

# Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose  
Silje Lill Kaspersen  
Geir Haakon Hilland  
Jorid Kalseth  
Marian Ådnanes

 **SINTEF**



## Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall fra psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er femte rapport i den nye serien. 2015-2019 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken.

Generelt har datainnsamlingen høy oppslutning ute i kommunene og i 2016 var det kun én kommune som ikke leverte årsverkstall. I 2017, 2018 og 2019 har alle kommunene levert årsverkstall. Vi har benyttet fjorårstall for kommuner som har oppgitt at det ikke har vært endringer fra 2018.

Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helse- og rusarbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering. Over to tusen fagfolk i norske kommuner har deltatt i utfyllingen, og vi er ydmyke til det store arbeidet som er lagt ned. Det kvalitative datagrunnlaget vurderes å være av god kvalitet, og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret i de fleste kommuner.

Rapporten er utarbeidet av SINTEF, men vi har samarbeidet med KORFOR som driver forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning på fagfeltet rus i Helse Vest. KORFOR har blant annet ansvar for BrukerPlan. BrukerPlan kartlegger forhold rundt enkeltbrukere, mens IS-24/8 kartlegger tjenestene. Rapporten henviser til funn fra BrukerPlan der det er relevant.

Referansegruppen for prosjektet inkluderer Ellen Aarre (Fylkesmannen i Rogaland), Yngve Osbak (Fylkesmannen i Nordland), Anne Mette Nerbøberg (Fylkesmannen i Møre og Romsdal), Solfrid Elisabeth Lilleeng (Helsedirektoratet), Anne Jensen (KS), Stig Antonsen (Trondheim kommune), Kristin Tømmervik (KoRus Midt-Norge), Tommy Huseby (RIO/KoRus Øst), og Petter Dahle (NAPHA). Vi har to møter i året, ett tidlig på våren for å diskutere innholdet i skjemaet og ett på høsten for å diskutere foreløpige resultat fra kartleggingen og endringsbehov neste år.

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet er rådgiver Maja Kristiansen, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 22. november 2019



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder



# Innhold

## **SAMMENDRAG OG KONKLUSJON** **11**

---

NASJONALE ÅRSVERKSTALL	11
ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK	12
ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING	12
ERFARINGSKOMPETANSE	12
LAVTERSKELE SKADEREDUKSJONSTILTAK	13
ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP	13
STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	14
PAKKEFORLØP	14
OPPSØKENDE VIRKSOMHET	15
DØGNOPPHOLD I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL PASIENTER OG BRUKERE MED BEHOV FOR ØYEBLIKKELIG HJELP	15
ARBEIDSTILTAK	16
BRUKERMEDVIRKNING	16
BOLIGSITUASJONEN	17
KJØP FRA PRIVATE AKTØRER/ANDRE KOMMUNER	17
INTERKOMMUNALT SAMARBEID	18
OPPFØLGING BARN OG UNGE	18
OPPFØLGING AV ELDRE	19
PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	19
SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	19
SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	19
MELDING OM UTSKRIVNINGSSKLARE PASIENTER	20
NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING	20
ANNET	21
ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	22
KONKLUSJON	22

## **1 KUNNSKAPSGRUNNLAG** **25**

---

<b>1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE</b>	<b>25</b>
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"	27
OPPTRAPPINGSPLAN FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (2019-2024)	28
OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE	29
PAKKEFORLØP PSYKISK HELSE OG RUS	30
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020	30
NASJONAL OVERDOSESTRATEGI 2019-2022	32
DET VIKTIGSTE FØRST – PRINSIPPER FOR PRIORITERINGER I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE	32
SAMHANDLINGSREFORMEN	33
SAMMEN OM MESTRING OG VEILEDER OM OPPFØLGING AV PERSONER MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV	34
KOMPETANSELØFT 2020	35
BOLIGSOSIALT ARBEID	36

HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER	36
HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD	36
NASJONAL E-HELSESTRATEGI OG HANDLINGSPLAN 2017-2022	37
<b>1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE</b>	<b>38</b>
PSYKISK HELSE I NORGE	38
RESULTATER FRA HELSETILSYNETS TILSYN MED TJENESTER TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER	39
OPPSUMMERT OM BRUKERMEDVIRKNING OG RECOVERY I PSYKISK HELSE- OG RUS-TJENESTER	39
BRUKERERFARINGER I KOMMUNALT RUSARBEID	41
EVALUERING AV TILSKUDD TIL REKRUTTERING AV PSYKOLOGER I KOMMUNENE	42
SYKEPLEIERE I TJENESTER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS	44
BETYDNINGEN AV UFAGLÆRT PERSONELL I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	45
TILBUDET I KOMMUNENE TIL VOKSNE MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER	45
RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)	46
BEDRE TVERRFAGLIG INNSATS (BTI)	47
VOLDSRISIKO BLANT PASIENTER SOM MOTTAR HELSETJENESTER FOR PSYKISK LIDELSE	48
MÅLRETTET ARBEID MOT BRUKERE MED HØY RISIKO FOR RE-INNLEGGELSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN	48
BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE TIL PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN	48
<b>1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGER</b>	<b>49</b>
PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE SOM FORSKNINGSFELT	49
ORGANISERING AV INNTAKSSYSTEMET TIL PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I KOMMUNEN	49
KOMPETANSE OG OPPGAVEDELING I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I DISTRIKTENE	49
MODELLER OG MÅL FOR KONTINUITET I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER – MOT EN FELLES KONSENSUS?	50
HVORDAN ADAPTERES EVIDENSBASERTE FOLKEHELSEPERSPEKTIVER?	51
UTBRENNHET BLANT PERSONELL SOM JOBBER I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I PRIMÆRHELSETJENESTEN	51
HVA PREDIKERER UTFALL FOR BRUKERE MED VANLIGE PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNEHELSETJENESTEN?	52
INTERNASJONAL OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE	52
<b>1.4 OPPSUMMERING</b>	<b>53</b>
<b>2 DATAGRUNNLAG</b>	<b>55</b>
<b>2.1 INNLEDNING</b>	<b>55</b>
<b>2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID</b>	<b>56</b>
<b>2.2 DATAINNSAMLING</b>	<b>56</b>
<b>2.3 OM UTFYLLINGEN</b>	<b>58</b>
<b>2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET</b>	<b>59</b>
EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS	59
VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL	60
<b>2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL</b>	<b>60</b>
<b>2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR</b>	<b>60</b>
<b>2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR</b>	<b>61</b>
<b>2.8 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN</b>	<b>61</b>

<b>3</b>	<b>NASJONALE TALL</b>	<b>63</b>
<hr/>		
<b>3.1</b>	<b>ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT</b>	<b>63</b>
<b>1.1</b>	<b>ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK</b>	<b>64</b>
1.1.1	TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	64
1.1.2	TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER	66
<b>1.2</b>	<b>ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING</b>	<b>69</b>
1.2.1	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	69
1.2.2	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE	71
<b>3.2</b>	<b>ANSATTE MED ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING INNEN PSYKISK HELSE OG/ELLER RUS</b>	<b>73</b>
<b>3.3</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>74</b>
<b>4</b>	<b>ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK</b>	<b>75</b>
<hr/>		
<b>4.1</b>	<b>ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE</b>	<b>75</b>
<b>4.2</b>	<b>ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE</b>	<b>76</b>
<b>4.3</b>	<b>ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE</b>	<b>79</b>
<b>4.4</b>	<b>ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION</b>	<b>81</b>
<b>4.5</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>82</b>
<b>5</b>	<b>HOVEDFORLØP</b>	<b>83</b>
<hr/>		
<b>5.1</b>	<b>DATAGRUNNLAG</b>	<b>84</b>
<b>5.2</b>	<b>RESPONS</b>	<b>84</b>
<b>5.3</b>	<b>ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)</b>	<b>85</b>
<b>5.4</b>	<b>ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)</b>	<b>85</b>
<b>5.5</b>	<b>VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER</b>	<b>86</b>
<b>5.6</b>	<b>VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE</b>	<b>88</b>
<b>5.7</b>	<b>KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)</b>	<b>90</b>
<b>5.8</b>	<b>KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)</b>	<b>91</b>
<b>5.9</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>92</b>
<b>6</b>	<b>OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)</b>	<b>93</b>
<hr/>		
<b>6.1</b>	<b>KARTLEGGING VÅREN 2019</b>	<b>94</b>
<b>6.2</b>	<b>OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET</b>	<b>95</b>
<b>6.3</b>	<b>KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE</b>	<b>97</b>
<b>6.4</b>	<b>SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER</b>	<b>101</b>
<b>6.5</b>	<b>KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN</b>	<b>102</b>
<b>6.6</b>	<b>BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE</b>	<b>105</b>
<b>6.7</b>	<b>SIKRING AV BRUKERMEDVIRKNING</b>	<b>105</b>
<b>6.8</b>	<b>SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING</b>	<b>107</b>
<b>6.9</b>	<b>KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD</b>	<b>108</b>
<b>6.10</b>	<b>FASTLEGENE OM PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOLRELATERTE PROBLEMER</b>	<b>110</b>

6.11	FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET	113
6.12	OPPFØLGING AV BRUKERE ETTER EN IKKE-DØDELIG OVERDOSE	114
6.13	OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER I ULIKE BRUKERGRUPPER	117
6.14	OPPSUMMERING	117
<b>7</b>	<b>PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS</b>	<b>119</b>
7.1	INNLEDNING	119
7.2	DATAGRUNNLAG	120
7.3	KJENNSKAP TIL INNØRING AV PAKKEFORLØP	121
7.4	FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	121
7.5	ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN	122
7.6	GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV KOMMUNAL INFORMASJON	123
7.7	INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP	124
7.8	KONKRETE ERFARINGER MED PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	126
7.9	OPPSUMMERING	127
<b>8</b>	<b>OPPSØKENDE VIRKSOMHET</b>	<b>129</b>
8.1	OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	130
	MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET	131
8.2	FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM	131
8.3	ANTALL ACT-TEAM OG FACT-TEAM	132
8.4	ANNET OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT VOKSNE	133
8.5	KOMMUNALT OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM	134
8.6	OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT BARN OG UNGE	134
8.7	ANDRE TYPER TEAM	135
8.8	SAMLET VURDERING	135
8.9	OPPSUMMERING	136
<b>9</b>	<b>ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD</b>	<b>137</b>
9.1	TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT	137
9.2	PLASSERING AV DØGNPLASSENE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTE	140
9.3	BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?	141
9.4	OPPSUMMERING	143
<b>10</b>	<b>ARBEIDSTILTAK</b>	<b>145</b>
10.1	SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV	146
10.2	IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	148
10.3	IPS/SE INNEN RUSARBEID	149
10.4	FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE	151
10.5	OPPSUMMERING	153



<b>11</b>	<b>BRUKERMEDVIRKNING OG ERFARINGSKOMPETANSE</b>	<b>155</b>
11.1	DATAGRUNNLAG	156
11.2	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	157
11.3	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING	160
11.4	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	164
11.5	ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE	166
11.6	ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING I TJENESTER TIL BARN OG UNGE	174
11.7	OPPSUMMERING	174
<b>12</b>	<b>BOLIGSITUASJONEN</b>	<b>175</b>
12.1	DATAGRUNNLAG	176
12.2	HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG	176
12.3	HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON	180
12.4	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR	182
12.5	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR	184
12.6	OPPSUMMERING	186
<b>13</b>	<b>KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER</b>	<b>187</b>
13.1	KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER	187
13.2	KJØP FRA ANDRE KOMMUNER	189
13.3	OPPSUMMERING	190
<b>14</b>	<b>INTERKOMMUNALT SAMARBEID</b>	<b>191</b>
14.1	KOMMUNER INVOLVERT I INTERKOMMUNALT SAMARBEID	191
14.2	TYPE INTERKOMMUNALT SAMARBEID	192
14.3	OPPSUMMERING	193
<b>15</b>	<b>OPPFØLGING AV BARN OG UNGE</b>	<b>195</b>
15.1	TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING	195
15.2	RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIETT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE	196
15.3	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	197
15.4	VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	198
15.5	OPPSUMMERING	199
<b>16</b>	<b>OPPFØLGNING AV ELDRE</b>	<b>201</b>
16.1	DATAGRUNNLAG	203
16.2	EGNE TILTAK RETTET MOT ELDRE I ULIKE MÅLGRUPPER	204

<b>16.3</b>	<b>TILBUD OG TILTAK RETTET MOT MÅLGRUPPENE</b>	<b>204</b>
	ELDRE SOM HAR PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER	204
	ELDRE MED RUSMIDDELPROBLEMATIKK	204
	ELDRE MED ROP-LIDELSER	205
<b>16.4</b>	<b>HVILKE ANDRE TILTAK ER DET BEHOV FOR?</b>	<b>206</b>
	ELDRE SOM HAR PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER	206
	ELDRE MED RUSMIDDELPROBLEMATIKK	207
	ELDRE MED ROP-LIDELSER	209
<b>16.5</b>	<b>KOMPETANSEHEVING</b>	<b>210</b>
<b>16.6</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>213</b>
<b>17</b>	<b><u>PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE</u></b>	<b>215</b>
<b>17.1</b>	<b>DATAGRUNNLAG</b>	<b>217</b>
<b>17.2</b>	<b>RUTINER, DOKUMENTASJON OG OPPFØLGING</b>	<b>217</b>
<b>17.3</b>	<b>VOKSNE PÅRØRENDE</b>	<b>219</b>
<b>17.4</b>	<b>BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE</b>	<b>221</b>
<b>17.5</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>222</b>
<b>18</b>	<b><u>SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN</u></b>	<b>225</b>
<b>18.1</b>	<b>DATAGRUNNLAG</b>	<b>226</b>
<b>18.2</b>	<b>ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE</b>	<b>226</b>
<b>18.3</b>	<b>SAMARBEIDSAVTALER</b>	<b>229</b>
<b>18.4</b>	<b>SPESIALISTHELSETJENESTENES BIDRAG UT I KOMMUNENE FOR MÅLGRUPPENE</b>	<b>232</b>
<b>18.5</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>237</b>
<b>19</b>	<b><u>SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP</u></b>	<b>239</b>
<b>19.1</b>	<b>DATAGRUNNLAG</b>	<b>240</b>
<b>19.2</b>	<b>SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER</b>	<b>241</b>
<b>19.3</b>	<b>KJENNSKAP TIL VEILEDENDE MATERIELL</b>	<b>244</b>
<b>19.4</b>	<b>OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER</b>	<b>246</b>
<b>19.5</b>	<b>TVERRSEKTORIETT SAMARBEID</b>	<b>247</b>
<b>19.6</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>248</b>
<b>20</b>	<b><u>MELDING OM UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER</u></b>	<b>249</b>
<b>20.1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>249</b>
<b>20.2</b>	<b>DATAGRUNNLAG</b>	<b>251</b>
<b>20.3</b>	<b>VARSLING OM BEHOV FOR KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER ETTER UTSKRIVNING</b>	<b>251</b>
<b>20.4</b>	<b>HVEM VARSLERNE HAR KOMMET IFRA</b>	<b>252</b>
<b>20.5</b>	<b>OPPHOLDSKOMMUNE OG BODSTEDSKOMMUNE</b>	<b>254</b>
<b>20.6</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>256</b>

<b>21</b>	<b>NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING</b>	<b>257</b>
21.1	UDEKKEDE BEHOV	258
21.2	OPPSUMMERING	258
<b>22</b>	<b>ANNET</b>	<b>259</b>
22.1	KOBLING TIL KOORDINERENDE ENHET	259
22.2	PSYKISK HELSE OG RUSARBEID SOM EN LIKEVERDIG DEL AV DET LOKALE FOLKEHELSEARBEIDET	259
22.3	TILTAK FOR Å ØKE KOMPETANSEN OM KJØNN- OG SEKSUALITETSMANGFOLD BLANT DE ANSATTE	259
22.4	TILGANG TIL PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIGNENDE	261
22.5	TJENESTER TILGJENGELIG FOR MÅLGRUPPEN PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID	262
22.6	NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN	263
22.7	FORANKRING HOS RÅDMANNEN	264
22.8	OPPSUMMERING	265
<b>23</b>	<b>ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS</b>	<b>267</b>
23.1	DATAGRUNNLAG	267
23.2	NAPHA	268
23.3	KoRUS	272
23.4	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)	274
23.5	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)	277
23.6	NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	280
23.7	NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)	283
23.8	NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FØREBYGGING)	286
23.9	KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE	289
23.10	OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?	290
23.11	OPPSUMMERING	291
	<b>REFERANSER</b>	<b>293</b>
	<b>VEDLEGG A: GRUNNLAGSDATA 2019</b>	<b>299</b>
	<b>VEDLEGG B: FORKORTELSER</b>	<b>311</b>
	<b>VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2019</b>	<b>313</b>



## SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet årlig utført datainnsamling om kommunalt psykisk helsearbeid i kommunene siden 2007, da kalt IS-24 etter gjeldende rundskriv. Fra 2015 ble også rusarbeid inkludert, og navnet ble da endret til IS-24/8 fordi rundskrivet for rusarbeid tidligere ble kalt IS-8.

For 2015 fikk kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. 75 prosent av kommunene valgte da felles rapportering for voksne, og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. De øvrige kommunene rapporterte separat på psykisk helse og rus. I 2016 valgte 90 prosent av kommunene å rapportere felles for psykisk helse og rusarbeid for voksne, og 87 prosent for barn og unge. I 2017 ble valget om separert rapportering tatt bort, og alle kommunene har derfor rapportert felles for psykisk helse- og rusarbeid siden 2017. Rapporten inkluderer årsverksdata for perioden 2007-2019 (kapittel). På tema der de samme spørsmålene er inkludert tidligere år, har vi tatt med alle årene som er aktuelle for å følge med på utviklingen.

Oppsummeringen fra de enkelte kapitlene i rapporten gis i det følgende.

### NASJONALE ÅRSVERKSTALL

I tabellen under vises årsverkene som er rapportert inn i 2015 -2019. Den siste kolonnen viser at fra 2018 til 2019 økte antall årsverk totalt med 3,2 prosent, fordelt på 5,9 prosent økning i tjenester til barn og unge og 2,5 prosent økning i tjenester til voksne. Dette er en betydelig svakere vekst enn fra 2017 til 2018, da den totale årsverksveksten var på ni prosent.

**Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2018 til 2019**

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring i %
Voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	309	2,5
Barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	196	5,9
Totalt	13 131	13 936	14 633	15 894	16 399	505	3,2

Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2018 til 2019, finner vi en økning fra 30 til 31 årsverk pr. 10 000 innbyggere både i tjenester til voksne og i tjenester rettet mot barn og unge.

## ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK

---

I tjenester til voksne går det flest årsverk til boliger med fast personell (40 prosent). 27 prosent av årsverkene går til kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse, mens 20 prosent går til hjemmetjenester/ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 13 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er størst prosentvis økning i årsverk i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak på 8,8 prosent og størst absolutt økning i boliger med fast tilknyttet personell på 156 årsverk (3,1 prosent). Det er en økning i alle kategorier, med unntak av kategorien "andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud" der det ikke rapporteres om noen nye årsverk i 2019.

I tjenester til barn og unge, går 47 prosent av årsverkene til kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid", mens 45 prosent går til helsestasjon og skolehelsetjeneste og åtte prosent til aktiviteter, kultur og fritidstiltak. Antall rapporterte årsverk har økt med 7,1 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste og dette er den største prosentvise økningen i tjenester til barn og unge. Årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med 1,7 prosent. Den største kategorien (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) økte med 5,4 prosent det siste året.

## ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING

---

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (55 prosent). Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er rapportert om 28 flere årsverk utført av psykologer og psykologspesialister enn i 2018, hvorav 12 er psykologspesialister. Totalt er det nå 217 årsverk i tjenester til voksne som utføres av psykiatere (kun 4,5 årsverk nasjonalt), psykologer eller psykologspesialister. Disse utgjør 1,7 prosent av alle årsverkene som er rapportert i tjenester til voksne.

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (63 prosent). I 2018 ble det rapportert totalt 326 årsverk utført av psykologer og psykologspesialister, noe som utgjør fem færre årsverk enn i 2018. Psykologer utgjør nå 9,2 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav tre prosent er psykologspesialister og 6,2 prosent er psykologer.

## ERFARINGSKOMPETANSE

---

Vi finner at 27 prosent av alle landets kommuner våren 2019 oppgir at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne innen psykisk helse og/eller rus. Innen tjenester til barn og unge innen psykisk helse/rus, er det 16 kommuner (3,8 prosent) som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring.

Andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring øker betydelig med størrelsen på kommunen målt med antall innbyggere. Blant kommuner med færre enn to tusen innbyggere, er det sju prosent som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, mens andelen blant kommuner med over femti tusen innbyggere er 94 prosent. Det er få forskjeller mellom kommuner i ulike fylker, noe som betyr at det stort sett er størrelsen på kommunen som påvirker sannsynligheten for å ha ansatte med slik kompetanse/erfaring.

Når vi summerer antall årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring i alle kommuner i landet, finner vi at det er 167,4 årsverk i tjenester til voksne og 13,5 årsverk i tjenester til barn og unge.

Ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring bidrar i arbeidet med oppfølging av enkeltbrukere i 91 prosent av kommunene som har ansatte med slik kompetanse/erfaring. Tre av fire av disse kommunene svarer at ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring bidrar på systemnivå med planlegging og utvikling av tjenesten, og over halvparten svarer også at de bidrar i prosjektarbeid og i kontakt med pårørende. I halvparten av kommunene, bidrar de også i kontakt med brukerorganisasjoner.

#### LAVTERSKELE SKADEREDUKSJONSTILTAK

Vi finner at 183 kommuner/bydeler (42 prosent) svarer at de har årsverk innen lavterskel skadereduksjonstiltak i 2019. Dette er en økning fra 29 prosent i 2018. Totalt har kommunene/bydelene rapportert at de har 474 årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak i 2019. Av disse har Oslo kommune Velferdsetaten rapportert 120 årsverk og Bergen kommune har rapportert 84 årsverk. I 2018 ble det rapportert om totalt 228 årsverk, så det er en betydelig økning.

#### ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP

De siste fem årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligget svært stabilt de siste tre årene (2017-2019):

Hovedforløp 1: 10-11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-49 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

Hovedforløp 2: 25-27 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 31-34 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Hovedforløp 3: 63-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 18-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. I tjenester for voksne ligger fornøydhetsandelen på rundt 80 prosent for hovedforløp 1 og 2, og på rundt 65 for hovedforløp 3. Det er særlig mangelen på bolig og gode aktivitetstilbud som mangler for de sykeste. Særlig kommuner med mellom 2000 og 10 000 innbyggere, og kommunene i Oppland, Buskerud og Vestfold er godt fornøyd med tilbudet til pasienter i hovedforløp 1. Hovedforløp 2 vurderes stort sett likt som hovedforløp 1, men med noen prosentpoeng lavere skår. For hovedforløp 3 ser det ut til at man er mer fornøyd i de mellomstore kommunene, og mindre fornøyd i de minste kommunene og i storbyer.

I tjenester for barn og unge har det vært en økning i andelen kommuner som er fornøyd med tilbudet i hovedforløp 1. Dette kan henge sammen med at helsestasjons- og skolehelsetjeneste er styrket i antall årsverk på nasjonalt nivå. Det er særlig de største kommunene som er fornøyd med tjenestene til brukere i hovedforløp 1 og 2, mens de øvrige kommunegruppene ligger noe lavere. Bydelen i Oslo skiller seg ut med å være misfornøyd med tilbudet til de alvorligst syke barn og unge. Også kommunene

i Buskerud, Hordaland og Finnmark har en relativt lav andel som har svart at de er fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3.

#### STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

---

I 2019 er det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de økte midlene de har mottatt gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet i svært stor grad eller i stor grad har blitt benyttet til formålet. I 2018 var andelen 46 prosent, så dette er en nedgang. Dette gir en økning i andel kommuner/bydeler som svarer i liten grad eller i svært liten grad, fra 18 prosent til 24 prosent fordi det er omtrent uendret andel som svarer i noen grad.

Det er også færre kommuner/bydeler i 2018 enn i 2019 som svarer at opptrappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser, fra 60 prosent til 48 prosent. Dette kan ha sammenheng med redusert bevilgning fra 2018 til 2019.

Det er flest kommuner/bydeler som har rapportert at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (28 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (24 prosent). Av alle kommuner og bydeler er det 19 prosent som har oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 12 prosent som i større grad har involvert voksne pårørende og 11 prosent barn og unge som pårørende. Det er ni prosent av kommunene som svarer at de har fått flere boliger/boligtildbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det er nedgang i andel kommuner som har krysset av for alternativet i alle kategoriene fra 2018 til 2019.

Det er 72 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Det er omtrent det samme som i 2017 og 2018. Sannsynligheten for å ha gjennomført en kartlegging øker betydelig med størrelse på kommunen målt som antall innbyggere.

Over halvparten av kommunene (56 prosent) svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. I 2018 var andelen 52 prosent, så det er en svak økning siste år.

#### PAKKEFORLØP

---

Det store flertallet av kommunene (95 prosent) svarer våren 2019 at de er kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet. Mer enn halvparten av kommunene (55 prosent) hadde i vår fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, men mange arbeidet videre med dette utover 2019. Av de som hadde fått på plass en forløpskoordinator for disse pakkeforløpene, var det 62 prosent som hadde organisert denne under Koordinerende enhet/Tildelingskontor, mens 40 prosent hadde organisert forløpskoordinatoren i Enhet for psykisk helse og rus. Noen få kommuner (n=6) av de som hadde fått på plass forløpskoordinator, har valgt å organisere denne i NAV. Mange kommuner som ikke hadde fått på plass forløpskoordinator oppgir at de arbeider med å finne den beste løsningen og vil ha det klart i løpet av 2019.

Det er 17 – 28 prosent av kommunene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene voksne/barn/unge og psykiske lidelser/rusmiddelproblemer. Av alle kommunene var det



22 prosent som oppgav at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, og mange var i gang med å utvikle innholdet, men hadde foreløpig ikke publisert dette på nettsidene sine.

Det var kun ni kommuner som våren 2019 rapporterte at de hadde direkte erfaringer med pakkeforløpene for psykisk helse og rus, men vi forventer at flere vil kunne dele erfaringer i datainnsamlingen som gjennomføres våren 2020. Foreløpige tall fra NAPHA's undersøkelse høsten 2019 viser at 18 prosent av kommunene/bydelene svarer at innføring av pakkeforløp har endret praksis for samhandling med spesialisthelsetjenesten, for eksempel at de har fått flere treffpunkter/møter.

#### OPPSØKENDE VIRKSOMHET

---

NAPHA oppgir på forespørsel at de har registrert 7 ACT-team og 39 FACT-team pr. juli 2019. Når vi spør kommunene våren 2019 om de er en del av et ACT-team eller FACT team, finner vi at det er 44 kommuner og én bydel i Oslo som selv oppgir at de er en del av et ACT-team. Dette utgjør ti prosent av alle kommuner/bydeler. Kommunene rapporterer totalt om 17 ulike ACT team våren 2019. Det er altså diskrepans mellom tallene fra NAPHA og IS-24/8, og vi presiserer at tallene våre er basert på det kommunene selv rapporterer. Dette kan for eksempel forklares med at noen kommuner opplever at de arbeider etter ACT eller FACT modeller, uten at de er en del av et formelt samarbeid.

Det er videre 100 kommuner og tre bydeler i Oslo som rapporterer at de har FACT-team eller at andre kommuner har tatt med kommunen i listen over kommuner som inngår i samarbeidet. Ut ifra svarene fra kommunene, finner vi at det var etablert 34 FACT-team i Norge våren 2019. Dette utgjør 24 prosent av alle kommuner/bydeler. Også her kan det være ulikt om de faktisk er en del av et slikt team, eller at de arbeider etter en liknende modell.

I tillegg oppgir 59 kommuner og fem bydeler i Oslo at de har annet oppsøkende samhandlingsteam enn ACT og FACT rettet mot voksne (15 prosent) som er etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Vi finner også at 63 kommuner og ti bydeler i Oslo oppgir at de har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam som ikke er etablert i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (17 prosent).

Våren 2019 er det 51 kommuner og to bydeler i Oslo som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge (12 prosent). Dette kan for eksempel være familieteam eller team satt sammen av personell fra helsestasjon, PPT, barnevern, politi, skole, BUP etc.

#### DØGNOPPHOLD I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL PASIENTER OG BRUKERE MED BEHOV FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

---

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 skulle plikten også gjelde for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Våren 2017 var det hver tredje kommune som oppgav at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 73

kommuner (17 prosent) som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen. I 2019 er det åtte prosent av de som har svart som oppgir at de ikke har etablert et tilbud. Om vi antar at de 14 kommunene som ikke har svart, ikke har etablert et tilbud, betyr dette at det våren 2019 fortsatt var 51 kommuner som ikke hadde etablert tilbudet (12 prosent av alle kommuner/bydeler).

39 prosent av alle kommunene har etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 19 prosent har etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem. 12 prosent har etablert tilbudet i forbindelse med legevakt og seks prosent i forbindelse med lokal- eller distriktsmedisinsk senter.

83 prosent av kommunene har integrert tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens resten har etablert tilbudet som et eget tilbud til pasient-/brukergruppen. Halvparten av kommunene svarer at plassene er brukt i liten grad, og plassene ser naturlig nok ut til å i størst grad bli brukt i kommuner med mange innbyggere.

## ARBEIDSTILTAK

---

I overkant av 60 prosent av kommunene oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet, og det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse.

Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid er tatt i bruk i 30 prosent av kommunene, og dette er en økning fra 21 prosent i 2018. Det er 26 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid, en økning fra 21 prosent i 2018.

Vi har i 2019 forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Det er en del kommuner som opplever at spesialisthelsetjenesten har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser (23 prosent), men få som mener at kommunen selv har lite fokus (tre prosent). Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 22 prosent svarer et TSB har lite fokus og sem prosent svarer at de som kommune har lite fokus på arbeid og utdanning.

Det er betydelige forskjeller mellom ulike opptaksområder for helseforetakene. Innen psykisk helsevern kommer Sogn og Fjordane bedre ut enn de andre helseforetakene, mens både Sogn og Fjordane, Helse Møre og Romsdal og Telemark kommer bedre ut enn andre opptaksområder innen TSB.

## BRUKERMEDVIRKNING

---

I 2019 svarte 369 av landets kommuner (89 prosent) at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet. Dette er en økning på seks prosentpoeng fra 2018 og 16 prosentpoeng fra 2017. De største kommunene oppgir at de i størst grad sikrer brukermedvirkning, og det er særlig kommunene i Akershus, Buskerud og Vestfold som skårer høyt på brukermedvirkning, mens de nordligste kommunene ligger lavere.

Det ble også spurt om på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring siste 12 måneder. Her svarte over halvparten av de 174 kommunene som svarte at de hadde benyttet FIT, 18 prosent hadde benyttet "Hva er viktig for deg?", hhv. 46 og 47 prosent hadde benyttet brukerråd og brukerundersøkelse, mens 28 prosent oppgav andre metoder. Hele 73 prosent av landets kommuner

svarer at de i stor eller svært stor grad jobber recovery-orientert (økning med fire prosentpoeng fra 2018). De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

## BOLIGSITUASJONEN

---

Det er 59 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske utfordringer og lidelser, mens det tilsvarende tallet for målgruppen med rusproblematikk er 47 prosent. Tallene kan sammenliknes med fjorårets, hvor 54 prosent svarte at de i stor grad var fornøyd med tilbudet om oppfølging av psykiske utfordringer og lidelser, og 44 prosent svarte at de i stor grad var fornøyd med tilbudet om oppfølging av pasienter med rusproblemer. Det er dermed flere kommuner som oppgir at de i stor grad er fornøyd med begge tilbudene i 2019, sammenliknet med 2018. Av årets spørsmålsstilling ser vi at det fortsatt er flere utfordringer i kommunalt rusarbeid, enn i psykisk helsearbeid. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere, og dette har vært tendensen de siste årene.

I 2019 er det færre kommuner som mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en bedre bosituasjon for målgruppen, sammenliknet med 2018. Det er særlig de minste kommunene som i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en god bosituasjon.

På spørsmål om endringer i boligsituasjonen for hhv. mennesker med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk, er hovedinntrykket at situasjonen har vært stabil de siste årene. Godt over halvparten av kommunene melder om ingen endringer fra i fjor for begge målgrupper. Rundt en tredjedel av kommunene mener det har vært en forbedring i situasjonen for de to målgruppene, men det er en noe høyere andel kommuner som svarer at situasjonen har forverret seg for de med rusproblemer, sammenliknet med målgruppen med psykiske helseutfordringer. Gjennom andre spørsmål i skjemaet vet vi også at det særlig er ROP-pasientene, de med samtidig psykisk helse- og rusproblematikk som ofte står overfor de største utfordringene når det gjelder å få et godt tilrettelagt bo- og behandlingstilbud.

## KJØP FRA PRIVATE AKTØRER/ANDRE KOMMUNER

---

Våren 2019 var det 234 kommuner/bydeler (54 prosent) som rapporterte at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse og rus. Videre har 92 kommuner/bydeler (21 prosent) oppgitt at de har kjøpt slike tjenester fra private kommersielle aktører gjennom enkeltplasser mens åtte prosent har kjøpt tjenester fra private kommersielle gjennom rammeavtaler. Videre oppgir 17 prosent av kommunene/bydelene at de har kjøpt enkeltplasser for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, mens 11 prosent har kjøpt fra private ideelle gjennom rammeavtaler. Det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private kommersielle aktører gjennom rammeavtaler.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, svarer åtte prosent av kommunene at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid. I tillegg kjøper fem prosent av kommunene tjenester kun innen psykisk helse, mens tre prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innenfor rusarbeid.

## INTERKOMMUNALT SAMARBEID

---

Interkommunalt samarbeid er vanlig innen psykisk helse- og rusarbeid, og 59 prosent av kommunene oppgir at de har slikt samarbeid. Det er ikke betydelige forskjeller i andel kommuner som svarer at de har interkommunalt samarbeid mellom ulike kommunegrupper med unntak av kommuner med over 50 000 innbyggere foruten Oslo, der 80 prosent oppgir å ha interkommunalt samarbeid på dette området. Det er også betydelig variasjon mellom fylker; i Oppland har 88 prosent av kommunene oppgitt at de har interkommunalt samarbeid på fagfeltet, mens andelen er fem prosent i Finnmark. Dette forklares sannsynligvis i stor grad av de svært store arealene de enkelte kommunene i fylket dekker.

Det interkommunale samarbeidet innen psykisk helse- og rusarbeid dekker flere tjenestetyper. Flest kommuner rapporterer om samarbeid om interkommunal KAD-avdeling (34 prosent), mens 18 prosent av alle kommunene har interkommunalt samarbeid rundt psykologtjenester. Like mange oppgir å ha interkommunalt samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, mens 11 prosent oppgir å ha samarbeid om arbeids- og/eller aktivitetstiltak. Seks prosent av kommunene/bydelene oppgir at de har interkommunalt samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud.

## OPPFØLGING BARN OG UNGE

---

I 2019 svarte 77 prosent av kommunene/bydelene at de tilrettelegger i stor eller i svært stor grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. I 2018 var det 80 prosent som svarte slik. Resten av kommunene, med svært få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Det er 80 prosent av kommunene som svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage). Dette er kun en marginal endring fra 2018 (79 prosent). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksiser.

I 2019 svarte 59 prosent av kommunene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2018 var andelen 54 prosent. Andelen som har en slik plan, øker tydelig med kommunestørrelse.

Vi beregner at rundt ni prosent av kommunene ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, en nedgang på seks prosentpoeng fra 2018. Vi ser at andelen kommuner som ikke har etablert slike prosedyrer er størst i de minste kommunene, og at denne andelen går ned med økt kommunestørrelse. Vi ser også at i 2019 har 100 prosent av kommunene med mer enn 50 000 innbyggere, og samtlige bydeler i Oslo oppgitt at de har etablert virksomme prosedyrer for dette. Kommunene hadde også mulighet til å komme med egne kommentarer til spørsmålene som ble stilt i forbindelse med dette kapitlet. Flere av respondentene kommenterer at det enten satses på, eller allerede jobbes godt med BTI-er (bedre tverrfaglig innsats). Sytten kommuner kommenterer spesifikt at de har etablert BTI, eller at BTI er under etablering under punktet hvor det var mulig å skrive inn egne kommentarer.

## OPPFØLGING AV ELDRE

---

Eldre med psykiske helseutfordringer og/eller med rusmiddelproblematikk, blir viktige målgrupper for kommunene i årene fremover. Dette er en brukergruppe som sannsynligvis er både underdiagnostisert og underbehandlet. Symptombildet blant eldre er atypisk og eldre er mer sårbar for selv moderat rusmiddelbruk. Det er behov for mer kunnskap og kompetanse om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blant eldre i de kommunale tjenestene. Det er trolig også behov for mer informasjon til de eldre selv og deres pårørende. I 2019 er det 16-28 prosent som har egne tiltak eller tjenester rettet mot målgruppene. Det er i tillegg 5-8 prosent av kommunene som har tiltak under planlegging. Tiltak kommunene ikke har i dag, men som de ser det er behov for, inkluderer egne botiltak, aktivitetstilbud, dagsentertilbud, møteplasser med lav terskel for deltakelse, og egne team med kompetanse på psykisk helse og rus blant eldre. Det er over halvparten av kommunene som svarer at de i liten grad har satsset på kompetanseheving for målgruppene, inkludert eldre utsatt for vold og overgrep.

## PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

---

I kartleggingen for 2019 ble det inkludert fire nye spørsmål om voksne pårørende og barn som pårørende. Svarene viser at 80 prosent av kommunene har rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Videre oppgir 70 prosent av kommunene/bydelene at de har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre helse- og omsorgstjenestene i kommunene om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Nesten halvparten av kommunene/bydelene (49 prosent) har valgt å legge spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel familiesenter, familiekoordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjenestene, eller liknende. På spørsmålet om kommunen samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende svarer 58 prosent at de har et slikt samarbeid, mens ti prosent svarer at de ikke vet om de har dette.

## SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

---

Utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenester) er fortsatt positiv ved at det er flere kommuner som opplever bedring (24 prosent) enn som opplever forverring (19 prosent). Samarbeidet mellom kommunene og TSB (spesialisert rusbehandling) oppgis å være bedret av 21 prosent av kommunene og forverret av ni prosent av kommunene siste 12 måneder.

Når det gjelder samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, svarer halvparten av kommunene at samarbeidsavtalene om voksne med psykiske lidelser fungerer godt eller svært godt, mens sju prosent mener de fungerer dårlig. Samarbeidsavtalene rundt voksne med rusmiddelproblemer oppgis å fungere godt/svært godt av 48 prosent av kommunene, mens ni prosent svarer at avtalene fungerer dårlig mellom TSB og kommunene. Det er færre kommuner som oppgir at avtalene rundt barn og unge med psykiske lidelser fungerer godt (38 prosent) og for avtalene rundt unge med rusproblemer (32 prosent). Det er ikke betydelige endringer fra tidligere år.

## SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

---

Det er generelt en positiv utvikling når det gjelder rutiner og prosedyrer for oppfølging etter selvmordsforsøk, selvskading og overdoser. 43 prosent av kommunene/bydelene oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 24 prosent oppgir

at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 25 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Dette utgjør en liten økning på alle tre parametere fra 2018 til 2019. På spørsmålet om samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk, svarer 28 prosent av kommunene/bydelen at de har rutiner og prosedyrer på plass for dette. Dette spørsmålet har vært diskutert for noen år siden i forbindelse med IS-24/8; flere hevdet at mange pasienter som hadde vært innlagt i spesialisthelsetjenesten for selvmordsforsøk, ikke ønsket hjelp i kommunehelsetjenesten ved utskrivelse, og at andre tjenester enn fastlegen (som mottar epikrise) ikke kunne varsles uten pasientens samtykke. Det vil bli interessant å se om pakkeforløpene psykisk helse og rus endrer på rutiner knyttet til samhandling om pasienter og brukere med selvmordsforsøk.

Hva angår tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, har andelen som svarer at rutineene er på plass gått ned fra 58 prosent til 52 prosent mellom 2018 og 2019. Det er imidlertid en økning fra 36 til 40 prosent i andelen kommuner som svarer at de har rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester. Det var også en økning fra 74 til 76 prosent i andelen ansatte i kommunen som oppgis å ha kurs i selvmordsforebygging. Generelt er det liten endring.

Hele 84 prosent av kommunene/bydelene svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om selvskading og selvmordsforsøk, men bare hver tredje kommune har lagt en plan for hvordan de skal gjøre materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er 22 prosent av kommunene som sier de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år. 20 prosent av kommunene har oversikt over tilsvarende tall for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er 30 prosent av kommunene som svarer at det tverrsektorielle samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep er tilfredsstillende. Det er ingen endring i denne andelen fra 2017 til 2018 og 2019.

#### MELDING OM UTSKRIVNINGSSKLARE PASIENTER

---

Det store flertallet av landets kommuner (88 prosent) svarer at de har mottatt varsling om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Nesten alle kommunene som har mottatt varslinger, har fått det fra psykisk helsevern for voksne (98 prosent), mens 52 prosent av alle kommuner har mottatt varsler fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 29 prosent fra psykisk helsevern for barn og unge.

Totalt er det 24 prosent av kommunene som har mottatt varsler som svarer at noen av pasientene har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune. Dette gjelder størst andel av kommunene i opptaksområdene til Ahus-området, Vestre Viken, Innlandet og UNN.

#### NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING

---

Halvparten av kommunene har tilgang til digitale og mobile løsninger for journalføring, mens 70 prosent har tilgang til videokonferanse/Skypemøte med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten, men det er bare 31 prosent av kommunene som oppgir at de kan bruke videokonferanseutstyr/Skypemøter med brukeren. Det er 44 prosent av kommunene som oppgir at de har lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1) og 36 prosent for de med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere

problemer (Hovedforløp 2). Det er 29 prosent av kommunene som har digital beredskapsplan/kriseplan for enkeltbrukere (Hovedforløp 3).

Vi beregner at det er flest kommuner (n=101) som oppgir å ha behov for, uten å ha planer for innføring, digital beredskapsplan/kriseplan (23 prosent) og for lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (18 prosent), og selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (14 prosent). Ti prosent av kommunene mangler planer for innføring av digitale og mobile løsninger for journalføring samtidig som de oppgir at de har behov for det. Dette er konservative estimat fordi vi her antar at de som har svart er kapabel til å vurdere behovet for de ulike løsningene.

## ANNET

---

Vi har vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rusmiddel- og/eller psykiske helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og har derfor spurt om dette i 2018 og i 2019. I 2018 svarte 71 prosent av kommunene/bydelene at feltet er integrert i koordinerende enhet, og i 2019 var andelen 77 prosent.

Det er 85 prosent av kommunene/bydelene som svarer at psykisk helsearbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet og 74 prosent svarer at rusarbeidet inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Dette er en økning fra hhv. 74 og 64 prosent i 2018.

I 2019 har vi også spurt om kommunen/bydelen har iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant de ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene. Det er 19 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har iverksatt tiltak for å øke kompetansen på dette området.

I 2019 er det også tatt med et spørsmål om kommunen/bydelen har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Det er 39 prosent av alle kommuner/bydeler som svarer at de har tilgang på et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser.

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Det er 40 prosent av kommunene som svarer at de har slike tilbud, og store kommuner har tilbud utover kontortid i større grad enn små kommuner. Her nevnes særlig hjemmetjenester, ulike ambulante team og aktivitetstilbud på kveldstid. Det er også noen som arbeider i tre-delt turnus i kommunalt psykisk helsearbeid, men det er usikkert om dette er knyttet kun til boligtilbud.

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF (ikke om de har lest/sett, men benyttet). Det er at 39 prosent av kommunene som svarer at de har benyttet rapporten i kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Ni prosent av kommunene svarer at de i liten grad har nytte av rapporten, mens 28 prosent svarer at de har stor nytte av rapporten. Resten svarer at de har noe nytte av rapporten.

Vi spør også om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er 15 prosent av kommunene som ikke har godkjenning fra rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef,

mens de fleste har godkjenning gjennom delegasjon (68 prosent), mens 12 prosent svarer at de har godkjenning direkte ved gjennomsyn.

## ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

---

Vi har over flere år kartlagt kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressursenter for psykisk helse og rus. I 2018 var det svært få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KoRus, RBUP/RKBU, RVTS og NKROP (0-2 prosent). Dette er også tilfellet for 2019, bortsett fra for NKROP, som 21 prosent av kommunene nå svarer at de ikke har hørt om. Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er nye senter som er tatt med i kartleggingen fra 2019. 16 prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om NKVTS, mens 11 prosent oppgir at de ikke har hørt om NSSF. Som i 2018 er KoRus de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (89 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (83 prosent). NAPHA har vært benyttet av 72 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 62 prosent av kommunene. Det er 21 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har hatt kontakt med NKROP, mens 28 prosent har vært i kontakt med NKVTS. 19 prosent av kommunene har vært i kontakt med NSSF.

Det er forskjeller mellom sentrene i hvilken type kontakt kommunene har hatt. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff. Det store flertallet av kommunene 84-96 prosent av kommunene er godt fornøyd med tilbudet de har fått fra sentrene, men 15 prosent av kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene i liten grad opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene.

## KONKLUSJON

---

Årsverksveksten fra 2018 til 2019 er svakere enn veksten fra 2017 til 2018, men det rapporteres om en vekst på 3,2 prosent, fordelt på 5,9 prosent økning i tjenester til barn og unge og 2,5 prosent økning i tjenester til voksne. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, beregner vi en økning fra 30 til 31 årsverk pr. 10 000 innbygger både i tjenester til voksne og i tjenester rettet mot barn og unge.

Blant de viktigste temaene i årets rapport er resultat av Opptappingsplan for rus (2016-2020) og innføring av pakkeforløp fra januar 2019. Nye tema i 2019 er kjøp av bo- og omsorgstjenester fra private aktører, interkommunalt samarbeid og nye spørsmål knyttet til oppfølging av eldre, samt en mer detaljert kartlegging av tilbudene fra de nasjonale kompetansesentrene NKVTS og NSSF.

Andel kommuner som svarer at de økte midlene de har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet i stor grad har blitt benyttet til formålet har gått ned fra 46 prosent i 2018 til 38 prosent i 2019. Det er også færre kommuner/bydeler som svarer at opptappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent. Totalt er det rapportert om 251 nye årsverk fra 2018 til 2019. I 2018 rapporterte kommunene/bydelene 501 nye årsverk som følge av opptappingsplanen fra året før. Dersom ingen av årsverkene er rapportert begge årene, betyr dette at det totalt er 752 nye årsverk fra 2017 til 2019 som følge av opptappingsplanen.

