

Dette er fjerde SINTEF-rapport i serien som dokumenterer og analyserer utviklingen i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene. Prosjektet utføres på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapporten inneholder analyser av kommunal variasjon i årsverksinnsats i perioden 2007-2010 og deskriptiv presentasjon av data gruppert etter fylke, kommunestørrelse, KOSTRA-gruppe, helseregion og helseforetaksområde.

For 2010 rapporterte landets kommuner om totalt 12 195 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. 9 492 årsverk (78 %) var knyttet til tjenester for voksne, 2 703 årsverk (22 %) var knyttet til tjenester for barn og unge. Økningen i årsverksinnsatsen fra 2009 til 2010 er på 0,5 % totalt, med en økning på 1,1 % i tjenester for voksne og en reduksjon på 1,5 % i tjenester for barn og unge.

Det har vært en årlig reduksjon i antall årsverk i tjenester for barn og unge siden 2007. Reduksjonen kommer hovedsakelig i de aller største kommunene, og innen behandling og oppfølging mv. Økningen i ressursinnsats i tjenester for voksne skyldes at det har blitt flere årsverk i boliger med fast personell. Større kommuner har lavere årsverksinnsats per innbygger enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørsels-forhold. Høy andel eldre betyr høyere årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

I 2010 har 56 % av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne høyskole/universitetsutdanning, mens dette gjelder 83 % av årsverkene som går til barn og unge. Færre årsverk med høyere utdanning i tjenester til voksne enn til barn og unge kompenseres delvis for med en høy andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid i tjenester rettet mot voksne (37 % for voksne mot 24 % for barn og unge).

ISBN: 978-82-14-05237-4



9788214 052374



# Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

Silje L. Kaspersen og Solveig Osborg Ose



# Rapport

## Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

EMNEORD:  
Psykisk helsearbeid  
Kommunale tjenester  
Dokumentasjon  
Deskriptiv statistikk  
Paneldatanalyser  
Tverrsnittsanalyser

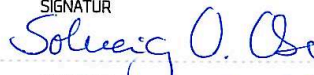
VERSJON  
1DATO  
19. desember 2011FORFATTERE  
Silje L. Kaspersen og Solveig Osborg OseOPPDRAKSGIVER(E)  
HelseledelseOPPDRAKSGIVERS REF.  
Kari Aanjesen Dähle, Jan TvedtPROSJEKTNR  
60H215ANTALL SIDER OG VEDLEGG:  
185**SAMMENDRAG**

Rapporten presenterer analyser og deskriptive framstillinger av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene for årene 2007 til 2010. I 2010 var det 12 195 årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene – fordelt på 2 703 årsverk i tjenester for barn og unge, og 9 492 årsverk i tjenester for voksne. Antall årsverk i psykisk helsearbeid har ligget relativt stabilt de siste fire årene. Vi ser imidlertid at årlig årsverksreduksjon i tjenester til barn og unge er i ferd med å bli en trend. Fra 2009 til 2010 ser vi en tendens til at det ansettes flere årsverk i boliger med fast personell i tjenester for voksne.

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

PROSJEKTLEDER  
Solveig Osborg Ose

SIGNATUR

KONTROLLERT AV  
Birgitte Kälseth

SIGNATUR

GODKJENT AV  
Randi Eidsmo Reinertsen

SIGNATUR

RAPPORTNR  
SINTEF A21131ISBN  
978-82-14-05237-4GRADERING  
ÅpenGRADERING DENNE SIDE  
Åpen



# Forord

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

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

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

I tråd med samhandlingsreformen har vi i større grad gått over til å se årsverkene i kommunene i sammenheng med årsverkene i spesialisthelsetjenesten, og tallene både fra psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid er i denne rapporten sammenstilt på helseforetaksområde for perioden 2007 til 2010.

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

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

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

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

15. november 2011

Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b>	<b>2</b>
<b>TABELLOVERSIKT</b>	<b>4</b>
<b>FIGUROVERSIKT</b>	<b>6</b>
<b>SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER</b>	<b>9</b>
<b>1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN</b>	<b>19</b>
1.1 Bakgrunnen for opptrappingsplanen	19
1.2 Fra øremerking til rammefinansiering	20
1.3 Om rapporteringen	21
1.4 Utvalgte analyser fra tidligere rapporter i serien	22
1.4.1 Hvorfor så stor variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner	22
1.4.2 Overgang fra øremerking til rammefinansiering	23
1.4.3 Individuell plan	23
1.4.4 Uføre med psykiske lidelser	24
1.4.5 Pasienter i psykisk helsevern og brukere i kommunalt psykisk helsearbeid	25
1.4.6 Kommunale årsverk etter helseforetaksområde	25
1.4.7 Avgrensninger til rusfeltet	25
<b>2 DATAGRUNNLAG</b>	<b>27</b>
2.1 Innledning	27
2.2 Datainnsamling	28
2.3 Kvalitetskontroll av datagrunnlaget	29
<b>3 NASJONALE TALL</b>	<b>33</b>
3.1 Brukermedvirkning	33
3.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	34
3.3 Årsverksinnsats – Fordelt på tiltak	36
3.3.1 Tiltak og tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker	37
3.3.2 Tiltak og tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker	38
3.4 Årsverksinnsats – Fordelt på utdanning	40
3.4.1 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til voksne	40
3.4.2 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til barn og unge	41
3.5 Antall mottakere av støttekontakt	43
3.6 Organisering av det psykiske helsearbeidet	44
3.7 Oppsummering	46
<b>4 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTER</b>	<b>47</b>
4.1 Innledning	47
4.2 Utvikling i PHV og PHA i perioden 2007-2010 etter helseregion – tjenester til voksne	50
4.3 Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2010 etter helseregion – tjenester til barn og unge	52
4.4 Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2010 etter helseforetaksområde – tjenester til voksne	53
4.5 Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2010 etter helseforetaksområde – tjenester til barn og unge	57
4.6 Oppsummering	60
<b>5 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?</b>	<b>63</b>
5.1 Innledning	63
5.2 Tidligere forskning	64
5.3 Ekstremverdier og outliers	65
5.3.1 Tjenester og tiltak rettet mot voksne	66
5.3.2 Tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	68
5.4 Heteroskedastisitet	69
5.4.1 Metodisk løsning for å ta hensyn til outliers og heteroskedastisitet	71
5.5 Teoretisk modell	72
5.6 Operasjonalisering og empirisk tilnærming	73

<b>5.7</b>	<b>Resultater</b>	<b>76</b>
5.7.1	Tverrsnittsanalyser	76
5.7.2	Paneldataanalyse	78
<b>5.8</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>80</b>
<b>6</b>	<b>UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2010</b>	<b>81</b>
<b>6.1</b>	<b>Årsverk 2007-2010 etter fylke</b>	<b>81</b>
<b>6.2</b>	<b>Årsverk 2007-2010 etter kommunestørrelse</b>	<b>83</b>
<b>6.3</b>	<b>Årsverk 2007-2010 etter KOSTRA-gruppe</b>	<b>84</b>
<b>6.4</b>	<b>Årsverk 2007-2010 etter helseforetaksområde</b>	<b>85</b>
<b>6.5</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>86</b>
<b>7</b>	<b>VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2010</b>	<b>87</b>
<b>7.1</b>	<b>Hvordan sammenlikne kommuner</b>	<b>87</b>
<b>7.2</b>	<b>Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid</b>	<b>90</b>
7.2.1	Fylkesvise forskjeller	90
7.2.2	Kommunestørrelse	92
7.2.3	KOSTRA-Gruppe	93
7.2.4	Helseregion	95
<b>7.3</b>	<b>Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge</b>	<b>97</b>
7.3.1	Fylkesforskjeller	98
7.3.2	Kommunestørrelse	99
7.3.3	KOSTRA-gruppe	100
7.3.4	Helseregion	101
<b>7.4</b>	<b>Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester</b>	<b>101</b>
7.4.1	Årsverk til voksne fordelt på ulike tiltak	102
7.4.2	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak	108
<b>7.5</b>	<b>Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper</b>	<b>113</b>
7.5.1	Årsverk totalt	114
7.5.2	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne	124
7.5.3	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	136
<b>7.6</b>	<b>Antall mottakere av individuell støttekontakt</b>	<b>146</b>
7.6.1	Fylkesforskjeller	147
7.6.2	Kommunestørrelse	148
7.6.3	KOSTRA-gruppe	149
<b>7.7</b>	<b>Organisering av tjenestene</b>	<b>151</b>
7.7.1	Fylkesforskjeller	151
7.7.2	Kommunestørrelse	152
7.7.3	KOSTRA-gruppe	153
7.7.4	Helseregion	154
<b>7.8</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>155</b>
	<b>REFERANSER</b>	<b>158</b>
	<b>VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2010</b>	<b>161</b>
	<b>VEDLEGG 2: ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNINGSGRUPPER</b>	<b>171</b>
	<b>VEDLEGG 3: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2010</b>	<b>173</b>

# Tabelloversikt

Tabell 2.1	Innhold i rapporteringen IS-24 i 2010.....	31
Tabell 3.1	Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2010 (i 1 000 kroner) .....	33
Tabell 3.2	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2010 .....	34
Tabell 3.3	Antall rapporterte årsverk i perioden 2007-2010 i kommunalt psykisk helsearbeid .....	36
Tabell 3.4	Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2010. Alle kommuner .....	37
Tabell 3.5	Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2010. Alle kommuner.....	38
Tabell 3.6	Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2010. Alle kommuner	38
Tabell 3.7	Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2010. Alle kommuner	39
Tabell 3.8	Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2010. Alle kommuner .....	40
Tabell 3.9	Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2010. Alle kommuner .....	40
Tabell 3.10	Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner .....	41
Tabell 3.11	Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner .....	42
Tabell 3.12	Andel årsverk med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2010.....	42
Tabell 3.13	Antall personer som har støttekontakt.....	43
Tabell 3.14	Antall personer som har støttekontakt, rapportert og faktisk endring, 2007-2010.....	44
Tabell 3.15	Antall kommuner i hver organiseringskat. i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2010.....	45
Tabell 3.16	Andel kommuner i hver organiseringskat. i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2010.....	45
Tabell 4.1	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne .....	50
Tabell 4.2	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger.....	50
Tabell 4.3	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge .....	52
Tabell 4.4	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbygger.....	52
Tabell 4.5	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne .....	54
Tabell 4.6	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger.....	55
Tabell 4.7	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge .....	57
Tabell 4.8	Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge per 10 000 barn og unge innbygger .....	58
Tabell 5.1	Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne og Cook's D .....	67
Tabell 5.2	Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn/unge og Cook's D .....	69
Tabell 5.3	Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne per innbygger over 18 år .....	76
Tabell 5.4	Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger under 18 år.....	77
Tabell 5.5	Resultat fra regresjonsanalyser, panelanalyse .....	79
Tabell 7.1	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2010 .....	90
Tabell 7.2	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommunestørrelse 2010 .....	92

Tabell 7.3	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Kostra-gruppe, 2010.....	93
Tabell 7.4	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2010 .....	96
Tabell 7.5	Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2010.....	102
Tabell 7.6	Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010.....	104
Tabell 7.7	Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010 .....	105
Tabell 7.8	Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010 .....	107
Tabell 7.9	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010 ....	108
Tabell 7.10	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010 .....	109
Tabell 7.11	Årsverk til barn og unge per 1 000 innb. og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010	111
Tabell 7.12	Årsverk til barn og unge per 1 000 innb. og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010 ....	112
Tabell 7.13	Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2010 .....	114
Tabell 7.14	Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2010 .....	115
Tabell 7.15	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2010 .....	118
Tabell 7.16	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2010 .....	118
Tabell 7.17	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, Kostragruppe, 2009.....	120
Tabell 7.18	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, Kostragruppe, 2010.....	121
Tabell 7.19	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2010.....	122
Tabell 7.20	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2010.....	123
Tabell 7.21	Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2010 .....	125
Tabell 7.22	Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2010 ...	126
Tabell 7.23	Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskat., antall, kommunestørrelse, 2010 .....	129
Tabell 7.24	Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskat., prosent, kommunestørrelse, 2010 ..	129
Tabell 7.25	Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskat., antall, Kostragruppe, 2010...	131
Tabell 7.26	Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskat., prosent, Kostragruppe, 2010	132
Tabell 7.27	Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskat., antall, helseregion, 2010.....	134
Tabell 7.28	Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskat., prosent, helseregion, 2010...	134
Tabell 7.29	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2010.....	136
Tabell 7.30	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2010 .....	137
Tabell 7.31	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2010	140
Tabell 7.32	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgr., prosent, kommunestørrelse 2010....	140
Tabell 7.33	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, Kostragruppe, 2010 .....	142
Tabell 7.34	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2010 .....	142
Tabell 7.35	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2010 .....	144
Tabell 7.36	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2010 .....	145
Tabell 7.37	Mottakere av støttekontakt, antall, fylke, 2010 .....	147
Tabell 7.38	Resultat per 1 000 innbyggere (hhv. 0-17 år og 18 år og eldre), fylke, 2010 .....	148
Tabell 7.39	Mottakere av individuell støttekontakt, antall, fylke, 2010 .....	148
Tabell 7.40	Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1000 innb., kommunestørrelse, 2010 .....	149
Tabell 7.41	Antall mottakere av individuell støttekontakt, antall, Kostragruppe, 2010 .....	149
Tabell 7.42	Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, Kostragruppe, 2009 ....	150
Tabell 7.43	Mottakere av individuell støttekontakt, antall, helseregion, 2010.....	150
Tabell 7.44	Mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, helseregion, 2010 .....	150
Tabell 7.45	Valg av org.modell for voksne, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2010 .....	151
Tabell 7.46	Valg av org.modell for barn og unge, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2010 .....	152
Tabell 7.47	Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar prosent, kom.str, 2010 .....	152
Tabell 7.48	Valg av org. modell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2010 .....	153



Tabell 7.49	Valg av org.modell for voksne, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2010.....	153
Tabell 7.50	Valg av org.modell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2010 ..	154
Tabell 7.51	Valg av org.modell for voksne, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2010.....	154
Tabell 7.52	Valg av org.modell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2010 .....	154
Tabell v.1	Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne og barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner .....	171
Tabell v.2	Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne og barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner .....	171
Tabell v.3	Andel årsverk med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2010.....	172

## Figuroversikt

Figur 3.1	Antall rapporterte årsverk 2007-2010 i tjenester for voksne, barn/unge og totalt .....	35
Figur 3.2	Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2010 .....	37
Figur 3.3	Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2010 .....	39
Figur 4.1	Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 innbyggere.....	51
Figur 4.2	Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbyggere.....	53
Figur 4.3	Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne per 10 000 innbyggere 18+ etter HF-område.....	56
Figur 4.4	Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 innbyggere etter HF-område .....	59
Figur 5.1	Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne .....	66
Figur 5.2	Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge .....	68
Figur 5.3	Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne.	70
Figur 5.4	Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge .....	71
Figur 6.1	Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, fylke. 2007-2010 .....	82
Figur 6.2	Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, kommunestørrelse. 2007-2010.....	83
Figur 6.3	Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, Kostragruppe. 2007-2010.....	84
Figur 6.4	Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, Helseforetaksområde. 2007-2010.....	85
Figur 7.1	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2010.....	91
Figur 7.2	Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, fylke 2010 .....	91
Figur 7.3	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innb., komstr. 2010.....	92
Figur 7.4	Årsverk per 1 000 innb., tjenester for voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2010.....	93
Figur 7.5	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innb., Kostragruppe 2010.....	94
Figur 7.6	Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, Kostragruppe 2010.....	95
Figur 7.7	Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innb., helseregion, 2010.....	96
Figur 7.8	Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2010.....	97

Figur 7.9	Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2010.....	98
Figur 7.10	Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2010 .....	99
Figur 7.11	Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, Kostragruppe, 2010.....	100
Figur 7.12	Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2010.....	101
Figur 7.13	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2010 .....	103
Figur 7.14	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010 ..	104
Figur 7.15	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., Kostragruppe, 2010.....	106
Figur 7.16	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2010.....	107
Figur 7.17	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010.....	109
Figur 7.18	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010.....	110
Figur 7.19	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010 .....	112
Figur 7.20	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010 .....	113
Figur 7.21	Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2010 .....	116
Figur 7.22	Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010.....	117
Figur 7.23	Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2010	119
Figur 7.24	Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2010 .....	119
Figur 7.25	Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2010 .....	121
Figur 7.26	Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010	122
Figur 7.27	Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2010 .....	123
Figur 7.28	Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010 ...	124
Figur 7.29	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2010 ..	127
Figur 7.30	Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010 .....	128
Figur 7.31	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2010 .....	130
Figur 7.32	Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2010 .....	130
Figur 7.33	Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, Kostragruppe, 2010.....	132
Figur 7.34	Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010.....	133
Figur 7.35	Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010.....	135
Figur 7.36	Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010.....	135
Figur 7.37	Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2010 .....	138
Figur 7.38	Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010 .....	139
Figur 7.39	Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgr., barn og unge, komstr. 2010.....	141
Figur 7.40	Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2010 .....	141
Figur 7.41	Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgr., barn og unge, fylke, 2010 ....	143

<b>Figur 7.42</b>	<b>Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010.....</b>	<b>144</b>
<b>Figur 7.43</b>	<b>Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrer, barn og unge, helseregion, 2010.....</b>	<b>145</b>
<b>Figur 7.44</b>	<b>Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010.....</b>	<b>146</b>

## SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

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

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

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

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

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

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

barnehage-/skoleinnsats som for eksempel arbeid med primærforebyggende tiltak. Disse årsverkene er ikke omfattet av denne rapportering.

## OM RAPPORTEN OG DATAGRUNNLAGET

---

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

I denne rapporten ser vi først kort på hva rapporteringen inneholder av informasjon (kapittel 2). Deretter presenteres de nasjonale tallene (kapittel 3), med estimerte endringer fra 2007 til 2008 der det tas hensyn til endringene i rapporteringen. Kapittel 4-6 inneholder nye analyser basert på 2010-tallene, koblet mot andre datakilder. I kapittel 4 ser vi på sammenheng mellom årsverkene i spesialisthelsetjenesten (PHV) og i kommunene (PHA). I kapittel 5 ser vi nærmere på datagrunnlaget for kommunene og analyserer variasjonen i årsverkene mellom kommunene og over tid. I kapittel 6 gjør vi grafiske fremstillinger på utviklingen over tid for ulike grupperinger av kommunene. Kapittel 7 er ment som oppslagsverk, og her presenteres 2010-tallene basert på fire forskjellige inndelinger av kommunene (etter innbyggertall, etter fylke, etter Kostra-gruppe og etter helseregion). Grunnlagsdata og rapporteringsskjema ligger bakerst i rapporten.

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

## UTVIKLING I ANTALL ÅRSVERK

---

I 2007 rapporterte kommunene om totalt 12 029 årsverk i psykisk helsearbeid, der 25 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2008 ble det rapportert om 12 546 årsverk, der 23 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2009 ble det rapportert om 12 136 årsverk og 23 prosent gikk fortsatt til barn og unge. I 2010 går 22 prosent av de 12 195 årsverkene til barn og unge.

#### Antall rapporterte årsverk i 2007, 2008, 2009 og 2010 i kommunalt psykisk helsearbeid, prosentvis endring

	2007	2008	2009	2010	Estimert endring fra 2008 til 2009	Rapportert endring fra 2009 til 2010
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	0,3	1,1
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	-1,8	-1,5
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	-0,2	0,5

Bak de beskjedne endringene på nasjonalt nivå skjuler det seg forskjeller i utviklingen etter kommunistørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjoner i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller.

Kommunenes forventninger til utviklingen etter Opptappingsplanen er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt (Kalseth og Eikemo 2008). Resultatene fra undersøkelsen viste at flertallet trodde tilbudet ville forbli uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterte også at satsingen i tjenester for barn og unge ville øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel trodde satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt. Det blir viktig å følge utviklingen i de nærmeste årene, tendensene vi ser tre år etter Opptappingsplanens slutt, er at kommunene stadig ansetter flere årsverk i boliger for voksne, mens antall årsverk i tjenester for barn og unge har blitt redusert hvert år siden 2007.

#### HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATSEN MELLOM KOMMUNER?

Vi har i denne rapporten undersøkt datagrunnlaget nærmere, og i analyser med utgangspunkt i kommunaløkonomisk teori har vi utført både tverrsnittsanalyser og panelregresjoner. Analysene gir noen interessante funn.

Større kommuner har lavere årsverksinnsats enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold. Høy andel eldre betyr høy årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

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

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

Mange uføre i en kommune ser ut til å gi systematisk høyere årsverksinnsats i kommunens psykiske helsearbeid rettet mot voksne. Tjenester til barn og unge påvirkes ikke systematisk av andel uføre.

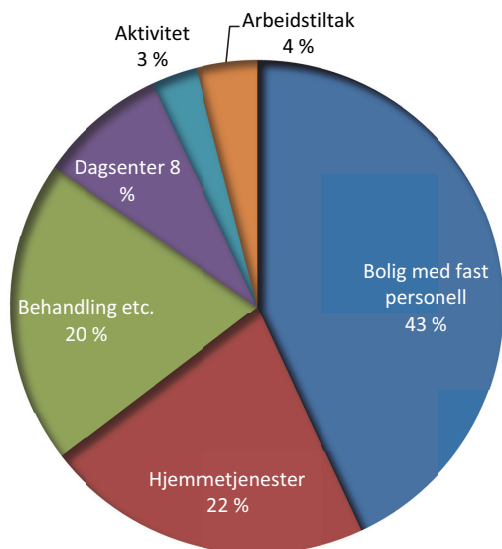
Dersom andel uføre er et godt mål på sosiale problemer og fattigdomsproblematikken som ofte diskuteres i Norge, burde kommuner med mange uføre sannsynligvis ha større innsats rettet mot barn og unge. Familiesituasjonen rundt uføre, og kanskje også sosialhjelpsmottakere, kan være et bedre mål på behovene enn kun andel uføre i befolkningen.

Vi vil i fremtidige analyser forsøke å innhente mer informasjon rundt disse forholdene og særlig hadde det vært viktig å se på udekkede behov i kommuner med mange uføre eller med mye sosiale problemer som ikke kompenserer (eller har ressurser til) flere årsverk i tjenestene rettet mot barn og unge med psykiske lidelser og problemer. Kunnskap om slike sammenhenger er viktig når en nå diskuterer Samhandlingsreformen, den nye helse- og omsorgstjenesteloven og det generelt økte fokuset på forebygging i både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

#### FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE I 2010

---

Av de 9 492 årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot voksne, går nå 43 prosent av årsverkene til boliger med fast personell. 22 prosent av årsverkene settes inn i hjemmetjenester, mens 20 prosent inngår i samlekategorien "Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse". Som figuren under viser, var 8 prosent av årsverkene i aktivitetssenter/dagsenter, 3 prosent innen arbeidstiltak og de resterende tre prosentene innen andre aktivitetstiltak.



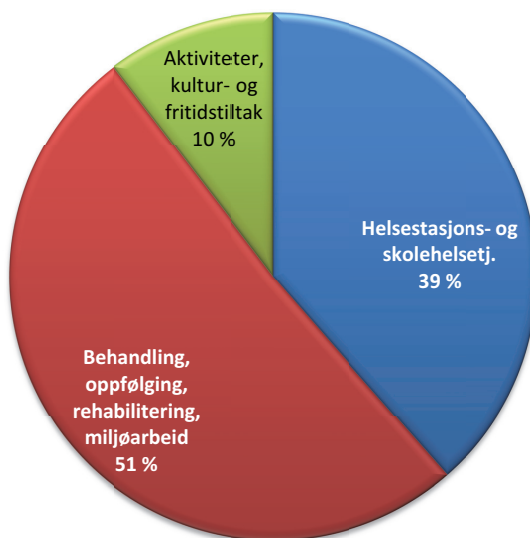
Utviklingen siste år er i retning av noen færre årsverk i dagsenter og arbeidstiltak (støttetjenester) og økning i årsverkene knyttet til bolig. Andel til hjemmetjenester er stabil. Når det har vært en

økning i andelen årsverk som går til bolig tjenester i 2010, henger nok dette også sammen med at flere av boligene som ble prosjektert i opptrappingsplanperioden ble ferdigstilt i 2009/2010. Som beskrevet i Kaspersen og Ose (2010), hadde 50 boliger finansiert av opptrappingsplanmidler fått utsettelse for bygging til 2009, bl.a. grunnet høyt press i boligmarkedet og mangel på utbyggere.

#### FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE I 2010

---

Av de 2 703 årsverkene som inngikk i tjenester og tiltak til barn og unge, ble i overkant av halvparten av årsverkene brukt til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. 39 prosent av årsverkene tilhører helsestasjons- og skolehelsetjeneste mens de øvrige årsverkene inngår i aktiviteter, kultur- og fritidstiltak.



Fordelingen på tjenester og tiltak har vært stabil i perioden 2007-2009, men andel av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt fra 35 prosent i 2007 til 39 prosent i 2010. I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen<sup>1</sup> i Helsedirektoratet bekymring for kapasiteten i skolehelsetjenesten, og påpekte at bemanningen minst bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende. Han oppfordret også landets kommuner til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid når man gikk over fra øremerking til rammefinansiering i 2009. Hvis trenden med økende andel årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsetter, kan det være et tegn

---

<sup>1</sup>Se: [http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon\\_og\\_skolehelsetjene/fagnytt/styrk\\_skolehelsetjenesten\\_317244](http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/fagnytt/styrk_skolehelsetjenesten_317244)



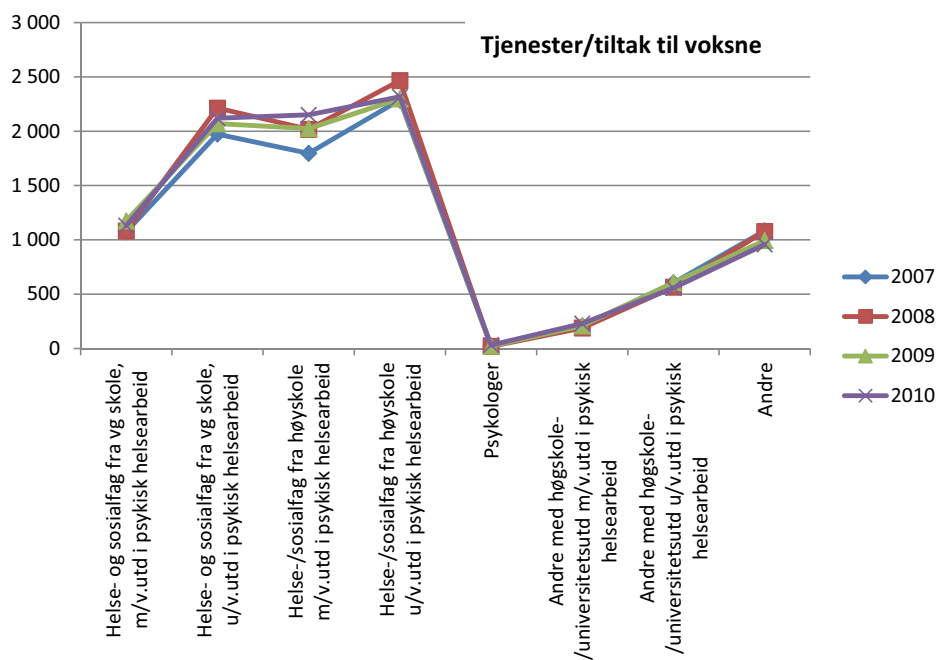
på at kommunene følger opp statlige myndigheters anbefalinger, og at psykisk helsearbeid på dette feltet prioriteres.

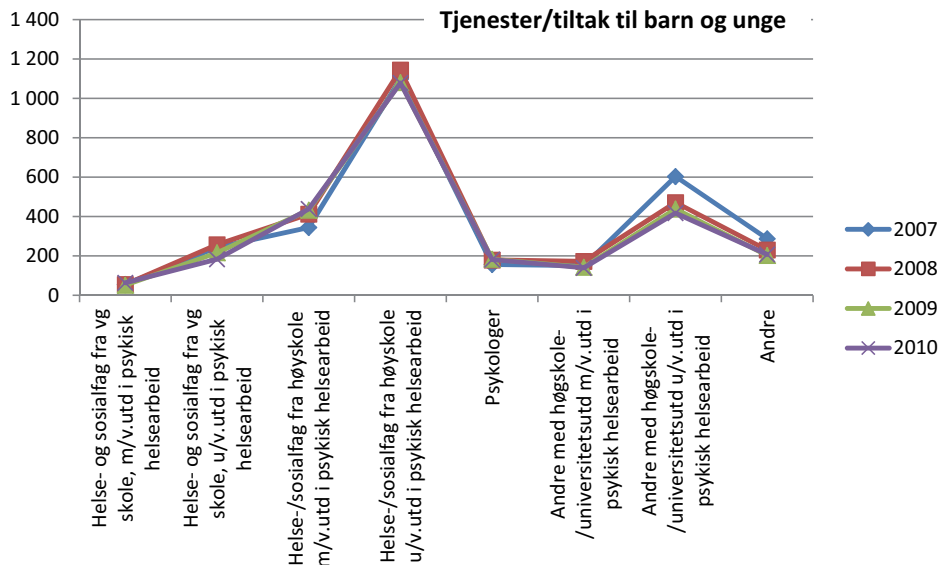
#### ÅRSVERK I KOMMUNENES PSYKISKE HELSEARBEID ETTER UTDANNING

I 2010 har 56 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne høyskoleutdanning, mens dette gjelder 83 prosent av årsverkene som går til barn og unge. Færre årsverk med høyskoleutdanning i tjenester til voksne enn til barn og unge kompenseres delvis for med en høy andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid i tjenester rettet mot voksne.

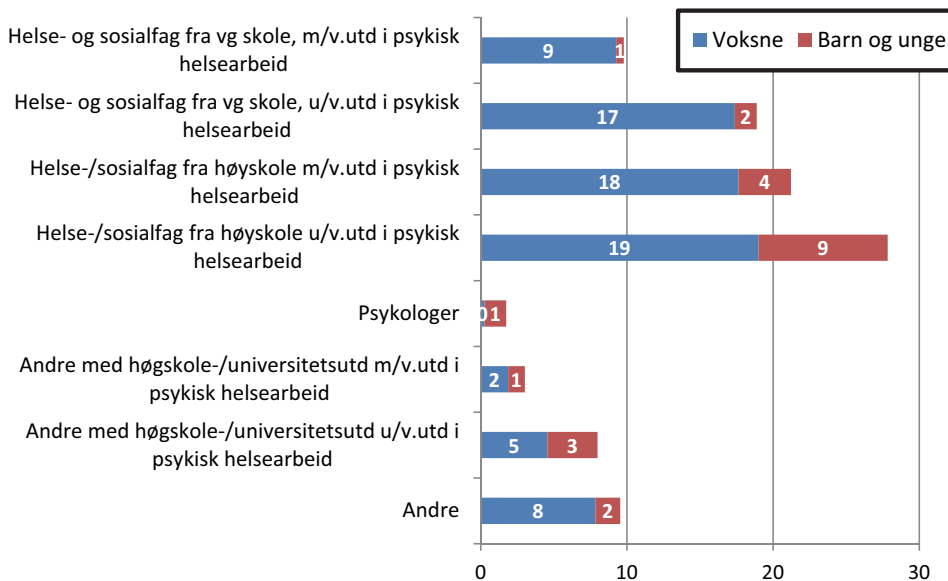
Vi finner også at det har vært en økning i både andel årsverk med videreutdanning og andel årsverk med høyskoleutdanning. Fra 2007 til 2009 har andelen videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 34 til 37 prosent i tjenester/tiltak til voksne og fra 19 til 24 prosent i tjenester/tiltak til barn og unge.

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





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



For eksempel viser figuren over at 28 prosent av alle årsverkene i kommunenes psykiske helsearbeid (12 195 årsverk) utføres av personer med helse-/sosialfag fra høyskole uten

videreutdanning i psykisk helsearbeid. 9 prosent av alle årsverkene utføres med denne type kompetanse i tjenester og tiltak til barn og unge. Under 2 prosent av årsverk utføres av psykologer og disse finnes stort sett i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det i 2010 rapportert om 212 psykologårsverk i tjenestene, der 31 av disse finnes i tjenester til voksne. I 2007 var det 179 psykologårsverk, noe som gir en økning på over 18 prosent fra 2007 til 2010. Økningen har i stor grad kommet innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

## PSYKOLOGER I KOMMUNENE

---

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekter de siste årene hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene<sup>2</sup>. Kommunene har blant annet hatt anledning til å søke om øremerkede midler fra Helsedirektoratet for rekruttering av psykologer. I dette prosjektet har vi ikke hatt som mål å systematisk undersøke årsaker til at rekruttering av psykologer har tatt tid. I vår kontakt med flere av kommunene har vi likevel spurt dem om rekrutteringen av psykologer. Da går det fram at det hovedsakelig er to årsaker til at man ikke har rekruttert (flere) psykologer. Som oftest handler det om at ingen søker på de utlyste stillingene (gjærne fordi de ønsker å være del av et større fagmiljø, og i kommunen blir de kanskje eneste psykolog), andre ganger handler det om at kommunene ser et større behov for personell med annen utdanning (f.eks. sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid), og prioriterer dette. Ordningen med øremerkede tilskudd til rekruttering av psykologer er under evaluering, og resultatene fra evalueringen vil gi bedre innsikt i denne problematikken.

Som vi ser av tabellene over var økningen fra 2009 til 2010 på 9 psykologårsverk i tjenester for voksne. Dette er den største absolutte økningen som har funnet sted i hele perioden. I november 2011 arrangerer Norsk Psykologforening sin andre nasjonale nettverkssamling for psykologer ansatt i kommunene, noe som i seg selv tyder på at kommunepsykologene er i ferd med å bli et eget "miljø". Vi har for øvrig en hypotese om at hendelsene 22. juli 2011 har synliggjort behovet for, og viktigheten av, psykologkompetanse ute i kommunene, og at dette kan komme til å ha en positiv effekt på rekrutteringen av psykologer til kommunehelsetjenesten.

## KONKLUSJON

---

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

---

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

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



# 1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

I dette kapitlet går vi gjennom bakgrunnen for datainnsamlingen som gjøres blant alle landets kommuner på psykisk helsearbeid.

## 1.1 BAKGRUNNEN FOR OPPTRAPPINGSPLANEN

I følge WHO har færre enn 28 % av landene i verden egne budsjett for helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Dette til tross for at rundt 10 prosent av verdens voksne befolkning til enhver tid opplever å ha en psykisk lidelse, og at én av fire vil utvikle en i løpet av livet (WHO, 2009). Målt som sykdomsbelastning er psykiske lidelser den mest kostbare sykdomsgruppen i Norge, med en samfunnsøkonomisk kostnad på 60-70 milliarder kroner per år (HOD, 2010a). I Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) ble det påpekt at kvaliteten og sammenhengen i helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser og problemer i Norge var under enhver kritikk. Løsningen ble klare kvantitative mål om opptrapping av tjenestetilbudet ved hjelp av årlige bevilgninger av øremerkede midler over statsbudsjettet (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

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

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

Også internasjonalt anbefales utbygging av primærhelsetjenesten (McDaid og Thorncroft, 2005). I WHO's World Health Report 2001 oppfordres verdens land til å bygge ned institusjonene og bygge ut primærhelsetjenesten - fordi denne type omsorg gir bedre livskvalitet hos pasientene, bedre ivaretagelse av menneskerettighetene og er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten (WHO, 2001). I 2001 hadde 17 av landene i Europa, nær 40 %, fortsatt ingen kommunebaserte helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer (ibid.). Vi kjenner ikke til oppdaterte statusrapporter på total innsats i kommunebasert psykisk helsearbeid i Europa. Mangelen på data generelt, og sammenliknbare tall spesielt, påpekes bl.a. i Braddick et al. (2009).

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

## 1.2 FRA ØREMERKING TIL RAMMEFINANSIERING

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

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

Øremerking av statlige midler kan også ha negative effekter. Det er ofte krav om kommunal medfinansiering når øremerkede midler fordeles, og dette kan både forsterke inntektsforskjeller

kommunene imellom, og føre til at kommuner velger å prioritere områder som utløser øremerkede midler - framfor andre områder som burde vært prioritert. I følge Kommuneproposisjonen 2011 (Prop. 24 S (2009-2010)) er finansiering gjennom skatteinntekter og rammetilskudd (frie inntekter) den mest kostnadseffektive måten å utnytte ressursene på; dersom en kommune effektiviserer en del av tjenesteområdet sitt, vil gevinsten forbli i kommunen. Slik stimulerer rammefinansiering til effektiv ressursutnyttelse; mest mulig tjenester for hver krone brukt. Lokalpolitikerne gis dessuten mulighet til selv å vurdere innbyggernes behov, og nærhet til beslutningsprosessen gir innbyggerne mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og prioriteringene lokalt. Rammefinansiering er også mindre administrativt krevende enn f.eks. øremerkede tilskudd (ibid.).

Kalseth og Eikemo (2008) har sett på holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008. De konkluderer med at virkemiddelbruken, i form av øremerkede midler, har vært effektiv, og har hatt en stor og økende oppslutning gjennom planperioden. Rapporteringskravene har vært nødvendige for å sikre at tilskuddene har gått til psykisk helsearbeid. Det har vært større grad av politisk oppmerksomhet om det psykiske helsearbeidet i store enn i små kommuner, og det er tendens til positiv samvariasjon mellom politisk oppmerksomhet og kommunenes egenfinansiering av tilbudet. I den samme undersøkelsen kommer det fram at det er liten tro på fortsatt vekst etter Opptappingsplanen, spesielt i tilbudet til voksne. Flertallet av rådmenn/administrasjonssjefer forventer at det psykiske helsearbeidet vil prioriteres omtrent som i 2008 de fem første årene etter Opptappingsplanens slutt, og at økonomi er den viktigste faktoren for utviklingen. De som forventer en styrket innsats i psykisk helsearbeid, oppgir behov foran økonomi som driver for utviklingen.

### 1.3 OM RAPPORTERINGEN

Til tross for at de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid f.o.m. 2009 ble innlemmet i kommunenes frie inntekter, fortsetter årsverksrapporteringen i psykisk helsearbeid. Tallene er basert på anslag fra kommunene gjort etter en detaljert veileder – for å sikre at man i størst mulig grad teller det samme i alle kommuner. Psykisk helsearbeid for voksne var organisert som egen tjeneste i 73 % av kommunene i 2009, i tjenester for barn og unge hadde 41 % av kommunene opprettet egen tjeneste, mens 50 % hadde integrerte tjenester her (Ose et al., 2011). Selv om det psykiske helsearbeidet er organisert i en egen tjeneste i mange kommuner, er det ikke nødvendigvis slik at alle ressurser som går til brukergruppen er samlet i denne tjenesten. Rapporteringen er derfor holdt utenfor KOSTRA-rapporteringen til Statistisk sentralbyrå. Rapporteringsskjema er gitt i Rundskriv IS-24/2010 fra Helsedirektoratet (se vedlegg).

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

Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele



befolkningen eller store grupper i et område, med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.

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

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

Innsamling av data og datakontroll er beskrevet nærmere i kapittel 2.

## 1.4 UTVALGTE ANALYSER FRA TIDLIGERE RAPPORTER I SERIEN

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

### 1.4.1 HVORFOR SÅ STOR VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER

Vi har i de tidligere rapportene tatt utgangspunkt i den store variasjonen i rapporterte årsverk mellom kommunene. Analysene har både vært kommunaløkonomiske tverrsnittsanalyser og etterhvert også panelanalyser når flere år har blitt tilgjengelig. Når flere år legges til datagrunnlaget, gir dette oss mulighet til å studere stabilitet i determinanter og ta i bruk nye estimeringsmetoder. Overføringen av finansieringen fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering gir i tillegg nye hypoteser i forhold til kommunenes tilpasning. Vi har sett på effekten av kommunale inntekter med fokus på eventuelle endringer over tid.

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

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

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

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

#### 1.4.2 OVERGANG FRA ØREMERKING TIL RAMMEFINANSIERING

---

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

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

#### 1.4.3 INDIVIDUELL PLAN

---

I tidligere rapporter har vi blant annet gjort beregninger på antall personer med psykiske lidelser som har rett til, eller har fått, utarbeidet Individuell Plan (IP). Der beregnet vi at det var i underkant av 21 000 mennesker med psykiske lidelser som av kommunene blir vurdert å ha rett til Individuell plan (IP). Dette betyr at rundt 21 000 mennesker i kommunene vurderes å ha behov for langvarige og sammensatte tjenester. Om lag 5 300 av disse er barn og unge (25 prosent). Dette betyr at nesten 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og i overkant av 0,4 prosent av voksenbefolkningen vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker. Basert på disse tallene og andre beregninger anslo vi at omtrent 14 prosent av voksne mennesker som mottar kommunale tjenester og tiltak, har fått utarbeidet Individuell plan med tiltak som er under gjennomføring i 2008. Blant barn og unge mennesker med psykiske lidelser og vansker som mottar kommunale tjenester og tiltak, anslår vi at 9 prosent har fått utarbeidet IP der tiltak er under gjennomføring. Vi fant videre at 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, har fått angitt koordinator. Vi beregnet også at 45 prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som vurderes å ha rett til IP, ikke har fått utarbeidet en plan med tiltak som er under gjennomføring. Vi mente at

årsaken til dette bør undersøkes videre. En forklaring kommunene oppgir er at det er svært mange som ikke ønsker å få utarbeidet IP i denne brukergruppen. Andre forklaringer kan være usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å igangsette arbeidet og på hvilket tidspunkt i kontaktføreløpet arbeidet med å utvikle IP skal iverksettes.

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

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

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

#### 1.4.4 UFØRE MED PSYKISKE LIDELSER

---

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

#### 1.4.5 PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN OG BRUKERE I KOMMUNALT PSYKISK HELSE-ARBEID

---

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

Vi undersøkte de 15 største kommunene og fant en positiv sammenheng mellom kommunal ressursinnsats og andel innbyggere i kommunen som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, men med noen unntak som bør undersøkes nærmere.

#### 1.4.6 KOMMUNALE ÅRSVERK ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE

---

Vi startet i rapporten basert på 2009-tallene å se på årsverksinnsats etter hvilket helseforetaksområde kommunene ligger i. Det er viktig å se kommunene i sammenheng med helseforetak og vi har i en annen rapport sammenholdt dette med årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Der dokumenterer vi at det er lite samsvariasjon i årsverksinnsatsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder årsverksinnsats til personer med psykiske lidelser og vansker. Vi finner også betydelig variasjon i årsverksinnsatsen i psykisk helsevern, men finner i liten grad systematisk sammenheng med behovene som antas å være i de ulike helseforetaksområdene. Vi planlegger samme presentasjon i videre rapporter.

#### 1.4.7 AVGRENSNINGER TIL RUSFELTET

---

Vi har i en tidligere rapport i denne serien sett på avgrensninger i forhold til rusfeltet. Dette er komplekst og uavklart i mange kommuner. Helsedirektoratet gjennomfører i år tilsvarende datainnsamling innenfor rusfeltet. Helsedirektoratet har tildelt oppdraget med kvalitetskontroll, sammenstilling og analyse av data til Rambøll AS og det henvises derfor til deres rapporter.



## 2 DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for analysene som er utført og presentert i rapporten. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives i det følgende.

### 2.1 INNLEDNING

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

Som henvist til i kapittel 1.3, er det krevende å inkludere denne rapporteringen i KOSTRA-rapporteringen til Statistisk sentralbyrå. Hovedårsaken er at psykisk helsearbeid ikke typisk foregår i en enkelt tjenesteenhet i kommunene. Dette er årsverk knyttet til tjenester og tiltak som er spredt mellom en rekke tjenester. En stor andel av årsverkene ligger for eksempel under pleie- og omsorgstjenester, og rapporteres allerede i KOSTRA, selv om det der ikke spesifiseres at dette er en del av kommunes psykiske helsearbeidstjenester. Spredningen på flere tjenester vanskeliggjør rapporteringen, og kommunene kan ikke enkelt plukke dette ut av sine system og rapportere entydige tall. Derfor må tallgrunnlaget baseres på anslag. Helsedirektoratet, i samarbeid med Fylkesmannen, har bestemt at det er fagpersonene i psykisk helsearbeid i kommunene som har det beste grunnlaget for å gjøre disse anslagene, og ikke administrativt personell som har ansvaret for kommunal rapportering generelt.

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

Når data skal brukes til å gjøre nasjonale anslag er det viktig å undersøke de store kommunene først fordi de står for den største andelen av data og dermed den største potensielle feilkilden. For at det skal være mulig å gjøre analyser av data på kommunalt nivå er det viktig å prioritere alle kommunene like høyt i kvalitetskontrollen. Målefeil i data kan bidra til feilaktige slutninger om årsverksinnsats og kommunale kjennetegn og resultater fra tverrsnittsanalyser er spesielt følsom for ekstreme observasjoner. Dette er grundig gått gjennom i kapittel 5.

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra mer enn 430 forskjellige kommuneansatte. I store kommuner er det mange personer som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er

opplagt at ikke alle 430 kommuner tolker veiledningen og praktiserer rapporteringen likt. Dette må vi være oss bevisst i enhver tolkning av resultater fra datamaterialet. Gjennom datakontrollen har vi opplevd at flere kommuner ønsker seg et skjema med større rom for å beskrive nyanser når kategoriene ikke passer. Det er også behov for å innhente informasjon knyttet til kvalitet i tjenestene – ikke bare kvantitet. Mange kommuner melder også tilbake til oss at de har behov for å formidle noe mer fra tjenestene enn kun årsverksinnsatsen. I revideringen av rapporteringsskjema for 2011 er disse behovene forsøkt hensyntatt, og skjemaet er utvidet til å kunne fange opp mer av det kvalitative innholdet i tjenestene. Rapporteringen synes nå så veletablert at det er mulig å innhente mer informasjon gjennom samme datainnsamling.

## 2.2 DATAINNSAMLING

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

Rundskriv IS-24/2010 er vedlagt rapporten og inneholder skjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, rapportering 2010" som kommunene skulle fylle ut for en representativ uke i 2010.

Frist for innsending av rapportering for 2010 ble satt til 15. februar 2011. Alle utfylte skjema skulle undertegnes/være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Rapporteringen foregår elektronisk ved at den enkelte kommune laster ned et Excel-skjema fra nettsidene til Helsedirektoratet, fyller ut og sender det til Fylkesmannen. Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen samler rapporteringen fra de enkelte kommunene og kontrollerer tallene så langt det er mulig, før de videresendes til Helsedirektoratet. Rådgiverne har egne kontaktpersoner i kommunene som forestår utfyllingen av skjema.

