig som denne rapporten overleveres oppdrags giver, og kommer dermed for sent til å inngå her. Foreløpige tall fra kommunenes rapportering tyder imidlertid ikke på store endringer fra 2007 til 2008. Grunnlagsmaterialet er tilrettelagt ved at kommunedata er aggregert til helseforetaks- og helseregionnivå.

Der materialet tillater det, presenteres separate tall for hhv. det psykiske helsevernet/helsearbeidet for barn og unge og det psykiske helsevernet/helsearbeidet for voksne. Både i det psykiske helsevernet og i det psykiske helsearbeidet i kommunen er personellinnsatsen en dominerende innsatsfaktor, og personell blir dermed en viktig indikator for ressursinnsats og ressursfordeling. Der vi benytter helseforetaksområde eller region som aggregeringsnivå for personelltall i kommunene, må dette *ikke* forstås som at helseforetaksområdene eller de regionale helseforetakene er ansvarlige for kommunenes personell. Når vi presenterer primær- og spesialisthelsetjeneste i samme tabell har dette kun praktiske årsaker på dette tidspunktet.

Det gjøres oppmerksom på at Sykehuset Innlandet og Sandnes DPS ikke leverte komplette personelldata for det psykiske helsevernet for voksne for 2007. Her er personelltall for 2006 derfor benyttet som estimat for antall årsverk i 2007. For informasjon vedrørende kvalitetskontroll og datakvalitet av årsverksdata i det psykiske helsearbeidet vises det til Vedlegg 1 i Ose et al. (2009)³⁰.

I avsnitt 9.4 presenteres tall for personell i begge tjenesteområder per helseregion i 2007. Avsnitt 9.5 tar for seg personelltall i begge tjenesteområder per helseforetaksområde, mens avsnitt 9.6 framstiller variasjon i behov per helseforetaksområde. Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier presenteres i avsnitt 9.7. Personell fordelt på ulike utdanningskategorier presenteres i avsnitt 9.8, mens avsnitt 9.9 tar for seg ulike former for organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunen.

9.3.1 Datagrunnlag og definisjoner

Det psykiske helsevernet

Tallmaterialet for det psykiske helsevernet er basert på personellopplysninger om alle institusjoner innen det psykiske helsevernet. Statistisk sentralbyrå (SSB) står ansvarlig for innhenting og kontroll av data. SINTEF har i samarbeid med SSB i tillegg gjennomført en kvalitetskontroll av data i forbindelse med tilrettelegging av data for bruk i SAMDATA-prosjektet.

Personellinnsatsen beskrives med betegnelsen "årsverk". I datamaterialet er det "antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember" som er registrert. Elever, hospitanter, praktikanter og medisinske studenter er ikke medregnet. En skal inkludere alle andre ansatte, som er lønnet av institusjonen, uavhengig om de lønnes over ordinært budsjett eller over konto for ekstrahjelp. Personellsituasjonen ved utgangen av året brukes med andre ord som en indikator for antall årsverk som faktisk er utført. Tilfeldige svingninger i løpet av året og bruk av overtid blir dermed ikke fanget opp av de registrerte data.

Det bør også nevnes at tallene i noen grad vil kunne påvirkes av organisasjonsform, eksempelvis om det psykiske helsevernet er integrert i et somatisk sykehus eller ikke. I førstnevnte tilfelle vil fordelingen av fellespersonell i noen grad måtte skje ut fra skjøn. I

³⁰ Rapporten kan lastes ned på følgende nettsadresse:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Kommunehelsetjenesten/Kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2007/>

dette kapitlet er *ikke* opplysninger om privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer som har driftsavtale med helseforetakene med i beregningsgrunnlaget. Omfanget av dette er gitt i rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007, tabell 6.11 og 6.12.

Det psykiske helsearbeidet i kommunen

Datagrunnlaget for personellinnsats (årsverk) i det psykiske helsearbeidet i kommunene er samlet inn av Helsedirektoratet i samarbeid med rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen. SINTEF har i samarbeid med disse instansene gjennomført kvalitetskontroll av innkomne data. Utdypende analyser av data, samt omtale av datakontroll og datakvalitet er nærmere omtalt i Ose et al. (2009).

Rundskriv IS-24/2007 inneholder to skjema for rapportering om kommunenes psykiske helsearbeid for 2007. Det vises til dette rundskrivet for informasjon om hvilke variabler det rapporteres på³¹.

- Rapporteringsskjema 1: Skjemaet er knyttet til kommunenes bruk av øremerkede midler over Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Kommunene har rapportert om bruk av øremerkede midler i hele opptappingsperioden³².
- Rapporteringsskjema 2: Skjemaet var nytt i 2008 (gjelder 2007-tall) og omfatter alle kommunale tiltak (årsverk fordelt på ulike typer tiltak) innen psykisk helsearbeid – både tiltak finansiert av statlige tilskudd og tiltak finansiert med kommunale midler.

Personellinnsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunen telles annerledes enn i det psykiske helsevernet. Årsverkene skal være basert på en representativ uke mot slutten av året og hvor den ukentlige arbeidstiden er omregnet til heltid. Ansatte med fødselspermisjon skal ikke telles med. Ansatte med kortere fravær enn 4 måneder skal regnes med, eventuelle vikarer for disse skal ikke medregnes. Overtid telles ikke med.

Det ble stilt som vilkår for utbetaling av statlig øremerkede tilskudd gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 at rapporteringen på både Rapporteringsskjema 1 og Rapporteringsskjema 2 skulle være mottatt og funnet tilfredsstillende av Fylkesmannen. I dette kapitlet benytter vi utelukkende informasjon om total innsats i det psykiske helsearbeidet i kommunene fra Rapporteringsskjema 2.

Befolkningsgrunnlag og antall kommuner per helseregion/helseforetaksområde

Tabell 9.19 og 9.20 i vedlegget til kapitlet gir en oversikt over antall kommuner som faller inn under hver helseregion og hvert helseforetaksområde. Det vises for øvrig til vedlegg PV1 i "Definisjoner og datagrunnlag til Nøkkeltallsrapport" for 2007, som kan lastes ned på www.samdata.no³³ for oversikt over befolkning og kommuner som hører inn under det enkelte helseforetaksområde.

9.4 Personell i helseregionene

I det følgende presenteres personelltall for det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet aggregert på helseregionnivå for 2007. Fremstillingen er fordelt på

³¹ IS-24/2007 kan lastes ned på denne adressen: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/opptappingsplanen_for_psykisk_helse_1999_2008_rapportering_for_2007_81762

³² Kommunenes bruk av statlig øremerkede midler i forbindelse med Opptappingsplanen er senest dokumentert i Kaspersen et al. (2008).

³³ Nærmere bestemt <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/SAMDATA-2007/Nokkeltall-2007/>

årsverk som går til henholdsvis barn og unge, voksne og totalt. For en dypere analyse av årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet generelt, vises det til kapittel 6 i Ose et al. (2009). Her går det blant annet fram at de kommunene som bruker flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter kommunale tjenester i psykisk helsearbeid. Den viktigste etterspørselsfaktoren for disse tjenestene er andel uføre med psykiatrisk diagnose i kommunen. Funnene bekreftes i Bjørkeng (2009), som har sett spesielt på kommunenes prioritering av psykisk helsearbeid for barn og unge.

I 2007 var det 12 029 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 20 382 årsverk i det psykiske helsevernet – til sammen 32 411 årsverk (se tabell 9.1). Av disse var 25 769 (80 prosent) knyttet til tjenester for voksne og 6 643 knyttet til tjenester for barn og unge. Det var en høyere andel årsverk i tjenester til barn og unge i det psykiske helsearbeidet i kommunen (25 prosent) enn i det psykiske helsevernet (18 prosent).

Kommunene i helseregion Sør-Øst har den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge (26 prosent) i det psykiske helsearbeidet i kommunen, mens kommunene i helseregion Vest ligger lengst under landsgjennomsnittet med 21 prosent av årsverkene til barn og unge (se tabell 9.2). I det psykiske helsevernet er det helseregion Nord som har flest årsverk i tjenester for barn og unge med 20 prosent, mens helseregion Vest også her har den laveste andelen av helseregionene med 17 prosent. Disse resultatene analyseres nærmere senere i kapitlet, og diskuteres kort opp mot arbeidet gjort i Lilleeng et al. (2009) under:

I Lilleeng et al. (2009) grupperte man pasienter som mottok poliklinisk behandling i psykisk helsevern etter bostedsregion, og fant at helseregion Vest har en større andel av pasientene med alvorlige psykiske lidelser (25 prosent) sammenliknet med de andre regionene, men likevel lavest antall pasienter i psykisk helsevern per innbygger. Den høye andelen pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan være med å forklare hvorfor tjenester for voksne prioriteres i helseregion Vest. Videre har man benyttet behovsindekser beregnet i inntektsfordelingsutvalget (NOU 2008:2)³⁴, og funnet at regionene Vest og Midt-Norge har et behov som ligger fem prosent under landsgjennomsnittet.

Målt som årsverk per 1 000 innbyggere var det i 2007 2,5 årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og 4,3 årsverk i det psykiske helsevernet, landet sett under ett (se tabell 9.3). Kommunene i helseregion Sør-Øst og Nord ligger relativt høyt i årsverk for barn og unge per innbygger – både i det psykiske helsearbeidet i kommunen og i det psykiske helsevernet. I det psykiske helsearbeidet for voksne er det kommunene i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord som ligger høyest med hhv. 2,9 og 2,7 årsverk per 1 000 innbyggere, mens i det psykiske helsevernet for voksne er det særlig helseregion Nord som utmerker seg med flest årsverk per innbygger – fulgt av helseregion Sør-Øst. Tallene er illustrert grafisk i figur 9.1.

Tabell 9.1 Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseregion. 2007

Helseregion	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Sør-Øst	1 747	4 912	6 659	2 095	9 517	11 612
Vest	464	1 772	2 236	663	3 302	3 965
Midt-Norge	440	1 444	1 884	457	2 033	2 490
Nord	310	941	1 251	468	1 847	2 315
Landet	2 961	9 069	12 029	3 682	16 700	20 382

Datakilde: SSB og SINTEF

³⁴ Behovsanalysene som ligger bak fordelingsnøklerne presentert i NOU 2008:2 er beregnet ut fra merforbruk eller økt prevalens for risikogrupper som ugifte, uføre, sosialhjelpsmottakere og utdanningsnivå. I analysene av psykisk helsearbeid er det i tillegg inkludert andel av kontakter hos fastlegen som skyldes psykiske lidelser og problemer som en indikator for etterspørselen eller behovet for kommunale tjenester.

Tabell 9.2 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge, og voksne. Prosent. Helseregion. 2007

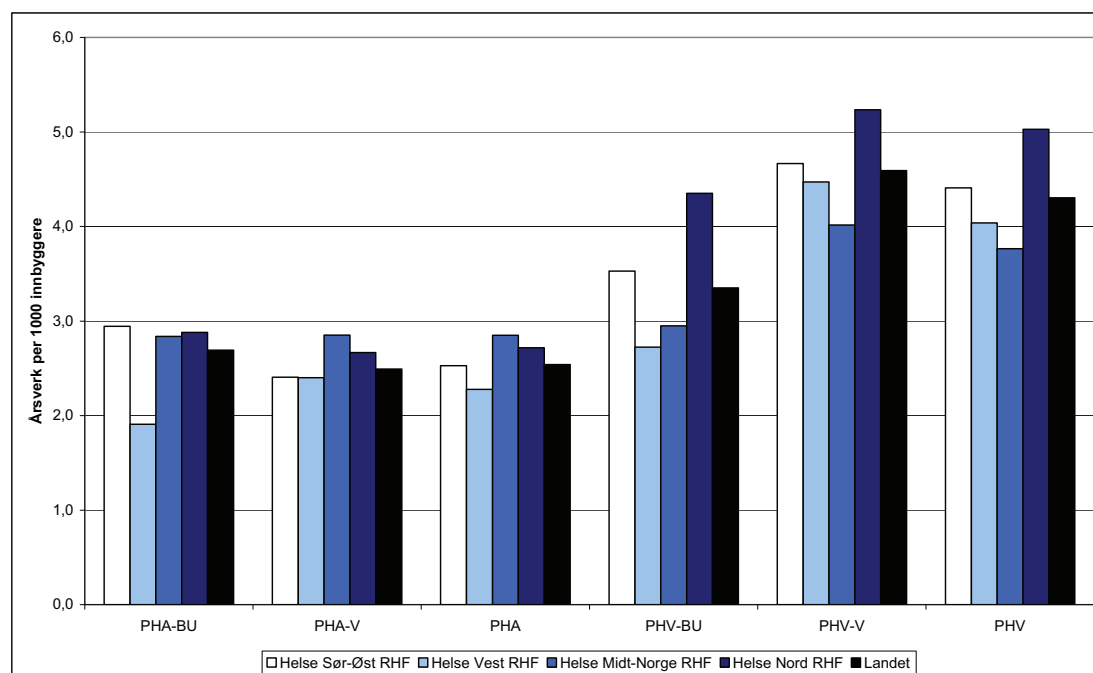
Helseregion	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Sør-Øst	26	74	100	18	82	100
Vest	21	79	100	17	83	100
Midt-Norge	23	77	100	18	82	100
Nord	25	75	100	20	80	100
Landet	25	75	100	18	82	100

Datakilde: SSB og SINTEF

Tabell 9.3 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseregion. 2007

Helseregion	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Sør-Øst	2,9	2,4	2,5	3,5	4,6	4,4
Vest	1,9	2,4	2,3	2,7	4,5	4,1
Midt-Norge	2,8	2,9	2,8	3,0	4,0	3,8
Nord	2,9	2,7	2,7	4,3	5,4	5,1
Landet	2,7	2,5	2,5	3,3	4,6	4,3

Datakilde: SSB og SINTEF



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.1 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år, 18 år og eldre og totalt. Helseregion. 2007

9.5 Personell i helseforetaksområdene

I tabell 9.4 er personelltallene for 2007 framstilt som antall årsverk per helseforetaksområde. I det psykiske helsevernet er årsverk tilknyttet private helseinstitusjoner med driftsavtale inkludert under de respektive helseregionene (omtalt som "Direkte under Helse Sør-Øst" osv.).