Det store flertallet av kommunene (95 prosent) svarer våren 2019 at de er kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet. Mer enn halvparten av kommunene (55 prosent) hadde i vår fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse



og rus, men mange oppgav at de skulle arbeide videre med dette utover 2019. Det er 17 – 28 prosent av kommunene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene voksne/barn/unge og psykiske lidelser/rusmiddelproblemer. Av alle kommunene var det 22 prosent som oppgav at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, og mange var i gang med å utvikle innholdet, men hadde foreløpig ikke publisert dette. Det var kun få kommuner som våren 2019 rapporterte at de har direkte erfaringer med pakkeforløpene for psykisk helse og rus, men vi forventer at flere vil kunne dele erfaringer i datainnsamlingen som gjennomføres våren 2020.

Det er en betydelig andel kommuner som ikke har rutiner for oppfølging av pårørende selv om dette er lovfestet. Det er viktig å følge opp dette videre. Det er fortsatt ni prosent av kommunene som ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, og det bør vurderes om mer kan gjøres for å bistå særlig de små kommunene i dette arbeidet.

Vi mener det må bli større fokus på eldre med psykiske helseutfordringer og/eller med rusmiddelproblematikk i kommunene i årene fremover. Dette er brukergrupper som sannsynligvis både er underdiagnostisert og underbehandlet. Symptombildet blant eldre er atypisk og eldre er mer sårbar for selv moderat rusmiddelbruk. Det er behov for mer kunnskap og kompetanse i de kommunale tjenestene om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blant eldre. Det er trolig også behov for mer informasjon til de eldre selv og deres pårørende. I 2019 er det 16-28 prosent som har egne tiltak eller tjenester rettet mot målgruppene. Det er i tillegg 5-8 prosent av kommunene som har tiltak under planlegging. Tiltak kommunene ikke har i dag, men som de ser det er behov for, inkluderer egne botiltak, aktivitetstilbud, dagsentertilbud, møteplasser med lav terskel for deltakelse, egne team med kompetanse på psykisk helse og rus blant eldre. Det er over halvparten av kommunene som svarer at de i liten grad har satset på kompetanseheving for målgruppene, inkludert eldre utsatt for vold og overgrep.



# 1 KUNNSKAPSRUNNLAG

Denne rapporten tar for seg en rekke tema og problemstillinger innenfor psykisk helse- og rusfeltet i kommunal sektor, og brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere i kommunene, forskere og av studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger rundt om i landet. I tillegg til å framstille ressursinnsats og kompetanse i psykisk helse- og rusarbeid fordelt på ulike typer tiltak, utdanningsgrupper og hovedforløp, gis status i kommunene innenfor en rekke ulike områder som berører psykisk helse- og rustjenestene og som sentrale helsemyndigheter er opptatt av å følge utviklingen på (se rapportens innholdsfortegnelse). Prosjektet som datagrunnlaget i rapporten er innhentet gjennom, har til hensikt å monitorere utviklingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid over tid på vegne av helsemyndighetene.

Det ligger utenfor rammene i prosjektet å gi en fullstendig litteraturgjennomgang på hvert enkelt tema, og vi diskuterer ikke enkeltresultater opp mot internasjonal litteratur på feltet. I dette delkapitlet oppsummerer vi de viktigste nasjonale føringene på feltet og nye vitenskapelige publikasjoner av relevans for tjenestene. Vi ønsker at rapporten skal benyttes av ansatte og ledere i psykisk helse- og rustjenestene til å holde seg oppdatert på ny kunnskap på psykisk helse- og rusfeltet. Kunnskapsgrunnlaget oppdateres årlig, men strategier og planer som er pågående tar vi med i hver rapport så lenge de er gjeldende.

Vi har søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed, i tillegg til å søke på norsk gjennom Google Scholar, Helsebiblioteket, Idunn (f.eks. Tidsskrift for psykisk helsearbeid) og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet. Søkeordene har hovedsakelig utgjort kombinasjoner av community mental health services/ primary care/community drug treatment/substance use/systematic review.

## 1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

I den nye opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018-2019)), er det listet en del planer, meldinger, strategier og innsatser på helse- og sosialfeltet. Vi har lagt til noen i listen, og har som mål å holde denne oppdatert i de årlige rapportene:

**Tabell 1.1** Gjeldende og kommende offentlige planer, meldinger, strategier og innsatser siste fem år og framover på helse- og velferdsfeltet.

Meld. St. 26 (2014–2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
Meld. St. 18 (2015–2016) – Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet
Meld. St. 19 (2015–2016) – Tid for lek og læring
Meld. St. 24 (2015–2016) – Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter
Meld. St. 28 (2015–2016) – Fag – Fordypning – Forståelse – En fornyelse av Kunnskapsløftet
Meld. St. 30 (2015–2016) – Fra mottak til arbeidsliv – En effektiv integreringspolitikk
Meld. St. 15 (2017-2018) - Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Meld. St. 10 (2018–2019) – Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig. Den statlege frivilligheitspolitikken

Meld. St. 13 (2018–2019) – Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft
Meld. St. 19 (2018–2019) – Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020)
Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi (2015–2017)
Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)
Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030
Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018)
Handlingsplan for å bedre tilliten mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevernet (2016–2021)
Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)
Integrering gjennom kunnskap – Regjeringens integreringsstrategi (2019–2022)
Kompetanse for fremtidens barnehage – Revidert strategi for kompetanse og rekruttering (2018–2022)
Kompetanseløft 2020 – Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Mer kunnskap – bedre barnevern – Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024)
Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)
NOU 2017: 6 Offentlig støtte til barnefamiliene
NOU 2017: 12 Svikt og svik – gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt
NOU 2018:16 – Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
NOU 2019:10 – Åpenhet i grenseland – Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen
Partnerskap mot mobbing (2016–2020)
Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026)
Regjeringens inkluderingsdugnad
Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)
Trygge foreldre – trygge barn, strategi for foreldrestøtte (2018–2021)
Trygghet, mangfold og åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)
#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)
0–24-samarbeidet

<b>Kommende dokumenter:</b>
Autismeutvalget (oppnevnt i 2018)
Barne- og ungdomskulturmelding
Ekspertgruppe om unge som etterlates i utlandet mot sin vilje
Handlingsplan for forebygging av selvmord
Handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelser
Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunnlag av etnisitet og religion
Nasjonal helse- og sykehusplan
#Ungidag-utvalget (oppnevnt i 2018)
Stortingsmelding om utviklingshemmedes rettigheter

Stortingsmelding om tidlig innsats, inkluderende fellesskap i barnehager og skoler
Strategi mot internettrelaterte overgrep
Tvangslovutvalget (oppnevnt i 2016)
Implementering av retningslinjer for pårørendesamarbeid ved alvorlig psykisk lidelse (forskningsprosjekt ved UiO)

I det følgende går vi nærmere inn på et utvalg av de nasjonale føringene som er spesielt aktuelt for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene.

#### OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"

Gjennom ti år, fra slutten av 1990-tallet og fram til 2008, pågikk Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Den var bygget på Stortingsmelding 25 "Åpenhet og helhet", og er den hittil største reformen på psykisk helse-feltet i Norge. Evalueringen ble gjort av ulike forskningsmiljø i regi av Norges Forskningsråd, som pekte på at de fleste målene i planen ble nådd, men at det fortsatt gjensto mye arbeid, særlig når det gjaldt brukermidvirkning og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene er tjenester som i stor grad ble bygget opp fra grunnen av gjennom opptappingsplanperioden, og det ble gjennomgående ansatt en relativt høy andel personell med høgskole- og universitetsutdanning i denne tjenesten. Evalueringen av Opptappingsplanen pekte på at det fortsatt var behov for å øremerke midler til psykisk helse- og rusfeltet, og flere tilskuddsordninger i regi av helsemyndighetene ble opprettet (f.eks. tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (avsluttes i 2019), lavterskeltiltak, Rask psykisk helsehjelp, etablering av FACT og ACT-team, samt ulike kompetansehevende tiltak for personell i kommunene). Disse har bidratt til å "holde trykket oppe" på dette feltet i årene etter Opptappingsplanen. Det er etablert eller videreført flere nasjonale kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet, som skal støtte kommunenes og spesialisthelsetjenestens behov for informasjon, støtte og kompetanseheving. En vurdering fra kommunene på de mest sentrale kompetansesentrene presenteres til slutt i denne rapporten.

Etter avslutningen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) hadde ikke Norge en helhetlig plan eller strategi for psykisk helse før regjeringen Solberg besluttet å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, med særlig fokus på barn og unge. I august 2017 ble strategien "Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)" langt frem, med de fem overordnede målene:

1. Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet
2. Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle
3. Pasientens helse- og omsorgstjeneste
4. Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene
5. Fremme god psykisk helse hos barn og unge

Strategien har følgende internasjonal forankring;

- Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO)
- European Mental Health Action Plan 2013-2020
- European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services
- Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages.

- Helse 2020: Et Verdi- og kunnskapsbasert rammeverk for helse og trivsel i overensstemmelse med WHO's reformprosesser.

Strategien innebærer ikke, slik Opptappingsplanen gjorde, kvantifiserbare mål og tilføring av friske midler. Implementering av strategien er oss bekjent hittil ikke evaluert. En ny opptappingsplan for barn og unges psykiske helse ble lovet i strategien, og ble lagt fram i juni 2019.

#### OPPTAPPINGSPLAN FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (2019-2024)

I Prop. 121 S (2018-2019) la Regjeringen fram Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og at de som trenger det skal få et godt behandlingstilbud. Planen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og retter seg mot barn og unge i alderen 0-25 år. Kapittel 3-5 i opptappingsplanen er organisert under totalt ti hovedmål. Under temaet helsefremming og forebygging er det fem hovedmål:

1. Et samfunn som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet og reduserer sosiale forskjeller
2. En familie og oppvekst hvor barn og unge opplever omsorg og trygghet
3. Et leke- og læringsmiljø som fremmer barn og unges livsmestring og god psykisk helse
4. En trygg digital hverdag
5. Økt kunnskap om betydningen av levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Temaet tidlig innsats inneholder tre hovedmål:

1. Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenestene og ha innflytelse på tjenesteutvikling
2. Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker
3. Barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester

Temaet forskning, kunnskap og kompetanse har to hovedmål:

1. Økt kunnskap som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet
2. Styrket kompetanse og ledelse

Ifølge Helgesen, Abebe og Schou (2017), rapporterte over 60 prosent av landets kommuner i 2017 at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Dette var en økning på over ti prosentpoeng fra 2011 (Helgesen, Abebe et al. 2017). Samtidig etterlyser kommunene kunnskap om hvilke verktøy, metoder og tiltak som har effekt for psykisk helse i folkehelsearbeidet. Her peker Opptappingsplanen på den forskningsbaserte evalueringen som skal skje i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata til å inkludere Ungdata Junior som viktige tiltak. I september 2019 ble det også lansert et nytt spørreskjema fra Folkehelseinstituttet som skal gjøre det lettere å lytte til og bruke barn og unges erfaringer i barne- og ungdomspsykiatrien.<sup>1</sup> Skjemaet består

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/publ/2019/utvikling-av-sporreskjema-for-a-male-barn-og-unges-erfaringer-med-barne-og/>

av 28 spørsmål og har både tekst og smilefjes som svaralternativer. Det er utviklet for spesialisthelsetjenesten, men kan tilpasses lokale forhold i kommunene. Det ble i 2019 også publisert en artikkel som undersøker nytten av et instrument for å måle selvrapportert helserelatert livskvalitet blant barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusproblematikk; KIDSCREEN-27. Studien viser at disse barna rapporterer signifikant lavere livskvalitet enn resten av befolkningen. Jenter og eldre barn rapporterer lavere livskvalitet enn gutter og yngre barn. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom barna basert på hvilke helseproblemer foreldrene hadde (Hagen, Hilsen et al. 2019).

Av budsjettmessige konsekvenser er det ikke slik at det følger konkrete øremerkede midler med Opptrappingsplanen som sådan, men målene og tiltakene som foreslås i planen skal iverksettes ut fra en rekke pågående tilskuddsordninger (som listes opp i kapittel 7 i Opptrappingsplandokumentet). Videre heter det at Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden – og de satsningene som er igangsatt skal videreføres og videreutvikles.

## OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE

---

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud gjentas i en rekke stortingsmeldinger, utredninger, veiledere og andre sentrale dokumenter som angår tjenester til barn og unge. Samhandlingsmeldingen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) påpeker at atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskading og rusdebut hos unge er tett forbundet med hverandre, og derav behovet for hjelp fra, og godt samarbeid mellom, flere tjenester og sektorer. I NOU 2009:22 "Det du gjør, gjør det rett" foreslo Flatø-utvalget at barnevern, helsetjenester og sosiale tjenester jobber mer samlet, slik at brukerne av tilbudene i større grad opplever at det er "en dør inn" når de trenger hjelp fra flere tjenester. Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har vært pådrivere for styrket samarbeid på regionalt nivå, og det har blitt inngått samarbeidsavtaler i samtlige regioner. Avtalene skal blant annet sikre et systematisk godt samarbeid mellom partene, og at barn og unge og deres familier "får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene". Individuell plan (IP) nevnes i denne sammenheng fordi det er et lovpålagt verktøy for samhandling når det dreier seg om pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det skal alltid gjøres en vurdering av om det er behov for IP. Når brukeren får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er dette kommunens ansvar å sette i gang og å koordinere (se også nasjonal veileder om oppfølging for personer med store<sup>2</sup> og sammensatte behov beskrevet under<sup>2</sup>, og veilederen "Barn og unge med habiliteringsbehov" (IS-2396) fra Helsedirektoratet).

I prioriterte politiske målsettinger legges det vekt på at den kvalitative styrkingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov og at barn og ungdom skal få økt deltagelse og større innflytelse [4]. Gode og effektive brukerforløp må utvikles i tråd med behov og krav til brukerne, og brukernes rett til medvirkning og informasjon som er framhevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (§§ 3-1,3-2,3-6), og som tjenestene er forpliktet til å følge. SINTEF evaluerte i 2017 ulike samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Hovedkonklusjonen er at kunnskapen om hva som hemmer og fremmer utviklingen av tiltak etter hvert er stor, men at overgangen fra prosjekt til drift en stor utfordring (Melby, Ådnes et al. 2017).

---

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

## PAKKEFORLØP PSYKISK HELSE OG RUS

---

I januar 2019 ble de første tre pakkeforløpene for psykisk helse og rus<sup>3</sup> innført. Pakkeforløpene skal starte med en henvisning fra primærhelsetjenesten og slutte i kommunen etter at pasienten har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. De første tre pakkeforløpene gjelder generelle forløp for alle som henvises til psykisk helsevern for voksne eller barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fra februar 2019 kom tre tilstandsspesifikke pasientforløp:

- Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne
- Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser for barn og unge
- Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelser (OCD) hos barn, unge og voksne.

I kommunene har det for mange vært uklart hvilken rolle kommunene skal ha i pakkeforløp. Det står presisert at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere arbeidet med forløpskoordinering og hvilken instans som skal ha hovedansvaret for dette i kommunen (f.eks. Koordinerende enhet/tildelingskontor el.l.). Kommunene anbefales å informere om pakkeforløpene på nettsidene med kontaktinformasjon til enheten i kommunen med koordineringsansvar. Hvis spesialisthelsetjenesten ser behov for individuell plan og koordinator, skal helseforetaket så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet. Videre heter det at for personer som allerede har en behandler/koordinator innen psykisk helse- og rustjenester i kommunen, er det naturlig at denne personen blir forløpskoordinator.

SINTEFs gruppe for helsetjenesteforskning har fått oppdraget med å evaluere pakkeforløpene på vegne av Helsedirektoratet. Det har vært stilt spørsmål til kommunene vedrørende pakkeforløp i IS-24/8 for 2019, og resultatene presenteres i kapittel 7. Fordi det har tatt lenger tid enn antatt for spesialisthelsetjenesten å komme i gang med pakkeforløpene og tilhørende koding og registrering, har evalueringen blitt utsatt noe, og datainnsamlingen startet først i september 2019.

## OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020

---

I Prop. 15 S (2015-2016) defineres *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (OP-rus)*<sup>4</sup>. OP-rus er innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet, et rusproblem. Disse skal sikres et bedre tilbud og gode tjenester i nærmiljøet, samt at det skal ses nærmere på innsatsen etter behandling (dvs. oppfølging), og det skal skapes muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid. Det skal også sørges for en god bolig. Planen har dermed et fokus på tjenesteyting og kommuner, og hvordan innsatsen innrettes for å samarbeide på kommunalt nivå for å yte gode tjenester, men også hvordan det samarbeides med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) samt med frivillig sektor, inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner. Fylkesmannen og de regionale kompetansesentrene innen psykisk helse og rus har ansvar for å bistå med å gjennomføre planen på regionalt nivå.

OP-rus retter seg mot tre definerte innsatsområder: tidlig innsats, behandling og oppfølging, og fem hovedmål:

---

<sup>3</sup> <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#informasjon-til-kommunene-vedr.-pakkefor%C3%B8p-for-psykisk-helse-og-rus>

<sup>4</sup> Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020.



- Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet
- Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig
- Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat
- Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer

Innenfor rammen av hovedmålene omfatter planen 77 "Regjeringen vil"-punkter som ønskes oppnådd i løpet av planperioden. Planen er tverrsektoriell, og ansvar for tiltak er plassert hos de ulike direktoratene ut fra deres sektoransvar. Noen ligger hos Helsedirektoratet, som å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge, eller hos Husbanken, som har ansvaret for strategien "Bolig for velferd". Noen tiltak er også fortsatt på utrednings-/utviklingsstadiet, som utvikling av pakkeforløpene. Opptrappingsplanen for rusfeltet er under evaluering av Fafo på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det er hittil publisert to rapporter i evalueringen; 1) nullpunktsanalyse for 2016 som gir oversikt over indikatorsettet (inkl. variabler fra IS-24/8) som skal måle måloppnåelse, og en organisasjons-studie som viser hvordan planen tenkes implementert (Hansen, Tofteng et al. 2018), 2) andre statusrapport med søkelys på endringer i indikatorsettet to år etter innføring av planen, samt casestudier i fem kommuner og én bydel i Oslo. Rapporten beskriver et komplekst bilde av utviklingen i kommunene, der det ikke har vært mulig å gi et entydig svar på hvordan utviklingen har vært fra 2016-2017. Ambisjonene for kommunalt rusarbeid har økt i case-kommunene. Rameoverføringene har også økt, men det er uvisst om det vil være tilstrekkelig til å nå målet om en økning på 2,4 milliarder kroner fra 2016-2020. Tall fra IS-24/8 indikerer at det blir flere (høyt utdannede) årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, mens innsatsen i spesialisthelsetjenesten (for TSB) går ned. Fafo peker på følgende punkter som behøver særlig oppmerksomhet framover (Hansen, Tofteng et al. 2018):

- Mer systematisk bruker- og pårørendeinvolvering
- Økt oppmerksomhet om rus i ordinære tjenester for tidlig identifisering og oppfølging av brukere som ikke oppsøker spesifikke rus- og psykiske helsetjenester
- Metoder for å nå unge tidlig i rusforløp
- Styrking av kompetanse på eldre og alkoholbruk, eksempelvis i hjemmetjenesten
- Bedre tilgjengelighet til tjenester med lav terskel for kontakt og tilgang til hjelp og behov for større tilgjengelighet til tjenester utover ordinær arbeidstid
- utfordringer med å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud til brukere med rusproblemer og psykiske lidelser (ROP)
- Bedre samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Selv om boligsituasjonen er blitt bedre, erfarer kommunene at det fortsatt er utfordringer med tilgang til egnede boliger
- Det er fortsatt stort behov for innsats for å bidra til at flere personer med rusproblemer kommer i arbeid, har meningsfylt aktivitet og et tilfredsstillende sosialt nettverk

Flere av indikatorene for måloppnåelse i Opptrappingsplanen for rusfeltet er basert på data fra IS-24/8, se kapittel 6. I kapittel 6 denne rapporten publiseres tallene for 2019 for første gang.

## NASJONAL OVERDOSESTRATEGI 2019-2022

---

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet la Helsedirektoratet i mars 2019 fram en ny nasjonal overdosestrategi for perioden 2019-2022<sup>5</sup>. Det overordnede målet er årlig reduksjon i antall overdosedødsfall og en langsiktig nullvisjon. Strategien påpeker store kunnskapshull på feltet. Man ser blant annet at andelen overdosedødsfall som skyldes heroininntak siden 2010 er nær halvert, mens andelen som dør etter inntak av sterke smertestillende opioidholdige legemidler og metadon er økt betraktelig. Det mangler kunnskap for å slå fast om endringene er uttrykk for nye bruksmønstre i samme risikopopulasjon eller om den representerer nye brukergrupper. Av nye tiltak som foreslås i strategien er:

- Økt fokus på råd, veiledning og oppfølging av somatisk helse- og ernæringstilstand i tjenestetilbudet til brukerne
- Sørge for ny og oppdatert kunnskap på overdoseområdet for å sikre målrettede tiltak
- Utarbeide et pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose
- Vurdere utvikling av varslingsystem for særlig sterke/farlige rusmidler
- Vurdere om testing av rusmidler i ulike former kan være nyttige

Av tiltak som videreføres etter forrige nasjonale overdosestrategi (2014-2017) er utvikling av Switch-kampanjen til tryggere inntaksmåter av alle rusmidler, øke tilgangen til LAR, fortsette med tilgjengeliggjøring av nalokson neseppray, videreutvikle kommunenettverk/ læringsnettverk som metode, styrke bruker- og pårørendemedvirkning, forebygge overdoser i sårbare periode (pauser), markere Verdens overdosedag, sikre tilgang på sterilt brukerstyr, tydeliggjøre juridiske muligheter for informasjonsutveksling knyttet til blant annet taushetsplikt og nødrett, samarbeide med Folkehelseinstituttet (FHI) på statistikkområdet og gjøre statistikk tilgjengelig for kommunene, samt videreføre Lavterskel helsekonferanse som årlig arena for feltet.

## DET VIKTIGSTE FØRST – PRINSIPPER FOR PRIORITERINGER I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

---

I desember 2018 kom Blankholm-utvalget med en NOU om prinsipper for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. I utredningen står det at beslutningstakere i helse- og omsorgssektoren må prioritere mellom ulike tjenesteområder, brukere og pasienter, og at prinsippene for prioritering skal gi kjøreregler for disse valgene. Det er ikke et spørsmål om man skal prioritere – men hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for beslutningen – og som gir størst nytte for dem som trenger det mest. Målet er likeverdige tjenester, slik at beslutninger tas på mest mulig åpne og etterprøvbare prosesser som er lik på tvers av fylkes- og kommunegrenser. Utvalget mener at hovedkriteriene som pr. i dag ligger til grunn i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet, også er egnet for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (inkludert tannhelsetjenesten).

---

5

[https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320\\_nasjonal\\_overdosestrategi\\_2019-2022.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf)

Utvalget foreslår følgende kriterier:

*Nyttekriteriet.* Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for: – overlevelse eller redusert funksjonstap – fysisk eller psykisk funksjonsforbedring – reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag – økt fysisk, psykisk og sosial mestring.

*Ressurskriteriet.* Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

*Alvorlighetskriteriet.* Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: – risiko for død eller funksjonstap – graden av fysisk eller psykisk funksjonstap – smerter, fysisk eller psykisk ubehag – graden av fysisk, psykisk og sosial mestring. Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Utvalget mener kriteriene bør danne et naturlig grunnlag for prioriteringsbeslutninger på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra politisk og administrativt nivå til faglig nivå.

## SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47(2008-2009)) er fortsatt en sentral referanse i arbeidet med å få til bedre samarbeid både internt og på tvers av første- og andrelinjetjenesten. De viktigste punktene oppsummeres slik:

- Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte
- Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor
- Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker
- Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det
- Folk må få hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom og plager. Dette kan være frisklivstilbud som kan hjelpe med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken

I sin konklusjon om status for samhandlingsreformen publisert i 2016 (IS-2483) skrev Helsedirektoratet at reformen har ført til bedre organisering av tjenester (eksemplifisert med pakkeforløp for kreft og bedre samhandling internt), men at det er et stort potensial for å i større grad systematisere oppfølging av kronisk syke i primærhelsetjenesten. Økt brukermedvirkning pekes også på som et uutnyttet potensial til å løfte tjenestene. Økt antall hjemmeboende pasienter med stor pleietyngde og behov for behandling har ført til utfordringer som ikke var planlagt, og krever en strammere organisering av omsorgs-, lege- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon (Helsedirektoratet 2016).

I den forskningsbaserte følgeevalueringen av Samhandlingsreformen, finansiert av forskningsrådet, skrev styringsgruppen følgende om evalueringsfunnene (Grimsmo, Hagen et al. 2016):

*Overordnet må det konstateres at kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere den. Helsesektoren har dermed i noen*

*grad blitt desentralisert i retning av LEON-prinsippet, som i flere tiår har vært en av rettesnorene for reformer i helsesektoren. Det har foregått en klar utvikling i retning av noen av målene som lå til grunn for samhandlingsreformen, som en reduksjon av liggetid i spesialisthelsetjenesten, bedring av akutt-/øyeblikkelig hjelp-tilbudet, økt oppmerksomhet om folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene, samt forsterket og potensielt mer fleksibel samhandling mellom helseforetak og kommuner. Men om reformen så langt har gitt merkbare uttelling med hensyn til helhetlige pasientforløp, er foreløpig usikkert. Styringsgruppen peker på en rekke konkrete tiltak som avtegner seg som mulige oppfølgingstiltak til samhandlingsreformen. Fire områder bør vies særlig oppmerksomhet, nemlig samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, fastlegenes rolle og plass i reformen, herunder vektlegging av kommunenes særskilte kompetanse i helse spørsmål, hensynet til pasient-/brukermedvirkning for å skape mer helhetlige pasientforløp samt bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjoner.*

I 2019 har Norsk sykepleierforbund, Fellesorganisasjonen og Fagforbundet fremmet forslag om at reformen må evalueres på nytt, da de hevder "Tjenestene har blitt mer fragmentert"<sup>6</sup>.

#### SAMMEN OM MESTRING OG VEILEDER OM OPPFØLGING AV PERSONER MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV

---

To sentrale veiledere publisert av Helsedirektoratet som retter seg mot målgruppene i lokalt psykisk helse- og rusarbeid er "Sammen om mestring" (IS-2076) som kom i 2014<sup>7</sup>, og "Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov"<sup>8</sup>, fra 2017.

"Sammen om mestring" sier at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Videre skal arbeidet bidra til å bedre levekårene for personer som har et rusmiddel- eller psykisk helseproblem, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv. Pårørende til mennesker med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning. Det kommunale arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid omfatter både forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Veilederen introduserte hovedforløpsbegrepet (se eget kapittel om hovedforløp senere i rapporten), der brukerne kategoriseres i henhold til alvorlighet og varighet på helseproblemene. Lokalbaseret psykisk helse- og rusarbeid innbefatter også de distriktpsikiatriske sentrene og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Brukermedvirkning ("Brukeren skal være viktigste aktør") er et helt sentralt punkt i veilederen, som oppfordrer kommunene til å innhente brukererfaringer systematisk. Veilederen inneholder også referanser til en rekke nasjonale faglige retningslinjer og andre veiledere på psykisk helse- og rusfeltet, og også den mest sentrale forskningen på området fram til 2014.

"Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov" retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, dvs. helse- og omsorgstjenester i både kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer samarbeid med

---

<sup>6</sup> <https://sykepleien.no/2019/01/nsf-vil-ha-evaluering-av-samhandlingsreformen>

<sup>7</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-vaksne>

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

sektorer utenfor helse (NAV, barnevern, oppvekst og utdanning etc.). Brukermedvirkning og koordinering av tjenester står sentralt i veilederen, og kommunene oppfordres til å etablere egne oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. I veilederen<sup>3</sup> er målgruppen beskrevet slik:

*Hovedkennetegnet ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov er at symptomer og faktorer er vevd sammen. Tilstanden kan ikke forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem. Den må forstås ut fra personens helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. Det finnes ingen standard definisjon av denne pasient- og brukergruppen. En tilnærming kan være å legge til grunn definisjonen av "multisykdom" i retningslinjen "Multimorbidity: clinical assessment and management", NICE guideline 2016: "Multisykdom refererer til tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer, som kan inkludere: definert fysisk eller psykisk helseutfordring (spesifikke diagnoser), vedvarende utfordringer på grunn av nedsatt evne til læring mange og sammensatte symptomer knyttet til generelt nedsatt helsetilstand/"skrøpelig" og kronisk smerte nedsatt syn og hørsel misbruk av alkohol eller andre rusmidler".*

SINTEF evaluerer en pilot for innføring av oppfølgingsteam basert på veilederen som pågår i seks kommuner rundt om i landet. Foreløpige funn (rapport publiseres våren 2020) tilsier at kommunene har mye å gå på før samhandling, tverrfaglig utredning og koordinering av tjenester til alle brukergrupper med store og sammensatte behov er tilfredsstillende. Det er utfordrende å rekruttere koordinatorene mange steder. Brukergruppen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid utgjør en opplagt del av målgruppen for oppfølgingsteam. Evalueringen av piloten avsluttes i 2021.

## KOMPETANSELØFT 2020

Et annet plandokument som er relevant for psykisk helse- og rusarbeid er Kompetanseløft 2020 (K2020), regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Planen er lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). K2020 er en oppfølging av St.meld.nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen)*, Omsorg 2020 (regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020) og Prop. 15S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (beskrevet over).

Formålet med Kompetanseløft 2020 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Regjeringen ønsker å bygge en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste i kommunene som grunnmur i pasientens helsetjeneste i tråd med intensjoner i primærhelsetjeneste-meldingen. Brukere i kommunene har mer omfattende og sammensatte behov for tjenester enn tidligere. Dette påvirker kompetansebehovet, og det krever godt lederskap og nye måter å samarbeide og organisere tjenestene på. Kompetanseløft 2020 skal bidra til at kommunene kan møte disse utfordringene. For å skape en helhetlig tjeneste i tråd med framtidens primærhelsetjeneste er K2020 utvidet til å omfatte kompetanse-, fagutviklings- og rekrutteringstiltak for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 er under evaluering av SINTEF, i samarbeid med NIBR (OsloMet) og NIFU, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## BOLIGSOSIALT ARBEID

---

I november 2016 ble det lansert en veiviser for boligstrategien [www.veiviseren.no](http://www.veiviseren.no) som utgjør en digital verktøykasse utviklet primært for tjenestetilbudet i kommunene, men også for ansatte i andre instanser som jobber med å bosette vanskeligstilte i boligmarkedet. Veiviseren er utviklet i et samarbeid mellom kommunene, Fylkesmannen og ulike brukerorganisasjoner. Seks direktorat står ansvarlige for Veiviseren: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet. De siste årene har flere kommuner benyttet metoden Housing First. Dette er en metode for bosetting av bostedsløse med et rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelser. Housing First startet som pionerprosjektet "Pathways to Housing" i New York. De senere år har metoden fått bred utbredelse og anerkjennelse, også i Europa og Norge. Housing First eller elementer av Housing First er forsøkt og tiltak satt i gang i flere kommuner, dels i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Til forskjell fra en "trappetrinnsmodell" hvor den bostedsløse går veien via ulike midlertidige tilbud for å "kvalifisere" til en varig bolig, gis "bolig først", sammen med oppfølgingstjenester. Det ble i 2015 gjort en internasjonal kunnskapsoppsummering om finansieringen av Housing First. Denne konkluderte med at modellen i liten grad kan forventes å betale for seg selv, men vil være avhengig av tilskudd, men at den likevel kan lønne seg fordi den fører til en mer effektiv ressursallokering (Ly and Latimer 2015).

## HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER

---

Vold i nære relasjoner er et viktig satsingsområde for helsemyndighetene. Vold i nære relasjoner har et betydelig omfang og utgjør både et kriminalitets- og folkehelseproblem. Kommunale eller interkommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner skal sikre at kommunene har fokus på vold og overgrep og at berørte får et tilrettelagt og helhetlig tilbud. Ifølge Regjeringens nettsider skal egne handlingsplaner styrke kunnskapsnivået hos de ansatte i kommunene og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer. Veilederen er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet og ble lansert i november 2013.

## HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD

---

Det arbeides det for tiden med en ny overordnet handlingsplan mot selvmord i Norge, som forventes publisert i løpet 2020. Samtidig løftes selvmordsforebygging fram som et satsingsområde i WHO, som peker på at pr. september 2019 har kun 38 land rapportert å ha egne strategier og handlingsplaner for selvmordsforebygging. WHO skriver på sine nettsider for psykisk helse at:

*More governments need to introduce proven interventions for reducing national suicide rates. These include restricting access to means; implementing programmes among young people to build skills to cope with life stresses; and early identification, management and follow-up of people at risk of suicide.*

Tidligere handlingsplaner og retningslinjer for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge har først og fremst vært rettet mot spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern). I lys av kommunenes lovfestede ansvar for folkehelse (Folkehelseloven<sup>9</sup>), de senere års oppbygging av kommunale psykisk helse- og rustjenester (Ose and Kaspersen 2016), Samhandlingsreformen (Helse-og-omsorgsdepartementet

---

<sup>9</sup><https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

2008), samt signaler gitt i den pågående "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017" (Helsedirektoratet 2014), er det selvmords- og selvskadingsforebyggende arbeidet som foregår i de kommunale helsetjenestene underkommunisert. Personell i mange kommuner har deltatt på kurs i regi av VIVAT<sup>10</sup>. Dette er selvmordsforebyggende kurs hovedsakelig rettet mot ansatte i tjenesteapparatet som helse- og sosialarbeidere, lærere, politi, brann- og redningspersonell, forsvarsansatte, studenter og frivillige og private aktører som møter selvmordsnære mennesker i sitt arbeid.

Det første nasjonale programmet for forebygging av selvmord i Norge, "Handlingsplan mot selvmord", ble utviklet av Helsedirektoratet tidlig på 1990-tallet og var gjeldende i perioden 1994 til 1999. Statens helsetilsyn hadde ansvaret for gjennomføringen av programmet, som beskrives i en egen sluttrapport fra Statens helsetilsyn i år 2000 (Reinholdt 2000). I 2008 gav Sosial- og helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2008, Walby and Ness 2012), basert på en omfattende oppsummering av effektene av selvmordsforebyggende tiltak gjort av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2006 og 2007 (Mehlum, Dieserud et al. 2006, Mehlum, Dieserud et al. 2007). I 2011 kom også en veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (Helsedirektoratet 2011). Da Helsedirektoratet i 2014 presenterte en ny "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017" (Helsedirektoratet 2014), var dette den første nasjonale planen for selvmordsforebyggende arbeid siden 2002 (Mork 2014). I motsetning til tidligere handlingsplaner på dette feltet er nå også forebygging av selvskading et uttalt mål. Planen presenterer fem delmål med 29 tilhørende tiltak: 1) God psykisk helse og mestring i befolkningen, 2) redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, 3) god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, 4) et kunnskapsbasert tjenesteapparat og 5) kunnskapsbaserte strategier og tiltak.

I 2016 lanserte Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) et eget e-læringskurs for helsepersonell. Kurset skal øke kunnskapen om risikofaktorer og forebygging av selvmord og gjøre fastleger og psykologer i primærhelsetjenesten bedre i stand til å gjøre selvmordsrisikovurderinger<sup>11</sup>. Et annet tiltak var "Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord" lansert av Helsedirektoratet i 2017. Materiellet gir kommunene råd og anbefalinger iblant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. RVTS og NSSF bistår Helsedirektoratet i å understøtte implementeringen av det veiledende materiellet.

IS-24/8 har hatt spørsmål om selvmordsforebyggende arbeid i kommunene i flere år, presentert senere i denne rapporten.

## NASJONAL E-HELSESTRATEGI OG HANDLINGSPLAN 2017-2022

---

Nasjonale e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 beskriver foreslått strategisk retning for målet om et digitalisert, samlet helsevesen som oppleves enklere, bedre og mer helhetlig for innbyggerne. Man ønsker å utvikle en gjennomgående digital journalløsning for hele helse- og omsorgstjenesten og

---

<sup>10</sup> <https://vivatselvmordsforebygging.net/>

<sup>11</sup> <https://selvmordsrisikovurdering.no/>

behov for digital samhandling skal ivaretas i perioden. "Én innbygger – én journal" skal gjennomføres med stegvise, selvstendige prosjekter som styres overordnet nasjonalt. Noen av hovedgrepene for denne perioden er derfor å legge en plan og starte opp tiltak som understøtter utviklingsretningen. Første tiltak blir en utprøving av målbildet med en løsning for området som dekker Midt-Norge (Helseplattformen). Det skal avgjøres om det også skal anskaffes en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Bedre sammenheng i pasientforløp nevnes som et mål, og prioriterte behov for bedre samhandling skal løses med utgangspunkt i eksisterende IKT- infrastrukturer.

En digital legemiddelkjede nevnes spesielt som et aspekt som skal styrkes, og det skal generelt legges til rette for raskere spredning og innovasjon av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren. IS-24/8 spurte i 2017 om potensialet for å ta i bruk mer teknologi i psykisk helse- og rustjenestene, og her bekreftet kommunene vårt inntrykk om at det ligger et stort uutnyttet potensial her (Ose og Kaspersen, 2017). I løpet av de siste par årene har også Skype for Business blitt godkjent som verktøy i pasientkonsultasjoner, noe som helt sikkert vil kunne løse en del utfordringer med å skaffe fagfolk i distriktene (kommuner i Finnmark og Helse Nord RHF har allerede erfaring med dette). Det er også tenkelig at teknologi kan gjøre at man når pasientgrupper som i utgangspunktet er dårlige hjelpsøkere (unge menn for eksempel), og at behandling kan utføres på nye måter. Bruk av Virtual Reality-teknologi (VR) i behandling av angst er et eksempel på utviklingsarbeid som foregår i spesialisthelsetjenesten i dag, med lovende resultater (Oing and Prescott 2018) . Ose et al. publiserte nylig en artikkel om potensialet for å bruke VR i behandlingen av alvorlig psykisk syke i Norge. Ved hjelp av kvalitativ metode (workshops/intervju) konkluderer de blant annet med at både spesialisthelsetjenesten og psykisk helsetjenester i kommunene i stor grad vil kunne nyttiggjøre seg av VR til sosial trening for pasienter som gjerne isolerer seg hjemme, og som det tar lang tid å behandle. De skriver videre at VR kan benyttes til å simulere alvorlig psykisk sykdom, som igjen kan benyttes til å gi kunnskap til fagpersoner og andre om hvordan pasienter opplever sin egen situasjon (Ose, Faerevik et al. 2019).

## 1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE

### PSYKISK HELSE I NORGE

I 2018 kom rapporten "Psykisk helse i Norge", som er en oppdatering av rapporten "Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv" fra 2009. I arbeidet med rapporten har Folkehelseinstituttet benyttet systematiske litteratursøk og analyser av registerdata fra Norsk pasientregister (NPR), Kontroll for utbetaling av helserefusjon (KUHR), Reseptregisteret (NorPD) og Dødsårsaksregisteret (DÅR) (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018).

I hovedtrekk viser oppdateringen de samme resultatene for voksenbefolkningen som den foregående rapporten; psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og bidrar til betydelig helsetap. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst. For ikke-dødelig helsetap er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andreplass etter muskel- og skjelettlidelser. Selvmord bidrar til mange tapte leveår. Kronisk insomni rammer en av syv voksne, og norske ungdommer sover for lite på hverdagens. Forekomsten av demens er høyere enn tidligere antatt. Det anslås at mellom 80 000 og 104 000 har demens. Forskerne finner ingen holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Men forskerne observerer en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene. Det pekes på at man må styrke kunnskapen om årsakene



til og konsekvensene av en slik økning og hvordan de psykiske plagene kan reduseres. Likeledes trengs økt kunnskap om innvandreres psykiske helse. Forfatterne påpeker videre at god oversikt over befolkningens psykiske helse forutsetter et godt datagrunnlag, og at det ligger både muligheter og begrensninger i de eksisterende dataene på psykisk helse og rus. For å kunne gi mer presise forekomsttall og for å kunne publisere løpende helseanalyser på psykisk helse og rus, er det behov for å innhente nye befolkningsbaserte data. Det er også behov for enklere og raskere tilgang til sammenstilte opplysninger fra helseregistrene og andre relevante registre (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018).

## RESULTATER FRA HELSETILSYNETS TILSYN MED TJENESTER TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER

---

I 2017 og 2018 besluttet Statens helsetilsyn at alle fylkesmennene skulle gjennomføre tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelser og psykisk lidelse (ROP). Tilsynet omfattet både spesialist- og kommunehelsetjeneste, samt sosiale tjenester. Helsetilsynet har publisert en sammenfatning av de to tilsynene (Helsetilsynet 2019). Funnene viste at i syv av ti kommuner hvor tilsynet ble gjennomført, konkluderte fylkesmannen med brudd på krav i regelverket. Gjennomgangen av 88 tilsynsrapporter viste et lite betryggende bilde av de kommunale tjenestene, skriver Helsetilsynet. Tjenesteytingen var tilfeldig og lite planlagt – og i mange kommuner ble ikke brukernes situasjon undersøkt for å få et helhetlig bilde av personens utfordringer og ressurser. Tilsynet fant få planlagte tiltak for akutte forverringer og kriser, lite oppmerksomhet om brukernes somatiske helsesituasjon, lite veiledning med sikte på å mestre å bo, lite samordnede tjenester og generelt mangelfull styring.

## OPPSUMMERT OM BRUKERMEDVIRKNING OG RECOVERY I PSYKISK HELSE- OG RUS-TJENESTER

---

I Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2019) ble det nylig publisert en litteraturgjennomgang der forfatteren undersøkte hvordan aktiviteter i et recovery-perspektiv oppleves og erfares, og hvordan aktivitet påvirker recovery fra psykisk helse- og ruslidelser (Nordaunet 2019). Basert på 42 utvalgte artikler tegnes et bilde i artikkelens diskusjonskapittel av at meningsfulle aktiviteter i et recovery-perspektiv er mer sosiale enn det som ofte legges til grunn i veiledere og retningslinjer. Forfatteren mener at tjenestene må bli mer oppsøkende for å nå ut til de som har vanskeligheter med å nyttiggjøre seg aktivitetstilbud. Videre må man sikre et mer likeverdig aktivitetstilbud til brukerne både i primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten. Han skriver videre at "Evidensgrunnlaget og klinisk erfaring tilsier at deltakelse i meningsfulle aktiviteter ligger "lengre frem i recovery-prosessen", etter at brukeren har fått kontroll over de mest alvorlige problemene knyttet til sin lidelse". I sammendraget oppsummeres funnene slik: 1) Aktivitet fører til recovery, 2) Aktivitet fører til opplevelse av tilstedeværelse, mestring og velvære, 3) Å være aktiv er sosialt og skaper en arena for medborgerskap, og 4) Å være aktiv gir identitet gjennom handling (Nordaunet 2019). I samme tidsskrift gir Hansen m.fl. (2019) et konkret eksempel på hvordan man kan legge til rette for arbeidstrening som recovery-strategi for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer (Hansen, Fugletveit et al. 2019).

I oktober 2019 ble det avlagt en doktorgrad ved Universitetet i Sørøst-Norge der kandidaten ved hjelp av kvalitative metoder har undersøkt hvordan mennesker med ROP-lidelser opplever bedring (recovery), og hva det vil si for tjenestene å jobbe recovery-orientert med ROP-pasienter. De ansatte i et kommunalt rus- og psykisk helseteam i en mellom stor norsk kommune beskrev tre dilemma ved

recovery-orientert praksis: å balansere mestring og hjelpeløshet, å balansere styrende intervensjoner og en ikke-dømmende holdning, og å balansere et mål om totalavhold og aksept av rusmiddelbruk. Resultatene i avhandlingen peker mot at tjenester til personer med rop-lidelse bør være fleksible og langvarige og være oppmerksom på levekår, ensomhet og muligheter til samfunnsdeltakelse og aktivitet. Tjenestene bør også kunne behandle rusmiddelproblemer på kompetente og individuelt tilpassede måter. Det påpekes at det trengs mer forskning på hvordan kunnskap fra recovery-forskningen kan overføres til praksis (Brekke 2019).

To norske forskere publiserte i 2018 en litteraturgjennomgang av internasjonale oversiktsartikler som omhandler brukererfaringer med psykiske helsetjenester (Pettersen and Lofthus 2018). Hensikten var å oppsummere funn i litteraturen som undersøker brukernes preferanser og forventninger til behandling i psykisk helsetjeneste. Etter nøye gjennomgang omfatter artikkelen åtte oversiktsartikler som til sammen dekker 130 enkeltstudier på temaet. Enkeltstudiene viser at det i hovedsak er gjort forskning på personer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse. Artikkelen diskuterer også konsekvensene av at institusjonsbehandlingen i psykisk helsevern er bygget ned (færre sengeplasser og kortere behandlingsopphold), nytt lovverk for tvang, innsatsstyrt finansiering og pakkeforløp i psykisk helse. Pettersen og Lofthus (2018) konkluderer med at uavhengig av kontekst, forskningsdesign og brukergrupper, så viser forskningslitteraturen at brukere av psykiske helsetjenester vektlegger autonomi i behandlingen og gode relasjoner til behandlere over tid. I hovedsak foretrakk brukerne spesialiserte tjenester ved akutt sykdom, mens lokalbaserte tjenester ble foretrukket ved langvarige sykdomstilstander. Det ble videre påpekt at psykiske helsetjenester i større grad bør dra nytte av brukererfaringer ved å ansette flere med egen erfaring med psykisk lidelse i tjenestene, legge bedre til rette for brukerstyrte innleggelses og samvalg, og sørge for kontinuitet og sammenheng mellom tjenestenivåene. Samtidig må man sørge for at økte krav til brukermedvirkning ikke blir en ekstra tilleggsbelastning for dem som sliter mest (Pettersen and Lofthus 2018).

Nordvik og Sundet (2018) forteller i artikkelen "Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei" om hvordan Blakstad sykehus innførte pasientdeltakelse i skriving av journal på begynnelsen av 2000-tallet. De spør hvorfor denne metoden for brukermedvirkning ikke er mer utbredt pr. i dag, og foreslår endring i maktforhold som et svar på dette spørsmålet (Nordvik and Sundet 2018).