SINTEF mottok data mai-juni og gjennomførte i denne perioden grundig kvalitetskontroll av tallene. Vi går gjennom tallene både manuelt, gjennom automatiske kontroller, ved å koble på andre datakilder, sammenlikne kommuner etter ulike grupperinger og gjennom utvalgte analytiske tester. Spørsmålene til kommunene grupperes fylkesvis og sendes til rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen. De kontakter sine kontaktpersoner i kommunene, og enten får vi svar direkte fra de enkelte kommunene, eller samlet fra rådgiveren hos Fylkesmannen. SINTEF gjør nødvendige korrigeringer basert på tilbakemeldingene og sammenstiller tallene. Foreløpige tall og et notat ble oversendt til Helsedirektoratet 20. juni 2011. Vi delte her våre erfaringer fra kontrollarbeidet og gav konkrete råd for neste års skjema. I tillegg ble nasjonale tall og utvikling presentert i dette notatet. Endelige tall ble oversendt 1. september 2011, sammen med et notat som oppsummerte funn i kvalitetskontrollen. Vi vektla her de kvalitative tilbakemeldingene fra de mange kommunene vi snakket med i prosessen. Notatet ble senere distribuert fra Helsedirektoratet til alle rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen.

For å begrense rapporteringsbyrden for kommunene, og for å hindre direkte dobbelrapportering i forhold til KOSTRA, er det en del avgrensninger for hva som skal rapporteres. Dette er uendret fra

2008. F.eks. er ikke primærforebyggende arbeid inkludert i datagrunnlaget. Primærforebygging defineres, i følge veiledningen til rapporteringsskjema, som universelle eller generell tiltak. Dette er tiltak som rettes mot mulige vansker og lidelser før de oppstår, for eksempel nettverksbygging, styrking av samspill og tilknytning, fritids- og aktivitetstilbud til ungdom. Datamaterialet vi presenterer i denne rapporten inkluderer ikke allmennlegetjenesten, fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats. Innsats overfor målgruppen innen institusjoner eller merkantilt personale inngår ikke.

### 2.3 KVALITETSKONTROLL AV DATAGRUNNLAGET

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

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

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

- [NAVN på kommune] har fordelt 17.8 årsverk på tiltak, men har fordelt 22.6 årsverk på ulike utdanningsgrupper. Denne summen skal stemme. Fordel resterende årsverk
- [NAVN på kommune] har rapportert 5.6 årsverk fordelt på tiltak for barn og unge, men har fordelt bare 1.6 årsverk på ulike utdanningsgrupper for barn og unge. Hvor skal de resterende årsverkene?
- [NAVN på kommune] har hatt relativ sterk økning i antall voksne mottakere av støttekontaktjenester. [Fra 31 i 2009 til 41 i 2010]. Er dette en reell økning eller gjøres anslagene på en annen måte?
- [NAVN på kommune] har hatt sterk nedgang i antall voksne mottakere av støttekontaktjenester. [Fra 462 i 2009 til 225 i 2010]. Er dette en reell reduksjon eller gjøres anslagene på en annen måte?
- [NAVN på kommune] har en sterk økning i årsverksinnsatsen [fra 21 til 40]. Hva skyldes denne økningen?

Fylkesmennene får en oppsummering av kommunene i sitt fylke og skal gi tilbakemelding på dette. Eks: "Kommunene i [NAVN på fylke] rapporterte i 2009 totalt 294 årsverk. For 2010 er det rapportert totalt 247 årsverk. Dette betyr en nedgang på 16 %. Stemmer dette med ditt inntrykk av utviklingen? [Årsverk for voksne: Fra 228 til 187 årsverk i 2010. Dette betyr en nedgang på 18 %. For årsverk for barn og unge ble det i 2009 rapportert totalt 65 årsverk, mens det i 2010 ble rapportert om 60 årsverk. Dette betyr en nedgang på 8 % for årsverk til tjenester og tiltak for barn og unge]." Dette gjøres systematisk for alle fylker.



I tillegg spør vi alle rådgiverne hos Fylkesmannen noen felles spørsmål. I 2011-kontrollen (av data for 2010) spurte vi f.eks. alle rådgiverne følgende spørsmål:

- Er ditt inntrykk at alle kommunene nå beregner årsverksinnsatsen i henhold til veiledningen? ("Årsverk skal kun telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser").
- Er det kommuner i ditt fylke som har foretatt endringer i hvordan årsverkene blir rapportert fra 2009 til 2010? Hvis ja, på hvilken måte?
- Er det noe som fortsatt er uklart i veiledningen? På hvilke områder er det kommunene eventuelt tilbakemelder at de synes rapporteringen er vanskelig?
- Har du forslag til hvordan rapporteringsskjemaet og/eller rapporteringsprosessen kan bli bedre? (F.eks. forslag til nye spørsmål som bør inkluderes)
- Kan du gi en generell kommentar på hvordan dere opplevde utviklingen i sektoren fra 2009 til 2010?
- Kan du gi en generell kommentar på hvilket inntrykk dere har av kommunenes planer for psykisk helsearbeid-feltet de neste 5 årene? (Er det f.eks. forskjell på by/land-kommuner?)
- Sett bort fra økonomiske rammebetingelser, hvilke faktorer ser du som viktige for om en kommune prioriterer det psykiske helsearbeidet?

Kontrollen foregår videre i følgende faser:

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

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

**Tabell 2.1 Innhold i rapporteringen IS-24 i 2010**

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

For detaljerte spørsmålsformuleringer, se Rundskriv IS-24/2010 i vedlegg til rapporten. Veiledning til de ulike spørsmålene vises under hovedpunktene i neste kapittel der de nasjonale tallene presenteres.



## 3 NASJONALE TALL

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

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

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

### 3.1 BRUKERMEDVIRKNING

IS-24 starter med et spørsmål om hvor mye penger kommunene har bevilget til brukermedvirkning<sup>3</sup>. I 2010 bevilget kommunene 66,7 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form, drøyt 11 millioner mer enn i 2009. Hele denne veksten skyldes at Oslo kommune i forbindelse med 2010-rapporteringen har hatt en grundig gjennomgang av bruken av tilskudd, og funnet at det var flere bevilgninger som burde vært med, men som ikke er tatt med de foregående årene. Hvis vi tar hensyn til prisveksten, var den reelle økningen i bevilgninger til brukermedvirkning på 17 prosent fra 2009 til 2010.

Tabell 3.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2010 (i 1 000 kroner)

År	Nominelt beløp	Nominell endring	Reelle tall*	Reell endring*
2007	51 200		58 354	
2008	58 800	15	64 812	11
2009	55 300	-6	57 180	-12
2010	66 695	21	66 695	17

\*Inflasjonsjustert til 2010-kroner basert på prisindeks for kommunalt helsekonsum (Statistisk sentralbyrå).

<sup>3</sup> Jf. veiledningen: "Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.".

### 3.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Årsverkene som kommunene rapporterer i IS-24 skal telles i en representativ uke mot slutten av året.<sup>4</sup>

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

Tabell 3.2 viser at kommunene for 2010 rapporterte om totalt 12 195 årsverk i psykisk helsearbeid, og tallet er omtrent uendret fra 2009 og 2007. I 2008, siste året av Opptappingsplanen, ble det imidlertid rapportert om et noe høyere antall årsverk innenfor tjenester for voksne. Også fra 2009 til 2010 har det vært en økning i årsverk i tjenester for voksne, mens årsverk i tjenester for barn og unge synker noe.

**Tabell 3.2** Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2010

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

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

I figuren under er utviklingen illustrert grafisk.

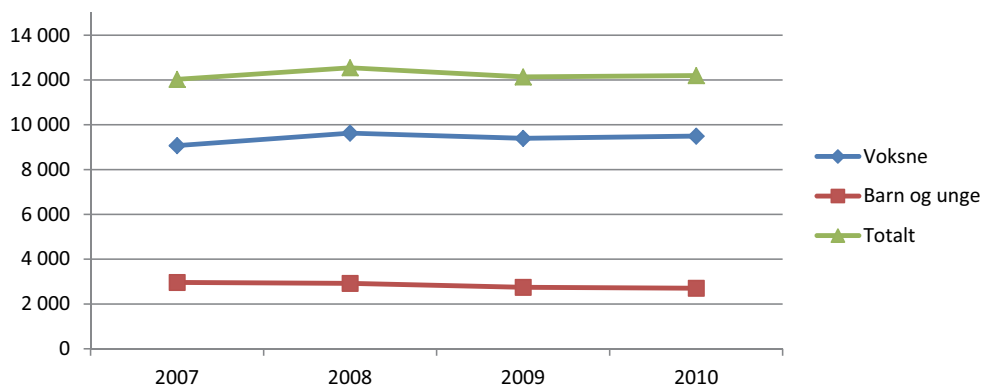
<sup>4</sup> i veiledningen står det: Vennligst ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 46, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 46 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

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

Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid



Figur 3.1 Antall rapporterte årsverk 2007-2010 i tjenester for voksne, barn/unge og totalt

Gjennom datakontrollen av IS24 er vi hyppig i kontakt med både rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen, og kontaktpersoner for rapporteringen ute i kommunene. Som oftest oppstår kontakten med kommunene på bakgrunn av at vi avdekker store endringer i tallene som rapporteres – sammenliknet med tidligere års rapportering. Svaret vi ofte får når vi spør om store endringer, er at rapporteringsmåten er endret fra forrige år. Dette kan skyldes at det er andre personer som har vært involvert i rapporteringen denne gang, eller at man har funnet nye, mer riktige inklusjonskriterier for årsverk i sin kommune, og at tallet som ble rapportert i fjor var over- eller underestimert. Fra flere kommuner får vi inn nye tall når de blir gjort oppmerksomme på hvor mye tallene har endret seg fra forrige år. De kommunene som mener endringene må skyldes endrede rapporteringsrutiner, og ikke en reell endring i antall årsverk, får en markør i vårt datasett. Alle kommuner vi markerer har selv bekreftet at endringene ev. ikke er reelle. For 2009-tallene var det 37 kommuner som rapporterte at endringen i utviklingen ikke skyldtes reell endring. Dette var en såpass stor andel, at vi fant det nødvendig å beregne både *rapportert* og *reell* utvikling. I 2010 var det kun et fåtall kommuner som til slutt framsto med en ikke-reell endring. Dette skyldes delvis at kommunene hadde bedre tid til å justere tallene i år (lengre kontrollperiode), delvis at rapporteringen begynner å bli godt innarbeidet. Rådgiverne hos Fylkesmannen får nå få spørsmål til denne rapporteringen. Vi har derfor valgt å presentere kun *rapporterte* tall for 2010.

Tabell 3.3 Antall rapporterte årsverk i perioden 2007-2010 i kommunalt psykisk helsearbeid

	2007	2008	2009	2010	Rapportert endring fra 2008 til 2009	Estimert endring fra 2008 til 2009	Rapportert endring fra 2009 til 2010
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	-2,4	0,3	1,1
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	-6,0	-1,8	-1,5
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	-3,3	-0,2	0,5

At nivået på antall årsverk i psykisk helsearbeid har ligget stabilt de siste par årene, stemmer godt med vårt generelle inntrykk av overgangen fra 2009 til 2010 ut fra vår kontakt med Fylkesmannen og kommunene. At veksten er størst i tjenester for voksne er også i tråd med de muntlige tilbakemeldingene – mange kommuner har ansatt mer personell i boligjenester. Antall årsverk for barn og unge går noe ned totalt, men helsestasjons- og skolehelsetjeneste styrkes noe – i tråd med nasjonale myndigheters anbefalinger. Mer om dette under.

### 3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

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

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

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

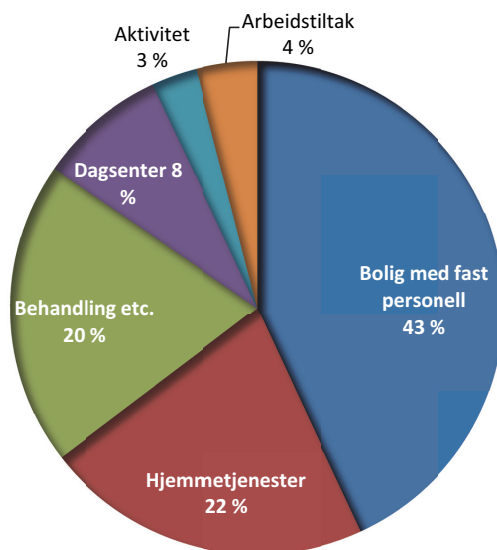
### 3.3.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

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

Tabell 3.4 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2010. Alle kommuner

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

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for voksne i 2010.



Figur 3.2 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2010

For å sammenlikne fordelingen på ulike tiltak mellom 2007, 2008, 2009 og 2010 slår vi sammen kategoriene Hjemmetjenester og Behandling etc i tabellen under.



**Tabell 3.5 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2010. Alle kommuner**

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

Tabellen viser at den andelsmessige fordelingen på type tiltak i tjenester for voksne har holdt seg svært stabil i disse fire årene. Bolig med fast personell har endret seg mest de siste to årene, og dette er helt klart en tendens vi sporet i mange av kommunene vi har snakket med i forbindelse med kvalitetskontrollen. Boligtjenester med fast personell er arbeidskraftintensive tjenester. Én bruker med døgkontinuerlig oppfølging kan f.eks. ha behov for 7 årsverk. Dette slår kraftig ut i de minste kommunene.

Når det har vært en økning i andelen årsverk som går til boligtjenester i 2010, henger sannsynligvis dette også sammen med at flere av boligene som ble prosjektert i opptrappingsplanperioden ble ferdigstilt i 2009/2010. Som beskrevet i Kaspersen og Ose (2010), hadde 50 boliger finansiert av opptrappingsplanmidler fått utsettelse for bygging til 2009, bl.a. grunnet høyt press i boligmarkedet og mangel på utbyggere.

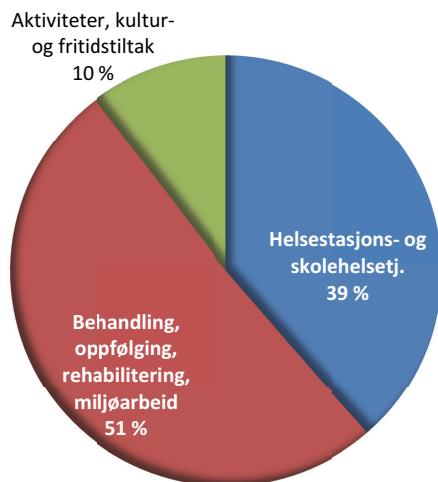
### 3.3.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

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

**Tabell 3.6 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2010. Alle kommuner**

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

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for barn og unge i 2010.



Figur 3.3 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2010

Tabell 3.7 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2010. Alle kommuner

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

I tjenester for barn og unge rapporteres det om en marginal styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenester i perioden 2007-2010, men en reduksjon i antall årsverk fra 2008 til 2010. Samtidig rapporteres det også om en lavere andel årsverk i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. Fra 2009 til 2010 økte antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 2,6 prosent, mens behandling m.m. og aktivitetstilbud sank med hhv. 3,6 og 5,5 prosent. Antall årsverk i tjenester for barn og unge for landet totalt ble redusert med 1,5 prosent fra 2009 til 2010.

I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen<sup>5</sup> i Helsedirektoratet bekymring for kapasiteten i skolehelsetjenesten, og påpekte at bemanningen minst bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende. Han oppfordret også landets kommuner til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid når man gikk over fra øremerking til rammefinansiering i 2009. Hvis trenden

<sup>5</sup>Se:

[http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon\\_og\\_skolehelsetjene/fagnytt/styrk\\_skolehelsetjenesten\\_317244](http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/fagnytt/styrk_skolehelsetjenesten_317244)

med økende andel årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsetter, kan det være et tegn på at kommunene følger opp statlige myndigheters anbefalinger, og at psykisk helsearbeid på dette feltet prioriteres. Samtidig er det et paradoks at økningen i helsestasjons- og skolehelsetjeneste går på bekostning av behandling og aktivitetstilbud – sett i lys av samhandlingsreformens fokus på kommunen som foretrukket behandlingssted og kommunen som forebygger (aktivitetstilbud).

### 3.4 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

Årsverkene som rapporteres skal også fordeles ut i fra hvilken utdanningsbakgrunn de ansatte har. I dette delkapitlet presenteres årsverk fordelt på utdanning i tjenester for hhv. voksne og barn og unge. En framstilling av årsverk fordelt på utdanningsgrupper totalt (samlet for både voksne og barn/unge) finnes i vedlegg 3 til rapporten.

#### 3.4.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

**Tabell 3.8** Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2010. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	1 074	1 082	1 174	1 130
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	1 973	2 213	2 069	2 119
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	1 796	2 017	2 024	2 150
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	2 287	2 466	2 299	2 317
Psykologer	23	19	22	31
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	207	188	208	229
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	603	565	605	557
Andre	1 083	1 077	993	957
<b>Totalt</b>	<b>9 048*</b>	<b>9 627</b>	<b>9 392</b>	<b>9 492</b>

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

Den prosentvise fordelingen i perioden 2007–2010 er vist i tabellen under, og vi ser at andelen er omtrent uendret for de fleste kategoriene i hele fireårsperioden.

**Tabell 3.9** Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2010. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	12	11	12	12
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	22	23	22	22
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	20	21	22	23
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	25	26	24	24
Psykologer	0,25	0,20	0,23	0,33
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	7	6	6	6
Andre	12	11	11	10
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

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

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekter de siste årene hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene<sup>6</sup>. Kommunene har blant annet hatt anledning til å søke om øremerkede midler fra Helsedirektoratet for rekruttering av psykologer. I dette prosjektet har vi ikke hatt som mål å systematisk undersøke årsaker til at rekruttering av psykologer har tatt tid. I vår kontakt med flere av kommunene har vi likevel spurt dem om rekrutteringen av psykologer. Da går det fram at det hovedsakelig er to årsaker til at man ikke har rekruttert (flere) psykologer. Som oftest handler det om at ingen søker på de utlyste stillingene (gjørne fordi de ønsker å være del av et større fagmiljø, og i kommunen blir de kanskje eneste psykolog), andre ganger handler det om at kommunene ser et større behov for personell med annen utdanning (f.eks. sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid), og prioriterer dette. Ordningen med øremerkede tilskudd til rekruttering av psykologer er under evaluering, og resultatene fra evalueringen vil gi bedre innsikt i denne problematikken.

Som vi ser av tabellene over var økningen fra 2009 til 2010 på 9 psykologårsverk i tjenester for voksne. Dette er den største absolutte økningen som har funnet sted i hele perioden. I november 2011 arrangerer Norsk Psykologforening sin andre nasjonale nettverkssamling for psykologer ansatt i kommunene, noe som i seg selv tyder på at kommunepsykologene er i ferd med å bli et eget "miljø". Vi har for øvrig en hypotese om at hendelsene 22. juli 2011 har synliggjort behovet for, og viktigheten av, psykologkompetanse ute i kommunene, og at dette kan komme til å ha en positiv effekt på rekrutteringen av psykologer til kommunehelsetjenesten.

### 3.4.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

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

**Tabell 3.10** Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	55	55	51	63
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	243	257	216	183
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	344	412	432	438
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 099	1 144	1 080	1 078
Psykologer	156	179	183	181
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v.utd i psykisk helsearbeid	150	172	142	139
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v.utd i psykisk helsearbeid	603	471	438	417
Andre	287	230	202	207
<b>Totalt</b>	<b>2 937*</b>	<b>2 920</b>	<b>2 744</b>	<b>2 703</b>

<sup>6</sup> Se mer om dette f.eks. i rapport fra Helsedirektoratet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse", 04/2009, og "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" Rapport IS-1565 fra 2008.

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

Andelsmessig ser fordelingen og utviklingen slik ut:

**Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner**

	2007	2008	2009	2010
Helse-/ sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2
Helse-/ sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	8	9	8	7
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	12	14	16	16
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	37	39	39	40
Psykologer	5	6	7	7
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	5	6	5	5
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	21	16	16	15
Andre	10	8	7	8
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

I tjenester for barn og unge er det noe færre (1/5) årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid fra universitet eller høyskole, sammenliknet med tjenester for voksne. Det er imidlertid et betraktelig høyere antall psykologer som arbeider med barn og unge i kommunene. 85 prosent av de tilsammen 212 psykologårsverkene rapportert for 2010, jobbet med barn og unge. Mens det i tjenester for voksne var en relativt kraftig økning fra 2009 til 2010, har nivået på psykologårsverk i tjenester til barn og unge ligget stabilt på rundt 180 siden 2008.

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

**Tabell 3.12 Andel årsverk med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2010**

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

### 3.5 ANTALL MOTTAKERE AV STØTTEKONTAKT

Spørsmål 19 og 20 i IS-24/2010 dreier seg om antall mottakere av støttekontakt. I følge spørsmålsveiledningen skal ikke deltakere i gruppebaserte tilbud rapporteres, kun mottakere av individuell støttekontakt. Utviklingen har vært som følger:

Tabell 3.13 Antall personer som har støttekontakt

	2007	2008	2009	2010
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231	8 434
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 045	3004
Totalt	12 187	12 461	11 276	11 438

Når vi ser at antallet mottakere av støttekontakt har blitt redusert fra 2007 til 2010, skyldes dette at mange kommuner har lagt om tilbudet fra å være individrettet til å bli gruppebasert. Følgende forklaring ble gitt av respondenter i to kommuner:

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

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

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

I kvalitetskontrollen hadde vi svært mange spørsmål som gikk på vesentlige endringer i antall støttekontaktmottakere, og de fleste av kommunene som ble spurt, kom tilbake med nye tall. Det var imidlertid seks kommuner som opplyste at endringen i antall mottakere av støttekontakter ikke var reell, uten at de oppgav nye tall. Dette gjaldt 3 kommuner for tjenester til barn og unge og 3 kommuner for tjenester til voksne. Flere av disse er imidlertid store kommuner (mange innbyggere), og ved å ekskludere disse kommunene når vi beregner endring, gir det utslag på den prosentvise endringen fra 2009 til 2010 i antall barn og unge som mottar støttekontakt (se tabell under). Den rapporterte endringen tilsier økt antall voksne og redusert antall barn og unge mottakere av støttekontakt, mens den estimerte endringen viser det motsatte.

**Tabell 3.14 Antall personer som har støttekontakt, rapportert og faktisk endring, 2007-2010**

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

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

### 3.6 ORGANISERING AV DET PSYKISKE HELSEARBEIDET

Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan man vil organisere tjenestene innen psykisk helsearbeid. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det naturlig at det finnes mange mulige organiseringsformer. Myrvold og Helgesen (2009) oppsummerer utvikling av det kommunale psykiske helsearbeidet gjennom opptrappingsplanperioden, og anbefaler at det psykiske helsearbeidet har en klar forankring i kommunen i form av enhetsledelse eller koordinator. Rapporten peker også på at det er et potensial for bedre samarbeid med tjenester utenfor kommunal sektor, samt at særlig små kommuner bør vurdere interkommunalt samarbeid på psykisk helsefeltet. Man kan lese mer om forskning, praksisseksempler og evalueringer av organisering av psykisk helsearbeid hos på <http://psykiskhelsearbeid.no/content/198/Organisering>.

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

Modell 1: Egen enhet med eget budsjett

Modell 2: Integrert i øvrige tjenester

Modell 3: Integrert med klar plassering av ansvaret

Modell 4: Egen spesialisert tjeneste

I 2009 ble antallet redusert til tre modelltyper, som også gjelder for rapporteringen i 2010:

#### **Modell 1: Egen enhet/tjeneste**

Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter f.eks. pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell. Tilsvarende modell 1 og 4 i rapporteringen for 2008 (IS-24/2008 spørsmål 26).

## Modell 2: Integrerte tjenester

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

## Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef

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

Dette betyr at Modell 1 og Modell 4 fra 2007 og 2008 er slått sammen, slik at både "Egen enhet med eget budsjett" og "Egen spesialisert tjeneste" nå er "Egen enhet/tjeneste". Vi har derfor slått sammen modell 1 og 4 for årene 2007 og 2008 for å kunne sammenlikne med 2009 og 2010. Av plasshensyn i tabellen viser vi utviklingen fra og med 2008, og ikke 2007.

Fordelingen av kommunene på de ulike modellene er vist i tabellene under.

**Tabell 3.15 Antall kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2010**

	Voksne			Barn og unge		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	332	316	329	217	176	169
Modell 2: Integrerte tjenester	63	77	78	175	215	236
Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef	25	26	20	28	28	22
Ikke svart/ingen passer/kombinasjon av flere (antall)	10	11	3	10	11	3
<b>Totalt</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>430</b>

**Tabell 3.16 Andel kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2010**

	Voksne			Barn og unge		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	77	73	77	50	41	39
Modell 2: Integrerte tjenester	15	18	18	41	50	55
Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef	6	6	5	7	7	5
Kombinasjon	2	3	1	2	3	1
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Som vist i tabell er det relativt stabilt i fordelingen av ulike modelltyper i tjenester og tiltak til voksne. I tjenester og tiltak til barn og unge kan vi spore en tendens til at flere kommuner integrerer tjenestene i andre tjenester heller enn å trekke ut tjenestene i egne enheter. Det motsatte er tilfelle i tjenester for voksne – disse er i større grad organisert som egne enheter. På 2010-tallene tok vi en ekstra purrerunde med de kommunene som ikke hadde svart på spørsmålene om organisering. Vi sto igjen med kun to kommuner (pluss Oslo) som ikke følte at noen av kategoriene passet for dem, og som dermed havnet i "kombinasjons-kategorien".



Oslo er blant kommunene vi har registrert som "ingen passer" fordi de 15 ulike bydelene ikke organiserer tjenestene på samme måte. I vedlegg til rapporten viser vi grunnlagsdata også på bydelsnivå for Oslo.

### 3.7 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på nasjonale tall sammenstilt for årene 2007, 2008, 2009 og 2010. Tallene viser at det har vært marginale endringer i utviklingen på nasjonalt nivå de siste fire årene, men noen tendenser spores:

- Antall årsverk i tjenester for barn og unge er på vei ned, mens antall årsverk i tjenester for voksne øker noe.
- Veksten i antall årsverk for voksne skyldes hovedsakelig at det har blitt ansatt flere i boliger med fast personell (de fleste boliger prosjektert under Opptappingsplanen er nå ferdigstilt).
- Andelen årsverk som går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har økt i perioden 2007-2010.
- Det har blitt flere psykologårsverk i tjenester for voksne fra 2009 til 2010, i tjenester for barn og unge er tallet stabilt. Det er i tjenester for barn og unge at over 85 prosent av psykologårsverkene befinner seg.
- Det rapporteres om færre mottakere av individuell støttekontakt i 2010 sammenliknet med 2007/2008. Mange kommuner legger om tilbudet til å bli gruppebasert, og slike tilbud telles ikke med i denne rapporteringen.
- En økende andel kommuner rapporterte at de organiserte psykisk helsearbeid for voksne i egne enheter i 2010, sammenliknet med 2009, mens psykiske helsearbeid for barn og unge i økende grad ser ut til å organiseres som integrerte tjenester. Tilbakemeldingene fra kommunene er at en del har vanskelig for å finne en modell som passer, og i neste års rapporteringsskjema vil det derfor gis større rom for å beskrive tjenestene i åpne spørsmål.

## 4 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALIST- HELSETJENESTER

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

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

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

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser, deres familier og nettverk.<sup>7</sup>

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

Årsverkstallene fra Spesialisthelsetjenesten er hentet fra Helsedirektoratets nettside<sup>8</sup> og fra tidligere Samdata-rapporter levert fra SINTEF. Inndelingen i helseforetaksområder er gjort på samme måte som for sammenlikningsdataene i spesialisthelsetjenesten for 2010.<sup>9</sup>

### 4.1 INNLEDNING

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

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

---

<sup>7</sup> Se Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (IS-1332) og Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405).

<sup>8</sup> <http://helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag>

<sup>9</sup> Takk til Per Bernard Pedersen i Helsedirektoratet for lån av syntaks for gruppering av kommuner i opptaksområder.

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

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

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

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

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

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har kommunene bygget opp tjenester for mennesker med psykiske lidelser og problemer. 2008 var siste året i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Gjennom Opptappingsplanen har kommunene mottatt øremerkede

midler. Justert for prisendring har det vært en vekst i tildeling og bruk av øremerkede midler på nær 2,7 milliarder kroner til psykisk helsearbeid. HelseDirektoratet har fulgt kommunene tett i perioden og det foreligger en detaljert oversikt over bruken av statlig øremerkede midler og måloppnåelse i det psykiske helsearbeidet i kommunene for hele perioden i form av årlige SINTEF-rapporter. Den siste rapporten viser hvorvidt målene i Opptappingsplanen ble nådd (Kaspersen & Ose, 2010).

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

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

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

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

Vi har nå satt sammen tall fra 2007-2010 både for spesialisthelsetjenesten og for psykisk helsearbeid i kommunene. Sammenstillingen er gjort basert på Helseforetaksstrukturen i 2010. Det betyr at kommunene som ligger i opptaksområdet til ett helseforetak (HF) i 2010, men et annet i 2008, er her plassert etter 2010-strukturen for at datagrunnlaget skal være sammenliknbart fra år til år.

## 4.2 UTVIKLING I PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2010 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL VOKSNE

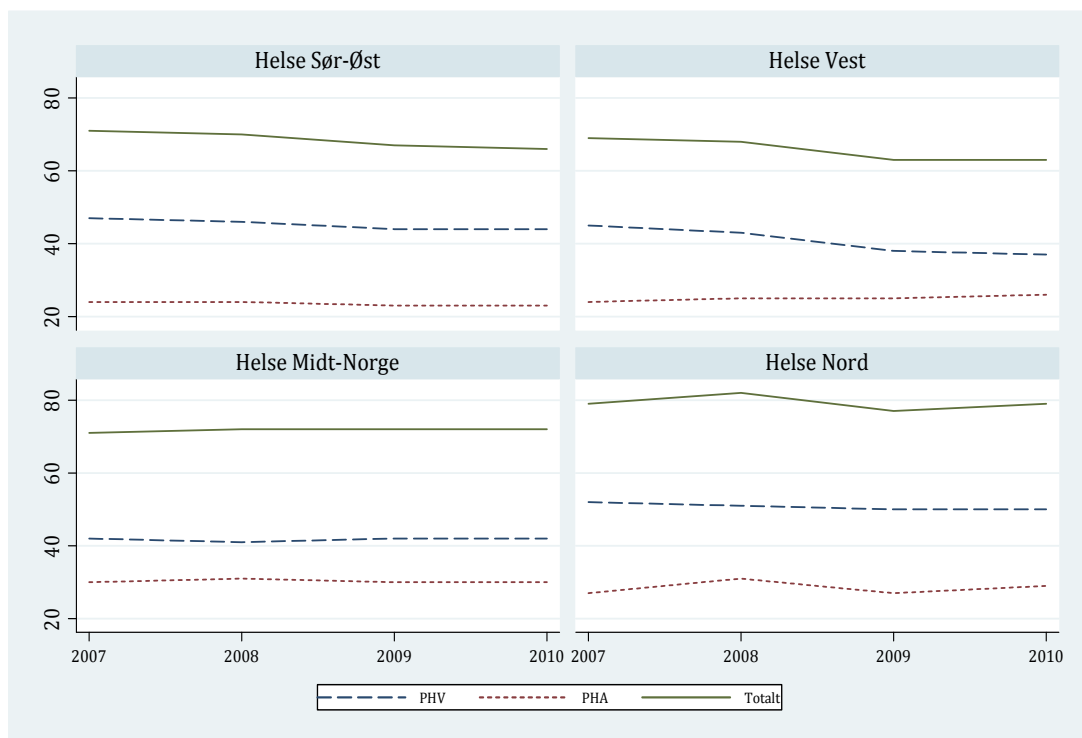
Tabell 4.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne

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

Tabell 4.2 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger

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

Tallene i tabell 4.2 er fremstilt grafisk i neste figur.



**Figur 4.1** Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 innbyggere

Figur 4.1 viser at Helse Nord tydelig ligger med den høyeste årsverksinnsatsen i PHV, og dermed har høyest totalinnsats (PHV og PHA samlet).

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

Helse Vest har tydeligst nedgang i årsverkene i PHV og totalt, men her ser vi en tydelig økning heller enn nedgang i PHA. I Helse Nord og Helse Sør-Øst viser også tallene en nedgang.

Størst forskjell mellom innsats i PHV og PHA er i Helse Sør-Øst og i Helse Nord, og det kan kanskje tenkes at det er her potensialet for samhandlingsreformen innen psykiske helsetjenester er størst.

### 4.3 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2010 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 4.3 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge

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

Tabell 4.4 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbygger

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

Vi illustrerer dette på samme måten som for voksne.

Fra figur 4.2 ser vi at Helse Nord ligger høyest i årsverksinnsatsen også i tjenester og tiltak til barn og unge totalt, og at på samme måte som i tjenester og tiltak for voksne, skyldes dette relativ høy årsverksinnsats i spesialisthelsetjenesten (PHV).

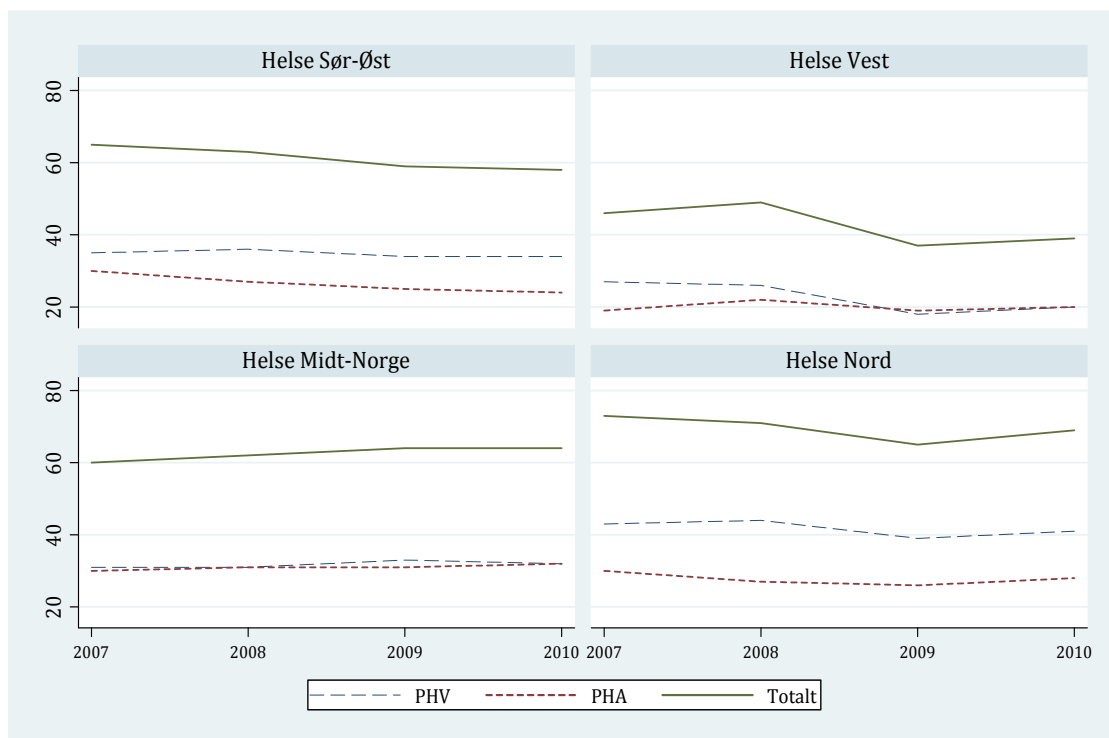
Helse-Vest ser ut til å ha sterkest nedgang i årsverksinnsatsen i psykisk helsevern, men samme tendens ser vi også i Helse Sør-Øst og i Helse-Nord (som for voksne).

Kommunene i Helse-Vest ser samlet sett ut til å ha stabilisert årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid de siste årene, mens vi ser en nedgang særlig i kommunene som ligger i Helseregion Sør-Øst.<sup>10</sup>

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

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

<sup>10</sup> Oslo har i perioden endret måten å anslå årsverksinnsatsen på, men fra 2009 til 2010 er endringen reell.



Figur 4.2 Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbyggere

#### 4.4 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2010 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 4.5 viser vi antall årsverk totalt i hhv. psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid beregnet på følgende måte:

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



Tabell 4.5 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne

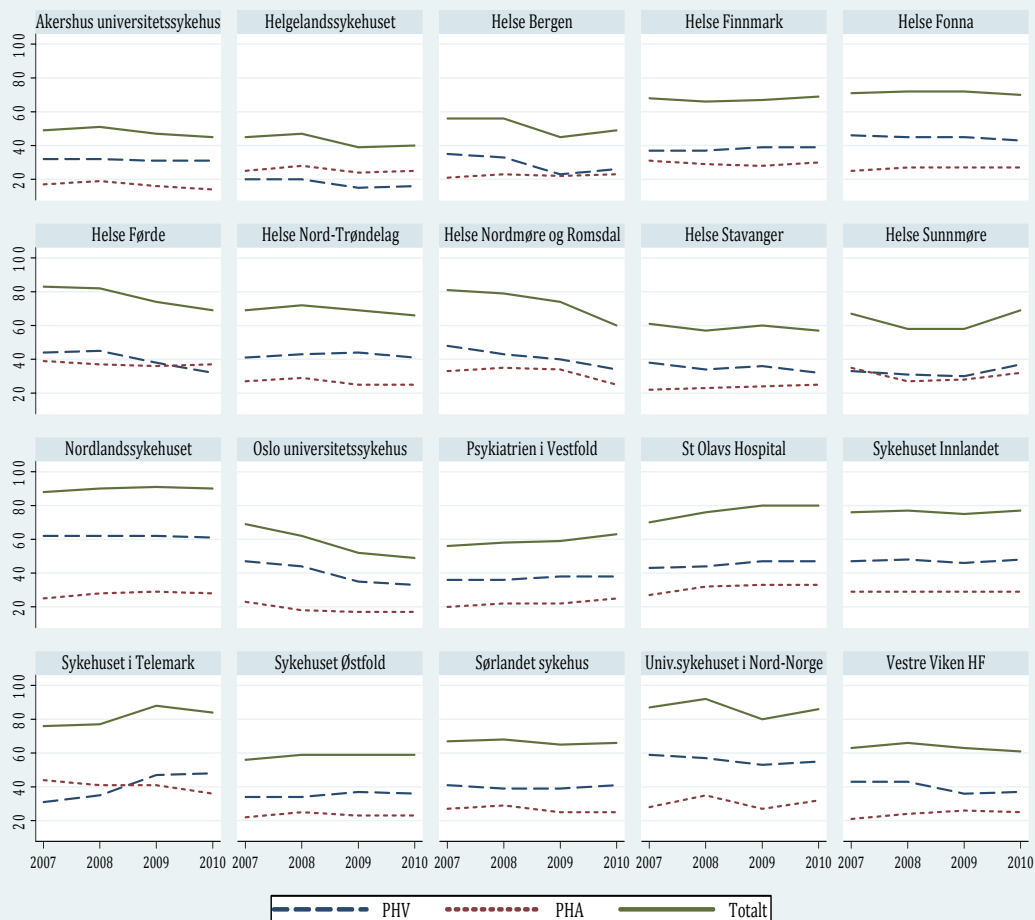
	PHV				PHA			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Østfold HF-område	696	698	770	776	455	523	480	492
Akershus HF-område	729	748	723	751	380	432	380	338
Oslo universitetssykehus	2 285	2 222	1 782	1 713	1 104	915	894	866
Innlandet HF-område	1 388	1 425	1 366	1 436	849	847	855	868
Vestre Viken HF	1342	1 363	1 176	1 203	653	756	853	820
Vestfold HF-område	623	631	677	689	350	394	389	456
Telemark HF-område	406	463	621	633	576	543	545	484
Sørlandet HF-område	838	818	835	879	551	604	540	539
Direkte under Helse Sør-Øst	1 210	1 232	1 253	1 268				
Helse Sør-Øst	9 517	9 600	9 203	9 347	4 918	5 014	4 935	4 863
Stavanger HF-område	889	810	870	798	518	559	581	613
Fonna HF-område	578	573	581	562	314	348	344	355
Bergen HF-område	1 059	1 024	711	833	629	703	683	736
Førde HF-område	353	361	314	260	313	299	291	304
Direkte under Helse Vest	422	433	447	459				
Helse Vest	3 302	3 199	2 923	2 913	1 774	1 909	1 899	2 008
Sunnmøre HF-område	263	308	301	328	277	274	284	285
Nordmøre og Romsdal HF-område	433	391	367	370	296	322	308	273
St. Olavs Hospital HF-område	926	965	1 058	1 078	593	711	730	742
Nord-Trøndelag HF-område	412	432	448	417	270	293	256	260
Helse Midt-Norge	2 033	2 096	2 174	2 212	1 436	1 600	1 577	1 559
Helgeland HF-område	116	118	90	94	148	163	146	148
Nordland HF-område	613	614	624	620	248	279	287	284
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	841	811	766	797	398	498	392	460
Finnmark HF-område	205	203	220	221	170	163	156	169
Direkte under Helse Nord	72	85	84	82				
Helse Nord	1 847	1 831	1 784	1 813	964	1 103	981	1 062
Landet	16 700	16 726	16 084	16 284	9 092	9 627	9 392	9 492

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

Tabell 4.6 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger

	PHV				PHA			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Østfold HF-område	34	34	37	36	22	25	23	23
Akershus HF-område	32	32	31	31	17	19	16	14
Oslo universitetssykehus	47	44	35	33	23	18	17	17
Innlandet HF-område	47	48	46	48	29	29	29	29
Vestre Viken HF	43	43	36	37	21	24	26	25
Vestfold HF-område	36	36	38	38	20	22	22	25
Telemark HF-område	31	35	47	48	44	41	41	36
Sørlandet HF-område	41	39	39	41	27	29	25	25
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	24	24	23	23
Stavanger HF-område	38	34	36	32	22	23	24	25
Fonna HF-område	46	45	45	43	25	27	27	27
Bergen HF-område	35	33	23	26	21	23	22	23
Førde HF-område	44	45	38	32	39	37	36	37
Helse Vest	45	43	38	37	24	25	25	26
Sunnmøre HF-område	33	31	30	37	35	27	28	32
Nordmøre og Romsdal HF-område	48	43	40	34	33	35	34	25
St. Olavs Hospital HF-område	43	44	47	47	27	32	33	33
Nord-Trøndelag HF-område	41	43	44	41	27	29	25	25
Helse Midt-Norge	42	41	42	42	30	31	30	30
Helgeland HF-område	20	20	15	16	25	28	24	25
Nordland HF-område	62	62	62	61	25	28	29	28
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	59	57	53	55	28	35	27	32
Finnmark HF-område	37	37	39	39	31	29	28	30
Helse Nord	52	51	50	50	27	31	27	29
Landet	46	45	43	43	25	26	25	25

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



**Figur 4.3** Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne per 10 000 innbyggere 18+ etter HF-område

Det er som vist over betydelige forskjeller mellom de ulike helseforetaksområdene i tilbudet til voksne (målt etter årsverksinnsats i tjenesten), både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og samlet.

Fra figur 4.1 husker vi at Helse Nord samlet lå høyt. Fra denne figuren ser vi at det i stor grad skyldes at UNN og Nordlandssykehuset ligger høyt. Helse Finnmark, og særlig Helgelandssykehuset ligger lavere.

Lavest av alle, om vi ser på den samlede årsverksinnsatsen (Totalt i figuren), finner vi områdene Akershus universitetssykehus, Helgelandssykehuset og de siste årene også i Oslo Universitetssykehus.

Den største nedgangen i totalinnsatsen i denne fireårs-perioden, finner vi i Oslo Universitets-sykehus, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Førde og i Helse Bergen.

Områder som øker årsverksinnsatsen totalt i tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer er St.Olavs hospital HF, Sykehuset Telemark HF og Psykiatrien i Vestfold.

Helse Bergen, Helse Førde, Helse Nordmøre og Romsdal og Oslo universitetssykehus har særlig nedgang i psykisk helsevern (PHV), og blant disse har Helse Førde og Helse Nordmøre og Romsdal også en nedgang i psykisk helsearbeid (PHA).

Helse Sunnmøre er det helseforetaksområdet som har størst likhet mellom årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenester og i kommunene, mens den største avstanden er der årsverksinnsatsen i psykisk helsevern er høyest (Nordlandssykehuset og UNN).