Tabell 9.4 Antall årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) fordelt på barn og unge, voksne og totalt. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

Helseforetak og kommuner i HF-området	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Østfold HF-område	184	454	638	247	696	942
Akershus HF-område	115	292	408	224	729	953
Asker og Bærum HF-område	52	318	370	117	520	637
Oslo og Follo HF-område	449	1 191	1 640	486	2 285	2 772
Innlandet HF-område	262	843	1 106	215	1 388	1 603
Buskerud HF-område	68	156	224	136	531	667
Ringerike HF-område	50	93	143	24	106	131
Blefjell HF-område	89	234	323	39	185	224
Vestfold HF-område	197	350	547	179	623	803
Telemark HF-område	125	427	552	75	406	481
Sørlandet HF-område	156	553	708	190	838	1 027
Direkte under Helse Sør-Øst	0	0	0	163	1 210	1 373
Stavanger HF-område	154	520	673	231	889	1 120
Fonna HF-område	91	313	404	98	578	677
Bergen HF-område	162	628	790	224	1 059	1 284
Førde HF-område	58	311	370	88	353	441
Direkte under Helse Vest	0	0	0	22	422	443
Sunnmøre HF-område	86	276	362	76	263	339
Nordmøre og Romsdal HF-område	88	294	382	67	433	499
St. Olavs Hospital HF-område	172	590	761	217	926	1 143
Nord-Trøndelag HF-område	94	284	378	97	412	509
Helgeland HF-område	38	131	168	68	116	184
Nordland HF-område	112	247	359	171	613	784
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	103	396	499	151	841	992
Finnmark HF-område	57	168	225	78	205	283
Direkte under Helse Nord	0	0	0	0	72	72
Landet	2 961	9 069	12 029	3 682	16 700	20 382

Datakilde: SSB og SINTEF

Tabell 9.5 viser andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen og i det psykiske helsevernet som går til henholdsvis barn og unge og voksne.

Tabell 9.5 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) som går til henholdsvis barn og unge og voksne. Prosent. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

Helseforetak og kommuner i HF-området	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Østfold HF-område	29	71	100	26	74	100
Akershus HF-område	28	72	100	24	76	100
Asker og Bærum HF-område	14	86	100	18	82	100
Oslo og Follo HF-område	27	73	100	18	82	100
Innlandet HF-område	24	76	100	13	87	100
Buskerud HF-område	30	70	100	20	80	100
Ringerike HF-område	35	65	100	19	81	100
Blefjell HF-område	28	72	100	17	83	100
Vestfold HF-område	36	64	100	22	78	100
Telemark HF-område	23	77	100	16	84	100
Sørlandet HF-område	22	78	100	18	82	100
Direkte under Helse Sør-Øst	.	.	.	12	88	100
Stavanger HF-område	23	77	100	21	79	100
Fonna HF-område	22	78	100	15	85	100
Bergen HF-område	20	80	100	17	83	100
Førde HF-område	16	84	100	20	80	100
Direkte under Helse Vest	.	.	.	5	95	100
Sunnmøre HF-område	24	76	100	22	78	100
Nordmøre og Romsdal HF-område	23	77	100	13	87	100
St. Olavs Hospital HF-område	23	77	100	19	81	100
Nord-Trøndelag HF-område	25	75	100	19	81	100
Helgeland HF-område	22	78	100	37	63	100
Nordland HF-område	31	69	100	22	78	100
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	21	79	100	15	85	100
Finnmark HF-område	25	75	100	28	72	100
Direkte under Helse Nord	100	100
Landet	25	75	100	18	82	100

Datakilde: SSB og SINTEF

På landsbasis går 25 prosent av årsverkene i det psykiske helsearbeidet i kommunen til tjenester for barn og unge, mens det tilsvarende tallet i det psykiske helsevernet er 18 prosent. Det later til å være en sammenheng der helseforetaksområder som andelsmessig ligger høyere enn landsgjennomsnittet i den ene sektoren (PHA-BU), også ligger høyere enn landsgjennomsnittet i den andre sektoren (PHV-BU). Dette er tilfelle i 14 av 23 helseforetaksområder, når vi regner med de som ligger akkurat på gjennomsnittet. En bivariat korrelasjonsanalyse gir Pearsons $r=0,64$ ($P<0,001$). Det mest illustrerende eksemplet på det motsatte finner vi i Helgeland helseforetaksområde. Her er andelen årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge tre prosentpoeng under landgjennomsnittet med 22 prosent, mens andelen årsverk i psykisk helsevern for barn og unge ligger 19 prosentpoeng over landsgjennomsnittet med 37 prosent.

9.5.1 Antall årsverk per innbygger i helseforetaksområdene

Tabell 9.6 viser antall årsverk per 1 000 innbyggere i befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre i begge tjenesteområder. Merk at for det psykiske helsevernet er årsverkene fordelt til HF-område basert på pasientens bostedsområde. Tabellen er illustrert grafisk i figur 9.9-9.11 i vedlegg. I figurene vil man enkelt kunne se om det respektive helseforetaksområde har flest årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet eller det psykiske helsevernet.

Tabell 9.6 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i henholdsvis befolkningen 0-17 år og 18 år og eldre. Helseforetak og kommuner i helseforetakets opptaksområde. 2007

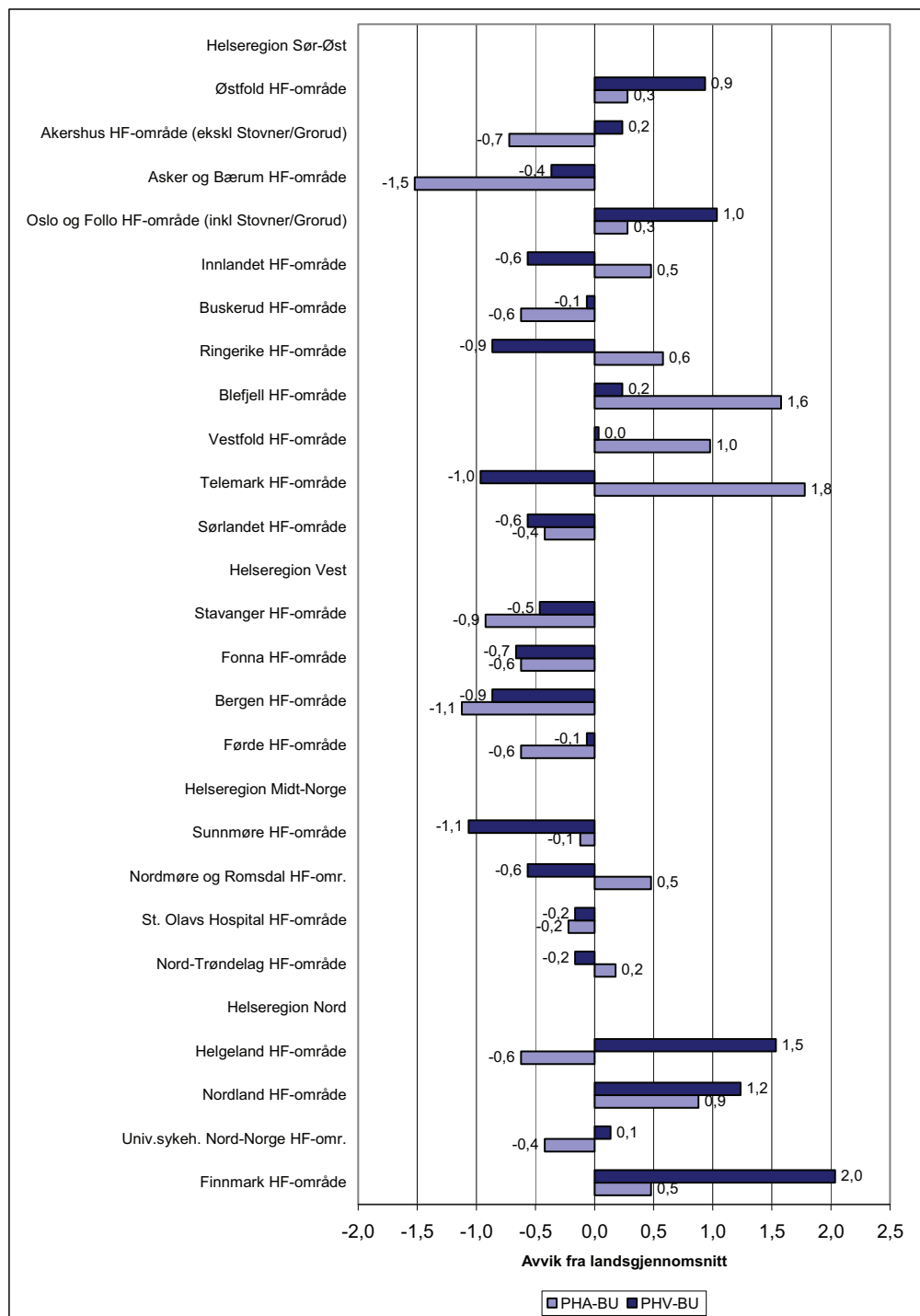
Helseforetaksområde	PHA-BU	PHA-V	PHA	PHV-BU	PHV-V	PHV
Østfold HF-område	3,1	2,2	2,4	4,3	3,6	3,7
Akershus HF-område (ekskl. Stovner/Grorud)	2,1	1,7	1,8	3,6	3,3	3,4
Asker og Bærum HF-område	1,3	2,7	2,3	3,0	4,5	4,1
Oslo og Follo HF-område (inkl. Stovner/Grorud)	3,1	2,2	2,4	4,4	6,2	5,9
Innlandet HF-område	3,3	2,9	3,0	2,8	4,8	4,4
Buskerud HF-område	2,2	1,5	1,7	3,3	4,0	3,9
Ringerike HF-område	3,4	1,7	2,1	2,5	3,4	3,2
Blefjell HF-område	4,4	3,2	3,4	3,6	4,1	4,0
Vestfold HF-område	3,8	2,0	2,4	3,4	3,7	3,6
Telemark HF-område	4,6	4,5	4,5	2,4	4,0	3,6
Sørlandet HF-område	2,4	2,7	2,6	2,8	4,2	3,9
Stavanger HF-område	1,9	2,2	2,1	2,9	4,6	4,1
Fonna HF-område	2,2	2,5	2,4	2,7	4,4	4,0
Bergen HF-område	1,7	2,1	2,0	2,5	4,5	4,0
Førde HF-område	2,2	3,9	3,5	3,3	4,5	4,2
Sunnmøre HF-område	2,7	2,8	2,8	2,3	3,2	3,0
Nordmøre og Romsdal HF-område	3,3	3,3	3,3	2,8	4,6	4,2
St. Olavs Hospital HF-område	2,6	2,7	2,7	3,2	4,3	4,1
Nord-Trøndelag HF-område	3,0	2,8	2,9	3,2	3,6	3,5
Helgeland HF-område	2,2	2,3	2,2	4,9	3,9	4,2
Nordland HF-område	3,7	2,5	2,8	4,6	5,4	5,2
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	2,4	2,8	2,7	3,5	5,4	5,0
Finnmark HF-område	3,3	3,0	3,1	5,4	6,7	6,4
Landet	2,7	2,5	2,5	3,3	4,6	4,3

Datakilde: SSB og SINTEF

I det psykiske helsearbeidet i kommunen har Buskerud og Akershus helseforetaksområder færrest årsverk per 1 000 innbyggere med henholdsvis 1,7 og 1,8, mens Førde og Telemark helseforetaksområder har flest årsverk per 1 000 innbyggere i denne sektoren (3,5 og 4,5 årsverk). I det psykiske helsevernet skiller Sunnmøre og Ringerike helseforetaksområde seg ut med færrest årsverk per 1 000 innbyggere (3,0 og 3,2 årsverk), mens Finnmark helseforetaksområde ligger godt over landsgjennomsnittet med hele 6,4 årsverk

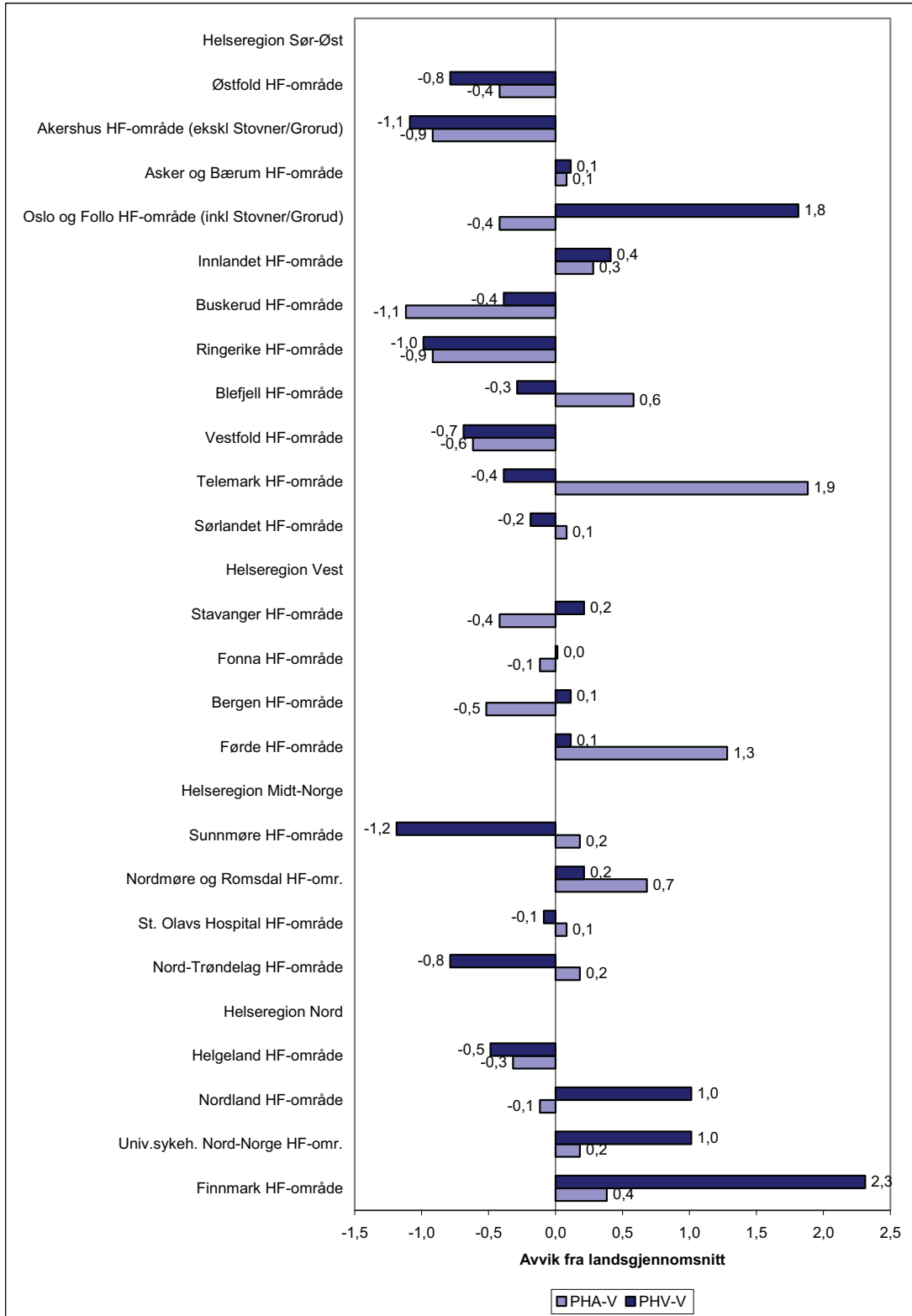
per 1 000 innbyggere i det psykiske helsevernet. En bivariat korrelasjonsanalyse viser at det ikke er signifikante sammenhenger mellom antall årsverk per innbygger i kommune- og spesialisthelsetjeneste, men at det er en svak sammenheng mellom antall årsverk per innbygger i det psykiske helsevernet for barn og unge og det psykiske helsevernet for voksne (Pearsons $r=0,48$, $P=0,02$).