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Suicidologi (utgis av Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging og Universitetet i Oslo), og Rusfag (artikkelsamlinger fra KoRus) har alle flere relevante artikler for fagfeltet psykisk helse- og rusarbeid. De senere årene har det blitt publisert en god del om brukermedvirkning i Tidsskrift for psykisk helsearbeid og i Rusfag (eget temanummer i Rusfag nr 2, 2016), noe vi også kommer nærmere inn på i kapitlet om brukermedvirkning. Ansettelse av erfaringsmedarbeidere blir fra myndighetenes side framhevet som en god måte å utøve brukermedvirkning på (Meld. St. 11 2015–2016). Karlsson m.fl. (2017) har nylig publisert en artikkel om samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester undersøkt ved kvalitativ metode (Karlsson, Borg et al. 2017). Artikkelen har som hensikt å beskrive og systematisere erfaringer brukere har i samarbeid med erfaringsmedarbeidere i psykisk helse- og rustjenester i Norge. Forskningsspørsmålene retter seg mot hvilke måter og områder samarbeidsrelasjonen bidrar til å støtte og å utvikle personens bedrings- og mestringsprosesser, samt opplevelser av nyttig hjelp. Artikkelen undersøker også hvilke opplevelser brukerne har av forskjeller i det å samarbeide med erfaringsmedarbeidere versus fagpersoner. I sin konklusjon skriver Karlsson m.fl. (s. 19):

*Studien peker på noen tydelige områder der erfaringsmedarbeiderne har viktige bidrag til innbyggere som opplever psykiske helse og rusvansker. Det handler om en unik troverdighet og forståelse, om tillit, omsorg, kjærlighet og lydhørhet og fintfølelse. Funnene viser også til viktige funksjoner erfaringsmedarbeidere hadde som brobyggere innen tjenestesystemer, i lokalmiljø og samfunn. Samtidig kommer det fram nyanserte perspektiver, som at erfaringsmedarbeidere kan være for opptatt av sin egen historie og sine egne "løsninger". Det er også beskrivelser av godt samarbeid med fagpersoner og nødvendigheten av fagkompetanse i en rekke situasjoner. Sammenfattende viser studien positive erfaringer med erfaringsmedarbeidere i tjenestene.*

Forfatterne påpeker avslutningsvis på at erfaringsmedarbeideres funksjoner og roller er i stadig endring, og at det er fortsatt er stor usikkerhet knyttet til deres kompetanse, roller og arbeidsforhold.

## BRUKERERFARINGER I KOMMUNALT RUSARBEID

Kompetansesenter rus – Midt-Norge (KoRus-Midt) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en evaluering av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblem som mottar kommunale tjenester. Det er gjennomført både en kvantitativ undersøkelse (n = 491) og intervju med 16 brukere i fire kommuner (KoRus-Midt 2018). En oppsummering fra delrapport 1 fra en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse blant brukere av kommunale helsetjenester for rusmiddelproblemer viser at halvparten i stor eller svært stor grad var tilfredse med tjenestene. Brukerne var mest fornøyd med at informasjonen om tjenestene blir formidlet på en forståelig måte og at de blir møtt med høflighet og respekt. Minst fornøyd var de med tjenestenes tilrettelegging for pårørende og deres egen innflytelse på utformingen av tjenestene.

I delrapport 2 som presenterer det kvalitative intervjumaterialet kom det fram at flere av brukerne ønsket seg flere tilbud og tjenester som er døgnåpne og tilgjengelige i helgene. Dette gjaldt særlig ettervernstiltak, samt kreative tilbud og aktivitetstilbud. Brede tilbud med en bred brukergruppe er også ønskelig for en del av brukerne som har kommet langt i rusmestringen. De tjenestene og tilbudene som informantene etterspurte gjenspeiler i stor grad tilbud og tiltak som flere beskriver som positive; de som er tilgjengelige, fleksible, brede og som tilbyr tilfredsstillende enkelthetsrelasjoner. Resultatene fra denne delrapporten gjenspeiler også resultatene fra den kvantitative delrapporten; flere ønsker seg meningsfull aktivitet og hjelp til å etablere sosiale relasjoner og fellesskap. Ytterligere forbedringsområder for kommunene som ble nevnt (side 11 i delrapport 2, (KoRus-Midt 2018)) var:

- Kontakt fra kommunale tjenester med bruker etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten: At kommunen sikrer kontakt med brukeren før han/hun skal tilbake til bostedskommunen.
- Oppfølging av brukere som har lite støtte fra familie og/eller andre relasjoner: At en sikrer en kontinuerlig enkelthetsrelasjon i kommunen som kan koordinere tjenestene han/hun har behov for (f.eks. ruskonsulent).
- Utforming av boligtilbud og medisintil levering som skåner brukeren for kontakt med rusnettverk: At brukerne kan bo og hente medisiner uten å møte på personer i aktiv rus.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste (f.eks. LAR) og kommunale tjenester: At ansatte i tjenestene som brukeren mottar hjelp fra, i spesialisthelsetjenesten og kommunen, kommuniserer seg imellom.
- Informasjon og innsyn for brukeren i egne saker (spesielt de som behandles av NAV): At brukerne får løpende informasjon og innsyn i egne saker og vedtak som tas for disse.

- Tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan: At alle brukere får tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan på en måte som sikrer medvirkning.
- Tannhelsetjenester: At de brukerne som har behov for tannhelsetjenester får nødvendige tjenester som samsvarer med brukerens økonomi.

## EVALUERING AV TILSKUDD TIL REKRUTTERING AV PSYKOLOGER I KOMMUNENE

Vinteren 2019 ble den andre evalueringen av psykologsatsningen i kommunene publisert, ett år før psykologkompetanse blir et lovkrav i alle landets kommuner (Kaspersen, Lassemo et al. 2019). SINTEF gjennomførte evalueringen av tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene som del av en større evaluering av Kompetanseløft 2020 (som fortsatt pågår)<sup>12</sup>. Følgende sju problemstillinger ble undersøkt i devalueringen:

1. I hvilken grad og på hvilken måte bidrar rekruttering av psykologer til å nå målet om å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen henholdsvis psykisk helse og rus, samt vold- og traumefeltet?
2. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer ledere at de har nytte av psykologkompetansen sett opp mot målet med tilskuddsordningen?
3. I hvilken grad og på hvilken måte erfarer brukerne at de har nytte av psykologkompetansen (både på individ- og systemnivå)?
  - a) Individnivå - Brukere/pasienter som mottar psykologtjenester
  - b) Systemnivå – Samarbeidende personell ved personell som mottar veiledning/fagstøtte fra psykologene, teamkollegaer og andre sentrale samarbeidsaktører innen og utenfor kommunen
4. Hva er de mest sentrale suksesskriteriene og barrierene/utfordringene for rekruttering av psykologer?
5. Hvilke forventninger har framtidens psykologer på profesjonsstudiet til en eventuell jobb i kommunale tjenester?
6. Hvordan rigges profesjonsutdanningene i psykologi og psykologspesialistutdanningene når det gjelder jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
7. Hvordan opplever psykologer som selv jobber i kommunene barrierer/suksesskriterier med tanke på å starte/forbli som psykolog i kommunen?

Evalueringen av psykologsatsningen er basert på et bredt datagrunnlag som inkluderte spørreundersøkelse blant ledere og ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastleger/kommuneoverleger), spørreundersøkelser rettet mot brukere (over 16 år) og pårørende til barn og unge (under 16 år) av kommunale tjenester som tilbyr tiltak innenfor psykisk helse, rus, vold, overgrep og traumeproblematikk, kort spørreundersøkelse på e-post til rådgivere i psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen, spørreundersøkelse blant studenter på profesjonsstudiet i psykologi, intervju med vitenskapelige ansatte på profesjonsstudiet i psykologi ved universitetene i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø, telefonintervju med 10 psykologer som jobber i kommunale helse- og

<sup>12</sup><https://www.sintef.no/prosjekter/devaluering-av-tilskudd-til-rekruttering-av-psykologer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

omsorgstjeneste (med barn og unge, voksne og eldre), facebook-undersøkelse på lukket gruppe for psykologer i kommunen, intervju/samtaler med en rekke sentrale aktører; ledere for noen fagutvalg for spesialiseringen, Norsk Psykologforening (NPF), NAPHA, forskere som har forsket på profesjonsstudier, psykologer i spesialisthelsetjenesten som har jobbet spesielt med samhandling med kommunene m.fl., samt deltakende observasjon og samtaler med deltakere på innføringskurs for psykologer i kommunen i regi av Norsk psykologforening.

Vi gjengir i det følgende konklusjoner og anbefalinger i evalueringen, slik de fremkommer i rapporten (Kaspersen m.fl. s. 204-205):

*Tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene har vært en suksess, og avgjørende for at det i 2018 er ansatt over 500 psykologer i psykisk helse- og rustjenestene i kommunene. Det er likevel mange kommuner som opplever rekrutteringsproblemer, særlig i distriktene, og kommunene blir nødt til å tenke kreativt for å nå målet om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i 2020. Samtidig har det skjedd en liten dreining ved profesjonsstudiet i psykologi mot mer fokus på psykologenes rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester, og oppfatningen er at studentene er mer positive til jobb i kommunen, nå enn tidligere.*

*Denne evalueringen har vist at både de øvrige ansatte i tjenestene og brukerne er fornøyd med den kompetansen psykologene bringer med seg til kommunen. Måten psykologer i kommunen synes å øke kvalitet og kompetanse i tjenestene mest effektivt på, er når de kan drive med tiltak som når ut til mange samtidig, og når de samarbeider med, og jobber via, andre. Det som de øvrige ansatte opplever som psykologenes unike bidrag i det tverrfaglige samarbeidet må fortsette å dyrkes. Samarbeid med, og psykologfaglig veiledning av, andre yrkesgrupper bør vurderes å få en større plass i grunnutdanningen for psykologer enn den har i dag. Samtidig har flere psykologer erfart at ydmykhet og respekt for de øvrige profesjonene i kommunen er tvingende nødvendig for å lykkes. Psykologer som er gode til å spre sin kunnskap til kolleger i kommunen (herunder alt fra helsesøstre/helsesykepleiere og fastleger til lærere) og som samarbeider godt både internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjeneste og NAV, kan sørge for en faglig tryggere psykisk helse- og rustjeneste. Dette kan igjen ha positive ringvirkninger for både innbyggerne som bruker tjenesten og det interne arbeidsmiljøet i kommunen.*

*Lønn, spesialiserings- og veiledningsmuligheter, og tilgang på et psykologfaglig nettverk er fortsatt viktige suksesskriterier for å rekruttere psykologer til kommunene – og for å få dem til å bli. Lønnsnivået er konkurransedyktig med spesialisthelsetjenesten i flere og flere kommuner, psykologene ansettes i stor grad i faste stillinger og ikke prosjektstillinger. De aller fleste har, eller er under, spesialisering. Det er fortsatt en utfordring for kommunene å skape kontinuitet i psykologstillingene når mange forsvinner til spesialisthelsetjenesten i perioder for å oppfylle praksiskravene. Det bør jobbes systematisk fra sentralt hold for å se om praksiskravene kan tilpasses kommunenes behov i større grad. Selv om konsekvensene foreløpig er lite utforsket, foreslår vi at flere kommuner prøver ut psykologstillinger som er delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hypotesen er at det vil føre til mer og bedre samarbeid på tvers, bedre rolleavklaring mellom tjenestenivåene, bedre sortering av hvilke innbyggere som skal få hjelp hvor og hvilke tiltak som skal tilbys på hvilket nivå – og kanskje økte muligheter for veiledning, finansiering og gjennomføring av spesialiseringssløp.*

*Vi anbefaler videre at helsemyndighetene, profesjonsutdanningene i psykologi, Psykologforeningen og KS, sammen utreder hvordan man kan få til en bedre infrastruktur for å få gjennomført hovedpraksis for psykologistudenter i kommunene. Vi tror det er en uutnyttet rekrutteringsarena, og en mulighet for kommunene til å få dokumentert noe av sin aktivitet på en god (og rimelig) måte. Økt bruk av teknologi for å skape nettverk og bøte på lange avstander, bør også utredes. Samtidig kan man se på om en slik infrastruktur, der noen får ansvar for å være koordinerende bindeledd mellom universitetene og praksisfeltet i kommunen, også kan danne en bedre infrastruktur for forskning og utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester på psykisk helse- og rusfeltet. Målet må være å etablere effektive, evidensbaserte, forebyggende tiltak som gjør at vi i framtiden får færre mennesker som sliter med psykisk helse-, rus-, vold-, overgrep- og traumeproblematikk – og at behovet for offentlige tjenester reduseres. Det må også være et mål at brukere og pasienter møter ett helsevesen, der hvilken kommune du bor i, eller hvilket sykehus du sokner til, ikke har avgjørende betydning for hvilke tjenester du får og hvordan tjenestenivåene samhandler i bruker- og pasientforløpet.*

#### SYKEPLEIERE I TJENESTER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

---

I 2015 kom en forskningsrapport fra Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold der man studerte sykepleiers rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse og rusarbeid (Karlsson and Kim 2015). Datagrunnlaget består av intervju med 56 sykepleiere i psykisk helse- og rusarbeid i 12 kommuner med ulik innbyggerstørrelse, samt en kvantitativ kartlegging blant medlemmer i Norsk sykepleierforbund som gav 1240 respondenter, der kun én av ti var menn. 2/3 av sykepleierne hadde videreutdanning, halvparten av disse hadde videreutdanning i psykisk helse og rus. Hele 85 prosent hadde mer enn fem års erfaring fra generell sykepleie. Alderssammensetningen var jevnt spredt, med litt flere mellom 35 og 50 år.

De fleste pasientene var mellom 31 og 50 år, og ca. 70 prosent av brukerne hadde en diagnostisert psykisk lidelse som den største utfordringen. Det kom frem at 32 prosent slet med rusvansker alene, mens 44 prosent hadde både rus og psykiske helseproblemer (ROP). Den sistnevnte gruppen ble framstilt som den klart mest utfordrende for sykepleierne. Når det gjaldt sykepleiefaglige arbeidsmåter arbeidet 82 prosent i kliniske stillinger som off. godkjente sykepleiere, psykiatriske sykepleiere/psykisk helsearbeidere eller som helsesøstre. De aller fleste jobber dagvakter, uten kvelds- og nattevakter, enten fem eller seks dager i uken (11 prosent jobbet i 24/7-tilbud). De fleste sykepleierne jobbet hovedsakelig klinisk, der støttesamtaler er det sentrale (dernest motivasjonsarbeid, relasjonsbygging, veiledning og konsultasjon). De tre viktigste arbeidsmåtene var direkte klinisk arbeid, møter med andre fagpersoner om/med bruker, samt dokumentasjon av klinisk arbeid. I psykisk helse- og rustjenestene var direkte klinisk arbeid svært vanlig (90 prosent). De har kontakt med brukerne sine i snitt 1-3 ganger pr. uke. Det er en utfordring å få involvert brukerne nok i utformingen av tilbudene (brukermedvirkning). Flere av sykepleierne oppgav også at de føler seg konstant testet – alt de gjør veies og måles. De bruker mye tid på å samhandle med NAV og spesialisthelsetjenesten, og de ser seg selv om som "limet" mellom de ulike tjenestene, fordi de kjenner brukerne såpass godt (Karlsson and Kim 2015).

I 2017 kom en SINTEF-rapport omhandlende sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosjektet tok for seg følgende problemstillinger: 1) Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB? 2) Hvilke behov for sykepleiefaglig

kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov? 3) Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB? Datagrunnlaget i studien er tre fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere ansatt i psykisk helsevern/TSB, samt en nasjonal spørreundersøkelse til sykepleiere ansatt på samme felt. 1918 respondenter besvarte undersøkelsen.

Studien viste at sykepleierne har stort ansvar, og at de utfører et stort mangfold av arbeidsoppgaver. Samtidig er det flere områder der de mener det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Særlig gjelder dette involvering av pasienter og pårørende samt oppmerksomhet på behov knyttet til seksualitet/samliv og åndelige/ eksistensielle behov. Sykepleierne oppgir at det jobbes godt med pasientenes fysiske helse, men også at det her trengs mer for å imøtekomme pasientenes behov. Når det gjelder kompetanseutvikling ønskes mer sykepleiefaglig veiledning og mer kunnskap, først og fremst om: medisinfri behandling, pasienter med minoritetsbakgrunn samt ny teknologi for oppfølging og behandling (Melby, Ådnes et al. 2017).

#### BETYDNINGEN AV UFAGLÆRT PERSONELL I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

I desember 2017 kom en forskningsoversikt utarbeidet av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helsedirektoratet som har kartlagt forskning på betydningen av ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene (Flodgren and Meneses 2017). Bakgrunnen for å lage forskningsoversikten er den estimerte framtidige mangelen på sykepleiere i Norge (og resten av verden), der å rekruttere tilstrekkelig antall kvalifisert personell vil bli en utfordring. Dette øker risikoen for at ufaglært personell ansettes. Det finnes noe dokumentasjon fra systematiske oversikter på at lavere antall sykepleiere er relatert til flere uønskede pasientutfall. Det er imidlertid mindre entydig hvordan ulik profesjonsblanding er knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, og svært lite er kjent om effekten av at ufaglærte arbeider direkte med pasienter. Selv om den foreliggende forskningsoversikten gikk bredt ut (dvs. inkluderte også observasjonsstudier som ikke nødvendigvis kan si noe om kausalitet), klarte de ikke å konkludere med hva betydningen av ufaglært personell i kommunene er. Konklusjonen ble:

*Vi mangler fremdeles robust dokumentasjon om hvordan profesjonsblanding (eller en høy andel ufaglærte) påvirker kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenestene. Vi fant noe støtte for en sammenheng mellom høyere andel sykepleiere og lavere pasientdødelighet, mens resultatene for øvrige utfall var forskjellige. Det er usikkert om resultatene er generaliserbare til en norsk kontekst, og behovet er derfor stort for studier av profesjonsblanding utført i helsesystem relevante for norske forhold.*

(Flodgren og Meneses, 2017:8)

#### TILBUDET I KOMMUNENE TIL VOKSNE MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER

I februar 2018 publiserte SINTEF, i samarbeid med Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO), en rapport utarbeidet på oppdrag fra KS om hvilke tjenestetilbud som finnes for voksne med lettere psykiske helseproblemer, og hvordan samarbeidet internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten fungerer i disse tjenestene (Ose, Kaspersen et al. 2018). Målet var å si noe om hvordan kommunene bør rigge sine tjenester til denne målgruppen i framtiden. Psykologer i kommunen er et tema som berøres flere steder i rapporten. Fra rapportens konklusjon går det fram at de tjenestene som etableres på psykisk helse- og rusfeltet i kommunene i større grad bør ses i

sammenheng med de sosialfaglige tjenestene, og ikke minst spesialisthelsetjenesten, enn det som gjøres pr. i dag. Det advares mot å etablere veldig spissede lavterskeltjenester rettet mot spesifikke diagnoser, med mindre kommunen har ressurser og befolkningsgrunnlag til å etablere slike tjenester som del av en bredere lavterskeltjeneste som er åpen for alle:

Kommunene har store oppgaver på mange områder, og det er urealistisk å forvente at alle kommuner skal etablere en egen spisset lavterskeltjeneste som skal drive kognitiv terapi på en selektert brukergruppe. Det er behov for lavterskeltjenester, men de bør ikke forbeholdes psykiske helseproblemer. Det er god kunnskap om at psykiske helseproblemer i mange tilfeller skyldes sosiale og personlige problemer, og det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer. Et lavterskeltilbud bør etableres for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp. Tjenesten må ta imot innbyggere med alle mulige problemer. Det sosialfaglige perspektivet må ha en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med. Det er slik kommunene kan forebygge psykiske lidelser. Noen vil trenge hjelp til å ordne de konkrete problemene sine, andre vil ha god nytte av en samtale med en person som ser og forstår dem, noen kan ha nytte av kognitiv adferdsterapi, mens andre kan ha god nytte av ulike mestringstilbud og kurs.

Tilbudet vil se forskjellig ut i de ulike kommunene og hver enkelt kommune bør ta utgangspunkt i det som eksisterer og fungerer lokalt, og deretter bygge ut slik at de rigger seg for å komme tidlig inn med bistand når det gjelder sosiale, personlige og psykiske problemer. Tjenester/aktører som kommuneoverlege, fastleger, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, kommunepsykologer, folkehelsekoordinatorer, frivillighetssentral eller frivillige organisasjoner, frisklivssentral, helsestasjoner, DPS, NAV og andre aktører som finnes lokalt, bør samles og diskutere seg frem til hvordan de kan etablere et lavterskeltiltak som dekker befolkningens behov for hjelp med sosiale, personlige og psykiske helseproblemer samtidig som det sikrer at kommunene kommer tidlig inn og yter bistand på et riktig tidspunkt og i de riktige situasjonene. Hvilke aktører som samles, vil være avhengig av hvilke aktører som finnes lokalt. Deretter må kommunene etablere lavterskeltiltak med de ressursene de mener er viktig å bruke på dette. De må kontinuerlig vurdere hvordan tjenestene fungerer, og gjøre nødvendige endringer om de ser at tilbudet ikke treffer godt. Dette er et utviklingsarbeid som kommunene selv må gjøre, og dette er oppgaver som ikke kan løses innen en snever medisinsk behandlingsmodell. (Ose, Kaspersen og Børve, 2018:90)

#### RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)

---

Etter den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) med mål om å gjøre behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for befolkningen, har myndighetene opprettet en egen tilskuddsordning der kommunene kan søke om midler til å etablere Rask psykiske helsehjelp. Folkehelseinstituttet har evaluert RPH (Smith, Alves og Knapstad, 2016). Evalueringen viser en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon etter behandling på tvers av de tilbudte behandlingsformene, men noe mindre reduksjon for klienter som mottok gruppekurs sammenlignet med klienter som mottok veiledet selvhjelp eller ansikt-til-ansikt behandling. Evalueringen har brukt et forskningsdesign uten kontrollgruppe og kan derfor ikke si om de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen eller om folk har blitt friske av seg selv. Det pågår en randomisert



kontrollert studie (RCT) i Kristiansand og Sandnes for å finne ut dette, og resultatene var forventet å foreligge i 2018, men vi kan ikke se at sluttrapport er publisert p.t.

#### BEDRE TVERRFAGLIG INNSATS (BTI)

---

Helgesen (2018) har gjennomført spørreundersøkelse blant Helsedirektoratets samarbeidskommuner i satsningen Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). BTI er en modell for tverrfaglig samhandling rettet mot barn og unge i kommunene, og over 100 kommuner var med i satsingen i begynnelsen av 2018. Modellen inneholder tre elementer: 1) stafettlogg (et dokument som skal følge barn og unge som får ekstra innsatser, ev. deres foreldre/foresatte), 2) stafettholder (en koordinator) og 3) handlingsveileder, som beskriver prosessen trinnvis i tverrfaglig/ tverrsektoriell samordning/diskutere felles handling for enheter som blir involvert. Det etableres en stafettlogg (digitalt eller skriftlig dokument som følger barnet, den unge eller familien) og det oppnevnes en stafettholder, en koordinator, som har ansvaret for å følge saken og føre loggen. Helgesen skriver at BTI forventer at profesjonelle i aktuelle enheter har kompetanse til å oppdage, dvs. undre eller bekymre seg for barn og unge, at de kan diskutere dette med kolleger og ledere i egen enhet, og mellom enheter og på kommunalt nivå, samt mellom kommuner og aktuelle aktører i privat, frivillig eller statlig sektor. Modellen erstatter ikke koordineringsverktøy som individuell plan (dette er lovpålagt og stafettloggen skal gå over i en IP når lovkravet er oppfylt) eller ansvarsgrupper, men tilrettelegger for å inkludere eksisterende verktøy og samordningsfora (Helgesen 2018). Rapporten kommer med følgende anbefalinger (Helgesen 2018:175):

Anbefalingene som gis videre er til kommuner som ev. tenker på å starte med BTI.

- Kommunen bør ta kontroll over iverksettingen og sørge for at eksterne prosesser profesjonelle inngår i, ikke får gjennomslag på kommunalt nivå. Det innebærer at BTI bør forankres på mange nivåer i kommuneorganisasjonen, særlig er enhetsledernivå viktig, men også hos kommunalsjef ev. rådmann
- BTI bør synliggjøres i planer og budsjetter for å synliggjøre ansvarsforhold og deltakelse – ingen tjenesteenheter skal kunne tenke at de ikke har ansvar
- BTI må ses i sammenheng med annet utviklingsarbeid kommunale tjenesteenheter arbeider med slik at konkurranse unngås. Det bør diskuteres hvordan BTI kan utvides til f.eks. å omfatte §9A-saker i skolen, det bør diskuteres om henvisning til PPT er et innslagspunkt som skal danne grunnlag for å opprette logg
- Det bør gjennomføres grundige diskusjoner i hver tjenesteenhet om hva som er grunnlaget for å inngå i tverrsektorielt- og profesjonelt arbeid, hvorfor det skal gjøres, hva enheten skal bidra med og hvem som har den delegerte myndigheten til faktisk å delta i det tverrsektorielle- og profesjonelle arbeidet. Dvs. at det skal forankres også hos hver enkelt medarbeider.
- Dette gjøres for å skape lojalitet til modellen og for å sørge for at ingen har mulighet til å "spille svartepet" for å unngå å ta ansvaret for stafettloggen
- Det bør holdes møter der medarbeidere i aktuelle tjenesteenheter blir kjent med hverandre, hverandres kunnskapsgrunnlag og hva andre profesjonelle kan bidra med
- Alle medarbeidere bør gjøres kjent med det bredere tverrsektorielle- og profesjonelle arbeidet i kommunen, særlig detaljer om møter: hvem leder dem, hvem deltar, hvem kan kontaktes hvis det er saker som skal diskuteres der etc.

Det er KoRus som har hovedansvaret for spredning av BTI-modellen<sup>13</sup>.

#### VOLDSRISIKO BLANT PASIENTER SOM MOTTAR HELSETJENESTER FOR PSYKISK LIDELSE

---

Artikkelen "Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census" ble publisert i *Nordic Journal of Psychiatry* i 2017 (Ose, Lilleeng et al. 2017). Bakgrunnen for denne artikkelen var at negative presseoppslag om personer med alvorlige psykiske helseproblemer og risikovurderinger basert på situasjonen til døgnpasienter i psykisk helsevern gjør at voldsriskoen overestimeres for pasienter i psykisk helsevern generelt. Basert på datagrunnlag fra pasientkartleggingen fant forskerne at prevalensen for en viss voldsrisiko var 32 prosent blant døgnpasienter og 8 prosent blant polikliniske pasienter. Om dette vektet i forhold til antall pasienter, finner vi at mindre enn 2 prosent av alle pasientene i psykisk helsevern har høy risiko for voldelig adferd. Konklusjonen fra artikkelen var at stigma knyttet til farlighet og voldsrisiko for pasienter i psykisk helsevern, ikke er konsistent med at det er lav eller moderat voldsrisiko for 98 prosent av pasientene i psykisk helsevern. Mange av disse pasientene mottar også tjenester i kommunene, og resultatene er derfor nyttige også for personell ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

#### MÅLRETTET ARBEID MOT BRUKERE MED HØY RISIKO FOR RE-INNLEGGELSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN

---

Artikkelen "Unplanned Admissions to Inpatient Psychiatric Treatment and Services Received Prior to Admission" publisert i *Health Policy* (Ose, Kalseth et al. 2019). I denne artikkelen har forskerne studert på uplanlagte innleggelser i psykisk helsevern. De fant at på en gitt dag i Norge, er det 49 prosent av døgnpasientene som er innlagt for øyeblikkelig hjelp og 34 prosent er tvangsinnlagt. Fordi mange av pasientene både er innlagt for øyeblikkelig hjelp og samtidig tvangsinnlagt, beregnet de at 58 prosent av alle døgnpasientene har uplanlagte innleggelser. De som hadde mottatt poliklinisk behandling, konsultasjoner med fastlegen eller hatt hjemmetjenester og arbeid og aktivitetstiltak i løpet av de siste tre månedene før innleggelse hadde lavere sannsynlighet for uplanlagte innleggelser. Resultatene var robuste også når man kontrollerte for kliniske og sosiodemografiske kjennetegn. Artikkelen konkluderer med at for å redusere uplanlagte innleggelser, må de lokale tjenestene arbeide med målrettet forebyggende arbeid mot de som har høy risiko for uplanlagte innleggelser. Dette er personer med alvorlige psykiske lidelser, lavt funksjonsnivå, har selvmordsrisiko, voldsrisiko, lav utdanning og er født utenfor Norge. Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunalt psykisk helsearbeid sin innsats mot denne gruppen for å redusere uplanlagte innleggelser. Artikkelen konkluderer også med at det bør vurderes om rater for uplanlagte innleggelser kan brukes som en felles kvalitetsindikator på alle nivå (kommune, DPS, sykehusavdelinger) og innføre en finansieringsmodell som gir insentiver til å arbeide i samme retning i det enkelte opptaksområdet.

#### BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE TIL PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN

---

Artikkelen "Adult Mental Health Outpatients Who Have Minor Children: Prevalence of Parents, Referrals of Their Children, and Patient Characteristics" ble publisert i *Frontier Psychiatry* i april 2019 (Ruud et al., 2019). Basert på data fra 23167 polikliniske pasienter, finner forskerne at 36 prosent har omsorg for mindreårige barn. Nesten hver tredje av disse barna fikk oppfølging, mens 58 prosent ble

---

<sup>13</sup><http://kompetansesenterrus.no/file/artikkel12.pdf>

vurdert å ikke ha behov for oppfølging. Tre prosent fikk ikke oppfølging, selv om de ble vurdert å ha behov for det.

### 1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER

#### PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE SOM FORSKNINGSFELT

En systematisk litteraturoppsummering med tittel "Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature" (Jones, Hannigan et al. 2018) undersøkte hvilke intervensjoner som har vist seg å være mer eller mindre effektive for å fremme personlig tilpassede og recovery-orienterte helsetjenester for brukere av kommunale psykisk helsetjenester. Forskerne gikk gjennom nesten fire tusen artikler fra 1990 og fram til 2018, og endte opp med 50 artikler som fylte inklusjonskriteriene. De identifiserte tre hovedtyper forskning på dette feltet; a) evalueringer av effektene av helsemyndighetenes politikk på organisasjonen, ledelse og tjenesteyting; b) evalueringer av forsøk på å forbedre organisering og tjenester; c) brukere og tjenesteutøvere sine erfaringer med koordinering og samhandling i psykisk helsearbeid. Litteraturoppsummeringen fant ingen framtreddende artikler som peker seg ut med svært høye siteringsrater, eller artikler som er sitert gjentakende over lang tid. Forskerne peker på at dette forskningsfeltet synes å ha utviklet seg reaktivt som en respons til hyppige, og ofte uforutsette, endringer i politikken, heller enn som resultat av egen akademisk eller intellektuell kapasitet. Helsetjenesteforskning innenfor psykisk helsefeltet har en kort historie, uten noen dominante forskere eller forskningsmiljø. Studien konkluderer med at det er et gap internasjonalt gjennom flere tiår mellom politiske ambisjoner og intervensjoner på tjenestenivå som skal forbedre pasientforløp og koordinering, og det som er realiteten i praksis og erfaringer fra brukerne og tjenesteyterne. De mener vesentlige hindringer for involvering er skapt gjennom dårlig informasjonsutveksling og utilstrekkelige muligheter for å forhandle om tjenesteutviklingen.

#### ORGANISERING AV INNTAKSSYSTEMET TIL PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I KOMMUNEN

I 2018 ble det publisert en systematisk litteraturoppsummering gjennomført i forbindelse med at helsemyndighetene i Quebec, Canada, ønsket å vite hvordan de best kunne organisere inntakssystemet i primærhelsetjenesten for voksne med psykiske problemer og lidelser. De inkluderte 91 vitenskapelige artikler, 40 grålitteraturdokumenter og 10 intervjuer, og formulerte til slutt tre viktige anbefalinger: 1) man bør ha én dør inn for å få hjelp i primærhelsetjenesten med psykisk helseproblematikk, 2) man må utvikle alternative tjenester basert på brukernes behov og 3) man må forske på og teste effekten av nye metoder, initiativer og verktøy (Roy, Dagenais et al. 2018).

#### KOMPETANSE OG OPPGAVEDELING I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I DISTRIKTENE

I 2019 kom en systematisk litteraturoppsummering på effekten av å gjennomføre opplæringskurs i psykisk helse for ikke spesialisert personell i helsetjenestene. 29 studier ble inkludert i gjennomgangen, og alle 29 viste en eller annen form for forbedring etter gjennomføring av opplæringskurs (Caulfield, Vatansever et al. 2019).

Artikkelen konkluderer med at det er effektivt å lære opp øvrig personell i kommunen i psykisk helse (Caulfield, Vatansever et al. 2019). Stigma var et av utfallene som ble målt til å reduseres etter deltakelse på kurs om psykisk helse:

*It is encouraging to see many courses measuring change in attitude among healthcare workers as stigma remains a key problem in access to good mental healthcare globally. (Caulfield, Vatansever et al. 2019, s. 15)*

Både i Norge og internasjonalt er det utfordringer med å rekruttere høyt utdannet personell og spesialistkompetanse til distriktene. En omfordeling av oppgaver ("task sharing") der høyt utdannet personell jobber som veiledere i team med lokale helsetjenester, er en måte å jobbe på som kan kompensere for mangelen på kvalifisert personell, og som kan bidra til å heve kvaliteten på de som er fast ansatt i tjenestene:

*"Task sharing allows a limited number of specialists to practice in teams with other providers and community resources to reach populations in need. The mental health specialist role shifts from direct service provider toward trainer, supervisor, and consultant." (I Norge vil interkommunale samarbeid og/eller oppsøkende team der sykepleiere med videreutdanning/psykiater/psykolog inngår være eksempel på slik "task sharing" (jf pilot for primærhelseteam). Et systematisk litteratursøk publisert i 2018, som inkluderte all engelsk litteratur publisert før august 2013, konkluderte med at en slik oppgavefordeling øker tilgjengeligheten og effektiviteten til psykisk helse-tjenester i distriktene. Bruk av teknologi i kommunikasjonen pekes på som et viktig verktøy for å nå ut med spesialistkompetanse i distriktene (Hoeft, Fortney et al. 2018). En studie som undersøkte hvordan det gikk med pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ble overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, konkluderte med at det i de fleste tilfeller går veldig bra, men at man må være oppmerksom på noen pasienter har sterke bånd til sine behandlere i spesialisthelsetjenesten, og at disse relasjonene kan være så viktige at de ikke har godt av å ha sin hovedoppfølging i kommunen (Beckers, Koekkoek et al. 2018).*

Forskere i SINTEF publiserte sammen med NTNU artikkelen "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved" i *Nordic Journal of Psychiatry* i 2016. Artikkelen undersøker om pasienter i psykisk helsevern som har behov får tjenester fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten (Ose, Kaspersen et al. 2016). Bakgrunnen var å få mer kunnskap om pasientene som ville bli omfattet av en eventuell overføring av DPS-ene til kommunene. Konklusjonen i denne studien er at mange av pasientene i psykisk helsevern har behov for tjenester fra begge nivå, og at dette først og fremst gjelder pasienter med de mest alvorlige diagnosene og de største sosiale problemene. En sterkere integrasjon av tjenestenivåene vil potensielt først og fremst komme disse pasientene til gode.

## MODELLER OG MÅL FOR KONTINUITET I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER – MOT EN FELLES KONSENSUS?

Kontinuitet i helsetjenestene anses for å være en viktig grunnpilar, og kvalitetsindikator, i psykisk helse- og rustjenestene. Samtidig har vi de siste årene sett at primærhelsetjenestene går i retning av mer spesialiserte tjenester, som en følge av omfordelingen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til

kommunene, og at kravet til samhandling mellom tjenestene øker. Psykisk helse- og rustjenestene i Norge er et godt eksempel på en tjeneste som tidligere i liten grad var prioritert, og hovedsakelig integrert i andre tjenester, men som nå i nesten alle norske kommuner er organisert som en egen, felles, enhet. Det er også nylig publisert en artikkel om tilsvarende utvikling i Nord-Irland, som peker på at tjenestene må bli mer bruker- og recovery-orienterte (Montgomery, Wilson et al. 2018). En systematisk litteraturoppsummering som tok for seg kontinuitetsbegrepet i psykisk helsetjenester internasjonalt, hadde som hovedmål å finne konsensus for hva kontinuitet i helsetjenester til mennesker med psykiske helseproblemer og lidelser innebærer. Dette mente forfatterne mangler, og at en slik konsensus vil hjelpe personellet som jobber i kommunene både med teori for det de driver med, og for praksis. De endte med å dele litteraturen (inkludert 21 studier) i tre; studier som definerer begrepet kontinuitet i tjenestene, studier som gir modeller for kontinuitet og studier som beskriver utviklingen av spørreskjema knyttet til å måle kontinuitet i tjenestene (Weaver, Coffey et al. 2017). De oppsummerer resultatene slik:

"Synthesis indicated correspondence between independent, multidimensional models of care continuity, providing greater clarity regarding the essential features of the concept. Association, although not causation, between care continuity factors and health outcomes is supported by current evidence. Implications for practice Clarification of care continuity in mental health services may enable nurses working as care coordinators to develop a better understanding of key elements of their role and provide guidance for future service development." (Weaver et al. 2018).

#### HVORDAN ADAPTERES EVIDENSBASERTE FOLKEHELSEPERSPEKTIVER?

---

Det er generelt forsket lite på effekter av folkehelseiltak i kommunene, og det må ofte gjøres lokale tilpasninger når tiltak skal implementeres. I 2018 kom det en systematisk kunnskapsoppsummering om tilpasninger på evidensbaserte folkehelseiltak. Første studier innenfor HIV/AIDS, psykisk helse, rus og kroniske sykdommer ble inkludert i oppsummeringen, og i 62 prosent av tilfellene var det gjort tilpasninger på opprinnelige modell i USA. Hyppige årsaker til tilpasning av både innhold, kontekst og kulturelle modifikasjoner inkluderte hovedsakelig behov for kulturell hensiktsmessighet (64 %) og fokus på en ny målpopulasjon (nær 60 %). Litteraturgjennomgangen viser at det ikke er så mange av artiklene der man skal modifisere evidensbaserte folkehelseiltak som reflekterer særlig rundt konsekvensene av å endre på intervensjonen (Escoffery, Lebow-Skelley et al. 2018).

#### UTBRENTHET BLANT PERSONELL SOM JOBBER I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I PRIMÆRHELSETJENESTEN

---

En systematisk litteraturgjennomgang og omfattende meta-analyse av nivået på utbrenthet blant de som jobber i helsetjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser, fant 62 studier i perioden 1997-2017 som tok for seg dette temaet og fylte inklusjonskriteriene. 33 studier (n = 9409) ble inkludert i meta-analysen. Resultatene tilsa at den overordnede prevalensen av følelsesmessig utmattelse var på 40 prosent, prevalensen av depersonalisering (strategi der man fjerner seg psykisk fra det som skjer, men er der fysisk) var på 22 prosent og for lave nivå på personlige prestasjoner på 19 prosent. En gjennomsnittlig psykisk- helsearbeider viste altså høye verdier på følelsesmessig utmattelse, moderate nivå på depersonalisering og akseptable nivå (på linje med populasjonen) for personlige prestasjoner. Jo høyere alder, jo høyere sannsynlighet for at man drev med depersonalisering, men samtidig var høyere alder assosiert med bedre opplevelse når det gjaldt personlige prestasjoner. Arbeidsmengde og forholdet til andre ansatte på jobben var de viktigste prediktorene for utbrenthet, mens rolleavklaring, en følelse av profesjonell autonomi og rettferdig

behandling var beskyttende. Det var også slik at de som jobbet i kommunale team uten mye spesialistkompetanse var mer sårbare for utbrenthet sammenliknet med team der man hadde mer spesialisert kompetanse (O'Connor, Muller Neff et al. 2018). To andre artikler har undersøkt liknende problemstillinger knyttet til utbrenthet blant ansatte som jobber med rusfeltet i kommunene, og hadde særlig fokus på forskjeller mellom urbane og rurale strøk. Her kom det fram at kollega-støtte og veiledning fra klinikere var de viktigste faktorene for å forebygge utbrenthet. I tillegg gav de som jobbet i distriktene (og ikke i urbane strøk) tilbakemelding om at de opplevde at rusarbeid ble sett på som lavstatus jobb, og at dette kunne bidra til å trigge utbrenthet (Oser, Biebel et al. 2013, Pullen and Oser 2014).

#### HVA PREDIKERER UTFALL FOR BRUKERE MED VANLIGE PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNEHELSE TJENESTEN?

Stadig flere pasienter som tidligere fikk hjelp i spesialisthelsetjenesten, får nå tjenester i primærhelsetjenesten. Når det gjelder utfall for brukerne med vanlige psykiske lidelser (angst/depresjon) som mottar kommunale tjenester finnes det en ny litteraturoppsummering med tittelen "Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review" (Amati, Banks et al. 2018). Av 486 studier ble 19 inkludert i oppsummeringen (n = 34 778). Et av hovedresultatene er at en del faktorer som er forbundet med økt sykkelighet (f.eks. å være kvinne), er også forbundet med bedre sjanser for å bli frisk. Menn hadde signifikant lavere sannsynlighet for å ha effekt av tiltakene, enn kvinner. Mye av dette skyldes at de var dårligere i utgangspunktet, og hovedkonklusjonen er at alvorlighetsgrad ved behandlingsstart, samt komorbid depresjon, var det som i størst grad hadde en negativ påvirkning på sannsynligheten for å bli frisk. Sosial støtte og sosial funksjon var også faktorer som påvirket utfallet signifikant, noe forfatterne sier indikerer at en multidisiplinær tilnærming til denne pasient/brukergruppen er svært viktig. Sosial støtte er f.eks. en viktigere determinant for utfallet av behandlingen, enn sosio-økonomisk status alene (Amati, Banks et al. 2018).

#### INTERNASJONAL OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) kan 14 prosent av den globale sykdomsbyrden tilskrives mentale, nevrologiske og rusmiddelrelaterte lidelser. De fleste som har disse lidelsene har ikke tilgang til den behandlingen de trenger. Dette er bakgrunnen for at WHO i 2008 startet en egen opptrappingsplan "Mental Health Gap Action Programme"<sup>14</sup>, der målet er å skalere opp tjenester til denne brukergruppen over hele verden i form av konkrete tiltak. Prioriterte områder er depresjon, schizofreni og andre psykotiske tilstander, selvmord, epilepsi, demens, rus (alkohol/narkotika-relaterte tilstander) og psykiske lidelser blant barn og unge (WHO 2008). I en nylig publisert artikkel i World Psychiatry skriver Thornicroft et al. (2016) at det nå implementeres evidensbaserte tiltak i henhold til denne planen i over 90 land rundt om i verden. Artikkelen definerer lokalt psykisk helse- og rusarbeid som de tiltak og praksiser som trengs for å ivareta den psykiske helsen i en lokalbefolkning (Thornicroft, Deb et al. 2016). Dette gjøres i form av:

- a) tilgjengelige tjenester som ivaretar befolkningens behov,
- b) tjenester som bygger på konkrete mål for hver enkelt og den iboende styrken som ligger i personer med rus- og/eller psykiske problemer/lidelser,

<sup>14</sup>[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/)

- c) et tilstrekkelig støttenettverk i form av ulike veldimensjonerte tjenester og ressurser,
- d) å vektlegge tjenester som er både evidensbaserte og recovery-orienterte.

I internasjonal sammenheng bruker Norge mye ressurser på å gi befolkningen de helsetjenestene de trenger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I Thornicroft et al. (ibid.) vil Norge befinne seg i kategorien "high-resource setting" med et relativt avansert tjenestetilbud på begge tjenestenivå. Utgifter til helsetjenester utgjorde 10 prosent av brutto nasjonalprodukt i 2015 (311 milliarder kroner, ca. 60 000 kroner pr. innbygger<sup>15</sup>). Selv om budsjettene stadig øker har det likevel vært vanskelig å måle hvorvidt kvaliteten på tjenestene har blitt bedre – særlig innen psykisk helse- og rusfeltet.

Skjeldal (2015) skriver i et bokessay om psykiater Trond Aarres bok *Manifest for psykisk helsevern* (2010) og psykolog Peter Kindermans bok *A Prescription for Psychiatry* (2014) om hvordan forfatterne er samstemte i hvordan hhv. Norge og Storbritannia må utvikle tjenestene sine til de brukerne psykisk helsearbeid- og rusarbeid (og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) retter seg mot. Begge vil bort fra en biologisk forklaringsmodell på psykiske problemer og lidelser, og over til en mer psykososial forklaringsmodell, og begge har fokus på at tjenestene i all hovedsak må ytes der folk bor – i kommunene (Aarre 2010, Kinderman 2014, Skjeldal 2015). Ifølge Skjeldal (2015) skisserer Kinderman (2014) åtte punkter for endring i sitt manifest:

- 1) Tjenestene må baseres på at opphavet til psykiske lidelser i størst grad er sosialt betinget.
- 2) Tjenestene må erstatte "diagnoser" med rendyrkede beskrivelser av problemer.
- 3) Tjenestene bør radikalt redusere medisinbruken, og bruke den pragmatisk heller enn å presentere medisiner som "behandling".
- 4) Tjenestene må skreddersy hjelpen til den enkeltes unike og komplekse behov.
- 5) Tjenestene må tilby omsorg, ikke tvang.
- 6) Tjenestene må bli radikalt annerledes, må være multidisiplinære, demokratiske og basert på en psykososial modell.
- 7) Tjenestene må være under lokal kontroll (lokale og felleskapsbaserte tjenester må være kommunale).
- 8) Vi må etablere sosiale forutsetninger for ekte mental helse og velvære (beskyttelse fra mobbing, omsorgssvikt, avvisning og mishandling som er årsaken til mange psykologiske problemer).

#### 1.4 OPPSUMMERING

IS-24/8 har i stor grad fokus på ressursinnsats i de kommunale psykisk helse- og rus-tjenestene. Dette tjenesteperspektivet er ikke et stort nasjonalt eller internasjonalt forskningstema. Publikasjonene innenfor psykisk helse- og rusfeltet handler i stor grad om brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger. Det psykiske helsefeltet er mer forsket på enn rusfeltet.

I dette kapitlet har vi sett på relevante nasjonale føringer, forskning og evalueringer fra Norge og de nyeste internasjonale kunnskapsoppsummeringene.

---

<sup>15</sup><http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>





## 2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 430 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er framstilt i rapporten relatert til årsverksinnsats. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

### 2.1 INNLEDNING

Kommunenes rapportering til Helsedirektoratet gjennom IS-24/8, gir en unik mulighet til å følge utviklingen i samlet ressursinnsats fordelt på tjenester til hhv. voksne og barn og unge, tiltakstype og personellens utdanningsnivå - over tid og på tvers av finansieringsordninger. Vi kjenner ikke til andre land som har tilsvarende data på psykisk helse- og rusarbeid i lokale tjenester.

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en database, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor ikke mulig å ta ut tilsvarende informasjon fra tallene som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men de siste årene har alle kommunene levert informasjon om årsverksinnsats.

Alle kommunene og fylkesmannsembetene får tilsendt den årlige rapporten i papirformat for å øke motivasjonen for videre rapportering.

Betinget av grundig datakontroll, er dette sannsynligvis den beste måten å innhente datagrunnlaget for psykisk helse- og rusarbeid 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 også å omfatte målgrupper, vil det være naturlig å integrere IS-24/8-rapporteringen i KOSTRA.