#### 4.5 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2010 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

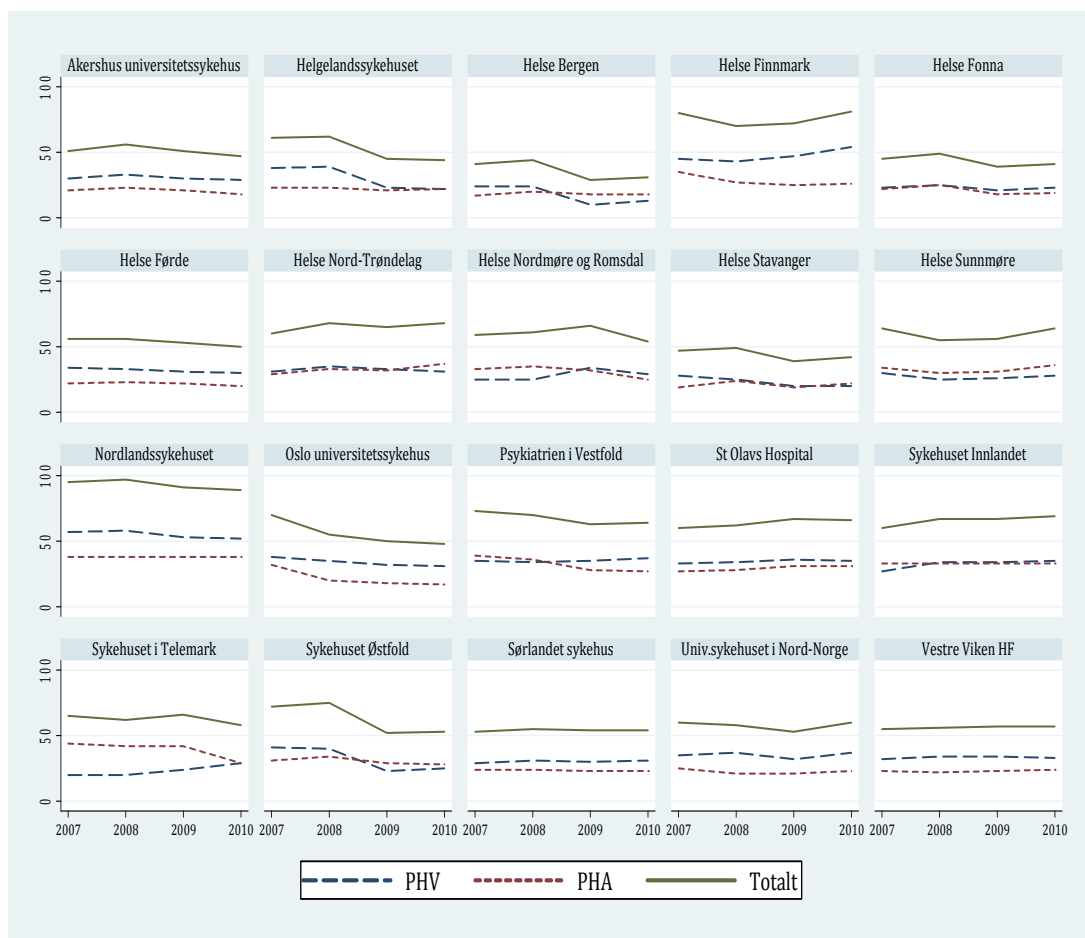
Tabell 4.7 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge

Helseforetak	PHV				PHA			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Sykehuset Østfold	247	241	141	151	185	207	174	172
Akershus universitetssykehus	224	245	230	222	156	173	159	135
Oslo universitetssykehus	486	461	421	425	411	259	243	224
Sykehuset Innlandet	215	270	269	279	264	260	263	261
Vestre Viken	316	332	339	333	225	217	227	239
Psykiatrien i Vestfold	179	177	183	191	199	188	146	141
Sykehuset i Telemark	75	73	88	104	163	152	150	104
Sørlandet sykehus	190	207	204	211	159	156	155	155
Direkte under Helse Sør-Øst	163	169	171	171				
Helse Sør-Øst	2 095	2 175	2 045	2 088	1 762	1 612	1 516	1 430
Helse Stavanger	231	202	167	172	155	197	156	183
Helse Fonna	98	103	88	96	92	102	77	78
Helse Bergen	224	230	98	122	162	186	176	175
Helse Førde	88	84	80	75	58	60	57	51
Direkte under Helse Vest	22	23	22	23				
Helse Vest	663	642	454	489	467	545	466	487
Helse Sunnmøre	76	78	81	75	86	96	97	98
Helse Nordmøre og Romsdal	67	67	89	91	89	94	84	78
St Olavs Hospital	217	221	232	230	173	181	202	204
Helse Nord-Trøndelag	97	111	102	97	91	103	100	116
Helse Midt-Norge	457	477	505	493	439	473	483	496
Helgelandssykehuset	68	68	40	39	41	41	37	38
Nordlandssykehuset	171	173	156	151	114	114	112	110
Univ.sykehuset i Nord-Norge	151	157	135	154	105	88	87	97
Helse Finnmark	78	74	80	91	61	47	42	45
Helse Nord	468	472	412	436	321	289	278	290
Landet	3 683	3 766	3 415	3 505	2 989	2 920	2 744	2 703

Tabell 4.8 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge per 10 000 barn og unge innbygger

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

I neste figur illustreres dette grafisk.



**Figur 4.4** Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 innbyggere etter HF-område

Innen tjenester og tiltak til barn og unge ligger området Nordlandssykehuset absolutt høyest i årsverksinnsats, og dette skyldes høy årsverksinnsats både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i området. Helse Finnmark ligger også høyt, og særlig skyldes dette relativt mange årsverk i spesialisthelsetjenesten.

Områdene som har dårligst dekning for barn og unge med psykiske lidelser og problemer, målt etter årsverksinnsats i begge nivå, er områdene i Helse Vest – Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger, der vi spesielt observerer lave nivå i spesialisthelsetjenesten.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Helsedirektoratet er ansvarlig for kvaliteten i tallene for spesialisthelsetjenesten, og vi har forstått det slik at det var mangler i rapporteringen for psykisk helsevern for barn og unge, i alle fall i 2008. Dersom det var særlig mangelfullt fra Helse Vest kan dette forklare deler av det observerte bildet.

Flere av områdene har relativt likt nivå på årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten (BUP) og i kommunalt psykisk helsearbeid. Særlig ser vi dette bildet i Helse Fonna, Helse Nord-Trøndelag, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Stavanger og i sykehuset Innlandet.

I området Oslo universitetssykehus observerer vi nedgang i årsverkene både i spesialisthelsetjenesten (BUP) og i kommunene (PHA\_BU) de siste årene, mens i området sykehuset Telemark ser vi økning i BUP og nedgang i PHA\_BU. I Nord-Trøndelag ser vi en svak nedgang i BUP og en svak økning i PHA\_BU.

#### 4.6 OPPSUMMERING

I dette kapittelet har vi på en ny måte illustrert variasjon i nivå og utvikling i årsverksinnsatsen både for spesialisthelsetjenesten (VOP og BUP), og for kommunalt psykisk helsearbeid.

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

Vi finner at det er stor variasjon i nivå og utvikling mellom ulike helseregioner og helseforetaksområder.

Helse Nord har den høyeste årsverksinnsatsen totalt og dette skyldes særlig relativt mange årsverk i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både i tjenester/tiltak til voksne og til barn og unge.

Kommunene i Helse Midt-Norge ligger høyest i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid både i tjenester/tiltak til voksne og til barn og unge. Kommunene i Helse Sør-Øst ligger lavest i årsverksinnsats i kommunene forhold til antall innbyggere i tjenester til voksne, mens kommunene i Helse Vest ligger lavest i kommunale tjenester rettet mot barn og unge. Den største nedgangen i årsverksinnsats i tjenester og tiltak til barn og unge i kommunene, finner vi i Helse Sør-Øst.

Helse Vest har tydeligst nedgang i årsverkene i spesialisthelsetjenesten de siste fire årene, både for voksne og barn/unge, men det er tendenser til økning i årsverksinnsatsen i kommunene som ligger i Helse Vest.

Vi finner betydelige forskjeller i ressursinnsats mellom de to nivåene. Mens det i Helse Sør-Øst er nesten dobbelt så mange årsverk i spesialisthelsetjenesten som i kommunene (2 spesialisttjeneste-årsverk per kommuneårsverk) i tjenester rettet mot voksne, er det i Helse Midt-Norge 1,4 årsverk i spesialisthelsetjenesten for hvert årsverk i kommunale årsverk rettet mot brukergruppen. Mens

Helse Nord likner mer på Helse Sør-Øst, likner Helse Vest mer på Helse Midt-Norge. Det samme bildet ser vi i tjenester og tiltak til barn og unge.

Det kan derfor tenkes at potensialet for samhandlingsreformen er størst i helseregionområdene Nord og Sør-Øst når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det trengs andre metoder for å undersøke dette mer grundig, men det er disse regionene som har flest årsverk i spesialisthelsetjenesten, samtidig som de kommunale årsverkene i tiltak rettet mot brukergruppen har tendenser til nedgang. Altså motsatt av det sentrale målet i samhandlingsreformen om å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten.

I kapittel 6 ser vi nærmere på gruppering av årsverkene i kommunene etter helseforetaksområde. Der ser vi også nærmere på samlede årsverk rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer, dvs. både tjenester/tiltak rettet mot voksen og mot barn og unge.

Resten av rapporten vil dreie seg om årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, men vi skal følge denne utviklingen videre i prosjektet (neste rapport kommer høsten 2012), og da forsøke å bygge ut informasjonsmatrisen med pasientdata og brukerdata fra kommunene - om det blir mulig å innhente informasjon om sistnevnte.





## 5 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?

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

Terskelen for å motta tjenester<sup>12</sup> kan variere både med befolkningens behov og etterspørsel etter tjenestene, og etter dimensjoneringen av tjenestene (tilbudet).

### 5.1 INNLEDNING

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

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

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

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

- Ekstremverdier/outliers
- Heteroskedastisitet
- Sensitivitetstester

Begrepene forklares i de respektive underkapittel.

---

<sup>12</sup> Terskelen kan både ses i forhold til alvorlighetsgrad og symptombelastning, men også etter hvor lang tid det tar å få hjelp når psykiske helseproblemer oppstår.

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

## 5.2 TIDLIGERE FORSKNING

Vi skal nå analysere hvilke kjennetegn ved kommunene, for hvert av årene 2007, 2008, 2009 og 2010, som systematisk varierer med årsverksinnsatsen målt i forhold til folketallet. Basert på tidligere analyser har vi allerede en del interessante funn.

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

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

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

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

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

### 5.3 EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

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

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

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

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

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

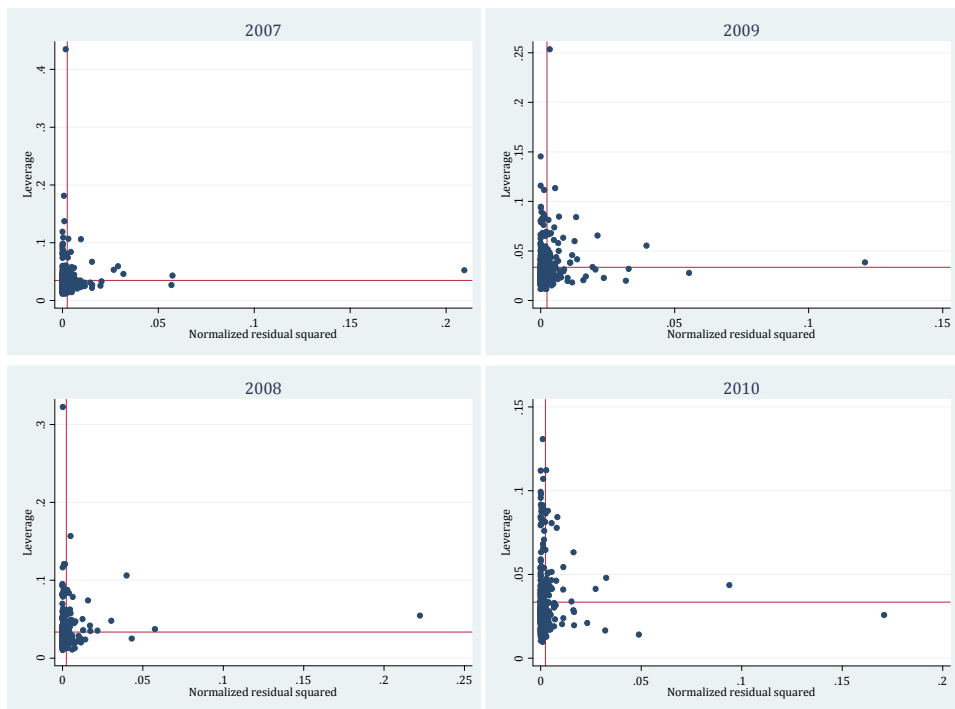
Dette skal vi nå undersøke<sup>13</sup>.

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

Det er naturlig å starte med en OLS regresjon og gi diagnoser ut fra disse resultatene. Vi lager en grafisk fremstilling av innflytelsen (leverage) og kvadrert residual av denne regresjonen (resultatene fra regresjonen vises i tabell 5.3). Vi ser først på datagrunnlaget for tjenester og tiltak rettet mot voksne (kapittel 5.3.1) og deretter for tjenestene og tiltak rettet mot barn og unge (5.3.2).

### 5.3.1 TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

Figur 5.1 viser innflytelsen (leverage) og kvadrert residual av OLS-regresjonene som er presentert i tabell 5.3.



**Figur 5.1** Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne

<sup>13</sup> Som beskrevet i kapittel 3 har vi i tidligere år merket observasjoner som ikke representerer reelle endringer (for eksempel om anslagsmetoden er endret fra ett år til et annet). I analysene i dette kapitlet ser vi bort fra disse merkingene fordi metodene som benyttes i stor grad korrigerer for disse feilobservasjonene.

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

Vi kan beregne Cook's D - som er et mål som kombinerer informasjon om leverage og restleddet til en observasjon. Observasjonene som ligger høyt på begge disse variablene, vil vektes ned i en regresjon. I OLS har alle observasjoner lik vekt (1). Jo flere observasjoner i en vektet regresjon (robust regresjon) som har vekt nær en, jo likere vil resultatet være OLS-resultatene.

Tabell 5.1 viser resultatene av beregningen av Cook's D for de 5 kommunene med høyest verdi for hvert av de fire årene.

**Tabell 5.1 Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne og Cook's D**

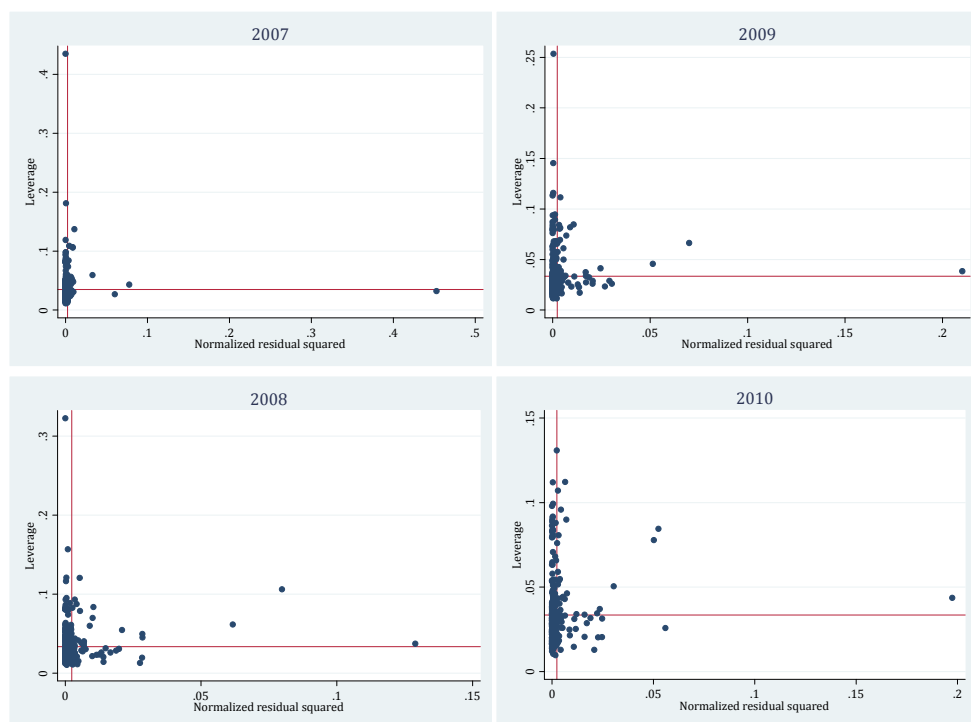
	Årsverk per voksne innbygger	Befolkning	Cook's D	År
Høylandet	32,26	1 273	0,338	2007
Nissedal	18,78	1 378	0,075	2007
Bykle	1,64	919	0,065	2007
Gamvik	15,53	1 040	0,054	2007
Bindal	17,00	1 631	0,045	2007
Høylandet	33,33	1 274	0,392	2008
Gamvik	15,73	1 025	0,153	2008
Nissedal	17,80	1 393	0,067	2008
Bindal	17,02	1 616	0,046	2008
Lavangen	15,21	1 023	0,040	2008
Nissedal	19,41	1 404	0,145	2009
Bindal	14,84	1 601	0,071	2009
Lærdal	14,62	2 199	0,047	2009
Lavangen	12,43	1 012	0,046	2009
Bykle	2,18	970	0,045	2009
Salangen	25,15	2 179	0,134	2010
Nissedal	19,57	1 405	0,129	2010
Bindal	14,44	1 592	0,050	2010
Rendalen	13,45	1 974	0,036	2010
Lavangen	12,43	1 003	0,034	2010
Bjarkøy	2,33	476	0,024	2010

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

Vi ser videre på datagrunnlaget for barn og unge.

### 5.3.2 TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Figur 5.2 viser predikerte verdier for avhengig variabel og normalisert kvadrert restledd for OLS-regresjonen presentert i tabell 5.4.



**Figur 5.2** Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge

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

Tabell 5.2 Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn/unge og Cook's D

	Årsverk per barn og unge innbygger	Befolkning	Cook's D	År
Lødingen	45,80	2 279	0,430	2007
Nissedal	20,90	1 378	0,102	2007
Gamvik	16,81	1 040	0,061	2007
Røst	0,00	622	0,055	2007
Os	17,92	2 047	0,047	2007
Gamvik	16,14	1 025	0,306	2008
Nissedal	17,73	1 393	0,149	2008
Berlevåg	13,57	1 061	0,124	2008
Hemsedal	9,78	1 995	0,045	2008
Odda	9,07	7 054	0,041	2008
Nissedal	22,45	1 404	0,252	2009
Berlevåg	14,64	1 044	0,154	2009
Gamvik	13,21	1 009	0,074	2009
Odda	8,96	7 047	0,032	2009
Skien	6,73	51 668	0,031	2009
Nissedal	23,08	1 405	0,272	2010
Berlevåg	14,40	1 031	0,153	2010
Gamvik	14,29	991	0,133	2010
Stordal	10,66	1 022	0,049	2010
Salangen	13,46	2 179	0,044	2010

#### 5.4 HETEROSKEDASTISITET

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

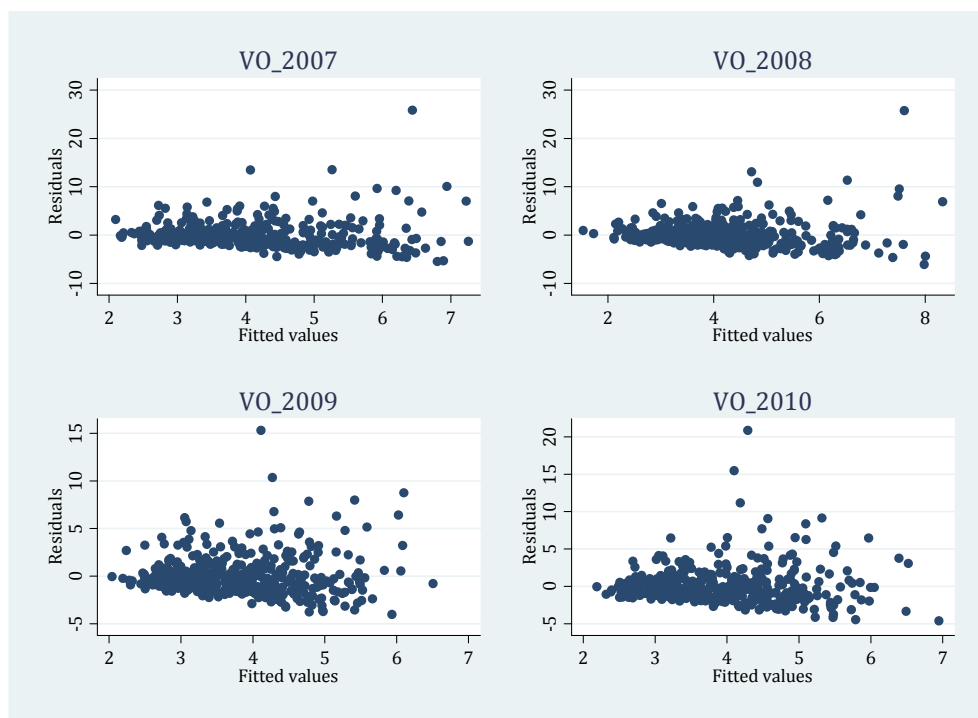
OLS-estimatoren er fortsatt forventningsrett, selv om det finnes heteroskedastisitet, men den har ikke minste varians. Dette fordi alle observasjoner har samme vekt uansett hvor presise de er i OLS-regresjonene. Estimatoren er altså ikke effektiv. Om noen av de fire "hvit støy" forutsetningene er brutt,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

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

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



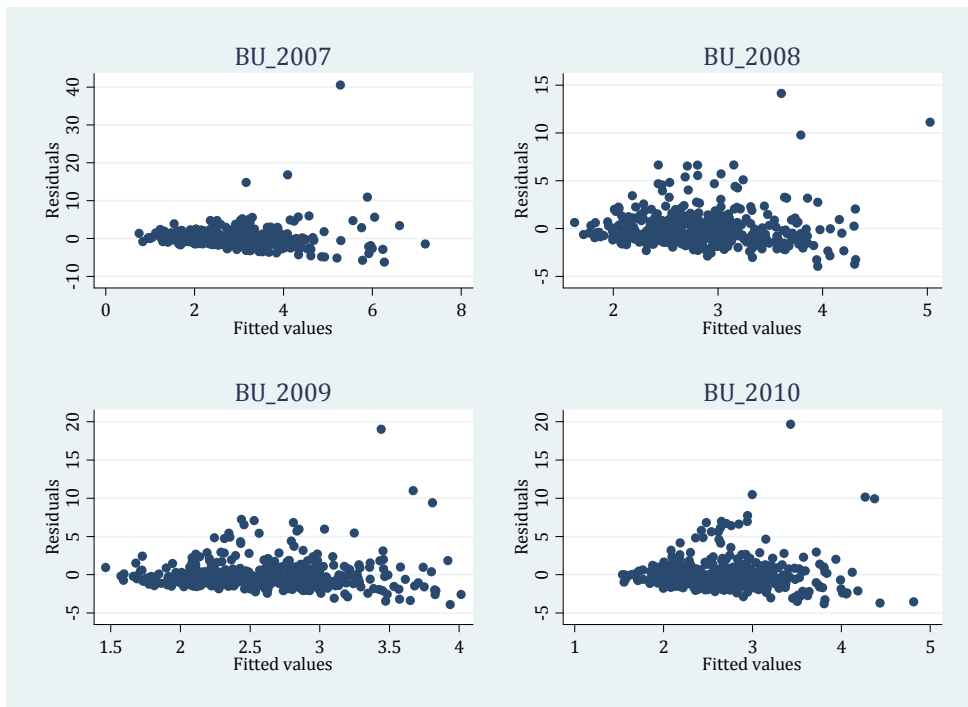
Populasjonens varians er ukjent, men heteroskedastisitet kan sannsynliggjøres fra ulike plott og statistiske tester. For å finne ut om heteroskedastisitet er et problem i vår modell, viser vi scatterplots av residualene mot de predikerte verdiene for de enkelte årene.



**Figur 5.3** Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne

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

I figur 5.4 viser vi det samme for datagrunnlaget for årsverksinnsats i tjenester og tiltak til barn og unge. Tilsvarende bilde som for voksne observeres, og det betyr at vi må korrigere for heteroskedastisitet i analysene både for voksne og barn/unge.



Figur 5.4 Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge

#### 5.4.1 METODISK LØSNING FOR Å TA HENSYN TIL OUTLIERS OG HETEROSKEDASTISITET

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

En løsning er å gjøre regresjonene robuste ved å vekte hver observasjon etter hvor stor innflytelse (leverage) de har (avhengig av hvordan ekstremobservasjonene "forklares" av de uavhengige variablene), og etter hvor stort restleddsbidraget er.

Først kjøres en OLS-regresjon og så beregnes Cook's D for hver observasjon. Deretter droppes alle observasjoner med Cook's D verdi større enn 1. De andre observasjonene vektet ned tilsvarende verdien på Cook's D.

Resultatene presenteres i tabell 5.3 og 5.4 under navnet "Vektet robust". Denne er nå robust mot ekstremverdier eller outliers.

Alternativt til vektning av observasjonene kan vi kjøre kvantilregresjoner. I enkleste form er dette medianregresjoner. Slike analyser vil i stedet for å minimere avvik fra gjennomsnitt, som i OLS, gi en median regresjon som estimerer koeffisientene ved å minimere avviket fra medianen. Medianen er i liten grad påvirket av ekstremobservasjoner, eller outliers – mens gjennomsnittet i stor grad kan påvirkes av ekstremverdier. Vi presenterer resultater fra medianregresjonene i tabell 5.3 og 5.4.

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

## 5.5 TEORETISK MODELL

For å kunne sammenlikne årsverksinnsats mellom kommuner, er det behov for å plassere kommuner i grupper med relativt like rammebetingelser i samme gruppe. Fordi de lokale rammebetingelsene er forskjellige, vil mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud variere fra kommune til kommune. Vi følger tidligere analyser av kommunenes økonomiske beslutning, se for eksempel Rattsø (1989).<sup>14</sup>

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

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

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

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

- Kostnader
- Behov og etterspørsel
- Inntekter

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

- Kommunestørrelse (skalaeffekter)
- Bosetningsstruktur

---

<sup>14</sup> Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.

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

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

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

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

- Ulikt skattegrunnlag
- Variasjon i overføringer fra staten

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

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

## 5.6 OPERASJONALISERING OG EMPIRISK TILNÆRMING

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

### **Kostnader**

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

Antall innbyggere kontrollerer vi for ved hjelp av binær-variabler som representerer ulike kommunistørrelser. Denne inndelingen er identisk med inndelingen i de deskriptive analysene.

Bosettingsmønster er representert ved gjennomsnittlig reisetid inn til kommunenes administrative senter. I tillegg kontrollerer vi for systematiske forskjeller mellom regioner.

### **Behov og etterspørsel**

I analyser av kommuner er det vanlig å kontrollere for ulike aldersgrupper. Dette fordi de fleste tjenestene gis til brukere i bestemte aldersgrupper. Brukere av de ulike tjenestene vil i ulik grad konkurrere om å oppnå et tilbud, slik at vi ved å inkludere ulike aldersgrupper også kan si noe om etterspørselen fra andre grupper av befolkningen. De andre kommunale tjenestene som helt eller delvis konkurrerer med psykisk helsearbeid om ressurser er grunnskole, barnehage og pleie- og omsorgstjenester<sup>15</sup>. Implementeringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten er delvis sammenfallende med psykisk helsearbeid. Etterspørselen etter slike tjenester antar vi trekker ressurser vekk fra psykisk helsearbeid. Disse tjenestene er i stor grad rettet mot bestemte aldersgrupper i kommunene. Andel innbyggere i barnehagealder, grunnskolealder og andel eldre brukes for å kontrollere for etterspørselen etter disse tjenestene.

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

For å fange opp forskjeller i etterspørselen etter tjenester tilbudt innen psykisk helsearbeid har vi inkludert variabler som fanger opp sosiale forhold i kommunene. Variablene kan ikke direkte antas å fange opp etterspørselen, men tidligere empirisk forskning viser at de er korrelert med kjennetegn ved brukerne av psykiske helsetjenester. De relevante variablene er andel uføre, andel arbeidsledige og andel husholdninger med eneforsørger.

### **Inntekter**

Kommunale inntekter må antas å være viktig for utbygging av tjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser. I den forbindelse er opptrappingsmidlene viktig (gjaldt fram til og med 2008), men kommunene bygger også ut disse tjenestene ved hjelp av egne inntekter. Kommunens inntekter kommer i hovedsak fra inntekts- og formueskatt, rammetilskudd og eiendomsskatt. Vi har valgt ikke å inkludere eiendomsskatt fordi denne er frivillig, og dermed problematisk i forhold til endogenitetsproblemer<sup>16</sup>.

Det er naturlig å tro at de øremerkede midlene har hatt betydning for utbyggingen av tjenestene innenfor psykisk helsearbeid. Kalseth et al. (2008)<sup>17</sup> viser at opptrappingsplanen har bidratt til økte

---

<sup>15</sup> Vi ser bort fra tjenester som ikke har en spesifikk demografisk målgruppe, dvs kulturtjenester, teknisk sektor og administrative tjenester.

<sup>16</sup> Vi ser også bort fra inntekter knyttet til gebyrer og konsesjonskraft. At en variabel er endogen betyr at den ikke er uavhengig i forhold til utfallet vi studerer. For eksempel kan det tenkes at kommuner innfører eiendomsskatt for å skaffe inntekter til utbygging av kommunale tjenester. Med andre ord er innføring av eiendomsskatt et utfall bestemt av manglende tjenestetilbud.

<sup>17</sup> Kalseth J., Pettersen I. og Kalseth B. (2008): Psykisk helse i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF rapport A8823.

brukerrater og dekningsgrader for en rekke tjenester. Samtidig er det sannsynlig at etterspørselen etter slike tjenester til en viss grad kan beskrives ved generelle kjennetegn i befolkningen. Som nevnt over kan sosiale problemer, uføretrygding mv., være sammenfallende med psykiske problemer eller lidelser. En utfordring i forbindelse med bruk av slike etterspørselsvariabler, i tillegg til opptrappingstilskuddet og kommunenes rammetilskudd, er knyttet til hvordan de sistnevnte beregnes. Kommunenes inntektssystem består av to hovedkomponenter, inntekts- og utgiftsutjevning. Utgiftsutjevning har som formål å kompensere kommunene for kostnads- og etterspørselsforhold som de ikke kan påvirke selv. I praksis betyr dette at kjennetegn ved befolkningen virker gjennom kostnadsnøklerne i inntektssystemet og bestemmer delvis størrelsen på det øremerkede tilskuddet og det totale rammetilskuddet. Andel sosialhjelpsmottakere virker i en slik modellformulering direkte på tjenestene, i tillegg til indirekte gjennom de to tilskuddene. Dette kan føre til at det er vanskelig å identifisere effekter av både tilskudd og etterspørselsforhold. Forklaringsmodellene vi formulerer vil bruke ulike sett av forklaringsvariable og ulike definisjoner av kommunale inntekter for å ta høyde for denne problematikken.

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

Vi undersøker disse forholdene både gjennom tverrsnittsanalyser og paneldataanalyser.

## 5.7 RESULTATER

### 5.7.1 TVERRSNITTSANALYSER

I tabell 5.3 har vi rapportert resultatene fra separate analyser av de fire tverrsnittene fra 2007, 2008, 2009 og 2010. Modellene forklarer ca. 10 prosent av variasjonen i årsverk per voksne innbygger og fra 4-7 prosent av variasjonen i årsverk per barn og unge.

**Tabell 5.3** Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne per innbygger over 18 år

	2007			2008			2009			2010			
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	
Innb 2000-4999	-1,00** (-1,98)	-0,047 (-0,16)	-0,27 (-0,73)	-1,08** (-2,43)	0,33 (1,24)	-0,084 (-0,26)	-0,33 (-0,91)	0,12 (0,45)	-0,077 (-0,22)	-0,061 (-0,13)	0,22 (0,74)	0,24 (0,55)	
Innb 5000-9999	- (-2,63)	1,67*** (0,35)	0,12 (-0,47)	-0,21 (-2,48)	-1,40** (1,39)	0,47 (-0,08)	-0,032 (-0,77)	-0,35 (1,15)	0,38 (0,22)	0,097 (-0,95)	-0,56 (0,89)	0,34 (0,32)	0,18 (0,32)
Innb 10000-19999	-1,71** (-2,23)	-0,081 (-0,19)	-0,22 (-0,40)	-1,41** (-2,03)	0,66 (1,58)	0,20 (0,40)	-0,41 (-0,74)	0,37 (0,91)	0,17 (0,31)	-0,41 (-0,58)	0,43 (0,95)	0,58 (0,85)	
Innb 20000-50000	-1,72** (-1,97)	0,15 (0,30)	-0,26 (-0,41)	-1,55** (-1,99)	0,62 (1,31)	0,21 (0,37)	-0,45 (-0,70)	0,43 (0,94)	0,048 (0,076)	-0,54 (-0,68)	0,46 (0,90)	0,52 (0,69)	
Over 50000 innb	-1,49 (-1,31)	0,31 (0,48)	-0,055 (-0,07)	-0,88 (-0,84)	1,43** (2,25)	0,87 (1,15)	0,093 (0,11)	0,89 (1,44)	0,20 (0,24)	-0,13 (-0,13)	0,85 (1,30)	0,65 (0,70)	
Andel 0-5 år	36,9 (1,56)	10,0 (0,75)	16,0 (0,94)	81,0*** (3,72)	14,5 (1,11)	32,6** (2,08)	2,66 (0,16)	-6,76 (-0,57)	5,42 (0,34)	5,52 (0,31)	8,50 (0,73)	19,5 (1,15)	
Andel 67+	21,5** (2,37)	17,3*** (3,37)	23,9*** (3,67)	33,9*** (3,97)	20,9*** (4,07)	31,1*** (5,14)	21,0*** (2,96)	15,9*** (3,09)	24,2*** (3,56)	20,5** (2,54)	17,5*** (3,35)	26,8*** (3,47)	
Andel 6-15 år	14,2 (0,90)	9,24 (1,04)	21,5* (1,92)	8,92 (0,61)	19,8** (2,24)	28,1*** (2,71)	24,8** (2,09)	19,3** (2,23)	24,6** (2,09)	13,8 (1,04)	8,39 (0,97)	18,8 (1,47)	
Andel arb.ledige	1,31 (0,057)	25,8** (2,00)	7,06 (0,43)	15,0 (0,71)	35,2*** (2,78)	30,4** (2,00)	9,05 (0,50)	15,3 (1,16)	11,6 (0,65)	6,75 (0,34)	2,36 (0,18)	15,2 (0,80)	
Andel uføre	13,2** (2,12)	2,30 (0,66)	7,88* (1,76)	16,9*** (2,97)	4,69 (1,37)	5,52 (1,35)	8,22* (1,80)	4,56 (1,37)	6,05 (1,34)	3,43 (0,67)	2,69 (0,81)	2,21 (0,45)	
Andel enslige forsørgere	-67,4 (-1,32)	-30,5 (-1,06)	-31,2 (-0,86)	-78,8 (-1,43)	-42,8 (-1,29)	-65,5* (-1,65)	-64,2 (-1,36)	-51,8 (-1,50)	-85,1* (-1,83)	22,5 (0,47)	18,2 (0,59)	17,7 (0,39)	
Andel bosatt i tettb.	0,044 (0,051)	-0,62 (-1,29)	-0,31 (-0,51)	-0,072 (-0,1)	-1,02** (-2,17)	-0,37 (-0,66)	0,29 (0,47)	-0,28 (-0,62)	0,54 (0,88)	-0,13 (-0,18)	-0,50 (-1,08)	-0,34 (-0,49)	
Korrigert inntekt	0,0027 (0,36)	0,0016 (0,39)	0,0066 (1,23)	-0,000 (-0,05)	0,0038 (1,07)	0,0050 (1,36)	0,009* (1,68)	0,007* (1,76)	0,01* (1,93)	0,020 (1,31)	0,024** (1,31)	0,024 (1,63)	
Konstant	-3,55 (-0,82)	-1,35 (-0,55)	-5,20* (-1,67)	-7,94** (-2,01)	-4,20* (-1,76)	-7,9*** (-2,83)	-4,07 (-1,26)	-2,22 (-0,95)	-5,38* (-1,71)	-3,90 (-0,96)	-4,05 (-1,54)	-7,85** (-2,03)	
N	403	403	403	418	418	418	418	418	418	418	418	418	
R2 justert	0,109	0,109		0,142	0,124		0,105	0,096		0,086	0,096		

t-statistics in parentheses

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

Som vi også tidligere har funnet er det noen faktorer som konsekvent trekker i retning av høyere ressursbruk per voksen, og det er alderssammensetning i kommunene og andel uføre. Alderssammensetningen skulle fange opp etterspørsel etter konkurrerende kommunale tjenester, men vi ser ikke tydelige spor av at psykisk helsearbeid for voksne konkurrer med andre kommunale tjenester. Da skulle vi hatt negativt fortegn på koeffisienten. Tvert imot øker årsverk per voksen i psykisk helsearbeid med økende andel eldre i kommunene. Dette resultatet kan skyldes at det er synergieffekter mellom tilbudet innenfor psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. Hvis dimensjoneringen av pleie og omsorg følger etterspørselen tett, er det lettere å tilordne ressurser til psykisk helsearbeid.

De estimerte effektene er små. Vi har estimert en koeffisient på 15-30 for andel eldre. Dette betyr i praksis at årsverksinnsats per 1 000 innbyggere, i gjennomsnitt, øker med mellom 0,15 til 0,30 hvis

andel eldre øker med 1 prosentpoeng. Sett i forhold til gjennomsnittlig årsverk per voksne representerer dette en økning på om lag 0,5 prosent.

En sosial indikator som tidlig i perioden er assosiert med økt årsverksinnsats for voksne, er andel uføre i kommunene. Vi kan ikke gi en kausal tolkning av effekten. Resultatet drives sannsynligvis av det bakenforliggende faktum at psykisk uhelse både krever økt ressursinnsats i psykisk helsevern og samtidig reduserer muligheten til arbeidslivstilknytning. I 2010 finner vi ingen effekt av uføreandelen på årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid til voksne.

Generelt er det fortsatt lite systematikk mellom årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til voksne og observerbare kjennetegn av kommunene.

**Tabell 5.4 Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger under 18 år**

	2007			2008			2009			2010		
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median
Innb 2000-4999	-0,50 (-0,92)	-0,67*** (-2,68)	-0,93*** (-3,21)	-0,58* (-1,81)	0,047 (0,21)	0,18 (0,60)	-0,46 (-1,34)	-0,24 (-1,13)	-0,43 (-1,63)	-0,37 (-0,92)	-0,12 (-0,51)	-0,25 (-0,73)
Innb 5000-9999	-1,56** (-2,30)	-0,95*** (-3,00)	-1,31*** (-3,85)	-1,09*** (-2,67)	-0,24 (-0,85)	-0,22 (-0,56)	-0,79* (-1,84)	-0,45* (-1,71)	-0,72** (-2,15)	-0,86* (-1,86)	-0,30 (-0,97)	-0,52 (-1,17)
Innb 10000-19999	-1,91** (-2,33)	-1,21** (-3,16)	-1,58*** (-3,61)	-1,26** (-2,52)	-0,25 (-0,73)	-0,068 (-0,15)	-0,87 (-1,64)	-0,48 (-1,46)	-0,77* (-1,87)	-1,04* (-1,68)	-0,33 (-0,91)	-0,60 (-1,15)
Innb 20000-50000	-1,42 (-1,53)	-0,42 (-0,96)	-0,61 (-1,22)	-0,91 (-1,61)	0,21 (0,55)	0,59 (1,12)	-0,49 (-0,81)	-0,026 (-0,071)	0,026 (0,055)	-0,66 (-0,96)	0,069 (0,17)	-0,083 (-0,14)
Over 50000 innb	-2,04* (-1,68)	-0,93 (-1,65)	-1,21* (-1,94)	-1,26* (-1,66)	-0,14 (-0,27)	0,22 (0,31)	-1,02 (-1,27)	-0,41 (-0,83)	-0,18 (-0,29)	-1,43 (-1,63)	-0,069 (-0,13)	-0,025 (-0,03)
Andel 0-5 år	-59,2** (-2,35)	-17,3 (-1,48)	-34,0** (-2,53)	-21,9 (-1,39)	-11,4 (-1,05)	-17,3 (-1,17)	-29,6* (-1,93)	-22,8** (-2,41)	-29,1** (-2,46)	-19,6 (-1,25)	-16,0* (-1,74)	-19,1 (-1,41)
Andel 67+	-5,34 (-0,55)	-0,097 (-0,022)	-2,26 (-0,45)	-4,77 (-0,77)	-1,62 (-0,38)	-0,47 (-0,081)	-3,44 (-0,52)	-2,85 (-0,69)	-4,33 (-0,85)	-4,30 (-0,61)	-1,28 (-0,31)	0,48 (0,080)
Andel 6-15 år	-3,61 (-0,21)	-6,71 (-0,86)	-3,33 (-0,37)	-5,45 (-0,52)	-6,03 (-0,83)	4,80 (0,48)	-5,65 (-0,50)	-2,85 (-0,41)	0,27 (0,031)	-10,4 (-0,89)	-1,93 (-0,28)	1,11 (0,11)
Andel arb.ledige	41,4* (1,69)	12,2 (1,07)	19,6 (1,49)	23,7 (1,56)	13,6 (1,30)	31,9** (2,26)	24,4 (1,43)	-2,94 (-0,28)	2,81 (0,21)	22,0 (1,26)	2,55 (0,25)	10,1 (0,67)
Andel uføre	-0,16 (-0,025)	-1,18 (-0,38)	-3,66 (-1,04)	2,37 (0,58)	1,00 (0,35)	3,36 (0,87)	-2,26 (-0,52)	-1,61 (-0,61)	0,53 (0,16)	-3,58 (-0,80)	-1,01 (-0,38)	-3,28 (-0,85)
Andel enslige forsørgere	6,33 (0,12)	50,0** (1,98)	82,2*** (2,83)	-0,89 (-0,022)	5,08 (0,19)	-11,8 (-0,32)	-7,42 (-0,17)	27,2 (0,99)	2,91 (0,084)	41,8 (0,99)	37,7 (1,53)	24,2 (0,67)
Andel bosatt i tettbebyggelse	1,71* (1,87)	-0,97 (-0,87)	-0,44 (-0,92)	0,15 (0,27)	-0,80** (-2,07)	-0,71 (-1,37)	0,034 (0,059)	-0,50 (-1,38)	-0,28 (-0,61)	0,050 (0,080)	-0,67* (-1,82)	-0,47 (-0,89)
Korrigert inntekt	-0,0022 (-0,27)	0,0019 (0,52)	0,0019 (0,53)	-0,0056 (-1,32)	-0,0031 (-1,06)	-0,0013 (-0,31)	-0,0034 (-0,70)	-0,0038 (-1,26)	-0,0045 (-1,19)	0,0097 (0,72)	0,0026 (0,33)	-0,0027 (-0,23)
Konstant	8,02* (1,73)	4,72** (2,20)	5,87** (2,40)	6,40** (2,25)	4,74** (2,41)	2,73 (1,02)	6,59** (2,17)	5,46** (2,91)	5,67** (2,43)	5,09 (1,43)	3,67* (1,77)	4,01 (1,31)
Antall kommuner	403	403	403	418	418	418	418	418	418	418	418	418
R2 justert	0,078	0,131		0,045	0,043		0,024	0,036		0,031	0,038	

t-statistics in parentheses  
\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Variasjoner i årsverk per barn og unge er generelt vanskelig å forklare med observerbare kjennetegn. I 2007 og 2008 var det tendenser til at arbeidsledigheten i kommunen systematisk varierte med årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til barn og unge. I 2009 og 2010 er ikke denne sammenhengen lenger systematisk. Vi ser heller mer tendenser til at tjenester og tiltak til barn og unge konkurrerer med barnehagetjenester fordi vi estimerer en negativ effekt av størrelsen på aldersgruppen 0-5 år på årsverksinnsatsen. Dette er viktig å undersøke grundigere i videre analyser. Dersom det er slik at kommuner som har mange 0-5 åringer må bruke mye av ressursene på å oppnå full barnehagedekning, tyder våre resultater på at slike kommuner har lavere ressursinnsats i tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer, alt annet likt. Vi skal i neste avsnitt utnytte tidsinformasjonen i datagrunnlaget for å se om dette er effekter som styrkes.



I et paneldatasett varierer data over flere dimensjoner, i dette tilfellet mellom kommuner og over tid. Tidsdimensjonen kan man utnytte for å kontrollere for uobserverte forhold i kommunene som ikke varierer over tid. Eksempler er kultur, tradisjoner, kompetanse i administrasjon osv. I paneldataanalyser uttrykkes dette som ulike forutsetninger om restleddene. Denne tidskonstante komponenten er en del av restleddet, og kan gi feilaktige estimater hvis de ikke nøytraliseres eller estimeres. Vanligvis kontrolleres dette for ved hjelp av random eller fixed effekt -analyser (hhv RE og FE i fortsettelsen). FE nøytraliserer denne komponenten og benytter kun tidsvariasjonen i data, men siden vi kun har tre tidsperioder velger vi ikke å estimere denne modell-spesifikasjonen. FE er forventningsrett i et slikt "kort" panel, men variansen blir høy og effekten av variable som varierer lite over tid blir upresist estimert.<sup>18</sup>

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

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

Testene av metodene mot hverandre identifiserer en tidskonstant restleddskomponent, og RE-resultatene tolkes derfor som de mest troverdige.

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

---

<sup>18</sup> Vi har estimert FE-modeller og sammenliknet med RE-modellene ved hjelp av en Hausman-test. Resultatene indikerer at RE-spesifikasjonen er mest passende til data. Intuisjonen bak testen er at ved små avvik mellom FE- og RE-estimatene så foretrekkes RE grunnet lavere varians.

Tabell 5.5 Resultat fra regresjonsanalyser, panelanalyse

	Voksne			Barn og unge		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Innbyggertall (log)	-0,18*	-0,28*	9,02***	-0,42***	-0,37***	7,47**
	(-1,79)	(-1,77)	(2,58)	(-4,58)	(-2,60)	(2,15)
Andel 0-5 år	31,7***	16,2	-28,0	-28,7***	-23,6**	-2,07
	(3,26)	(1,41)	(-1,63)	(-3,23)	(-2,19)	(-0,12)
Andel 67+	25,7***	20,0***	26,9*	-3,91	-0,058	-1,41
	(6,31)	(3,35)	(1,77)	(-1,05)	(-0,011)	(-0,094)
Andel 6-15 år	15,2**	4,89	-31,7**	-9,64	0,56	35,1**
	(2,19)	(0,55)	(-2,17)	(-1,53)	(0,068)	(2,42)
Andel arb.ledige	11,4	2,87	4,63	33,3***	27,7***	12,2
	(1,15)	(0,33)	(0,46)	(3,68)	(3,25)	(1,23)
Andel uføre	10,5***	9,09**	39,4***	-1,50	-1,45	-15,2
	(3,94)	(2,25)	(3,40)	(-0,62)	(-0,40)	(-1,32)
Andel enslige forsørgere	-52,5**	-6,81	31,7	8,06	21,6	28,3
	(-2,13)	(-0,25)	(0,96)	(0,36)	(0,84)	(0,86)
Andel bosatt i tettbebyggelse	-0,082	-0,15	4,30	0,60*	0,53	-3,95
	(-0,22)	(-0,25)	(1,13)	(1,79)	(0,98)	(-1,04)
Korrigert inntekt	0,0083***	0,00068	-0,0035	-0,0018	-0,00098	-0,0017
	(2,60)	(0,20)	(-0,86)	(-0,61)	(-0,30)	(-0,43)
_lyear_2008	-0,0033	0,072	-0,012	-0,24	-0,18	-0,055
	(-0,018)	(0,62)	(-0,096)	(-1,43)	(-1,53)	(-0,44)
_lyear_2009	-0,31	-0,23*	-0,46***	-0,60***	-0,51***	-0,30*
	(-1,57)	(-1,76)	(-3,01)	(-3,41)	(-3,99)	(-1,94)
_lyear_2010	-0,24	-0,20	-0,62***	-0,58***	-0,46***	-0,22
	(-1,21)	(-1,44)	(-3,33)	(-3,23)	(-3,46)	(-1,20)
Konstant	-4,10*	0,72	-77,3**	9,90***	7,04***	-61,8**
	(-1,88)	(0,24)	(-2,53)	(4,98)	(2,60)	(-2,04)
Antall observasjoner	1657	1657	1657	1657	1657	1657
R2 justert	0,115		-0,314	0,062		-0,308
Antall kommuner		418	418		418	418

t-statistics in parentheses

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Hausman – Foretrekker FE.