I figur 9.2-9.4 illustreres resultatene i tabell 9.6 som avvik fra (uveid) landsgjennomsnitt.



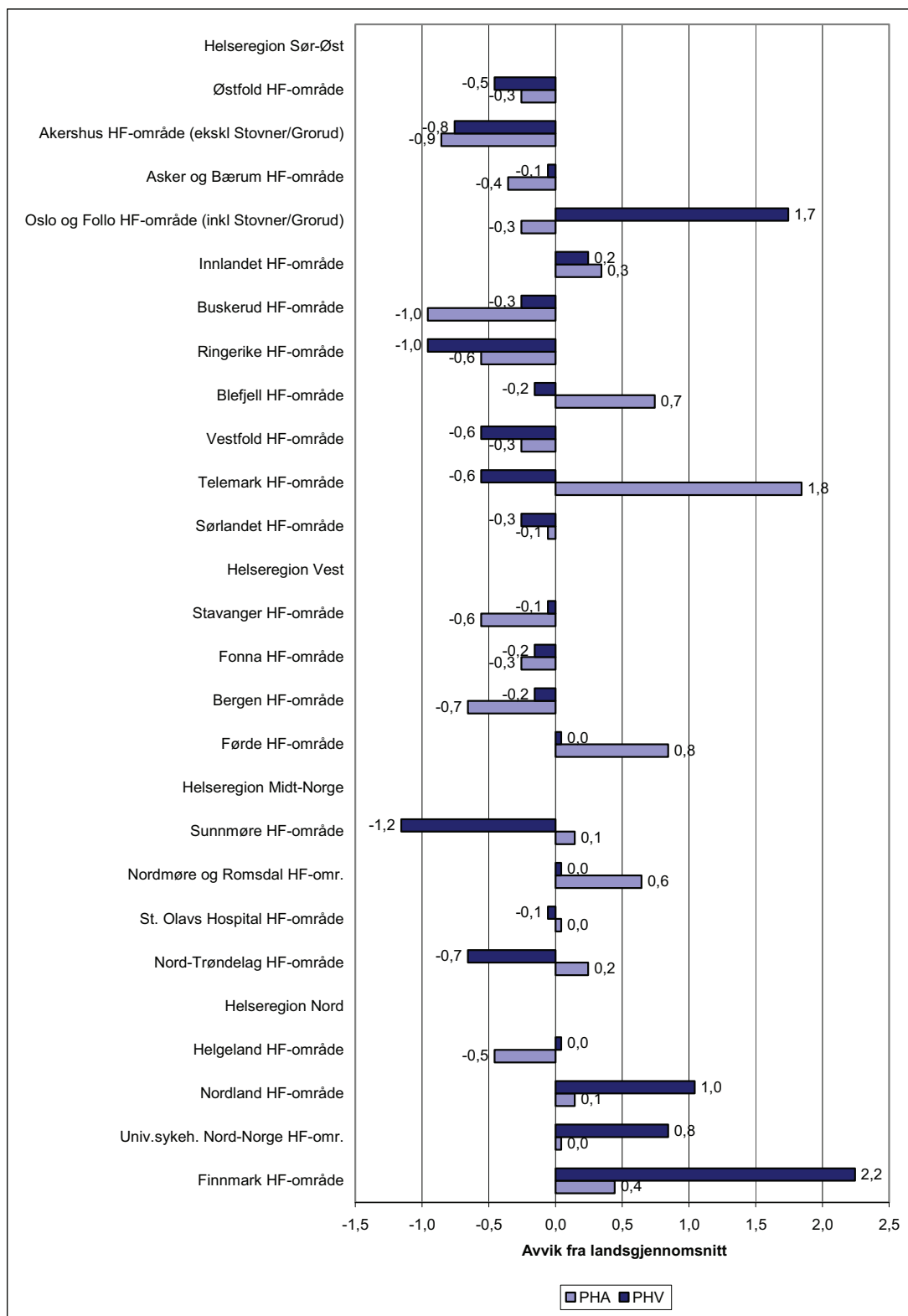
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.2 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområder. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.3 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunen for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområder. 2007



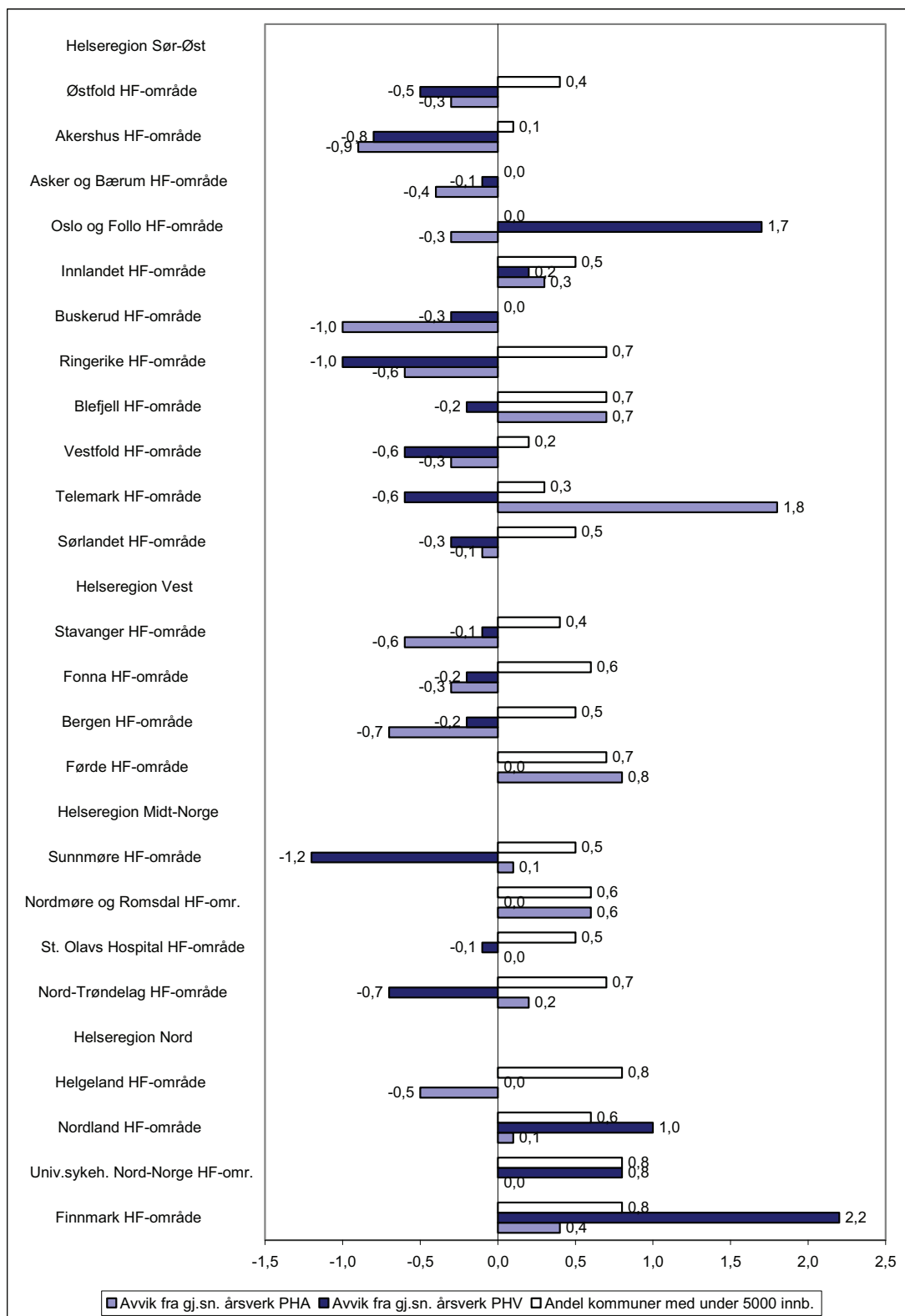
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.4 Avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområder. 2007

9.5.2 Årsverk per innbygger og kommunestørrelse

Over halvparten (55 prosent) av norske kommuner hadde i 2007 færre enn 5 000 innbyggere. I Ose et al. (2009) så vi en tendens til at de minst innbyggerrike kommunene i gjennomsnitt hadde flest årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet. Bjørkeng (2009) finner dessuten at små kommuner benytter en større andel av årsverkene i psykisk helsearbeid på tjenester til barn og unge. Kanskje skyldes dette få årsverk i psykisk helsearbeid generelt i de små kommunene – slik at prosentandelen som arbeider i tjenester for barn og unge blir høy for å tilfredsstille minimumskravet til tjenestene (ibid.).

I figur 9.5 under har vi lagt inn avvik fra gjennomsnittet (uveid) i årsverk per 1 000 innbyggere i PHA og PHV, og andel kommuner i helseforetaksområdet som har færre enn 5 000 innbyggere. I sju av helseforetaksområdene har 70 prosent eller mer av kommunene færre enn 5 000 innbyggere. Dette gjelder Ringerike, Blefjell, Førde, Nord-Trøndelag, Helgeland, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Finnmark. Ser vi nærmere på hvordan disse HF-områdene ligger an i antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsevernet, finner vi at tre av sju har negativt avvik, mens to (Førde og Helgeland) ligger på landsgjennomsnittet. Av de 16 HF-områdene som har fra 60 prosent eller færre av kommunene med mindre enn 5 000 innbyggere, har 12 av dem negative avvik fra landsgjennomsnittet i PHV. I fire av de sju HF-områdene med 70 prosent eller mer av kommunene med under 5 000 innbyggere, er det flere årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid i kommunen enn landsgjennomsnittet – UNN ligger akkurat på landsgjennomsnittet. Bare Ringerike og Helgeland HF-områder ligger under landsgjennomsnittet i PHA. For øvrig er det lite systematisk variasjon å spore – tre av de ni HF-områdene som ligger over gjennomsnittet i antall årsverk i det psykiske helsearbeidet, ligger samtidig under gjennomsnittet i antall årsverk i det psykiske helsevernet. 10 av 23 HF-områder ligger under landsgjennomsnittet i begge tjenesteområdene – de fleste av disse ligger i Helseregion Sør-Øst.



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.5 Avvik fra gjennomsnittet i årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Andel kommuner i helseforetaksområdet med under 5 000 innbyggere. Helseforetaksområder. 2007

9.6 Variasjon i behov mellom helseforetaksområder

I NOU 2008:2 gjorde Magnussen-utvalget beregninger av ressursbehovet i de regionale helseforetakene, og utarbeidet nye kostnadsnøkler for fordeling av statlige midler til somatikk, psykisk helsevern og rus. Utvalget har funnet det godt dokumentert at sosiale og økonomiske indikatorer har betydning for psykisk helsetilstand i befolkningen, og dermed forbruket av helsetjenester (ibid.). I dette kapitlet har vi tatt utgangspunkt i Magnussen-utvalgets behovsindekser for det psykiske helsevernet på kommunenivå – og aggregert tallene per helseforetaksområde. Deretter har vi undersøkt om det synes å være sammenheng mellom behov i HF-områdene og antall årsverk i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet for henholdsvis voksne og barn og unge. Oss bekjent er dette første gang behovsindeksene presenteres på helseforetaksområdenivå.

Som nevnt innledningsvis i kapitlet, må det tas forbehold om at årsverksrapporteringen innebærer skjønnsmessige vurderinger – både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ettersom 2007 var første rapporteringsår for totale årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene, kan man argumentere for at det er heftet særlig usikkerhet til hvordan kommunene har tolket retningslinjer for hva som skal telles med og ikke. Med tiden vil man ha en tidsserie tilgjengelig, og dermed ha noe mer kontroll med hva som er "normalt" nivå og endring i den enkelte kommune.

9.6.1 Kort om behovsindeksene utarbeidet i NOU 2008:2

Det vises til NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak" for en grundig redegjørelse av behovsnøkklens oppbygging. I det følgende gir vi en kort oppsummering av innholdet i behovsnøkkel for det psykiske helsevernet slik Magnussen-utvalget framstiller det.

Utvalget har gjennomført separate analyser av data for voksne og data for barn og unge. Analysene viser at alder, andel ugifte, andel uføretrygdde med psykiatrisk diagnose og andel med kun grunnskole (ikke utdanning ut over grunnskole) har betydning for forbruket av helsetjenester. Videre gir andel barn som bor med én forelder, barnevernstiltak og andel utføretrygdde økt behov for tjenester fra det psykiske helsevernet, og er derfor inkludert i behovsnøkkel. Data ga ikke mulighet til å undersøke eventuelt merforbruk av tjenester i innvandrerbefolkningen. Undersøkelser viser imidlertid at utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen - og utvalget fant grunnlag for å gi ikke-vestlige innvandrere en skjønnsmessig innvektning i behovsnøkkel for psykisk helsevern (vekt basert på antakelse om at forbruket blant ikke-vestlige innvandrere er dobbelt så høyt som for gjennomsnittet). Dette kriteriet, beregnet kun i det psykiske helsevernet for voksne, bidrar til å øke det relative behovet i Helse Sør-Øst.