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra fagpersonene i tjenestene. Det er likevel ikke hvem som helst som gjør disse anslagene, se kapittel 2.3. Det er mange personer fra hver kommune som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er opplagt at ikke alle kommuner tolker veiledningen og praktiserer rapporteringen likt. Dette må vi være bevisst på i enhver tolkning av resultatene. Gjennom datakontrollen de første årene (2007/2008) oppdaget vi at flere kommuner ønsket seg et skjema med større rom for å beskrive nyanser når kategoriene ikke passer. Det ble også tydelig at det var behov for å innhente informasjon knyttet til kvalitet i tjenestene – ikke bare kvantitet. Mange kommuner meldte tilbake at de har behov for å formidle mer fra tjenestene enn kun årsverksinnsatsen. I revideringen av rapporteringsskjema for 2011 ble disse behovene hensyntatt, og skjemaet ble utvidet til å kunne fange opp mer av det kvalitative innholdet i tjenestene. Etter dette har det vært ulike åpne spørsmål som har inngått i rapporteringen hvert år. Vi har fått mange gode tilbakemeldinger fra kommunene om at det er viktig informasjon som rapporteres i IS-24/8. Noen kommuner er kritiske til at de må rapportere, men det er betydelig færre kritiske tilbakemeldinger de siste årene enn tidligere. Å kun følge

årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering.

Skjemaet revideres årlig av SINTEF i samarbeid med Helsedirektoratet for at datagrunnlaget som hentes inn skal være så oppdatert og anvendbart som mulig. Gjennom egen og andres forskning på feltet, blir stadig nye problemstillinger som helsemyndighetene mangler informasjon om, identifisert. Når datainnsamlingen oppleves å være dynamisk og aktuell, er det større rapporteringsvillighet.

Det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og i vår kommunikasjon med kommunene argumenterer vi for at datagrunnlaget utgjør viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene. Dette er sannsynligvis avgjørende for at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos Fylkesmannen, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår nettbaserte løsning og har purreansvar overfor kommunene. Dersom Sentio ikke lykkes med å få tak i riktige folk i kommunene, eller vedkommende ikke svarer, tar SINTEF kontakt med rådgiveren for psykisk helse og/eller rusarbeid hos Fylkesmannen som dekker den aktuelle kommunen. Da kan rådgiveren gi oss et annet navn enn det vi har fra før, eller ta kontakt med kommunene for å oppfordre de til å rapportere.

## 2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2015 ble rapporteringen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid slått sammen. Årsaken var at mange kommuner har slått sammen disse tjenestene til egne enheter, og at det over flere år hadde vært kunstig for mange kommuner med to separate rapporteringer. Tidligere hadde Rambøll ansvaret for datainnsamlingen for kommunalt rusarbeid (IS-8) og SINTEF for psykisk helsearbeid (IS-24). SINTEF har nå ansvaret for hele datainnsamlingen, og rapporteringen kalles nå IS-24/8 fordi både IS-24 og IS-8 er godt innarbeidede begreper i mange kommuner.

I 2019 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for femte gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene våren 2019.

Det er kun Oslo som leverer data på bydelsnivå, og alle de 15 bydelene har rapportert. I tillegg leverer den sentrale Velferdsetaten og Helseetaten i Oslo egne data på noen årsverk.

## 2.2 DATAINNSAMLING

23. mars sendte prosjektleder følgende e-post til alle kommuner, for å forberede kommunene på datainnsamlingen:

Til ansvarlig for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen

Årets IS-24/8 kartlegging (som SINTEF og Sentio AS gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet), sendes til kommunene 9. april. Svarfrist blir 10. mai. Vi anbefaler at kommunen/bydelen samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid i perioden 9. april - 7. mai, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Representanter både for tjenester til barn/unge og tjenester til voksne bør delta på fagmøtet. Det er viktig at ansatte både innen psykisk helse og rusarbeid deltar. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å organisere rapporteringen på. Slik sikrer man også at svarene gir uttrykk for en felles forståelse i tjenestene.

For å få mer informasjon, ble det henvist til nettsidene til prosjektet. Kartleggingen ble som planlagt utsendt 9. april. Svarfristen ble satt til 10. mai.

### **Til postmottak**

Denne e-posten er sendt på vegne av Helsedirektoratet og skal sendes til de som har faglig ansvar for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. E-posten inneholder viktig informasjon i forbindelse med den årlige kartleggingen som skal gjennomføres i alle kommuner (IS-24/8) og det er viktig at eposten havner hos rette vedkommende. Dette kan være rådmann, kommunalsjef eller enhetsledere/-virksomhetsleder.

### **Til ansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen**

Som tidligere informert, kommer herved årets IS-24/8 rapportering.

Svarfrist er satt til 10. mai og vi håper dette er tilstrekkelig tid.

Rapporteringen inneholder tre deler:

Del 1: Årsverk. Årsverkene skal fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og forløp (som i 2018)

Del 2: Opptappingsplan rus, og andre styringsparametere

Del 3: Annet (varierer fra år til år i tråd med helsemyndighetens kunnskapsbehov)

Del 1 fylles ut felles for psykisk helse- og rusarbeid. Som i fjor er fjorårstall lagt inn i spørsmålene som omhandler årsverk. Oppdater til 2019-tall, eller la stå hvis det ikke har vært endringer.

Del 2 og Del 3 inneholder spørsmål både om psykisk helsearbeid og om rusarbeid, og fordi fagfeltene skal ses i sammenheng, er det viktig at kartleggingen gjøres i fellesskap mellom ansvarlige for psykisk helse- og rusarbeid dersom dette er organisert i ulike tjenester og har ulik ledelse.

Bruk lenken under for å svare:

<LENKE>

### **Hvem skal fylle ut?**

Det er fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid som er ansvarlig for utfyllingen, men de vil ha behov for innspill fra andre fagpersoner.

Vi anbefaler at kommunen/bydelen samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid i perioden 9. april - 7. mai, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Representanter både for tjenester til barn/unge og tjenester til voksne bør delta på fagmøtet. Det er viktig at ansatte både innen psykisk helse og rusarbeid deltar. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å organisere rapporteringen på. Slik sikrer man også at svarene gir uttrykk for en felles forståelse i tjenestene.

For å planlegge utfyllingen kan kartleggingsskjema med oversikt over alle spørsmål, lastes ned fra SINTEFs prosjektside: <https://www.sintef.no/prosjekter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>

## Spørsmål til rapporteringen

Spørsmål kan rettes til Fylkesmannen ved rådgiver i psykisk helse- og rusfeltet eller til SINTEF ved prosjektmedarbeider Silje L. Kaspersen (silje.l.kaspersen@sintef.no, telefon: 95088303) eller prosjektleder Solveig Osborg Ose (solveig.ose@sintef.no, telefon 90728684).

For alle tekniske problemer med innlogging og kartleggings skjemaet kan dere ta kontakt med Sentio (post@sentio.no, telefon 90548892).

Frist for å rapportere er 10. mai 2019.

I tillegg er det en egen veiledning til kartleggingen som inneholder følgende punkter:

- Om psykisk helse- og rusarbeid i kommunene
- Hvem skal fylle ut?
- Hvem skal bruke rapporteringen?
- Hva skal inkluderes i rapporteringen?
- Hvorfor rapportere?
- Tekniske opplysninger

Etter svarfristen var det 317 av 438 (72 prosent) som hadde startet på registreringen, og dette var bedre enn før purring i fjor. Av disse var det 291 som hadde fullført (66 prosent) og 12 som hadde bedt om utsettelse til 20. mai. Purring ble sendt ut og ny svarfrist ble satt til 20. mai. Den 21. mai hadde fortsatt 75 kommuner ikke startet rapporteringen, og 350 hadde komplette svar. Dette var omtrent likt som i fjor. Etter dette startet vi intensiv oppfølging av kommunene som ikke hadde startet rapporteringen eller bedt om utsettelse. Femte juni var det kun i tre kommuner vi ikke hadde fått kontakt med riktig person. Fylkesmannen ble i disse tilfellene bedt om å bidra, og i alle tilfellene resulterte dette i at kommunene rapporterte. Det var også en del kommuner som hadde startet, men ikke fullført pr. 5. juni og disse ble purret. Den 12. juni hadde vi 417 fullførte, 14 delvis og 7 ikke startet. Disse sju som ikke hadde startet, men som hadde lovet å gjøre det ble tett fulgt opp, og 2018-tall ble lagt inn for de som opplyste om ingen endringer i årsverksinnsats. Den siste kommunen leverte 18. juni etter at både Sentio, SINTEF og Fylkesmannen hadde vært i kontakt med kommunen.

Kontrollspørsmål ble sendt ut til i overkant av 70 kommuner, og dette er dobbelt så mange som i fjor. Spørsmålene handlet om endringer fra 2018 til 2019, om avvik mellom fordeling av årsverk mellom tiltaks- og utdanningskategorier (i tjenester for hhv. voksne og barn/unge), samt spørsmål om begrunnelse til kommuner som rapporterer enten veldig få eller veldig mange årsverk pr. innbygger. Mange av begrunnelsene for store endringer var knyttet til enkeltbrukere med store behov som enten hadde flyttet fra kommunen eller fått redusert behov (nedgang i årsverk) eller nye innbyggere eller økte behov hos innbyggere.

### 2.3 OM UTFYLLINGEN

Det er 96 prosent av alle kommunene/bydelen som har svart på hvordan de har valgt å organisere besvarelsen i 2019.

Som vist i tabell 2.1 har 43 prosent av kommunene valgt å la hovedansvarlig for utfyllingen ta imot innspill fra de andre relevante tjenestene uten å gjennomføre et felles fagmøte, og dette er en økning

fra 2018. I 2019 har 33 prosent valgt å organisere det som et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med både tjenester til voksne og barn/unge, mens noen flere enn i 2018 har valgt å besvare skjemaet i felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge.

**Tabell 2.1** Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år?

	2018		2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	156	38	139	33
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	26	6	30	7
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	10	2	4	1
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	20	5	35	8
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	157	38	178	43
Annen organisering, beskriv	47	11	32	8
<b>Totalt</b>	<b>416</b>	<b>100</b>	<b>418</b>	<b>100</b>

Vi har også spurt om hvor mange ansatte som har bidratt med innspill i rapporteringen. Når vi summerer opp svarene, finner vi at det er 2208 personer som har vært involvert i kartleggingen. Dette betyr at 14 prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen.

At så mange er involvert viser også hvor komplekst dette feltet er. Brukerne finnes i ulike tjenester og det er bare kommunene selv som kan gjøre et anslag på årsverksinnsatsen. Det er en omfattende jobb å fylle ut skjemaet. De må ta kontakt med flere tjenester, enheter, avdelinger som gir bistand og hjelp til personer som har psykiske helseproblemer/lidelser og/eller rusproblemer/lidelser.

## 2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

Det er som nevnt tidligere anslagsbaserte tall som rapporteres av kommunene. Kommunene må først identifisere brukere som får tjenester fordi de har et psykisk helse- og/eller rusproblem. Deretter må de finne ut hvor mange årsverk som er knyttet til behandling og oppfølging av disse brukerne. I store kommuner må de bruke andre metoder enn i små kommuner, og det vil være variasjon i hvordan kommunene beregner anslagene.

### EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

Årsverksdataene i psykisk helse- og rusarbeid inneholder typisk 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 korrigerer 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.

## VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

Uveide gjennomsnitt viser gjennomsnittet for alle kommunene uten å ta hensyn til at kommunene varierer i størrelse. Små og store kommuner betyr like mye i beregningene, noe som gjør at beregningene er følsomme for ekstremverdier i småkommunene. Et gjennomsnitt av rater (årsverk pr. innbygger) vil være et uveid snitt.

Veide gjennomsnitt brukes for å gi større kommuner relativt større vekt når en snakker om det totale tjenestetilbudet for hele landet. Dette er nettopp fordi store kommuner omfatter en større andel av befolkningen og siden alle innbyggerne er "like mye verdt", må det tas hensyn til at det er flere som omfattes av tjenestetilbudet i store kommuner i forhold til i små kommuner. En rate som er veid vil være basert på en separat summering av teller og nevner, og deretter er raten beregnet.

Ved å presentere både veide og uveide gjennomsnitt kan vi derfor se om det er særlige forskjeller mellom store og små kommuner. Dersom det veide snittet er høyere enn det uveide kan vi si at store kommuner har høyere nivå på den aktuelle variabelen relativt til mindre kommuner.

I denne rapporten er det i all hovedsak benyttet veide gjennomsnitt.

### 2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

I dette prosjektet er det bestemt at kommunene skal være anonyme når det gjelder svar på kvalitative spørsmål. Dette kan endres, men foreløpig anonymiseres kommune når vi benytter sitat. Ulempen med dette, er at kommunene ikke kan ta kontakt med andre kommuner som de ser de har felles problemstillinger med ut ifra sitatene. Det kan være at de ønsker erfaringsutveksling eller trenger konkrete råd i for eksempel oppstart av nytt tilbud. Årsaken til at det er anonymt, er at det ligger en del sensitiv informasjon i sitatene, for eksempel om samarbeidspartnere.

### 2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

Det er svært mange spørsmål med åpne svar i denne kartleggingen for å få med kvalitativ informasjon. Dette innebærer mye arbeid med store tekstmengder, og det er et stort analysearbeid når over 90 prosent av kommunene svarer. Samtidig er det viktig informasjon som kommer frem og svarene fortjener grundige analyser.

Gjennom flere år har prosjektleder arbeidet med en metode for å analysere store tekstmengder, og metoden er publisert i en internasjonal artikkel (Ose 2016). Metoden presenteres kort i det følgende.

Fullkoding av kvalitative data betyr at alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden er utviklet av en SINTEF-forsker og er tilpasset prosjekt med bredt definerte problemstillinger. Dette er en tematisk koding på detaljert nivå som gjøres ved hjelp av standard Microsoft Office-program. Teksten kodes og sorteres etter ulike tema. Deretter sorteres teksten i hovedtema og undertema. Metoden sørger for at datagrunnlaget utnyttes godt, og at det ikke er tilfeldig hva som tas med innenfor samme tema. På noen av spørsmålene får vi til en kvantitativ kartlegging av de åpne svarene, og kan vise fordelingen i en tabell eller i en figur. Det varierer i hvilke tilfeller vi velger å gjøre hva, og beslutningen styres av kompleksitet i svarene og vurderinger som for eksempel om det er det mulig å sammenlikne svarene med det andre har svart. Noe er typisk småkommuneproblematikk, mens annet er mer generelle funn. Noen ganger kommer det frem noe nytt, mens andre ganger bekrefter funnene tidligere funn.

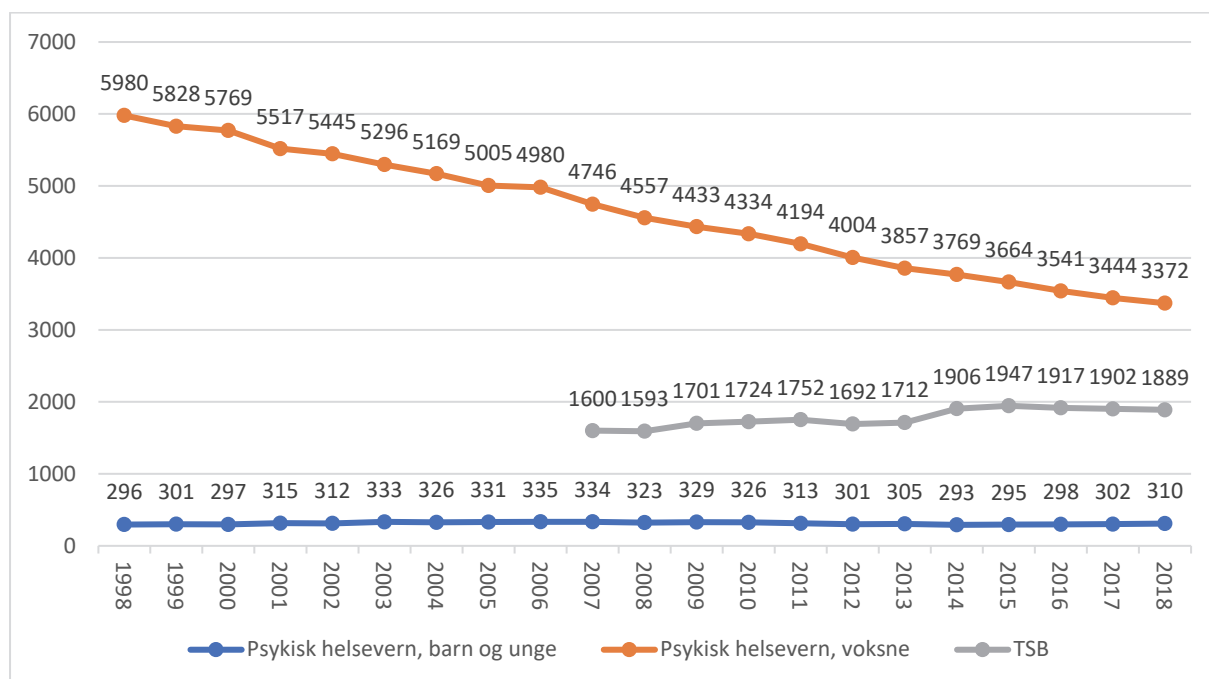
## 2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

Fra 1. januar 2019 er det kun en endring, Rindalen 5016 som går fra Møre og Romsdal til Trøndelag og fikk nytt kommunenummer.

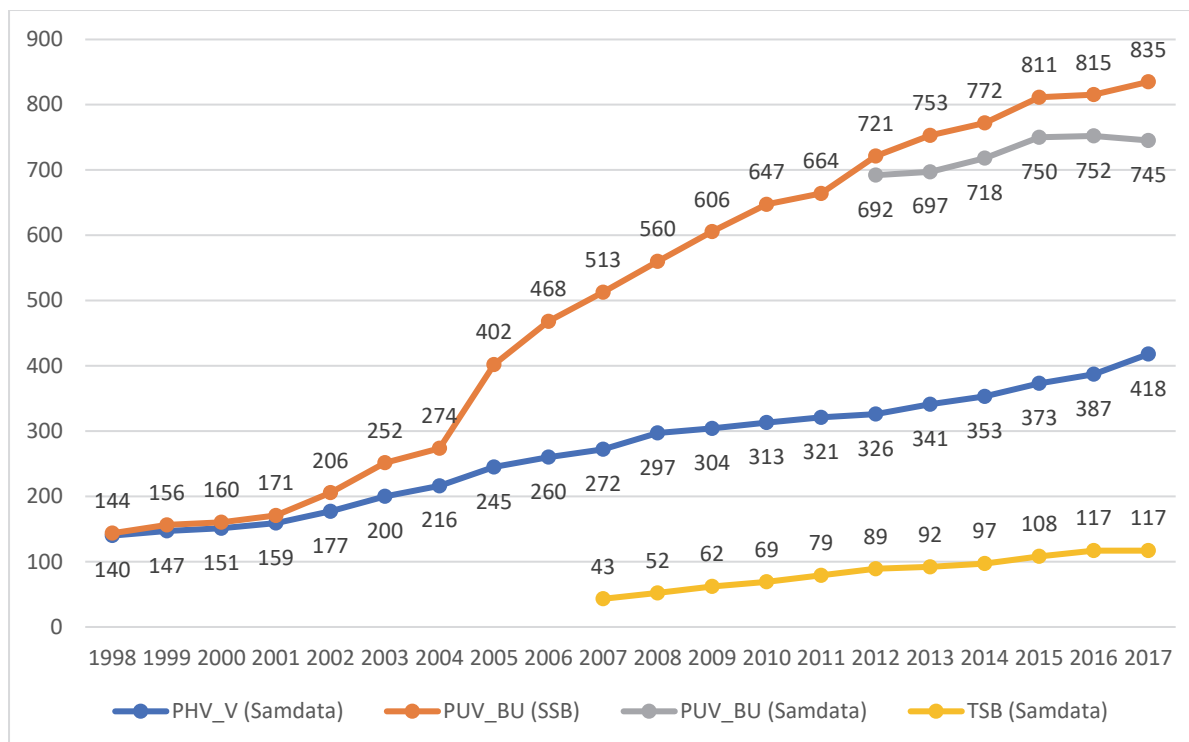
## 2.8 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det kommunene rapporterer, har sammenheng med det som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med en sterk oppbygging av kapasitet i poliklinisk behandling og en sterk nedbygging av døgntilbudet innen psykisk helsevern, er det naturlig at dette påvirker de kommunale tjenestene.

I det følgende viser vi utviklingen i antall døgnplasser og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det henvises til denne utviklingen senere i rapporten.



Figur 2.1 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2018. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.



**Figur 2.2** Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1 000 innbygger. Ikke publisert tall for 2019 fra SAMDATA og feil i tall fra SSB.

Det er altså en sterk nedadgående trend i døgnplasser i psykisk helsevern, men en økning i døgnplasser i TSB fra 2013 til 2014 og deretter en utflating, mens omfanget av poliklinisk behandling øker både i psykisk helsevern og i TSB. Særlig har økningen vært stor i poliklinisk behandling i BUP, men med en utflating siste år ifølge tall fra Samdata, men ifølge SSB er det fortsatt økning.



## 3 NASJONALE TALL

Dette er fjerde gang datainnsamlingen gjøres samlet for kommunalt psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid.<sup>16</sup> Summen av årsverk rapportert i 2015 - 2019 er vist i tabell 3.1. Totalt er det i 2019 rapportert 16 399 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner, og situasjonen gjelder for våren 2019.

Det er rapportert en økning på 505 årsverk fra 2018 til 2019, hvorav 309 årsverk i tjenester og tiltak til voksne og 196 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det rapportert en økning på 3,2 prosent, fordelt på 2,5 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 5,9 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge. Dette er betydelig lavere vekst enn fra 2017 til 2018, da kommunene rapporterte om en vekst på 8.6 prosent (8,9 prosent i tjenester til voksne og 7,5 prosent i tjenester til barn og unge). Justert for befolkningsveksten, er det en økning fra 30 til 31 årsverk pr. 10 000 innbygger fra 2018 til 2019.

**Tabell 3.1** Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2015 – 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2018-2019	Endring i %
Voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	309	2,5
Barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	196	5,9
<b>Totalt</b>	<b>13 131</b>	<b>13 936</b>	<b>14 633</b>	<b>15 894</b>	<b>16 399</b>	<b>505</b>	<b>3,2</b>

### 3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015-2019 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid. Det vil ikke være riktig å inkludere årsverkene for rusarbeid i årene før 2015 grunnet en betydelig overrapportering av årsverk i perioden det var to ulike rapporteringer.

**Tabell 3.2** Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid 2007-2013/2014, og psykisk helse og rusarbeid 2015-2019.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid			
	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Voksne	9 069	9 392	9 326	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872
Barn og unge	2 961	2 744	2 614	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527
<b>Totalt</b>	<b>12 029</b>	<b>12 136</b>	<b>11 940</b>	<b>11 728</b>	<b>13 131</b>	<b>13 936</b>	<b>14 633</b>	<b>15 894</b>	<b>16 399</b>

Som vist i tabell 3.3, er det en marginal endring i fordeling av årsverkene til tjenester og tiltak til voksne (78 prosent) og til barn og unge (22 prosent).

<sup>16</sup> Tidligere hadde Rambøll ansvaret for datainnsamlingen for kommunalt rusarbeid (IS-8) og SINTEF for psykisk helsearbeid (IS-24). SINTEF har nå ansvaret for hele datainnsamlingen, og rapporteringen kalles nå IS-24/8 fordi både IS-24 og IS-8 er godt innarbeidede begreper i mange kommuner.

**Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid 2015-2019.**

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Voksne	10 429	79	11 063	79	11 534	79	12 563	79	12 872	78
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	3 099	21	3 331	21	3 527	22
<b>Totalt</b>	<b>13 131</b>	<b>100</b>	<b>13 936</b>	<b>100</b>	<b>14 633</b>	<b>100</b>	<b>15 894</b>	<b>100</b>	<b>16 399</b>	<b>100</b>

## 1.1 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELTE PÅ TILTAK

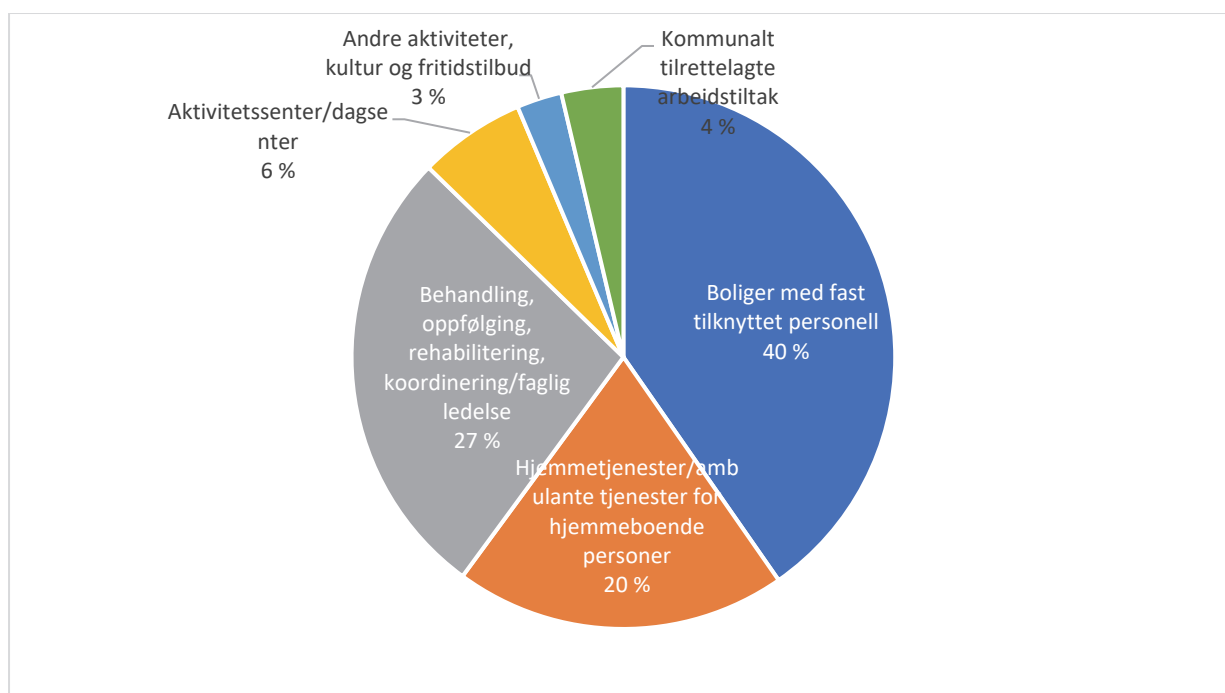
### 1.1.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats for hele landet fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er størst økning i årsverk i boliger med fast tilknyttet personell, men det er også økning i de andre tjenestene. Vi observerer en økning på 9,1 prosent totalt i årsverk som går til aktivitet (dagsenter, kultur og fritidstilbud og til arbeidstiltak), og særlig er det en økning i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

**Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2015 – 2019, endring siste år i årsverk og prosent.**

	2016	2017	2018	2019	Endring fra 2018 til 2019	
					Årsverk	%
Boliger med fast tilknyttet personell	4 363	4 653	5 034	5 190	156	3,1
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 334	2 405	2 482	2 543	61	2,5
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 868	2 912	3 450	3 502	52	1,5
Aktivitetssenter/dagsenter	739	778	815	817	2	0,3
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	353	367	346	346	0	0,0
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	406	420	435	473	38	8,8
<b>Totalt</b>	<b>11 063</b>	<b>11 534</b>	<b>12 563</b>	<b>12 872</b>	<b>309</b>	<b>2,5</b>

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (40 prosent). 27 prosent av årsverkene går til behandling etc., mens 20 prosent går til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 13 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Dette er identisk med den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne i 2018.



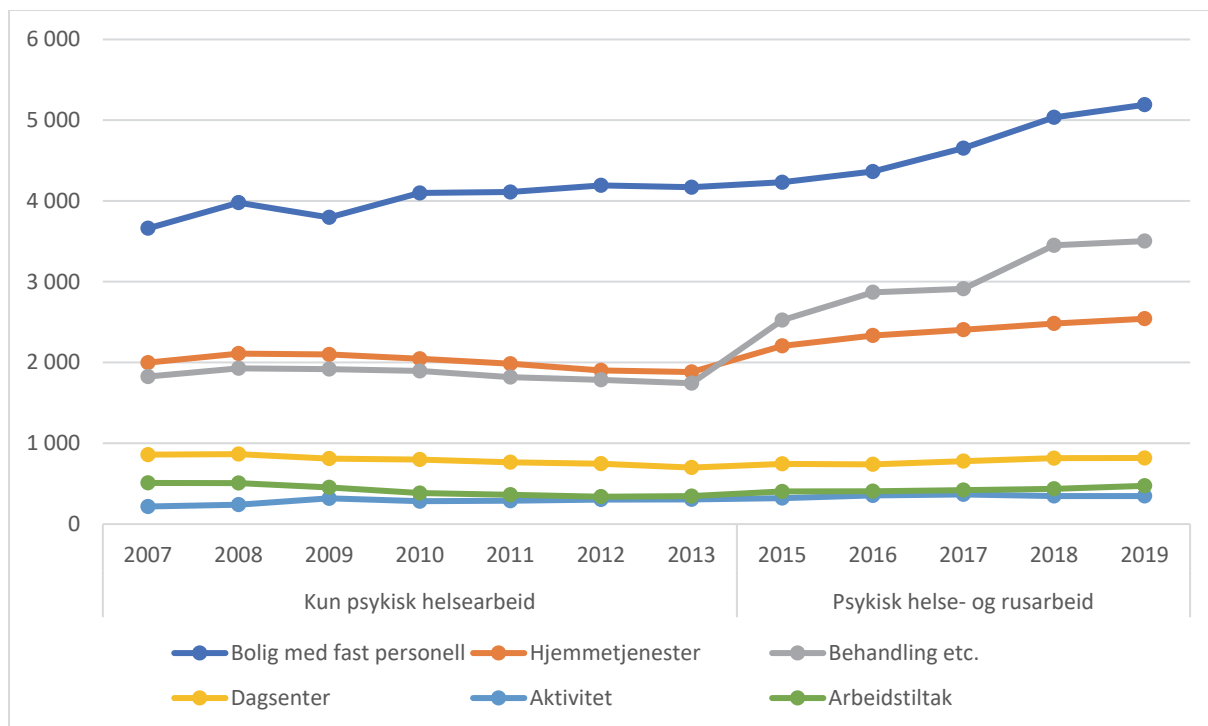
Figur 3.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2019.

Med bruddet i dataserien i 2015 er det vanskelig å sammenlikne tallene med tidligere tall, men tiltakskategoriene fra IS-24 er videreført slik at sammenstilling er mulig. Dette er vist i tabell 3.5.

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 - 2019, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid				
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	
Bolig med fast personell	3 978	3 796	4 098	4 110	4 192	4 169	4 231	4 363	4 653	5 034	5 190	
Hjemmetjenester	2 110	2 099	2 045	1 984	1 902	1 882	2 205	2 334	2 405	2 482	2 543	
Behandling etc.	1 927	1 917	1 895	1 818	1 785	1 743	2 524	2 868	2 912	3 450	3 502	
Dagsenter	866	810	798	764	747	700	745	739	778	815	817	
Aktivitet	239	318	282	288	303	305	321	353	367	346	346	
Arbeidstiltak	507	453	383	362	339	345	403	406	420	435	473	
Sum voksne	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	

Som vist i figur 3.2, utgjør inkludering av rusfeltet i rapporteringen fra 2015 en økning i årsverk særlig knyttet til behandling etc. og til hjemmetjenester. Denne økningen fortsatte i 2016 og noe av forklaringen kan være at kommunene stadig ble bedre til å identifisere og telle årsverk. Fra 2016 til 2017, observerte vi en utflating i årsverkene til behandling etc. og til hjemmetjenester, mens i 2018 var det igjen en økning. I 2019 ser vi igjen en utflating i denne kategorien. Trenden med økt årsverksinnsats i boliger med fast personell vedvarer, men veksten er noe lavere fra 2018 til 2019 sammenliknet med 2017 til 2018.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2019.

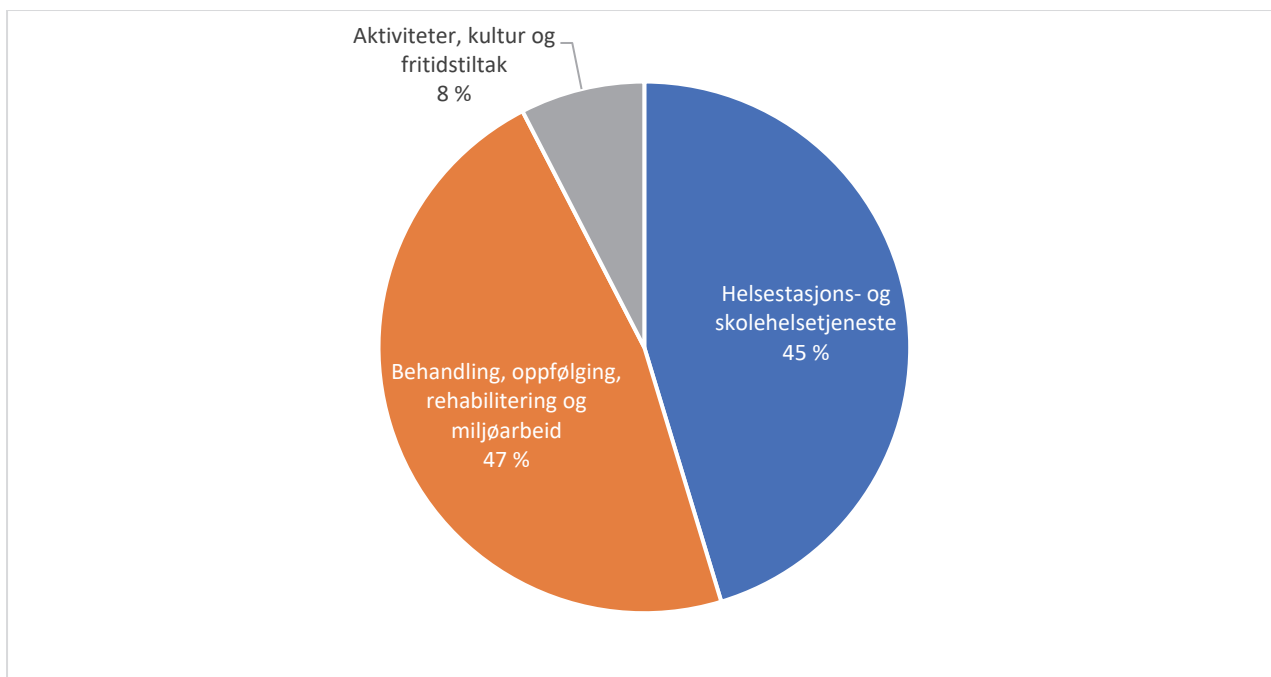
### 1.1.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Det er totalt rapportert 3 527 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer. Dette utgjør 196 flere årsverk enn det som ble rapportert i 2019, og dette utgjør 5,9 prosents økning. Antall rapporterte årsverk har økt med over 7,1 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med 1,7 prosent. Den største kategorien målt i antall årsverk (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 5,4 prosent det siste året.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring fra 2018 til 2019	
						Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599	107	7,1
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661	85	5,4
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	276	263	267	4	1,7
<b>Totalt</b>	<b>2 702</b>	<b>2 873</b>	<b>3 099</b>	<b>3 331</b>	<b>3 527</b>	<b>196</b>	<b>5,9</b>

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten halvparten av årsverkene benyttes i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 45 prosent benyttes i helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Dette er nøyaktig samme fordeling som i 2018.



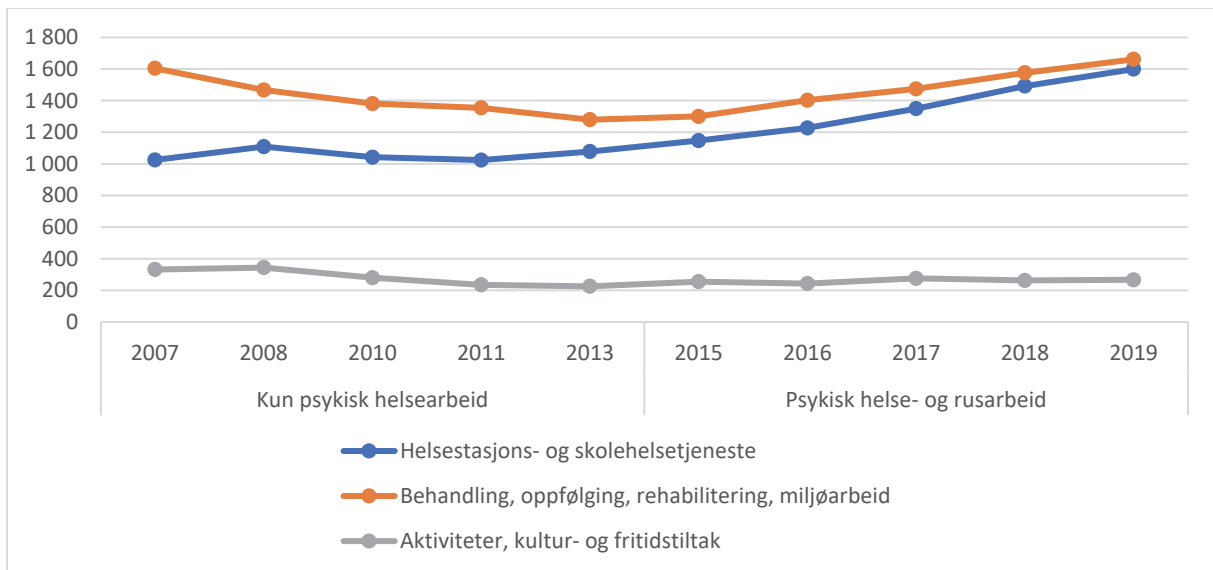
Figur 3.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2018.

I tabell 3.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2019 for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge.

Tabell 3.7 Antall årsverk rapportert i tjenester til barn og unge innen psykisk helse 2007-2013 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge 2015- 2019.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2010	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 042	1 024	1 078	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 381	1 354	1 280	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	280	235	226	255	243	276	263	267
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 703	2 614	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527

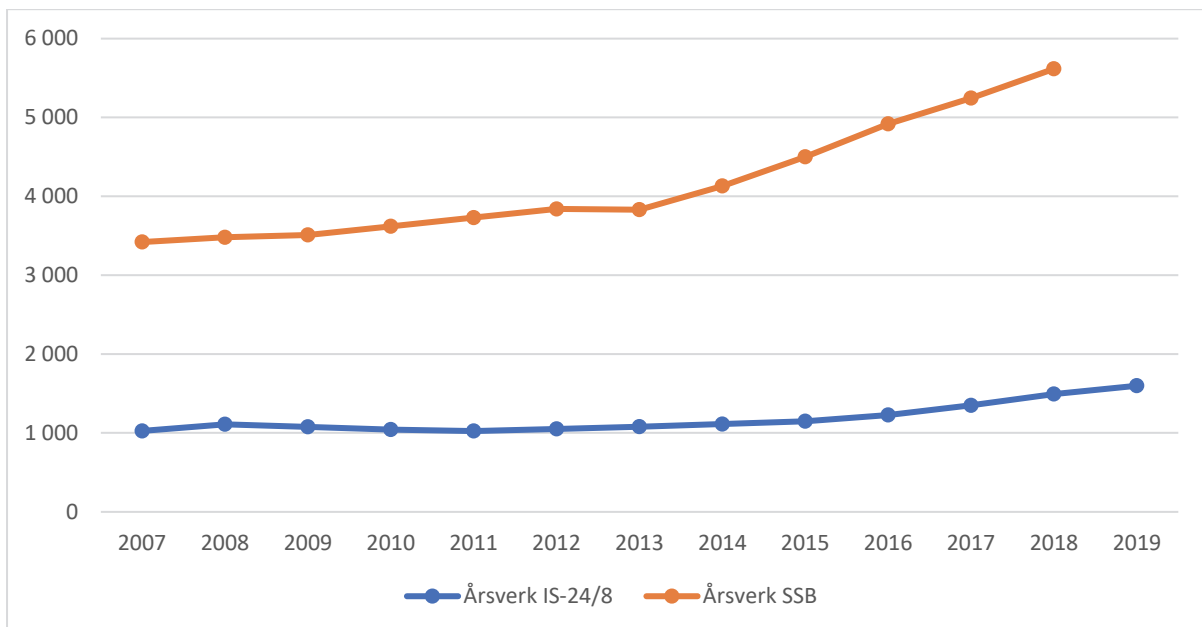
Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 452 flere årsverk, dette utgjør en økning på nær 40 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 12 årsverk i samme periode. Trenden med økning i årsverk til helsestasjon- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, se figur 3.4.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2019.

### Helsestasjon- og skolehelsetjeneste, sammenlikning med data fra SSB

SSB følger utviklingen i antall årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Figur 3.5 sammenstiller tilgjengelige data fra SSB (til og med 2018). SSB-tallene viser totalt antall årsverk, mens IS-24/8-tallene viser årsverk som anslås av kommunene å gå til psykisk helse- og rusarbeid. Begge datagrunnlagene viser en vekst i årsverksinnsatsen, men veksten er sterkere i tallene fra SSB. Det er uansett en økning i antall årsverk til psykisk helse- og rusarbeid i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og fra 2012 til 2019 har det vært en økning på 549 årsverk.



Figur 3.5 Antall årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, totaltall (SSB) og psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8), 2007-2019.

## 1.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

### 1.2.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

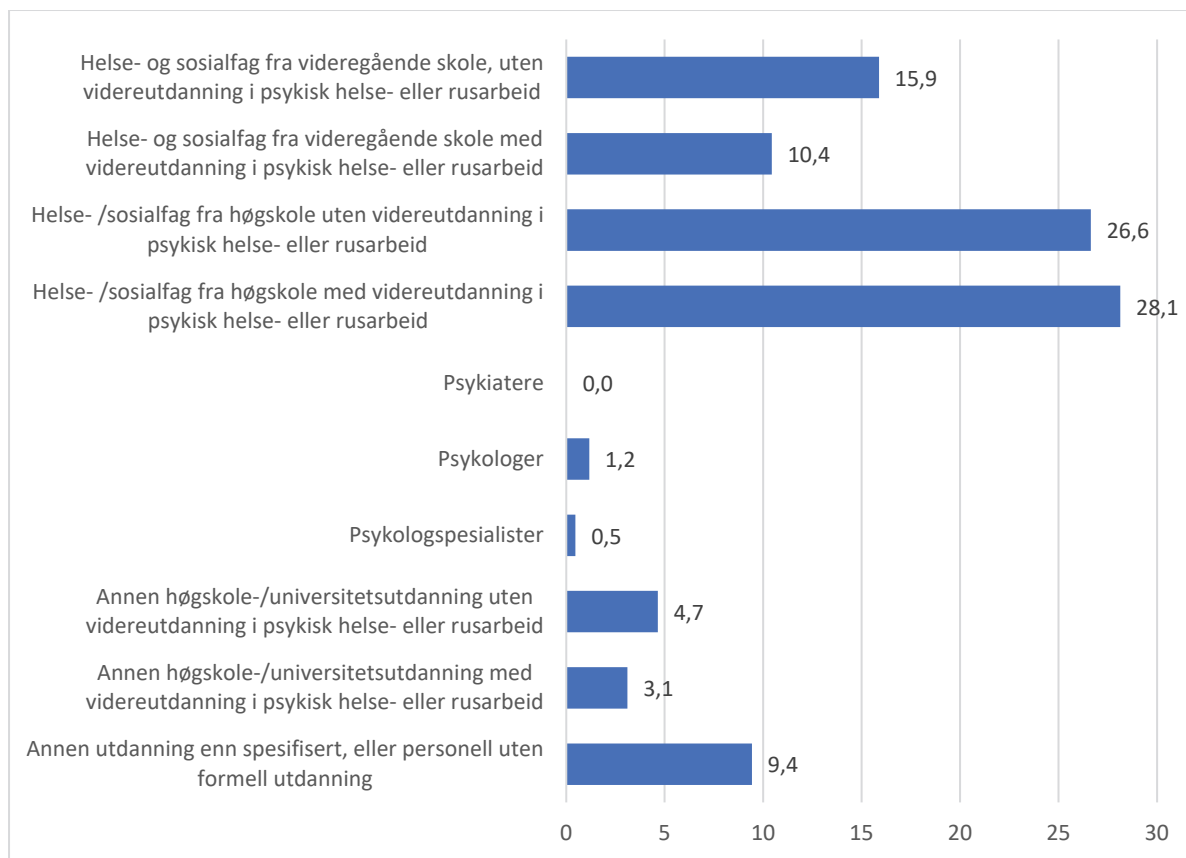
De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om fem årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert 213 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2019 og dette utgjør en økning på 14,8 prosent fra 2018. Økningen er særlig sterk for psykologspesialister, med en økning på 12 årsverk, eller 24 prosent.

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 – 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring fra 2018 til 2019	
						Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	1 670	1 754	2 009	2 045	36	1,8
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 293	1 346	1 334	1 344	10	0,8
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	2 882	2 983	3 360	3 429	69	2,1
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 166	3 307	3 555	3 622	67	1,9
Psykiatere	7	6,0	5,8	4	4,5	1	12,5
Psykologer	50	91	113	136	152	16	11,5
Psykologspesialister	23	31	44	49	61	12	23,9
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	500	600	569	600	31	5,4
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	248	299	287	325	401	76	23,3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 126	1095	1 224	1 214	-10	-0,8
<b>Totalt</b>	<b>10 429</b>	<b>11 063</b>	<b>11 534</b>	<b>12 563</b>	<b>12 872</b>	<b>309</b>	<b>2,5</b>

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier fremkommer i figur 5. Psykiatere og psykologer utfører i 2019 samlet 1,7 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen.

Vi har også undersøkt hvor mange kommuner som rapporterer at de har psykologer eller psykologspesialister. Vi finner at alle bydelene i Oslo med unntak av Nordre Aker har rapportert minst ett årsverk av psykologer eller psykologspesialister. Foruten Oslo finner vi at 129 kommuner har rapportert psykologårsverk, mens 55 kommuner har rapportert årsverk av psykologspesialister i tjenester til voksne. Foruten Oslo er det 156 kommuner som har rapportert årsverk enten av psykologer eller psykologspesialister. Dette betyr at 37 prosent av kommunene foreløpig har psykologårsverk rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid.



**Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2019.**

Det er gjort endringer i utdanningskategoriene, men vi har sammenstilt 2015 med tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid i tabell 9. Bruddet i 2014 innebærer særlig relativt færre årsverk med utdanning på videregående skole-nivå og flere med høgskoleutdannelse. Det er stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2019.



**Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015- 2019, voksne.**

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	20	20	15	15	15	16	16
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	12	13	12	12	12	12	11	10
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	24	24	25	27	26	26	27	27
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	23	24	24	29	29	29	28	28
Psykiatere	*	*	*	*	*	0	0,0	0,1	0,0	0,0
Psykologer	0	0	0	0	0	0	0,8	1,0	1,1	1,2
Psykologspesialister	*	*	*	0	0	0	0,3	0,4	0,4	0,5
Annen høgskole- /universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	6	6	5	5	5	5	5	5
Annen høgskole- /universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3
Bruker erfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	1	*	*	*	*
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	8	9	9	10	9
Andre	12	11	10	10	10	*	*	*	*	*
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

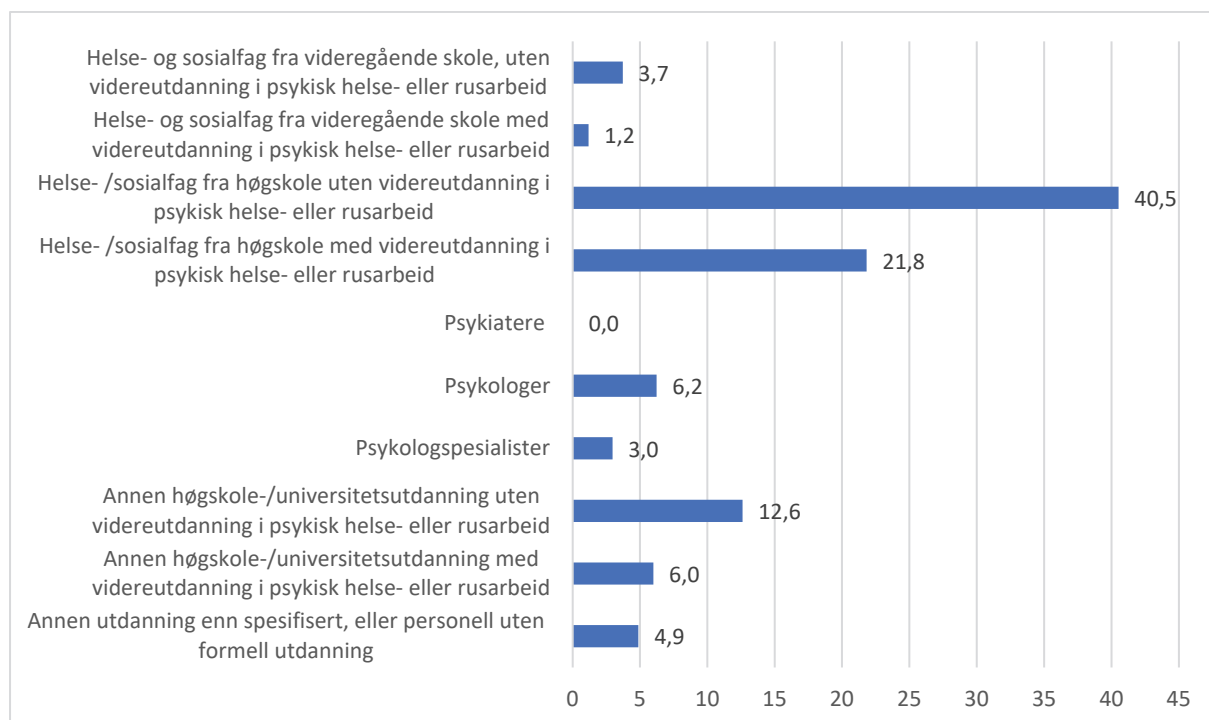
### 1.2.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. I 2019 ble det rapportert om ett årsverk utført av psykiatere i tjenester til barn og unge. Det er en nedgang på 5,5 prosent i årsverk utført av psykologer, men en økning på åtte nye årsverk (7,9 prosent) utført av psykologspesialister. Om vi ser psykologer og psykologspesialister under ett, rapporteres det om en nedgang på 5,2 årsverk og dette utgjør en marginal nedgang på 1,6 prosent.

**Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2019.**

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring fra 2018 til 2019	
						Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	111	106	131	25	23,9
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	65	53	42	-11	-20,7
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 262	1 360	1 430	70	5,1
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	652	734	770	36	4,9
Psykiatere	1	0	7	0	1	1	.
Psykologer	169	196	196,2	233	220	-13	-5,5
Psykologspesialister	62	77	95	97	105	8	7,9
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	380	424	445	21	4,9
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	180	190	211	21	11,3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	151	134	172	38	28,6
<b>Totalt</b>	<b>2 702</b>	<b>2 873</b>	<b>3 099</b>	<b>3 331</b>	<b>3 527</b>	<b>196</b>	<b>5,9</b>

Vi finner at 170 kommuner har rapportert at de har årsverk utført av psykologer, mens 83 kommuner har årsverk utført av psykologspesialister. Det er 205 kommuner som oppgir at de enten har psykologer eller psykologspesialister eller begge, dvs. at 49 prosent av alle kommunene har psykologer/psykologspesialister i tjenestene rettet mot barn og unge. I Oslo er det bydelene Sagene, St. Hanshaugen og Vestre Aker som ikke rapporterer noen årsverk av psykologer eller psykologspesialister.



**Figur 3.7 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2019.**

Psykologer utgjør nå 9,2 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav tre prosent er psykologspesialister og 6,2 prosent er psykologer, jf. figur 3.7.

**Tabell 3.11 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2019.**

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	8	9	7	7	6	4	3	4	3	4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	37	39	40	38	38	39	42	41	41	41
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	14	16	17	18	20	21	21	22	22
Psykiatere	*	*	*	*	*	0	0	0,2	0,0	0,0
Psykologer	5	6	7	6	7	6	7	6,3	7,0	6,2
Psykologspesialister	*	*	*	2	2	2	3	3,1	2,9	3,0
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	16	15	15	14	14	13	12	13	13
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	5	6	5	6	7	6	4	6	6	6
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	0	*	*	*	*
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	6	5	5	4	5
Andre	10	8	8	7	5	*		*	*	*
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Det er ikke betydelige endringer i årsverkssammensetningen i tjenester og tiltak til barn og unge fra 2018 til 2019.

### 3.2 ANSATTE MED ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING INNEN PSYKISK HELSE OG/ELLER RUS

I 2019 har 27 prosent av alle landets kommuner (n=112) rapportert at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. Totalt er det rapportert om 167,4 slike årsverk. Det er 16 kommuner som har rapportert at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid, totalt 13,5 årsverk.

Dette er en økning fra 2018 da 24 prosent av kommunene rapporterte om totalt 147 slike årsverk i tjenester til voksne og 13,5 årsverk i tjenester til barn og unge.

Det er også spurt om noen av årsverkene inkluderer årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere. Vi finner at 183 kommuner/bydeler (42 prosent) svarer bekreftende på dette i 2019. Dette er en økning fra 29 prosent (n=126) i 2018.

Totalt har kommunene/bydelene rapportert at de har 474 årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak i 2019. Av disse har Oslo kommunes Velferdsetaten rapportert 120 årsverk og Bergen kommune har rapportert 84 årsverk. I 2018 ble det rapportert om totalt 228 årsverk, så det er en betydelig økning.

### 3.3 OPPSUMMERING

I 2019 ble det totalt rapportert 16 399 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, mot 15894 i 2018. Dette gir en økning i antall årsverk på 3,2 prosent, fordelt på 2,5 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 5,9 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

I tjenester og tiltak til voksne i målgruppen, rapporteres det om fortsatt vekst i alle typer tjenester/tiltak med unntak av kategorien "Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud" der samme antall årsverk er rapportert for 2019 som for 2018. Den sterkeste prosentvise veksten er i "Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak", med 38 nye årsverk (8,8 prosent vekst). I antall årsverk (absolutte tall), er veksten sterkest i "Boliger med fast tilknyttet personell", med 156 nye årsverk (3,1 prosent).

I tjenester og tiltak til barn og unge er det også i 2019 rapportert om betydelig vekst i helsestasjon- og skolehelsetjeneste med 107 nye årsverk (7,1 prosent økning) og 85 flere årsverk i kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid" (økning på 5,4 prosent).

Psykologene og psykologspesialistene utfører nå 1,7 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot voksne (økning på 28 årsverk fra 2018 til 2019) og 9,2 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge (nedgang på 5,2 årsverk fra 2018 til 2019).

Det er 157 kommuner som har rapportert årsverk utført enten av psykologer eller psykologspesialister i tjenester til voksne, dvs. at 37 prosent av kommunene nå har denne kompetansen i tjenester rettet mot voksne. Andelen er høyere i tjenester rettet mot barn og unge, og her har 49 prosent av kommunene denne kompetansen. Det er 232 kommuner (55 prosent) som våren 2019 rapporterer at de har årsverk utført av psykologer eller psykologspesialister rettet mot enten voksne og/eller barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid.

## 4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapittelet fordeler vi årsverkene for 2019 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke og til slutt grupperer vi kommunene etter HF-opptaksområde og helseregion (RHF). I 2018 gikk antall kommuner ned fra 426 til 422 kommuner, og det er ingen endringer i antall kommuner fra 2018 til 2019. Med Oslo på bydelsnivå og to etater som rapporterer, er det 438 kommuner/bydeler i 2019.

### 4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Fra tabell 4.1 ser vi at mens 51 prosent av kommunene har under 5 000 innbyggere, utgjør dette kun ni prosent av befolkningen. De 15 største kommunene, med over 50 000 innbyggere, utgjør foruten Oslo tre prosent av kommunene og 28 prosent av innbyggerne- Oslo dekker nå 13 prosent av befolkningen.

**Tabell 4.1** Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr 1. januar 2019. Kilde: SSB

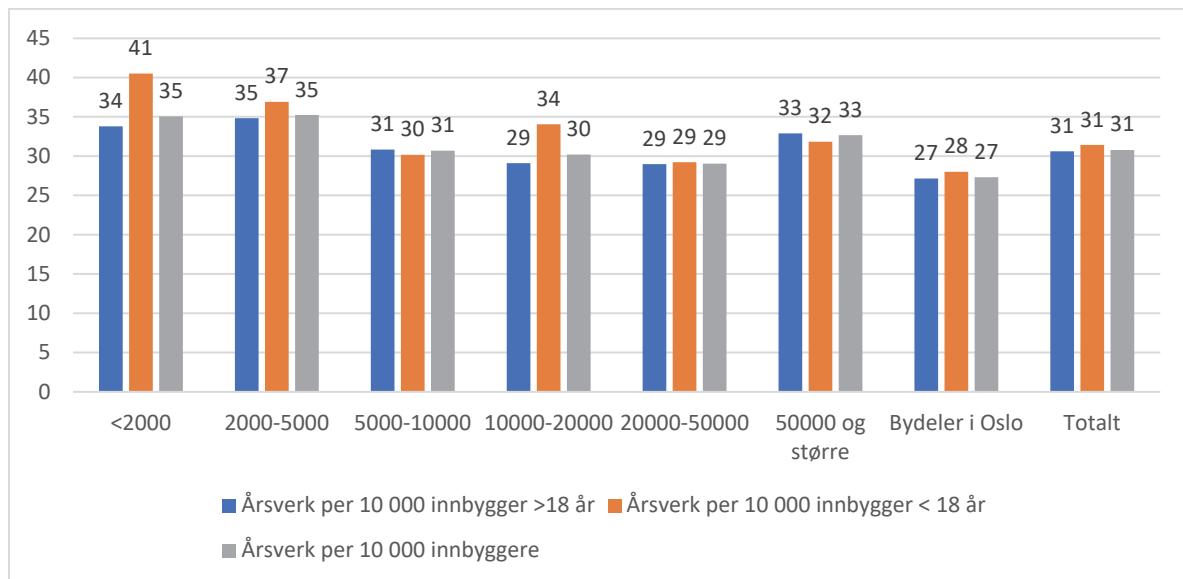
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	95	22	21 928	2	94 181	2	116 109	2
2000-5000	125	29	80 177	7	319 154	8	399 331	7
5000-10000	89	20	131 855	12	491 774	12	623 629	12
10000-20000	54	12	170 986	15	597 763	14	768 749	14
20000-50000	43	10	271 477	24	989 625	24	1 261 102	24
50000 og større	15	3	313 875	28	1 164 346	28	1 478 221	28
Bydel i Oslo*	17	4	132 210	12	548 861	13	681 071	13
Landet	438	100	1 122 508	100	4 205 704	100	5 328 212	100

\* 15 bydeler og to etater (Velferdsetaten og Helseetaten).

**Tabell 4.2** Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr 1. januar 2019.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
<2000	318	89	407	34	41	35
2000-5000	1 111	296	1 407	35	37	35
5000-10000	1 517	398	1 914	31	30	31
10000-20000	1 740	582	2 322	29	34	30
20000-50000	2 868	793	3 661	29	29	29
50000 og større	3 830	999	4 828	33	32	33
Bydeler i Oslo	1 489	370	1 859	27	28	27
Totalt	12 872	3 527	16 399	31	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 4.2 er vist i figur 4.1.



Figur 4.1 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2018.

I tjenester til voksne er det vekst i alle kommunegrupper med unntak av kommuner med 5000 – 10000 innbyggere og bydeler i Oslo der det er en liten nedgang. I tjenester til barn og unge er det vekst i alle kommunegrupper med unntak av kommuner med 10000-50000 innbyggere der det ikke observeres noen endring fra 2018 til 2019. Veksten er sterkest i de aller minste kommunene både i tjenester til voksne og til barn og unge.

#### 4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

Nordland har 44 kommuner (ti prosent av alle kommuner) og er dermed det største fylket målt i antall kommuner, og innbyggerne i Nordland utgjør fem prosent av befolkningen. Aust-Agder og Vest-Agder har hver tre prosent av kommunene og har hhv. to og fire prosent av befolkningen. Oslo og Akershus har tilsammen hver fjerde innbygger. Neste år, i 2020, vil det være 11 fylker i Norge og det er kun Nordland, Møre og Romsdal, Rogaland og Oslo kommune som vil videreføres som i dag.

Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr 1. januar 2019. Kilde: SSB.

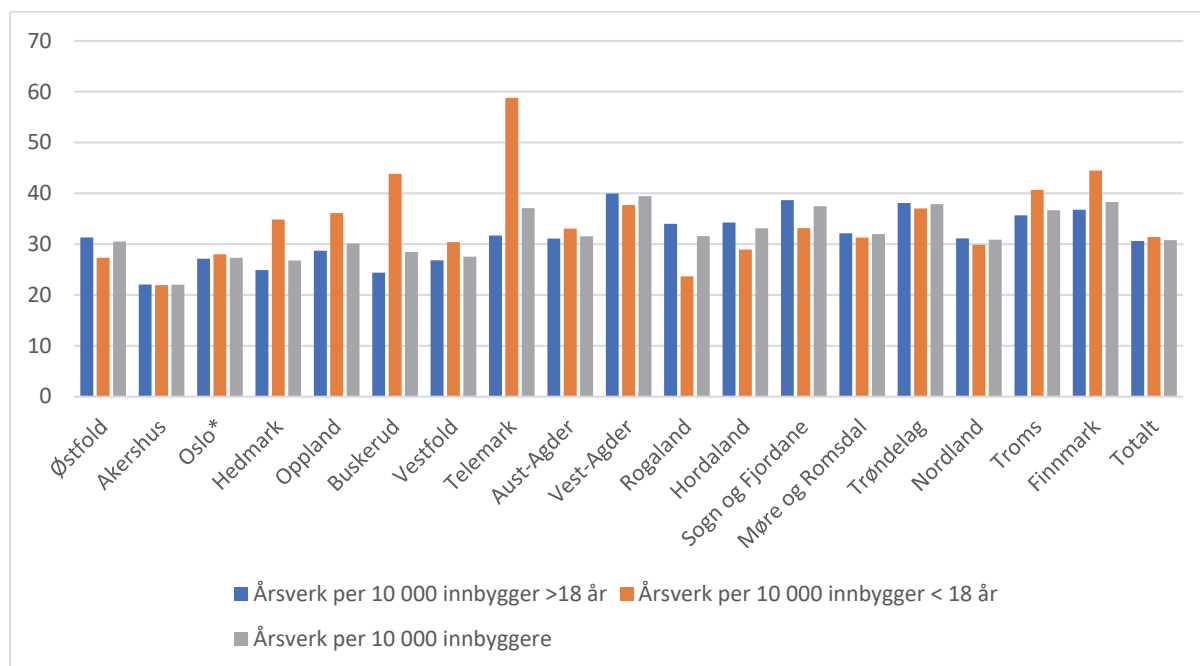
	Antall kommuner/bydeler		Innbyggere < 18 år		Innbyggere > 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	18	4	60 872	5	236 648	6	297 520	6
Akershus	22	5	144 108	13	479 947	11	624 055	12
Oslo*	17	4	132 210	12	548 861	13	681 071	13
Hedmark	22	5	37 275	3	160 131	4	197 406	4
Oppland	26	6	36 185	3	153 360	4	189 545	4
Buskerud	21	5	59 187	5	223 961	5	283 148	5
Vestfold	9	2	51 281	5	199 797	5	251 078	5
Telemark	18	4	34 307	3	139 011	3	173 318	3
Aust-Agder	15	3	25 518	2	92 137	2	117 655	2
Vest-Agder	15	3	42 061	4	145 528	3	187 589	4
Rogaland	26	6	112 030	10	363 624	9	475 654	9
Hordaland	33	8	113 659	10	410 836	10	524 495	10
Sogn og Fjordane	26	6	23 814	2	85 960	2	109 774	2
Møre og Romsdal	35	8	56 366	5	209 026	5	265 392	5
Trøndelag	48	11	96 621	9	367 439	9	464 060	9
Nordland	44	10	48 492	4	194 893	5	243 385	5
Troms	24	5	33 438	3	133 764	3	167 202	3
Finnmark	19	4	15 084	1	60 781	1	75 865	1
<b>Totalt</b>	<b>438</b>	<b>100</b>	<b>1 122 508</b>	<b>100</b>	<b>4 205 704</b>	<b>100</b>	<b>5 328 212</b>	<b>100</b>

\* 15 bydeler og to etater (Velferdsetaten og Helseetaten).

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, fylke pr 1. januar 2019.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Østfold	741	166	907	31	27	30
Akershus	1 059	316	1 375	22	22	22
Oslo*	1 489	370	1 859	27	28	27
Hedmark	399	130	528	25	35	27
Oppland	440	131	571	29	36	30
Buskerud	546	259	806	24	44	28
Vestfold	536	156	692	27	30	28
Telemark	441	202	642	32	59	37
Aust-Agder	287	84	371	31	33	32
Vest-Agder	581	159	740	40	38	39
Rogaland	1 236	265	1 501	34	24	32
Hordaland	1 407	329	1 736	34	29	33
Sogn og Fjordane	332	79	411	39	33	37
Møre og Romsdal	672	176	848	32	31	32
Trøndelag	1 399	358	1 757	38	37	38
Nordland	607	145	751	31	30	31
Troms	477	136	613	36	41	37
Finnmark	223	67	290	37	44	38
Totalt	12 872	3 527	16 399	31	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 4.4 er vist i figur 4.2.



Figur 4.2 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2019.

Fra figur 4.2 ser vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Telemark, Buskerud og Finnmark, mens fylkene Akershus og Rogaland ligger lavt. For voksne er det særlig Vest-Agder, Sogn og Fjordane og



Trøndelag som rapporterer mange årsverk pr. innbygger, mens Akershus, Buskerud og Hedmark ligger lavt.

#### 4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i helseforetak.<sup>17</sup> Årsverkene i Helseetaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 4.5 ser vi at Ahus-området tar opp ti prosent av befolkningen, mens Vestre Viken dekker ni prosent av befolkningen. Det minste helseforetaket, Helse Finnmark med 19 kommuner i sitt opptaksområde, har én prosent av befolkningen i sitt opptaksområde, mens Helse Sogn og Fjordane har to prosent av befolkningen og dekker 26 kommuner. Fordi Nordland er delt i Helgeland og Nordland-området, er det Helse Innlandet som desidert har flest kommuner i sitt opptaksområde, med hele 47 kommuner (11 prosent av alle kommunene). Befolkningen i disse kommunene utgjør sju prosent av totalbefolkningen.

Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr 1. januar 2019. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/ bydeler		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	17	4	236 093	6	60 754	5	296 847	6
Ahus-området	24	5	421 948	10	124 365	11	546 313	10
OUS-området	6	1	215 169	5	59 216	5	274 385	5
Lovisenberg-området	5	1	132 359	3	22 568	2	154 927	3
Diakonhjemmet-området	3	1	115 973	3	25 837	2	141 810	3
Innlandet	47	11	308 061	7	72 044	6	380 105	7
Vestre Viken-området	26	6	386 436	9	108 511	10	494 947	9
Vestfold	7	2	186 666	4	47 823	4	234 489	4
Telemark	18	4	139 011	3	34 307	3	173 318	3
Sørlandet	30	7	237 665	6	67 579	6	305 244	6
Helse Stavanger-området	18	4	279 598	7	87 447	8	367 045	7
Helse Fonna-området	19	4	139 656	3	40 652	4	180 308	3
Helse Bergen-området	22	5	355 206	8	97 590	9	452 796	8
Sogn og Fjordane	26	6	85 960	2	23 814	2	109 774	2
Møre og Romsdal	35	8	209 026	5	56 366	5	265 392	5
St. Olavs-området	26	6	261 717	6	67 761	6	329 478	6
Nord-Trøndelag	22	5	105 722	3	28 860	3	134 582	3
Helgeland	18	4	62 733	1	15 743	1	78 476	1
Nordland-området	21	5	111 192	3	27 894	2	139 086	3
UNN-området	29	7	154 732	4	38 293	3	193 025	4
Finnmark	19	4	60 781	1	15 084	1	75 865	1
Landet	438	100	4 205 704	100	1 122 508	100	5 328 212	100

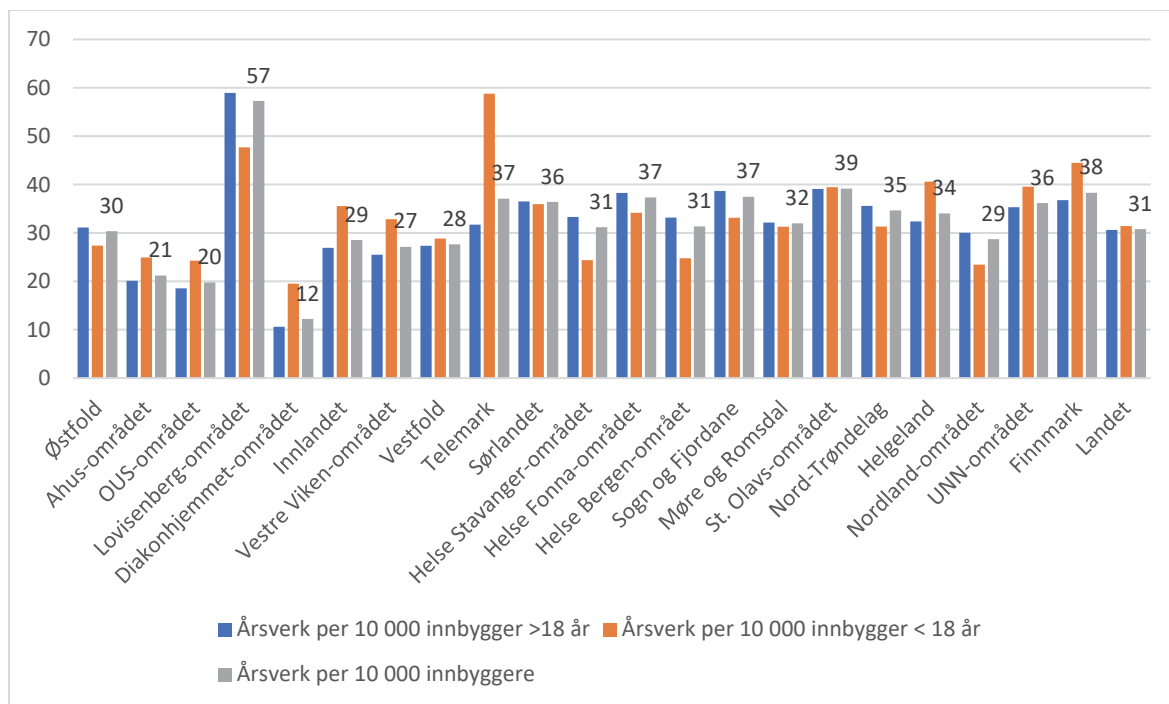
<sup>17</sup> Takk til seniorrådgiverne Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng i Helsedirektoratet som har lånt oss syntaksen sin og forklart endringer fra forrige år.

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, HF-område pr 1. januar 2019.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 Innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 Innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Østfold	735	166	901	31	27	30
Ahus-området	848	310	1 158	20	25	21
OUS-området	399	144	543	19	24	20
Lovisenberg-området	780	108	887	59	48	57
Diakonhjemmet-området	123	50	174	11	20	12
Innlandet	829	256	1 085	27	36	29
Vestre Viken-området	986	356	1 342	26	33	27
Vestfold	511	138	648	27	29	28
Telemark	441	202	642	32	59	37
Sørlandet	868	243	1 111	37	36	36
Helse Stavanger-området	931	213	1 144	33	24	31
Helse Fonna-området	535	139	673	38	34	37
Helse Bergen-området	1 178	242	1 419	33	25	31
Sogn og Fjordane	332	79	411	39	33	37
Møre og Romsdal	672	176	848	32	31	32
St. Olavs-området	1 023	267	1 290	39	39	39
Nord-Trøndelag	376	90	466	36	31	35
Helgeland	203	64	267	32	41	34
Nordland-området	334	65	399	30	23	29
UNN-området	547	151	698	35	40	36
Finnmark	223	67	290	37	44	38
Landet	12 872	3 527	16 399	31	31	31

\* Årsverkene i helseetaten og i Velferdsetaten i Oslo er lagt til Lovisenberg-området

De tre siste kolonnene i tabell 4.6 er vist i figur 4.3.



Figur 4.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, HF-område, 2019.

Det er betydelig variasjon i årsverk pr. innbygger etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det rapportert mange årsverk i forhold til innbyggertallet i bydelen. I tjenester til voksne skyldes dette i stor grad at Velferdsetatens årsverk er inkludert i opptaksområdet, og det er rapportert 470 årsverk til voksne fra Velferdsetaten og ingen årsverk til barn og unge. Så for barn og unge er det reelt at det er rapportert mange årsverk fra bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo. Diakonhjemmet har betydelig lavere årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sitt opptaksområde (bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker) enn øvrige HF, særlig i tjenester til voksne.

#### 4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

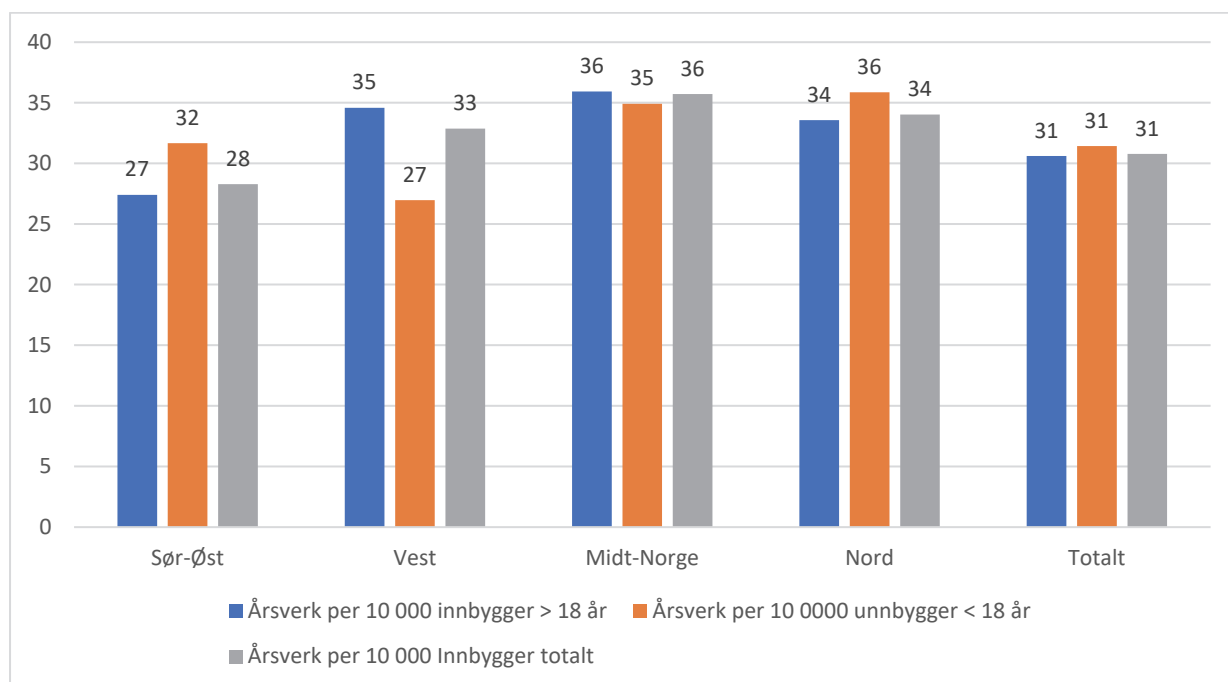
Som vist i tabell 4.7 har helseregion Sør-Øst 56 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest, Midt-Norge og i Nord. Det er ingen tydelige skjevheter i innbyggere over og under 18 år i noen av helseregionene.

Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, helseregion pr 1. januar 2018. Kilde: SSB.

	Antall kommuner		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sør-Øst	184	42	2 379 381	57	623 004	56	3 002 385	56
Vest	85	19	860 420	20	249 503	22	1 109 923	21
Midt-Norge	83	19	576 465	14	152 987	14	729 452	14
Nord	87	20	389 438	9	97 014	9	486 452	9
Totalt	438	100	4 205 704	100	1 122 508	100	5 328 212	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, helseregion pr 1. januar 2019.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Sør-Øst	6 519	1 973	8 491	27	32	28
Vest	2 975	673	3 648	35	27	33
Midt-Norge	2 071	534	2 605	36	35	36
Nord	1 307	348	1 655	34	36	34
Totalt	12 872	3 527	16 399	31	31	31



Figur 4.4 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, helseregion, 2019.

I samsvar med funnene tidligere i kapittelet, ligger Helse Vest lavest for barn og unge når det gjelder kommunale årsverk innen psykisk helse- og rus, mens Helse Nord ligger høyest. Helse Sør-Øst har lavest årsverksinnsats for voksne i sine opptakskommuner, og kommunene i Midt-Norge har nå høyest årsverksinnsats rettet mot voksne.

#### 4.5 OPPSUMMERING

Små kommuner har typisk flere årsverk pr. innbyggere enn store kommuner, men sammenhengene er ikke tydelig lineære og det har særlig vært årsverksvekst i de større kommunene så forskjellene utjevnes.

## 5 HOVEDFORLØP

Kommunene har de siste årene blitt bedt om å gjøre en skjønnsmessig kategorisering av tjenestemottakere i tre ulike bruker- og pasientforløp beskrevet i veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; "Sammen om mestring" (Helsedirektoratet, 2014)<sup>18</sup>. Veilederen definerer tre forløp basert på problemenes art, alvorlighetsgrad og varighet, og det gis veiledende forslag til forebyggende tiltak, kartlegging og utredning, samt behandling og oppfølging:

### HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

Eksempler:

- Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- Bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt
- Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

### HOVEDFORLØP 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Eksempler:

- Akutte psykoser med god prognose
- Tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- Illegale rusmidler uten avhengighet
- Langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

### HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Eksempler:

- Medikament- eller rusmiddelavhengighet
- Alvorlige bipolare lidelser
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser

Kommunene blir bedt om å fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de rapporterer på tiltakskategorier og utdanningskategorie. Det er femte år på rad at kommunene bes om å gjennomføre en slik fordeling, og presisjonen har blitt bedre, selv om det fortsatt er avvik i tallene. I 2018 var det 45 kommuner/bydeler som valgte å ikke rapporterte noe på hovedforløp i tjenester for voksne, selv om

---

<sup>18</sup><https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

de hadde rapportert årsverk på tiltak og utdanningskategorier. Dette var en økning fra 2017, men i 2019 ser vi at tallet har gått ned igjen til 38 kommuner/bydeler. Den samme utviklingen ser vi i tjenester for barn og unge, der antallet kommuner/bydeler som i 2017 manglet rapportering var 67, ned til 61 kommuner/bydeler i 2018 og nå 57 kommuner i 2019. Helse- og velferdsetaten i Oslo bidrar også med svar i rapporteringen, og inngår i de 438 kommune/bydelene som utgjør grunnlaget på nasjonalt nivå.

I det følgende presenterer vi årsverk fordelt på hovedforløp på nasjonalt nivå. Vi baserer andelene i de ulike forløpene på de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom det som var rapportert på ulike tiltak og det som var rapportert på hovedforløp. Dette fordi en del av kommunene hadde betydelige avvik i forløpsrapporteringen, som gir et skjevt bilde av situasjonen. Videre presenteres kommunenes vurdering av tilbudet de gir til brukere i de ulike forløpene. Her er alle kommunene som har gjort en vurdering tatt med. Vi kommenterer også utviklingen fra 2017 til 2018.

## 5.1 DATAGRUNNLAG

Spørsmålene som gjaldt fordeling av tiltak på hovedforløp skilte mellom årsverk i tjenester til voksne og barn/unge.

Eksempel fra rapportering psykisk helsearbeid og/eller rusarbeid for tjenester til barn/unge:

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

Barn og unge med nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker og/eller rusproblemer, dvs. vansker på viktige livsområder som f.eks. på skolen eller sosialt.

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller ruslidelser med betydelig nedsatt funksjon, dvs. alvorlige problemer som varer over tid.

Videre fikk kommunene spørsmålet "Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med dette hovedforløpet?". Svaralternativer for hvert av forløpene var: Svært godt tilbud, godt tilbud, middels, dårlig tilbud, svært dårlig tilbud.

## 5.2 RESPONS

Respondentene skal fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de har rapportert på tiltak og utdanningskategorier, men for mange av kommunene er dette utfordrende å få til. Det blir presisert i skjemaet at den som rapporterer må sjekke at totalt antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og hovedforløp er det samme. I tilbakemeldingene fra kommunene skriver flere kommuner fortsatt at de ikke har systemer for å ta ut slik informasjon, og at det er vanskelig å gjøre en skjønnsmessig vurdering. Feilmarginen på hovedforløpsfordelingen har gått ned over tid. I tabellen under ser vi at hvis vi fjerner de kommunene som har mer enn ett årsverk i pluss eller minus på forløpsfordelingen sammenliknet med det de har rapportert på tiltak, har vi med 78 prosent av årsverkene for voksne og 82 prosent av årsverkene for barn og unge. Dette er henholdsvis tre og ti prosentpoeng bedre enn i 2018. I grunnlaget

for videre beskrivelser av forløpsfordelingen baserer vi oss på de kommunene som bare har maks ett årsverk i pluss eller minus sammenliknet med årsverkene de har fordelt på tiltak og utdanning.

**Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp (+/- ett årsverk avvik) i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, rapporteringsåret 2019**

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall	Antall
Årsverk tiltak	12 872	3 527	16 399	438	438
Årsverk hovedforløp	10 061	2 880	12 941	357	368
% fordelt på hovedforløp med avvik +/- ett årsverk	78	82	79	82	84

### 5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 5.2 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017, 2018 og 2019. Det er relativt få endringer i den andelsmessige fordelingen fra år til år. I tjenester for voksne gikk 64 prosent av årsverkene til brukere i hovedforløp 3, mens ett av fire årsverk gikk til brukere i hovedforløp 2. Som i 2018 anslår kommunene/bydelene at rundt 11 prosent av årsverksinnsatsen går til brukere med milde og kortvarige problemer.

**Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2017-2019**

	Antall			Andel		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Hovedforløp 1	1092	1024	1106	10	11	11
Hovedforløp 2	2779	2425	2532	27	26	25
Hovedforløp 3	6649	5923	6423	63	63	64
Totalt	10520	9372	10061	100	100	100

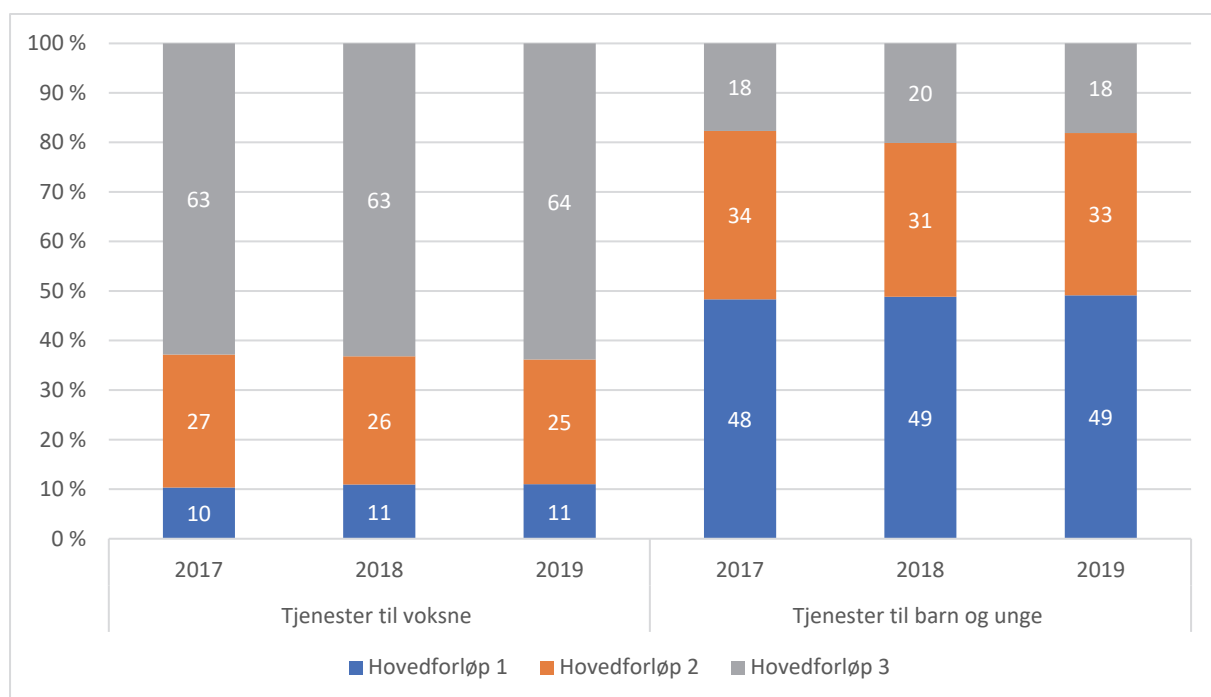
### 5.4 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)

Tabell 5.3 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for barn og unge i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017, 2018 og 2019. Som tidligere var det noen kommuner som hadde store avvik mellom årsverk rapportert på tiltak, og årsverk rapportert i forløp, og vi presenterer derfor tall for de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom tiltak og forløp. For 2017-2019 ser vi at rundt halvparten av årsverkene i tjenester for barn og unge går til brukere med milde og kortvarige problemer, én tredjedel går til brukere med kortvarige alvorlige eller langvarige milde lidelser og problemer, mens 18 prosent går til brukere med alvorlige langvarige lidelser. Tallene er relativt stabile i denne treårsperioden, med litt flere i hovedforløp 2 og litt færre i hovedforløp 3 i 2019.

**Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2017-2019**

	Antall			Andel		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Hovedforløp 1	1262	1160	1407	48	49	49
Hovedforløp 2	888	737	939	34	31	33
Hovedforløp 3	462	493	535	18	20	18
<b>Totalt</b>	<b>2612</b>	<b>2390</b>	<b>2880</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

I figuren under har vi oppsummert utviklingen i andel de tre siste årene, og ser at det er marginale endringer fra år til år.

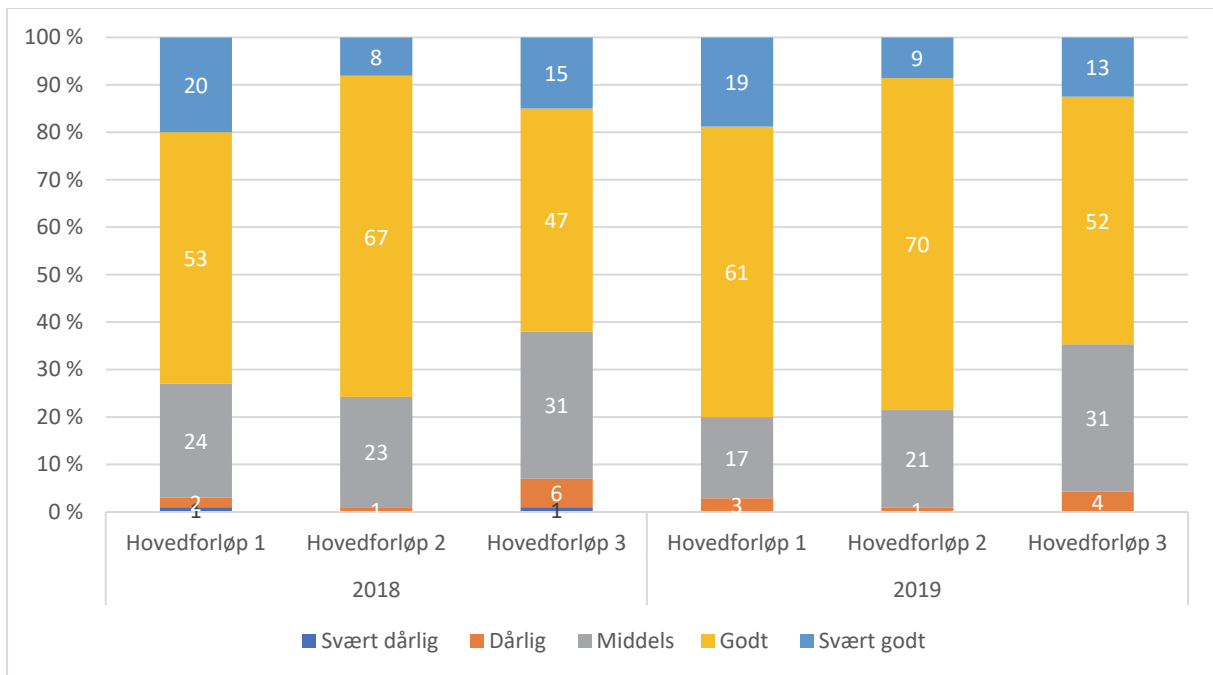


**Figur 5.1 Andel (%) av årsverkene som er rettet mot brukere i hhv. hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, årene 2017-2019**

## 5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

Nesten alle kommunene og bydelene (95 prosent) har gitt en vurdering av tilbudet fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne i 2019. Dette er to prosentpoeng færre enn i 2018. I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvise fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene.

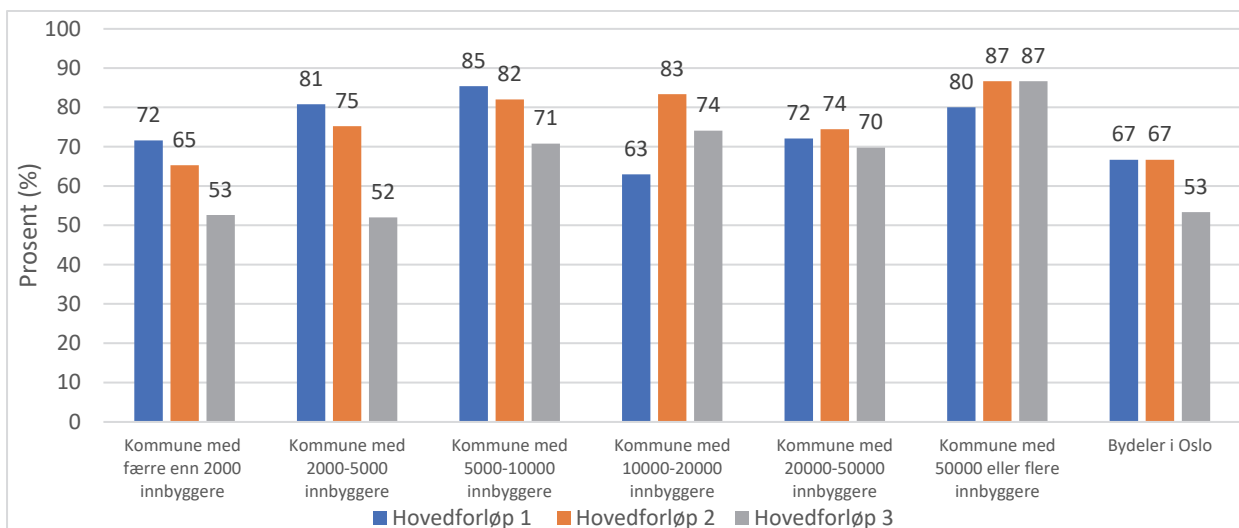




**Figur 5.2** Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp i 2018 og 2019. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; 2018: Hovedforløp 1: n = 419, Hovedforløp 2: n = 424, Hovedforløp 3: n = 423. 2019: Hovedforløp 1: n = 416, hovedforløp 2: n = 419, hovedforløp 3: n = 417.

Det samlede tilbudet i tjenester til voksne i hovedforløp 1 vurderes som godt eller svært godt av ca. 73 prosent av respondentene i 2018, og 80 prosent av respondentene i 2019. Her har det blitt betraktelig flere som svarer at tilbudet til brukere i hovedforløp 1 har blitt bedre, og den positive utviklingen gjelder også for hovedforløp 2 og 3. Sju prosent av utvalget vurderte tilbudet til de mest alvorlig syke som dårlig eller svært dårlig i 2018, mens dette i 2019 gjelder for fire prosent av respondentene.

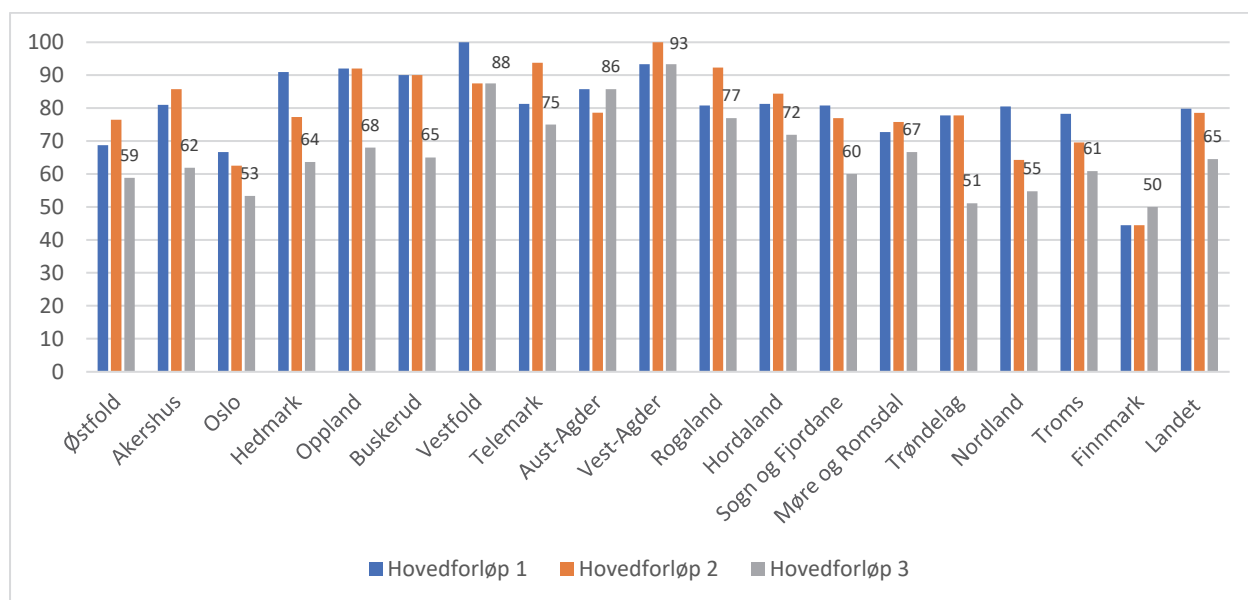
Videre har vi sett nærmere på de kommunene som har rapportert at de vurderer tilbudet til voksne som godt eller svært godt, og beregnet prosentandel av kommunene som svarte dette innenfor ulike kommunestørrelsesgrupper (antall innbyggere) for hvert av de tre hovedforløpene.