Resultatene viser at større kommuner har lavere årsverksinnsats enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold. FE-resultatene kan tyde på at årsverksinnsatsen per innbygger øker når innbyggertallet øker i en kommune. Andel eldre betyr også økt årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

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

Mange uføre i en kommune betyr systematisk høyere årsverksinnsats i kommunens psykiske helsearbeid rettet mot voksne, i følge våre analyser. Tjenester til barn og unge påvirkes ikke systematisk av andel uføre. Dersom andel uføre er et godt mål på sosiale problemer og fattigdomsproblematikken som ofte diskuteres i Norge, burde kommuner med mange uføre sannsynligvis også ha større innsats rettet mot barn og unge.

## 5.8 OPPSUMMERING

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

Analysene er basert på kommunaløkonomisk teori og gjør oss i stand til å tolke resultatene på en god måte. Vi har både utført tverrsnittsanalyser (inkludert sensitivitetstesting) og panelregresjoner. Analysene gir noen interessante og viktige funn.

Større kommuner har lavere årsverksinnsats enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold. Andel eldre betyr økt årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

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

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

Mange uføre i en kommune betyr systematisk høyere årsverksinnsats i kommunens psykiske helsearbeid rettet mot voksne. Tjenester til barn og unge påvirkes ikke systematisk av andel uføre. Dersom andel uføre er et godt mål på sosiale problemer og fattigdomsproblematikken som ofte diskuteres i Norge, burde kommuner med mange uføre sannsynligvis ha større innsats rettet mot barn og unge. Familiesituasjonen rundt uføre og kanskje sosialhjelpsmottakere kan være et bedre mål på behovene enn kun andel uføre i befolkningen.

Vi vil i fremtidige analyser forsøke å innhente mer informasjon rundt disse forholdene, og særlig hadde det vært interessant å se på udekkede behov i kommuner med mange uføre eller med mye sosiale problemer som ikke kompenseres (eller har ressurser til) flere årsverk i tjenestene rettet mot barn og unge med psykiske lidelser og problemer. Kunnskap om slike sammenhenger er viktig når en nå diskuterer finansieringsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, jf. samhandlingsreformen, den nye helse- og omsorgstjenesteloven og det generelt økte fokuset på forebygging i både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

## 6 UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2010

I kapittel 7 går vi nærmere inn på 2010-tallene. Her skal vi gjøre grafiske illustrasjoner av utviklingen over tid i årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid når vi grupperer kommunene etter:

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

### 6.1 ÅRSVERK 2007-2010 ETTER FYLKE

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

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

I figur 6.2 har vi gruppert kommunene etter størrelse. Vi bruker en finere inndeling her enn vi har gjort ellers i rapporten. Figurene viser at det er ikke en enkel lineær sammenheng mellom årsverksinnsats i psykisk helsearbeid og størrelse på kommunene. Det er de nest største kommunene som har flest årsverk per innbygger, både i tjenester og tiltak til voksne og i tiltak til barn og unge. Det er også tydelig fra disse figurene at det er de aller største kommunene (de med over 50 000 innbyggere) som har færrest årsverk per innbygger. Det er også tydelig at det er årsverksinnsatsen i tjenester til barn og unge i de største kommunene som går ned (over 20 000 innbyggere). I de store kommunene er årsverksinnsatsen i tjenester til voksne stabil.

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

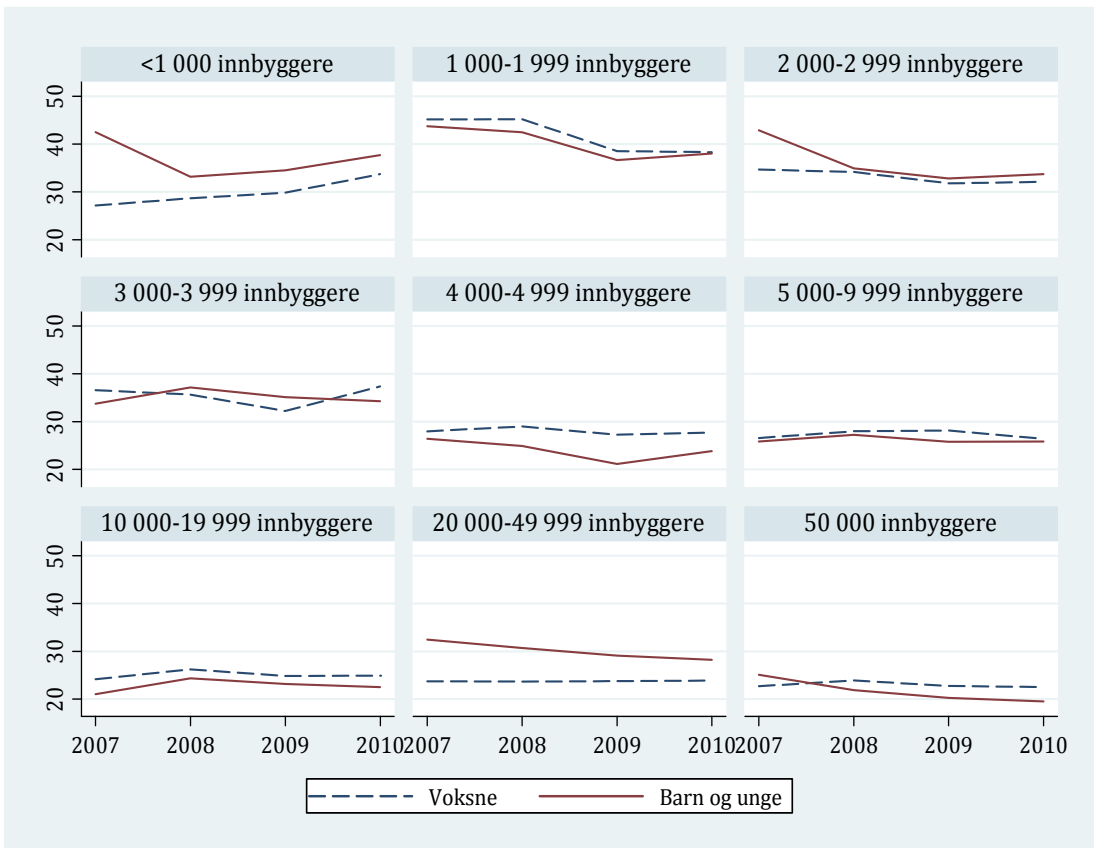
Figur 6.3 viser utviklingen i kommunene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er også stor variasjon, og nedgangen i årsverksinnsatsen er særlig tydelig i KOSTRA-gruppe 5 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter) og i KOSTRA-gruppe 16 (de 10 kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) har særlig nedgang i årsverkene i tjenester til barn og unge.

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



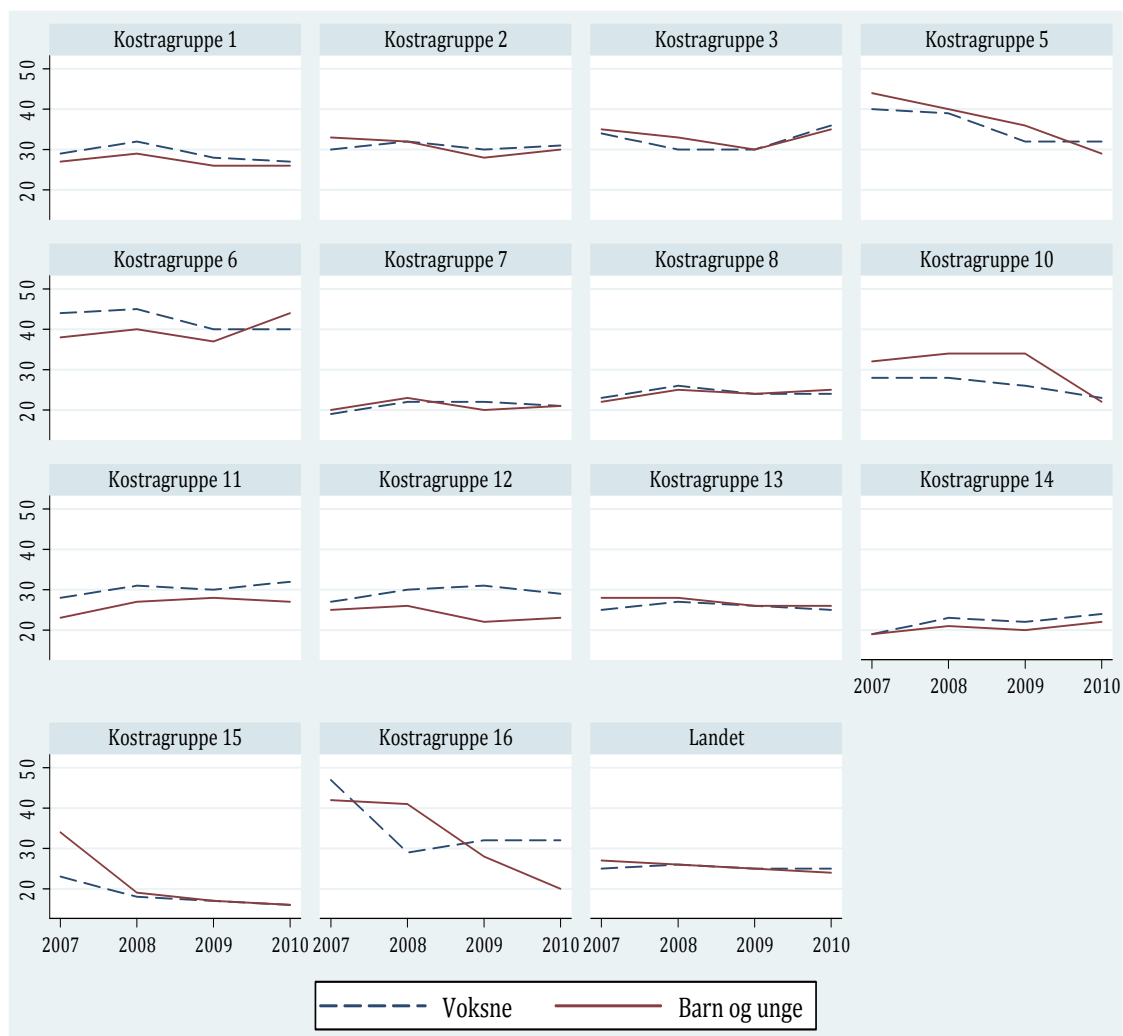
Figur 6.1 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, fylke. 2007-2010

## 6.2 ÅRSVERK 2007-2010 ETTER KOMMUNESTØRRELSE



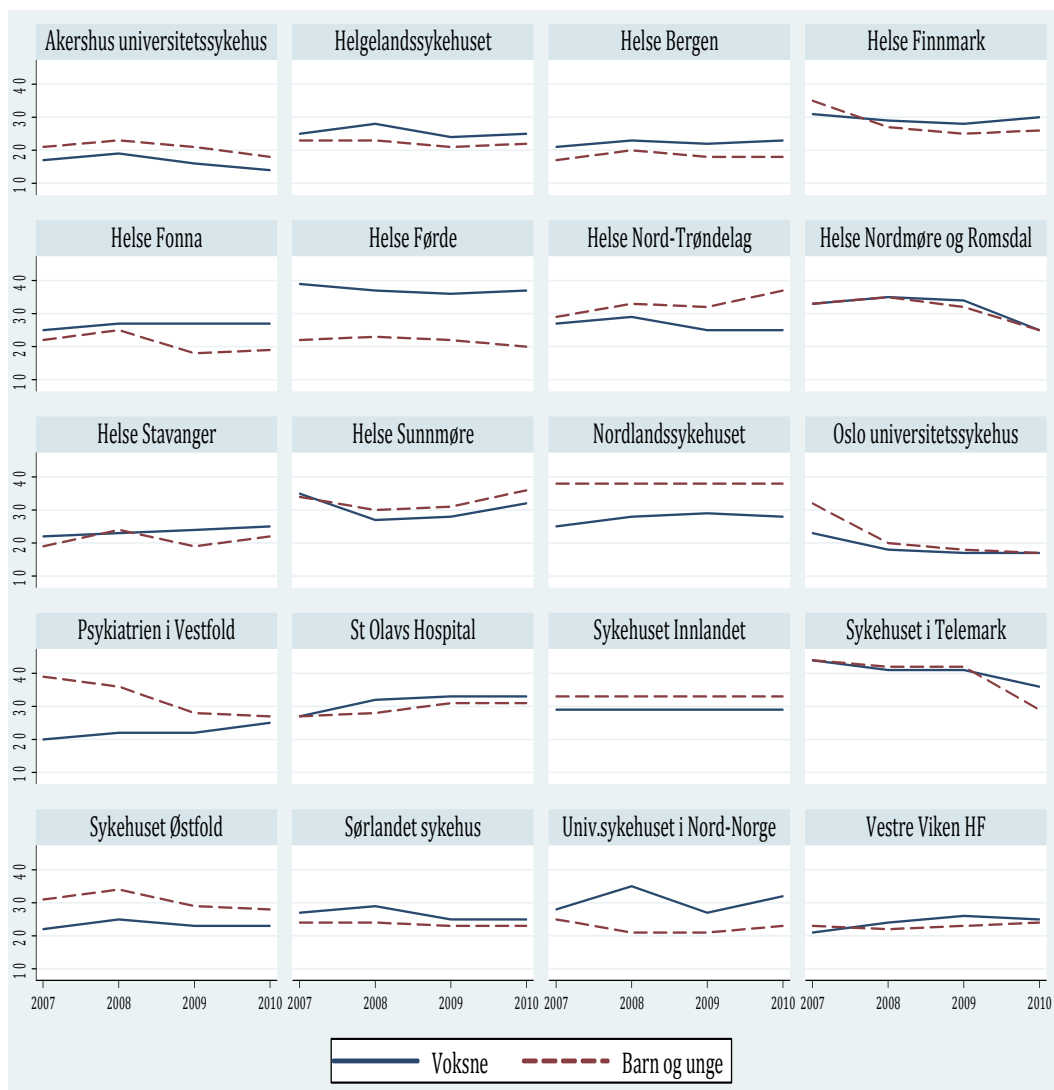
Figur 6.2 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, kommunestørrelse. 2007-2010

### 6.3 ÅRSVERK 2007-2010 ETTER KOSTRAGRUPPE



Figur 6.3 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, Kostragruppe. 2007-2010

## 6.4 ÅRSVERK 2007-2010 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE



Figur 6.4 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger for voksne og barn og unge, Helseforetaksområde, 2007-2010

I motsetning til i kapittel 4 ser vi her på tjenester til barn/unge og til voksne samlet når vi ser på tallene gruppert etter helseforetaksområde. Som vi også fant i kapittel 4 er det høyest årsverksinnsats i psykisk helsearbeid per innbygger i tjenester til voksne i kommunene i områdene Telemark, Helse Førde og St.Olavs Hospital. Årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til barn og unge er nå særlig høy i kommunene i områdene Helse Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset.



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

## 6.5 OPPSUMMERING

Etter fire år med rapportering og grundig datakontroll, ser rapporteringsrutinene ut til å ha stabilisert seg. Det er derfor nå mulig å starte grafiske fremstillinger av tallene over ulike dimensjoner.

Hovedformålet til helsemyndighetene med å samle inn disse data er nettopp å kunne følge utviklingen i kommunene etter at Opptrappingsplanen var ferdig i 2008. Datakontrollen gjør at vi vet mye om endringene over tid i kommunene, og flere og flere kommuner rapporterer nå robuste anslagsmetoder.

I dette kapittelet har vi gruppert kommunene på samme måte som i tidligere rapporter, men vi har her samlet informasjonen for alle årene, og vi kan dermed for første gang produsere tidsserier for de enkelte grupperingene. Vi går ikke grundig inn i utviklingene vi observerer her, hovedsakelig fordi dette er gjort i tidligere rapporter (og i kapittel 7 i denne rapporten) for det enkelte år.

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

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

Som vi også viste i kapittel 4, er det høyest årsverksinnsats i psykisk helsearbeid per innbygger i tjenester til voksne i kommunene i områdene Telemark, Helse Førde og St.Olavs Hospital. Årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til barn og unge er nå særlig høy i kommunene i områdene Helse Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset.

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

## 7 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2010

Kapittel 7 er et deskriptivt kapittel, der vi presenterer tverrsnittvariasjon mellom kommunene gruppert på ulike måter. Tilsvarende måte å presentere data på er gjort for det enkelte år 2007, 2008 og 2009 - i tidligere rapporter i denne serien (se Ose et al. 2008, 2009 og 2010)<sup>19</sup>. Kapitlet er ment som et "oppslagsverk", og tabeller og figurer kommenteres derfor ikke i like detaljert grad som i øvrige kapittel. Kapittel 7.8 oppsummerer funnene i dette kapitlet.

### 7.1 HVORDAN SAMMENLIKNE KOMMUNER

I dette kapitlet presenteres de nasjonale tallene for innsatsen i psykisk helsearbeid i 2010 på et lavere aggregeringsnivå. Når tallene presenteres per innbygger, har vi sett på årsverk i tjenester til voksne i forhold til voksenbefolkningen (18 år og eldre), og tilsvarende årsverk i tjenester for barn og unge i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år).

Vi grupperer kommunene etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), KOSTRA-gruppe og helseregion. Argumentasjonen for å velge disse kategoriene er utdypet i Ose et al. (2010, s. 49).

Antall kommuner fordeler seg slik per fylke i 2010:

Fylke	Antall kommuner per fylke 2010
Østfold	18
Akershus	22
Oslo	1
Hedmark	22
Oppland	26
Buskerud	21
Vestfold	14
Telemark	18
Aust-Agder	15
Vest-Agder	15
Rogaland	26
Hordaland	33
Sogn og Fjordane	26
Møre og Romsdal	36

<sup>19</sup> Rapportene kan lastes ned gratis her:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Kommunale-helse--og-omsorgstjenester/Psykisk-helsearbeid/>

Fylke	Antall kommuner per fylke 2010
Sør-Trøndelag	25
Nord-Trøndelag	24
Nordland	44
Troms	25
Finnmark	19
Landet	430

Kommunene er delt inn etter størrelse på følgende måte i perioden 2007-2010 (se Langørgeren et al. 2006):

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

Kommunene er delt inn etter økonomiske rammebetingelser på følgende måte:

Kostragruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen 2010
Små kommuner	1 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	25
	2 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	62
	3 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	37
	4 { Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	7
	5 { Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	40
	6 { Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	55
Mellomstore kommuner	7 { Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	31
	8 { Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	27
	10 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	32
	11 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	43
	12 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	12
Store kommuner	13 { Store kommuner utenom de fire største byene	45
	14 { Bergen, Trondheim og Stavanger	3
	15 { Oslo kommune (bydeler)	1
	16 { De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10
I alt		430

Helseregionene inneholdt følgende antall kommuner per region i 2010:

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

I kapittel 7 ser vi først på variasjon i total årsverksinnsats i kommunene (7.2) og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (7.3). I kapittel 7.4 ser vi på hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak, mens vi i 7.5 ser på hvordan årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper. Deretter ser vi på kommunal variasjon for antall mottakere av støttekontakt (7.6) før vi ser på forskjeller i måter å organisere tjenestene på (7.7). Kapittel 7.8 oppsummerer.

## 7.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

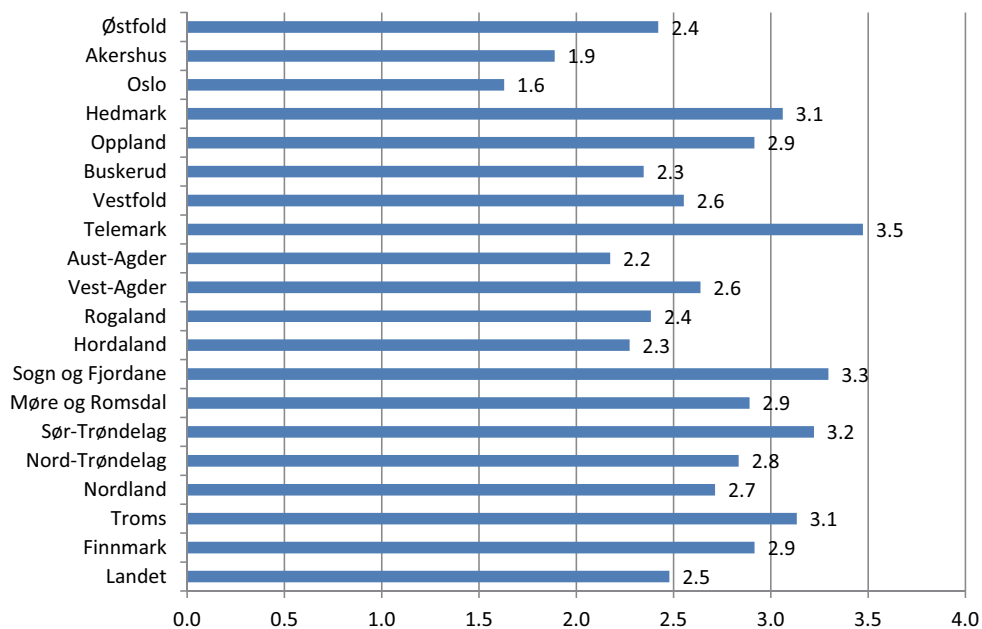
For landet totalt er det rapportert om 12 195 årsverk i 2010 – 60 årsverk mer enn i 2009. Dette betyr at på landsbasis gikk 2,5 årsverk per 1 000 innbyggere til kommunale tjenester for personer som mottok tjenestene hovedsakelig fordi de hadde psykiske lidelser og problemer.

### 7.2.1 FYLKESVISE FORSKJELLER

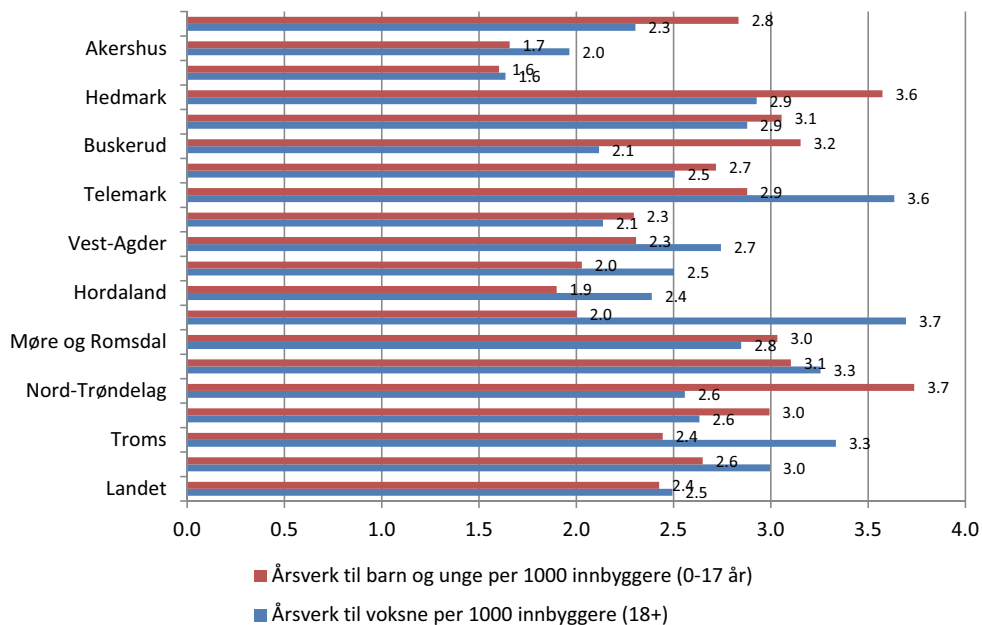
I tabell 7.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningstall og årsverk per 1 000 innbyggere for 2010. Siste kolonne i tabellen, årsverk totalt per 1 000 innbyggere, er illustrert i figur 7.1. I figur 7.2 er årsverk per innbygger splittet på tjenester for voksne og barn og unge.

**Tabell 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2010**

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbygger e (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger e (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innbyggere
Østfold	493	173	213 949	60 878	2,3	2,8	2,4
Akershus	809	222	411 578	134 075	2,0	1,7	1,9
Oslo	784	192	479 385	119 845	1,6	1,6	1,6
Hedmark	445	142	151 973	39 649	2,9	3,6	3,1
Oppland	423	119	147 005	39 082	2,9	3,1	2,9
Buskerud	430	182	203 250	57 860	2,1	3,2	2,3
Vestfold	456	141	181 828	51 877	2,5	2,7	2,6
Telemark	484	104	133 156	36 029	3,6	2,9	3,5
Aust-Agder	181	59	84 522	25 526	2,1	2,3	2,2
Vest-Agder	359	96	130 766	41 642	2,7	2,3	2,6
Rogaland	818	221	326 914	109 173	2,5	2,0	2,4
Hordaland	886	215	371 064	113 176	2,4	1,9	2,3
Sogn og Fjordane	304	51	82 339	25 403	3,7	2,0	3,3
Møre og Romsdal	558	176	195 821	58 083	2,8	3,0	2,9
Sør-Trøndelag	743	204	228 261	65 805	3,3	3,1	3,2
Nord-Trøndelag	259	116	101 133	31 007	2,6	3,7	2,8
Nordland	486	158	184 488	52 792	2,6	3,0	2,7
Troms	407	87	121 953	35 601	3,3	2,4	3,1
Finnmark	169	45	56 546	16 871	3,0	2,6	2,9
Landet	9 492	2 703	3 805 931	1 114 374	2,5	2,4	2,5



Figur 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2010



Figur 7.2 Årsverk per 1000 innbyggere, voksne og barn og unge, fylke 2010

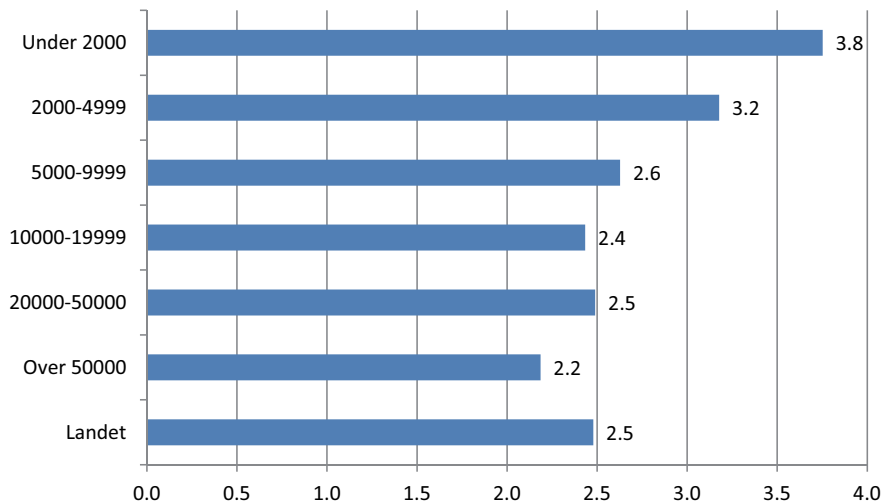
## 7.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 7.2 er tallene fordelt på kommuner samlet etter antall innbyggere. Tallene i siste kolonne er vist i figur 7.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 7.4.

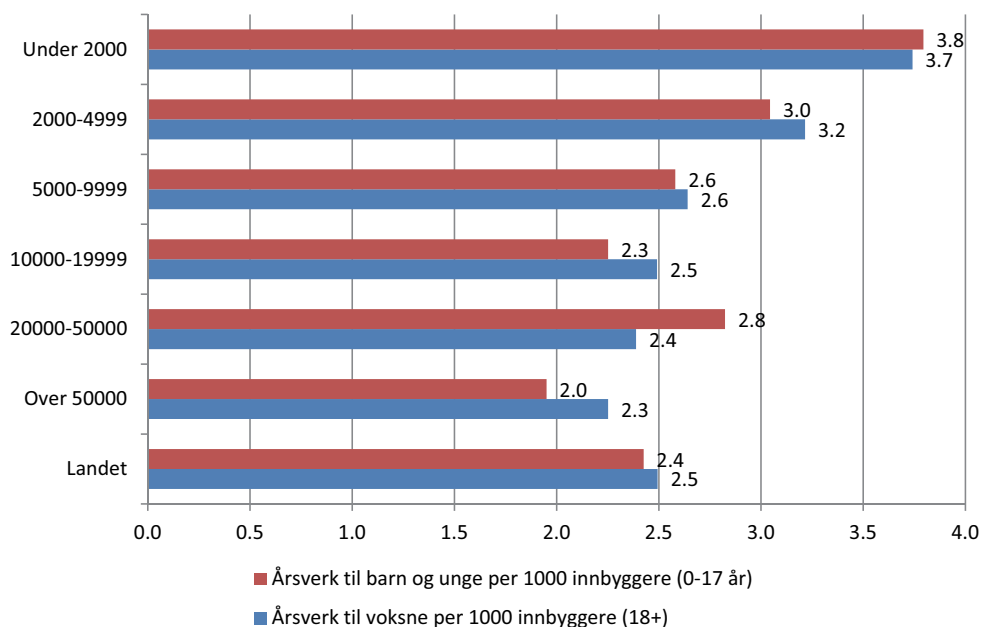
**Tabell 7.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommunestørrelse 2010**

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1 000 innbyggere
Under 2000	347	96	92 816	25 238	3,7	3,8	3,8
2000-4999	1 104	297	343 221	97 451	3,2	3,0	3,2
5000-9999	1 238	359	468 875	139 072	2,6	2,6	2,6
10000-19999	1 575	451	632 181	200 334	2,5	2,3	2,4
20000-50000	2 085	738	872 631	261 363	2,4	2,8	2,5
Over 50000	3 144	763	1 396 207	390 916	2,3	2,0	2,2
Landet	9 492	2 703	3 805 931	1 114 374	2,5	2,4	2,5

Som vist i tabellen over og figur 7.3 er antall årsverk per innbygger fallende med økt kommunestørrelse, utenom for gruppen 20000 – 50000 innbyggere. Når innbyggertallet passerer 5000 innbyggere er det imidlertid ikke så store forskjeller mellom kommunegruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Forskjellene blir litt større når vi differensierer mellom tjenester til voksne og barn og unge, se figur 7.4.



**Figur 7.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, kommunestørrelse 2010**



Figur 7.4 Årsverk per 1 000 innbyggere, tjenester for voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2010

### 7.2.3 KOSTRA-GRUPPE

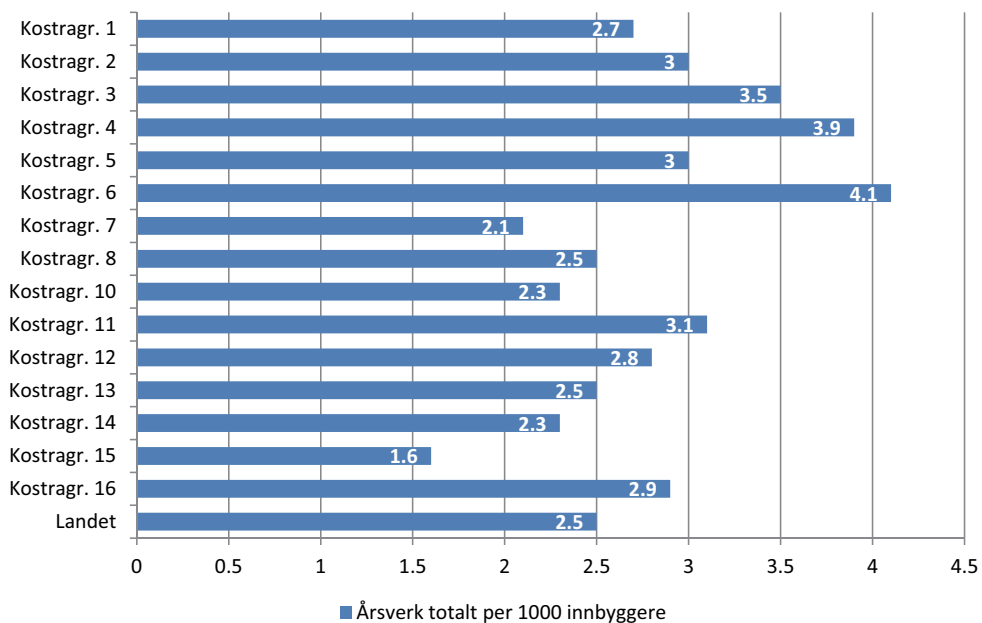
Tabell 7.3 viser antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning (voksne og barn og unge) og årsverk per 1 000 innbyggere fordelt på KOSTRA-grupper. I figur 7.5 og 7.6 har vi illustrert resultatene i de tre siste kolonnene.

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

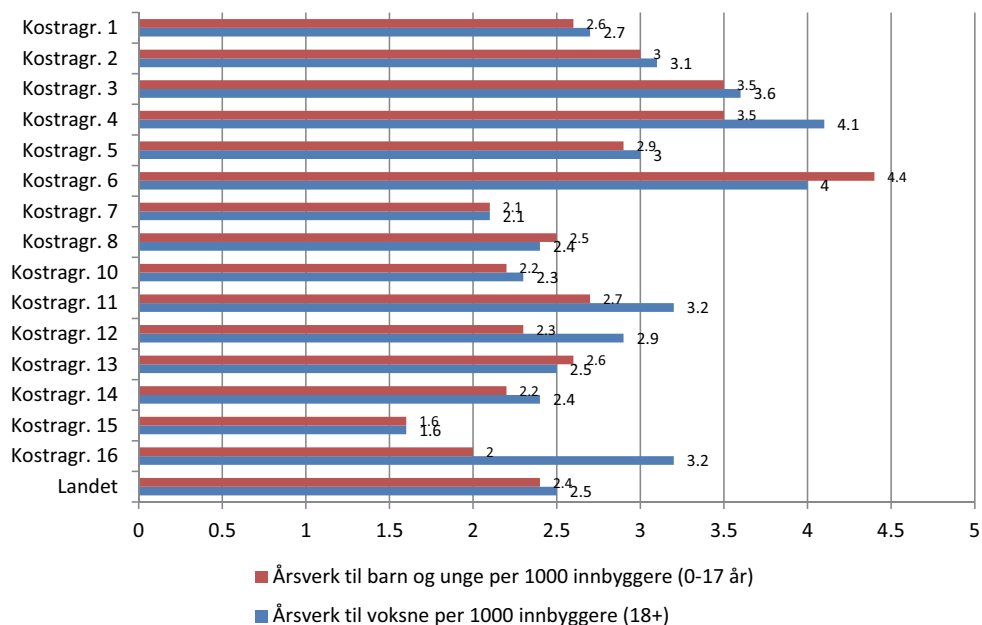
Tabell 7.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Kostra-gruppe, 2010



	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1 000 innbyggere
Kostragruppe 1	188	51	69 382	20 011	2,7	2,6	2,7
Kostragruppe 2	487	135	159 054	45 883	3,1	3,0	3,0
Kostragruppe 3	326	89	91 206	25 794	3,6	3,5	3,5
Kostragruppe 4	43	10	10 619	2 992	4,1	3,5	3,9
Kostragruppe 5	144	38	47 368	13 329	3,0	2,9	3,0
Kostragruppe 6	247	69	61 041	15 848	4,0	4,4	4,1
Kostragruppe 7	623	194	300 545	94 203	2,1	2,1	2,1
Kostragruppe 8	646	212	264 007	84 675	2,4	2,5	2,5
Kostragruppe 10	456	134	195 318	59 846	2,3	2,2	2,3
Kostragruppe 11	869	219	274 100	80 060	3,2	2,7	3,1
Kostragruppe 12	233	56	79 713	24 653	2,9	2,3	2,8
Kostragruppe 13	3 360	1 023	1 321 152	398 885	2,5	2,6	2,5
Kostragruppe 14	1 035	270	436 455	123 444	2,4	2,2	2,3
Kostragruppe 15	784	192	479 385	119 845	1,6	1,6	1,6
Kostragruppe 16	53	10	16 586	4 906	3,2	2,0	2,9
Landet	9 492	2 703	3 805 931	1 114 374	2,5	2,4	2,5



Figur 7.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, Kostragruppe 2010



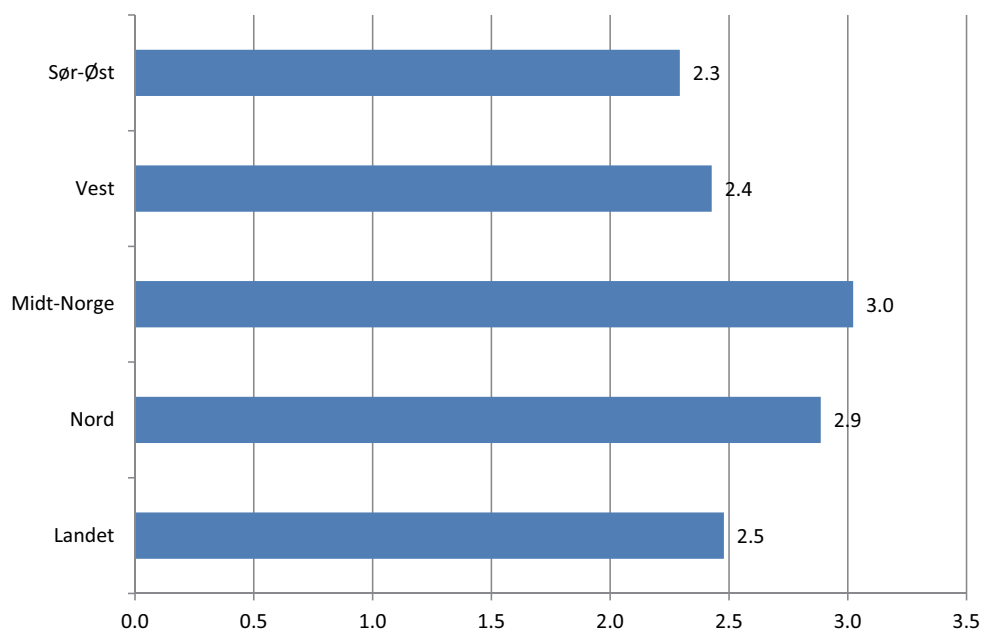
Figur 7.6 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, Kostragruppe 2010

#### 7.2.4 HELSEREGION

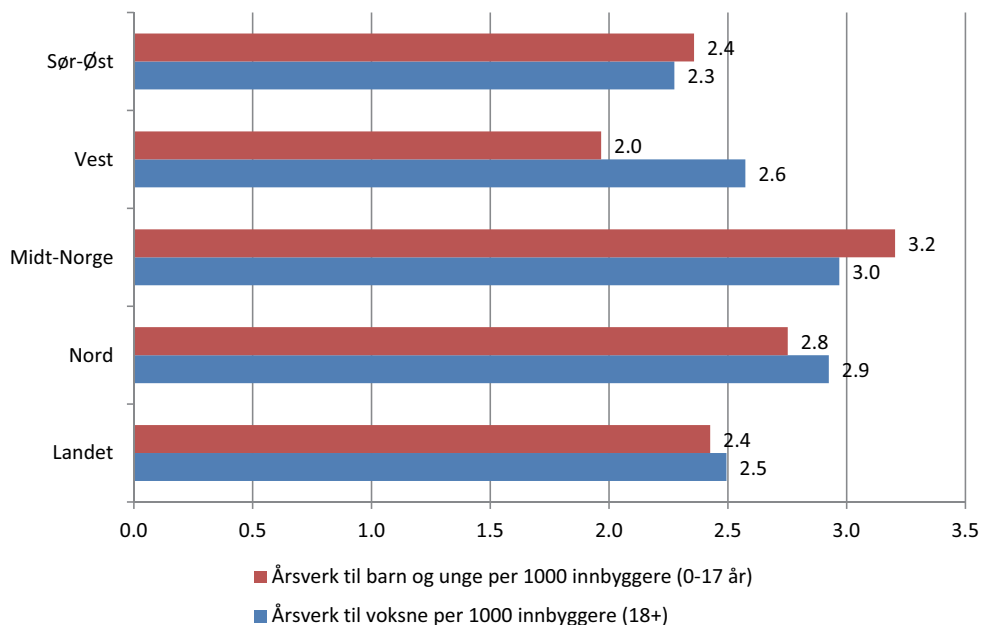
I tabell 7.4 og figurene 7.9 og 7.10 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, gruppert etter de fire helseregionene spesialisthelsetjenesten organiseres i. Helseregionene Sør-Øst og Vest har mange innbyggerrike kommuner, og kommer dermed ut med lavere antall årsverk per innbyggere enn landsgjennomsnittet totalt. Midt-Norge og Nord ligger over landsgjennomsnittet på rundt 3 årsverk per 1000 innbygger.

**Tabell 7.4** Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2010

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Årsverk totalt per 1 000 innbyggere
Sør-Øst	4 863	1 430	2 137 412	606 463	2,3	2,4	2,3
Vest	2 008	487	780 317	247 752	2,6	2,0	2,4
Midt-Norge	1 559	496	525 215	154 895	3,0	3,2	3,0
Nord	1 062	290	362 987	105 264	2,9	2,8	2,9
Landet	9 492	2 703	3 805 931	1 114 374	2,5	2,4	2,5



**Figur 7.7** Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, helseregion, 2010



Figur 7.8 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2010

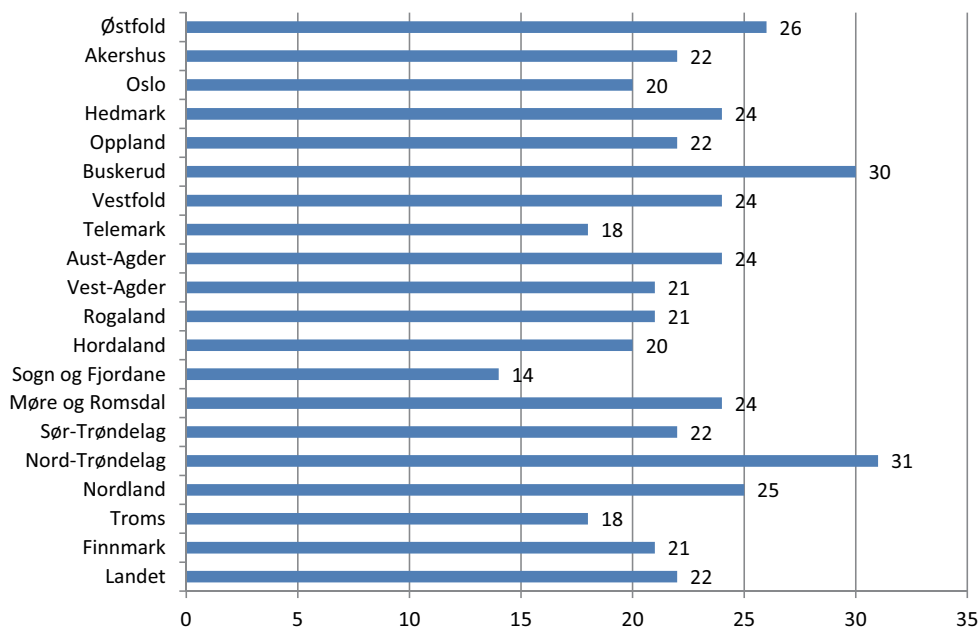
### 7.3 ANDEL AV ÅRSVERKENE SOM GÅR TIL TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

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

I de følgende fire figurene presenterer vi andelen årsverk av totalt rapporterte årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene som var knyttet til tjenester for barn og unge i 2010. Figurene presenterer tallene per fylke, etter kommunistørrelse, Kotragruppe og per helseregion.

### 7.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Figur 7.9 viser andel årsverk som gikk til tjenester og tiltak for barn og unge på fylkesnivå i 2010

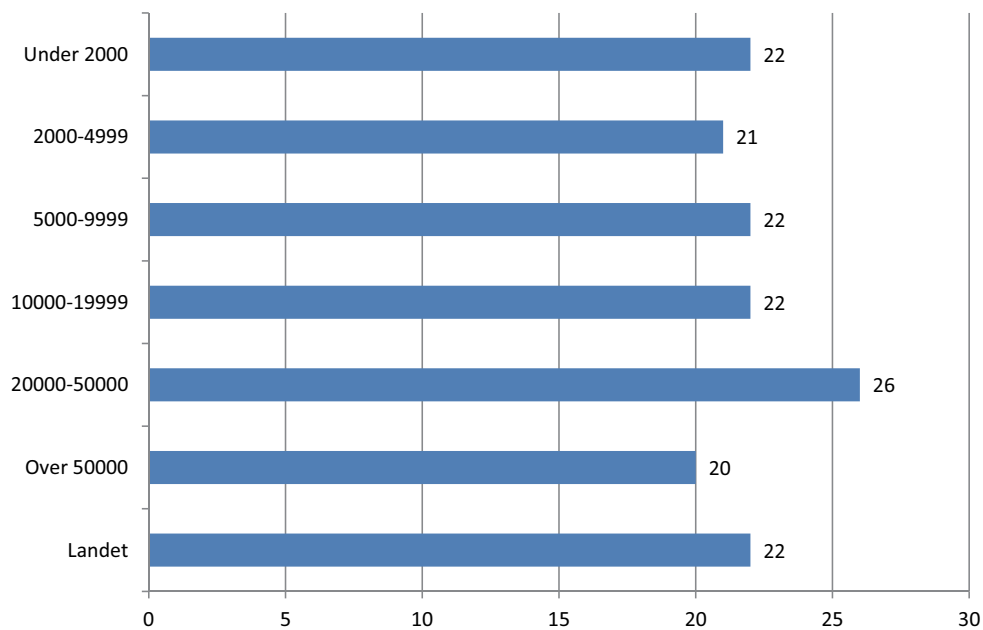


Figur 7.9 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2010

Som vi ser av figuren er det kommunene i Buskerud (30 prosent) og Nord-Trøndelag (31 prosent) som i gjennomsnitt har den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge. Troms (18 prosent) og Sogn og Fjordane (14 prosent) har i gjennomsnitt den laveste andelen årsverk i tjenester for barn og unge.