Følgende to tabeller er hentet direkte fra NOU 2008: 2 på hhv. s. 77 og 78, og gir en oversikt over variablene som utgjør behovsindeksene og deres vekter i hhv. psykisk helsevern for barn og unge og voksne:

Tabell 9.7 Resultater for psykisk helsevern for barn og unge. Behovsnøkkel. NOU 2008:2

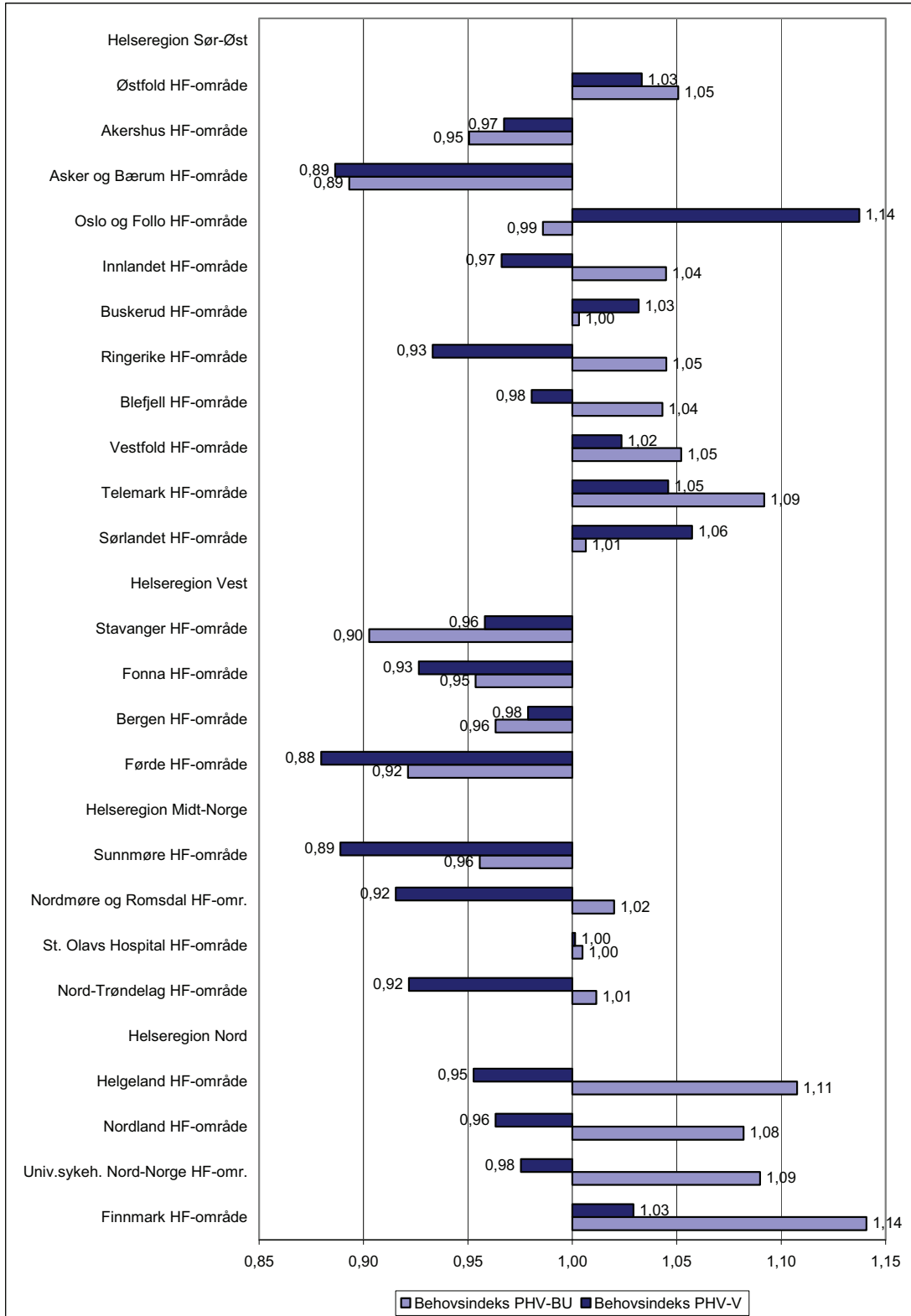
Variabel	Vekt	
0-5 år	0,006	
6-12 år	0,153	
13-17 år	0,278	Sum alderskriterier:
18-19 år	0,107	0,544
Barn som bor med én forelder	0,272	
Barnevernstiltak	0,123	Sum sosiale kriterier:
Uføretrygdde	0,061	0,456
Sum	1,000	

Tabell 9.8 Resultater for psykisk helsevern for voksne. Behovsnøkkel. NOU 2008:2

Variabel	Vekt	
13-17 år	0,005	
18-29 år	0,170	
30-39 år	0,151	
40-49 år	0,098	
50-59 år	0,060	
60-69 år	0,034	
70-79 år	0,048	Sum alderskriterier:
80 år +	0,033	0,599
Ugifte 40 år +	0,059	
Uføretrygdede med PH-diagnose 18-39 år	0,114	
Uføretrygdede med PH-diagnose 40-69 år	0,137	
Kun grunnskole 18-29 år	0,073	Sum sosiale kriterier
Kun grunnskole 30-59 år	0,018	0,401
Sum	1,000	

9.6.2 Behovsindekser per HF-område

I tabell 9.9 er beregnede behovsindekser for henholdsvis barn og unge og voksne med psykiske lidelser gitt per HF-område – sortert fra laveste til høyeste behov. Figur 9.6 gir de samme tallene, men per helseregion. Verdi > 1 betyr at kommunene i HF-området har en befolkning som antas å ha et større behov for tjenester relatert til psykisk helse i den aktuelle aldersgruppen enn gjennomsnittsbefolkningen på landsbasis. Verdi < 1 betyr lavere behov for slike tjenester.



Figur 9.6 Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområder. Landsgjennomsnitt = 1

Tabell 9.9 Behovsindekser for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Magnussen-utvalget. Helseforetaksområde. Landsgjennomsnitt = 1

Psykisk helsevern for barn og unge		Psykisk helsevern for voksne	
Asker og Bærum HF-område	0,893	Førde HF-område	0,880
Stavanger HF-område	0,903	Asker og Bærum HF-område	0,886
Førde HF-område	0,921	Sunnmøre HF-område	0,889
Akershus HF-område	0,951	Nordmøre og Romsdal HF-område	0,915
Fonna HF-område	0,954	Nord-Trøndelag HF-område	0,922
Sunnmøre HF-område	0,956	Fonna HF-område	0,926
Bergen HF-område	0,963	Ringerike HF-område	0,933
Oslo og Follo HF-område	0,986	Helgeland HF-område	0,953
Buskerud HF-område	1,003	Stavanger HF-område	0,958
St. Olavs Hospital HF-område	1,005	Nordland HF-område	0,963
Sørlandet HF-område	1,006	Innlandet HF-område	0,966
Nord-Trøndelag HF-område	1,011	Akershus HF-område (ekskl. Stovner/Grorud)	0,967
Nordmøre og Romsdal HF-område	1,020	Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	0,975
Blefjell HF-område	1,043	Bergen HF-område	0,979
Innlandet HF-område	1,045	Blefjell HF-område	0,980
Ringerike HF-område	1,045	St. Olavs Hospital HF-område	1,001
Østfold HF-område	1,051	Vestfold HF-område	1,024
Vestfold HF-område	1,052	Finnmark HF-område	1,029
Nordland HF-område	1,082	Buskerud HF-område	1,032
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	1,090	Østfold HF-område	1,033
Telemark HF-område	1,092	Telemark HF-område	1,046
Helgeland HF-område	1,108	Sørlandet HF-område	1,057
Finnmark HF-område	1,141	Oslo og Follo HF-område (inkl. Stovner/Grorud)	1,138

Kommunene i HF-områdene i Vest utmerker seg med å ha behovsindekser under landsgjennomsnittet både når det gjelder barn og unge og voksne, mens kommunene i HF-områdene i helseregion Nord har et over gjennomsnittlig behov for psykiske helsetjenester til barne- og ungdomsbefolkningen. I tilsvarende analyser gjort i somatisk spesialisthelsetjeneste for 2007 (Petersen, 2008) fant man det samme for disse to regionene når man så behov i sammenheng med forbruk av spesialisthelsetjenester. Oslo og Follo HF-område ligger klart høyest når det gjelder behov for psykiske helsetjenester i voksenbefolkningen. Her er det interessant å se at i analysene av behov og forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester (ibid.) ligger hovedstadsområdet under landsgjennomsnittet både i behov og forbruk. Kommunene i Førde, Asker og Bærum og Sunnmøre HF-områder skårer lavest på behovsindeksen for voksne. St. Olavs Hospital HF-område ligger omtrent på landsgjennomsnittet for begge aldersgrupper.

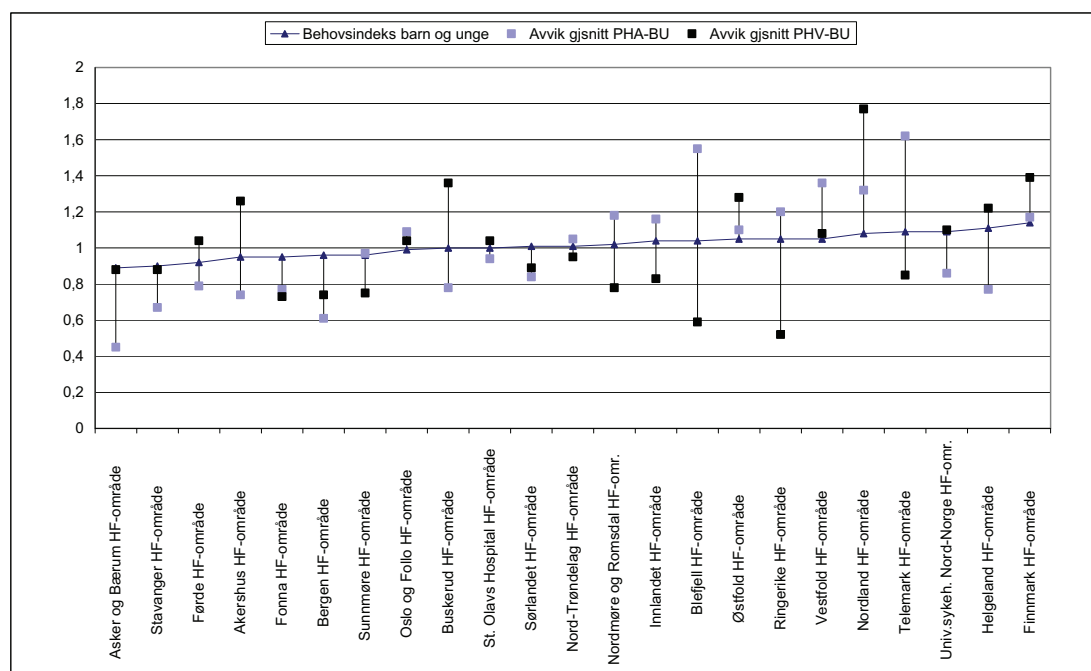
9.6.3 Behov for helsetjenester og årsverksinnsats

Ose et al. (2009) gjorde grundige analyser på kommunenivå av forklaringsfaktorer for variasjon i årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet. Flere av de samme forklaringsvariablene som inngår i Magnussen-utvalgets behovsnøkler, var også inkludert i regresjonsanalysene av kommunale tiltak i psykisk helsearbeid for 2007 (ibid.).

Analysene i Ose et al. (2009) viste at det i 2007 var en signifikant sammenheng mellom årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet og kommunestørrelse (små kommuner = høy årsverksinnsats). Videre hadde andel uføre med psykiatrisk diagnose og andel arbeidsledige en signifikant effekt på årsverksinnsatsen i tjenester for voksne; det var systematisk slik at kommuner med en høyere andel uføre med psykiske lidelser hadde høyere årsverksinnsats per innbygger i tjenester for voksne, enn kommuner med relativt færre uføre med psykiske lidelser. I tjenester for barn og unge var det slik at årsverksinnsatsen systematisk økte med andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige i kommunen. Kommunens inntekter varierte imidlertid ikke systematisk med årsverksinnsatsen for noen av aldersgruppene. Rapporten (ibid.) konkluderer blant annet med følgende: *Det er ikke først og fremst inntektene til kommunene som bestemmer årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid – det er i større grad etterspørselen fra befolkningen som påvirker variasjon i innsatsen.*

Når det gjelder årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet i kommunene er analysene i Ose et al. (2009) basert på det samme datagrunnlaget som vi har aggregert opp på HF-områdenivå i dette kapitlet. Det er derfor interessant å undersøke om vi kan spore tilsvarende tendenser når vi sammenlikner behovsindeksene fra Magnussen-utvalget med årsverksinnsats i det psykiske helsearbeidet og i det psykiske helsevernet – på HF-områdenivå. I SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007 (Petersen, 2008), kapittel 3, er det gjort analyser per HF-område av sammenfallet mellom behovsestimater (forventet forbruk av somatiske helsetjenester) og det faktiske forbruket av spesialisthelsetjenester. Funnene tyder på at de fleste HF-områdenes forbruksindikatorer i stor grad sammenfaller med deres forventede behov. I det følgende skal vi altså se om ressursinnsats i form av årsverk synes å variere med behov innenfor det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet.

Med HF-områdenivå som analyseenhet blir antall analyseenheter (N) såpass lav (N=23) at vi har valgt ikke å kjøre regresjonsanalyser på dette materialet. I det følgende har vi imidlertid sammenholdt behovsindeksene for hhv. barn og unge og voksne med relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere i begge tjenesteområder og for begge aldersgrupper. Avvik fra landsgjennomsnittet er beregnet for det enkelte HF-område som totale årsverk per 1 000 innbyggere (i PHA-BU/V og i PHV-BU/V) dividert med gjennomsnittlig (uveid) antall årsverk per 1 000 innbyggere på landsbasis. Gjennomsnittet av ratene for alle HF-områdene blir dermed lik 1. Resultatet er presentert i figur 9.7 og 9.8 under. Tallgrunnlaget i figurene er sortert fra laveste til høyeste verdi på behovsindeksene.



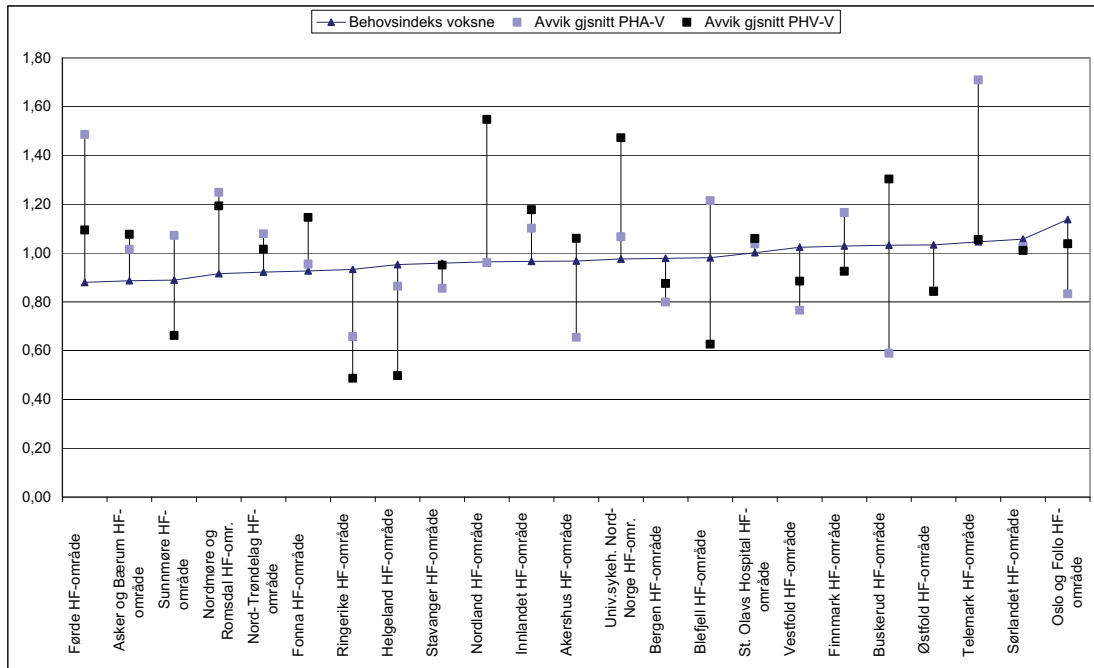
Datakilde: SINTEF og SSB

Figur 9.7 Behovsindeks for barn og unge. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1000 innbyggere 0-17 år i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunen og i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseforetaksområde. 2007

I figur 9.7 ser vi kun på tjenester for barn og unge. Hvis vi først fokuserer på de åtte HF-områdene (fra Asker og Bærum til Oslo og Follo) som har en behovsindeks for barn og unge som ligger under landsgjennomsnittet (dvs. <1), ser vi at det kun er Oslo og Follo HF-område som har et marginalt positivt avvik fra gjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i det psykiske helsearbeidet for barn og unge (PHA-BU). Når vi beveger oss mot høyre i figuren, og behovsindeksen øker i verdi – ser vi at de fleste HF-områdene har et positivt avvik fra landsgjennomsnittet i årsverk som gjelder psykisk helsearbeid. Det er kun UNN og Helgeland HF-områder som har et relativt stort positivt avvik fra landsgjennomsnittet i behovsindeksen, og samtidig et relativt stort negativt avvik i årsverk per innbygger i PHA-BU. En enkel korrelasjonsanalyse mellom årsverk per innbygger PHA-BU og PHV-BU og behovsindeksen for barn og unge, viser også at det er en signifikant ($P < 0,001$) lineær sammenheng mellom PHA-BU og behovsindeksen (Pearsons $r = 0,64$). Vi får dermed bekreftet resultatene fra Ose et al. (2009); årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet synes å ha sammenheng med behovet for helsetjenester til psykisk syke. Én av forklaringene kan være at det psykiske helsearbeidet er en relativt ny tjeneste som har blitt bygget opp gjennom opptrappingsperioden, og at den er basert på behovskartlegginger kommunene gjorde ved opptrappingsplanens start (Ose og Kalseth, 2004).