**Figur 5.3** Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Figuren over viser at de aller mest innbyggerrike kommunene er relativt godt fornøyd med tjenestetilbudet til voksne i alle hovedforløp, mens de mindre kommunene ikke er like fornøyd med det tilbudet som gis de aller mest belastede brukerne i hovedforløp 3. Dette er samme resultat som for 2017 og 2018. Kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere er signifikant mer fornøyd med tilbudet til brukere i hovedforløp 1, sammenliknet med de øvrige kommunegruppene. Bydelene i Oslo lå i 2018 under de øvrige kommunegruppene på alle tre hovedforløp, men i 2019 er det jevnere. Ti av bydelene var godt eller svært godt fornøyd med tilbudet til de som befinner seg i hovedforløp 1 (fire flere enn i 2018), ti bydelar var fornøyd med hovedforløp 2 (én færre enn i 2018), mens åtte bydelar var fornøyd med tilbudet til de i hovedforløp 3 (samme som i 2018). Da vi testet for statistisk signifikans, ser vi at de største kommunene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet i både hovedforløp 2 og 3.

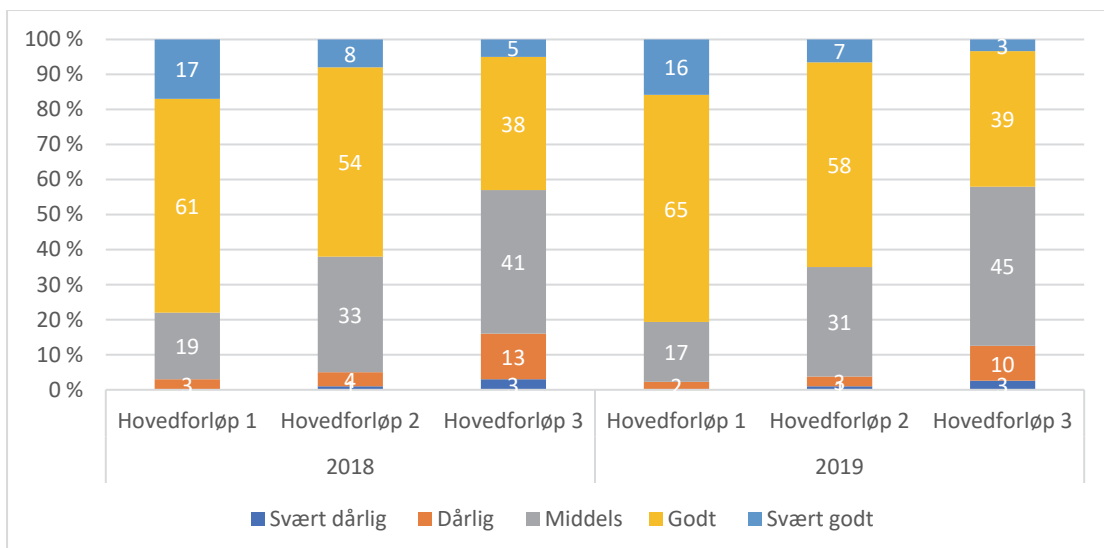
I neste figur viser vi andel kommuner som har vurdert tilbudet til å være godt eller svært godt fordelt på fylke. Her finner vi ikke at forskjellene mellom fylkene er systematiske.



Figur 5.4 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2019, fylke.

## 5.6 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

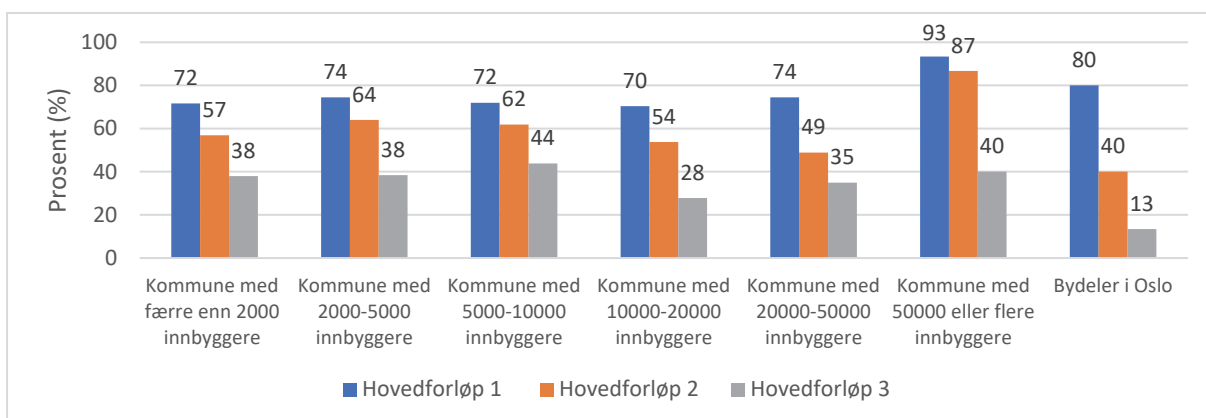
Omtrent 90 prosent av kommunene/bydelene gav en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge. I figur 5.5 presenteres vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge.



**Figur 5.5** Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp for 2018 og 2019. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; 2018: Hovedforløp 1: n = 392, Hovedforløp 2: n = 388, Hovedforløp 3: n = 366. 2019: Hovedforløp 1: n = 399, Hovedforløp 2: n = 397, Hovedforløp 3: n = 383.

Som vi ser av figuren, er det små forskjeller på søylene de to siste årene. I 2017 og 2018 mente 78 prosent av kommunene/bydelene at de er godt/svært godt fornøyd med det samlede tilbudet til brukergruppen i hovedforløp 1, dette tallet steg til 81 prosent i 2019. Tilsvarende var 62 prosent av kommunene godt/svært godt fornøyd med tiltakene til brukerne i hovedforløp 2 i 2018, mens dette steg til 65 prosent i 2019. 42 prosent var godt/svært godt fornøyd med tjenestene til de som er i hovedforløp 3 i 2019, ned ett prosentpoeng fra i fjor.

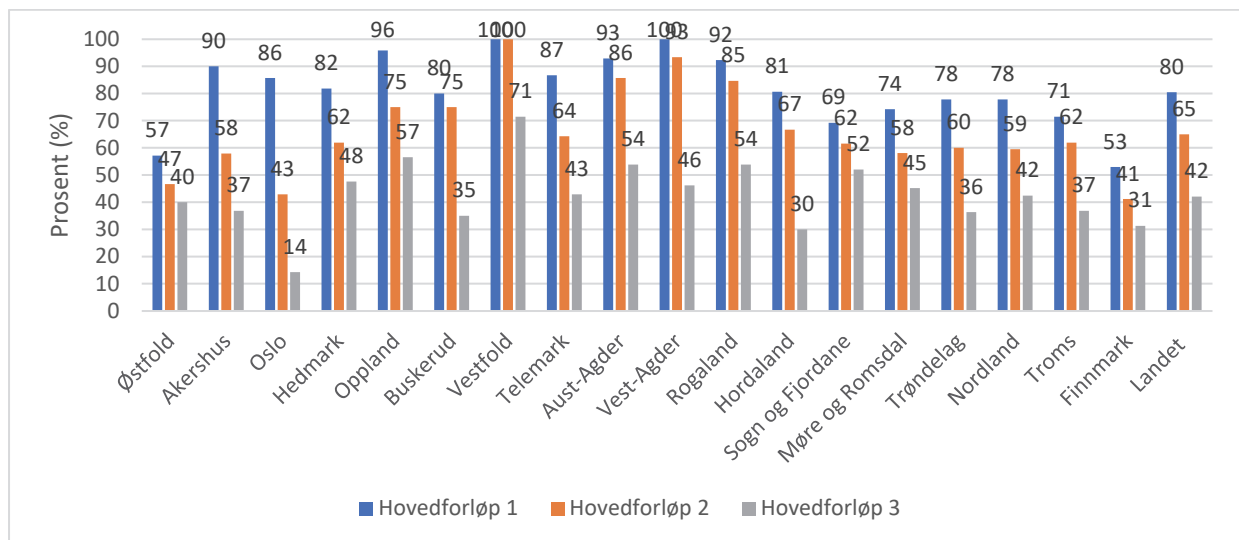
Få kommuner vurderer tilbudene til brukere/pasienter i hovedforløp 1 og 2 som dårlige, men det var 16 prosent av kommunene/bydelene som vurderte at de hadde et dårlig, eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige psykisk helse- og rusproblemer i 2018. I 2019 hadde dette blitt redusert med tre prosentpoeng til 13 prosent. Videre presenteres de kommunene som har rapportert at de vurderer tilbudet til barn og unge som godt eller svært godt, og beregnet prosentandel av kommunene som svarte dette innenfor ulike kommunestørrelsesgrupper (antall innbyggere) for hvert av de tre hovedforløpene.



**Figur 5.6** Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Graden av fornøydheten er synkende med alvorligere hovedforløp for brukerne. De er mest fornøyd med tilbudet til de minst syke brukerne. Av kommunene som besvarte spørsmålet om vurdering av tjenestene for barn og unge, svarte 72 prosent av de minste kommunene (<2000 innbyggere) at de var godt/svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1 (opp fra 71 prosent i 2018). Det er liten forskjell mellom kommunegruppenes vurdering av hovedforløp 1 i kommuner med under 50 000 innbyggere, mens de aller største kommunene og bydelene i Oslo har en høy andel som svarer at de er godt eller svært godt fornøyd. Det var ikke systematiske forskjeller mellom kommunegruppene for hovedforløp 1. Det er lavere grad av fornøydhet med hovedforløp 2, men rundt 50-60 prosent av kommunene i de ulike gruppene er godt eller svært godt fornøyd. De største kommunene skiller seg signifikant positivt fra de andre kommunegruppene basert på innbyggerstørrelse. I bydelene i Oslo der er rundt 40 prosent fornøyd. I Oslo svarer også kun to av bydelene at de er fornøyd med tilbudet til den sykeste brukergruppen (hovedforløp 3). I kommunene varierer fornøydhetsandelen mellom 28 prosent i kommuner med 10 000-20 000 innbyggere til 44 prosent i kommuner med 5 000-10 000 innbyggere. Det er ikke signifikante forskjeller her, dvs. det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike størrelsesgrupper.

Den samme fordelingen av andel som er fornøyd eller svært fornøyd er gitt på fylkesnivå i neste figur. Oppland, Vestfold, Aust- og Vest-Agder, Rogaland skiller seg signifikant positivt fra de andre fylkene når det gjelder hovedforløp 2, men vi fant ikke systematiske forskjeller for hovedforløp 3.



Figur 5.7 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2019, fylke.

## 5.7 KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)

Fagpersonellet som rapporterer fra kommunene og bydelene gis anledning til å legge inn kommentarer i fritekst til de fleste av spørsmålene i skjemaet, og mange benytter seg av denne muligheten. I år har 92 kommuner skrevet en kommentar når det gjaldt hovedforløp for voksne, 97 hadde kommentert tjenester for barn og unge. Fortsatt er det relativt mange kommuner som kommenterer at de synes denne fordelingen på hovedforløp er utfordrende:

*Dette er veldig vanskelig å anslå, og gir oss lite kvalitetssikring av hva vi faktisk vurderer. Vi har valgt å legge alle heldøgnsbemannede omsorgsboliger til hovedforløp 3, men vi vet jo at i enkelttilfeller blir disse overført til hovedforløp 2. (Stor kommune i Oppland)*

Noen tema vi ser går igjen:

- Det virker som de fleste brukere som defineres inn under hovedforløp 3 er de som trenger bolig, og særlig døgnbemannet bolig. Det mangler fortsatt tilbud til de med alvorlige, langvarige lidelser i mange kommuner – og her nevnes som oftest boliger som en mangel, særlig til brukere med ROP-lidelser. Flere av kommunene nevner tilbud til de med ROP-lidelser som en utfordring. En av kommunene skriver at de nå er ferd med å utbedre tilbudet til brukere med ROP-lidelser, etter å ha vært gjennom det landsomfattende tilsynet.
- I de større kommunene er det bedre tilgang til frivillige organisasjoner som har tilbud til de tyngste målgruppene – i mindre kommuner er dette vanskeligere å få til.
- Aktivitetstilbud og arbeidstiltak i kommunal regi etterspørres til de som står langt fra en jobb i ordinært arbeidsliv.
- Rask psykisk helsehjelp nevnes av sju kommuner som et tiltak som vurderes positivt for de som befinner seg i hovedforløp 1-2.
- Mangel på tjenester som er åpne ettermiddag og kveld (dette har kommet opp alle år).
- Flere små og mellomstore kommuner skriver at de mangler psykologkompetanse.

Mangelen på aktivitetstilbud i psykisk helse- og rusarbeid har vært nevnt i kommentarfeltet på dette spørsmålet i flere år:

*Kommunen mangler et stabilt trivselsskapende tilbud for å hindre isolasjon. Dette spesielt for hovedforløp 2 og 3. Kommunen er langstrakt med et dårlig kollektivt transporttilbud. Dette er til hinder for deltakelse i helsefremmende aktiviteter som fysisk aktivitet eller sosiale tiltak. Kommunen mangler aktivt oppsøkende behandlingsteam/ samhandlingsteam for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Liten kommune i Nordland)*

## 5.8 KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)

I det tilsvarende kommentarfeltet ved fordeling av årsverk på hovedforløp for tjenester rettet mot barn og unge, fikk vi kommentarer fra 97 kommuner og bydeler. Det er mindre spredning i tema når det gjelder tjenester til barn og unge. Som foregående år er det hyppige kommentarer på at grunnen til at såpass lav andel i kommunen jobber med de alvorligst syke barna, er at disse behandles i spesialisthelsetjenesten:

*Alvorlig/langvarig problem/lidelser for barn skal gies tilbød i 2 linjetjenesten, derfor ikke prioritert i kommunen. (Liten kommune i Hordaland)*

Dette sitatet representerer oppfatningen mange kommuner har. Men de færreste barn ligger innlagt i spesialisthelsetjenesten i lang tid, og de skal tilbake til kommunen etter endt pakkeforløp. Barn med store og sammensatte behov har også krav på individuell plan og noen som kan koordinere tjenestetilbudet deres i kommunen. Vi spør oss derfor om det trengs en holdningsendring i retning av at kommunale tjenester også har et ansvar for de alvorligst syke barna. Det er flere kommuner som peker på kompetanseutfordringer når det gjelder de sykeste barna, og påpeker at veiledningen fra spesialisthelsetjenesten er mangelfull. En av kommunene nevnte også at det går ut over det forebyggende psykiske helsearbeidet når helsesykepleiere må jobbe med de alvorligst syke barna:

*Dårlig tilbud for alvorlige og langvarige problemer pga. utfordringer med samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen klarer ikke å rekruttere kommunepsykolog (Liten kommune i Hedmark)*

*Nedtak i spesialisthelsetjenesten påvirker hvordan syke hovedforløp 3 er, og det oppleves vanskeligere å gi et godt tilbud til dem nå enn før. Helsepsykiatere blir nå i stor grad involvert i alvorlig syke barn og unge og dette går ut over det forebyggende psykiske helsearbeidet (Stor kommune i Oppland)*

Utfordringer med å rekruttere kommunepsykolog nevnes av flere, og det er også flere kommuner som skriver at de må kjøpe private tjenester til barn og unge i hovedforløp 3.

## 5.9 OPPSUMMERING

De siste fem årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligget svært stabilt de siste tre årene (2017-2019):

Hovedforløp 1: 10-11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-49 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

Hovedforløp 2: 25-27 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 31-34 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Hovedforløp 3: 63-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 18-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. I tjenester for voksne ligger fornøydhetsandelen på rundt 80 prosent for hovedforløp 1 og 2, og på rundt 65 for hovedforløp 3. Det er særlig mangelen på bolig og gode aktivitetstilbud som mangler for de sykeste. Særlig kommuner med mellom 2000 og 10 000 innbyggere, og kommunene i Oppland, Buskerud og Vestfold er godt fornøyd med tilbudet til pasienter i hovedforløp 1. Hovedforløp 2 vurderes stort sett likt som Hovedforløp 1, men med noen prosentpoeng lavere skår. For hovedforløp 3 ser det ut til at man er mer fornøyd i de mellomstore kommunene, og mindre fornøyd i de minste kommunene, i storbyer og i bydelene i Oslo.

I tjenester for barn og unge har det vært en økning i andelen kommuner som er fornøyd med tilbudet til barn/unge i hovedforløp 1. Dette kan henge sammen med at helsestasjons- og skolehelsetjeneste er styrket i antall årsverk på nasjonalt nivå. Det er særlig de største kommunene som er fornøyd med tjenestene til brukere i hovedforløp 1 og 2, mens de øvrige kommunegruppene ligger noe lavere. Bydelen i Oslo skiller seg ut med å være misfornøyd med tilbudet til de alvorligst syke barn og unge. Også kommunene i Buskerud, Hordaland og Finnmark har en relativt lav andel som svarer at de er fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3.

## 6 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

Stortinget har vedtatt Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020. Planen har tre innsatsområder: tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester, og at bevilgningene til rusfeltet vil bli økt med 2,4 mrd. kroner i perioden. I tillegg ble det fattet vedtak om å be regjeringen vurdere å gi alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet og kvinner i LAR tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon. Det ble også vedtatt å be regjeringen sørge for informasjon om LAR-behandling og graviditet

Våren 2016 kartla vi kommunenes forventninger til Opptappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i april 2016. Totalt sa 84 prosent av kommunene noe om hvilke forventninger de hadde til planen og funnene viste at mange kommuner meldte om behov for øremerking av midlene og at de forventet at dette kommer som en del av Opptappingsplanen. Dette handler om at rustjenestene er små tjenester i kommunene, og at det er behov for å sikre at midlene når de riktige brukerne. Like mange sa at de forventet at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning. Mange kommuner oppgav også at de forventet mer midler til forebygging, særlig for barn og unge. Mange hadde forventninger til at boligtilbudet skulle bedres, men også at det skulle bli bedre og mer koordinerte tilbud til målgruppen. Mange forventet også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skulle bli bedre, men også at det interne samarbeidet skulle bedres. Blant de som ikke hadde særlige forventninger til planen i 2016, var det ofte knyttet mot manglende øremerking, men også at en del kommuner er for små til å kunne forventes å bygge ut et omfattende tilbud. Kommunene ba i 2016 om klare føringer fra myndighetene, tilstrekkelig med midler som når frem til målgruppen og en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialist-helsetjenesten.

Våren 2017 var det kun 16 kommuner (fire prosent) som svarte at de ikke var kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), mens 49 kommuner (12 prosent) svarte at de ikke var kjent med at Opptappingsplan for rusfeltet ble tilført økte midler i rammen/frie inntekter til kommunene. Totalt var det 54 prosent av kommunene som svarte at Opptappingsplanen for rusfeltet hadde hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen våren 2017. Den vanligste konsekvensen var at de har fått flere årsverk, og 40 prosent av kommunen oppgav å ha fått flere årsverk. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer ble oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering ble oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent hadde fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området ble oppnådd av 21 prosent av kommunene, mens ti prosent hadde fått flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer. Større grad av involvering av voksne pårørende ble erfart av 11 prosent av kommunene og ni prosent hadde i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft. Ti prosent av kommunene oppgav at de i liten grad hadde sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Det var 72 prosent av kommunene som svarte at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging, i løpet av de to siste årene. Andelen økte tydelig med kommunestørrelse. De fleste som hadde svart at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen, hadde brukt BrukerPlan (61 prosent

av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarte i 2017 at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent hadde benyttet bruker-spør-bruker. Totalt var det 44 prosent av kommunene som svarte at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kunne være gjennom team sammensatt fra ulike faginstanser (for eksempel SLT-team), formelle tverrfaglige samarbeid eller faste møter med informasjonsutveksling.

Våren 2018 oppga nær halvparten av kommunene at de økte midlene i stor grad har vært benyttet til formålet, mens resten svarte i noen eller liten grad. Det var betydelige forskjeller mellom små og store kommuner, og i de minste kommunene svarte 21 prosent at midlene i stor grad ble benyttet til formålet mens andelen var 73 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Seksti prosent av kommunene svarte at Opptappingsplanen har hatt direkte positive konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det er ulike endringer kommunene rapporterer om, og flest (39 prosent) oppgir at planen har ført til at de har fått flere årsverk. Totalt beregnet vi at det hadde kommet 501 nye årsverk som en direkte følge av Opptappingsplanen våren 2018. Dette har gitt økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i 35 prosent av alle kommunene, og hver tredje kommune oppgir at planen har ført til økt brukerinvolvering. Økte midler til kompetanseheving på rusområdet ble rapportert av 27 prosent av kommunene, og 29 prosent oppgav økt kapasitet i tilbudet for personer med milde og moderate rusmiddelrelaterte problemer. Det er 17 prosent av kommunene som rapporterte at de i større grad får involvert voksne som pårørende etter at planen trådte i kraft, mens 12 prosent oppgav at de i større grad får involvert barn som pårørende. Få kommuner (fem prosent) oppgav i 2018 at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. I 2017 var andelen ti prosent. Dette er i stor grad småkommuner. I 2018 svarte 71 prosent at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de siste to årene. De fleste av disse har benyttet brukerplan (47 prosent av alle kommuner), og ti prosent har benyttet Ungdata for å kartlegge rusmiddelsituasjonen, mens tre kommuner oppgir å ha brukt bruker-spør-bruker for å kartlegge rusmiddelsituasjonen. Nær halvparten av kommunene svarer at de ikke har systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusmiddelrelatert problematikk, mens seks prosent svarte at de har slike systemer for voksne, 17 prosent svarer at de har det for unge, mens 27 prosent svarte at de har det for både unge og voksne.

## 6.1 KARTLEGGING VÅREN 2019

I 2019 har vi kartlagt i hvilken grad de økte midlene er brukt til formålet, og om opptappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser for kommunalt rusarbeid det siste året, og hvis ja, hvilke endringer som har forekommet. Vi har også kartlagt hvor mange nye årsverk kommunen har fått som følge av opptappingsplanen, og om kommunene selv mener de har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Videre har vi spurt om kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen og på hvilken måte dette eventuelt er gjort. I tillegg er spørsmål om sikring av brukermedvirkning, system på tvers for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon, samarbeid med fastlegene m.m. De konkrete spørsmålsformuleringene er vist i vedlegg C. Der de samme spørsmålene er tatt med både i 2018 og i 2019, ser vi på utviklingen i fordelingen.



## 6.2 OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET

Som vist i tabell 6.1 er det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad har benyttet de økte midlene til formålet. I 2018 var andelen 46 prosent, så dette er en nedgang. De årlige bevilgningene over kommunerammen er redusert fra 375 mill. kroner i 2018 til 200 mill. kroner i 2019, så dette er i samsvar med nedgangen i bevilgningene.

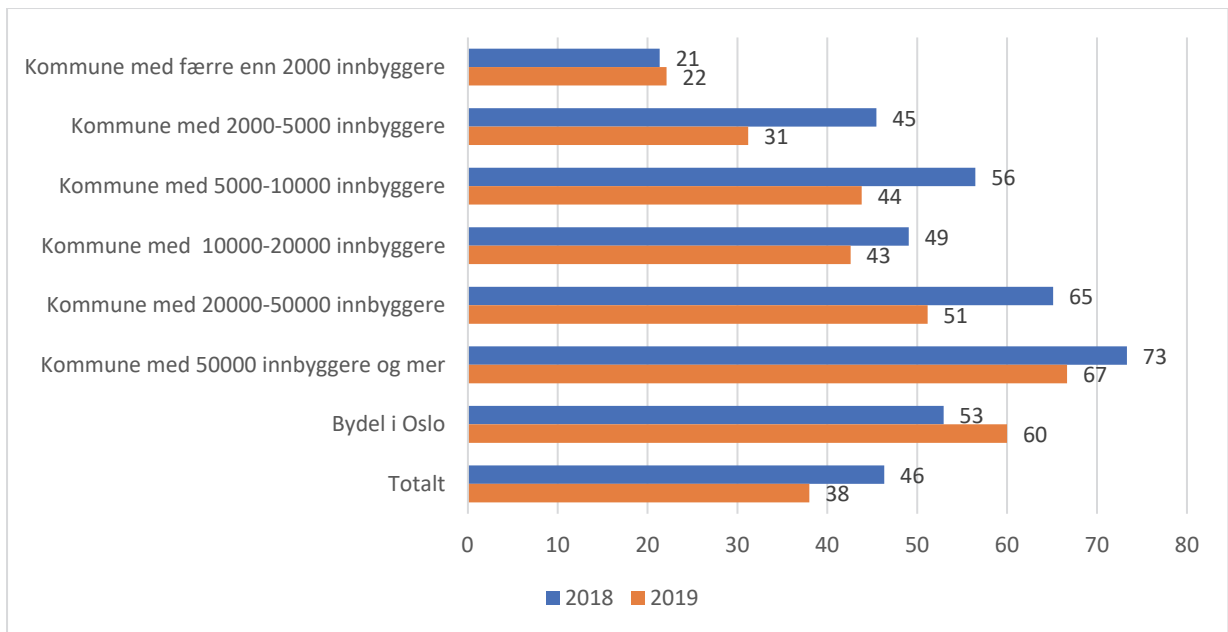
Dette gir en økning i andel kommuner/bydeler som svarer i liten grad eller i svært liten grad, fra 18 prosent til 24 prosent fordi det er omtrent uendret andel som svarer i noen grad. Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet.

**Tabell 6.1** I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet blitt benyttet til formålet?

	2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	86	20	73	17
I stor grad	110	26	90	21
I noen grad	101	24	110	26
I liten grad	30	7	39	9
I svært liten grad	47	11	61	15
Vet ikke	49	12	47	11
Total	423	100	420	100

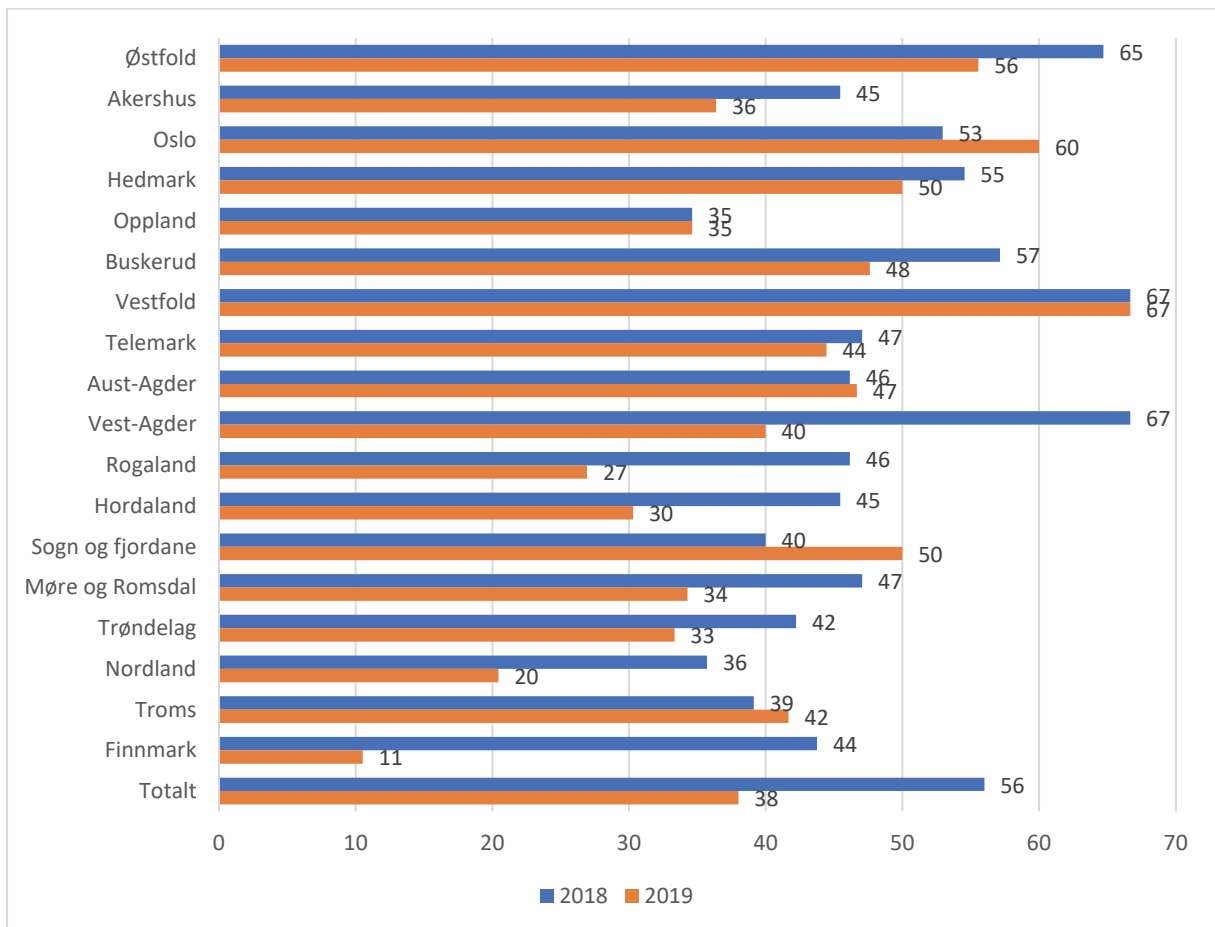
Vi velger her å analysere nærmere hva som kjennetegner kommuner som svarer at midlene i svært stor grad eller i stor grad benyttes til formålet. Slik får vi også kunnskap om hva som kjennetegner de som i mindre grad erfarer at de økte midlene benyttes til formålet. Det er 16 kommuner som ikke har svart på spørsmålet, og disse kodes her til "missing".

Som vist i figur 6.2 er det både i 2018 og 2019 de minste kommunene som svarte at de i stor grad har benyttet midlene til formålet, og høyest andel i de største kommunene utenom Oslo. Det er nedgang i alle gruppene med unntak av de aller minste, der det er en marginal økning.



**Figur 6.1** Prosent av kommunene som har svart at midlene i svært stor eller i stor grad har vært benyttet til formålet, kommunistørrelse.

Som vist i figur 6.2 er andelen kommuner som svarer at de har benyttet de økte midlene til formålet i 2019 lavest i Finnmark, Nordland og Rogaland og høyest i Vestfold, Oslo og Østfold.



**Figur 6.2** Prosent av kommunene som har svart at midlene i svært stor eller i stor grad har vært benyttet til formålet, fylke.

Men vi finner at de fleste fylkesforskjellene ikke er signifikante når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Dette får særlig utslag i Nordland der det er mange små kommuner. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ikke systematisk forskjell i andelen kommuner som svarer at de benytter midlene til formålet i Østfold og i Nordland. Det er altså først og fremst det vi kan kalle småkommuneproblematikk og ikke geografisk variasjon. Men Finnmark ligger systematisk lavere enn de andre fylkene også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

I 2018 fant vi også en sammenheng mellom antall årsverk som rapporteres til voksne (pr. innbygger) og sannsynlighetene for å bruke midlene på det de var ment for. Vi fant at jo flere årsverk kommunen har rapportert pr. innbygger, jo større sannsynlighet er det for at de har svart at midlene i stor eller svært stor grad har vært benyttet til formålet. I 2018 er ikke disse forskjellene statistisk signifikant, men det er fortsatt en positiv korrelasjon.

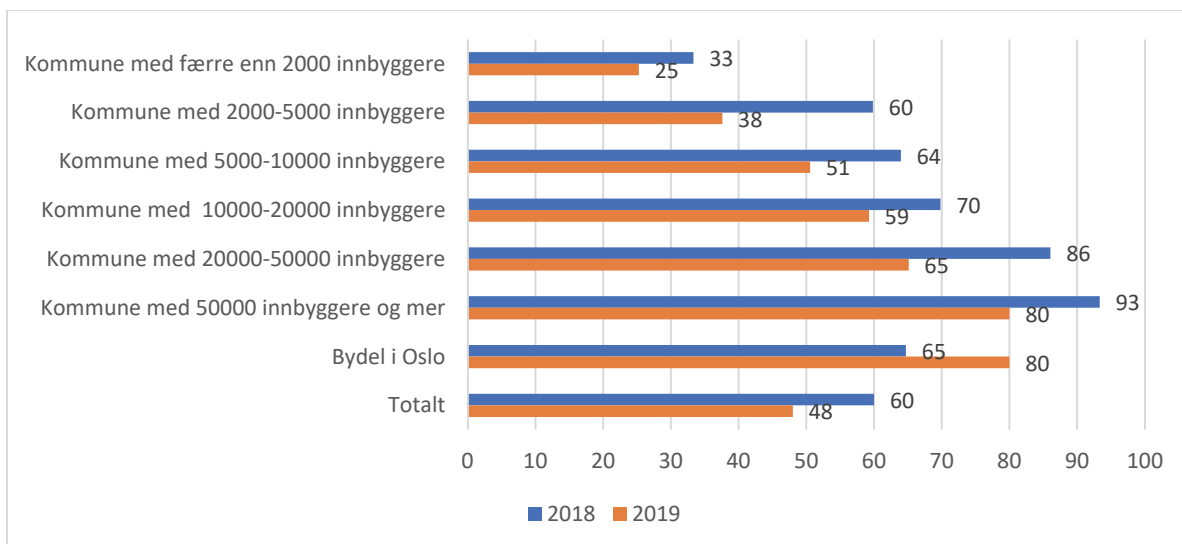
### 6.3 KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE

Det er færre kommuner/bydeler som svarer at opptrappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent. Det er i alt 15 kommuner (tre prosent) som ikke har svar på spørsmålet.

**Tabell 6.2** Har Opptrappingsplanen for rusfeltet, gjennom økt rammetilskudd, hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året?

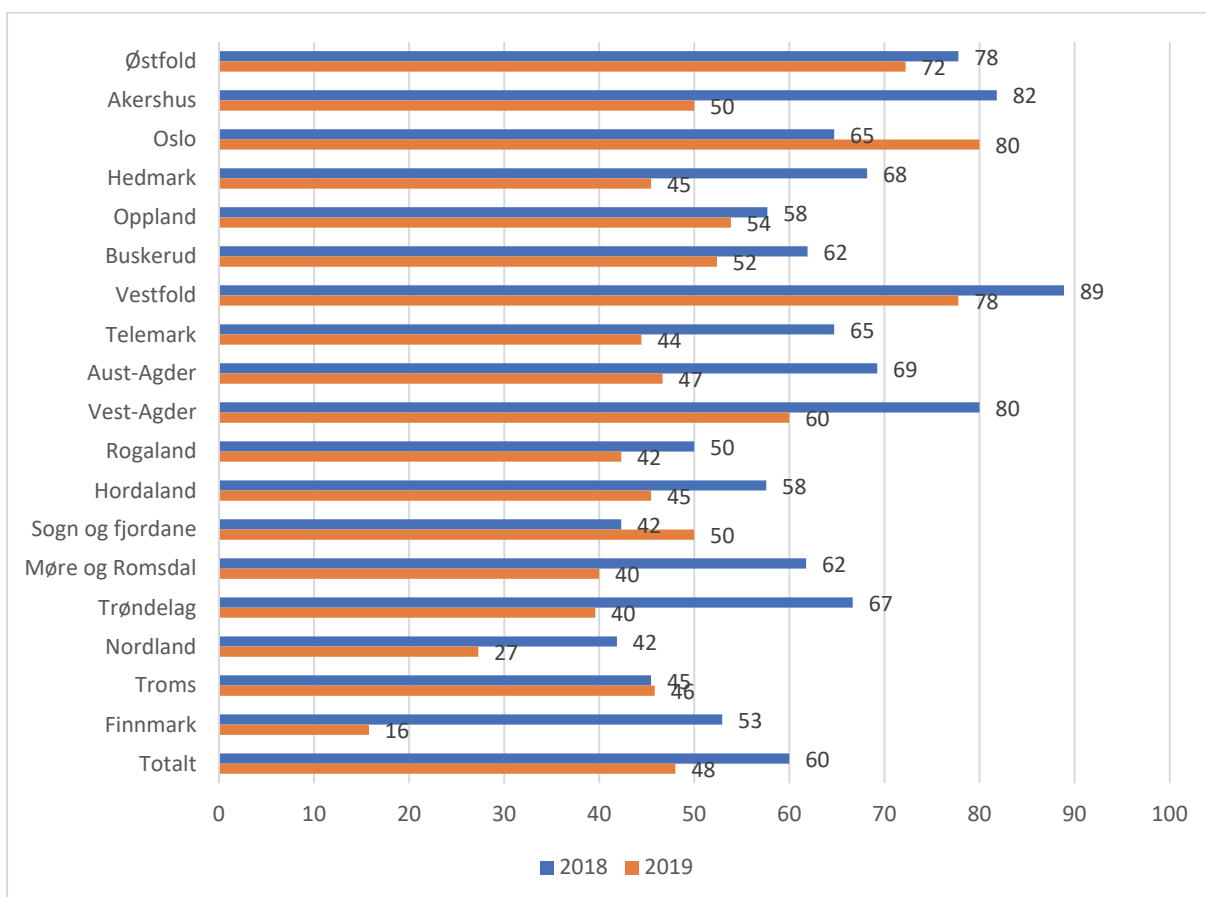
	2018		2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	257	60	200	48
Nei	126	30	166	39
Vet ikke	43	10	55	13
Totalt	426	100	421	100

Om vi ser nærmere på de kommunene som har svart ja (de 15 kommunene som ikke har svart settes til missing), finner vi at det er systematiske forskjeller både etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet. Forskjellene er vist i figurene 6.3 og 6.4. Fra 2018 til 2019 er det en nedgang i alle grupper med unntak av Oslo, der det er en økning i andel bydeler som rapporterer om konsekvenser av planen.



**Figur 6.3** Prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året i kommunen/bydelen, kommunistørrelse.

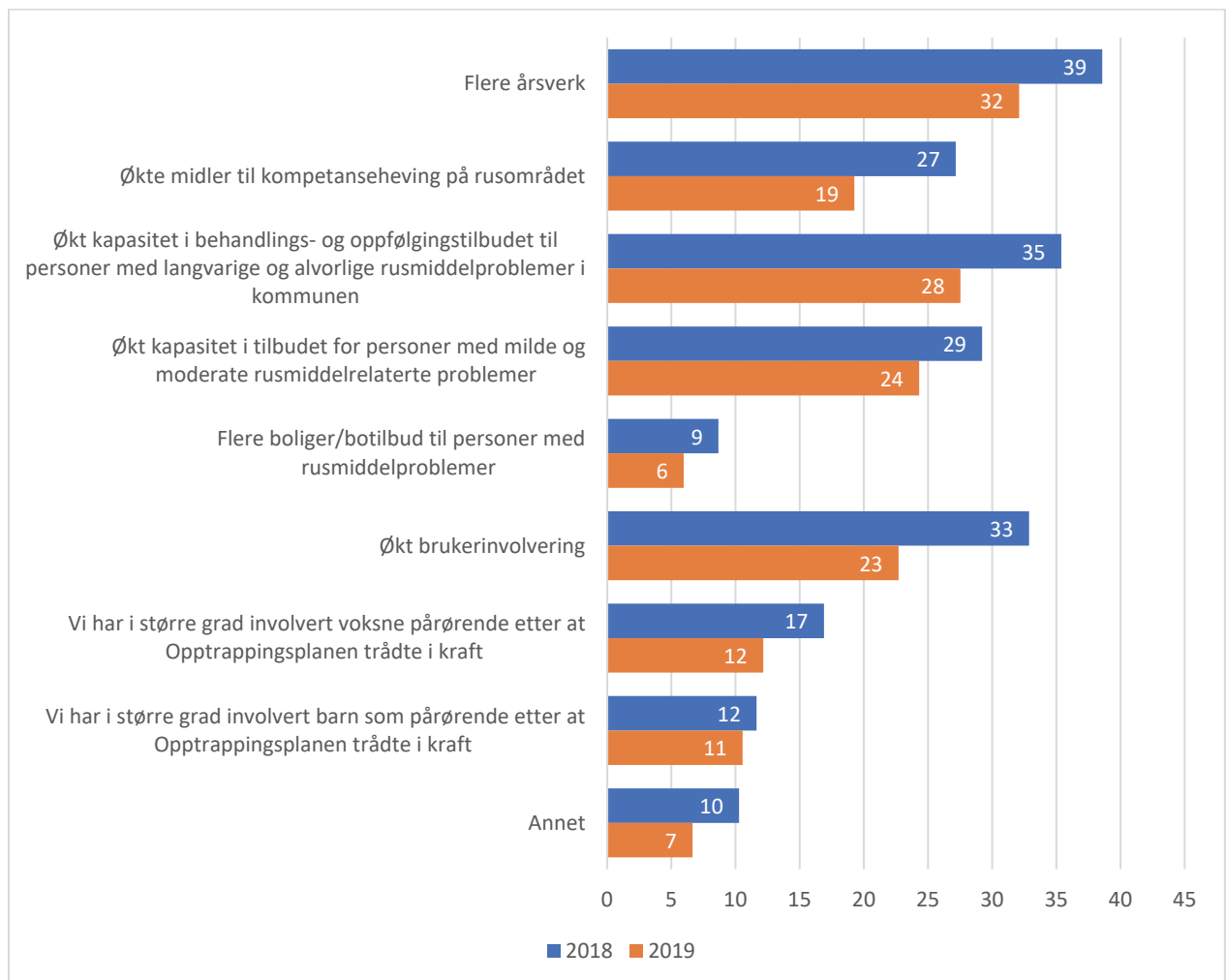
Fra figur 6.4 ser vi at i tillegg til i Oslo, er det en høyere andel kommuner som rapporterer om konsekvenser av planen også i Sogn og Fjordane, mens andelen er nær uendret i Troms og går ned i resten av fylkene.



**Figur 6.4** Prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året i kommunen/bydelen, fylke.

Også her blir fylkesforskjellene mindre når vi kontrollerer for kommunestørrelse, men i 2019 ligger kommunene i både Akershus og Finnmark systematisk lavere enn de andre fylkene i andel kommuner som rapporterer om konsekvenser av planen.

Det er flest kommuner/bydeler som har rapportert at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (28 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (24 prosent). Av alle kommuner og bydeler er det 19 prosent som har oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 12 prosent som har i større grad involvert voksne pårørende og 11 prosent barn og unge. Det er ni prosent av kommunene som svarer at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det er nedgang i andel kommuner som har kryssset av for alternativet i alle kategoriene fra 2018 til 2019.



**Figur 6.5** På hvilken måte har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid?

De 29 kommunene/bydelene som har svart "Annet" har blant annet svart at stabiliteten i tjenestetilbudet har økt, at dagtilbudet har blitt bedre og at prosjektmidler og andre midler også har bidratt til forbedring.

Totalt er det rapportert om 251 nye årsverk fra 2018 til 2019. I 2018 rapporterte kommunene/bydelene 501 nye årsverk som følge av opptappingsplanen. Dersom ikke noen av

årsverkene er rapportert begge årene, betyr dette at det totalt er 752 nye årsverk fra 2017 til 2019 som følge av opptrappingsplanen. Disse fordeler seg som vist i tabell 6.3 etter kommunestørrelse og som vist i tabell 6.3 etter fylke.

**Tabell 6.3** Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptrappingsplan for rusfeltet? Kommunestørrelse.

	2018			2019		
	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk
<2000	7	0,6	1,7	7	0,6	1,6
2000-5000	47	1,2	3,4	31	0,8	2,2
5000-10000	74	1,2	4,0	35	0,6	1,8
10000-20000	117	1,5	5,1	38	0,5	1,6
20000-50000	155	1,2	4,4	50	0,4	1,4
50000 og større	86	0,6	1,9	66	0,4	1,4
Bydel i Oslo*	17	0,3	0,9	24	0,4	1,3
<b>Totalt</b>	<b>501</b>	<b>0,9</b>	<b>3,2</b>	<b>251</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>

**Tabell 6.4** Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptrappingsplan for rusfeltet? Fylke.

	2018			2019		
	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk
Østfold	36	1,2	4,2	16	0,5	1,7
Akershus	65	1,1	4,9	30	0,5	2,1
Oslo	17	0,3	0,9	24	0,4	1,3
Hedmark	25	1,3	4,8	7	0,3	1,3
Oppland	14	0,8	2,6	7	0,4	1,3
Buskerud	25	0,9	3,2	9	0,3	1,1
Vestfold	43	1,7	6,4	18	0,7	2,6
Telemark	14	0,8	2,6	6	0,3	0,9
Aust-Agder	14	1,2	4,0	14	1,2	3,9
Vest-Agder	5	0,3	0,8	12	0,6	1,6
Rogaland	32	0,7	2,2	20	0,4	1,3
Hordaland	51	1,0	3,0	30	0,6	1,7
Sogn og Fjordane	7	0,6	1,7	5	0,5	1,2
Møre og Romsdal	32	1,2	3,7	14	0,5	1,7
Trøndelag	27	0,6	1,6	12	0,3	0,7
Nordland	63	2,6	8,2	10	0,4	1,4
Troms	14	0,8	2,4	13	0,7	2,0
Finnmark	18	2,3	6,4	4	0,5	1,4
<b>Totalt</b>	<b>501</b>	<b>0,9</b>	<b>3,2</b>	<b>251</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>

#### 6.4 SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER

Det er 420 kommuner/bydeler som har svart (96 prosent) på i hvilken grad de mener de har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Det var ti prosent av kommunene/bydelene som i svært liten, eller i liten grad, har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer i 2017, mens andelen er sju prosent i 2019.

**Tabell 6.5** Prosent som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, 2017 (n=400) og 2018 (n=423) og 2019 (n=420)

	2017	2018	2019
I svært liten grad	1	1	2
I liten grad	9	4	5
I noen grad	45	47	39
I stor grad	39	41	46
I svært stor grad	6	7	8
Totalt	100	100	100

Som vist i tabell 6.6 er det ikke betydelig systematikk i andel som svarer at de i liten eller svært liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for mennesker med rusrelaterte problemer, og det er et subjektivt spørsmål der det vil være betydelig variasjon i hva som legges i svaret, sannsynligvis også variasjon over tid innen den enkelte kommune uten at tjenestene nødvendigvis er endret. Dette forklarer sannsynligvis variasjonen som kommer frem i tabell 6.7, og dette bør sannsynligvis ikke tolkes som reelle endringer. Vi finner heller ingen samvariasjon med årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og at de selv mener de i liten grad har sammenhengene og koordinerte tjenester for målgruppen.