### 7.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

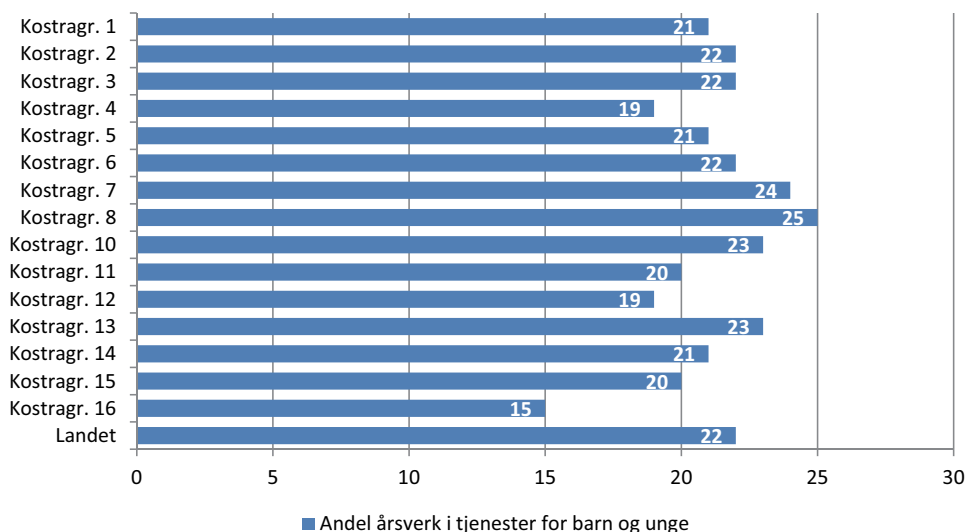
Gruppert etter kommunestørrelse (figur 7.10) er det kommuner med mellom 20 000 – 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt bruker den høyeste andelen årsverk på tjenester til barn og unge, 26 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid gikk til slike tjenester i 2010. I de øvrige kommunegruppene er variasjonen liten.



Figur 7.10 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2010

### 7.3.3 KOSTRA-GRUPPE

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

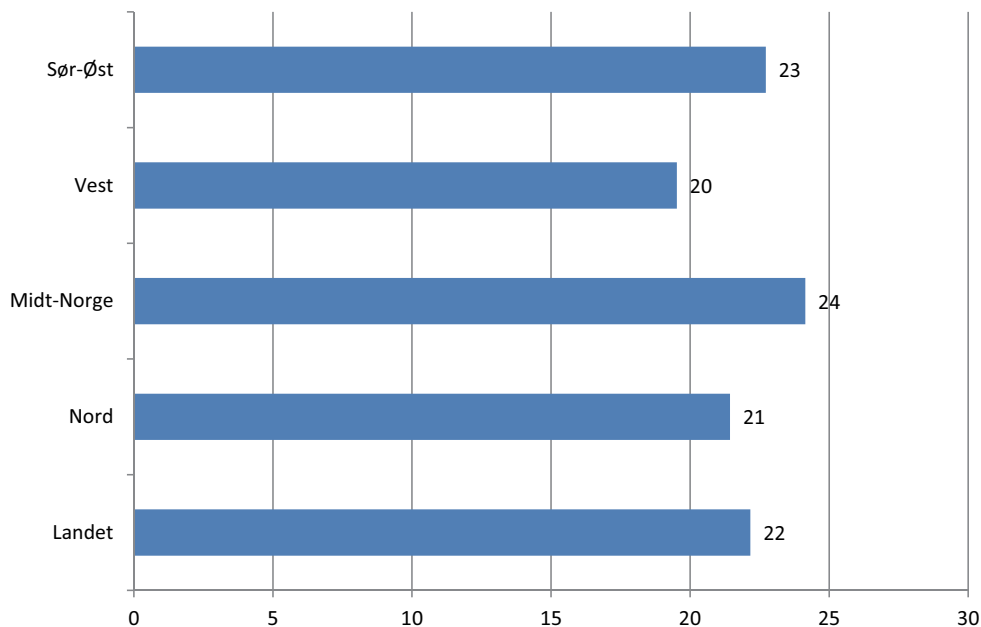


Figur 7.11 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, Kostragruppe, 2010

KOSTRA-gruppe 8 skiller seg mest positivt avvikende fra landsgjennomsnittet da  $\frac{1}{4}$  av årsverkene går til tjenester for barn og unge. Dette betyr m.a.o. at de 27 kommunene med lave bundne kostnader og middels frie disponible inntekter i gjennomsnitt benyttet en høy andel av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge. Landsgjennomsnittet på 22 prosent har gått ned med ett prosentpoeng siden 2009.

### 7.3.4 HELSEREGION

I figur 7.12 presenteres andel av totale årsverk som går til tjenester og tiltak for barn og unge på helseregionnivå i 2010. Som for 2009 ligger Sør-Øst og Midt-Norge over landsgjennomsnittet i 2010, mens Vest ligger lavest.



Figur 7.12 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2010

### 7.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER

I dette delkapitlet ser vi nærmere på hvordan årsverkene fordeler seg på ulike typer tiltak innen psykisk helsearbeid. Dataene er gruppert på samme måte som i kapittel 7.2. Av plasshensyn i rapporten har vi valgt å gruppere tiltakskategoriene på følgende måte for tjenester til voksne:

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



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

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

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

#### 7.4.1 ÅRSVERK TIL VOKSNE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

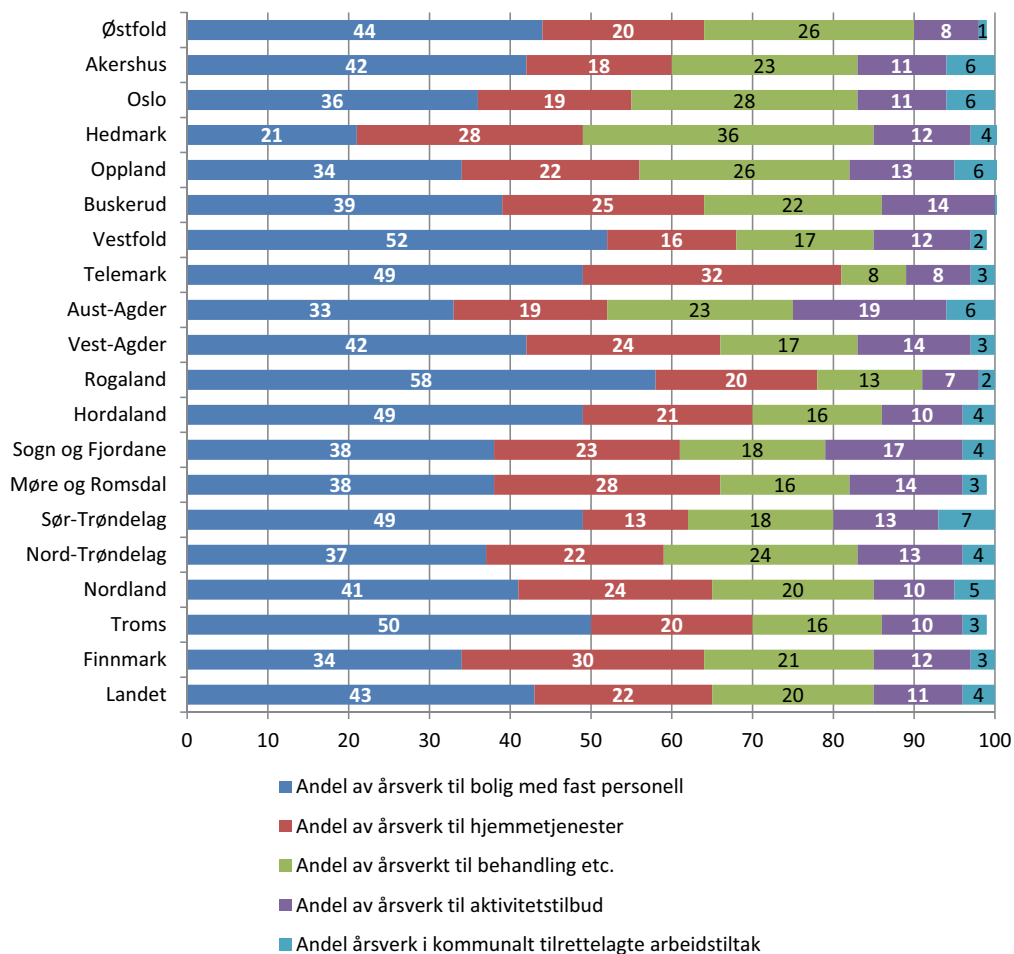
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene som er rapportert på ulike tiltak i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig på tiltakene bolig/oppfølging/behandling m.m. og aktivitetstilbud.

##### 7.4.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 7.5 er illustrert i figur 7.2 i forrige delkapittel. De to neste kolonnene i tabellen er illustrert i figur 7.13 under. I figuren har vi skilt ut arbeidstiltak fra "aktivitetstilbud". De største avvikene fra landsgjennomsnittet på 2,5 årsverk til voksne per 1 000 (voksne) innbyggere finner vi hos kommunene i Sogn og Fjordane (3,7) og Oslo (1,6).

Tabell 7.5 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2010

	Sum årsverk per voksne 1000 innbyggere	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemme- tjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Østfold	2,3	44	20	26	9	100
Akershus	2,0	42	18	23	17	100
Oslo	1,6	36	19	28	17	100
Hedmark	2,9	21	28	36	16	100
Oppland	2,9	34	22	26	19	100
Buskerud	2,1	39	25	22	15	100
Vestfold	2,5	52	16	17	14	100
Telemark	3,6	49	32	8	11	100
Aust-Agder	2,1	33	19	23	25	100
Vest-Agder	2,7	42	24	17	17	100
Rogaland	2,5	58	20	13	9	100
Hordaland	2,4	49	21	16	14	100
Sogn og Fjordane	3,7	38	23	18	21	100
Møre og Romsdal	2,8	38	28	16	17	100
Sør-Trøndelag	3,3	49	13	18	20	100
Nord-Trøndelag	2,6	37	22	24	17	100
Nordland	2,6	41	24	20	15	100
Troms	3,3	50	20	16	14	100
Finnmark	3,0	34	30	21	15	100
Landet	2,5	43	22	20	15	100



Figur 7.13 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2010

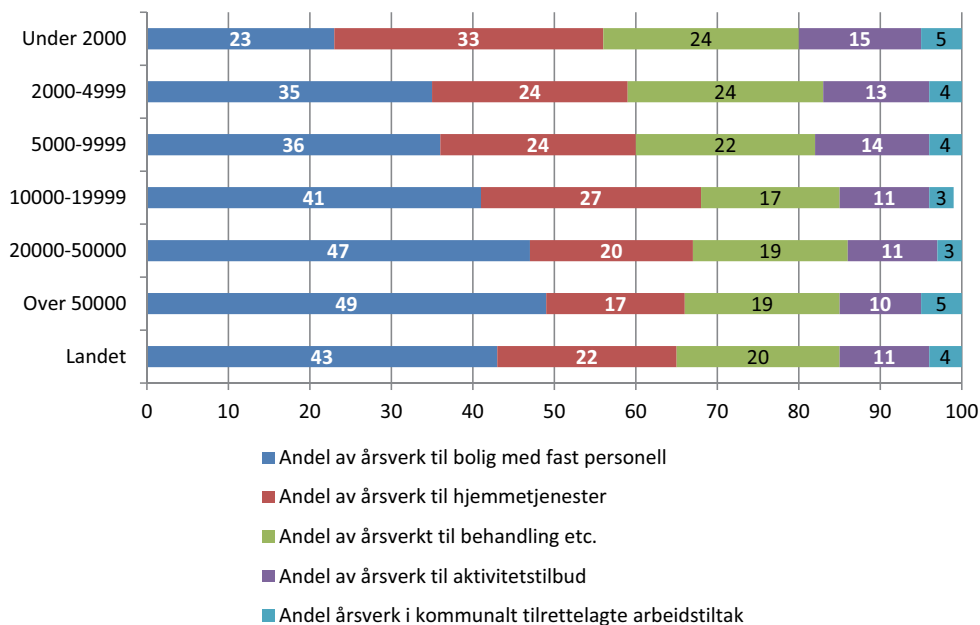
### 7.4.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse (tabell 7.6), ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. varierer med 18 prosentpoeng mellom de minste (23 prosent) og største kommunene (49 prosent). Dette kan speile at større kommuner relativt sett har flere ressurskrevende brukere som krever oppfølging i bolig og tilrettelagte behandlingstilbud (jf. Storby-satsningen). Andel av årsverk til hjemmetjenester reduseres med økt kommunestørrelse.

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

Tabell 7.6 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Under 2000	3,7	23	33	24	15	100
2000-4999	3,2	35	24	24	13	100
5000-9999	2,6	36	24	22	14	100
10000-19999	2,5	41	27	17	11	100
20000-50000	2,4	47	20	19	11	100
Over 50000	2,3	49	17	19	10	100
Landet	2,5	43	22	20	11	100



Figur 7.14 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010

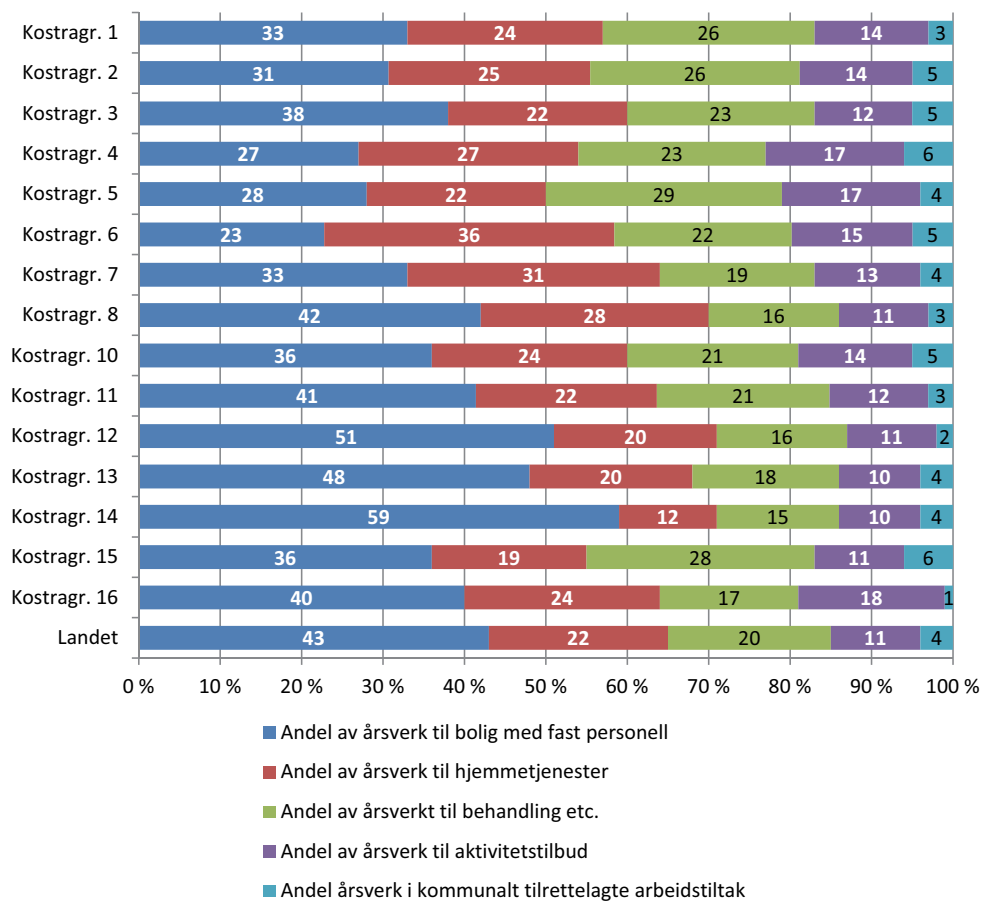
### 7.4.1.3 KOSTRA-GRUPPE

Vi så i avsnittet ovenfor hvordan de største kommunene i gjennomsnitt benytter en større andel av midlene til bolig, oppfølging og behandlingstilbud. KOSTRA-gruppene reflekterer at Trondheim, Bergen og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) slår ut i denne sammenheng med den høyeste andelen av årsverkene til bolig med fast personell (59 prosent, opp 5 prosentpoeng fra 2009), jf. tabell 7.7.

Det er KOSTRA-gruppe 15 (Oslo) som har høyest andel årsverk i aktivitetstilbud (18 prosent). Tabellen er illustrert i figur 7.15.

**Tabell 7.7** Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Kostragruppe 1	2,7	33	24	26	17	100
Kostragruppe 2	3,1	31	25	26	18	100
Kostragruppe 3	3,6	38	22	23	17	100
Kostragruppe 4	4,1	27	27	23	23	100
Kostragruppe 5	3,0	28	22	29	21	100
Kostragruppe 6	4,0	23	36	22	19	100
Kostragruppe 7	2,1	33	31	19	17	100
Kostragruppe 8	2,4	42	28	16	14	100
Kostragruppe 10	2,3	36	24	21	19	100
Kostragruppe 11	3,2	41	22	21	15	100
Kostragruppe 12	2,9	51	20	16	13	100
Kostragruppe 13	2,5	48	20	18	14	100
Kostragruppe 14	2,4	59	12	15	14	100
Kostragruppe 15	1,6	36	19	28	17	100
Kostragruppe 16	3,2	40	24	17	19	100
Landet	2,5	43	22	20	15	100



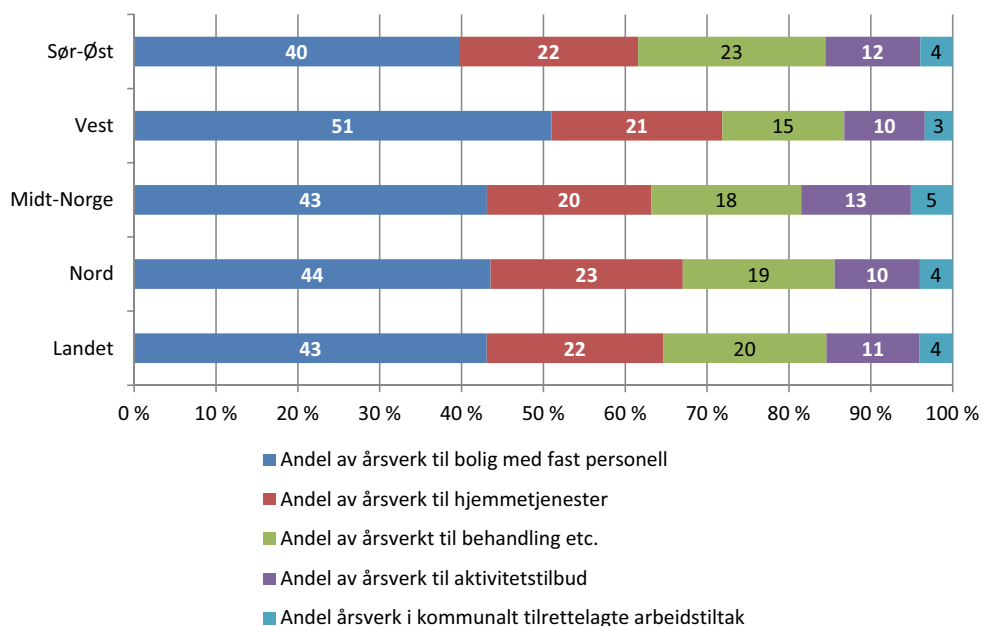
Figur 7.15 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., Kostragruppe, 2010

#### 7.4.1.4 HELSEREGION

I tabell 7.8 og figur 7.16 presenteres tallene per helseregion. Andelen av årsverk til bolig med fast personell er høyest i helseregion Vest (51 prosent, opp to prosentpoeng fra 2009). Denne helseregionen ligger 8 prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 43 prosent. Andel av årsverk til hjemmetjenester er høyest i helseregion Nord (23 prosent).

**Tabell 7.8 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010**

	Årsverk til voksne per 1 000 innbyggere (18+)	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Sør-Øst	2,3	40	22	23	16	100
Vest	2,6	51	21	15	13	100
Midt-Norge	3,0	43	20	18	18	100
Nord	2,9	44	23	19	14	100
Landet	2,5	43	22	20	15	100



**Figur 7.16 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2010**

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

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

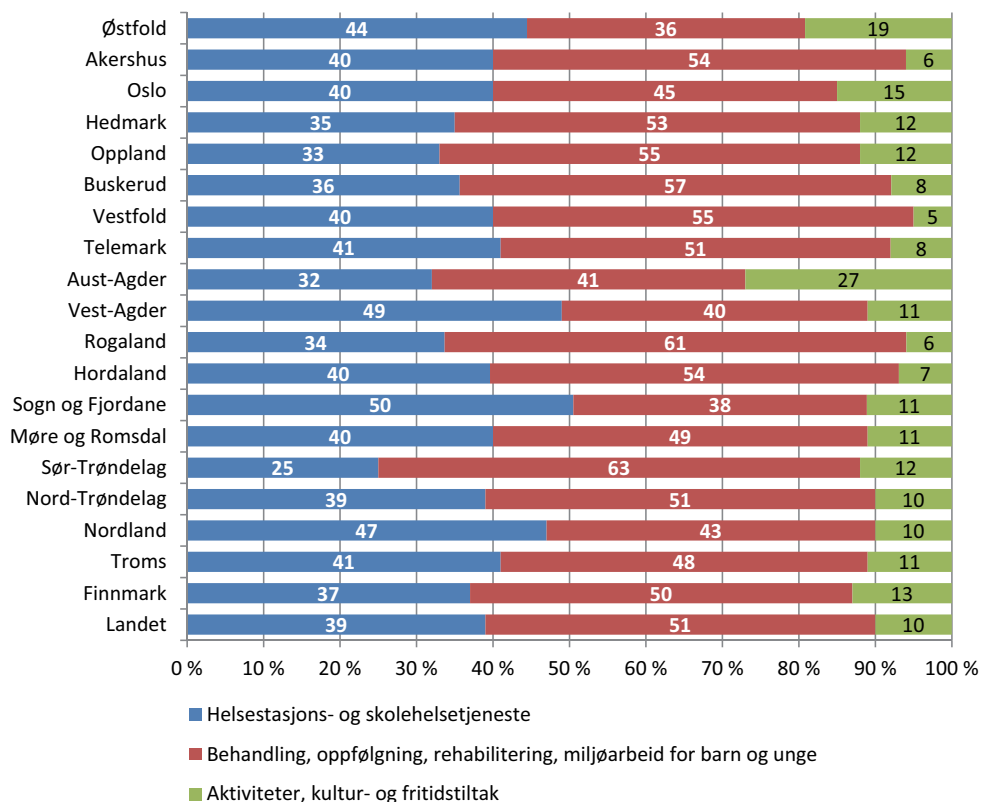
### 7.4.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 7.9 går i gjennomsnitt over halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v. (51 prosent) i 2009. Dette er ett prosentpoeng lavere enn i 2009. 39 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste (opp to prosentpoeng fra 2009), mens de resterende 10 prosentene går til aktivitets-, kultur- og fritidstilbud. Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen årsverk som går til de ulike tiltakene. Vest-Agder har lavest andel (40 prosent) av årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v., mens Sør-Trøndelag har høyest andel (63 prosent). Sogn og Fjordane har høyest andel (50 prosent) av årsverk til helsestasjon og skolehelsetjenester, mens Sør-Trøndelag har lavest andel (25 prosent). Aust-Agder har en relativt høy andel årsverk i aktivitetstilbud.

Tabell 7.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstilbud	Totalt
Østfold	2,8	44	36	19	100
Akershus	1,7	40	54	6	100
Oslo	1,6	40	45	15	100
Hedmark	3,6	35	53	12	100
Oppland	3,1	33	55	12	100
Buskerud	3,2	36	57	8	100
Vestfold	2,7	40	55	5	100
Telemark	2,9	41	51	8	100
Aust-Agder	2,3	32	41	27	100
Vest-Agder	2,3	49	40	11	100
Rogaland	2,0	34	61	6	100
Hordaland	1,9	40	54	7	100
Sogn og Fjordane	2,0	50	38	11	100
Møre og Romsdal	3,0	40	49	11	100
Sør-Trøndelag	3,1	25	63	12	100
Nord-Trøndelag	3,7	39	51	10	100
Nordland	3,0	47	43	10	100
Troms	2,4	41	48	11	100
Finnmark	2,6	37	50	13	100
Landet	2,4	39	51	10	100

Tallene er også illustrert i figur 7.17.



Figur 7.17 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2010

#### 7.4.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

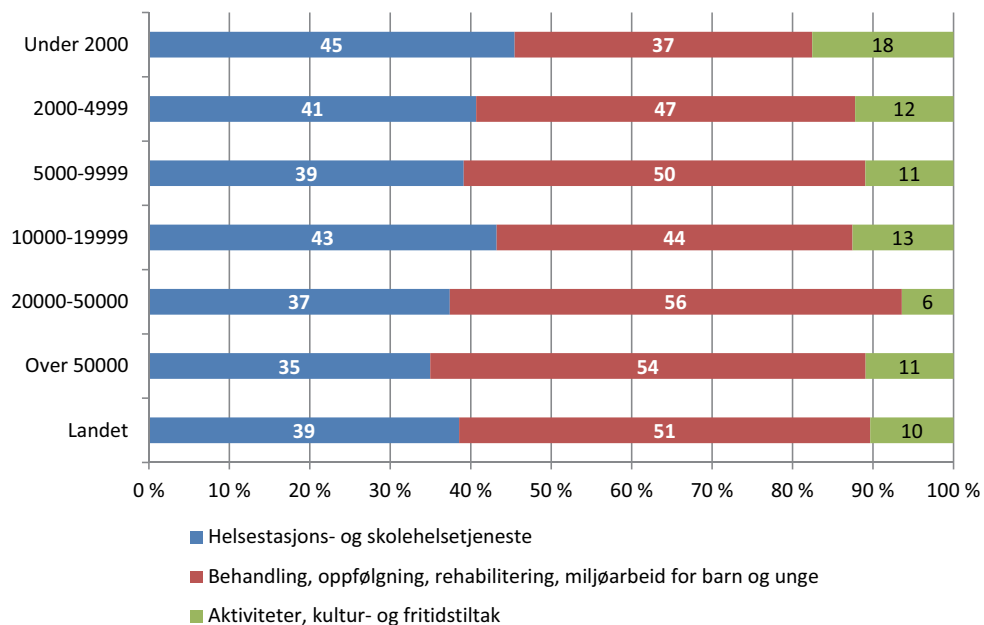
Gruppert etter kommunestørrelse ser vi av tabell 7.10 at det er en sammenheng mellom kommunestørrelsen og andel av årsverk som går til helsestasjons- og skolehelsetjenester. Jo større kommunen er, jo lavere andel av årsverkene går til helsestasjon og skolehelsetjenester. Denne sammenhengen gjelder vel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

Tabell 7.10 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010

	Årsverk til barn og unge per 1000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Under 2000	3,8	45	37	18	100
2000-4999	3,0	41	47	12	100
5000-9999	2,6	39	50	11	100
10000-19999	2,3	43	44	13	100
20000-50000	2,8	37	56	6	100
Over 50000	2,0	35	54	11	100
Landet	2,4	39	51	10	100



Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det en betydelig lavere andel som går til dette i de aller minste kommunene (37 prosent), sammenliknet med de største kommunene (54 prosent). De minste kommunene prioriterer i større grad aktivitetstilbud. Dette så vi også i tallene fra 2008 og 2009. Figur 7.18 illustrerer disse forskjellene.



Figur 7.18 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2010

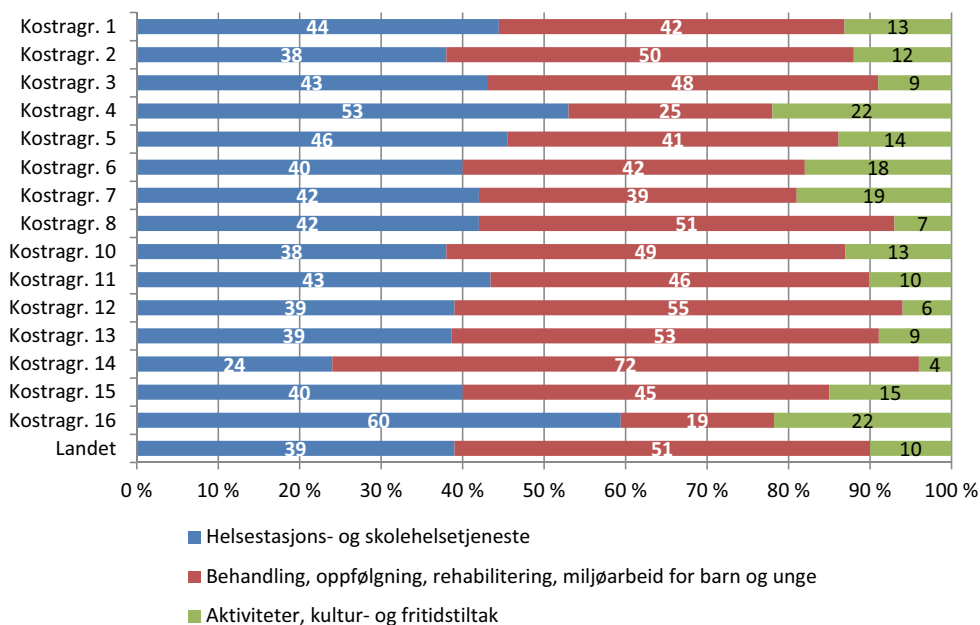
### 7.4.2.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabell 7.11 og figur 7.19 presenteres tallene per KOSTRA-gruppe for 2010.

**Tabell 7.11 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010**

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Kostragruppe 1	2,6	44	42	13	100
Kostragruppe 2	3,0	38	50	12	100
Kostragruppe 3	3,5	43	48	9	100
Kostragruppe 4	3,5	53	25	22	100
Kostragruppe 5	2,9	46	41	14	100
Kostragruppe 6	4,4	40	42	18	100
Kostragruppe 7	2,1	42	39	19	100
Kostragruppe 8	2,5	42	51	7	100
Kostragruppe 10	2,2	38	49	13	100
Kostragruppe 11	2,7	43	46	10	100
Kostragruppe 12	2,3	39	55	6	100
Kostragruppe 13	2,6	39	53	9	100
Kostragruppe 14	2,2	24	72	4	100
Kostragruppe 15	1,6	40	45	15	100
Kostragruppe 16	2,0	60	19	22	100
Landet	2,4	39	51	10	100

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjeneste er KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) med på å trekke ned landsgjennomsnittet med kun 24 prosent av årsverkene i denne type tjenester. Landsgjennomsnittet ligger på 39 prosent, men de fleste gruppene ligger over dette gjennomsnittet. Denne sammenhengen så vi også i tallene fra 2008 og 2009. KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) er de som i gjennomsnitt benytter høyest andel av midlene i helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 60 prosent. Dette er opp hele 10 prosentpoeng fra i 2009. Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) som er med på å trekke opp landsgjennomsnittet – disse kommunene bruker i gjennomsnitt 72 prosent av årsverkene sine i den type tjeneste (og kun fire prosent i aktivitetstilbud). KOSTRA-gruppe 4 og 16 benytter høyest andel av årsverkene i aktivitetstilbud med 22 prosent.



Figur 7.19 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2010

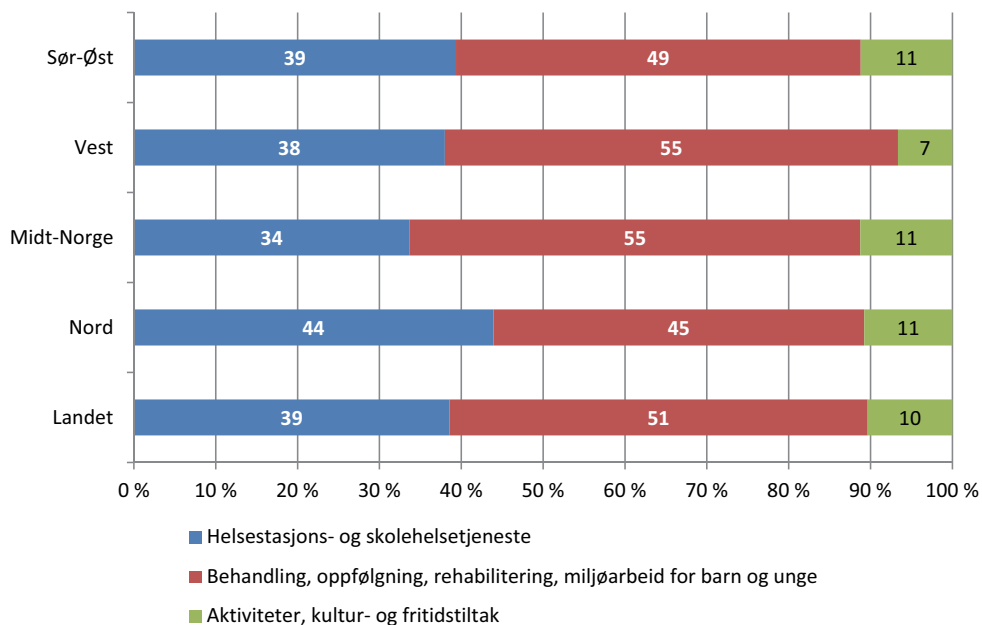
#### 7.4.2.4 HELSEREGION

I tabell 7.12 og figur 7.20 presenteres tallene per helseregion.

Tabell 7.12 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010

	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere (0-17 år)	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritiltak	Totalt
Sør-Øst	2,4	39	49	11	100
Vest	2,0	38	55	7	100
Midt-Norge	3,2	34	55	11	100
Nord	2,8	44	45	11	100
Landet	2,4	39	51	10	100

Helseregion Midt-Norge har flest årsverk per innbyggere i tjenester til barn og unge. Helseregion Nord har den høyeste andelen årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens Vest og Midt-Norge har godt over gjennomsnittet i behandling og oppfølgingstjenester.



Figur 7.20 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2010

## 7.5 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

I det følgende presenterer vi årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper.

For å forenkle fremstillingen, gjøres den grafiske presentasjonen av tallene etter følgende nye inndeling:

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

## 7.5.1 ÅRSVERK TOTALT

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

### 7.5.1.1 FYLKESFORSKJELLER

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

**Tabell 7.13 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2010**

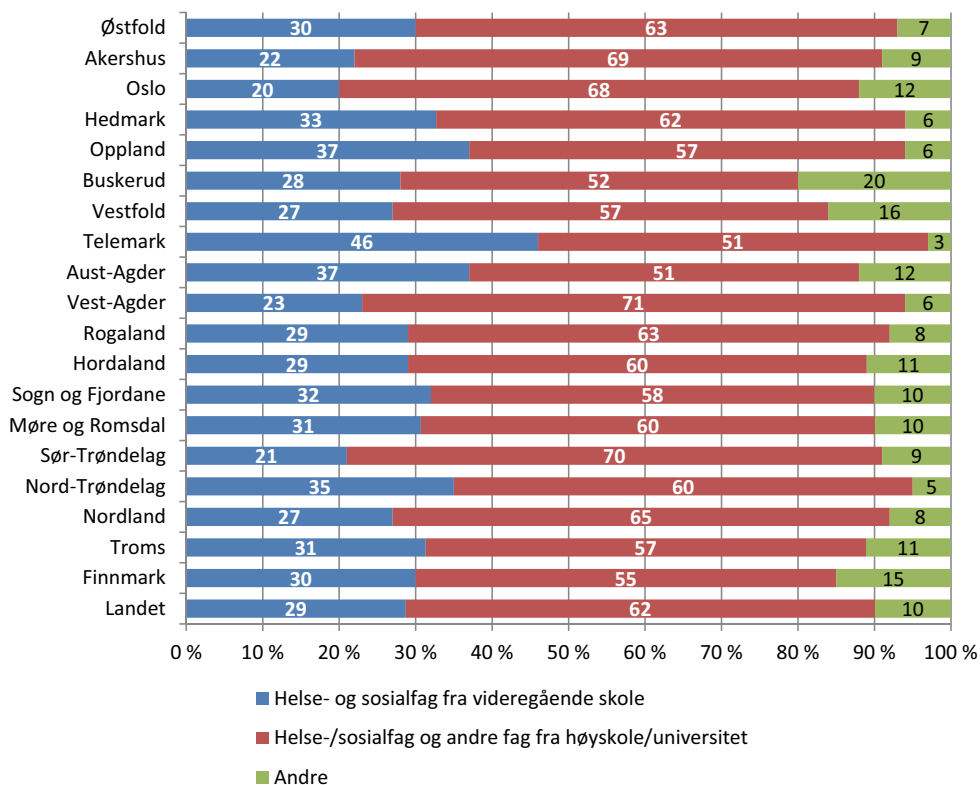
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	63	137	155	175	4	23	62	47	665
Akershus	99	131	234	262	40	41	129	94	1 031
Oslo	73	123	173	354	16	19	100	118	976
Hedmark	75	116	144	168	7	19	24	33	587
Oppland	66	136	94	160	5	6	46	30	543
Buskerud	70	103	111	134	16	23	34	122	613
Vestfold	50	114	115	138	10	18	56	96	597
Telemark	87	183	91	131	1	30	47	18	588
Aust-Agder	19	69	64	45	1	4	8	29	239
Vest-Agder	36	69	140	133	3	25	22	26	455
Rogaland	96	204	228	308	29	12	78	85	1 039
Hordaland	128	186	231	319	29	22	64	121	1 101
Sogn og Fjordane	31	82	73	104	5	1	25	35	355
Møre og Romsdal	70	157	127	209	9	26	66	70	734
Sør-Trøndelag	59	137	186	282	23	51	123	86	947
Nord-Trøndelag	46	86	78	99	5	10	34	18	375
Nordland	63	112	181	195	3	19	22	49	644
Troms	43	112	107	128	6	19	23	56	494
Finnmark	18	46	54	51	2	1	11	32	214
Landet	1 193	2 302	2 587	3 395	212	368	974	1 164	12 195

Tabell 7.14 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2010

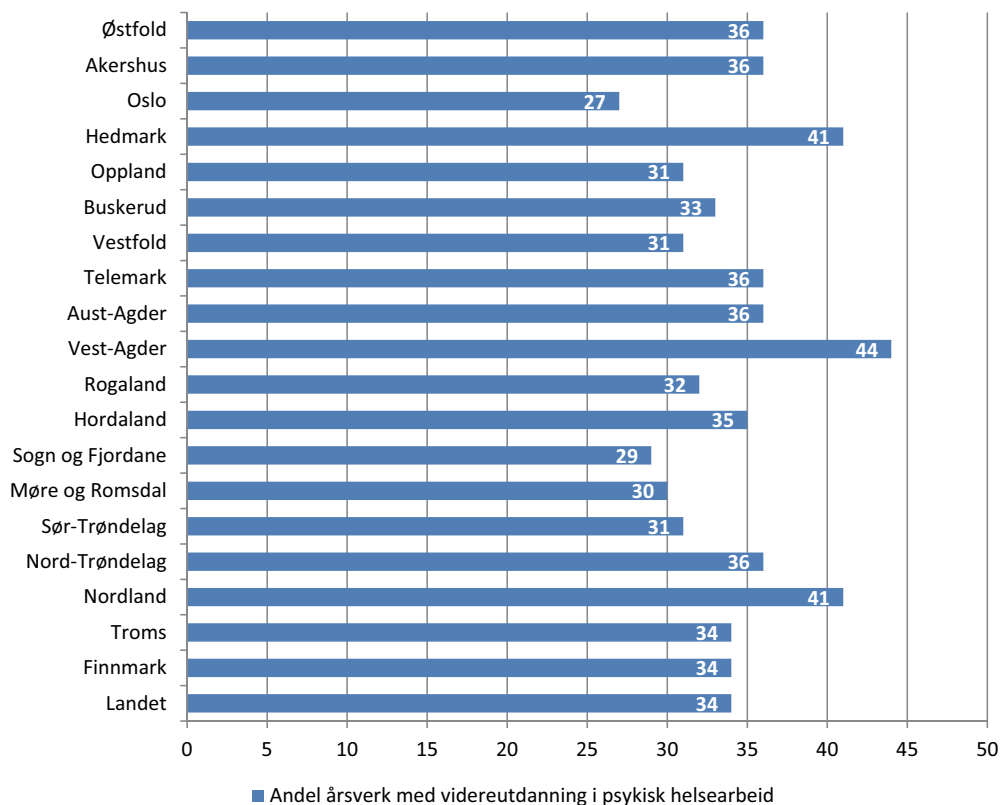
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	9	21	23	26	1	3	9	7	100
Akershus	10	13	23	25	4	4	13	9	100
Oslo	7	13	18	36	2	2	10	12	100
Hedmark	13	20	25	29	1	3	4	6	100
Oppland	12	25	17	29	1	1	8	6	100
Buskerud	11	17	18	22	3	4	6	20	100
Vestfold	8	19	19	23	2	3	9	16	100
Telemark	15	31	16	22	0	5	8	3	100
Aust-Agder	8	29	27	19	1	2	3	12	100
Vest-Agder	8	15	31	29	1	5	5	6	100
Rogaland	9	20	22	30	3	1	8	8	100
Hordaland	12	17	21	29	3	2	6	11	100
Sogn og Fjordane	9	23	20	29	1	0	7	10	100
Møre og Romsdal	10	21	17	29	1	3	9	10	100
Sør-Trøndelag	6	14	20	30	2	5	13	9	100
Nord-Trøndelag	12	23	21	26	1	3	9	5	100
Nordland	10	17	28	30	0	3	3	8	100
Troms	9	23	22	26	1	4	5	11	100
Finnmark	9	22	25	24	1	0	5	15	100
Landet	10	19	21	28	2	3	8	10	100

Som vi ser av tabell 7.14 har over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid helse-/sosialfag fra høyskole- eller universitetsutdannelse (med eller uten videreutdanning). I kommunene i Vest-Agder og Sør-Trøndelag er andelen på rundt 70 prosent i denne kategorien. 29 prosent av årsverkene rapportert i 2009 hadde helse- og sosialfag fra videregående skole som høyeste utdanning, mens 10 prosent ble kategorisert som andre. 2 prosent av de totale årsverkene var psykologer, og her skiller kommunene i Akershus seg ut med positivt avvik fra landsgjennomsnittet med sine 4 prosent.

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



Figur 7.21 Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2010



Figur 7.22 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010

### 7.5.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

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

I figur 7.23 og 7.24 presenteres sammenslåtte utdanningskategorier fra tabell 7.16 – tilsvarende det vi gjorde på fylkesnivå over. Figurene er lett leselige, og kommenteres derfor ikke ytterligere.

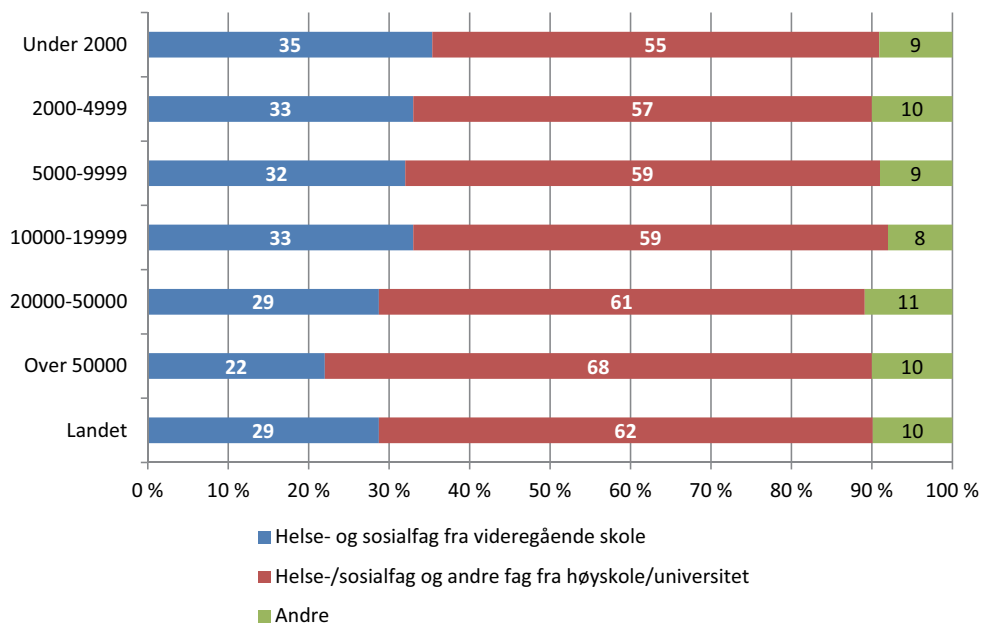


Tabell 7.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2010

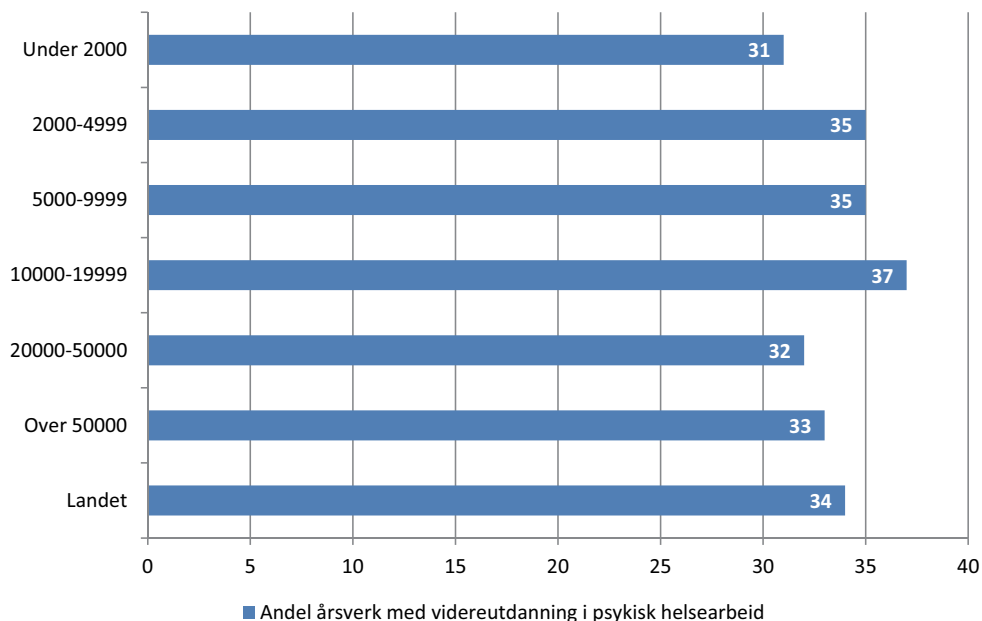
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	36	120	89	111	1	12	31	42	443
2000-4999	154	314	320	349	16	21	91	136	1 400
5000-9999	171	343	357	450	17	29	94	136	1 597
10000-19999	233	439	454	519	31	58	135	158	2 026
20000-50000	289	521	525	812	65	101	207	303	2 823
Over 50000	310	564	841	1 155	82	147	416	390	3 906
Landet	1 193	2 302	2 587	3 395	212	368	974	1 164	12 195

Tabell 7.16 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	8	27	20	25	0	3	7	9	100
2000-4999	11	22	23	25	1	2	6	10	100
5000-9999	11	22	22	28	1	2	6	9	100
10000-19999	11	22	22	26	2	3	7	8	100
20000-50000	10	18	19	29	2	4	7	11	100
Over 50000	8	14	22	30	2	4	11	10	100
Landet	10	19	21	28	2	3	8	10	100



Figur 7.23 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2010



Figur 7.24 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2010

### 7.5.1.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabell 7.17 følger de absolutte tallene gruppert etter KOSTRA-gruppene.