I det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) er det vanskeligere å spore systematiske tendenser i årsverksinnsatsen når vi ser den i sammenheng med behovsindeksen. Korrelasjonsanalyser viser en svakt positiv sammenheng ($r = 0,34$), men denne er ikke signifikant. Fra og med Sørlandet HF-område og mot høyre i figuren ligger behovsindeksen over 1 – for til sammen 13 HF-områder. Av disse 13 har sju HF-områder negative avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i PHV-BU, de øvrige ligger over gjennomsnittet. Det vi imidlertid ser, er at Blefjell, Ringerike og Telemark HF-områder har antydning til en mulig substitusjonseffekt mellom PHA-BU og PHV-BU – disse tre områdene har kommuner med høy årsverksinnsats i psykisk helsearbeid, og relativt lavere årsverksinnsats i psykisk helsevern for barn og unge.

Figur 9.8 gir tilsvarende sammenstilling i tjenester for voksne.



Datakilde: SINTEF og SSB

Figur 9.8 Behovsindeks for voksne. Relativt avvik fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunen og i det psykiske helsevernet for voksne. Helseforetaksområde. 2007

I tjenester for voksne er det vanskeligere å spore tendenser sammenliknet med materialet for barn og unge. Korrelasjonskoeffisienten er både for det psykiske helsearbeidet i kommunene ($r=0,16$) og for det psykiske helsevernet ($r=0,07$) tilnærmet lik null. De fem HF-områdene som kommer ut med lavest behovsindeks for voksne (Førde, Asker og Bærum, Sunnmøre, Nordmøre og Romsdal og Nord-Trøndelag HF-områder) har alle positive avvik fra gjennomsnittet i PHA-V, mens kun Sunnmøre har negativt avvik fra gjennomsnittet i PHV-V. Ser vi på de 15 HF-områdene som ligger under 1 på behovsindeksen, ligger seks under gjennomsnittet i PHV-V, mens sju ligger under gjennomsnittet i PHA-V. Vi registrerer at Førde HF-område, som er regnet som HF-området med lavest behov for tjenester i psykisk helsevern for voksne (behovsindeks = 0,88), har det nest største positive avviket fra landsgjennomsnittet i antall årsverk per innbygger i PHA-V. Nordland og UNN HF-områder skiller seg ut ved at de ligger under gjennomsnittet på behovsindeksen, men har de høyeste positive avvikene fra landsgjennomsnittet i årsverk per innbygger i PHV-V.

Kort oppsummert ser vi en tendens til at årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge påvirkes av behovet for helsetjenester til psykisk syke på HF-områdenivå. Under gjennomsnittlig behov synes å gi under gjennomsnittlig årsverksinnsats, mens over gjennomsnittlig behov gir økt årsverksinnsats. Også i det psykiske helsevernet for barn og unge finner vi en viss, men ikke signifikant sammenheng. For øvrig er det ingen samvariasjon av betydning. Mangelen på sammenheng kan illustrere at det finnes potensial for å tilpasse seg en mer optimal fordeling av ressursinnsatsen mellom kommune- og spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Et fremtidig analyseprosjekt bør se på kommuner og institusjoner i psykisk helsevern – er det for eksempel slik at kommuner med nær tilknytning til spesialisthelsetjenesten (institusjon lokalisert i kommunen) har substitusjonseffekter mellom PHA og PHV, og eventuelt spesielle utslag i forhold til behovsindeksene?

9.7 Personell i psykisk helsearbeid i kommunen fordelt på tiltakskategorier

I kommunenes rapportering av årsverk i det psykiske helsearbeidet er de bedt om å oppgi hvordan personellet fordeler seg på ulike tiltak innen tjenester for barn og unge og voksne. Disse tiltakskategoriene er som følger:

Tjenester for barn og unge

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

Tjenester for voksne

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

Vi har valgt å ta med en presentasjon av hvordan årsverkene i det psykiske helsearbeidet fordeler seg på ulike tiltakskategorier med tanke på informasjonsverdien dette kan ha for spesialisthelsetjenesten. Vi ser for oss at det kan være nyttig for de som arbeider i det psykiske helsevernet å ha kunnskap om hvilke tiltak det benyttes ressurser på i kommunene og hvor stor andel av totale årsverk de ulike tiltakene utgjør.

Tabell 9.10 viser den andelsvise fordelingen av årsverk på tiltak.

Tabell 9.10 Andel årsverk i det psykiske helsearbeidet for barn og unge og voksne, som går til ulike tiltak. Prosent. Antall (N). Helseforetaksområde. 2007

	PHA-BU						PHA-V						Sum	N
	A	B	C	Sum	N	D	E	F	G	H	Sum			
Østfold HF-område	43	50	6	100	184	42	42	9	2	5	100	638		
Akershus HF-område	33	54	13	100	115	37	37	45	9	4	100	408		
Asker og Bærum HF-område	52	23	25	100	52	39	39	33	14	4	100	370		
Oslo og Follo HF-område	25	65	9	100	449	30	30	58	6	1	100	1 640		
Innlandet HF-område	31	58	11	100	262	26	26	55	8	4	100	1 106		
Buskerud HF-område	31	64	5	100	68	48	48	40	10	1	100	224		
Ringerike HF-område	44	44	13	100	50	25	25	53	14	5	100	143		
Blefjell HF-område	30	56	14	100	89	43	43	37	9	3	100	323		
Vestfold HF-område	36	39	26	100	197	51	51	32	8	2	100	547		
Telemark HF-område	20	66	15	100	125	50	50	39	4	2	100	552		
Sørlandet HF-område	47	45	8	100	156	34	34	49	11	2	100	708		
Stavanger HF-område	31	66	3	100	154	51	51	34	8	2	100	673		
Fonna HF-område	35	57	8	100	91	53	53	32	10	2	100	404		
Bergen HF-område	40	54	6	100	162	46	46	36	10	2	100	790		
Førde HF-område	39	47	14	100	58	40	40	40	13	4	100	370		
Sunnmøre HF-område	38	48	14	100	86	33	33	50	11	2	100	362		
Nordmøre og Romsdal HF-område	41	46	14	100	88	44	44	36	11	3	100	382		
St. Olavs Hospital HF-område	29	57	14	100	172	45	45	26	17	2	100	761		
Nord-Trøndelag HF-område	36	51	13	100	94	43	43	37	8	4	100	378		
Helgeland HF-område	49	31	20	100	38	33	33	47	11	2	100	168		
Nordland HF-område	48	44	8	100	112	51	51	33	11	2	100	359		
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	34	60	6	100	103	50	50	33	11	2	100	499		
Finnmark HF-område	35	54	11	100	57	34	34	53	8	2	100	225		
Landet	35	54	11	100	2 961	40	40	42	9	2	100	12 029		

Datakilde: SINTEF

A= Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. B= Behandling, oppfølging, rehab, miljøarbeid for barn og unge. C= Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak. D= Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser. E= Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne. F= Aktivitetssenter og/eller dagsenter. G= Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud. H= Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

Kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse" har den høyeste andelen årsverk i begge aldersgrupper; 54 prosent i tjenester for barn og unge og 42 prosent i tjenester for voksne på landsbasis. På HF-områdenivå er variasjonene store. Når det gjelder kategorien "Personell tilknyttet boliger for voksne" varierer det fra Fonna HF-område med 53 prosent av årsverkene sine til voksne tilknyttet bolig, til Ringerike HF-område med kun 25 prosent av årsverkene sine her. I "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne" ligger kommunene i St. Olavs Hospital HF-område nederst med 26 prosent av årsverk til voksne i slike tjenester, mens Oslo og Follo tilsvarende har 58 prosent. Også når det gjelder tiltak for barn og unge er variasjonen stor; mens kommunene i Telemark HF-område benytter 20 prosent av årsverkene sine til barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenester og 66 prosent i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid for barn og unge, benytter kommunene i Asker og Bærum HF-område over halvparten (52 prosent) av årsverkene sine i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og 23 prosent i behandling, oppfølging osv. Andelen personell som går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak spenner fra tre prosent i kommunene i Stavanger HF-område til 26 prosent i Vestfold HF-område.

I tabell 9.11 framstilles antall årsverk i tjenester til barn og unge per 1 000 innbyggere 0-17 år i de ulike tiltakskategoriene per HF-område. Grunnlagstallene er gitt i tabell 9.21 i vedlegg.

Tabell 9.11 Antall årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år i tjenester for barn og unge. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007

	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	Sum årsverk barn og unge
Østfold HF-område	1,3	1,6	0,2	3,1
Akershus HF-område	0,7	1,1	0,3	2,1
Asker og Bærum HF-område	0,7	0,3	0,3	1,3
Oslo og Follo HF-område	0,8	2,0	0,3	3,1
Innlandet HF-område	1,0	1,9	0,4	3,3
Buskerud HF-område	0,7	1,4	0,1	2,2
Ringerike HF-område	1,5	1,5	0,4	3,4
Blefjell HF-område	1,3	2,5	0,6	4,4
Vestfold HF-område	1,4	1,5	1,0	3,8
Telemark HF-område	0,9	3,0	0,7	4,6
Sørlandet HF-område	1,1	1,1	0,2	2,4
Stavanger HF-område	0,6	1,2	0,1	1,9
Fonna HF-område	0,8	1,2	0,2	2,2
Bergen HF-område	0,7	0,9	0,1	1,7
Førde HF-område	0,9	1,0	0,3	2,2
Sunnmøre HF-område	1,0	1,3	0,4	2,7
Nordmøre og Romsdal HF-område	1,3	1,5	0,4	3,3
St. Olavs Hospital HF-område	0,8	1,5	0,4	2,6
Nord-Trøndelag HF-område	1,1	1,5	0,4	3,0
Helgeland HF-område	1,0	0,7	0,4	2,2
Nordland HF-område	1,8	1,6	0,3	3,7
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	0,8	1,5	0,1	2,4
Finnmark HF-område	1,2	1,8	0,4	3,3
Landet	0,9	1,5	0,3	2,7

Datakilde: SINTEF.

Det er stor variasjon mellom kommunene i HF-områdene når det gjelder årsverk per innbygger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mens landsgjennomsnittet ligger så vidt under ett årsverk per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år), har kommunene i Nordland HF-område det dobbelte; 1,8 årsverk per 1 000 innbyggere. Kommunene i Stavanger HF-område ligger i andre enden av skalaen, og har kun 0,6 årsverk per 1 000 unge innbyggere i disse tjenestene. Flest årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge finner vi i "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge" – i gjennomsnitt ca. 1,5 årsverk per 1 000 unge innbyggere. Her er det kommunene

i Blefjell og Telemark HF-områder som skiller seg mest positivt fra landsgjennomsnittet med hhv. 2,5 og 3,0 årsverk per 1 000 innbyggere i disse tjenestene. Asker og Bærum HF-område ligger lengst under gjennomsnittet med 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere. Færrest årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge finner vi i kategorien "Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak" – gjennomsnittlig 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere i barne- og ungdomsbefolkningen. Kommunene i Vestfold HF-område har imidlertid ett årsverk per 1 000 innbyggere her – fulgt av Telemark HF-område med 0,7. Kommunene i Bergen, Stavanger, Buskerud og UNN HF-områder ligger under gjennomsnittet med 0,1 årsverk per 1 000 innbyggere i slike tiltak. I tabell 9.12 under framstilles antall årsverk i tjenester til voksne per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i de ulike tiltakskategoriene per HF-område. Grunnlagstallene er gitt i tabell 9.22 i vedlegg.

Tabell 9.12 Antall årsverk per 1 000 innbyggere 18 år og eldre i tjenester for voksne. Tiltakskategorier. Helseforetaksområde. 2007

	Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/ faglig ledelse for voksne	Aktivitets- senter og/eller dagsenter	Andre aktiviteter, kultur og fritids- tilbud	Kom- munalt tilrette- lagte arbeids- tiltak	Sum årsverk voksne
Østfold HF-område	0,9	0,9	0,2	0,0	0,1	2,2
Akershus HF-område	0,6	0,8	0,1	0,1	0,1	1,7
Asker og Bærum HF-område	1,0	0,9	0,4	0,1	0,3	2,7
Oslo og Follo HF-område	0,7	1,3	0,1	0,0	0,1	2,2
Innlandet HF-område	0,8	1,6	0,2	0,1	0,2	2,9
Buskerud HF-område	0,7	0,6	0,2	0,0	0,0	1,5
Ringerike HF-område	0,4	0,9	0,2	0,1	0,1	1,7
Blefjell HF-område	1,4	1,2	0,3	0,1	0,3	3,2
Vestfold HF-område	1,0	0,6	0,2	0,0	0,1	2,0
Telemark HF-område	2,3	1,8	0,2	0,1	0,2	4,5
Sørlandet HF-område	0,9	1,3	0,3	0,1	0,1	2,7
Stavanger HF-område	1,1	0,8	0,2	0,0	0,1	2,2
Fonna HF-område	1,3	0,8	0,2	0,1	0,1	2,5
Bergen HF-område	1,0	0,7	0,2	0,0	0,1	2,1
Førde HF-område	1,6	1,6	0,5	0,1	0,1	3,9
Sunnmøre HF-område	0,9	1,4	0,3	0,0	0,1	2,8
Nordmøre og Romsdal HF-område	1,4	1,2	0,4	0,1	0,2	3,3
St. Olavs Hospital HF-område	1,2	0,7	0,5	0,1	0,3	2,7
Nord-Trøndelag HF-område	1,2	1,0	0,2	0,1	0,2	2,8
Helgeland HF-område	0,7	1,1	0,2	0,1	0,2	2,3
Nordland HF-område	1,3	0,8	0,3	0,0	0,1	2,5
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	1,4	0,9	0,3	0,1	0,1	2,8
Finnmark HF-område	1,0	1,6	0,2	0,1	0,1	3,0
Landet	1,0	1,1	0,2	0,1	0,1	2,5

Datakilde: SINTEF.

Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser varierer fra 0,4 årsverk per 1 000 innbyggere i kommunene i Ringerike HF-område, til hele 2,3 årsverk per 1 000 innbyggere i Telemark HF-område. Landsgjennomsnittet ligger på 1,0 årsverk per 1 000 innbyggere, 0,1 årsverk per 1 000 innbyggere under landsgjennomsnittet for "Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne" som ligger på 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere. I sistnevnte kategori er det igjen kommunene i Telemark HF-område som har den høyeste personelltettheten per innbygger (1,8 per 1 000 innbyggere), mens Buskerud og Vestfold HF-områder ligger nederst med 0,6 årsverk per 1 000 innbyggere her. Når det gjelder personell ved aktivitetssenter og/eller dagsenter er personelltettheten generelt lav – 0,2 årsverk per 1 000 voksne innbyggere i gjennomsnitt, og med kommunene i St. Olavs Hospital HF-område og Førde HF-område på topp med et halvt årsverk per 1 000 innbyggere, mens Akershus HF-område og Oslo og Follo HF-område ligger nederst på tabellen med 0,1 årsverk per 1 000 voksne innbyggere her. I kategorien "Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud" er det svært få årsverk, og svært liten variasjon (0,0-0,1 per 1 000 innbyggere). Personell i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak har en noe høyere tetthet, med mellom 0,0 og 0,3 årsverk per 1 000 voksne innbyggere. Kommunene i Blefjell, Asker og Bærum og St. Olavs Hospital HF-områder topper listen med 0,3 årsverk per 1 000 innbyggere. Kommunene i Buskerud HF-område har kun ett årsverk her til sammen, og dermed tilnærmet null per 1 000 innbyggere. I Lilleeng et al. (2009) finner man for øvrig at i Helse Sør-Øst fikk om lag 2 prosent av polikliniske pasienter i psykisk helsevern arbeidsmarkedstiltak i kommunal regi, mens i Helse Nord mottok 5 prosent av de polikliniske pasientene et slikt tilbud i 2008. Størst udekket behov har pasientene i Helse Midt-Norge.

Lilleeng et al. (2009), som analyserer data for polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008, har sett på etablert og udekket behov for kommunale tjenester hos pasienter som har mottatt poliklinisk behandling. Her finner man at pasienter i poliklinisk behandling bosatt i Helse Midt-Norge i større grad har etablert omsorgsbolig med døgnbemanning – sammenliknet med pasienter i de andre helseregionene. I Helse Vest har en større andel av pasientene omsorgsbolig med tilsyn på dagtid, og en mindre andel av pasientene etablert bolig uten tilsyn. Videre er det en lavere andel pasienter som mottar hjemmetjenester hvis de er bosatt i Helse Vest eller Midt-Norge.

9.8 Personell fordelt på utdanningskategorier

I rapporteringen for det psykiske helsearbeidet er kommunene bedt om å rapportere årsverkene i åtte forskjellige utdanningskategorier – fordelt på tjenester for barn og unge og voksne. Disse kategoriene er³⁵:

- A** = Helse-/sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- E** = Psykologer.
- F** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- H** = Andre.

Personelldekning fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsevernet gis hvert år i SAMDATA-publikasjonene, senest i Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008, kapittel 6 (Midttun, 2009). En interessant størrelse å sammenlikne på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste, er andelen fagårsverk av totalt antall årsverk. Vi har summert antall årsverk med universitets- og høyskoleutdanning i begge tjenestene og beregnet andeler ut fra

³⁵ Vi har her valgt å gi utdanningskategoriene benevnelse fra A-H for å få bedre plass i tabellene.

totale årsverk. Resultatet presenteres i tabell 9.13 under, og funnene diskuteres opp mot tidligere forskning på området.

Tabell 9.13 Andel årsverk (prosent) med universitets-/høgskoleutdanning i henholdsvis det psykiske helsearbeidet og det psykiske helsevernet. Antall årsverk totalt (N). Helseforetaksområde. 2007

Helseforetaksområde	PHA-BU	PHA-V	PHV-BU	PHV-V	N PHA-BU	N PHA-V	N PHV-BU	N PHV-V
Østfold HF-område	79	53	66	61	184	454	257	733
Akershus HF-område	78	52	76	62	123	286	198	569
Asker og Bærum HF-område	82	68	80	55	52	318	123	539
Oslo og Follo HF-område	83	63	71	53	449	1 193	648	3 414
Innlandet HF-område	86	49	77	59	248	843	221	1 408
Buskerud HF-område	78	59	75	65	68	156	102	407
Ringerike HF-område	62	45	79	66	50	94	36	183
Blefjell HF-område	61	39	65	60	89	233	74	299
Vestfold HF-område	68	48	85	66	197	350	178	644
Telemark HF-område	97	39	87	66	125	427	65	380
Sørlandet HF-område	91	64	65	59	157	551	188	860
Stavanger HF-område	78	57	86	70	152	520	233	1 062
Fonna HF-område	74	49	85	56	91	313	112	558
Bergen HF-område	81	54	84	67	162	628	232	1 361
Førde HF-område	83	43	83	57	58	305	87	361
Sunnmøre HF-område	81	50	90	68	85	275	74	313
Nordmøre og Romsdal HF-område	81	58	89	57	90	293	75	411
St. Olavs Hospital HF-område	84	62	78	67	172	588	211	938
Nord-Trøndelag HF-område	75	46	82	67	88	287	101	365
Helgeland HF-område	91	59	79	65	34	130	86	227
Nordland HF-område	86	51	84	57	107	241	137	528
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	60	60	83	64	102	395	150	772
Finnmark HF-område	81	43	80	64	57	167	94	368
Landet	80	54	78	61	2 937	9 048	3 682	16 700

Datakilde: SSB og SINTEF.

Ådnanes og Sitter (2007) har i forbindelse med evalueringen av Opptappingsplanen analysert utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i perioden 1998-2005. Opptappingsplanen hadde ingen spesifikk målsetting om en endelig andel personell med høyere utdanning i psykisk helsevern, men det gis et mål om at veksten i universitets- og høgskoleutdannet personell skal utgjøre 72 prosent av total personelløkning i perioden. Allerede i 2005 var dette målet nådd, da veksten i universitets- og høgskoleutdannet personell finansiert av opptappingsplanmidler var 107 prosent siden Opptappingsplanens start. Når det gjelder rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene, finner forskerne (ibid.) at andelen rekrutterte med enten høyskole eller universitetsutdanning allerede i 2005 lå på 67 prosent. Psykologer har vært en vanskelig faggruppe å rekruttere i kommunene, men for øvrig har rekrutteringen av høyt utdannet personell til psykisk helsearbeid gått veldig bra. Rapporten (ibid.) diskuterer videre om

mangelen på rekrutterte psykologer har blitt kompensert med økt rekruttering av annet høyt utdannet personell. Resultatene fra Ådnanes og Sitter (2007) viser at det er i de aller minste kommunene at rekrutteringen av høyt utdannet personell har vært høyest, og at små kommuner også har høyest andel psykiatriske sykepleiere. Det er derimot i de største kommunene det er mest vanlig å gjennomføre kompetansehevende tiltak, men generelt vurderes utdanningskapasiteten i forhold til veksten i personell i psykisk helsevern og i kommunene å være tilstrekkelig.

Våre tall for 2007 viser at i gjennomsnitt besto 80 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge av universitets- eller høyskoleutdannet personell. I psykisk helsearbeid for voksne er andelen 54 prosent. I det psykiske helsevernet er andelen fagårsverk 78 prosent i psykisk helsevern for barn og unge, og 61 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det er altså rekruttert en høyere andel høyt utdannet personell i tjenester for barn og unge i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ser vi på fordelingen per helseforetaksområde i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, varierer andelen med universitets- eller høyskoleutdanning fra 60 prosent av årsverkene i kommuner under UNN HF-område til hele 97 prosent av årsverkene i Telemark HF-områdes kommuner. I psykisk helsearbeid for voksne er variasjonen noe mindre; fra 39 prosent av årsverkene i kommunene i Blefjell HF-område, til 68 prosent av årsverkene i Asker og Bærum HF-område. Vi gjør oppmerksom på at organiseringen av det psykiske helsearbeidet sannsynligvis vil påvirke hvordan anslagene i forbindelse med årsverksrapporteringen gjøres. Kanskje vil det spesielt være knyttet usikkerhet til tallene i kommuner som ikke har egen enhet for psykisk helsearbeid, der man må basere estimat av årsverksinnsats på ressursbruk på brukere med psykiske lidelser og problemer.

I det psykiske helsevernet for barn og unge ligger variasjonen mellom HF-områdene innen 25 prosentpoeng – fra Blefjell HF-område med 65 prosent høyt utdannede årsverk til Sunnmøre HF-område med 90 prosent. I psykisk helsevern for voksne ligger Oslo og Follo HF-område lavest med 53 prosent høyt utdannede årsverk, mens Stavanger HF-område ligger på topp med 70 prosent.

I tabell 9.14 og 9.15 framstilles antall årsverk i det psykiske helsearbeidet for barn og unge og voksne i de ulike utdanningskategoriene per 10 000 innbyggere. Grunnlagstallene de relative størrelsene baseres på er presentert i tabell 9.23 og 9.24 i vedlegg. I stedet for å kommentere tabellene verbalt, har vi laget en tabell 9.16 som lister (i rangert rekkefølge) de tre helseforetaksområdene med henholdsvis høyeste og laveste antall årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid for barn og unge og voksne.

Tabell 9.14 Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for barn og unge per 10 000 innbyggere i befolkningen 0-17 år. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

Helseforetaksområde		A	B	C	D	E	F	G	H	Totalt
Sør-Øst	Østfold HF-område	0,9	3,5	2,9	8,6	0,4	2,5	9,8	2,3	30,8
	Akershus HF-område	0,2	0,2	1,9	7,0	2,2	1,3	4,9	4,4	22,2
	Asker og Bærum HF-område	0,0	0,0	1,5	1,9	2,7	1,4	2,7	2,3	12,6
	Oslo og Follo HF-område	1,0	2,1	3,0	10,6	1,4	1,6	9,0	2,0	30,8
	Innlandet HF-område	0,7	1,6	3,4	15,0	1,1	0,8	6,3	2,1	30,9
	Buskerud HF-område	0,6	2,2	3,6	4,8	1,9	0,0	6,8	2,0	21,9
	Ringerike HF-område	2,6	5,9	4,0	11,9	1,3	0,1	3,9	4,2	34,0
	Blefjell HF-område	1,1	6,1	6,2	6,3	0,0	1,1	13,0	9,9	43,6
	Vestfold HF-område	0,0	2,1	3,8	13,3	1,2	1,5	6,2	10,0	38,2
	Telemark HF-område	0,0	1,0	8,3	24,9	1,2	0,2	9,5	0,4	45,5
	Sørlandet HF-område	0,2	1,1	4,8	8,7	0,9	2,0	5,2	0,8	23,7
Vest	Stavanger HF-område	0,3	2,1	1,7	4,1	2,1	2,2	4,4	1,6	18,6
	Fonna HF-område	0,3	4,6	3,7	7,4	1,7	0,6	2,6	0,8	21,8
	Bergen HF-område	0,5	1,3	1,4	6,9	1,9	1,4	2,3	1,5	17,2
	Førde HF-område	0,5	1,8	2,8	8,2	2,0	0,3	5,1	1,6	22,2
Midt-Norge	Sunnmøre HF-område	0,0	2,3	2,0	12,3	0,8	0,2	6,4	2,9	26,9
	Nordmøre og Romsdal HF-område	0,0	2,3	2,4	16,3	1,0	1,4	6,2	4,3	33,9
	St. Olavs Hospital HF-område	0,7	2,0	4,0	10,8	2,2	2,6	2,5	1,7	26,5
	Nord-Trøndelag HF-område	0,9	3,4	3,4	11,2	0,3	1,1	4,6	2,7	27,5
Nord	Helgeland HF-område	0,0	0,5	1,4	9,5	0,0	1,2	5,3	1,2	19,2
	Nordland HF-område	0,3	3,2	3,3	24,0	0,9	1,8	0,5	1,4	35,5
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	0,4	5,8	3,8	7,9	1,0	0,3	1,5	3,4	24,0
	Finnmark HF-område	0,4	1,4	4,0	14,3	0,9	0,7	6,5	4,4	32,5
Landet	Landet	0,5	2,2	3,1	10,0	1,4	1,4	5,5	2,6	26,7

Datakilde: SINTEF

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.15 Antall årsverk fordelt på utdanningskategori i psykisk helsearbeid for voksne per 10 000 innbyggere i befolkningen 18 år og eldre. Antall årsverk totalt per 10 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

Helseforetaksområde		A	B	C	D	E	F	G	H	Totalt
Sør-Øst	Østfold HF-område	2,8	5,2	4,8	5,2	0,0	0,8	0,9	2,5	22,2
	Akershus HF-område	2,2	3,8	2,9	4,3	0,2	0,4	0,9	2,0	16,7
	Asker og Bærum HF-område	1,6	4,0	5,6	5,4	0,2	0,7	6,2	2,8	26,5
	Oslo og Follo HF-område	1,3	3,5	3,7	6,8	0,1	0,6	2,6	3,2	21,8
	Innlandet HF-område	4,0	7,7	5,8	6,4	0,0	0,8	1,3	3,0	28,8
	Buskerud HF-område	2,4	2,7	3,5	3,0	0,0	0,0	2,6	1,2	15,4
	Ringerike HF-område	3,8	3,1	3,9	3,3	0,0	0,1	0,4	2,5	17,2
	Blefjell HF-område	7,1	8,5	4,7	4,9	0,0	0,3	2,6	3,7	31,7
	Vestfold HF-område	1,7	4,7	3,7	4,6	0,1	0,3	0,8	4,1	20,0
	Telemark HF-område	8,3	10,6	4,3	8,8	0,0	0,3	3,9	8,5	44,7
	Sørlandet HF-område	2,3	5,2	7,3	7,7	0,0	0,6	1,5	2,3	26,8
Vest	Stavanger HF-område	2,3	5,6	4,9	6,6	0,0	0,3	1,0	1,7	22,4
	Fonna HF-område	4,5	5,7	6,1	5,2	0,0	0,0	0,8	2,7	25,0
	Bergen HF-område	2,6	4,5	4,1	5,9	0,0	0,1	1,2	2,5	20,9
	Førde HF-område	4,1	11,6	5,0	9,7	0,0	0,3	1,5	5,9	38,1
Midt-Norge	Sunnmøre HF-område	2,1	8,6	5,4	6,7	0,1	0,2	1,6	3,2	27,9
	Nordmøre og Romsdal HF-område	5,6	4,8	5,9	11,1	0,2	0,1	1,6	3,3	32,6
	St. Olavs Hospital HF-område	3,6	4,9	5,6	7,7	0,3	1,9	1,4	1,8	27,1
	Nord-Trøndelag HF-område	4,6	8,4	4,4	6,7	0,0	1,6	0,3	2,4	28,5
Nord	Helgeland HF-område	3,0	4,2	8,5	2,4	0,0	0,2	2,2	2,0	22,5
	Nordland HF-område	2,6	6,4	5,3	6,3	0,0	0,2	0,6	3,1	24,5
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	3,1	5,0	6,9	6,8	0,0	1,6	1,2	3,2	27,9
	Finnmark HF-område	2,9	6,7	7,0	5,6	0,0	0,1	0,5	7,6	30,4
Landet		3,0	5,4	4,9	6,3	0,1	0,6	1,7	3,0	24,9