**Tabell 6.6** Prosent som svarer i at kommunen/bydelen i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, kommunestørrelse 2017, 2018 og 2019.

	2017	2018	2019
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	20	10	13
Kommune med 2000-5000 innbyggere	11	4	6
Kommune med 5000-10000 innbyggere	7	1	4
Kommune med 10000-20000 innbyggere	4	2	6
Kommune med 20000-50000 innbyggere	5	5	2
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0	0
Bydel i Oslo	7	6	13
Totalt	10	5	7

**Tabell 6.7** Prosent som svarer i at kommunen/bydelen i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, fylke 2017, 2018 og 2019.

	2017	2018	2019
Østfold	6	0	6
Akershus	5	5	9
Oslo	7	6	13
Hedmark	0	5	0
Oppland	8	8	8
Buskerud	17	0	0
Vestfold	0	0	0
Telemark	6	0	0
Aust-Agder	8	0	0
Vest-Agder	0	0	0
Rogaland	8	4	4
Hordaland	6	0	9
Sogn og Fjordane	0	0	0
Møre og Romsdal	12	6	0
Trøndelag	10	4	4
Nordland	26	14	23
Troms	19	13	4
Finnmark	18	0	26
Totalt	10	5	0

## 6.5 KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

Det er 72 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Det er kun marginale endringer i perioden 2017-2019, men vi har ikke undersøkt om det er det samme kommune som rapporterer at de kartlegger hvert år. Som vist i tabell 6.8 er det lite variasjon i fordelingen mellom disse tre årene.

**Tabell 6.8** Prosent som svarer i at kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, kommunestørrelse 2017, 2018 og 2019.

	2017	2018	2019
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	38	42	40
Kommune med 2000-5000 innbyggere	61	65	63
Kommune med 5000-10000 innbyggere	84	86	87
Kommune med 10000-20000 innbyggere	88	79	80
Kommune med 20000-50000 innbyggere	88	88	91
Kommune med 50000 innbyggere og mer	87	87	93
Bydel i Oslo	88	100	100
Totalt	72	71	72



**Tabell 6.9** Prosent som svarer i at kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, fylke 2017, 2018 og 2019.

	2017	2018	2019
Østfold	78	72	78
Akershus	73	68	68
Oslo	88	100	100
Hedmark	77	90	91
Oppland	96	100	88
Buskerud	43	40	52
Vestfold	100	100	100
Telemark	53	65	50
Aust-Agder	87	62	27
Vest-Agder	47	33	53
Rogaland	93	88	88
Hordaland	70	85	76
Sogn og Fjordane	42	42	62
Møre og Romsdal	69	71	66
Trøndelag	78	73	71
Nordland	52	60	70
Troms	50	57	67
Finnmark	58	65	47
Totalt	72	71	72

Som tidligere år, har de fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen, brukt BrukerPlan (66 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (56 prosent), mens to prosent har benyttet Bruker-spør-bruker, og 8 prosent har svart annet. Under Annet nevnes blant annet FIT, elevundersøkelser, SLT-relaterte aktiviteter og egne brukerundersøkelser.

**Tabell 6.10** Antall og andel som svarer på hvilken måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt, 2017, 2018 og 2019.

	2017		2018		2019	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle	Antall	Av alle
BrukerPlan	270	61	207	47	287	66
Ungdata	239	54	44	10	246	56
Bruker-spør-bruker	14	3	3	1	8	2
Annet	49	11	46	11	37	8

\* I 2017 og 2019 kunne de krysse av for flere alternativer, men i 2018 var dette satt slik at de bare kunne krysse av for ett alternativ.

Vi ser videre på fordeling av måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt på etter kommunestørrelse (tabell 6.11) og fylke (tabell 6.12).

Tabell 6.11 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, kommuneestørrelse 2019.

	Bruker-Plan	Ung-data	Bruker-spør-bru-ker	Annet	Har kartlagt
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	36	27	2	4	40
Kommune med 2000-5000 innbyggere	60	54	0	6	63
Kommune med 5000-10000 innbyggere	80	70	2	9	87
Kommune med 10000-20000 innbyggere	72	70	2	15	80
Kommune med 20000-50000 innbyggere	91	70	5	12	91
Kommune med 50000 innbyggere og mer	93	80	7	20	93
Bydel i Oslo	100	67	0	7	100
<b>Totalt</b>	<b>66</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>72</b>

Tabell 6.12 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, fylke 2019.

	Bruker-Plan	Ung-data	Bruker-spør-bru-ker	Annet	Har kartlagt
Østfold	72	72	6	0	78
Akershus	64	50	0	14	68
Oslo	100	67	0	7	100
Hedmark	91	68	0	9	91
Oppland	88	77	8	8	88
Buskerud	48	43	0	5	52
Vestfold	89	67	0	11	100
Telemark	44	44	0	11	50
Aust-Agder	20	20	0	7	27
Vest-Agder	53	53	0	13	53
Rogaland	88	73	4	27	88
Hordaland	76	58	0	3	76
Sogn og Fjordane	50	38	4	15	62
Møre og Romsdal	63	63	0	6	66
Trøndelag	63	63	4	10	71
Nordland	64	50	2	7	70
Troms	63	63	0	0	67
Finnmark	47	32	0	0	47
<b>Totalt</b>	<b>66</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>72</b>

## 6.6 BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE

I 2019 er det også spurt om kommunen/bydelen benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

**Tabell 6.13** Antall og andel kommuner som svarer at de benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer 2019.

	Antall	Prosent
Ja	263	86
Nei	39	13
Har kartlagt, men ikke svart om de har benyttet data i forbedringsarbeid	3	1
Total	305	100

Det er 189 av de 263 kommunene/bydelene som har beskrevet forbedringene de har gjort. Her kommer det frem blant annet et innovativt prosjekt fra Færder kommune som hadde lav score på arbeid/aktivitet og startet derfor et eget birøkterprosjekt som brukere, i hovedsak ROP-pasienter deltar i. De har tre bikuber og har tatt patent på "Færderbiene" og produserte mange kilo sommerhonning og lynghonning i fjor. Et annet eksempel er fra Tysvær kommune som gjennom BrukerPlan fant at brukere manglet en meningsfull hverdag og et verdig botilbud. De har fått mer ressurser og har startet et eget aktivitets- og arbeidsprosjekt. De skal også bygge nye tilrettelagte boliger for brukergruppen, og har også satsninger rettet mot psykiske helseproblemer blant unge fordi kartlegging viste at flere unge har psykiske helseproblemer. Det er stor bredde i svarene og inntrykket er at kartleggingene blir benyttet i forbedringsarbeidet og er kanskje spesielt viktig for å dokumentere udekkede behov i målgruppene.

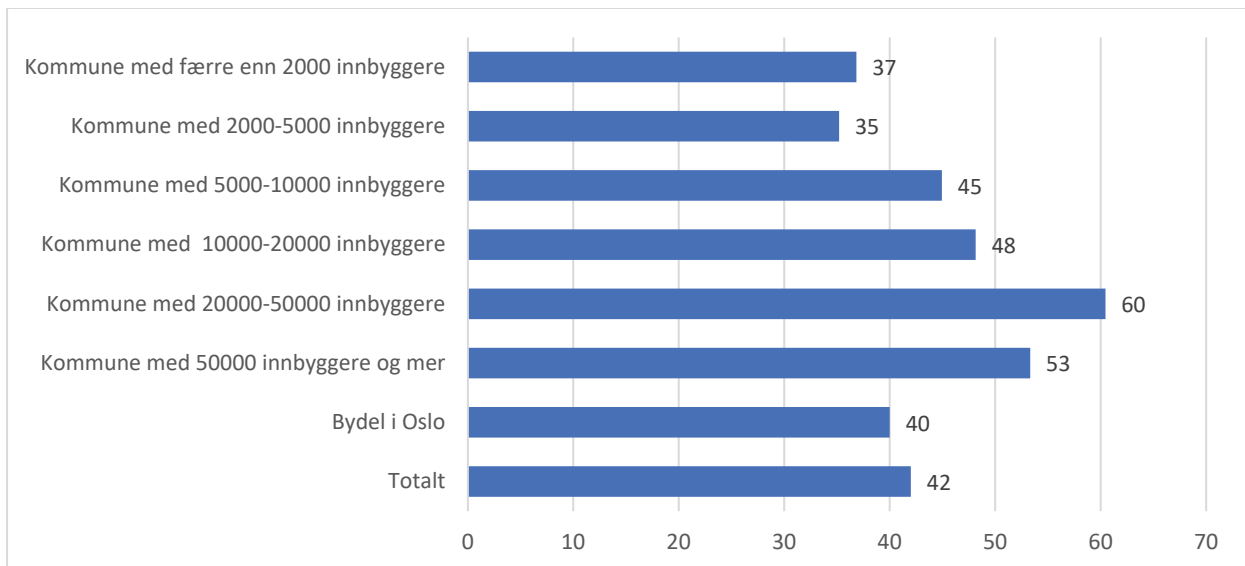
## 6.7 SIKRING AV BRUKERMEDVIRKNING

I 2019 spurte vi også om i hvilken grad kommunen sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet. Som vist i neste tabell, er det 11 prosent av kommunene som svarer at de i svært liten eller i liten grad sikrer brukermedvirkning i tjenestene, mens 44 prosent av de som har svart mener at de i stor eller svært stor grad sikrer dette. Dette tilsvarer 42 prosent av alle kommuner/bydeler.

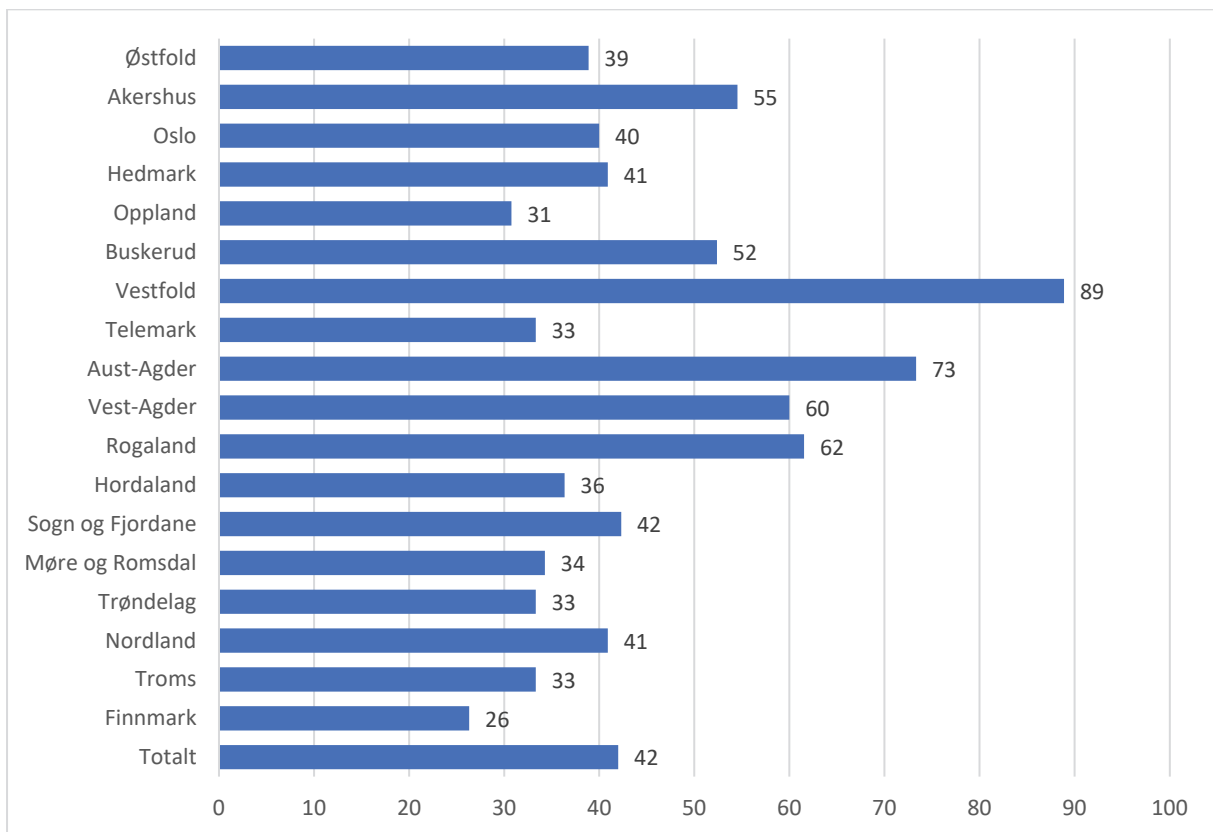
**Tabell 6.14** Antall og andel kommuner som svarer på i hvilken grad kommunen sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, 2019.

	Antall	Prosent
I svært liten grad	8	2
I liten grad	36	9
I noen grad	188	45
I stor grad	156	37
I svært stor grad	29	7
Totalt	417	100

Vi ser nærmere på de som svarer at de i svært stor eller i stor grad sikrer brukermedvirkning etter kommunestørrelse og fylke.



**Figur 6.6** Andel kommuner som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, kommune størrelse, 2019.



**Figur 6.7** Andel kommuner som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, fylke 2019.

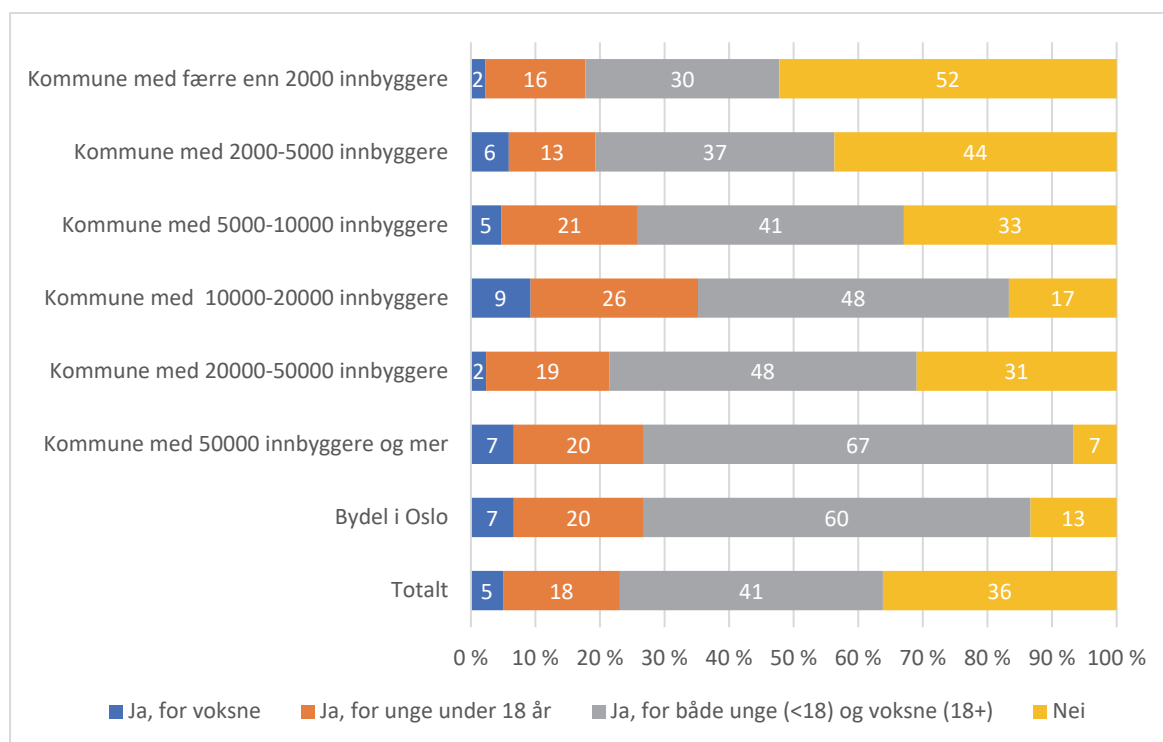
## 6.8 SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING

I 2017 var det 44 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen 51 prosent og i 2019 er andelen 64 prosent. Spørsmålet ble i 2018 også konkretisert i forhold til hvem de hadde systemer for og som vist i tabell 6.15 er det særlig flere som svarer at de har systemer for både unge og voksne (41 prosent).

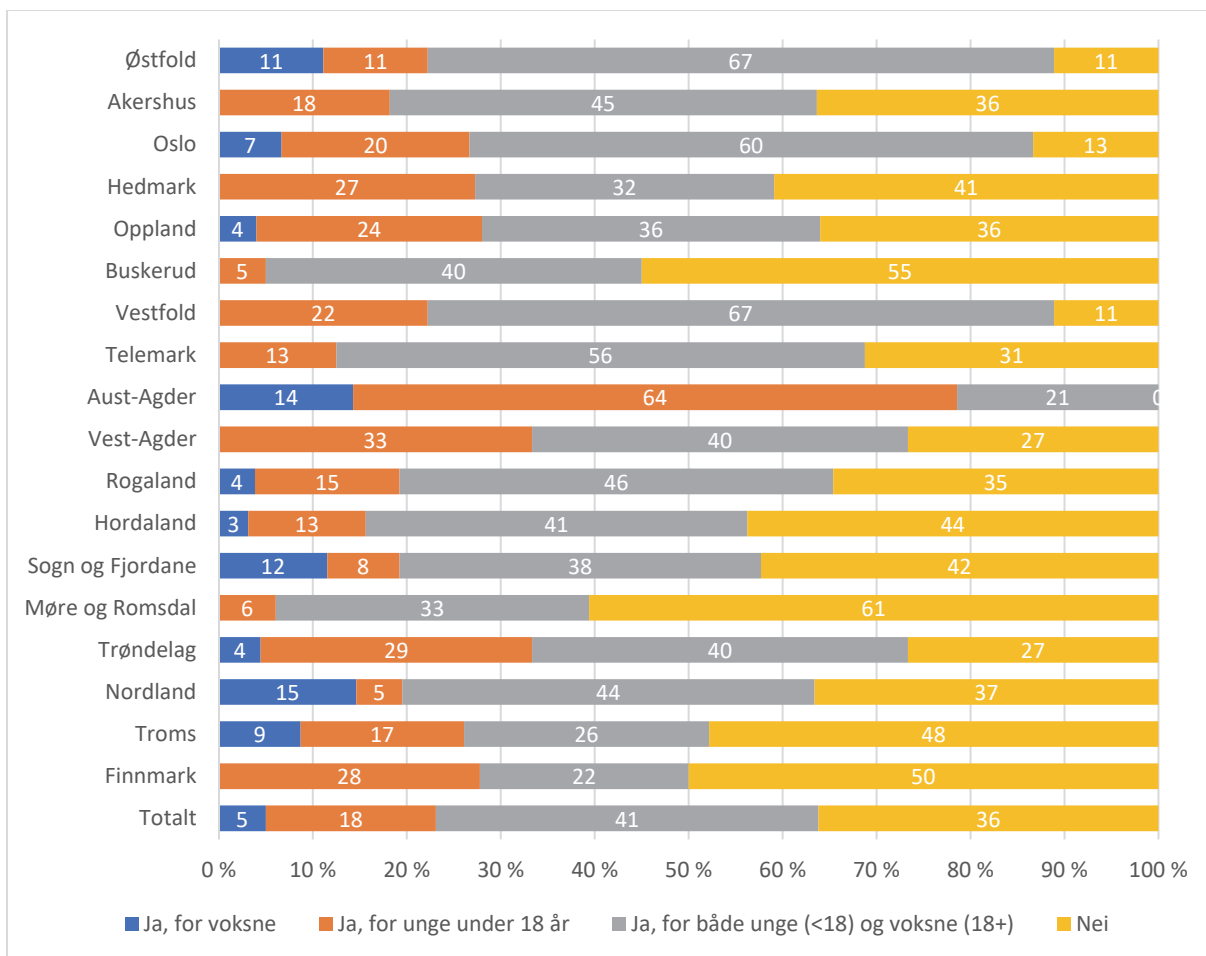
**Tabell 6.15** Antall og andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, 2018 og 2019.

	2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, for voksne	26	6	21	5
Ja, for unge under 18 år	74	17	76	18
Ja, for både unge (<18) og voksne (18+)	116	27	171	41
Nei	208	49	152	36
Total	424	100	420	100

Som det fremkommer av figur 6.8, er det tydelige forskjeller etter kommunestørrelse. Fylkesvariasjonen er vist i figur 6.9.



**Figur 6.8** Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, kommunestørrelse 2019.



Figur 6.9 Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, fylke 2019.

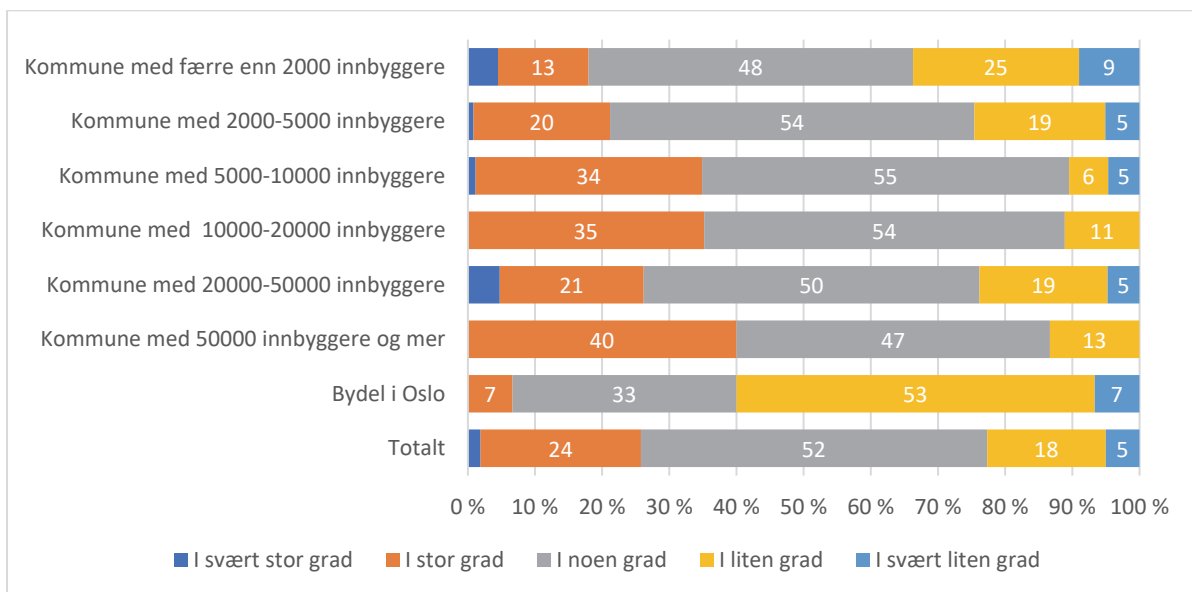
## 6.9 KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD

Som vist i tabell 6.16, mener 26 prosent av kommunene at de de i svært stor grad, eller i stor grad, har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. I 2018 var det 22 prosent. Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet.

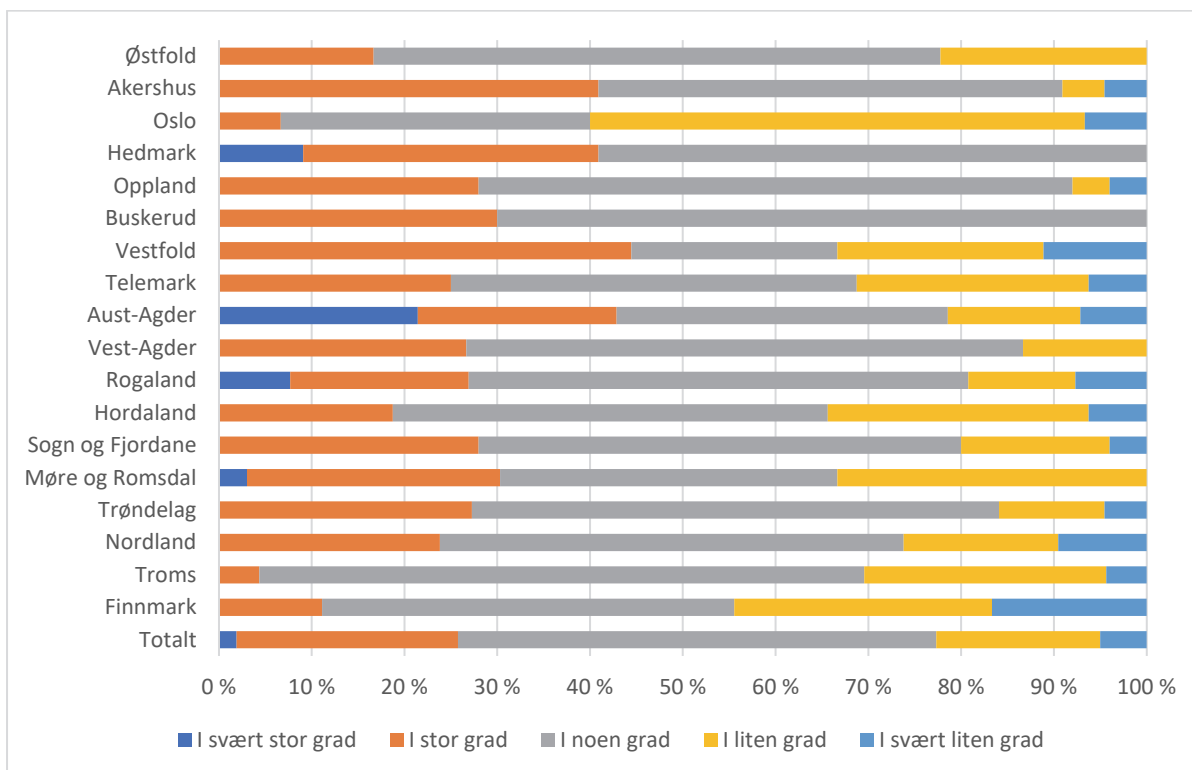
Tabell 6.16 I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018 og 2019.

	2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	13	3	8	2
I stor grad	80	19	100	24
I noen grad	213	51	216	52
I liten grad	92	22	74	18
I svært liten grad	21	5	21	5
Total	419	100	419	100

Som vist i figur 6.8, er det betydelige forskjeller også her i forhold til kommunestørrelse, ved at flest i de små kommunene svarer at de i liten grad har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for denne gruppen. Den tilsvarende fylkesfordelingen er vist i figur 6.9.



**Figur 6.10** Andel kommuner som svarer på om de har i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, kommunestørrelse 2019.



**Figur 6.11** Andel kommuner som svarer på om de har i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, fylker 2019.

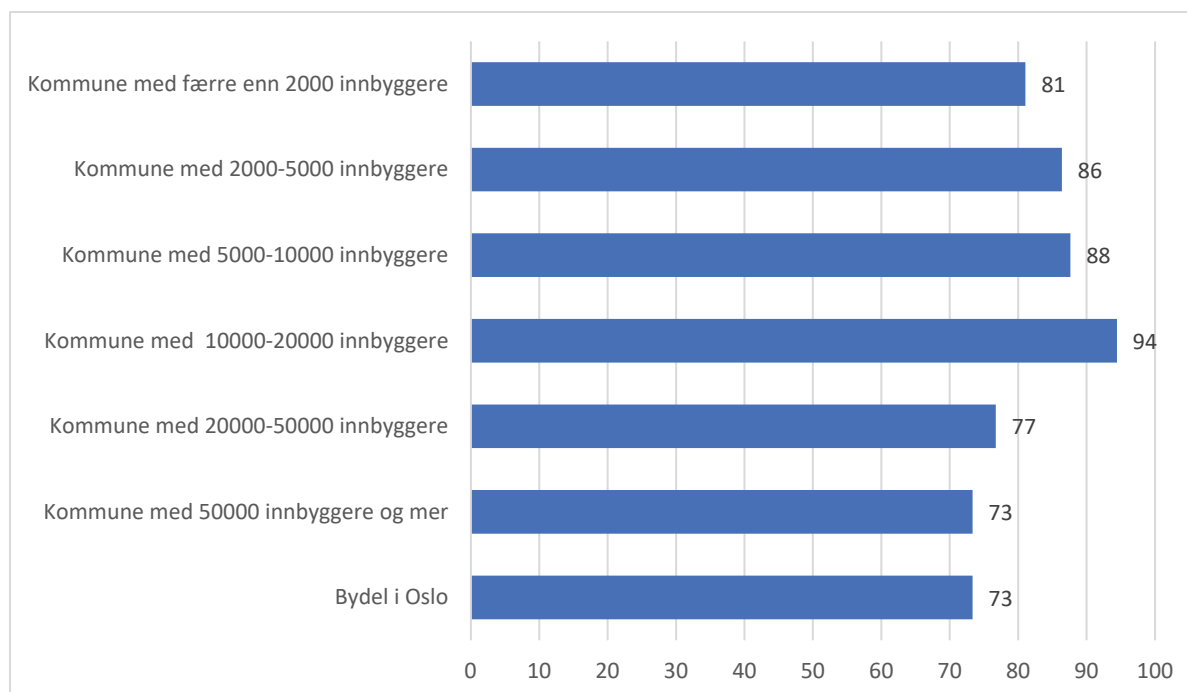
Kommunene/bydelene skulle også beskrive kort tilbudet de har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er 52 prosent av kommunene som har gjort dette og eksempler som gis er samtaler med ruskonsulenter, bruk av AKAN-utvalg, fastlegen, individuelle samtaler, NAV-veiledere, bruk av kartleggingsverktøy som Audit og Dudit.

## 6.10 FASTLEGENE OM PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOLRELATERTE PROBLEMER

Totalt er det 87 prosent av kommunene som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. 96 prosent av alle bydeler og kommuner har svart. Fordelingen etter kommunistørrelse og fylker, er vist i hhv figur 6.12 og 6.13. Vi antar her at de 15 kommunene som ikke har svart, ikke har samarbeid med fastlegene om denne gruppen.

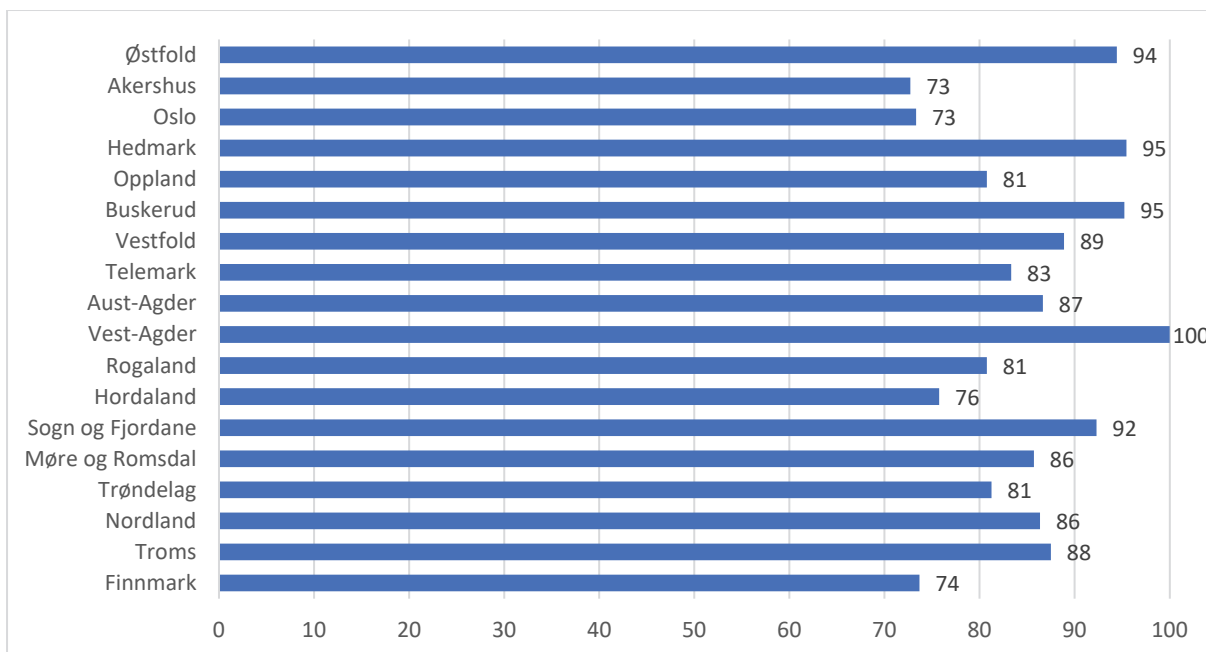
**Tabell 6.17** Har dere samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer? 2018 og 2019.

	2018		2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	358	85	369	88
Nei	64	15	52	12
Total	422	100	421	100



**Figur 6.12** Andel kommuner som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer, kommunistørrelse 2018





**Figur 6.13** Andel kommuner som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer, fylke 2018

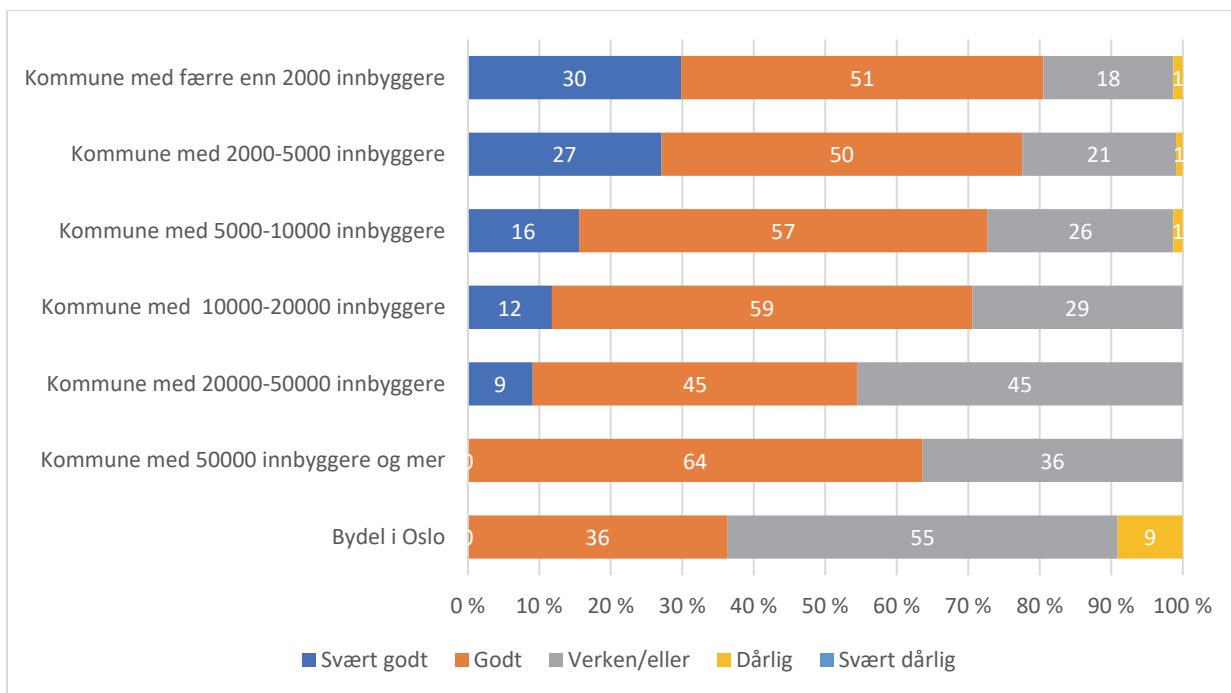
Kommunene er også bedt om å vurdere kvaliteten på dette samarbeidet på en skala fra svært godt til svært dårlig. Fordelingen på nasjonalt nivå fremkommer i tabell 6.18 etter kommunestørrelse i figur 6.14 og etter fylke i figur 6.15. Av de 369 kommunene som svarte at de samarbeidet med fastlegen, var det 367 kommuner som gav en vurdering på kvaliteten.

Av kommunene som svarer at de samarbeider med fastlegene om voksne med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer, var det 73 prosent som svarte at de har et godt eller svært godt samarbeid. Det er bare fire kommuner/bydeler som svarer at de har et dårlig samarbeid og ingen som svarer at de har et svært dårlig samarbeid.

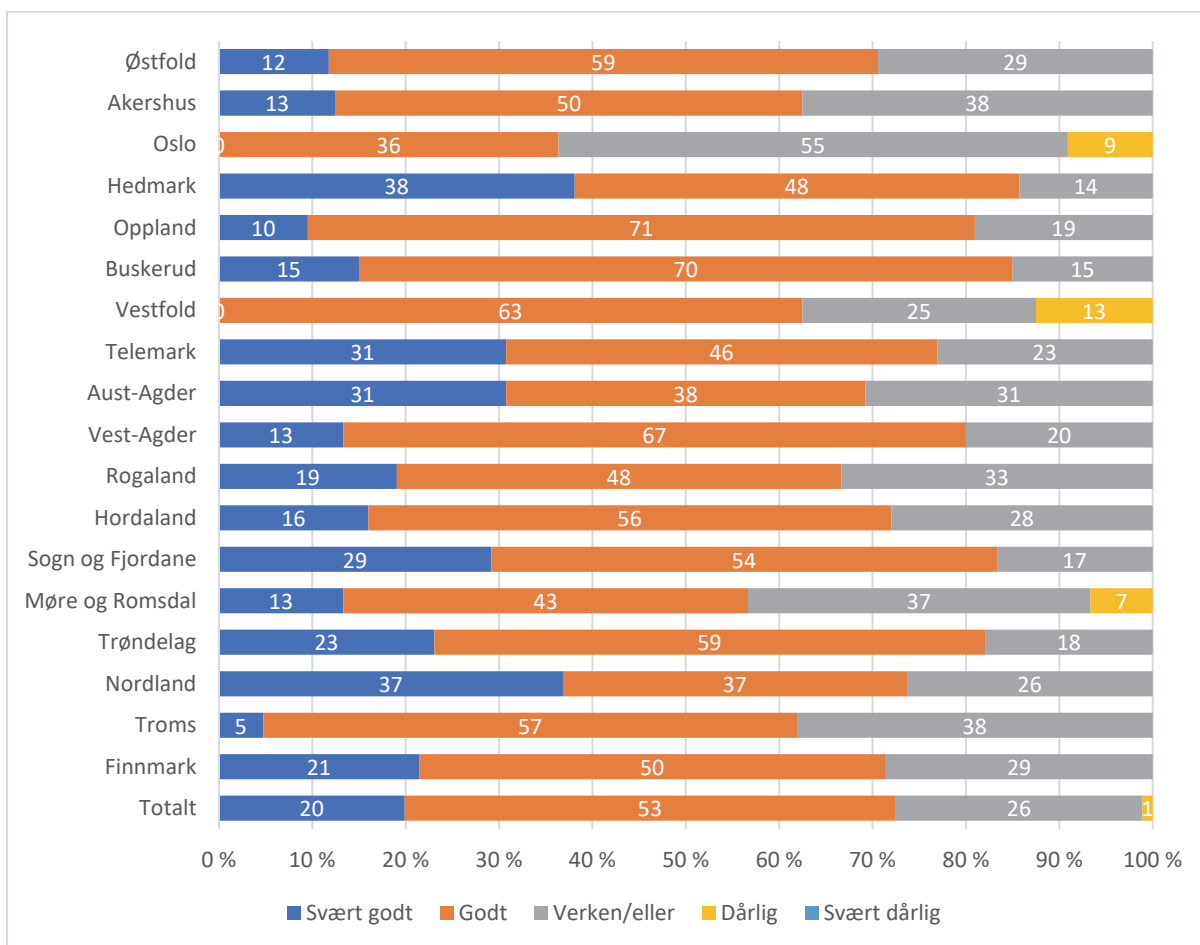
**Tabell 6.18** Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018 og 2019.

	2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	54	15	73	20
Godt	213	60	193	53
Verken/eller	84	24	97	26
Dårlig	5	1	4	1
Svært dårlig	1	0	0	0
Total	357	100	367	100

Det er en større andel små kommuner som svarer at samarbeidet er godt eller svært godt i mindre kommuner. Det er sannsynligvis naturlig at det blir vanskeligere å svare generelt på dette for store kommuner, der de forholder seg til mange fastleger – noen har de god erfaring med og andre ikke så god.



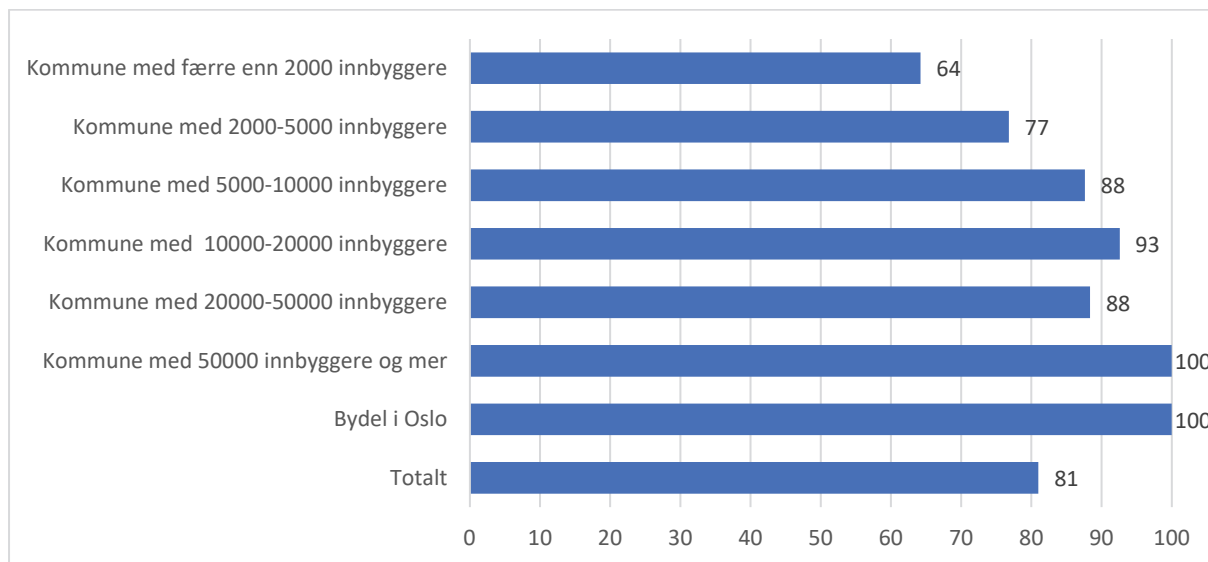
Figur 6.14 Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? Kommunestørrelse 2019.



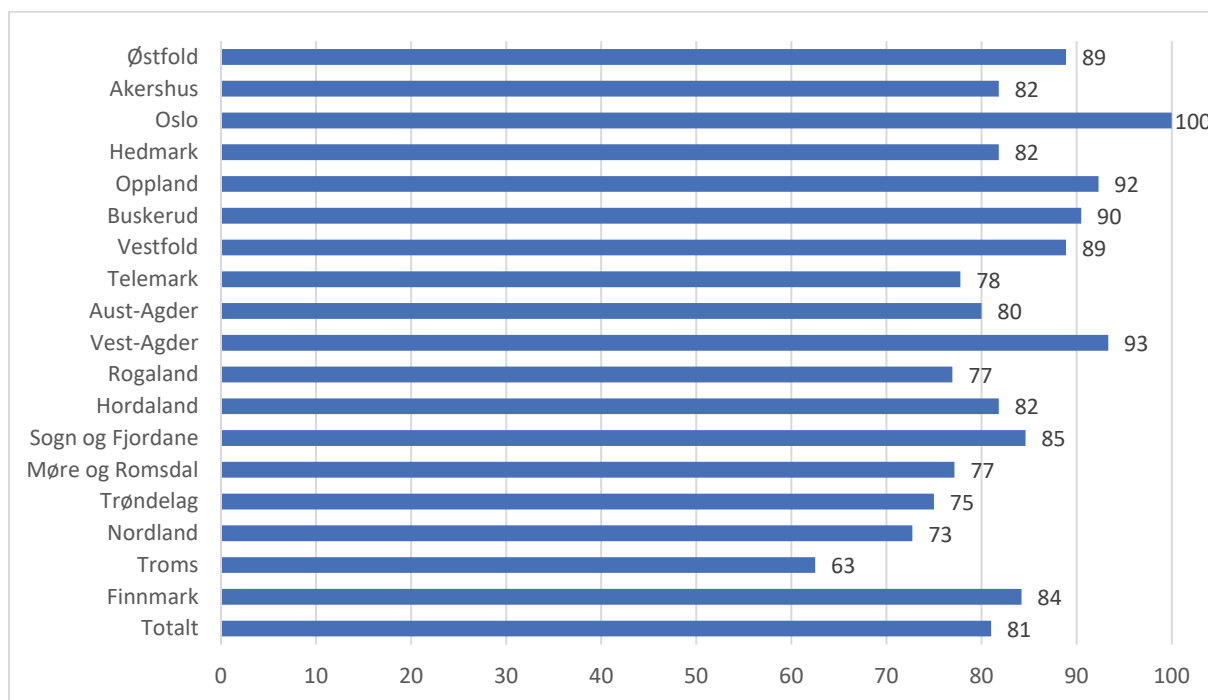
Figur 6.15 Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? Fylke 2019.

### 6.11 FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET

Det er 84 prosent av kommunene som oppgir at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, mens 16 prosent har svart nei. Dette er kun marginale endringer fra 2018. Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 6.16 og etter fylke i figur 6.17. Vi antar at de 16 kommunene som ikke har svart, ikke har forankring i ordinært planverk. Det betyr at 81 prosent av alle kommunene/bydelene har forankring i planverket.