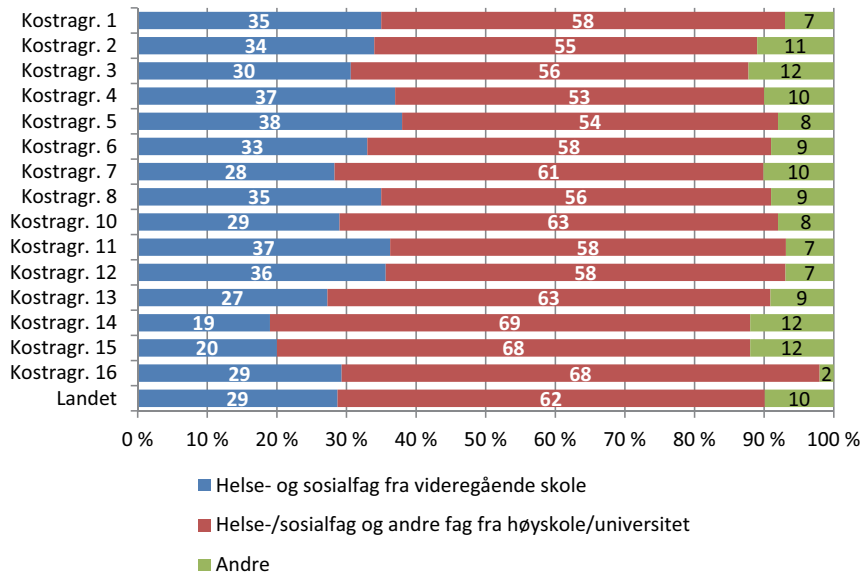
**Tabell 7.17** Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, Kostragruppe, 2009

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb	med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb		med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb		
Kostragruppe 1	27	58	56	64	3	2	11	17	239
Kostragruppe 2	67	145	139	136	7	14	48	66	622
Kostragruppe 3	39	88	93	109	6	5	26	49	415
Kostragruppe 4	8	10	8	12	1	0	4	5	49
Kostragruppe 5	24	46	40	38	0	6	14	15	182
Kostragruppe 6	22	84	72	85	1	6	20	27	316
Kostragruppe 7	93	136	196	221	12	28	48	83	816
Kostragruppe 8	96	205	183	218	13	19	49	80	863
Kostragruppe 10	59	115	136	163	8	15	46	49	590
Kostragruppe 11	126	268	224	292	11	20	74	73	1 088
Kostragruppe 12	34	68	71	76	2	6	12	20	289
Kostragruppe 13	413	796	898	1224	94	177	379	403	4 383
Kostragruppe 14	107	148	283	378	37	52	143	157	1 304
Kostragruppe 15	73	123	173	354	16	19	100	118	976
Kostragruppe 16	5	14	16	25	0	1	1	1	63
Landet	1 193	2 302	2 587	3 395	212	368	974	164	12 195

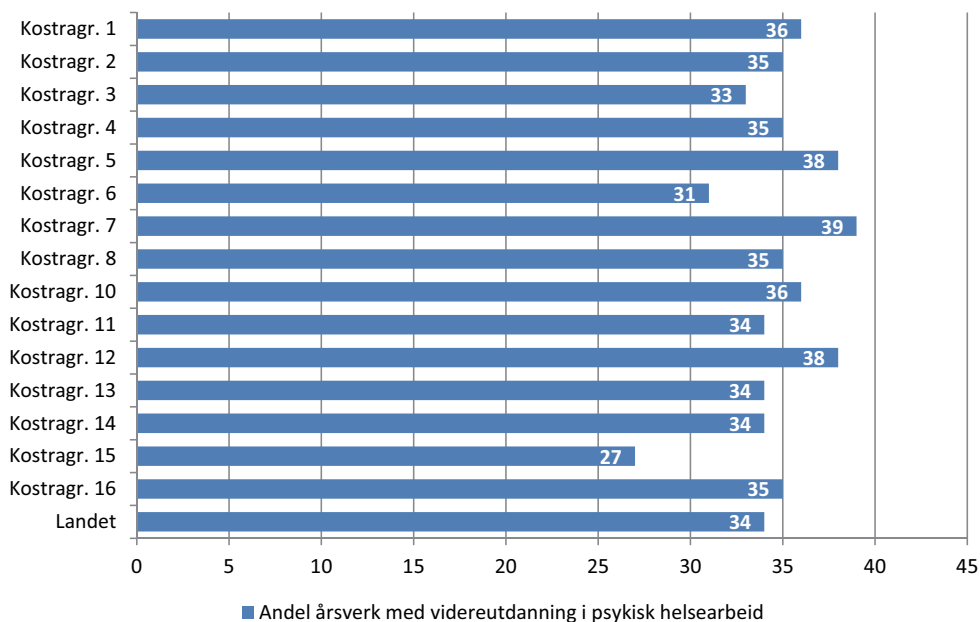
Tabell 7.18 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, Kostragruppe, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
	Kostragruppe 1	11	24	24		27	1		
Kostragruppe 2	11	23	22	22	1	2	8	11	100
Kostragruppe 3	9	21	22	26	1	1	6	12	100
Kostragruppe 4	17	20	17	24	2	1	9	10	100
Kostragruppe 5	13	25	22	21	0	3	8	8	100
Kostragruppe 6	7	26	23	27	0	2	6	9	100
Kostragruppe 7	11	17	24	27	1	3	6	10	100
Kostragruppe 8	11	24	21	25	2	2	6	9	100
Kostragruppe 10	10	19	23	28	1	3	8	8	100
Kostragruppe 11	12	25	21	27	1	2	7	7	100
Kostragruppe 12	12	24	25	26	1	2	4	7	100
Kostragruppe 13	9	18	20	28	2	4	9	9	100
Kostragruppe 14	8	11	22	29	3	4	11	12	100
Kostragruppe 15	7	13	18	36	2	2	10	12	100
Kostragruppe 16	8	21	26	39	0	1	2	2	100
Landet	10	19	21	28	2	3	8	10	100

I figur 7.25 og 7.26 er årsverkene gruppert etter hvor stor andel som går til de ulike utdanningsgruppene totalt, og andel årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 7.25 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2010



Figur 7.26 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010

#### 7.5.1.4 HELSEREGION

I tabell 7.19 og 7.20 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene for 2010 på helse-regionnivå – både som absolutte tall og andeler av totale årsverk i hver region.

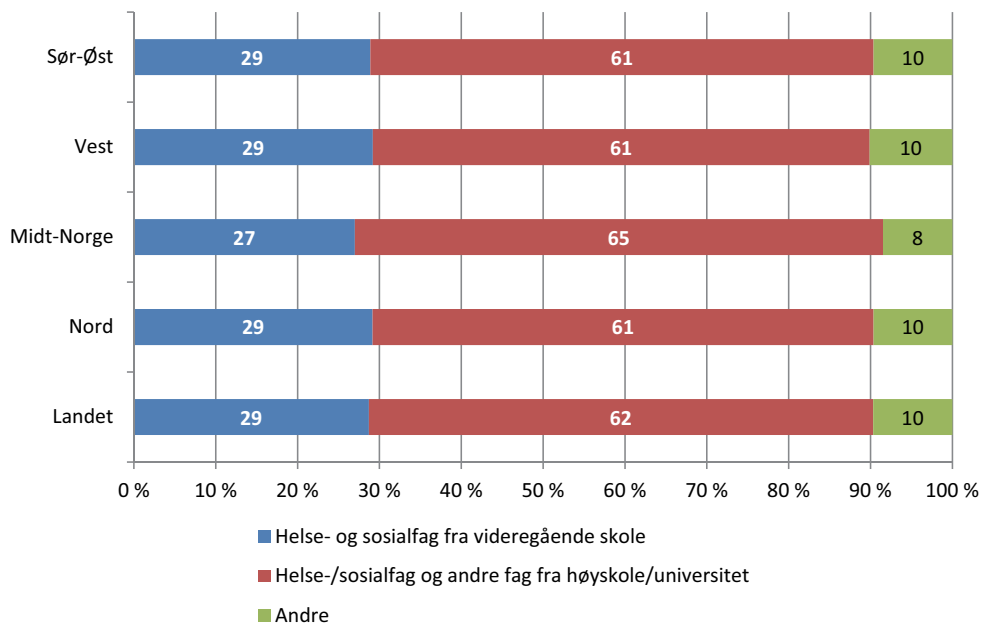
Tabell 7.19 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Tot alt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	638	1 180	1 322	1 700	103	209	529	613	6 292
Vest	255	472	532	731	63	35	167	240	2 496
Midt-Norge	175	380	391	590	37	86	223	174	2 056
Nord	124	270	342	374	10	39	55	137	1 351
Landet	1 193	2 302	2 587	3 395	212	368	974	1 164	12 195

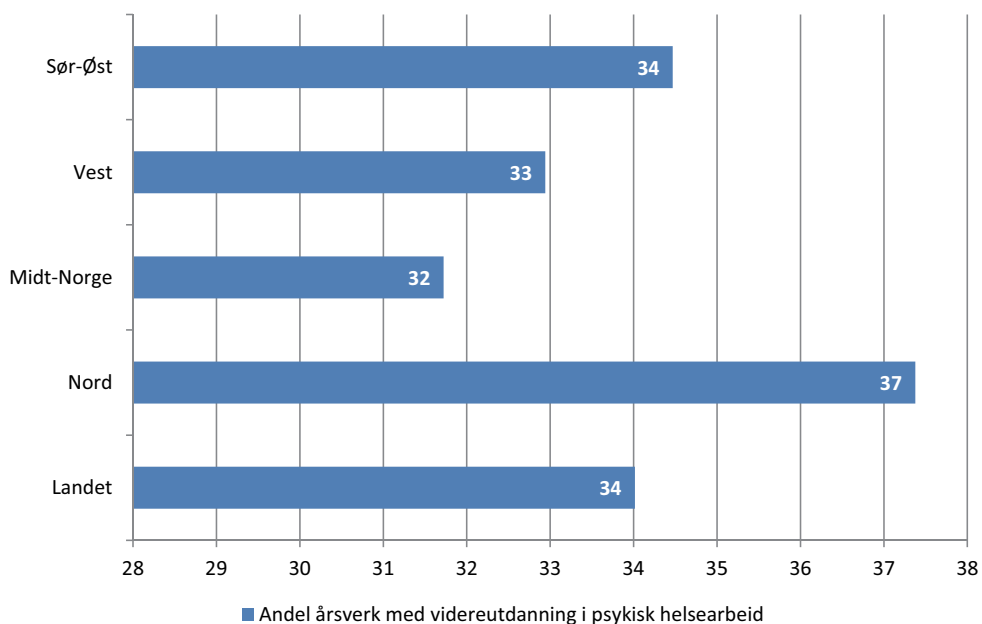
Tabell 7.20 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
	Sør-Øst	10	19	21		27	2		
Vest	10	19	21	29	3	1	7	10	100
Midt-Norge	9	18	19	29	2	4	11	8	100
Nord	9	20	25	28	1	3	4	10	100
Landet	10	19	21	28	2	3	8	10	100

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



Figur 7.27 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2010



Figur 7.28 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010

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

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

### 7.5.2.1 FYLKESFORSKJELLER

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

**Tabell 7.21 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2010**

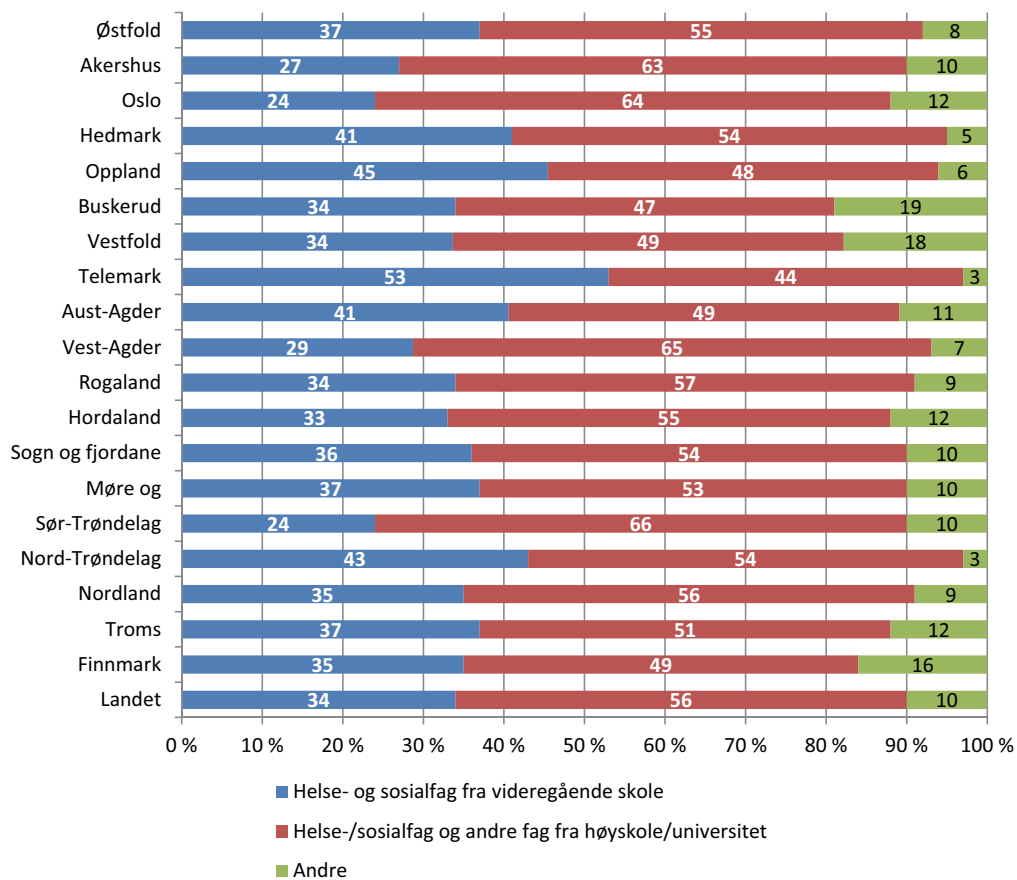
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	61	121	130	107	1	14	21	39	493
Akershus	91	125	194	187	8	28	90	84	809
Oslo	72	120	148	251	3	14	83	92	784
Hedmark	73	108	114	110	0	11	8	22	445
Oppland	63	129	76	107	1	5	15	27	423
Buskerud	57	88	86	93	1	12	11	82	430
Vestfold	47	106	87	96	2	9	27	81	456
Telemark	87	170	75	94	0	23	21	15	484
Aust-Agder	19	54	49	36	0	1	3	19	181
Vest-Agder	36	67	112	97	1	9	13	23	359
Rogaland	88	193	194	232	2	4	32	73	818
Hordaland	120	170	206	232	4	5	41	109	886
Sogn og Fjordane	30	79	61	88	0	0	14	32	304
Møre og Romsdal	69	137	107	138	2	20	28	56	558
Sør-Trøndelag	56	124	155	176	1	45	112	75	743
Nord-Trøndelag	42	69	60	63	2	6	8	9	259
Nordland	62	108	155	87	1	14	13	45	486
Troms	41	108	97	89	1	10	13	49	407
Finmark	17	43	43	34	1	0	5	27	169
Landet	1 130	2 119	2 150	2 317	31	229	557	957	9 492



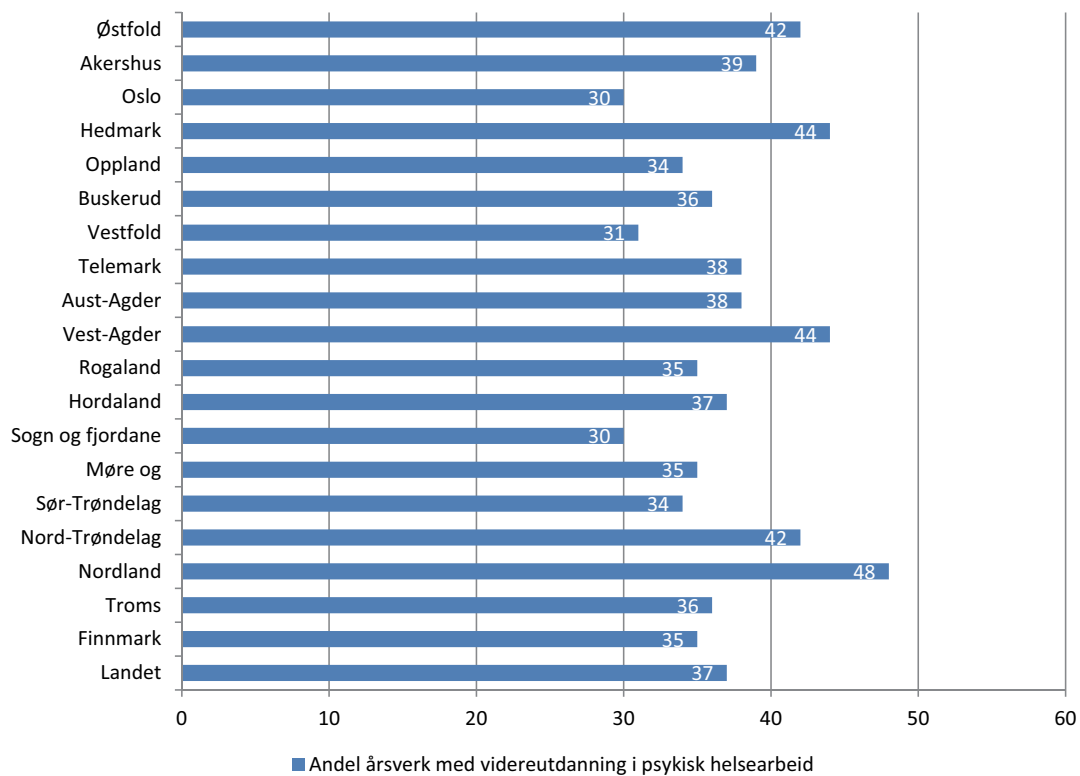
Tabell 7.22 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
	Østfold	12	24	26		22	0		
Akershus	11	16	24	23	1	4	11	10	100
Oslo	9	15	19	32	0	2	11	12	100
Hedmark	16	24	26	25	0	2	2	5	100
Oppland	15	31	18	25	0	1	4	6	100
Buskerud	13	20	20	22	0	3	3	19	100
Vestfold	10	23	19	21	0	2	6	18	100
Telemark	18	35	15	19	0	5	4	3	100
Aust-Agder	11	30	27	20	0	0	2	11	100
Vest-Agder	10	19	31	27	0	3	4	7	100
Rogaland	11	24	24	28	0	0	4	9	100
Hordaland	14	19	23	26	0	1	5	12	100
Sogn og Fjordane	10	26	20	29	0	0	5	10	100
Møre og Romsdal	12	25	19	25	0	4	5	10	100
Sør-Trøndelag	7	17	21	24	0	6	15	10	100
Nord-Trøndelag	16	27	23	24	1	2	3	3	100
Nordland	13	22	32	18	0	3	3	9	100
Troms	10	27	24	22	0	2	3	12	100
Finnmark	10	25	25	20	0	0	3	16	100
Landet	12	22	23	24	0,3	2	6	10	100

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



Figur 7.29 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2010



Figur 7.30 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010

### 7.5.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

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

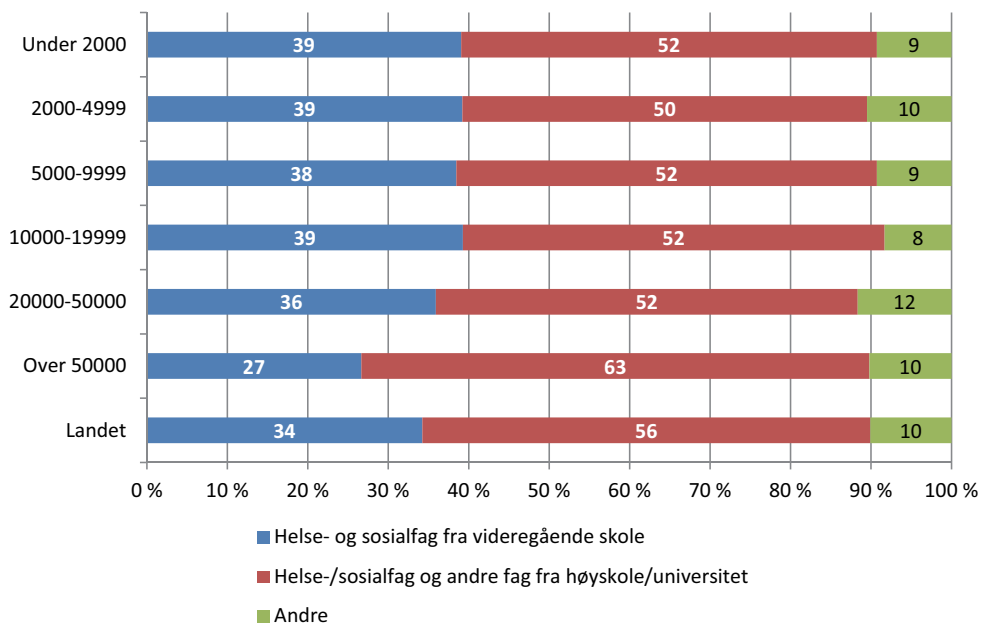
**Tabell 7.23 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb	med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb		med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	34	102	71	80	0	10	18	32	347
2000-4999	147	286	259	232	7	10	47	116	1 104
5000-9999	165	311	290	289	3	16	49	115	1 238
10000-19999	217	402	364	387	6	22	47	131	1 575
20000-50000	270	479	433	472	7	74	108	243	2 085
Over 50000	299	538	732	857	9	98	289	321	3 144
Landet	1 130	2 119	2 150	2 317	31	229	557	957	9 492

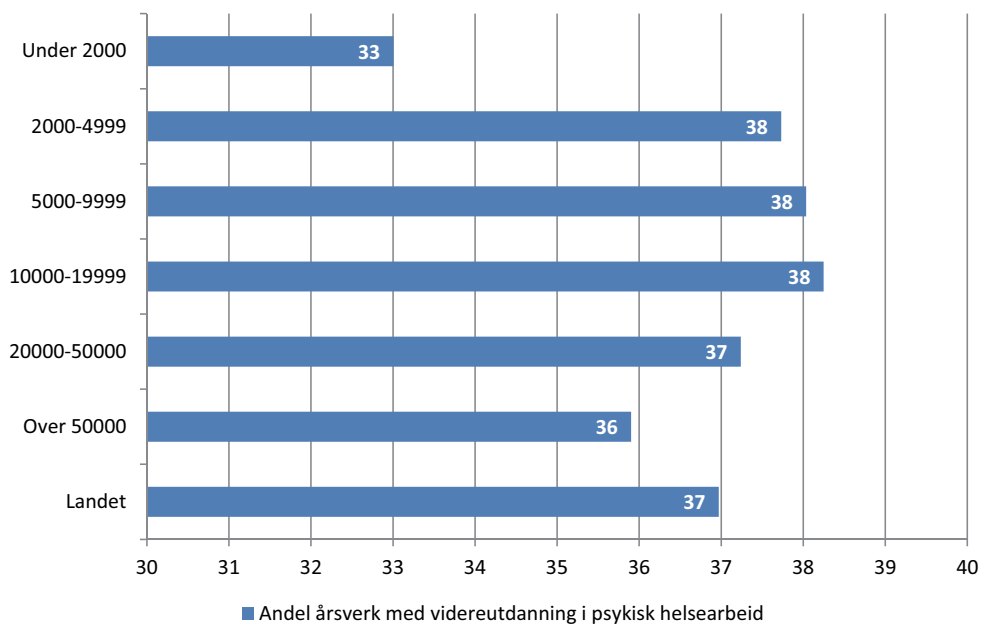
Figur 7.31 og 7.32 angir andelen av totale årsverk som har gått til tjenester for voksne i psykisk helsearbeid, samt hvor stor andel av disse årsverkene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.

**Tabell 7.24 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb	med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb		med vid.utd psykisk helsearb	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	10	29	21	23	0	3	5	9	100
2000-4999	13	26	24	21	1	1	4	10	100
5000-9999	13	25	23	23	0	1	4	9	100
10000-19999	14	26	23	25	0	1	3	8	100
20000-50000	13	23	21	23	0	4	5	12	100
Over 50000	10	17	23	27	0	3	9	10	100
Landet	12	22	23	24	0	2	6	10	100



Figur 7.31 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2010



Figur 7.32 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2010

### 7.5.2.3 KOSTRAGRUPPE

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

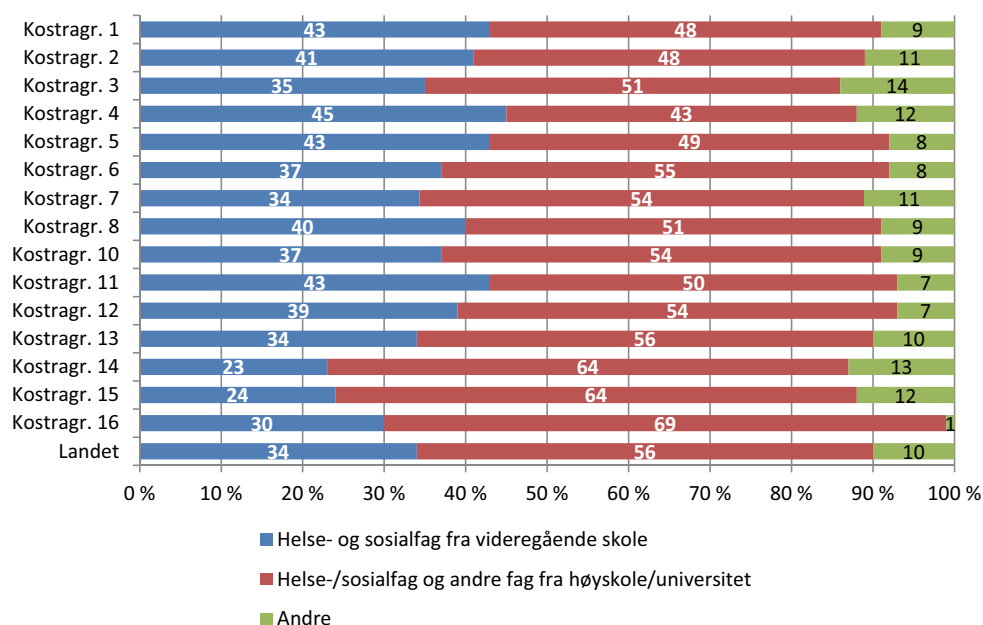
**Tabell 7.25 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, Kostragruppe, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	26	55	40	44	2	1	4	16	188
Kostragruppe 2	64	133	115	84	2	8	26	54	487
Kostragruppe 3	37	77	79	70	3	1	16	45	326
Kostragruppe 4	8	10	7	7	0	0	2	5	39
Kostragruppe 5	22	40	33	25	0	5	7	12	144
Kostragruppe 6	20	71	55	64	0	4	12	20	247
Kostragruppe 7	84	130	147	165	2	8	17	70	623
Kostragruppe 8	87	171	146	159	3	10	16	57	650
Kostragruppe 10	58	110	115	102	1	8	21	42	456
Kostragruppe 11	125	250	185	205	3	8	31	62	869
Kostragruppe 12	32	60	61	52	0	4	8	16	233
Kostragruppe 13	392	744	760	807	11	114	203	329	3 360
Kostragruppe 14	98	136	246	262	1	43	111	137	1 035
Kostragruppe 15	72	120	148	251	3	14	83	92	784
Kostragruppe 16	5	11	13	22	0	1	1	1	53
Landet	1 130	2 119	2 150	2 317	31	229	557	957	9 492

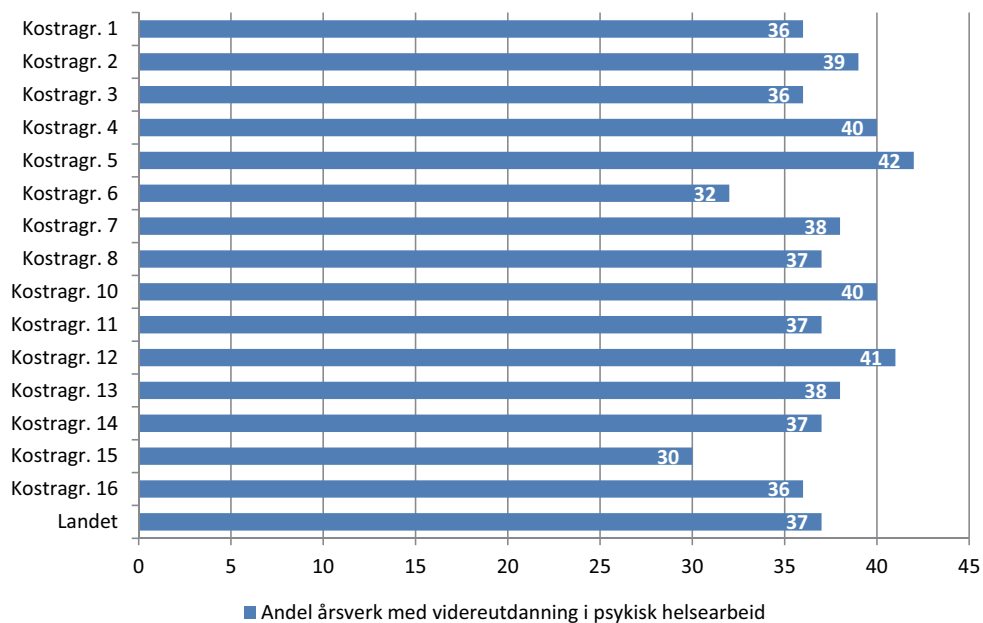
Figur 7.33 og 7.34 illustrerer sammenslåtte utdanningskategorier og andel årsverk i psykisk helsearbeid for voksne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2010.

Tabell 7.26 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, Kostragruppe, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
	Kostragruppe 1	14	30	21		23	1		
Kostragruppe 2	13	27	24	17	0	2	5	11	100
Kostragruppe 3	11	23	24	21	1	0	5	14	100
Kostragruppe 5	20	25	19	17	0	1	6	12	100
Kostragruppe 6	15	28	23	17	0	3	5	8	100
Kostragruppe 7	8	29	22	26	0	2	5	8	100
Kostragruppe 8	13	21	24	26	0	1	3	11	100
Kostragruppe 10	13	26	22	24	0	2	2	9	100
Kostragruppe 11	13	24	25	22	0	2	4	9	100
Kostragruppe 12	14	29	21	24	0	1	4	7	100
Kostragruppe 13	14	26	26	22	0	2	4	7	100
Kostragruppe 14	12	22	23	24	0	3	6	10	100
Kostragruppe 15	10	13	24	25	0	4	11	13	100
Kostragruppe 16	9	15	19	32	0	2	11	12	100
Landet	9	21	25	40	0	1	2	1	100



Figur 7.33 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, Kostragruppe, 2010



Figur 7.34 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010



## 7.5.2.4 HELSEREGION

I tabell 7.27 og 7.28 presenteres hhv. absolutte størrelser og andel av totalt antall årsverk som har gått til tjenester i psykisk helsearbeid for voksne i 2010.

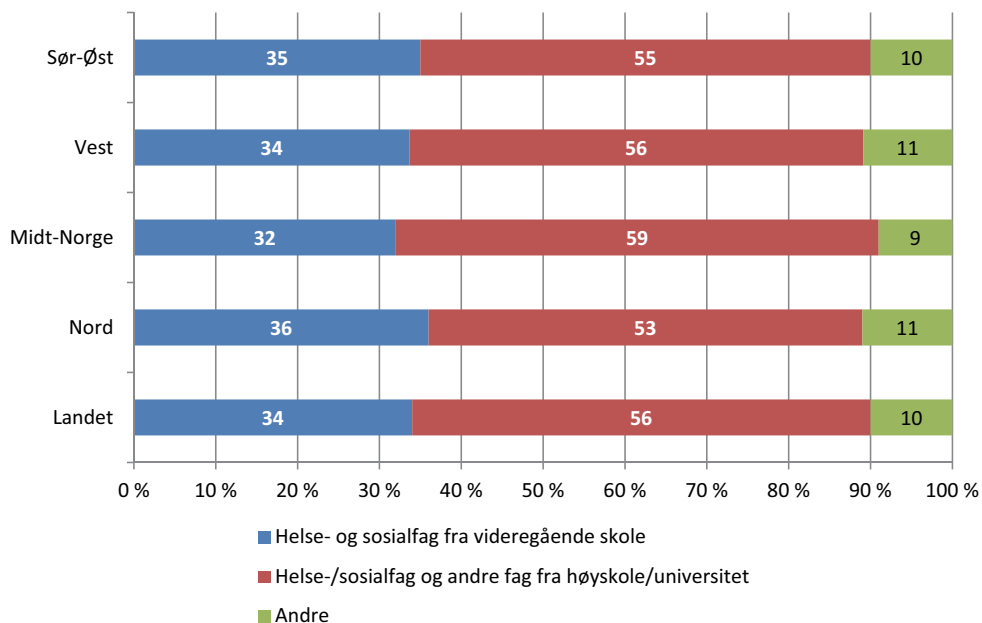
**Tabell 7.27 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, helseregion, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	607	1 088	1 071	1 177	17	125	292	484	4 863
Vest	238	442	462	552	5	9	87	213	2 008
Midt-Norge	167	330	321	378	6	71	148	139	1 559
Nord	119	259	295	210	3	24	31	120	1 062
Landet	1 130	2 119	2 150	2 317	31	229	557	957	9 492

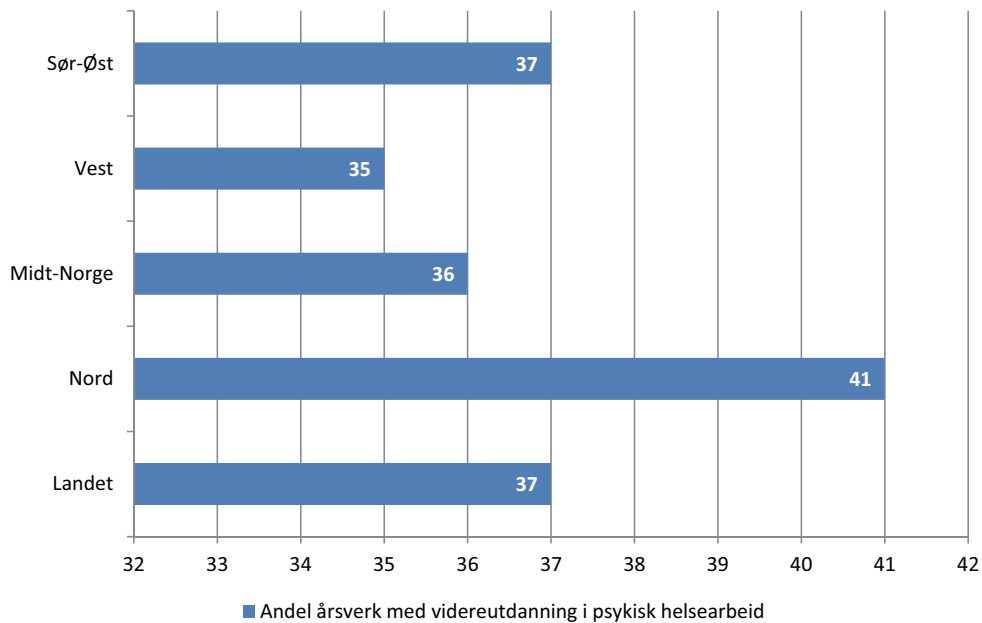
**Tabell 7.28 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, helseregion, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	12	22	22	24	0	3	6	10	100
Vest	12	22	23	27	0	0	4	11	100
Midt-Norge	11	21	21	24	0	5	9	9	100
Nord	11	24	28	20	0	2	3	11	100
Landet	12	22	23	24	0	2	6	10	100

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



Figur 7.35 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010



Figur 7.36 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010

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

Delkapittel 7.5.3 gir en systematisk gjennomgang av hvordan årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på de ulike utdanningskategoriene, etter samme struktur som vi har sett på årsverk i tjenester til voksne, og årsverk i tjenester totalt i delkapitlene over.

#### 7.5.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 7.29 angir antall årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2010.

**Tabell 7.29 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2010**

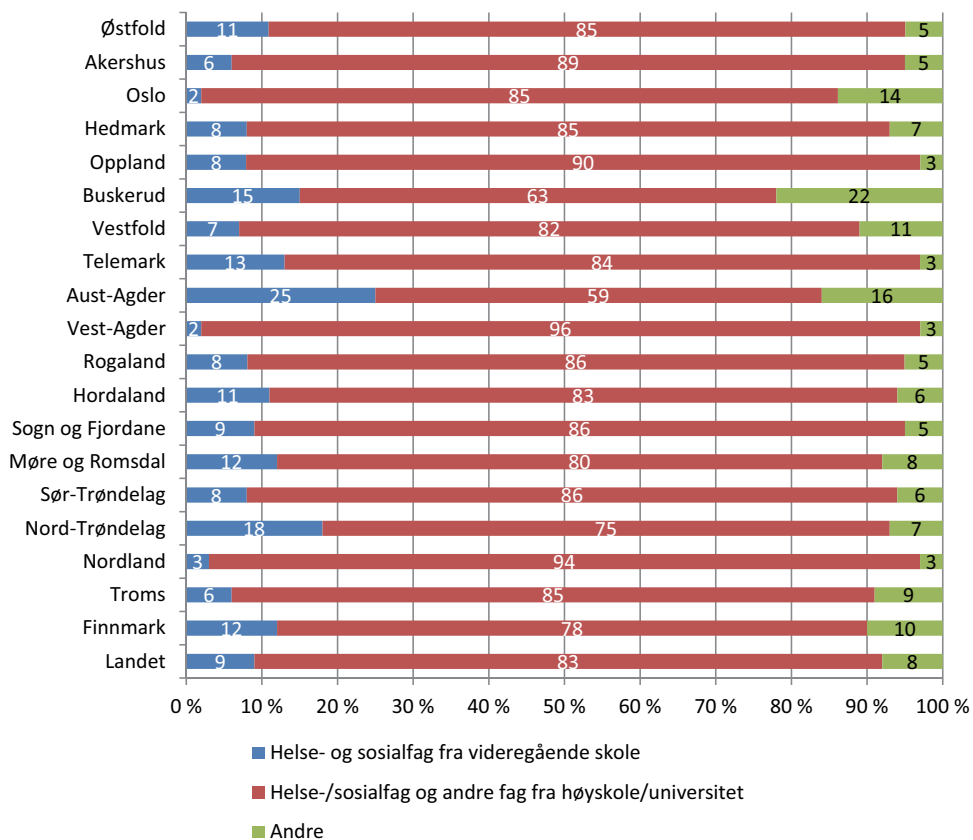
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	2	17	25	68	3	9	41	8	173
Akershus	8	5	40	75	32	13	39	11	222
Oslo	1	3	25	103	13	5	17	26	192
Hedmark	2	9	30	58	7	8	17	11	142
Oppland	3	6	19	53	4	2	31	3	119
Buskerud	13	15	25	41	15	12	23	40	182
Vestfold	3	8	28	42	8	9	29	15	141
Telemark	1	13	16	37	1	8	26	3	104
Aust-Agder	0	14	15	9	1	4	5	10	59
Vest-Agder	0	2	28	36	2	16	9	3	96
Rogaland	8	11	34	76	27	8	46	12	221
Hordaland	8	16	25	87	26	17	23	13	215
Sogn og Fjordane	1	3	11	16	5	1	11	3	51
Møre og Romsdal	1	20	20	71	6	5	38	15	176
Sør-Trøndelag	4	13	32	106	22	6	11	12	204
Nord-Trøndelag	4	17	18	36	3	4	26	9	116
Nordland	1	4	26	108	1	5	9	4	158
Troms	2	4	10	39	5	9	10	8	87
Finnmark	2	4	11	17	1	0	6	5	45
Landet	63	183	438	1 078	181	139	416	207	2 703

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

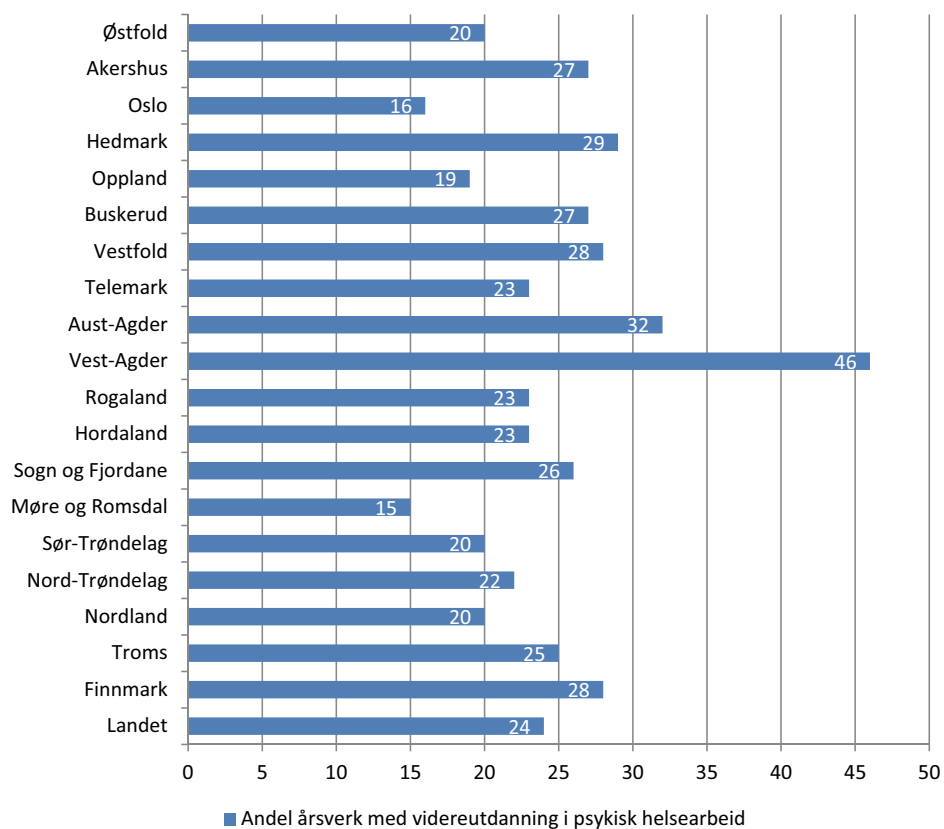
**Tabell 7.30 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Østfold	1	10	14	39	2	5	24	5	100
Akershus	3	2	18	34	15	6	17	5	100
Oslo	1	2	13	54	7	3	9	14	100
Hedmark	1	6	21	41	5	6	12	7	100
Oppland	2	5	16	44	3	1	26	3	100
Buskerud	7	8	14	23	8	6	12	22	100
Vestfold	2	5	20	30	6	6	21	11	100
Telemark	0	13	16	36	1	7	25	3	100
Aust-Agder	0	25	26	16	2	6	9	16	100
Vest-Agder	0	2	30	38	2	16	10	3	100
Rogaland	4	5	15	34	12	4	21	5	100
Hordaland	4	8	12	40	12	8	11	6	100
Sogn og Fjordane	2	7	22	31	9	1	22	5	100
Møre og Romsdal	1	11	11	40	4	3	22	8	100
Sør-Trøndelag	2	7	15	52	11	3	5	6	100
Nord-Trøndelag	3	15	16	31	2	3	23	7	100
Nordland	1	2	16	68	1	3	6	3	100
Troms	2	4	12	45	6	11	11	9	100
Finnmark	3	8	25	38	2	0	13	10	100
Landet	2	7	16	40	7	5	15	8	100

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



Figur 7.37 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2010



Figur 7.38 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2010

### 7.5.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

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

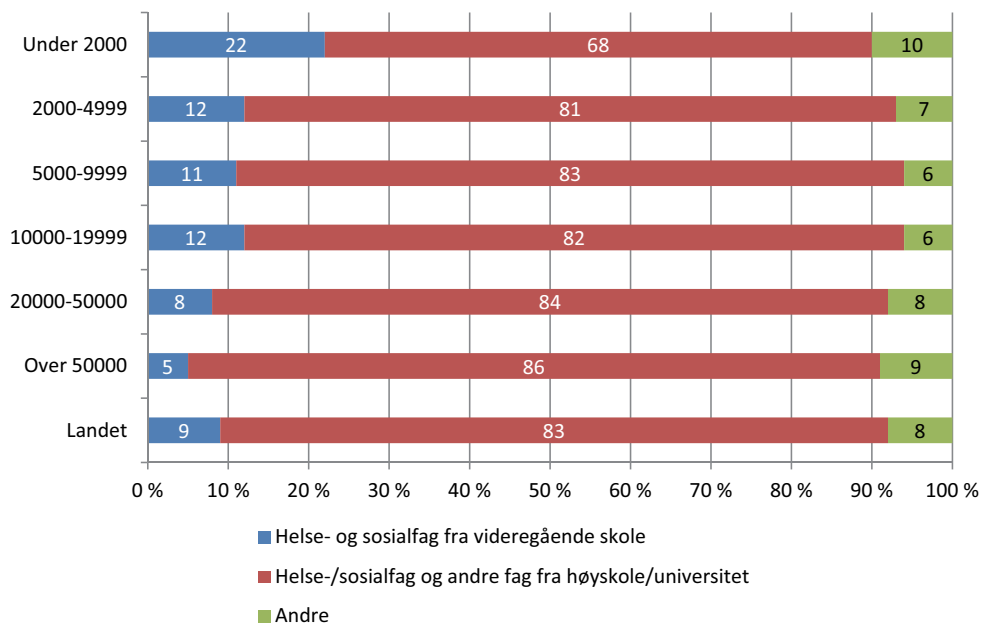
**Tabell 7.31 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	3	18	18	31	1	2	13	9	96
2000-4999	7	28	60	117	9	11	44	20	297
5000-9999	6	32	67	160	14	13	45	21	359
10000-19999	16	37	90	131	25	36	88	27	451
20000-50000	19	42	92	340	58	27	99	60	738
Over 50000	11	26	110	297	74	50	127	69	762
Landet	63	183	438	1 078	181	139	416	207	2 703