Datakilde: SINTEF

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.16 HF-områder som skårer hlv. høyest og lavest på antall årsverk per 10 000 innbyggere i de ulike utdanningskategorier. Det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. Helseforetaksområde, 2007

	Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid	Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid	Helse-/ sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid	Helse-/ sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid	Psykologer	Andre med høgskole-/ universitets- utdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid	Andre med høgskole-/ universitets- utdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid	Andre	Sum antall årsverk
Tjenester for barn og unge									
3 HF- områder som skårer høyest	Ringerike	Blefjell	Telemark	Telemark	Asker og Bærum	St. Olavs Hospital	Blefjell	Vestfold	Telemark
	Blefjell	Ringerike	Blefjell	Nordland	St. Olavs Hospital	Østfold	Østfold	Blefjell	Blefjell
	Oslo og Follo	UNN	Sørlandet	Nordmøre	Akershus	Stavanger	Telemark	Finnmark	Vestfold
3 HF- områder som skårer lavest	Helgeland	Asker og Bærum	Helgeland	Asker og Bærum	Blefjell	Buskerud	Nordland	Telemark	Asker og Bærum
	Sunnmøre	Akershus	Bergen	Stavanger	Helgeland	Ringerike	UNN	Fonna	Bergen
	Nordmøre og Romsdal	Helgeland	Asker og Bærum	Buskerud	Nord- Trøndelag	Sunnmøre	Bergen	Sørlandet	Stavanger
Tjenester for voksne									
3 HF- områder som skårer høyest	Telemark	Førde	Helgeland	Nordmøre og Romsdal	St. Olavs Hospital	St. Olavs Hospital	Asker og Bærum	Telemark	Telemark
	Blefjell	Telemark	Sørlandet	Førde	Nordmøre og Romsdal	UNN	Telemark	Finnmark	Førde
	Nordmøre og Romsdal	Sunnmøre	Finnmark	Telemark	Asker og Bærum	Nord-Trøndelag	Oslo og Follo	Førde	Nordmøre og Romsdal
3 HF- områder som skårer lavest	Oslo og Follo	Buskerud	Akershus	Helgeland	Helgeland	Buskerud	Nord-Trøndelag	Buskerud	Buskerud
	Asker og Bærum	Ringerike	Buskerud	Buskerud	Buskerud	Fonna	Ringerike	Stavanger	Akershus
	Vestfold	Oslo og Follo	Oslo og Follo	Ringerike	Ringerike	Ringerike	Finnmark	St. Olavs Hospital	Ringerike

9.9 Organisering av personell i det psykiske helsearbeidet

Den enkelte kommune avgjør selv hvordan den vil organisere det psykiske helsearbeidet. Med 431 kommuner (2007) er det opplagt mange former for organisering som foreligger. I forbindelse med evalueringer av Opptappingsplanen for psykiske helse 1999-2008 har SINTEF, i samarbeid med Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR), i flere prosjekter bedt kommunene rapportere på *den* av fire foreslåtte modeller for organisering av det psykiske helsearbeidet som likner mest på deres organiseringsmåte. Dette for å få en oversikt over hvordan det psykiske helsearbeidet i landet er organisert, og muliggjøre analyser som kan si noe om hva som kjennetegner kommuner med en gitt type organisering av det psykiske helsearbeidet. Vi tar forbehold om at det er gjort skjønnsmessige vurderinger i rapporteringen, og at det kan finnes måter å organisere tjenestene på som ikke fanges opp her.

De fire modellene er beskrevet under (det er rapportert separat for tjenester for voksne og barn og unge). Vi vil i det følgende også trekke inn relevante resultat fra analyser på kommunenivå gjort i kapittel 8 i Ose et al. (2009). I tabell 9.17 og 9.18 presenteres andelen av kommunene som svarer at de organiserer tjenestene etter en viss modell. Det nye bidraget i dette kapitlet er at oversikten er presentert på helseforetaksområdenivå. Slik kan det enkelte helseforetaksområde få informasjon om hvilken type organisering som er dominerende i de tilhørende kommunene. Sett i sammenheng med resultatene fra analysene på kommunenivå, kan dette være interessant i et samhandlingsperspektiv.

- **Modell 1:** Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på lik linje med enheter eksempelvis for pleie- og omsorg, for sosiale tjenester og for kommunale tjenester. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe – som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 1 = Egen enhet med egen leder og eget budsjett.
- **Modell 2:** Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert en egen enhet for psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 2 = Integrert i øvrige tjenester
- **Modell 3:** Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for voksne/barn og unge i stab hos rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.
Kortversjon: Modell 3 = Integrert med klar plassering av ansvaret
- **Modell 4:** Kommunen har etablert en egen tjeneste (organisatorisk plassert under én eller flere enheter), med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Kommunene er bedt om å oppgi om personellet er organisatorisk plassert i enhet eksempelvis for pleie og omsorg, for sosiale tjenester, for kommunale tjenester eller en annen type enhet – eller i PP-tjenesten.
Kortversjon: Modell 4 = Egen spesialisert tjeneste

43 prosent av de 416 kommunene som oppgav hvordan det psykiske helsearbeidet for barn og unge var organisert i 2007, svarer at de har modell 2 – psykisk helsearbeid integrert i øvrige tjenester. I Telemark HF-område har samtlige kommuner organisert tjenestene for barn og unge etter modell 2. I det psykiske helsearbeidet for voksne har 44 prosent av kommunene organisert tjenestene etter modell 4, mens 31 prosent har valgt modell 1.

I analysene av kommunal variasjon i organisering av tjenestene fant Ose et al. (2009) at valg av modell er sammenfallende med kjennetegn ved befolkningen i kommunen. De mest innbyggerrike kommunene velger typisk modell 1 eller 2, mens de mindre kommunene velger 3 eller 4 – de aller minste kommunene velger oftest modell 3 (integriert med klar plassering av ansvar). Av HF-områdene er det Blefjell, Sunnmøre og Helgeland som har den høyeste andelen kommuner med modell 3 (25 prosent). De aller minste kommunene har relativt høye øremerkede tilskudd og frie inntekter, men lavere skatteinntekter, sammenliknet med større kommuner. De karakteriseres videre med spredt bosetting, høy andel uføre med psykiatrisk diagnose og relativt lav årsverksinnsats og egenfinansieringsgrad.

Behovet for kommunale boliger og omsorgsboliger varierer også med valgt organiseringsmodell. Kommuner som har valgt modell 2 eller 4 har vesentlig høyere boligbehov enn kommuner som har valgt én av de to andre modellene. Når det gjelder tjenester til de ulike aldersgruppene, er det slik at en stor andel av kommunene som har valgt modellene 1 eller 3 for voksne, typisk har valgt modell 2 for barn og unge.

Tabell 9.17 Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Helseforetaksområde. 2007

Helseregion	Helseforetaksområde	Modell	Modell	Modell	Modell	Sum	N*
		1	2	3	4		
Sør-Øst	Østfold HF-område	33	33	7	27	100	15
	Akershus HF-område	29	50	0	21	100	14
	Asker og Bærum HF-område	0	50	0	50	100	2
	Oslo og Follo HF-område	50	33	0	17	100	6
	Innlandet HF-område	19	47	5	30	100	43
	Buskerud HF-område	75	0	0	25	100	4
	Ringerike HF-område	20	50	10	20	100	10
	Blefjell HF-område	19	19	25	38	100	16
	Vestfold HF-område	21	57	14	7	100	14
	Telemark HF-område	0	100	0	0	100	7
Sørlandet HF-område	10	40	17	33	100	30	
Vest	Stavanger HF-område	33	28	0	39	100	18
	Fonna HF-område	21	37	11	32	100	19
	Bergen HF-område	9	45	14	32	100	22
	Førde HF-område	4	65	8	23	100	26
Midt-Norge	Sunnmøre HF-område	6	50	25	19	100	16
	Nordmøre og Romsdal HF-område	11	53	5	32	100	19
	St. Olavs Hospital HF-område	4	43	4	48	100	23
	Nord-Trøndelag HF-område	19	31	15	35	100	26
Nord	Helgeland HF-område	6	19	25	50	100	16
	Nordland HF-område	26	26	11	37	100	19
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	13	50	9	28	100	32
	Finnmark HF-område	16	47	0	37	100	19
Landet		17	43	10	31	100	416

*Merk: Ikke alle kommuner har besvart spørsmålet om organisering, og antall kommuner vil derfor ikke summere seg til 431.

Tabell 9.18 Andel kommuner i hvert HF-område som har organisert det psykiske helsearbeidet for voksne i henholdsvis modell 1-4. Prosent. Antall kommuner som har besvart spørsmålet. Helseforetaksområde. 2007

Helseregion	Helseforetaksområde	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Sum	N*
Sør-Øst	Østfold HF-område	47	13	0	40	100	15
	Akershus HF-område	57	14	7	21	100	14
	Asker og Bærum HF-område	50	0	0	50	100	2
	Oslo og Follo HF-område	83	0	0	17	100	6
	Innlandet HF-område	39	11	2	48	100	44
	Buskerud HF-område	75	0	0	25	100	4
	Ringerike HF-område	40	10	0	50	100	10
	Blefjell HF-område	25	0	19	56	100	16
	Vestfold HF-område	36	21	14	29	100	14
	Telemark HF-område	57	14	0	29	100	7
	Sørlandet HF-område	17	17	13	53	100	30
Vest	Stavanger HF-område	56	11	0	33	100	18
	Fonna HF-område	26	16	11	47	100	19
	Bergen HF-område	27	9	9	55	100	22
	Førde HF-område	27	23	4	46	100	26
Midt-Norge	Sunnmøre HF-område	24	12	18	47	100	17
	Nordmøre og Romsdal HF-område	11	42	5	42	100	19
	St. Olavs Hospital HF-område	9	18	5	68	100	22
	Nord-Trøndelag HF-område	15	23	19	42	100	26
Nord	Helgeland HF-område	18	6	24	53	100	17
	Nordland HF-område	26	21	11	42	100	19
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	31	19	9	41	100	32
	Finnmark HF-område	37	32	0	32	100	19
Landet		31	17	8	44	100	418

*Merk: Ikke alle kommuner har besvart spørsmålet om organisering, og antall kommuner vil derfor ikke summere seg til 431.

Vedleggstabeller

Tabell 9.19 Antall kommuner i hver helseregion. 2007

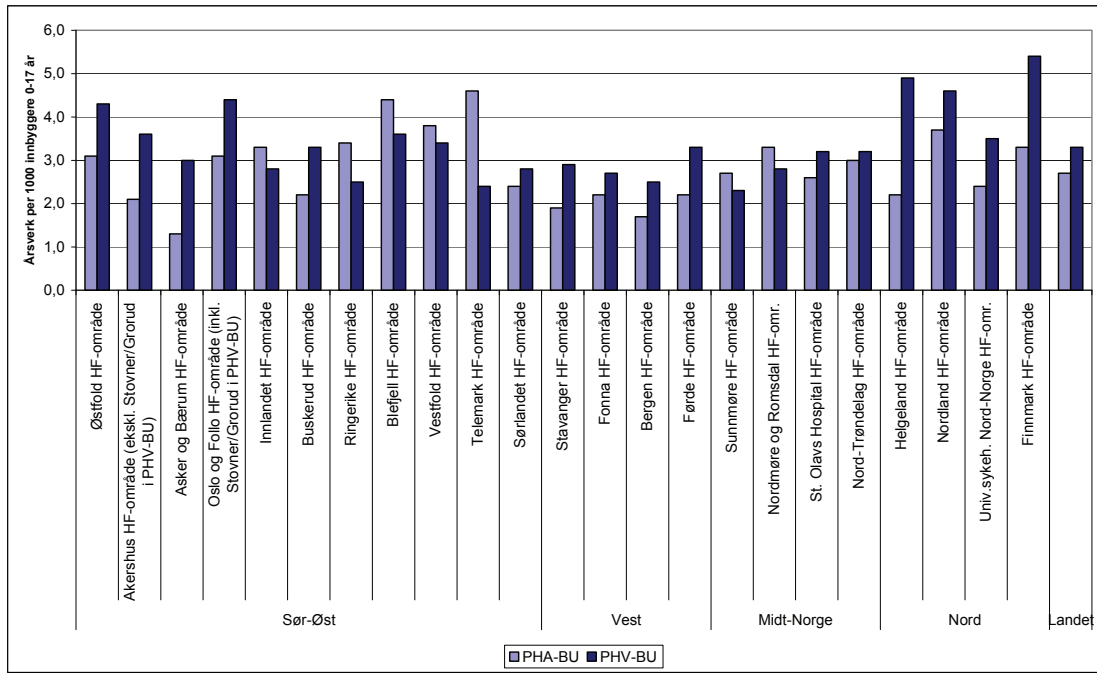
Helseregion	Antall kommuner per region
Sør-Øst	172
Vest	85
Midt-Norge	87
Nord	87
Sum landet	431

Datakilde: SSB.