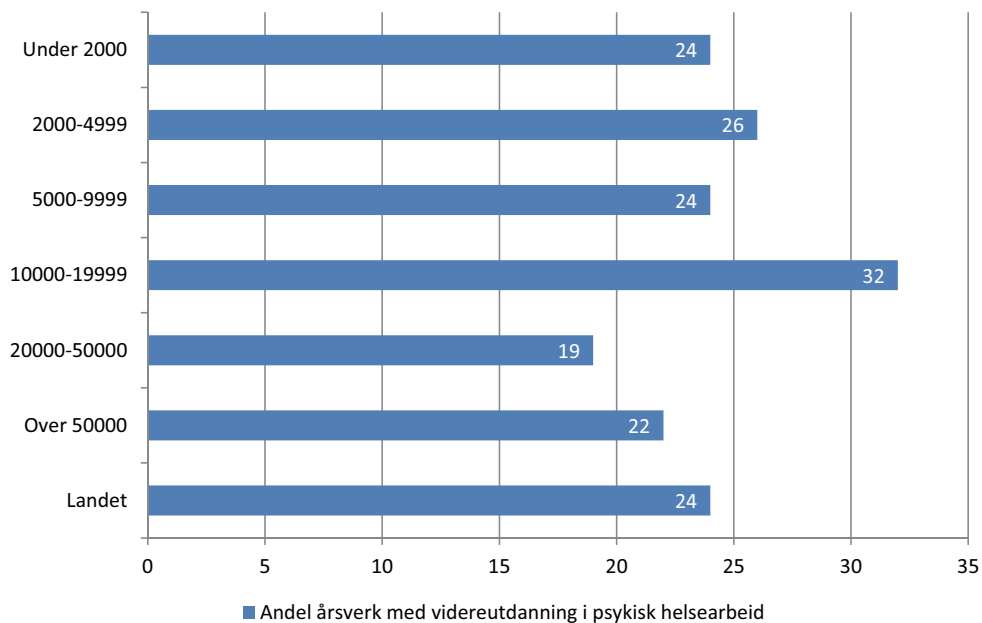
Den andelsmessige fordelingen av tallene i tabellen over, er gitt i tabell 7.32 under. Figur 7.39 og 7.40 illustrerer hhv. prosentandel av årsverkene fordelt på helse- og sosialfag fra hhv. videregående skole og høyskole, og andelen som har videreutdanning av de totale årsverkene rapportert i tjenester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

**Tabell 7.32 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Under 2000	3	19	19	33	1	3	13	10	100
2000-4999	2	9	20	40	3	4	15	7	100
5000-9999	2	9	19	45	4	4	13	6	100
10000-19999	4	8	20	29	6	8	20	6	100
20000-50000	3	6	12	46	8	4	13	8	100
Over 50000	1	3	14	39	10	6	17	9	100
Landet	2	7	16	40	7	5	15	8	100



Figur 7.39 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2010



Figur 7.40 Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2010



### 7.5.3.3 KOSTRA-GRUPPE

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

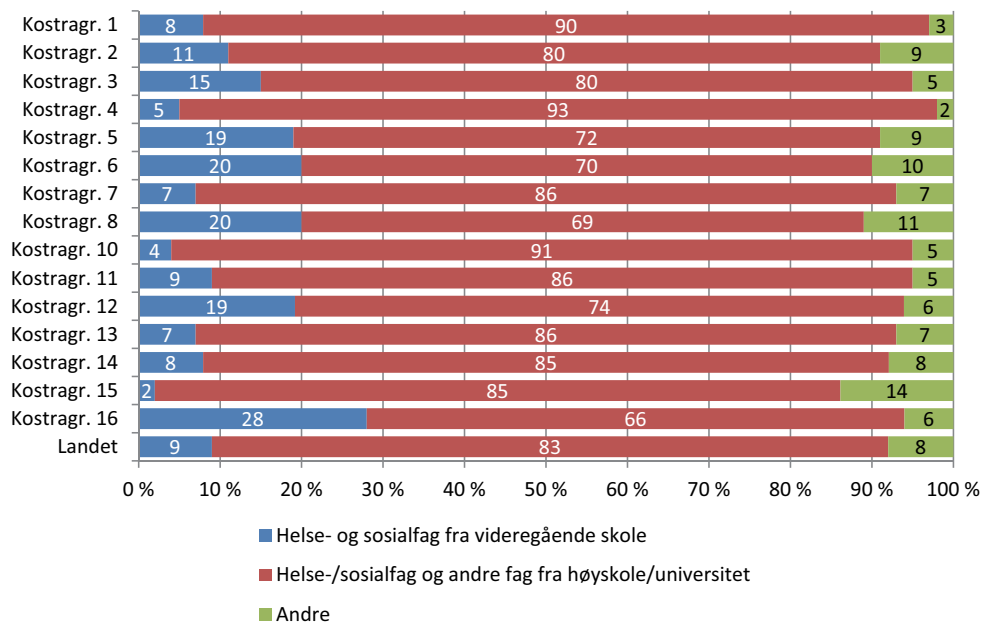
**Tabell 7.33 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, Kostragruppe, 2010**

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd	uten vid.utd	med vid.utd	uten vid.utd		med vid.utd	uten vid.utd		
	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.		psykisk helsearb.	psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	1	3	17	20	1	1	7	1	51
Kostragruppe 2	3	12	25	52	5	6	22	12	135
Kostragruppe 3	2	12	14	39	3	5	11	4	89
Kostragruppe 4	0	0	1	5	1	0	2	0	9
Kostragruppe 5	2	6	7	13	0	1	7	3	38
Kostragruppe 6	2	12	17	21	1	1	8	7	69
Kostragruppe 7	9	6	49	56	11	19	32	13	194
Kostragruppe 8	10	33	37	59	10	9	33	23	213
Kostragruppe 10	1	5	21	61	7	7	25	7	134
Kostragruppe 11	1	19	38	87	8	12	42	11	219
Kostragruppe 12	3	8	10	24	2	2	3	4	56
Kostragruppe 13	20	52	138	417	83	63	176	74	1023
Kostragruppe 14	9	12	36	116	36	8	32	20	270
Kostragruppe 15	1	3	25	103	13	5	17	26	192
Kostragruppe 16	0	3	3	3	0	0	0	1	10
Landet	62	183	438	1078	181	139	416	207	2703

**Tabell 7.34 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2010**

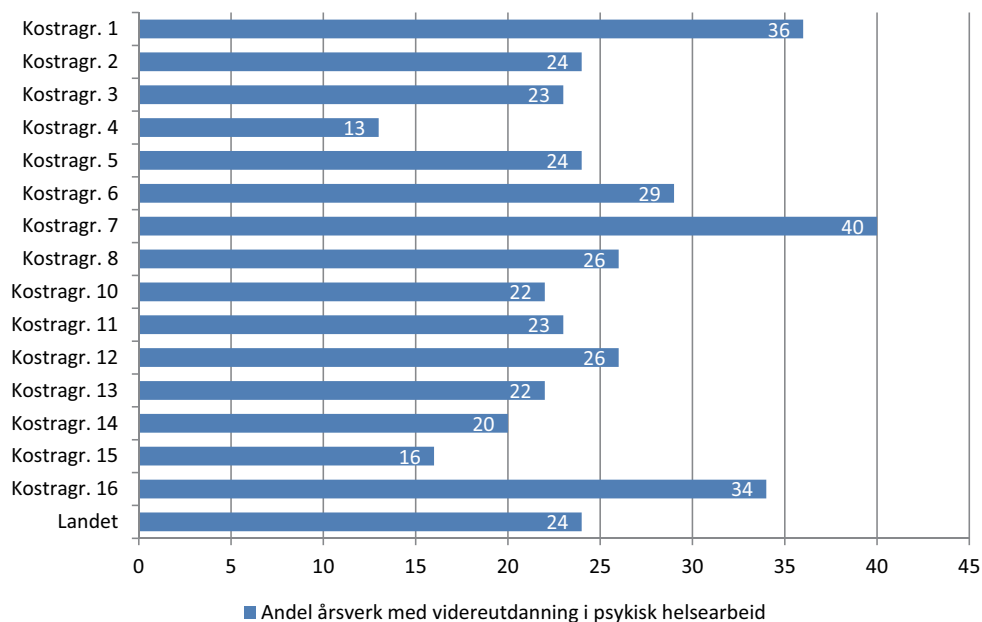
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd	uten vid.utd	med vid.utd	uten vid.utd		med vid.utd	uten vid.utd		
	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.	psykisk helsearb.		psykisk helsearb.	psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	3	5	32	39	3	1	14	3	100
Kostragruppe 2	2	9	18	38	3	4	16	9	100
Kostragruppe 3	2	13	16	44	4	5	12	5	100
Kostragruppe 3	3	2	10	53	11	0	19	2	100
Kostragruppe 5	4	15	17	35	0	2	18	9	100
Kostragruppe 6	3	18	25	30	2	2	11	10	100
Kostragruppe 7	4	3	26	29	5	10	16	7	100
Kostragruppe 8	4	16	17	28	5	4	15	11	100
Kostragruppe 10	1	3	16	45	6	6	19	5	100
Kostragruppe 11	1	9	18	40	4	5	19	5	100
Kostragruppe 12	4	15	18	43	4	4	6	6	100
Kostragruppe 13	2	5	14	41	8	6	17	7	100
Kostragruppe 14	3	4	13	43	13	3	12	8	100
Kostragruppe 15	1	2	13	54	7	3	9	14	101
Kostragruppe 16	2	26	31	34	0	1	0	6	100
Landet	2	7	16	40	7	5	15	8	100

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



Figur 7.41 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke, 2010

Figur 7.42 illustrerer hvordan årsverkene med videreutdanning fordeler seg på ulike Kostragrupper.



Figur 7.42 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2010

#### 7.5.3.4 HELSEREGION

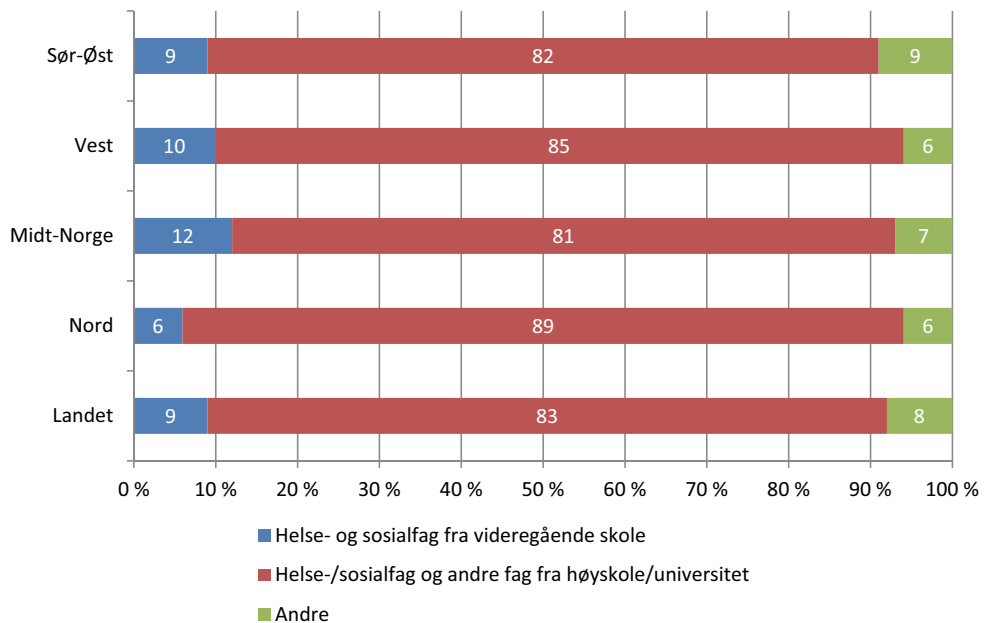
I tabell 7.35 og 7.36 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge på helseregionnivå – hhv. som absolutte størrelser og andel av totale årsverk i tjenester for barn og unge.

Tabell 7.35 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2010

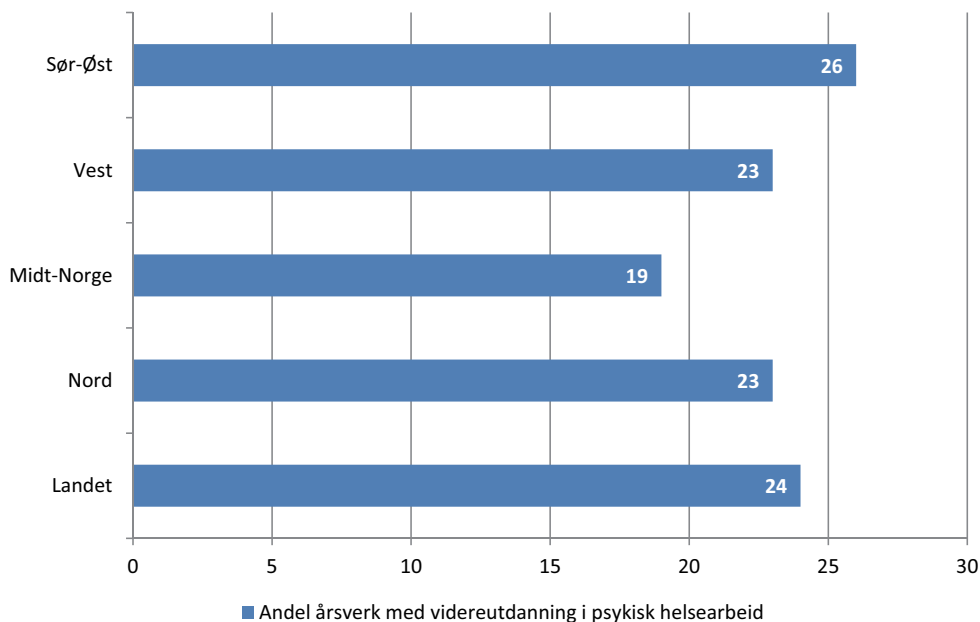
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.	med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		med vid.utd psykisk helsearb.	uten vid.utd psykisk helsearb.		
Sør-Øst	31	92	251	522	86	84	237	128	1 430
Vest	18	30	70	179	57	26	80	27	487
Midt-Norge	9	50	69	212	31	15	75	35	496
Nord	5	11	47	164	7	15	24	16	290
Landet	63	183	438	1 078	181	139	416	207	2 703

**Tabell 7.36** Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2010

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/ universitetsutd.		Andre	Totalt
	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.	med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		med vid. utd psykisk helsearb.	uten vid. utd psykisk helsearb.		
	Sør-Øst	2	6	18		37	6		
Vest	4	6	14	37	12	5	17	6	100
Midt-Norge	2	10	14	43	6	3	15	7	100
Nord	2	4	16	57	2	5	8	6	100
Landet	2	7	16	40	7	5	15	8	100



**Figur 7.43** Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, helseregion, 2010



Figur 7.44 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2010

## 7.6 ANTALL MOTTAKERE AV INDIVIDUELL STØTTEKONTAKT

I 2010 rapporteres det på antall voksne og barn og unge som har hatt individuell støttekontakt.

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

## 7.6.1 FYLKESFORSKJELLER

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

**Tabell 7.37 Mottakere av støttekontakt, antall, fylke, 2010**

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Østfold	537	161	698
Akershus	798	225	1 023
Oslo	546	178	724
Hedmark	381	128	509
Oppland	553	146	699
Buskerud	287	148	435
Vestfold	423	190	613
Telemark	385	204	589
Aust-Agder	312	45	357
Vest-Agder	215	108	323
Rogaland	512	216	728
Hordaland	772	264	1 036
Sogn og Fjordane	299	97	396
Møre og Romsdal	586	192	778
Sør-Trøndelag	463	210	673
Nord-Trøndelag	323	104	427
Nordland	512	195	707
Troms	307	101	408
Finnmark	223	92	315
Landet	8 434	3 004	11 438

Tabell 7.38 Resultat per 1 000 innbyggere (hhv. 0-17 år og 18 år og eldre), fylke, 2010

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

## 7.6.2 KOMMUNESTØRRELSE

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

Tabell 7.39 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, fylke, 2010

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Under 2000	373	105	478
2000-4999	1 059	379	1 438
5000-9999	1 193	409	1 602
10000-19999	1 398	594	1 992
20000-50000	2 224	788	3 012
Over 50000	2 187	729	2 916
Landet	8 434	3 004	11 438

**Tabell 7.40 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1000 innbyggere, kommunestørrelse, 2010**

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

### 7.6.3 KOSTRA-GRUPPE

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

**Tabell 7.41 Antall mottakere av individuell støttekontakt, antall, Kostragruppe, 2010**

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Kostragruppe 1	163	73	236
Kostragruppe 2	473	163	636
Kostragruppe 3	319	121	440
Kostragruppe 4	60	9	69
Kostragruppe 5	169	43	212
Kostragruppe 6	237	69	306
Kostragruppe 7	538	169	707
Kostragruppe 8	724	294	1 018
Kostragruppe 10	455	166	621
Kostragruppe 11	771	302	1 073
Kostragruppe 12	177	79	256
Kostragruppe 13	3 128	1 067	4 195
Kostragruppe 14	629	260	889
Kostragruppe 15	546	178	724
Kostragruppe 16	45	11	56
Landet	8 434	3 004	11 438



**Tabell 7.42 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, Kostragruppe, 2009**

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

### 7.6.3.1 HELSEREGION

I tabell 7.43 og 7.44 presenteres resultatene per helseregion.

**Tabell 7.43 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, helseregion, 2010**

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Sør-Øst	4 437	1 533	5 970
Vest	1 583	577	2 160
Midt-Norge	1 372	506	1 878
Nord	1 042	388	1 430
Landet	8 434	3 004	11 438

**Tabell 7.44 Mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, helseregion, 2010**

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

## 7.7 ORGANISERING AV TJENESTENE

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

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

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

### 7.7.1 FYLKESFORSKJELLER

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

Tabell 7.45 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Østfold	89	11	0	0	100	18
Akershus	86	14	0	0	100	22
Oslo	*	*	*	*	*	1
Hedmark	86	5	9	0	100	22
Oppland	85	15	0	0	100	26
Buskerud	86	5	10	0	100	21
Vestfold	79	21	0	0	100	14
Telemark	94	6	0	0	100	18
Aust-Agder	47	47	7	0	100	15
Vest-Agder	73	20	7	0	100	15
Rogaland	77	23	0	0	100	26
Hordaland	82	15	3	0	100	33
Sogn og Fjordane	77	23	0	0	100	26
Møre og Romsdal	50	39	11	0	100	36
Sør-Trøndelag	76	20	4	0	100	25
Nord-Trøndelag	63	17	21	0	100	24
Nordland	82	9	7	2	100	44
Troms	72	24	0	4	100	25
Finnmark	84	16	0	0	100	19
Landet	77	18	5	1	100	430

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

I tabell 7.46 presenteres valg av organiseringsmodell på fylkesnivå i tjenester for barn og unge.

Tabell 7.46 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Østfold	44	56	0	0	100	18
Akershus	45	55	0	0	100	22
Oslo	*	*	*	*	*	1
Hedmark	45	50	5	0	100	22
Oppland	42	54	4	0	100	26
Buskerud	67	29	5	0	100	21
Vestfold	36	64	0	0	100	14
Telemark	39	61	0	0	100	18
Aust-Agder	20	73	7	0	100	15
Vest-Agder	47	53	0	0	100	15
Rogaland	42	50	8	0	100	26
Hordaland	42	52	6	0	100	33
Sogn og Fjordane	27	69	4	0	100	26
Møre og Romsdal	22	75	6	0	103	36
Sør-Trøndelag	48	48	4	0	100	25
Nord-Trøndelag	46	38	17	0	100	24
Nordland	32	52	14	2	100	44
Troms	36	56	0	4	96**	25
Finmark	42	58	0	0	100	19
Landet	39	55	5	1	100	430

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

\*\* Manglende svar.

## 7.7.2 KOMMUNESTØRRELSE

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

Tabell 7.47 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar prosent, kom.str, 2010

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Under 2000	68	20	13	0	100	96
2000-4999	76	19	3	1	100	136
5000-9999	86	11	2	0	100	88
10000-19999	81	17	2	0	100	59
20000-50000	74	26	0	0	100	38
Over 50000	62	23	8	8	100	13
Landet	77	18	5	1	100	430

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

**Tabell 7.48 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2010**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Under 2000	48	39	13	0	100	96
2000-4999	45	50	4	1	100	136
5000-9999	35	63	3	0	100	88
10000-19999	36	63	2	0	100	59
20000-50000	18	79	3	0	100	38
Over 50000	23	69	0	8	100	13
Landet	39	55	5	1	100	430

### 7.7.3 KOSTRA-GRUPPE

I de to siste tabellene i dette delkapitlet har vi gruppert organisasjonsmodelltallene på Kostragruppe-nivå – henholdsvis for tjenester for voksne og barn og unge.

**Tabell 7.49 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2010**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Kostragruppe 1	88	12	0	0	100	25
Kostragruppe 2	69	24	3	3	100	62
Kostragruppe 3	86	11	3	0	100	37
Kostragruppe 4	86	14	0	0	100	7
Kostragruppe 5	73	13	15	0	100	40
Kostragruppe 6	65	25	9	0	100	55
Kostragruppe 7	87	10	3	0	100	31
Kostragruppe 8	67	30	4	0	100	27
Kostragruppe 10	91	9	0	0	100	32
Kostragruppe 11	81	14	5	0	100	43
Kostragruppe 12	92	8	0	0	100	12
Kostragruppe 13	76	22	2	0	100	45
Kostragruppe 14	33	67	0	0	100	3
Kostragruppe 15	*	*	*	*	*	1
Kostragruppe 16	60	30	10	0	100	10
Landet	77	18	5	1	100	430

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

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

**Tabell 7.50 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2010**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Kostragruppe 1	52	48	0	0	100	25
Kostragruppe 2	45	48	3	3	100	62
Kostragruppe 3	51	43	5	0	100	37
Kostragruppe 5	29	43	29	0	100	7
Kostragruppe 6	50	40	10	0	100	40
Kostragruppe 7	42	47	11		100	55
Kostragruppe 8	52	48	0	0	100	31
Kostragruppe 10	30	67	4	0	100	27
Kostragruppe 11	38	63	0	0	100	32
Kostragruppe 12	19	74	7	0	100	43
Kostragruppe 13	50	50	0	0	100	12
Kostragruppe 14	22	76	2	0	100	45
Kostragruppe 15	0	100	0	0	100	3
Kostragruppe 16	*	*	*	*	*	1
Landet	40	50	10	0	100	10

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

#### 7.7.4 HELSEREGION

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

**Tabell 7.51 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2010**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Sør-Øst	81	15	3	1	100	172
Vest	79	20	1	0	100	85
Midt-Norge	61	27	12	0	100	85
Nord	80	15	3	2	100	88
Landet	77	18	5	1	100	430

**Tabell 7.52 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2010**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Kombinasjon	Totalt	Antall
Sør-Øst	44	53	2	1	100	172
Vest	38	56	6	0	100	85
Midt-Norge	36	55	8	0	100	85
Nord	35	56	7	2	100	88
Landet	39	55	5	1	100	430

## 7.8 OPPSUMMERING

I dette deskriptive kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene for 2010 varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), Kostragruppe og helseregion. Alle spørsmålene i skjema er presentert. Kort oppsummert finner vi følgende:

### Omtrent like mange årsverk per innbygger i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge

I 2010 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,5 årsverk per 1 000 voksne innbyggere i tjenester for voksne (samme som i 2009), og 2,4 årsverk per 1 000 unge innbyggere i tjenester for barn og unge (2,5 i 2009).

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,6 årsverk per 1 000 innbyggere (totale årsverk/totalbefolkningen) til kommunene i Telemark som hadde 3,5 årsverk per 1 000 innbyggere i psykisk helsearbeid. Bildet var omtrent det samme i 2008 og 2009.

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

I Kostragruppene finner vi igjen dette mønsteret; små kommuner i Kostragruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. Kostragruppe 6 (små kommuner, høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) ligger høyest med 4,1 årsverk per tusen innbygger.

På helseregionnivå ser vi at Midt-Norge utmerker seg med høyst antall årsverk både i tjenester/tiltak til voksne (3,0 årsverk per 1 000 voksne innbyggere) og til barn og unge (3,2 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år). Dette er samme situasjon som i 2009. Kommunene i helseregion Sør-Øst ligger lavest i årsverksinnsats per innbygger både i tjenester og tiltak til voksne og til barn/unge.

### 22 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2010 – ned ett prosentpoeng fra 2009

Til sammenlikning gikk 25 prosent av årsverkene som ble innrapportert i 2007 til tjenester for barn og unge, så her er trenden nå nedadgående de siste fire år.

Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 14 prosent (Sogn og Fjordane, ned 2 prosentpoeng fra 2009) til 30 og 31 prosent (Buskerud og Nord-Trøndelag). Det er kommuner på mellom 20 000 – 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt benytter den største andelen av årsverkene på tjenester til barn og unge (26 prosent), mens den laveste andelen, på 20 prosent, finnes i gruppen med de største kommunene. Blant helseregionene er det kommunene i Sør-Øst og Midt-Norge som i gjennomsnitt benytter den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge – 23 og 24 prosent, mens kommunene i Vest ligger lavest med 20 prosent. Dette bildet er det samme som i 2009.

### Flest årsverk i bolig med fast personell – og en stadig større andel av årsverkene finnes her

På landsbasis går i gjennomsnitt 43 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid til boliger med fast personell. 42 prosent går til hjemmetjenester og behandling, det øvrige (15 prosent) til aktivitetstilbud. Til sammenlikning gikk 40 prosent av årsverkene til bolig med fast personell i 2009.

Som vi diskuterer i kapittel 3, skyldes sannsynligvis økningen i 2010 at flere boliger prosjektert og godkjent under Opptrappingsplanen, nå står ferdig.

#### Stadig større andel av årsverkene går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I 2010 gikk 39 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, opp to prosentpoeng fra 2009. At kommunene bør prioritere forebyggende tiltak og skolehelsetjeneste har vært et uttalt mål fra sentrale myndigheter i flere år. Storparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge (51 prosent) går imidlertid til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. Det er relativt store forskjeller mellom fylker, kommunegrupper og helseregion når det gjelder andel årsverk i tjenester for barn og unge.

#### Over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid har helse- og sosialfaglig høyskole/ universitetsutdanning

63 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid hadde i 2010 utdanning fra høyskole eller universitet. I kommunene i Vest-Agder og Sør-Trøndelag lå andelen på hele 70 prosent. Differensierer vi på tiltak i tjenester for hhv. voksne og barn og unge, ser vi at andelen høyt utdannede er høyest i tjenester for de yngste - her har hele 83 prosent av årsverkene slik utdanning på landsbasis. Når det gjelder årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, er trenden motsatt – her har en større andel årsverk i tjenestene for voksne (37 %) slik utdanning, sammenliknet med tjenester for barn og unge (24 %).

Fra sentrale myndigheters hold er det fokus på at psykologtjenestene i kommunene skal og bør styrkes. Fra 2009 til 2010 økte antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid fra 205 til 212. Hele økningen kom i tjenester for voksne, mens antallet psykologårsverk i tjenester for barn og unge gikk ned fra 183 til 181. Tidligere år har økningen vært størst i tjenester for barn og unge. Det er klart flest psykologårsverk i kommunene som faller inn under helseregion Sør-Øst (103), mens kommunene i Vest og Midt-Norge har hhv. 63 og 37 psykologårsverk. I kommunene i Helse Nord er det kun 10 psykologårsverk totalt.

#### Støttekontakttilbudet i det psykiske helsearbeidet er i endring

I 2010 mottok 8 434 voksne og 3 004 barn og unge tilbud om individuell støttekontakt. Til sammen 11 438 personer. Tallet er omtrent uendret fra 2009 (opp 2 prosentpoeng i tjenester for voksne, og ned 1 prosentpoeng i tjenester for barn og unge). Per 1 000 innbyggere på landsbasis utgjør dette for 2010 2,2 voksne og 2,7 barn og unge støttekontaktmottakere. Det er flest mottakere (målt per innbygger) i begge alderskategorier i kommunene i Finnmark, og færrest i Oslo.

I vår kontakt med kommunene kommer det tydelig fram at støttekontakttjenestene de senere årene har gått fra å være individbaserte til å bli mer gruppebaserte. Stillingsbenevnelsene er ofte "treningskontakt" eller "fritidskontakt". Enkelte kommuner har gått helt bort fra støttekontaktbegrepet, og opplever da at det er enklere å rekruttere til stillingene, og at det ikke oppleves som stigmatiserende for brukerne. Ettersom det i dette skjemaet kun telles individrettede tilbud, tegnes ikke hele bildet av hvor mange mennesker som får tilbud om "støttekontaktliknende" tjenester.

Tjenester for voksne organiseres oftest som egne enheter, mens tjenester for barn og unge i større grad integreres i de øvrige kommunale tjenestene

Rapporteringskjema gir i 2010 respondenten mulighet til å velge mellom tre ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. I tjenester for voksne har 77 prosent av kommunene valgt modell 1, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste/enhet. Dette er en økning på 4 prosentpoeng sammenliknet med 2009. Kommunene som velger denne organisasjonsformen for tjenester til voksne med psykiske lidelser/vansker er særlig høy i mellomstore kommuner og er lavest i kommunene i helseregion Midt-Norge, der 61 prosent av kommunene har organisert tjenestene på denne måten. I Østlandsområdet ligger andelen på opp mot 90 prosent.

Tiltak for barn og unge tilbys oftest som en integrert del av øvrige tjenester (55 prosent av kommunene). 39 prosent av kommunene har opprettet egne enheter i tjenester for barn og unge. Andelen kommuner som har integrerte tjenester øker med kommunestørrelse fram til 50 000 innbyggere, mens tallet faller noe igjen for de aller største kommunene med over 50 000 innbyggere. I tjenester for barn og unge er det kommunene i Vestfold, Telemark og Aust-Agder som bidrar til å trekke opp gjennomsnittet for integrerte tjenester.



## 8 REFERANSER

Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.

Dagens Medisin (2009): Opptappingsplan ga nedtur. Dagens medisin 12.06.2009. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/06/12/nedtur-for-de-sykeste/index.xml>

Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B & P Strand (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009. SSB Rapport 50/2010.

Gjertsen, A. (2007): Åpenhet og helhet ti år etter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nr. 6, 2007, side 755-760.

HOD (2010a): Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen. Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

HOD (2010b): Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen. Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Kalseth J, Pettersen I & Kalseth B (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptappingsplanperioden. SINTEF RAPPORT A8823.

Kalseth J & Eikemo T A (2008): Holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008. SINTEF Rapport SINTEF A8276.

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

Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Kalseth, J. (2009): Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007. I Pedersen, P.B. (2009), SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008 2/09. SINTEF-rapport A12373.

Kaspersen, S.L. og Ose, S.O. (2010): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135. Trondheim.

Kunnskapssenteret (2010): Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Notat. Oktober 2010. Oslo.

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

Legeforeningen (2004): Statusrapport: Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening, 2004. Oslo.

Lilleeng S, Ose S O, Bremnes R, Pedersen P B & T Hatling (2009a): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF Rapport A 9712.

Lilleeng S, Ose S O, Hjort H, Bremnes R, Pettersen I & J Kalseth (2009b): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF Rapport A 11408.

McDaid, D. og Thornicroft, G. (2005): Policy brief. Mental Health II. Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on

## Health Systems and Policies.

Major E F, Dalgard O S, Mathisen K S, Nord E, Ose S O, Rognerud M & Aarø L E (2011): Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:1.

Myrvold T og Helgesen MK (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4. Oslo.

Norges forskningsråd (2009): Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap, Norges forskningsråd 2009. Oslo.

Ose S O, Kaspersen S L & J Kalseth (2010): Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Et grunnlag for samhandling. SINTEF Rapport A17027.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Lilleeng, S. og Kalseth, J. (2010a): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A14167.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L. og Kalseth, J. (2010b): Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Et grunnlag for samhandling. SINTEF-rapport A17027.

Ose SO., Haus-Reve, S. og Kaspersen, S. (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A17039.

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

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

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

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

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

Rundskriv IS-24/2010: Psykisk helsearbeid i kommunene – rapportering for 2010. Helsedirektoratet. St. meld. nr. 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

St. prp. nr. 1 (2003-2004): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2004. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

St. prp. nr. 1 (2001-2002): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2002. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Prop. 1 S (2010-2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2011. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Prop. 1 S (2011-2012): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) fra Helse- og omsorgsdepartementet. For budsjettåret 2012.

World Health Organization (WHO) (2001): The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization 2001. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2009): Improving Health Systems and Services for Mental Health. World Health Organization 2009. Geneva, Switzerland.

Ørstavik, S. (2008): Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 5, Nr. 2 2008. Universitetsforlaget.

Ådnes, M. og Sitter, M. (2007): Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nå: Opptappingsplanens mål innen 2008?. SINTEF-rapport A851. Trondheim.

Ådnes, M. og Halsteinli, V. (2009): Improving child and adolescent mental health services in Norway: Policy and results 1999-2008. Eurohealth, Volume 15 nr. 1 2009. London School of Economics and Political Science. London.

## VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2010

Kom- nr	Kommune- navn	Årsverk totalt	Årsverk i tjeneste r for barn og unge	Årsverk k i tjenest er for voksne	Årsverk k pr. 1 000 innbyg- ger	Årsverk til voksne pr. 1 000 innbygger 18+	Årsverk til barn og unge pr. 1 000 innbygger <18 år	Andel med høyskole/ univ. utdanning	Andel med videreutd. i psykisk helse- arbeid
101	Halden	67,2	47,8	19,4	2,3	2,1	3,1	67,5	22,2
104	Moss	101,4	90,1	11,3	3,4	3,8	1,7	50,4	39,4
105	Sarpsborg	117,1	85,5	31,6	2,2	2,1	2,7	83,1	56,4
106	Fredrikstad	153,5	105,8	47,7	2,1	1,8	2,9	70,5	31,2
111	Hvaler	6,4	4,9	1,5	1,5	1,5	1,8	76,6	43,8
118	Aremark	5,0	4,0	1,0	3,5	3,7	3,0	40,0	0,0
119	Marker	6,8	5,2	1,6	2,0	1,9	2,3	61,8	50,0
121	Rømskog	1,1	0,7	0,4	1,6	1,3	2,9	90,9	45,5
122	Trøgstad	7,6	5,7	1,9	1,5	1,4	1,7	66,9	45,7
123	Spydeberg	8,3	6,0	2,3	1,6	1,5	1,9	74,7	62,7
124	Askim	77,6	50,9	26,7	5,2	4,4	8,0	46,8	15,5
125	Eidsberg	22,5	17,1	5,4	2,1	2,0	2,2	39,6	25,3
127	Skiptvet	16,9	8,8	8,1	4,7	3,3	9,1	29,6	5,9
128	Rakkestad	14,8	9,3	5,5	1,9	1,6	3,2	69,6	61,5
135	Råde	14,5	14,0	0,5	2,1	2,6	0,3	31,0	34,5
136	Rygge	26,1	23,8	2,3	1,8	2,2	0,7	57,9	56,7
137	Våler	9,8	7,1	2,7	2,1	2,0	2,5	71,4	50,0
138	Hobøl	8,9	6,3	2,6	1,8	1,7	2,3	65,2	47,3
211	Vestby	30,3	26,5	3,8	2,1	2,4	1,0	76,9	23,1
213	Ski	45,9	29,0	16,9	1,6	1,4	2,3	67,4	48,5
214	Ås	36,9	28,6	8,3	2,2	2,3	2,0	70,5	35,5
215	Frogn	23,3	13,8	9,5	1,6	1,2	2,7	79,4	39,5
216	Nesodden	17,5	14,0	3,5	1,0	1,1	0,8	74,3	37,5
217	Oppegård	59,0	44,9	14,1	2,4	2,4	2,3	59,2	44,9
219	Bærum	334,9	287,5	47,4	3,0	3,4	1,7	71,1	37,1
220	Asker	110,8	101,9	8,9	2,0	2,5	0,6	68,1	23,5
221	Aurskog-Høland	14,2	12,4	1,8	1,0	1,1	0,6	46,5	57,0
226	Sørum	26,8	21,2	5,6	1,7	1,8	1,4	51,9	45,1
227	Fet	21,0	17,2	3,8	2,0	2,2	1,5	56,2	31,0
228	Rælingen	19,4	16,9	2,5	1,2	1,4	0,7	50,5	25,8
229	Enebakk	14,3	8,3	6,0	1,4	1,1	2,3	89,5	65,0
230	Lørenskog	60,3	30,9	29,4	1,8	1,2	3,7	85,2	14,8
231	Skedsmo	61,6	35,6	26,0	1,3	1,0	2,3	60,9	33,1
233	Nittedal	50,6	38,0	12,6	2,4	2,4	2,3	67,2	39,6
234	Gjerdrum	6,3	3,8	2,5	1,1	0,9	1,6	79,4	0,0
235	Ullensaker	25,0	21,0	4,0	0,8	0,9	0,5	82,0	62,0
236	Nes	31,2	25,7	5,5	1,6	1,8	1,3	40,1	60,9
237	Eidsvoll	25,9	21,0	4,9	1,2	1,3	1,0	61,4	38,6
238	Nannestad	13,3	8,0	5,3	1,2	1,0	1,9	92,5	33,8
239	Hurdal	2,3	2,3	0,0	0,9	1,1	0,0	100,0	0,0
301	Oslo	976,5	784,4	192,2	1,6	1,6	1,6	67,8	27,1
402	Kongsvinger	31,2	20,3	10,9	1,8	1,5	3,1	56,4	70,2

403	Hamar	114,7	84,1	30,6	4,0	3,7	5,4	71,6	27,9
412	Ringsaker	92,3	67,9	24,4	2,8	2,7	3,3	57,4	36,9
415	Løten	10,2	6,7	3,5	1,4	1,1	2,3	70,0	39,4
417	Stange	63,1	51,7	11,4	3,3	3,4	2,8	61,0	36,8
418	Nord-Odal	11,7	9,4	2,3	2,3	2,3	2,3	53,0	55,6
419	Sør-Odal	13,6	11,6	2,0	1,7	1,9	1,2	33,1	36,0
420	Eidskog	8,0	7,0	1,0	1,3	1,4	0,8	87,4	87,4
423	Grue	27,0	19,9	7,1	5,4	4,9	7,6	53,4	30,8
425	Åsnes	27,9	23,3	4,6	3,7	3,7	3,4	57,7	41,9
426	Våler i Solør	6,8	5,6	1,2	1,8	1,7	1,8	66,2	75,0
427	Elverum	84,2	64,3	19,9	4,2	4,1	4,6	57,7	50,2
428	Trysil	15,8	12,8	3,0	2,3	2,3	2,3	71,5	69,6
429	Åmot	6,8	4,8	2,0	1,6	1,4	2,2	58,8	61,8
430	Stor-Elvdal	11,3	6,1	5,2	4,2	2,8	11,2	75,2	25,7
432	Rendalen	17,4	15,6	1,8	8,8	9,7	4,9	64,9	40,2
434	Engerdal	3,1	1,6	1,5	2,2	1,4	5,3	51,6	0,0
436	Tolga	2,7	1,9	0,8	1,6	1,5	2,1	85,2	51,9
437	Tynset	21,8	20,1	1,7	4,0	4,7	1,3	56,0	22,9
438	Alvdal	8,9	4,4	4,5	3,6	2,3	8,0	58,4	11,2
439	Folldal	4,9	3,8	1,1	2,9	2,9	3,1	79,4	49,5
441	Os i Østerdalen	3,3	2,0	1,3	1,6	1,3	2,8	69,7	60,6
501	Lillehammer	76,5	57,3	19,2	2,9	2,7	3,5	50,2	22,2
502	Gjøvik	78,7	63,7	15,0	2,7	2,8	2,5	70,8	32,5
511	Dovre	4,6	3,4	1,2	1,7	1,5	2,2	78,3	73,9
512	Lesja	2,6	1,4	1,2	1,2	0,8	2,5	84,6	38,5
513	Skjåk	5,6	4,2	1,4	2,4	2,3	3,0	58,9	50,0
514	Lom	6,5	5,9	0,6	2,7	3,1	1,2	52,3	87,7
515	Vågå	32,9	29,8	3,1	8,8	10,1	4,0	12,5	27,7
516	Nord-Fron	7,7	6,4	1,3	1,3	1,4	1,1	74,0	62,3
517	SEL	21,4	19,2	2,2	3,6	4,0	1,8	61,2	60,3
519	Sør-Fron	19,8	12,9	6,9	6,2	5,1	10,2	50,0	22,2
520	Ringebu	13,8	10,6	3,2	3,0	2,9	3,5	52,9	35,5
521	Øyer	14,6	10,6	4,0	2,9	2,6	3,7	84,9	32,9
522	Gausdal	18,3	14,2	4,1	3,0	2,9	3,2	62,8	16,4
528	Østre Toten	44,0	38,0	6,0	3,0	3,3	2,0	56,8	19,3
529	Vestre Toten	45,1	35,1	10,0	3,5	3,5	3,7	59,2	20,0
532	Jevnaker	10,9	9,1	1,8	1,7	1,9	1,3	39,3	78,1
533	Lunner	24,3	19,6	4,7	2,8	2,9	2,4	53,1	21,4
534	Gran	38,0	21,0	17,0	2,8	2,0	5,9	65,8	23,7
536	Søndre Land	19,6	17,5	2,1	3,4	3,8	1,7	34,2	24,0
538	Nordre Land	11,6	6,9	4,7	1,7	1,3	3,5	86,2	38,8
540	Sør-Aurdal	8,0	6,4	1,6	2,5	2,6	2,4	55,0	30,0
541	Etnedal	6,9	5,9	1,0	5,0	5,4	3,5	40,6	29,0
542	Nord-Aurdal	10,2	7,1	3,1	1,6	1,4	2,3	71,6	44,1
543	Vestre Slidre	5,2	3,6	1,6	2,3	2,0	3,5	88,5	46,2
544	Øystre Slidre	12,4	10,6	1,8	3,9	4,2	2,7	62,9	50,0
545	Vang	3,3	2,7	0,6	2,1	2,1	1,8	97,0	3,0
602	Drammen	140,8	101,8	39,0	2,2	2,0	2,9	60,9	36,7
604	Kongsberg	43,9	30,7	13,2	1,7	1,6	2,4	36,7	41,0
605	Ringerike	95,9	82,4	13,5	3,3	3,6	2,3	33,9	10,4
612	Hole	15,1	8,0	7,1	2,5	1,7	5,0	49,7	23,2
615	Flå	5,1	3,6	1,5	5,1	4,5	7,3	45,1	33,3
616	Nes i Buskerud	15,0	14,3	0,7	4,4	5,2	1,0	29,3	12,0
617	Gol	9,0	7,5	1,5	2,0	2,1	1,5	61,1	50,0
618	Hemsedal	9,4	4,2	5,2	4,4	2,6	10,3	76,6	40,4

619	Ål	11,4	9,2	2,2	2,4	2,5	2,1	76,3	83,3
620	Hol	16,0	10,0	6,0	3,6	2,8	6,7	65,6	58,8
621	Sigdal	16,3	13,7	2,6	4,6	4,9	3,5	46,0	22,1
622	Krødsherad	8,1	6,5	1,6	3,7	3,7	4,0	38,5	31,1
623	Modum	41,8	17,8	23,9	3,2	1,7	9,1	21,9	32,0
624	Øvre Eiker	38,6	19,5	19,1	2,3	1,5	5,0	66,8	28,0
625	Nedre Eiker	36,4	26,4	10,0	1,6	1,5	1,8	60,2	60,0
626	Lier	40,1	23,1	17,0	1,7	1,3	3,0	60,8	23,9
627	Røyken	26,6	20,6	6,0	1,4	1,4	1,2	54,1	48,1
628	Hurum	24,4	17,3	7,1	2,7	2,4	3,4	86,5	40,6
631	Flesberg	11,8	8,9	2,9	4,6	4,4	5,0	46,6	28,0
632	Rollag	3,3	2,7	0,6	2,4	2,5	2,1	45,5	45,5
633	Nore og Uvdal	3,8	2,1	1,7	1,5	1,1	3,2	86,8	44,7
701	Horten	51,9	36,8	15,1	2,0	1,8	2,6	38,9	21,4
702	Holmestrand	21,6	18,8	2,8	2,1	2,4	1,3	39,8	35,6
704	Tønsberg	94,9	74,0	20,9	2,4	2,4	2,5	57,5	30,6
706	Sandefjord	90,1	83,1	7,0	2,1	2,4	0,7	51,1	25,0
709	Larvik	142,9	123,9	19,0	3,4	3,7	2,1	45,3	37,6
711	Svelvik	9,3	7,8	1,5	1,4	1,5	1,0	59,1	64,5
713	Sande i Vestfold	19,1	13,5	5,6	2,2	2,1	2,7	86,9	15,7
714	Hof	5,2	3,4	1,8	1,7	1,4	2,5	71,2	46,2
716	Re	26,9	19,5	7,4	3,0	2,9	3,4	72,5	31,6
719	Andebu	8,7	6,6	2,1	1,6	1,6	1,6	73,6	63,2
720	Stokke	18,8	16,4	2,4	1,7	1,9	0,9	60,6	42,6
722	Nøtterøy	84,2	32,4	51,8	4,0	2,0	11,0	75,9	20,8
723	Tjøme	17,0	15,3	1,7	3,6	4,1	1,7	68,8	30,0
728	Lardal	6,0	4,1	1,9	2,5	2,1	3,8	71,7	41,7
805	Porsgrunn	73,5	64,4	9,1	2,1	2,3	1,2	64,6	31,3
806	Skien	233,7	193,2	40,5	4,5	4,7	3,6	47,2	36,8
807	Notodden	34,0	27,5	6,5	2,7	2,8	2,6	60,3	76,5
811	Siljan	13,6	10,5	3,1	5,6	5,7	5,4	39,0	14,7
814	Bamble	39,4	31,8	7,6	2,8	2,9	2,5	53,6	37,1
815	Kragerø	53,8	44,8	9,0	5,0	5,3	4,1	48,1	28,3
817	Drangedal	9,7	8,9	0,8	2,4	2,7	0,9	59,8	36,1
819	Nome	23,1	19,6	3,5	3,5	3,8	2,6	47,6	15,2
821	Bø	11,5	9,5	2,0	2,0	2,1	1,6	24,3	40,9
822	Sauherad	8,2	6,3	1,9	1,9	1,8	2,0	63,4	47,6
826	Tinn	28,2	25,6	2,6	4,7	5,3	2,1	21,3	24,8
827	Hjartdal	3,5	2,6	0,9	2,2	2,0	2,8	91,4	60,0
828	Seljord	5,8	5,3	0,5	2,0	2,2	0,9	43,1	48,3
829	Kviteseid	5,4	4,1	1,3	2,2	2,0	2,7	90,7	18,5
830	Nissedal	24,9	17,1	7,8	17,7	15,5	26,1	56,6	6,0
831	Fyresdal	4,3	3,6	0,7	3,2	3,4	2,3	48,8	62,8
833	Tokke	5,8	3,9	1,9	2,5	2,1	4,0	72,4	51,7
834	Vinje	9,2	5,2	4,0	2,5	1,8	5,1	83,7	65,2
901	Risør	18,6	13,1	5,5	2,7	2,4	3,9	71,0	48,4
904	Grimstad	38,8	28,3	10,5	1,9	1,8	2,0	25,0	23,7
906	Arendal	97,0	78,6	18,4	2,3	2,4	2,0	43,2	24,7
911	Gjerstad	10,1	7,2	2,9	4,0	3,7	5,2	92,1	19,8
912	Vegårshei	8,0	6,2	1,8	4,2	4,3	3,7	36,3	32,5
914	Tvedestrand	12,1	9,4	2,7	2,0	2,0	2,1	65,3	71,1
919	Froland	10,7	8,4	2,3	2,1	2,2	1,7	43,9	40,2
926	Lillesand	12,4	7,6	4,8	1,3	1,0	2,1	79,8	83,8
928	Birkenes	10,0	7,2	2,8	2,1	2,0	2,2	84,0	51,0
929	Åmli	3,5	2,7	0,8	1,9	1,9	2,0	91,4	91,4

935	Iveland	2,1	1,6	0,5	1,6	1,6	1,5	100,0	38,1
937	Evje - Hornnes	7,9	4,5	3,4	2,3	1,7	4,1	50,6	67,1
938	Bygland	2,9	2,3	0,6	2,3	2,3	2,4	27,6	58,6
940	Valle	3,3	2,2	1,1	2,6	2,2	3,9	84,8	0,0
941	Bykle	1,9	1,4	0,5	1,9	1,8	2,3	100,0	52,6
1001	Kristiansand	238,8	191,8	47,0	2,9	3,0	2,4	71,9	42,5
1002	Mandal	30,2	20,5	9,7	2,0	1,8	2,7	94,4	41,4
1003	Farsund	29,4	22,5	6,9	3,1	3,1	3,0	71,4	42,5
1004	Flekkefjord	23,0	17,4	5,6	2,6	2,5	2,7	60,0	30,4
1014	Vennesla	27,4	20,2	7,2	2,1	2,0	2,2	63,1	73,4
1017	Songdalen	11,1	7,2	3,9	1,9	1,6	2,5	95,5	91,0
1018	Søgne	22,2	17,6	4,6	2,1	2,2	1,6	66,2	45,9
1021	Marnardal	3,4	2,7	0,7	1,5	1,6	1,2	73,5	67,6
1026	Åseral	5,4	4,3	1,1	5,9	6,4	4,4	63,6	31,8
1027	Audnedal	5,8	4,6	1,2	3,5	3,8	2,7	56,9	32,8
1029	Lindesnes	8,1	6,8	1,3	1,7	1,9	1,2	65,4	67,9
1032	Lyngdal	17,5	15,3	2,2	2,2	2,7	1,1	45,4	24,0
1034	Hægebostad	5,1	4,1	1,0	3,1	3,3	2,4	61,8	35,3
1037	Kvinesdal	21,4	19,2	2,2	3,7	4,3	1,6	73,4	31,3
1046	Sirdal	6,1	4,6	1,5	3,4	3,4	3,5	78,7	57,4
1101	Eigersund	48,8	39,6	9,2	3,4	3,7	2,6	45,1	20,5
1102	Sandnes	199,8	179,1	20,7	3,0	3,7	1,2	65,3	30,2
1103	Stavanger	259,7	165,3	94,4	2,1	1,7	3,2	66,3	28,0
1106	Haugesund	53,7	42,2	11,5	1,6	1,6	1,5	80,3	38,4
1111	Sokndal	5,1	4,1	1,0	1,6	1,7	1,3	84,3	0,0
1112	Lund	5,2	4,1	1,1	1,6	1,7	1,3	80,8	67,3
1114	Bjerkreim	5,1	4,1	1,0	1,9	2,1	1,4	49,0	49,0
1119	Hå	43,1	34,7	8,4	2,6	2,9	1,8	53,1	21,6
1120	Klepp	33,5	24,4	9,1	1,9	2,0	1,9	68,4	51,0
1121	Time	41,1	35,6	5,5	2,5	2,9	1,3	59,9	29,2
1122	Gjesdal	16,3	14,0	2,3	1,6	1,9	0,8	71,2	21,5
1124	Sola	48,5	35,9	12,6	2,1	2,1	2,0	67,6	28,9
1127	Randaberg	29,8	23,9	5,9	3,0	3,3	2,1	58,7	30,4
1129	Forsand	2,7	2,4	0,3	2,3	2,8	0,9	48,1	66,7
1130	Strand	34,4	27,1	7,3	3,0	3,2	2,4	40,7	20,9
1133	Hjelmeland	5,6	4,3	1,3	2,0	2,0	1,9	76,8	62,5
1134	Suldal	13,2	11,9	1,3	3,4	4,0	1,4	68,9	31,8
1135	Sauda	15,5	13,7	1,8	3,3	3,7	1,8	36,1	37,4
1141	Finnøy	7,8	6,1	1,7	2,7	2,7	2,4	56,4	42,3
1142	Rennesøy	8,6	7,5	1,1	2,0	2,5	0,9	65,1	32,6
1144	Kvitsøy	1,0	0,8	0,2	1,9	2,0	1,6	50,0	50,0
1145	Bokn	2,6	1,7	0,9	3,1	2,7	4,1	61,5	42,3
1146	Tysvær	48,5	43,7	4,8	4,8	6,0	1,7	61,4	43,3
1149	Karmøy	73,7	62,8	10,9	1,8	2,1	1,1	61,7	53,1
1151	Utsira	0,6	0,3	0,3	2,8	1,8	6,4	66,7	66,7
1160	Vindafjord	35,6	28,7	6,9	4,3	4,6	3,3	60,1	30,9
1201	Bergen	480,0	410,7	69,3	1,8	2,0	1,2	61,6	39,3
1211	Etne	9,9	8,4	1,5	2,5	2,8	1,7	47,5	29,3
1216	Sveio	12,2	10,6	1,6	2,4	2,8	1,2	66,4	32,8
1219	Bømlo	26,7	23,5	3,2	2,3	2,8	1,0	61,0	47,2
1221	Stord	27,7	25,4	2,3	1,6	1,9	0,5	71,5	43,0
1222	Fitjar	16,4	15,9	0,5	5,6	7,3	0,7	27,4	32,3
1223	Tysnes	5,4	3,5	1,9	1,9	1,6	3,3	72,9	28,0
1224	Kvinnherad	52,4	41,4	11,0	4,0	4,1	3,4	52,5	33,4
1227	Jondal	3,0	2,1	0,9	2,8	2,6	3,8	59,3	44,1

1228	Odda	22,7	7,9	14,8	3,2	1,4	10,4	40,5	24,2
1231	Ullensvang	10,3	8,7	1,6	3,0	3,2	2,2	44,7	74,8
1232	Eidfjord	3,4	2,9	0,5	3,5	3,8	2,7	44,1	20,6
1233	ULVIK	6,3	3,5	2,8	5,6	4,0	11,9	47,6	0,0
1234	Granvin	1,6	1,3	0,3	1,7	1,7	1,6	62,5	0,0
1235	Voss	33,4	25,5	7,9	2,4	2,3	2,6	49,7	46,7
1238	Kvam	31,2	27,8	3,4	3,7	4,2	1,8	42,3	20,8
1241	Fusa	6,9	5,7	1,2	1,8	2,0	1,2	49,3	53,6
1242	Samnanger	3,4	2,6	0,8	1,4	1,4	1,5	85,3	58,8
1243	Os	23,7	22,7	1,0	1,4	1,8	0,2	61,2	63,7
1244	Austevoll	7,2	5,8	1,4	1,5	1,7	1,2	63,9	31,9
1245	Sund	20,4	13,1	7,3	3,3	2,8	4,5	75,0	47,5
1246	Fjell	52,4	25,3	27,1	2,4	1,6	4,3	87,6	33,8
1247	Askøy	120,3	95,1	25,2	4,7	5,1	3,5	57,2	10,7
1251	Vaksdal	11,7	9,2	2,5	2,8	2,9	2,7	49,6	39,3
1252	Mødalen	2,8	2,2	0,6	7,6	8,0	6,3	42,9	64,3
1253	Osterøy	13,9	10,3	3,6	1,9	1,8	1,9	61,9	40,3
1256	Meland	17,2	12,4	4,8	2,5	2,5	2,5	74,4	15,1
1259	Øygarden	7,3	4,5	2,8	1,7	1,4	2,6	79,5	42,5
1260	Radøy	17,9	14,6	3,3	3,7	3,9	2,9	46,4	27,4
1263	Lindås	32,4	27,1	5,3	2,2	2,5	1,4	73,9	32,7
1264	Austrheim	5,7	4,2	1,5	2,0	1,9	2,5	78,9	19,3
1265	Fedje	2,0	1,5	0,5	3,4	3,3	4,0	45,0	0,0
1266	Masfjorden	13,4	10,8	2,6	8,0	8,3	7,0	50,0	14,9
1401	Flora	77,3	68,4	8,9	6,7	7,9	3,0	54,1	12,2
1411	Gulen	8,9	8,5	0,4	3,9	4,7	0,8	47,2	33,7
1412	Solund	2,9	2,1	0,8	3,4	3,0	4,8	51,7	51,7
1413	Hyllestad	2,0	1,8	0,2	1,3	1,5	0,6	75,0	25,0
1416	Høyanger	17,2	16,0	1,2	4,0	4,8	1,2	83,1	27,3
1417	Vik i Sogn	7,6	6,6	1,0	2,8	3,0	1,7	52,6	69,1
1418	Balestrand	5,2	4,4	0,8	3,9	4,2	2,7	25,0	19,2
1419	Leikanger	2,7	1,5	1,2	1,2	0,9	2,3	63,0	0,0
1420	Sogndal	11,6	10,8	0,8	1,6	2,0	0,5	36,2	45,7
1421	Aurland	5,0	4,8	0,2	3,0	3,6	0,6	64,0	24,0
1422	Lærdal	21,7	20,4	1,3	9,7	11,8	2,6	71,8	27,7
1424	Årdal	10,2	9,2	1,0	1,8	2,1	0,9	62,7	42,2
1426	Luster	10,5	7,4	3,1	2,1	1,9	2,6	65,7	19,0
1428	Askvoll	19,0	15,5	3,5	6,3	6,6	5,5	47,4	35,8
1429	Fjaler	7,5	4,7	2,8	2,6	2,1	4,5	70,7	40,0
1430	Gaular	7,9	5,6	2,3	2,8	2,6	3,5	60,8	67,1
1431	Jølster	13,1	11,5	1,6	4,3	5,1	2,1	41,2	36,6
1432	Førde	26,3	23,2	3,1	2,2	2,6	0,9	81,0	55,1
1433	Naustdal	5,6	3,9	1,8	2,1	1,9	2,7	64,3	73,3
1438	Bremanger	12,8	10,5	2,3	3,3	3,5	2,6	44,5	33,6
1439	Vågsøy	11,3	9,6	1,7	1,9	2,1	1,2	51,3	22,1
1441	Selje	13,3	12,4	0,9	4,7	5,7	1,5	44,4	15,0
1443	Eid	17,0	14,3	2,7	2,9	3,2	1,8	56,9	17,7
1444	Hornindal	1,6	1,2	0,4	1,3	1,3	1,3	81,3	62,5
1445	Gløppen	14,2	10,3	3,9	2,5	2,3	2,9	86,6	29,7
1449	Stryn	22,8	19,7	3,1	3,2	3,7	1,8	47,8	21,9
1502	Molde	62,7	52,9	9,8	1,4	1,6	1,0	58,7	46,1
1504	Ålesund	107,4	67,7	39,7	4,6	3,7	7,8	67,9	33,9
1505	Kristiansund	54,1	45,8	8,3	2,2	2,3	1,5	52,3	56,9
1511	Vanylven	29,1	24,7	4,4	8,5	9,1	6,3	48,5	9,6
1514	Sande	3,8	3,3	0,5	1,4	1,6	0,9	36,8	63,2



1515	Herøy	44,3	34,3	10,0	5,2	5,3	4,9	52,1	20,1
1516	Ulstein	29,5	25,4	4,1	3,8	4,4	2,1	67,5	15,6
1517	Hareid	13,0	10,5	2,5	2,6	2,8	2,1	60,0	34,6
1519	Volda	33,3	27,3	6,0	3,8	4,1	2,9	85,0	24,9
1520	Ørsta	12,7	9,2	3,5	1,2	1,1	1,5	75,1	51,8
1523	Ørskog	6,2	4,8	1,4	2,9	2,9	3,0	85,5	48,4
1524	Norddal	6,5	3,5	3,0	3,7	2,6	7,0	92,3	0,0
1525	Stranda	9,5	8,9	0,6	2,1	2,5	0,6	40,0	18,9
1526	Stordal	3,9	1,0	2,9	3,8	1,3	11,3	94,9	66,7
1528	Sykkylven	11,1	8,3	2,8	1,4	1,4	1,5	61,3	45,0
1529	Skodje	10,3	5,8	4,5	2,5	1,9	4,2	51,5	41,7
1531	Sula	20,4	16,9	3,5	2,5	2,8	1,7	36,8	14,7
1532	Giske	16,5	14,8	1,7	2,3	2,8	0,9	49,7	24,2
1534	Haram	25,3	18,5	6,8	2,9	2,7	3,4	53,2	39,5
1535	Vestnes	16,3	12,7	3,6	2,5	2,5	2,5	49,1	36,8
1539	Rauma	14,5	10,0	4,5	2,0	1,7	2,8	48,3	55,2
1543	Nesset	5,0	3,7	1,3	1,7	1,6	2,0	40,0	20,0
1545	Midsund	3,3	2,2	1,1	1,7	1,5	2,1	38,5	49,2
1546	Sandøy	8,5	7,7	0,8	6,4	7,4	2,7	68,2	11,8
1547	Aukra	21,4	17,8	3,6	6,6	7,2	4,6	87,4	2,8
1548	Fræna	51,0	38,0	13,0	5,5	5,4	5,8	26,5	6,9
1551	Eide	25,6	17,0	8,6	7,4	6,7	9,6	64,8	19,5
1554	Averøy	6,8	5,3	1,5	1,2	1,2	1,2	66,2	44,1
1557	Gjemnes	3,6	2,6	1,0	1,4	1,3	1,7	83,3	63,9
1560	Tingvoll	6,5	4,6	1,9	2,1	1,9	3,0	91,2	30,9
1563	Sunnal	19,7	16,2	3,5	2,7	2,8	2,3	80,2	48,7
1566	Surnadal	26,5	17,0	9,5	4,5	3,7	7,1	57,4	7,5
1567	Rindal	8,6	4,8	3,8	4,1	3,0	8,1	78,9	29,8
1571	Halsa	4,3	3,7	0,6	2,6	2,8	1,9	34,9	62,8
1573	Smøla	8,3	7,3	1,0	3,9	4,2	2,4	55,4	19,3
1576	Aure	4,5	3,5	1,0	1,3	1,2	1,4	100,0	44,4
1601	Trondheim	564,7	458,6	106,1	3,3	3,4	2,8	75,1	31,9
1612	Hemne	13,5	10,6	2,9	3,2	3,3	3,0	76,3	36,3
1613	Snillfjord	3,4	2,3	1,1	3,4	3,0	5,1	50,0	29,4
1617	Hitra	16,7	11,6	5,1	3,8	3,4	5,6	54,5	18,6
1620	Frøya	16,7	12,7	4,0	3,9	3,7	4,3	57,5	47,9
1621	Ørland	28,8	16,3	12,5	5,6	4,1	10,7	42,7	16,7
1622	Agdenes	11,2	9,2	2,0	6,4	6,7	5,5	42,9	8,9
1624	Rissa	16,4	12,8	3,6	2,5	2,6	2,3	70,1	46,3
1627	Bjugn	11,6	8,5	3,1	2,5	2,4	3,1	43,1	50,9
1630	Åfjord	24,9	21,3	3,6	7,7	8,4	5,3	46,2	14,1
1632	Roan	4,8	4,1	0,7	4,8	5,1	3,7	72,9	31,3
1633	Osen	1,1	1,0	0,1	1,1	1,2	0,5	90,9	72,7
1634	Oppdal	14,6	9,9	4,7	2,2	1,9	3,1	82,2	20,2
1635	Rennebu	6,8	4,5	2,3	2,6	2,2	4,1	70,6	47,1
1636	Meldal	11,1	7,4	3,7	2,8	2,4	4,7	55,0	27,9
1638	Orkdal	35,9	25,3	10,6	3,2	2,9	4,1	55,2	35,1
1640	Røros	9,5	7,6	1,9	1,7	1,7	1,6	78,9	62,1
1644	Holtålen	3,1	2,6	0,5	1,5	1,6	1,2	67,7	87,1
1648	Midtre Gauldal	10,9	8,0	2,9	1,8	1,7	2,2	72,5	60,6
1653	Melhus	75,1	59,5	15,6	5,0	5,3	4,1	76,7	17,0
1657	Skaun	12,4	8,0	4,4	1,8	1,6	2,5	85,5	50,0
1662	Klæbu	12,5	6,5	6,0	2,1	1,6	3,5	68,0	32,0
1663	Malvik	32,7	28,1	4,6	2,6	3,0	1,4	48,3	22,3
1664	Selbu	6,3	4,7	1,6	1,6	1,5	1,9	92,1	84,1

1665	Tydal	2,6	2,0	0,6	3,0	2,9	3,5	76,9	46,2
1702	Steinkjer	94,7	51,3	43,4	4,5	3,1	9,3	52,8	29,7
1703	Namsos	36,7	26,4	10,3	2,8	2,7	3,2	68,4	44,1
1711	Meråker	5,9	3,4	2,5	2,4	1,7	4,9	79,7	45,8
1714	Stjørdal	74,8	58,8	16,0	3,5	3,6	2,9	54,3	12,0
1717	Frosta	3,4	1,9	1,5	1,3	1,0	2,5	85,3	50,0
1718	Leksvik	9,1	5,5	3,6	2,6	2,0	4,4	76,9	44,0
1719	Levanger	37,7	21,2	16,5	2,0	1,5	3,7	54,1	52,8
1721	Verdal	25,5	16,5	9,0	1,8	1,5	2,6	76,9	52,9
1723	Mosvik	2,1	1,3	0,8	2,6	2,0	4,6	76,2	47,6
1724	Verran	8,3	6,7	1,6	3,2	3,2	3,3	41,0	24,1
1725	Namdalseid	7,4	6,6	0,8	4,3	4,9	2,2	49,7	20,4
1729	Inderøy	5,6	4,8	0,8	0,9	1,1	0,6	82,1	85,7
1736	Snåsa	8,8	7,3	1,5	4,1	4,3	3,2	78,4	18,2
1738	Lierne	7,1	6,0	1,1	5,0	5,4	3,8	52,1	14,1
1739	Røyrvik	1,4	1,3	0,1	2,7	3,1	1,0	66,7	3,7
1740	Namsskogan	4,4	3,2	1,2	4,7	4,4	5,9	94,5	45,7
1742	Grong	3,1	2,1	1,0	1,3	1,1	1,9	96,8	64,5
1743	Høylandet	4,1	3,1	1,0	3,2	3,2	3,3	51,2	68,3
1744	Overhalla	5,9	4,6	1,3	1,6	1,7	1,5	76,3	86,4
1748	Fosnes	0,5	0,5	0,0	0,8	0,9	0,0	100,0	100,0
1749	Flatanger	3,2	3,1	0,1	2,9	3,5	0,4	34,4	31,3
1750	Vikna	8,2	7,8	0,4	2,0	2,5	0,4	41,3	56,8
1751	Nærøy	16,0	14,8	1,2	3,2	3,8	1,1	65,6	50,6
1755	Leka	0,8	0,6	0,2	1,3	1,1	1,9	100,0	60,0
1804	Bodø	155,7	90,0	65,7	3,3	2,5	5,9	80,3	31,1
1805	Narvik	31,8	28,4	3,4	1,7	2,0	0,9	46,5	32,4
1811	Bindal	14,1	13,4	0,7	8,9	10,5	2,2	53,2	36,9
1812	Sømna	6,9	6,1	0,8	3,4	3,9	1,8	60,9	44,9
1813	Brønnøy	25,0	15,0	10,0	3,2	2,6	5,4	80,4	28,0
1815	Vega	1,5	0,8	0,7	1,2	0,8	2,6	80,0	26,7
1816	Vevelstad	0,7	0,5	0,2	1,3	1,2	1,9	28,6	85,7
1818	Herøy	9,7	7,9	1,8	5,9	6,0	5,6	23,7	20,6
1820	Alstahaug	19,0	15,0	4,0	2,6	2,7	2,4	47,4	63,2
1822	Leirfjord	6,5	5,3	1,2	3,0	3,0	2,8	65,9	16,4
1824	Vefsn	21,5	19,5	2,0	1,6	1,9	0,7	69,8	73,5
1825	Grane	3,9	3,2	0,7	2,6	2,7	2,3	64,1	25,6
1826	Hattfjellidal	6,0	5,0	1,0	4,1	4,3	3,2	41,7	25,0
1827	Dønna	3,7	2,9	0,8	2,5	2,6	2,3	75,3	38,4
1828	Nesna	3,3	2,3	1,0	1,8	1,6	2,4	100,0	60,6
1832	Hemnes	7,5	5,8	1,7	1,6	1,6	1,6	78,7	45,3
1833	Rana	43,0	36,0	7,0	1,7	1,8	1,2	75,6	81,4
1834	Lurøy	7,6	5,9	1,7	4,0	3,9	4,2	55,3	39,5
1835	Træna	1,8	1,3	0,5	3,7	3,5	4,1	27,8	11,1
1836	Rødøy	4,2	2,2	2,0	3,2	2,2	6,4	76,2	28,6
1837	Meløy	19,0	17,2	1,8	2,9	3,4	1,2	53,7	58,2
1838	Gildeskål	3,5	2,5	1,0	1,7	1,5	2,5	85,7	57,1
1839	Beiarn	4,8	4,2	0,6	4,4	4,6	3,2	35,4	16,7
1840	Saltidal	10,5	7,3	3,2	2,2	2,0	3,4	97,1	75,2
1841	Fauske	16,8	10,4	6,4	1,8	1,4	3,1	85,1	45,7
1845	Sørfold	5,5	4,2	1,3	2,8	2,7	3,2	45,5	36,4
1848	Steigen	13,7	8,9	4,8	5,2	4,3	9,1	65,7	8,8
1849	Hamarøy	7,0	5,3	1,7	4,0	3,7	5,0	81,4	47,1
1850	Tysfjord	5,8	4,8	1,0	2,9	3,0	2,5	52,2	62,6
1851	Lødingen	5,3	4,6	0,7	2,4	2,6	1,7	81,1	47,2

1852	Tjeldsund	2,1	1,0	1,1	1,6	0,9	4,3	100,0	42,9
1853	Evenes	3,3	2,0	1,3	2,5	1,9	4,7	69,7	30,3
1854	Ballangen	8,2	7,4	0,8	3,1	3,6	1,5	46,3	45,1
1856	Røst	1,0	0,8	0,2	1,7	1,7	1,5	100,0	100,0
1857	Værøy	2,3	2,0	0,3	3,1	3,4	1,9	56,5	21,7
1859	Flakstad	3,0	2,5	0,5	2,2	2,4	1,7	16,7	50,0
1860	Vestvågøy	17,1	12,9	4,2	1,6	1,6	1,6	87,1	46,8
1865	Vågan	21,8	16,0	5,8	2,4	2,3	2,9	61,0	34,4
1866	Hadsel	24,7	21,7	3,0	3,1	3,5	1,8	50,3	24,3
1867	Bø	11,5	9,0	2,5	4,1	4,0	4,8	47,8	69,6
1868	Øksnes	25,1	22,6	2,5	5,7	6,7	2,4	31,5	17,9
1870	Sortland	17,6	13,6	4,0	1,8	1,8	1,7	86,9	80,1
1871	Andøy	33,3	31,3	2,0	6,6	7,9	1,9	39,6	22,2
1874	Moskenes	7,6	7,1	0,5	6,8	7,8	2,4	13,2	32,9
1901	Harstad	133,0	105,4	27,6	5,7	5,8	5,3	70,3	42,7
1902	Tromsø	96,0	78,2	17,8	1,4	1,5	1,1	72,9	30,0
1911	Kvæfjord	9,9	6,9	3,0	3,2	2,9	4,2	75,8	59,6
1913	Skånland	10,1	10,0	0,1	3,5	4,2	0,2	19,8	39,6
1915	Bjarkøy	1,1	0,6	0,5	2,3	1,6	4,9	100,0	54,5
1917	Ibestad	2,5	2,5	0,0	1,8	2,1	0,0	20,0	20,0
1919	Gratangen	4,0	3,8	0,2	3,6	4,2	0,9	50,0	0,0
1920	Lavangen	7,4	6,9	0,5	7,4	8,9	2,2	73,0	67,6
1922	Bardu	13,3	11,8	1,5	3,4	3,9	1,6	56,4	67,7
1923	Salangen	40,8	32,9	7,9	18,7	19,6	15,7	21,3	7,4
1924	Målselv	30,1	24,6	5,5	4,6	4,8	3,7	46,5	18,9
1925	Sørreisa	4,2	3,2	1,0	1,2	1,3	1,2	90,5	35,7
1926	Dyrøy	7,0	5,4	1,6	5,8	5,6	6,8	28,6	14,3
1927	Tranøy	4,6	4,1	0,5	3,0	3,3	1,7	43,5	19,6
1928	Torsken	1,5	1,4	0,1	1,6	1,9	0,6	53,3	33,3
1929	Berg	4,3	3,5	0,8	4,7	4,7	5,0	41,9	11,6
1931	Lenvik	30,9	26,1	4,8	2,7	3,1	1,7	36,6	35,0
1933	Balsfjord	16,7	15,3	1,4	3,0	3,5	1,2	57,7	58,0
1936	Karlsøy	6,9	5,6	1,3	2,9	2,9	2,9	73,9	33,3
1938	Lyngen	13,4	12,9	0,5	4,3	5,3	0,8	44,2	15,0
1939	Storfjord	6,2	4,7	1,5	3,3	3,2	3,5	56,5	83,9
1940	Kåfjord	11,8	10,8	1,0	5,4	6,2	2,3	44,1	20,3
1941	Skjervøy	14,9	11,7	3,2	5,2	5,3	4,8	57,7	28,9
1942	Nordreisa	19,9	15,4	4,5	4,1	4,1	4,1	46,7	31,7
1943	Kvænangen	3,2	3,0	0,2	2,5	2,9	0,8	51,6	75,0
2002	Vardø	4,8	4,5	0,3	2,3	2,6	0,8	64,6	52,1
2003	Vadsø	13,0	9,5	3,5	2,1	2,0	2,4	86,9	26,9
2004	Hammerfest	15,8	14,0	1,8	1,6	1,8	0,8	47,5	66,5
2011	Kautokeino	13,4	10,9	2,5	4,6	4,8	3,7	44,8	48,5
2012	Alta	38,9	31,4	7,5	2,0	2,2	1,5	66,8	43,2
2014	Loppa	6,5	6,0	0,5	6,0	6,9	2,4	66,2	23,1
2015	Hasvik	2,7	1,8	0,9	2,8	2,3	5,0	55,6	0,0
2017	Kvalsund	6,3	6,0	0,3	6,3	7,3	1,7	36,5	0,0
2018	Måsøy	4,3	2,8	1,5	3,5	2,8	6,8	72,1	76,7
2019	Nordkapp	20,7	16,7	4,0	6,4	6,6	5,8	54,1	16,9
2020	Porsanger	12,5	10,0	2,5	3,1	3,2	3,1	52,0	20,0
2021	Karasjok	6,8	3,3	3,5	2,5	1,6	5,3	66,2	66,2
2022	Lebesby	3,7	2,4	1,3	2,8	2,3	4,5	0,0	21,6
2023	Gamvik	9,2	6,4	2,8	9,3	7,8	16,2	5,4	10,9
2024	Berlevåg	7,0	3,4	3,6	6,8	4,2	16,7	67,1	25,7
2025	Tana	17,9	15,0	2,9	6,2	6,5	4,8	50,8	20,7

2027	Unjårgga geilda/Nesseby	2,5	2,2	0,3	2,8	3,0	1,9	60,0	56,0
2028	Båtsfjord	8,6	6,6	2,0	4,2	4,1	4,5	46,5	23,3
2030	Sør-Varanger	19,5	16,5	3,0	2,0	2,2	1,4	56,4	35,9
	<b>Landet</b>	<b>12195</b>	<b>9492</b>	<b>2703</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>61,8</b>	<b>34,0</b>

**OSLO (bydeler)**

Kom- nr	Bydelsnavn	Årsverk totalt	Årsverk i tjeneste r for barn og unge	Årsverk i tjenest er for voksne	Årsverk pr. 1 000 innbyg -ger	Årsverk til voksne pr. 1 000 innbygger 18+	Årsverk til barn og unge pr. 1 000 innbygger <18 år	Andel med høyskole/ univ. utdanning	Andel med videreutd. i psykisk helse- arbeid
301	Sum etater	47,8	40,3	7,5	*	*	*	69,9	20,3
301	Gamle Oslo	106,8	80,7	26,1	2,4	2,2	3,3	60,3	29,7
301	Bydel Sagene	107,1	95,1	12	3,0	3,1	2,5	83,8	18,5
301	Bydel St. Hanshaugen	41,3	31,5	9,8	1,2	1,0	2,4	79,4	13,6
301	Bydel Grüneløkka	112,5	98	14,5	2,4	2,4	2,2	69,2	30,2
301	Bydel Vestre Aker	62,2	40	22,2	1,4	1,2	2,1	73,5	19,3
301	Bydel Frogner	48,8	36,8	12	1,0	0,8	2,1	74,6	17,0
301	Grorud	37,5	25,4	12,1	1,4	1,2	2,0	76,8	39,7
301	Bydel Stovner	62,4	49,7	12,7	2,0	2,2	1,7	67,5	20,8
301	Bydel Bjerke	54,5	45	9,5	1,9	2,1	1,4	69,7	18,3
301	Alna	72,7	58,1	14,6	1,5	1,6	1,4	60,0	29,4
301	Bydel Østensjø	59,9	47,7	12,2	1,3	1,3	1,2	57,9	34,6
301	Bydel Ullern	28,5	22	6,5	0,9	0,9	1,0	50,9	21,1
301	Søndre Nordstrand	47	39	8	1,3	1,5	0,8	64,0	45,3
301	Bydel Nordstrand	49,4	41,9	7,5	1,0	1,1	0,7	34,4	34,4
301	Bydel Nordre Aker	38,2	33,2	5	0,8	0,9	0,5	88,0	52,4
	<b>Sum bydeler i Oslo</b>	<b>976,6</b>	<b>784,4</b>	<b>192,2</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>67,9</b>	<b>27,2</b>



## VEDLEGG 2: ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNINGSGRUPPER

Av plasshensyn i rapporten presenterer vi årsverk i tjenester for voksne og barn og unge fordelt på utdanningskategorier i vedlegg. De to tjenestene er presentert hver for seg i kapittel 3.4.1 og 3.4.2.

**Tabell v.1** Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne og barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 129	1 137	1 225	1 193
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	2 216	2 470	2 285	2 302
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	2 140	2 429	2 456	2 587
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	3 386	3 610	3 379	3 395
Psykologer	179	198	205	212
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v.utd i psykisk helsearbeid	357	360	350	368
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 206	1 036	1 043	974
Andre	1 370	1 307	1 195	1 164
<b>Totalt</b>	<b>11 985</b>	<b>12 547</b>	<b>12 136</b>	<b>12 195</b>

**Tabell v.2** Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne og barn og unge, 2007-2010. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	9	9	10	10
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	18	20	19	19
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	18	19	20	21
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	28	29	28	28
Psykologer	1	2	2	2
Andre med høyskole-/universitetsutd m/v.utd i psykisk helsearbeid	3	3	3	3
Andre med høyskole-/universitetsutd u/v.utd i psykisk helsearbeid	10	8	9	8
Andre	11	10	10	10
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabell v.3 Andel årsverk med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2010**

	Voksne og barn/unge	
	Andel med høyskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)
2007	61	30
2008	61	31
2009	61	33
2010	62	34

## VEDLEGG 3: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2010

Vedlagt følger IS-24/2010 fra Helsedirektoratet.





**Psykisk helsearbeid i kommunene**  
*- rapportering for 2010*

Heftets tittel: Psykisk helsearbeid i kommunene – rapportering for 2010

Utgitt: November 2010

Bestillingsnummer: IS-24/2010

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling psykisk helse  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-24/2010

Forfattere: Kristian Sunde  
Jan Tvedt

Landets kommuner  
Landets fylkesmenn

## 1. Bakgrunn

Dette rundskrivet omhandler rapporteringsskjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid" som kommunene skal rapportere på for 2010. Skjemaet er en videreføring av Helsedirektoratets rundskriv IS-24 for 2007, 2008 og 2009. Det er ikke gjort endringer fra 2009.

Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. De øremerkede midlene til kommunene fra Opptappingsplanen ble i 2009 innlemmet i kommunenes frie inntekter. Gjennom de øremerkede midlene som landets kommuner har blitt tildelt også før Opptappingsplanen, er fagfeltet styrket med nær 7 000 nye årsverk. En betydelig del av kommunenes aktivitet på psykisk helsefeltet i opptappingsperioden ble finansiert av kommunenes øvrige midler. Den totale årsverksinnsatsen innenfor kommunalt psykisk helsearbeid, uavhengig av om dette er finansiert av øremerkede midler eller kommunenes øvrige midler, var 12 136 årsverk ved utløpet av 2009.

For å følge utviklingen etter Opptappingsplanens avslutning ble kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer uavhengig av finansieringsform i 2007, 2008 og 2009. Denne rapporteringen videreføres nå i 2010. For helsemyndighetene er det sentrale siktemålet med rapporteringen å følge med på at tjenestetilbudet som har blitt bygget opp i kommunene gjennom Opptappingsplanen fremdeles sikres høy prioritet og ikke bygges ned. En annen viktig målsetting med rapporteringen er at kommunene gis et verktøy for å følge utviklingen og synliggjøre årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet.

## 2. Rapporteringsskjemaets innhold

Kommunalt psykisk helsearbeid utføres innen mange områder i kommunene, det kan være innen egne enheter eller avdelinger der også eksempelvis allmennlegetjenesten og annen helsetjeneste, sosiale tjenester og skole deltar. Rapporteringsskjemaet som kommunene skal fylle ut omfatter ikke alle tjenester hvor det utføres psykisk helsearbeid. Et sentralt eksempel på et område som ikke omfattes av rapporteringen er legetjenestene. For å begrense kommunenes rapporteringsmengde vil nødvendig informasjon om eksempelvis legetjenestene hentes inn fra KOSTRA og HELFO. En nærmere beskrivelse av hvilke tjenester det skal rapporteres for fremgår av det enkelte spørsmål i rapporteringsskjemaet.

Det elektroniske skjemaet inneholder fire deler som i Excel-filen ligger på hvert sitt ark:

- "Informasjon" er en kort beskrivelse av rapporteringen. Her skal kommunenavn og kommunenummer oppgis, samt kontaktperson i kommunen. Det skal også opplyses om rådmann eller administrasjonssjef har godkjent rapporteringen.

- "Spørreskjema" – her skal kommunen fylle ut opplysninger om bl.a. årsverksinnsats fordelt på ulike tjenester til voksne og barn/unge, og årsverksinnsats fordelt etter utdanning.
- "Hjelp!" beskriver hvem som kan kontaktes ved faglige eller tekniske spørsmål til rapporteringsskjemaet.
- "Kopigrunnlag – ikke fyll ut" – dette er kopi av tallene til videre bruk. Det skal ikke fylles ut. Tallene flyttes hit fra spørreskjemaet automatisk.

### 3. Elektronisk rapportering

Rapporteringsskjemaet er tilrettelagt for elektronisk rapportering fra den enkelte kommune til fylkesmannen. Elektronisk versjon formidles av fylkesmannen til den enkelte kommune. Fylkesmannens elektroniske innrapportering til Helsedirektoratet opprettholdes som tidligere. Det bes om at det utfylte skjemaet returneres til fylkesmannen som vedlegg til e-post. Dersom dette ikke er mulig kan papirskjemaet som følger med dette rundskrivet brukes. Elektronisk versjon av rapporteringsrundskrivet gjøres tilgjengelig på følgende måter:

- Rapporteringsskjemaet sendes som e-post til landets fylkesmenn som videreformidler det til kommunene, herunder kontaktpersonene i psykisk helsearbeid.
- Rapporteringsskjemaet legges også ut på Helsedirektoratets hjemmeside, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

### 4. Utfylling, tidsfrister, og godkjenning av rådmann/administrasjonssjef

Helsedirektoratet ber om at dette rapporteringsrundskrivet formidles til den instans/person som forestår utfyllingen for det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Frist for innsending av rapporteringsskjemaet er **15. februar 2011**. Det bes om at skjemaet fylles ut nøyaktig og at tidsfristen overholdes. Utfylt skjema skal være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Det merkes av for dette på anvist sted i rapporteringsskjemaet.

Utfylt rapporteringsskjema sendes fylkesmannen, fortrinnsvis elektronisk.

Med vennlig hilsen

Jon Hilmar Iversen  
divisjonsdirektør

Hilde Lundeby  
avdelingsdirektør

***Dokumentet er godkjent elektronisk***

Vedlegg:

Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid – rapportering 2010

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet  
Kommunal- og regionaldepartementet  
Statens helsetilsyn  
KS

## Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid – rapportering 2010

### Opplysninger om kommunen og ansvarlig for rapporteringen

Kommunenr	Kommunens navn		
Bydelsnr	Bydelsnavn		
Ansvarlig for innholdet i skjemaet	E-postadresse skjemaansvarlig	Telefon	Klarert med rådmann/ Adm.sjef

Dette skjemaet er en videreføring av Helsedirektoratets rundskriv IS-24 for 2007, 2008 og 2009. Det er ikke gjort endringer fra 2009.

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

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

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

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

Spørsmål til rapporteringen kan rettes til Fylkesmannen ved rådgiver i psykisk helsearbeid.

### Midler til brukermedvirkning

**1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2010?** Vennligst oppgi svaret i 1000 kr  
Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.

Kommentarer til spørsmål 1:

## Årsverk fordelt på ulike tjenester til personer med psykiske vansker/lidelser

I spørsmål 2 til 10 skal det oppgis hvor mange årsverk kommunen yter i ulike typer tjenester til hhv. voksne (2 til 7) og barn/unge (8 til 10).

Årsverkene skal deles etter hvem det psykiske helsearbeidet har vært rettet mot: voksne eller barn og unge. For ansatte som arbeider med oppgaver som faller inn under ulike spørsmål i skjemaet, fordeles årsverkene forholdsmessig mellom de ulike oppgavene. Tjenester som ikke er entydig rettet mot psykisk helsearbeid, må skjønnsmessig oppgis i henhold til hva som går med til psykisk helsearbeid.

### Beregning av årsverk:

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

### Følgende årsverk skal tas med:

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

### Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid

## Årsverksinnsats tjenester for voksne med psykiske vansker/lidelser

Spørsmål 2 til 7 gjelder antall årsverk som ytes i tjenester for voksne. Årsverk skal fordeles på ulike tjenester. Som voksne regnes personer på 18 år og over. Dersom kommunen har annen aldersavgrensning av tjenester for voksne, vennligst gi melding om dette i kommentarfelt.

Svarene skal oppgis med en desimal.

Legg merke til at svarene på spørsmål 2 til 7 summeres automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.

**2. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske vansker/lidelser?** Gjelder årsverk i alle typer boliger med stasjonært personell (dag og/eller natt), som kommunale bofellesskap, kommunale boliger og omsorgsboliger. Årsverk i boliger hvor det betales husleie skal telles, ikke institusjoner.

Kommentarer til spørsmål 2:

**3. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester (med enkeltvedtak) for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske vansker/lidelser?** Her skal ikke årsverk i boliger rapportert under spørsmål 2 tas med.

Kommentarer til spørsmål 3:

<p><b>4. Hvor mange årsverk ytes til behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse?</b> Her registreres både årsverk i tiltak organisert for grupper og individuelle tiltak overfor personer med psykiske vansker/lidelser. Omfatter også årsverk til støttesamtaler, ansvarsgrupper og veiledning. Oppfølging uten enkeltvedtak skal føres her. Årsverk tatt med under spørsmål 3 skal ikke registreres her.</p>	
<p>Kommentarer til spørsmål 4:</p>	
<p><b>5. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske vansker/lidelser?</b> Gjelder årsverk til aktivitetssentre og/eller dagsenter som en dag i uken eller mer er rettet mot målgruppen. Enkelte sentre kan også være rettet mot andre målgrupper, og da må årsverk til tjenester for personer med psykiske vansker/lidelser anslås.</p>	
<p>Kommentarer til spørsmål 5:</p>	
<p><b>6. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske vansker/lidelser?</b> Her føres årsverk til andre typer aktiviteter, aktiviseringstiltak, kultur og fritidstilbud, f.eks. miljø- og fritidskontakter, trimtiltak, turgrupper, teater-/konsertdeltakelse, støttegrupper.</p>	
<p>Kommentarer til spørsmål 6:</p>	
<p><b>7. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske vansker/lidelser?</b> Her er det årsverk for kommunalt ansatte som tilrettelegger for kommunale arbeidstiltak som skal oppgis. Ved tiltak i samarbeid med NAV, er det kun årsverk i kommunen som skal tas med, og ikke årsverk utført av NAV. Merk at det er årsverk knyttet til rene arbeidstiltak og arbeidsforberedende aktiviteter, ikke aktivisering, som skal oppgis. Aktivisering skal oppgis i spørsmål 6.</p>	
<p>Kommentarer til spørsmål 7:</p>	
<p><b>Autosumming årsverk tjenester for voksne</b></p>	

### Årsverksinnsats tjenester for barn og unge med psykiske vansker/lidelser

Spørsmål 8 til 10 gjelder antall årsverk som ytes i tjenester for barn og ungdom, som skal fordeles på ulike tjenester. Som barn og unge regnes personer i alderen 0-17 år. Årsverk i forbindelse med tiltak til barn av psykisk syke foresatte skal også tas med her.

Dersom tjenestene som er spesifisert i spørsmålene har en annen aldersinnretning, f.eks. opp til 23 år, skal de likevel føres i denne delen av skjemaet. Gi i så fall tilleggsopplysninger (hvor mange årsverk som gjelder aldersgruppen 18-23 år) i kommentarfelt.

Svarene skal oppgis med en desimal.

Legg merke til at svarene på spørsmål 8 til 10 blir summert automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.

For detaljer om beregning av årsverk, se innledning til spørsmål 2 til 10.

**8. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser hos barn og unge?** Her skal årsverk til samtaler, behandling, oppfølging og lignende som ut fra arbeidets innhold er å forstå som helsestasjons-/skolehelsetjeneste oppgis. Dersom slike årsverk av praktiske årsaker er fysisk plassert eller blir utført av andre etater (som barnehage, barnevern og oppvekst/kulturetat), skal de likevel regnes med her.

Kommentarer til spørsmål 8:



<b>9. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid?</b> Her skal årsverk utenfor helsestasjons-/skolehelsetjenesten, som arbeider overfor barn og unge med psykiske vansker/lidelser føres opp. Dette kan være innen egen enhet, PP-tjenesten mm.	
Kommentarer til spørsmål 9:	
<b>10. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser?</b> Her føres årsverk som tilrettelegger for deltakelse på arenaer som fritidsklubb, idrettslag mv.	
Kommentarer til spørsmål 10:	
<b>Autosummering årsverk tjenester for barn og unge</b>	

### Årsverk fordelt etter utdanning

I spørsmålene 11 til 18 ber vi deg om å fordele årsverkene som er oppgitt i tiltak for hhv. voksne og barn/unge etter hvilken utdanning personellet har. Det er laget samlekategorier som omfatter ulike utdanninger.

Merk at ved fravær utover 4 måneder, hvor det er ansatt vikar, må vikarens utdanning registreres.

Med videreutdanning menes utdanning med minst ett års normert studietid.

Svarene skal oppgis med en desimal.

Legg merke til at svarene på spørsmål 11 til 18 summeres automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.

For detaljer om beregning av årsverk, se innledning til spørsmål 2 til 10.

Hvor mange av årsverkene i hhv. tiltak for voksne og barn/unge utføres av personer med...	Årsverk voksne	Årsverk barn og unge
11. ... helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
12. ... helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
13. ... helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
14. ... helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
15. ...psykologer?		
16. ...annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
17. ...annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
18. ... annen utdanning enn spesifisert i spørsmål 11-17? Spesifiser hvilke utdanninger som inngår i merknadsfeltet under.		
<b>Autosummering årsverk</b>		
Kommentarer til spørsmål 11-18:		

## Støttekontaktmottakere med psykiske vansker/lidelser

Spørsmål 19 og 20 dreier seg om antall mottakere av støttekontakt. Vennligst ta utgangspunkt i den samme representative uka som i spørsmål om årsverk (spørsmål 2 til 18).

Som barn og unge regnes personer i alderen 0-17 år. Dersom kommunen definerer barn og unge annerledes, f.eks. opp til 23 år, skal man registrere også disse som barn/unge, men det er svært viktig at en i så fall gir opplysninger i kommentarfeltet om hvilken aldersinndeling som er lagt til grunn.

### 19. Hvor mange voksne med psykiske vansker/lidelser har støttekontakt?

Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt.

### 20. Hvor mange barn og unge med psykiske vansker/lidelser har støttekontakt?

Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt.

Kommentarer til spørsmål 19 – 20

## Organisering av det psykiske helsearbeidet

I spørsmål 21 og 22 skal du oppgi hvordan arbeidet med psykisk helse, for hhv. voksne og barn/unge, er organisert i din kommune.

**21. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for voksne?** Kryss av for det alternativet som passer (kun ett kryss).

### Egen enhet/tjeneste

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

### Integrerte tjenester

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

### Ansvar hos rådmann/helsesjef

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

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

Kryss av for det alternativet som passer (kun ett kryss).

### Egen enhet/tjeneste

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

### Integrerte tjenester

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

### Ansvar hos rådmann/helsesjef

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

Kommentarer til spørsmål 21 og 22:



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