Tabell 9.20 Antall kommuner i hvert helseforetaksområde. Andel kommuner (prosent) med færre enn 5 000 innbyggere. Helseforetaksområde. 2007

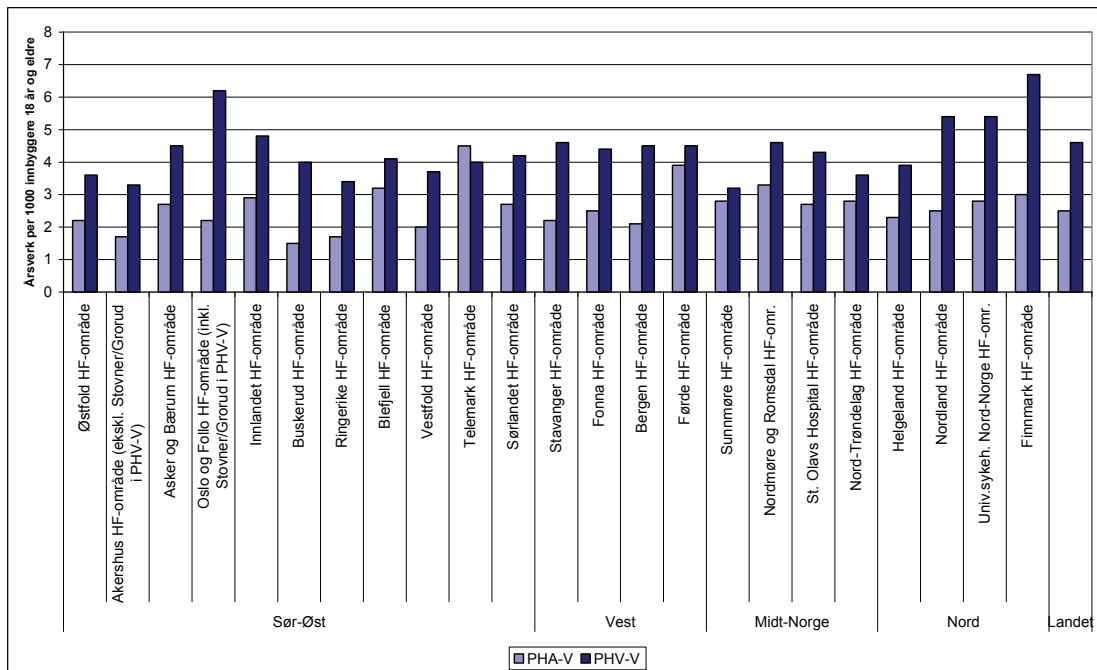
Helseforetaksområde	Antall kommuner per HF-område	Andel kommuner med < 5 000 innbyggere
Østfold HF-område	17	35
Akershus HF-område	14	14
Asker og Bærum HF-område	2	0
Oslo og Follo HF-område	8	0
Innlandet HF-område	48	46
Buskerud HF-område	5	0
Ringerike HF-område	10	70
Blefjell HF-område	17	71
Vestfold HF-område	14	21
Telemark HF-område	7	29
Sørlandet HF-område	30	53
Stavanger HF-område	18	44
Fonna HF-område	19	58
Bergen HF-område	22	55
Førde HF-område	26	69
Sunnmøre HF-område	17	47
Nordmøre og Romsdal HF-område	20	55
St. Olavs Hospital HF-område	24	54
Nord-Trøndelag HF-område	26	73
Helgeland HF-område	17	76
Nordland HF-område	19	58
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	32	81
Finnmark HF-område	19	79
Sum landet	431	55

Datakilde: SINTEF.



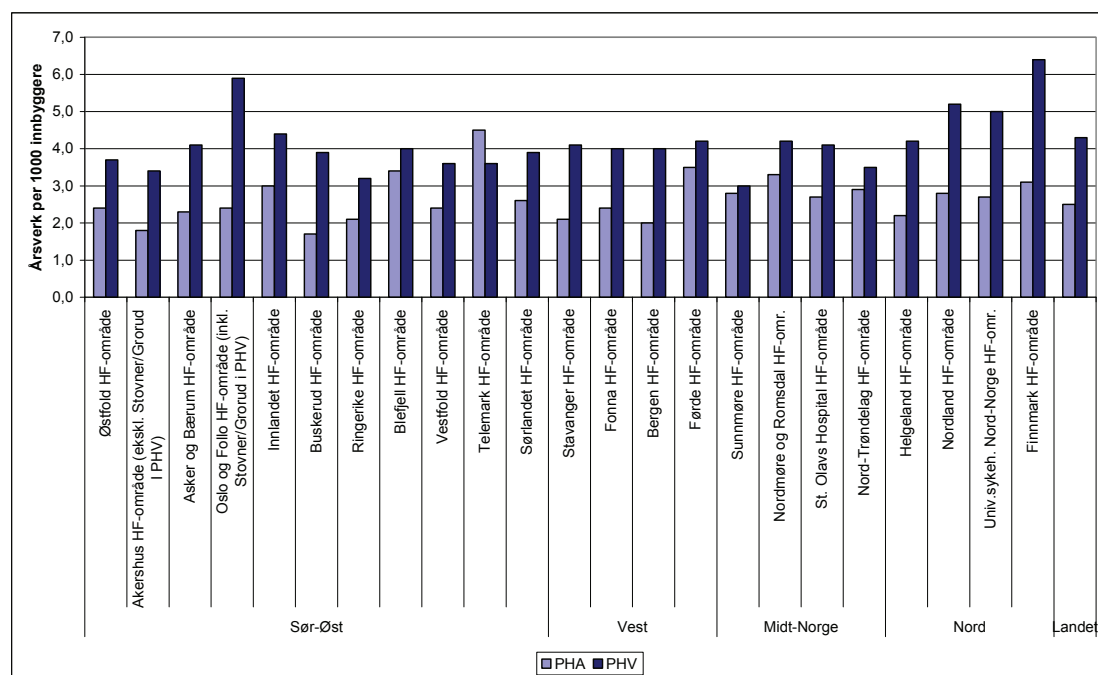
Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.9 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 0-17 år i det psykiske helsearbeidet i kommunen for barn og unge (PHA-BU) og i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.10 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i alderen 18 år og eldre i det psykiske helsearbeidet i kommunene for voksne (PHA-V) og i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetaksområde. 2007



Datakilde: SSB og SINTEF

Figur 9.11 Antall årsverk per 1 000 innbyggere i det psykiske helsearbeidet i kommunen (PHA) og i det psykiske helsevernet (PHV) totalt. Helseforetaksområde, 2007

Tabell 9.21 Behovsindekser basert på beregninger i NOU 2008:2 per helseforetaksområde

Helseforetaksområde	Behovsindeks barn og unge	Behovsindeks voksne
Østfold HF-område	1,05	1,03
Akershus HF-område	0,95	0,97
Asker og Bærum HF-område	0,89	0,89
Oslo og Follo HF-område	0,99	1,14
Innlandet HF-område	1,04	0,97
Buskerud HF-område	1,00	1,03
Ringerike HF-område	1,05	0,93
Blefjell HF-område	1,04	0,98
Vestfold HF-område	1,05	1,02
Telemark HF-område	1,09	1,05
Sørlandet HF-område	1,01	1,06
Stavanger HF-område	0,90	0,96
Fonna HF-område	0,95	0,93
Bergen HF-område	0,96	0,98
Førde HF-område	0,92	0,88
Sunnmøre HF-område	0,96	0,89
Nordmøre og Romsdal HF-område	1,02	0,92
St. Olavs Hospital HF-område	1,00	1,00
Nord-Trøndelag HF-område	1,01	0,92
Helgeland HF-område	1,11	0,95
Nordland HF-område	1,08	0,96
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	1,09	0,98
Finnmark HF-område	1,14	1,03
Landet	1,00	1,00

Tabell 9.22 Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

Helseforetaksområde	Helsestasjons- og skolehelse-tjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	Sum årsverk barn og unge	Sum årsverk totalt
Østfold HF-område	79	93	12	184	638
Akershus HF-område	39	62	14	115	408
Asker og Bærum HF-område	27	12	13	52	370
Oslo og Follo HF-område	115	294	41	449	1 640
Innlandet HF-område	82	152	29	262	1 106
Buskerud HF-område	21	44	4	68	224
Ringerike HF-område	22	22	6	50	143
Blefjell HF-område	26	50	13	89	323
Vestfold HF-område	70	76	50	197	547
Telemark HF-område	24	82	18	125	552
Sørlandet HF-område	73	70	13	156	708
Stavanger HF-område	48	101	5	154	673
Fonna HF-område	32	52	7	91	404
Bergen HF-område	65	87	10	162	790
Førde HF-område	23	27	8	58	370
Sunnmøre HF-område	33	41	12	86	362
Nordmøre og Romsdal HF-område	36	41	12	88	382
St. Olavs Hospital HF-område	50	97	25	172	761
Nord-Trøndelag HF-område	34	48	12	94	378
Helgeland HF-område	18	12	8	38	168
Nordland HF-område	54	49	9	112	359
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	35	63	6	103	499
Finnmark HF-område	20	31	6	57	225
Landet	1 025	1 604	332	2 961	12 029

Datakilde: SINTEF.

Tabell 9.23 Antall årsverk fordelt på tiltakskategorier i tjenester for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

Helseforetaksområde	Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne	Aktivitets-senter og/eller dagsenter	Andre aktiviteter, kultur og fritids-tilbud	Kom-munalt tilrette-lagte arbeids-tiltak	Sum årsverk voksne
Østfold HF-område	191	192	40	8	23	454
Akershus HF-område	108	132	26	11	16	292
Asker og Bærum HF-område	123	104	45	13	33	318
Oslo og Follo HF-område	360	693	69	10	59	1 191
Innlandet HF-område	220	462	68	37	56	843
Buskerud HF-område	75	63	16	2	1	156
Ringerike HF-område	23	49	13	5	3	93
Blefjell HF-område	100	87	21	7	18	234
Vestfold HF-område	179	112	30	7	22	350
Telemark HF-område	215	167	17	8	19	427
Sørlandet HF-område	186	270	60	14	23	553
Stavanger HF-område	267	179	39	9	25	520
Fonna HF-område	167	101	30	7	8	313
Bergen HF-område	288	225	62	11	42	628
Førde HF-område	125	125	41	12	10	311
Sunnmøre HF-område	92	139	30	5	11	276
Nordmøre og Romsdal HF-område	129	106	34	8	17	294
St. Olavs Hospital HF-område	265	152	101	13	59	590
Nord-Trøndelag HF-område	123	105	22	11	23	284
Helgeland HF-område	43	61	14	3	10	131
Nordland HF-område	126	81	26	4	10	247
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	198	131	42	9	16	396
Finnmark HF-område	57	89	13	3	5	168
Landet	3 662	3 824	858	217	509	9 069

Datakilde: SINTEF.

Tabell 9.24 Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

Helseforetaksområde	A	B	C	D	E	F	G	H	Sum antall årsverk
Østfold HF-område	5,1	20,7	17,3	51,7	2,5	14,8	58,6	13,6	184,2
Akershus HF-område	1,0	1,3	10,7	38,7	12,3	7,0	27,3	24,4	122,7
Asker og Bærum HF-område	0,0	0,1	6,2	8,0	11,2	5,6	11,3	9,5	51,9
Oslo og Follo HF-område	14,4	31,3	43,2	155,3	20,9	23,8	131,9	28,5	449,3
Innlandet HF-område	5,7	13,0	27,2	119,9	9,0	6,3	50,4	16,7	248,1
Buskerud HF-område	2,0	6,8	11,0	15,0	5,8	0,0	20,9	6,3	67,8
Ringerike HF-område	3,9	8,7	5,8	17,4	1,9	0,2	5,7	6,2	49,8
Blefjell HF-område	2,2	12,5	12,6	12,8	0,0	2,3	26,5	20,3	89,2
Vestfold HF-område	0,0	10,6	19,7	68,7	6,2	7,8	32,1	51,8	196,9
Telemark HF-område	0,0	2,8	22,8	68,1	3,3	0,5	25,9	1,2	124,6
Sørlandet HF-område	1,1	7,3	31,9	57,5	6,0	13,2	34,7	5,1	156,7
Stavanger HF-område	2,5	17,5	14,1	33,3	17,4	18,0	35,5	13,3	151,5
Fonna HF-område	1,3	19,3	15,5	30,9	7,3	2,6	10,8	3,2	90,9
Bergen HF-område	4,3	12,0	13,5	64,9	18,3	12,8	22,1	14,3	162,1
Førde HF-område	1,2	4,7	7,4	21,4	5,2	0,7	13,3	4,1	58,0
Sunnmøre HF-område	0,0	7,4	6,4	38,8	2,6	0,6	20,3	9,1	85,2
Nordmøre og Romsdal HF-område	0,0	6,0	6,4	43,4	2,7	3,6	16,6	11,5	90,2
St. Olavs Hospital HF-område	4,4	12,7	26,2	70,1	14,0	17,0	16,2	11,1	171,6
Nord-Trøndelag HF-område	2,9	10,7	10,9	35,6	0,8	3,5	14,7	8,5	87,5
Helgeland HF-område	0,0	0,9	2,5	16,6	0,0	2,1	9,3	2,1	33,5
Nordland HF-område	1,0	9,6	9,9	72,1	2,8	5,5	1,5	4,2	106,5
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	1,6	24,8	16,0	33,8	4,2	1,2	6,5	14,3	102,3
Finnmark HF-område	0,7	2,5	6,9	24,9	1,5	1,2	11,4	7,7	56,8
Landet	55,3	243,0	344,0	1 098,7	155,9	150,3	603,2	286,9	2 937,2

A = Helse-/ sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **B** = Helse-/sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **C** = Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **D** = Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **E** = Psykologer. **F** = Andre med høgskole-/ universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. **G** = Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. **H** = Andre.

Tabell 9.25 Antall årsverk fordelt på utdanningskategorier i det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene. Helseforetaksområder. 2007

Helseforetaksområde	A	B	C	D	E	F	G	H	Sum antall årsverk
Østfold HF-område	57,4	106,4	97,8	106,5	0,0	15,6	19,1	51,4	454,1
Akershus HF-område	37,7	65,4	50,2	73,5	3,0	6,5	15,2	34,4	285,9
Asker og Bærum HF-område	18,8	47,9	67,6	64,6	2,0	8,5	74,9	34,0	318,3
Oslo og Follo HF-område	71,4	192,4	199,9	372,7	5,7	33,5	143,5	173,5	1 192,6
Innlandet HF-område	116,6	224,2	168,9	186,9	0,5	22,5	36,9	87,0	843,3
Buskerud HF-område	24,5	27,8	35,6	30,0	0,0	0,0	25,9	12,3	156,0
Ringerike HF-område	20,6	16,9	21,1	18,1	0,0	0,8	2,3	13,8	93,6
Blefjell HF-område	52,1	62,2	34,2	36,2	0,0	2,5	18,8	27,4	233,3
Vestfold HF-område	29,2	81,6	65,2	80,5	1,4	5,8	14,9	71,5	350,0
Telemark HF-område	79,7	101,2	40,7	83,7	0,0	3,0	37,2	81,2	426,7
Sørlandet HF-område	47,9	106,4	150,0	157,6	0,1	11,6	31,2	46,8	551,5
Stavanger HF-område	53,3	129,1	113,6	154,2	1,1	6,2	22,3	40,0	519,8
Fonna HF-område	56,6	70,9	76,0	65,4	0,0	0,6	10,3	33,6	313,4
Bergen HF-område	77,2	135,9	124,6	175,9	0,5	2,1	35,4	76,3	627,9
Førde HF-område	32,7	92,9	40,1	77,6	0,0	2,4	11,9	47,7	305,2
Sunnmøre HF-område	21,0	85,1	53,0	66,4	0,9	1,7	15,8	31,4	275,3
Nordmøre og Romsdal HF-område	50,4	43,5	53,5	99,8	1,5	0,6	14,6	29,4	293,3
St. Olavs Hospital HF-område	78,0	105,4	121,5	167,2	6,6	41,2	30,3	38,1	588,3
Nord-Trøndelag HF-område	46,8	84,3	44,5	67,8	0,0	16,0	3,3	24,4	287,0
Helgeland HF-område	17,5	24,6	49,1	13,9	0,0	1,1	12,5	11,5	130,2
Nordland HF-område	25,8	62,6	52,5	61,5	0,0	1,5	6,2	30,5	240,6
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	43,4	70,2	98,5	96,9	0,1	23,3	17,6	45,4	395,4
Finnmark HF-område	15,9	36,6	38,5	30,7	0,0	0,5	3,0	42,0	167,0
Landet	1 074,4	1 973,1	17 96,5	2 287,3	23,4	207,5	602,9	1 083,3	9 048,4