Figur 6.16 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Kommunestørrelse, 2019

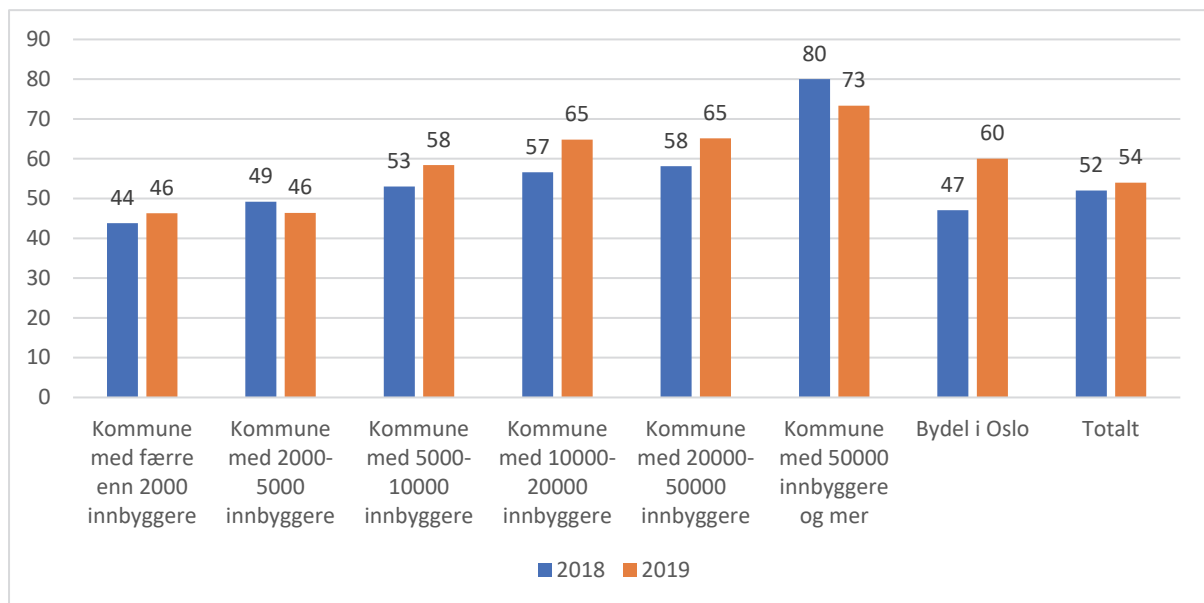


Figur 6.17 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Fylke, 2019

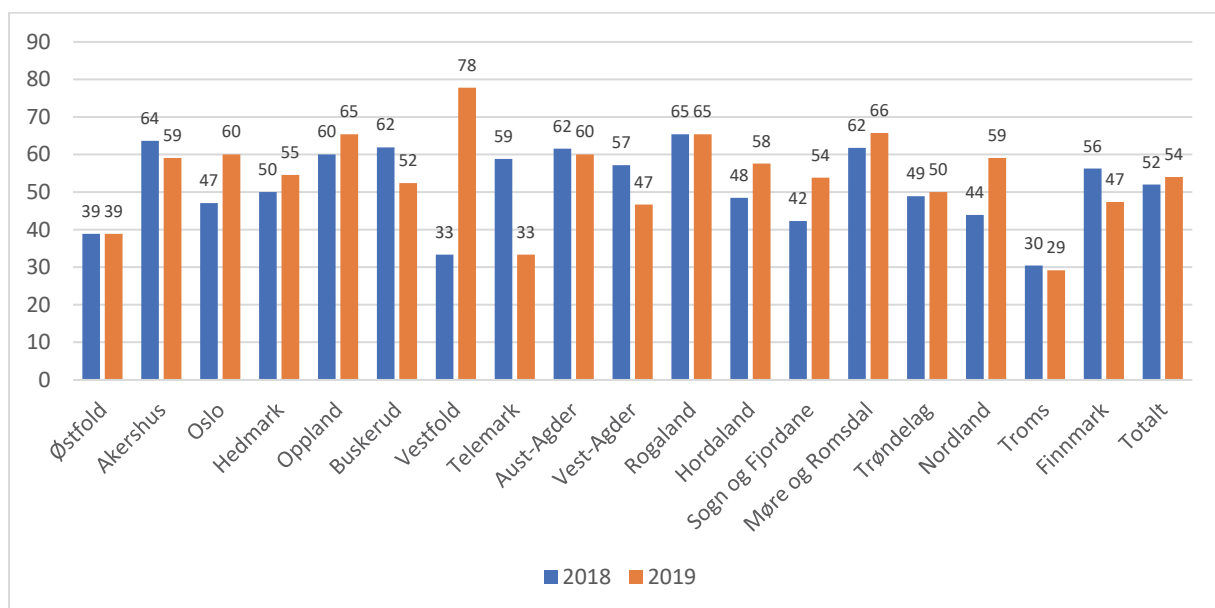
Det er 297 kommuner som har svart på hvilket planverk rusarbeidet er forankret i. Dette er typisk ruspolitisk/rusmiddelpolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan, helse- og omsorgsplan, helse- og velferdsplan, egen handlingsplan for rus og psykisk helse, folkehelseplan eller ulike interkommunale planer.

## 6.12 OPPFØLGING AV BRUKERE ETTER EN IKKE-DØDELIG OVERDOSE

Det er 56 prosent av kommunene som svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. Resten svarer at de ikke har dette, og 420 kommuner/bydeler har svart. I 2018 var andelen 52 prosent, så det er en svak økning. Figur 6.18 viser andelen etter kommunistørrelse og figur 6.19 etter fylke.



Figur 6.18 Andel svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. Kommunistørrelse, 2018 og 2019.



Figur 6.19 Andel svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. Fylke, 2018 og 2019.

Det er 221 kommuner som har oppgitt hvilken tjeneste eller tiltak som har dette ansvaret. Når vi koder alle de åpne beskrivelsene, finner vi fordelingen vist i neste tabell.

Det er mange ulike kombinasjoner, og ofte er det flere enheter involvert. Det mange kommuner kommenterer, er at de yter tjenester dersom de får melding/beskjed om overdoser fra legevakt eller andre – men at de ofte ikke får beskjed. Dette kan handle om at pasientene ikke ønsker å involvere kommunale tjenester eller at de som tar imot brukerne ikke motiverer de til å ta imot hjelp fra kommunene.

*Tjenesten er avhengig av å være kjent med den ikke-dødelige overdosen. Det er for eksempel ikke automatikk i at sykehuset henviser videre til oppfølging, og derfor er mange tilfeller ikke kjent for kommunehelsetjenesten.*

Bydelene i Oslo oppgir at de holder på å utvikle Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelen<sup>19</sup>.

Ansvarlig enhet:	Antall kommuner
Avdeling/enhet/tjeneste for psykisk helse og rus	49
Fastlege og avdeling/enhet/tjeneste for psykisk helse og rus	29
Rustjeneste	13
Ordinære tjenester etter behov	12
Ruskonsulent	10
Har ikke hatt tilfeller i kommunen	9
Arbeider med å utvikle prosedyre	6
Fastlege	6
Ambulerende tjenester	6
Avdeling for psykisk helse og rus og spesialisthelsetjenesten	5
ROP-tjenester	5
Flere tjenester involvert	4
Oppfølgingstjenesten	4
Ikke definert	3
Overdoseteam	3
Psykisk helse/rustjeneste i samarbeid med spesialisthelsetjeneste	3
Psykososialt kriseteam	3
Avdeling for psykisk helse og rus, fastlege og spesialisthelsetjenesten	2
Kommuneoverlege	2
Legevakt og avdeling for psykisk helse og rus, NAV	2
Mangler fast prosedyre	2
NAV rusteam og psykisk helsetjeneste	2
Oppsøkende virksomhet	2
Overdoseteam	2
Psykososialt kriseteam	2
Veldig sjelden dette skjer	2

<sup>19</sup> Det er blant annet utarbeidet en sjekklister som inneholder tiltak, se: <https://www.korusoslo.no/aktuelt/oslostandard-for-overdoseforebygging/>

Avdeling for psykisk helse og rus evt. kriseteam	1
Avdeling for psykisk helse og rus og helsestasjon	1
Avdeling for psykisk helse og rus og NAV	1
Avdeling for psykisk helse og rus og psykologspesialist	1
Bydelsoverlegen i samarbeid med kristeam eller seksjon psykisk helse og rus	1
Familiebasen	1
Fastlege og avdeling for psykisk helse og rus i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	1
Fastlege og avdeling psykisk helse og rus	1
Fastlege og hjemmetjeneste	1
Fastlege og ROP-team	1
Fastlege, ruskonsulent, avdeling for psykisk og psykisk ruskonsulent, rus psyk med spesialisthelsetjenesten	1
Fastlege/legevakt, NAV og avdeling for psykisk helse og rus	1
Fastlege/legevakt.	1
Feltpleie og ambulerende tjenester	1
Feltsykepleier	1
Får ikke informasjon om det har vært overdose	1
Har ikke rutiner	1
Har rutiner	1
Henviser til plandokument og svarer ikke	1
Hjemmetjenesten etter henvisning fra spesialisthelsetjeneste	1
Jobber med implementering av ny standard	1
Lavterskel helse og rus	1
Lavterskel helseteam i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	1
Lavterskel helsetilbud	1
Lavterskel rus	1
Nasjonalt ansvar (Velferdsetaten i Oslo	1
Ruskonsulent i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	1
Rustjeneste i samarbeid med spesialisthelsetjeneste	1
Rustjeneste og evt. hjemmesykepleien	1
Samarbeidsavtaler med ambulansetjenesten	1
Samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten	1
Seksjonssjef	1
Utvidet vedtak	1

### 6.13 OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER I ULIKE BRUKERGRUPPER

Vi har også spurt om i hvor stor grad kommunene/bydelene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid følger opp somatiske helseproblemer i ulike brukergrupper. Det er få kommuner som svarer at de i liten grad følger opp somatiske helseproblemer for noen av de tre brukergruppene.

Tabell 6.19 Svar på spørsmål om i hvor stor grad de følger opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper, 2019.

	Samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP)	Hovedsakelig psykiske lidelser	Hovedsakelig ruslidelser
I svært liten grad	2	1	2
I liten grad	4	5	5
I noen grad	28	29	34
I stor grad	55	58	51
I svært stor grad	11	7	8
Totalt	100	100	100
Antall kommuner/bydeler som har svart	419	417	417

### 6.14 OPPSUMMERING

I 2019 er det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de økte midlene de har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet i svært stor grad eller i stor grad har blitt benyttet til formålet. I 2018 var andelen 46 prosent, så dette er en nedgang. Dette gir en økning i andel kommuner/bydeler som svarer i liten grad eller i svært liten grad, fra 18 prosent til 24 prosent fordi det er omtrent uendret andel som svarer i noen grad. Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som har svart på dette spørsmålet.

Det er også færre kommuner/bydeler som svarer at opptappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent.

Det er flest kommuner/bydeler som har rapportert at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (28 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (24 prosent). Av alle kommuner og bydeler er det 19 prosent som har oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 12 prosent som har i større grad har involvert voksne pårørende og 11 prosent barn og unge. Ni prosent av kommunene som svarer at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det er nedgang i andel kommuner som har krysset av for alternativet i alle kategoriene fra 2018 til 2019.

Det er 72 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Det er omtrent det samme som i 2017 og 2018. Sannsynligheten for å ha gjennomført en kartlegging øker betydelig med størrelse på kommunen målt som antall innbyggere.

Over halvparten av kommunene (56 prosent) svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. I 2018 var andelen 52 prosent, så det er en svak økning siste år.



# 7 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

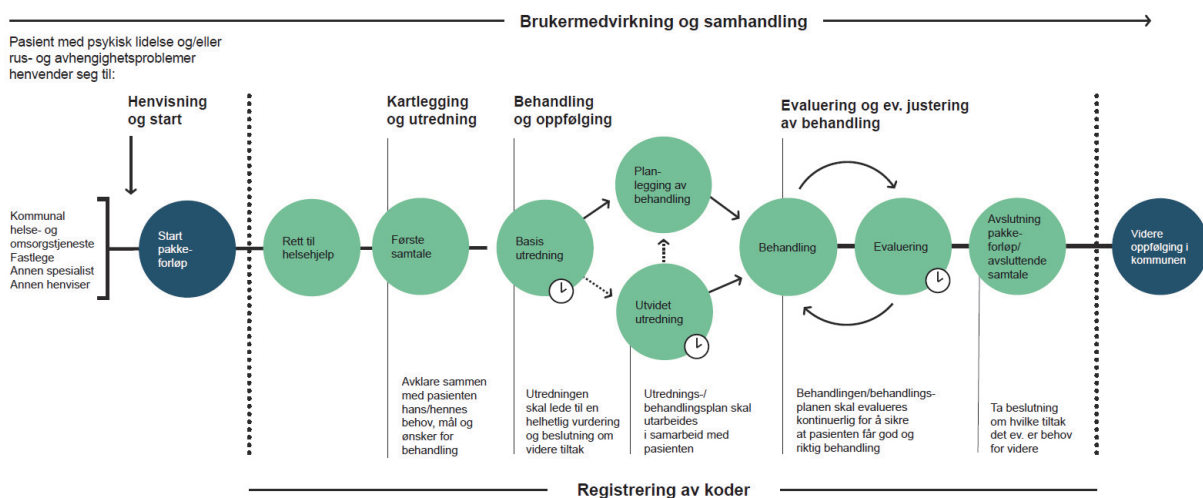
## 7.1 INNLEDNING

Pakkeforløp for psykisk helse og rus innføres trinnvis fra januar 2019. Formålet er at pakkeforløp skal gi pasient eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødige ventetider. Helse- og omsorgsdepartementets intensjoner formuleres i fem målsettinger: 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, 2) sammenhengende og koordinerte pasientforløp, 3) unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging, 4) mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, 5) og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Figuren under viser pakkeforløpenes innhold. For mer detaljer om pakkeforløpene, se fjorårets rapport kapittel 7 (Ose et al., 2018).

### Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



### Evaluering av pakkeforløp

Helsedirektoratet har igangsatt evaluering av pakkeforløp. Formålet er å få kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfarer av pasienter og tjenesteytere, samt å innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner, formulert i fem målsettinger. Evalueringen skal også bidra til å kunne justere pakkeforløpene underveis. Hovedfokus skal være på de tre generelle pakkeforløpene, og i det siste året av evalueringen også på overgang mellom ulike pakkeforløp.

I tillegg til data som samles inn årlig i regi av Helsedirektoratet vil evalueringen inneholde en digital spørreskjemaundersøkelse rettet mot behandlere og forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten, og kvalitative intervjuer (gruppeintervjuer, fokusgrupper og individuelle) rettet mot både psykisk helsevern, psykisk helse og rusarbeid i kommunene, brukere og pårørende.

Basert på datainnsamlingen våren 2018 fant vi at mange kommuner oppgav at de var kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det var 28 kommuner som svarer at de ikke er kjent med dette, og 19 kommuner svarte ikke på dette spørsmålet. Dette var typisk små kommuner i Midt-Norge og i Nord-Norge, og dette tyder på at informasjonen ikke nådde ut til alle kommunene.

Vi fant også at kommunene til dels hadde store forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Flest kommuner forventet at pakkeforløp innen psykisk helse og rus skal føre til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det er også mange som forventet at det skulle komme klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det skulle bli bedre pasient-/bruker-informasjon (50 prosent). Mange kommuner forventet også at pakkeforløpene vil bidra til en bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent) og til bedre samarbeid mellom nivåene (46 prosent).

## 7.2 DATAGRUNNLAG

I 2019 inngår følgende spørsmål om pakkeforløpene:

- Er kommunen kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet?
- Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- Hvor er forløpskoordinatoren organisert?
  - Koordinerende enhet/tildelingskontor
  - Enhet for psykisk helse og rus
  - NAV
  - Annet
- Har kommunen gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for
  - Voksne med rusmiddelproblemer
  - Voksne med psykiske vansker/lidelser
  - Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
  - Unge med rusmiddelproblemer
- Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider?
- Har kommunen noen konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus?

### 7.3 KJENNSKAP TIL INNFØRING AV PAKKEFORLØP

Det er kun 1 kommune som svarer at de ikke er kjent med at det ble innført pakkeforløp for psykisk helse og rusfeltet 1. januar 2019, men det er 20 kommuner som ikke har svart på spørsmålet.

**Tabell 7.1** Svar på spørsmål om kommunen/bydelen er kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet

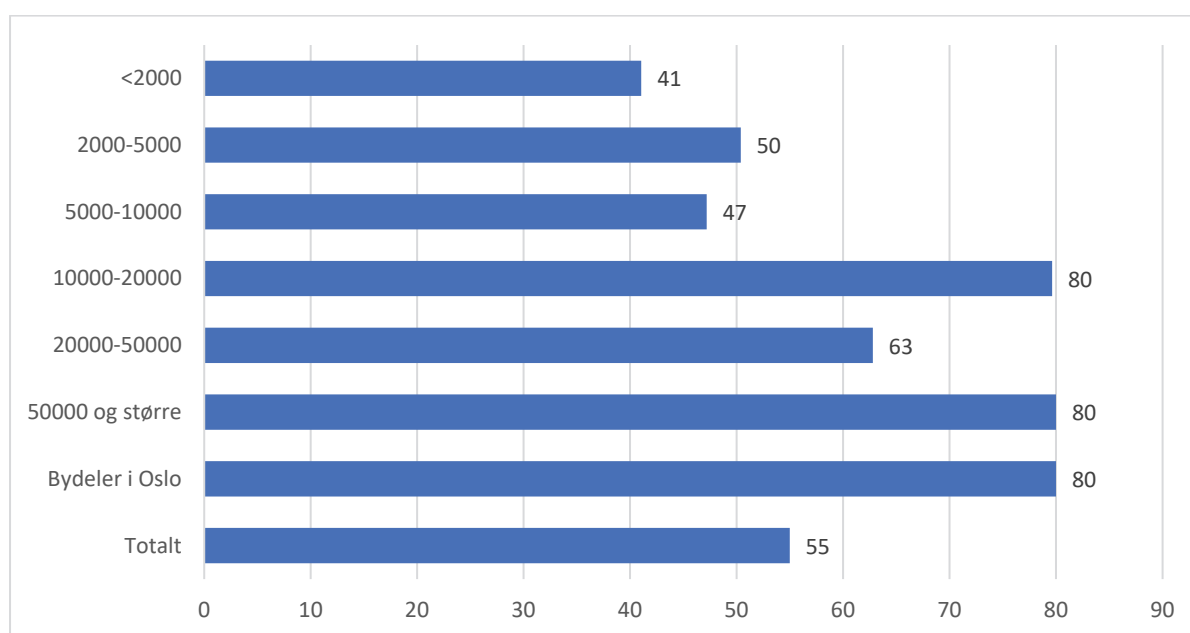
	Antall	Totalt
Ja	415	95
Nei	1	0
Ikke svart	20	5
Totalt	436	100

### 7.4 FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

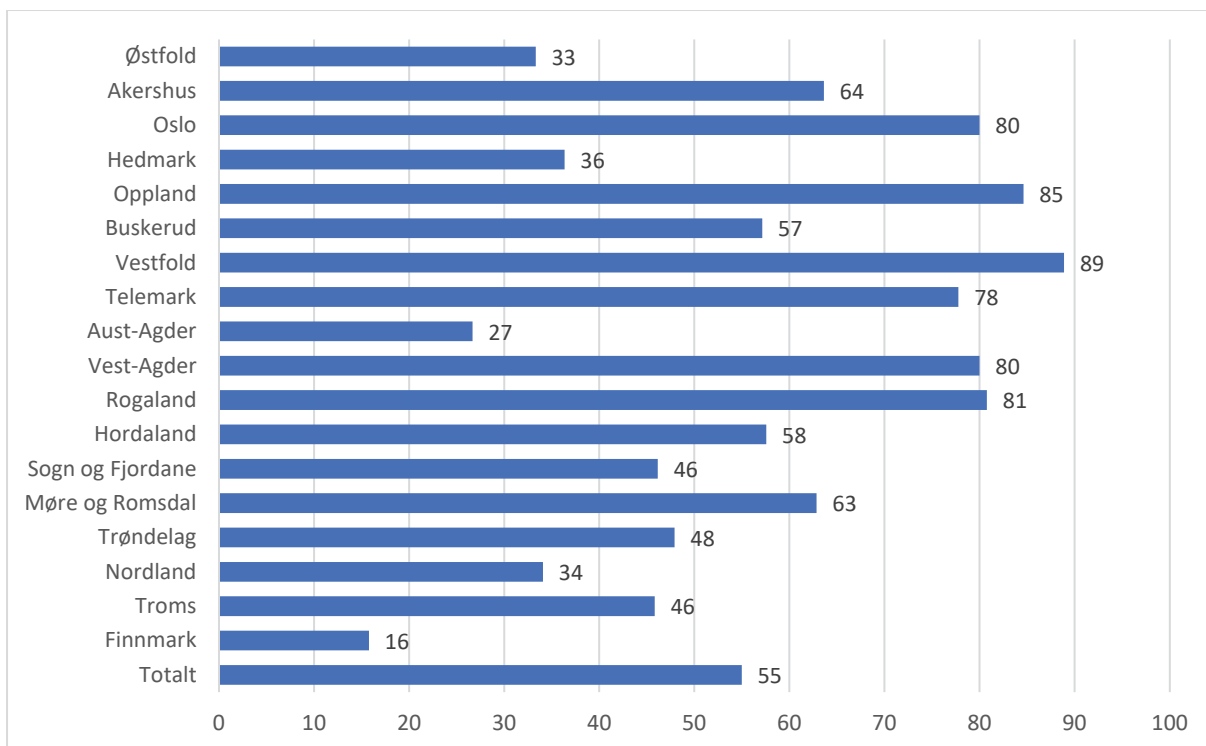
Et mer interessant spørsmål er om kommunene har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. På dette spørsmålet er det større variasjon, og det er 55 prosent av kommunene som svarer at de har på plass en forløpskoordinator. Vi ser på hvordan disse kommunene fordeler seg etter størrelse (figur 7.1) og fylke (figur 7.2).

**Tabell 7.2** Svar på spørsmål om kommunen/bydelen har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, 2019.

	Antall	Prosent
Ja	238	55
Nei	182	42
Ikke svart	16	4
Totalt	436	100



**Figur 7.1** Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Kommunestørrelse, 2019.



**Figur 7.2** Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Fylke, 2019.

## 7.5 ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN

Som vist i neste tabell er det 62 prosent av de som har forløpskoordinator på plass som har valgt å organisere denne i koordinerende enhet eller tildelingskontor. 40 prosent har koordinatoren på enhet for helse og rus og tre prosent har organisert denne i NAV kontoret. Det er åtte prosent som svarer "Annet", og her har de kommentert blant annet at det ikke er behov for forløpskoordinator fordi kommunen er så liten, at de ikke har bestemt seg ennå eller at tjenestene er under omorganisering.

**Tabell 7.3** Svarfordeling på hvor forløpskoordinatoren er organisert, 2019. n=238

	Antall	Av alle med koordinator på plass
Koordinerende enhet/tildelingskontor	147	62
Enhet for psykisk helse og rus	95	40
NAV	6	3
Annet	18	8

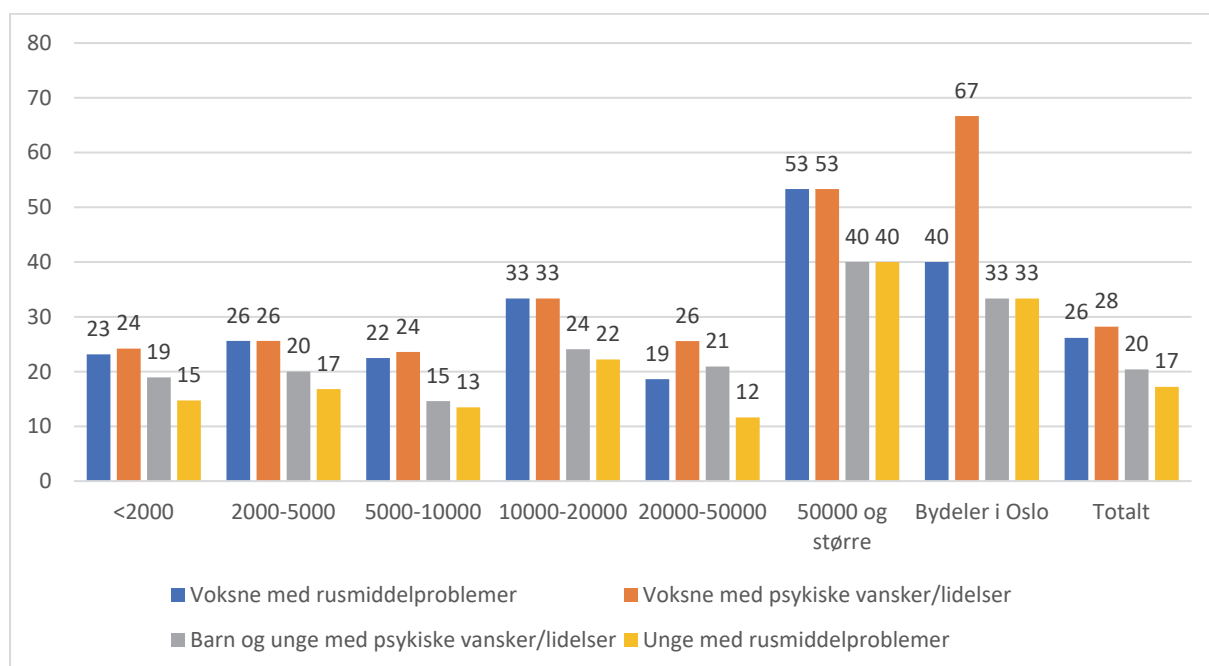
## 7.6 GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV KOMMUNAL INFORMASJON

Som vist i tabell 7.4 er det 17-28 prosent som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene. Mange svarer at de ikke vet, og dette kan tyde på at tjenestene ikke er involvert i arbeidet i alle kommunene. Det kan også bety at de ikke har oppdatert avtalene.

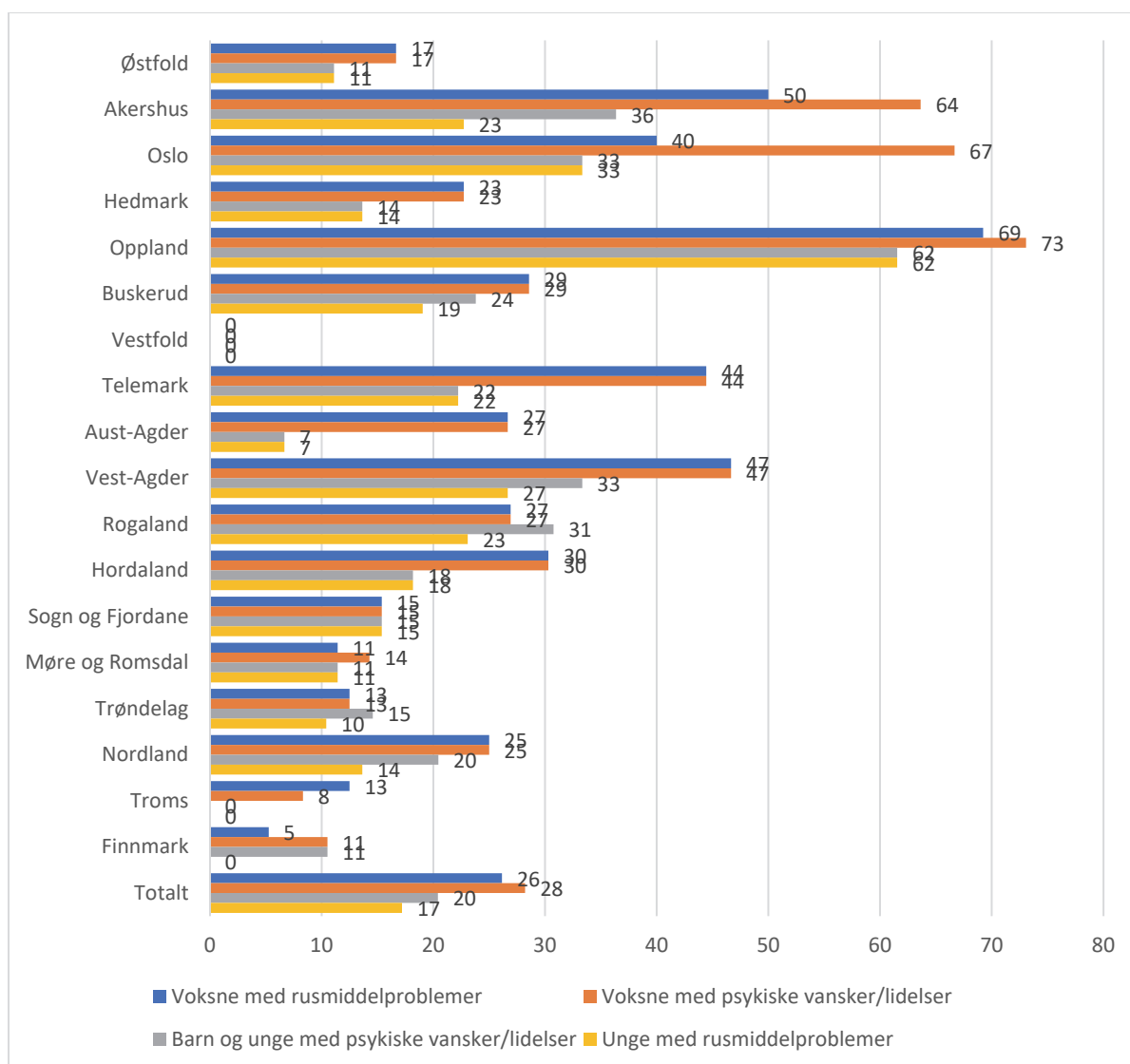
**Tabell 7.4** Svarfordeling på om kommunene/bydelene har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, 2019.

Gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for:	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Totalt
voksne med rusmiddelproblemer	26	41	28	5	100
voksne med psykiske vansker/lidelser	28	40	28	5	100
barn og unge med psykiske vansker/lidelser	20	43	31	6	100
unge med rusmiddelproblemer	17	44	32	7	100

Fra figur 7.3 ser vi at mønsteret er ganske likt i de ulike gruppene ved at det er færrest som har oppdatert avtalene for barn og unge. Det er også noen fylkesforskjeller, se figur 7.4. I Vestfold er det ingen kommuner som svarer at de har oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for noen av målgruppene, mens Oppland ligger høyt for alle målgruppene.



**Figur 7.3** Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Kommunestørrelse 2019.



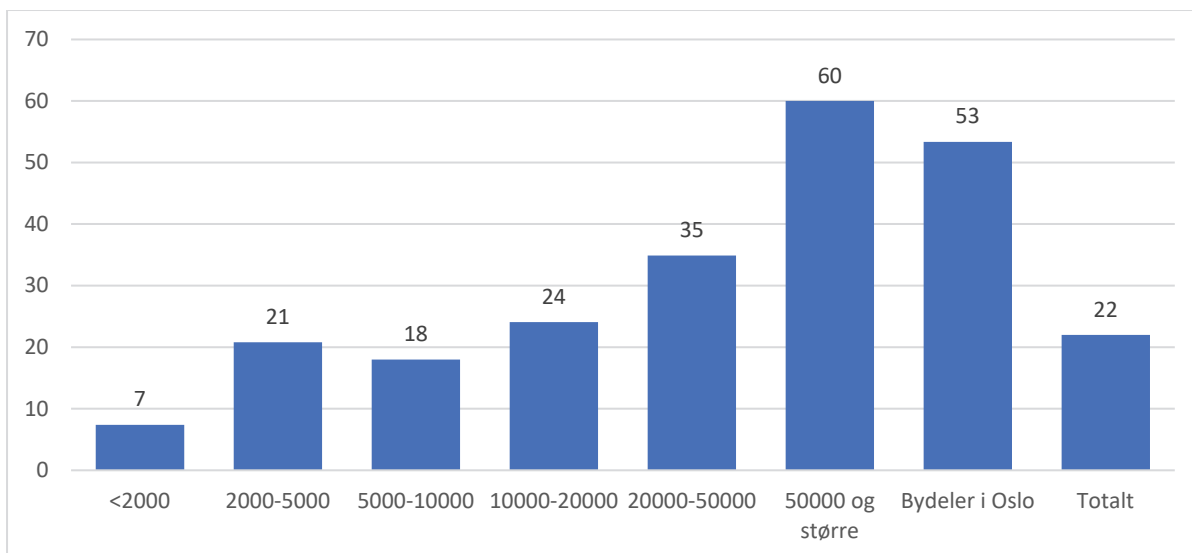
Figur 7.4 Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Fylke 2019.

## 7.7 INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP

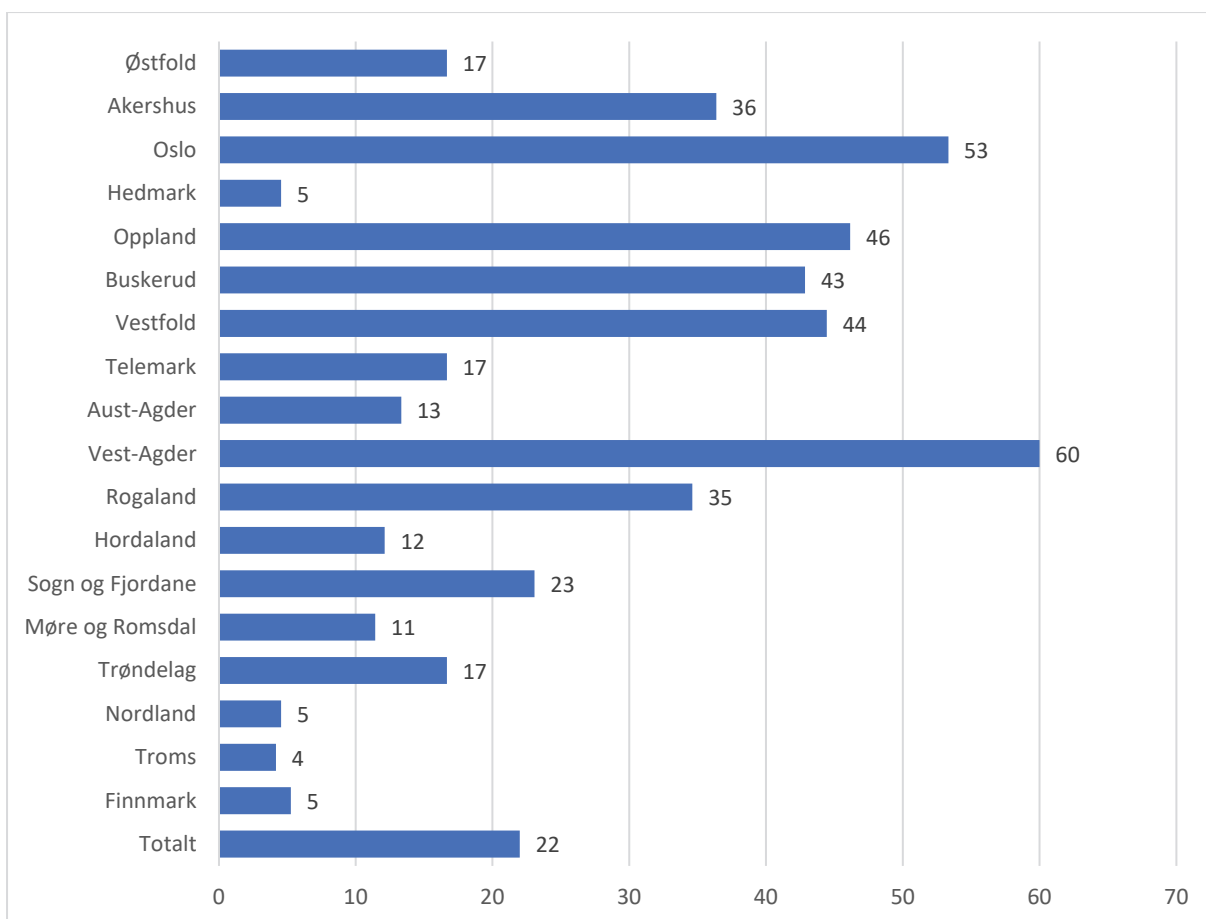
Som vist i tabell 7.5 har 22 prosent av kommunene at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider. Ti prosent svarer at de ikke vet, eller har unnlatt å svare, mens to av tre kommuner svarer nei. Her gjenstår altså et arbeid og særlig i små kommuner, se figur 7.5.

Tabell 7.5 Svar på spørsmål om kommunen har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider.

	Antall	Prosent
Ja	94	22
Nei	296	68
Vet ikke	27	6
Ikke svart	19	4
Total	436	100



**Figur 7.5** Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Kommunestørrelse, 2019.



**Figur 7.6** Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Fylke, 2019.

## 7.8 KONKRETE ERFARINGER MED PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Vi har spurt kommunene om de har noen konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus, og omtrent hver tredje kommune/bydel (n=146) har gitt et kvalitativt svar.

De fleste svarer at det arbeides med avtalene, men at de foreløpig ikke har noen erfaring med pakkeforløpene. En kommune svarer for eksempel slik:

*"Ingen konkrete erfaringar med pakkeforløpet så langt i høve til vaksne. Barnevern informerer om namn og kontakinfo på forløpskoordinator ved henvisning til Bup. Kommunen har ei rutine for forløpskoordinering ute til høyring og kjem til å legge informasjon på heimesida når rutina er på plass."*

En annen kommune svarer at de arbeider med å konkretisere begrepet "utskrivningsklar":

*"Det er påbegynt arbeid med info på nettsider. Erfaringer med pakkeforløp: ja, har hatt kontakt med spes.helsetjenesten om utskrivningsklare pasienter. Arbeides nå med samarbeid (kommune+spes.helsetj) om forståelse og innhold av begrepet utskrivningsklar."*

Noen kommenterer at dette kan føre til mer systematikk i spesialisthelsetjenesten:

*Dette oppleves så langt fra kommunens side en strukturering av sykehusets koordinering og dokumentasjon. Det er ingen vesentlige endringer fra kommunens side når det gjelder samarbeid og koordinering. Usikkert hvordan dette påvirker fastlegenes rolle og hvor godt forberedte og informerte de er.*

En kommune opplever at TSB er mer på banen enn tidligere:

*Merker at spesielt rusbehandlingsteder er tidligere ute med kontakt med kommunen i forhold til planlegging og utskrivelse.*

Ikke alltid det er behov for oppfølging i kommunene etter kommunens vurdering:

*Får henvist flere som har vært i pakkeforløp i psykisk helsevern, som i utgangspunktet ikke ville trenge oppfølging i kommunen i etterkant*

Andre har mer negative erfaringer:

*Ikke annet enn at det nå virker som pasientene blir avsluttet tidligere enn før fra DPS.*

*Ja, allerede opplevd at pasienter har brudd i forløpene i form av for lang ventetid for eks institusjonsbehandling*

*Vi ser at det for mange ikke passer med tidslinjene i pakkeforløpet.*

Flere beskriver også at samarbeid rundt pasientene generelt er bra:

*Kommunen har bedre samarbeid med lokal Vop der pakkeforløp er tema. Begge parter ser gevinsten med å samarbeide rundt pasientene.*



Mange av de andre kommentarene tyder på at det våren 2019 var planer for å gjøre pakkeforløpene kjent og få på plass avtalene i løpet av 2019. Vi forventer derfor at kommunene våren 2020 vil ha bedre oversikt og kunnskap om implikasjonene av pakkeforløpene.

## 7.9 OPPSUMMERING

Det store flertallet av kommunene (95 prosent) svarer våren 2019 at de er kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet. Mer enn halvparten av kommunene (55 prosent) hadde i vår fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, men mange arbeidet videre med dette utover i 2019. Av de som hadde fått på plass en forløpskoordinator for disse pakkeforløpene, var det 62 prosent som hadde organisert denne under Koordinerende enhet/Tildelingskontor, mens 40 prosent hadde organisert forløpskoordinatoren i Enhet for psykisk helse og rus. Noen få kommuner (n=6) av de som hadde fått på plass forløpskoordinator, har valgt å organisere denne i NAV. Mange kommuner som ikke hadde fått på plass forløpskoordinator oppgir at de arbeider med å finne den beste løsningen og vil ha det klart i løpet av 2019.

Det er 17 – 28 prosent av kommunene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgruppene voksne/barn/unge og psykiske lidelser/rusmiddelproblemer. Av alle kommunene var det 22 prosent som oppgav at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, og mange var i gang med å utvikle innholdet, men hadde foreløpig ikke publisert dette.

Det er kun få kommuner som rapporterer at de har direkte erfaringer med pakkeforløpene for psykisk helse og rus, men vi forventer at flere vil kunne dele erfaringer i datainnsamlingen som skal gjennomføres våren 2020.



## 8 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Alle kommuner yter tjenester gjennom oppsøkende virksomhet, for eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester, helsestasjonene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet) og stort sett alle årsverk som følger opp brukere i hovedforløp 3 arbeider oppsøkende. I dette kapitlet ser vi nærmere på flerfaglige oppsøkende team, og særlig på ACT og FACT team.

I 2009 startet Helsedirektoratet<sup>20</sup> en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det ble etablert 14 team etter modell av ACT i Norge i perioden 2009-2014, og det er utviklet egne håndbøker i begge metodene. I følge NAPHA<sup>21</sup>, som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP, er kompetansesenteret med ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge, er Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Både ACT og FACT er lokalbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. Temaene er flerfaglig sammensatt og har høy kompetanse med blant annet sosionom, psykolog og psykiater. Teamene følger opp brukerens behov på en rekke områder som bolig, rusbehandling, psykiatrisk behandling, familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester. Teamene samarbeider også tett med blant andre NAV, sykehusavdelinger og boligtiltak.

NAPHA oppgir på forespørsel at de har registrert sju ACT-team og 39 FACT-team pr. juli 2019.

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet NAPHA og NKROP i 2017 en rapport som konkluderer med at potensialet for flere ACT- og FACT-team i Norge er stort, også i mindre tett befolkede områder. 94 prosent av befolkningen kan nås av slike team. Med unntak av regioner med færre innbyggere enn 15000 innbyggere, vil ACT- og/eller FACT-team kunne etableres i hele landet. Befolkningsgrunnlag og reiseavstand synes ikke å være en stor barriere. Om lag 26 000 personer har behov for et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Etablering av flere ACT-team og FACT-team bør skje gjennom omstilling av de eksisterende lokalbaserte psykisk helse- og rustjenestene.

I dette kapitlet ser vi nærmere på antall team og antall kommuner som er inkludert i ACT- eller FACT team ifølge kommunene. Vi starter med å se på oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom.

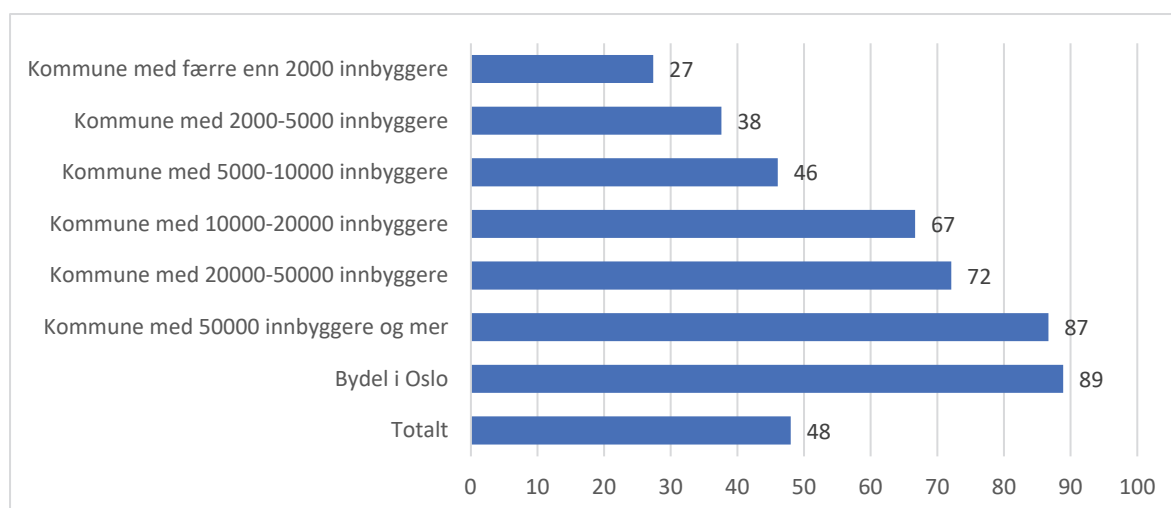
<sup>20</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

<sup>21</sup> <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

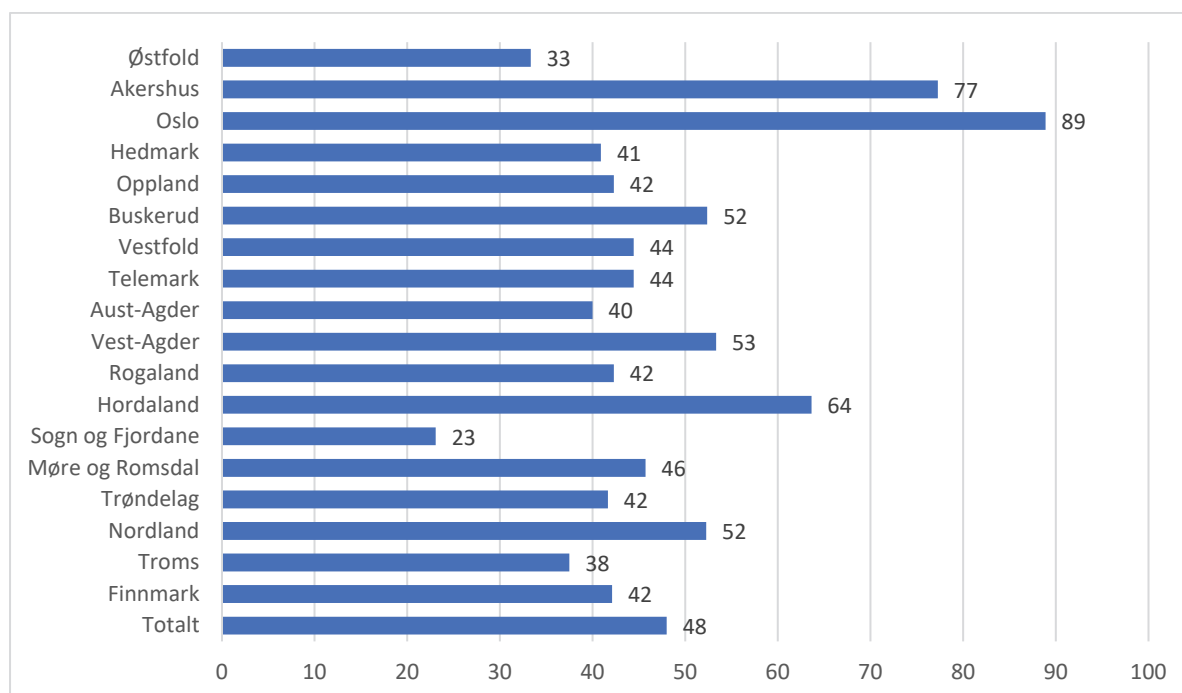
## 8.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 418 kommuner/bydeler som har svart (96 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Av disse er det 210 kommuner/bydeler som oppgir at de har slik aktivitet, og dette utgjør 48 prosent av kommunene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 (41 prosent) og i 2018 (42 prosent), så det er en økning siste år.

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 8.1, og som tidligere, er det en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sannsynligheten for å drive slikt arbeid.



Figur 8.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, kommunestørrelse 2019.



Figur 8.2 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, fylke 2019.

## MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Det er 186 av de 210 kommunene (89 prosent) som har beskrevet målgruppen og det er få endringer fra i fjor. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Den vanligste aldersgruppen er 13-20 år, og den nest vanligste 13-23 år. Men det er også noen kommuner som har 12-18 åringer som målgruppe for dette arbeidet. De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

- Risikoutsatt ungdom
- Unge som faller utenfor, for eksempel skolevegrere
- Skoleelever
- Hybelungdom
- Rykker ut når unge har behov
- Alle ungdommer
- De som har kontakt med NAV

Det er helt tilsvarende med det vi fant i 2018 og det er ikke behov for å kartlegge dette hvert år.

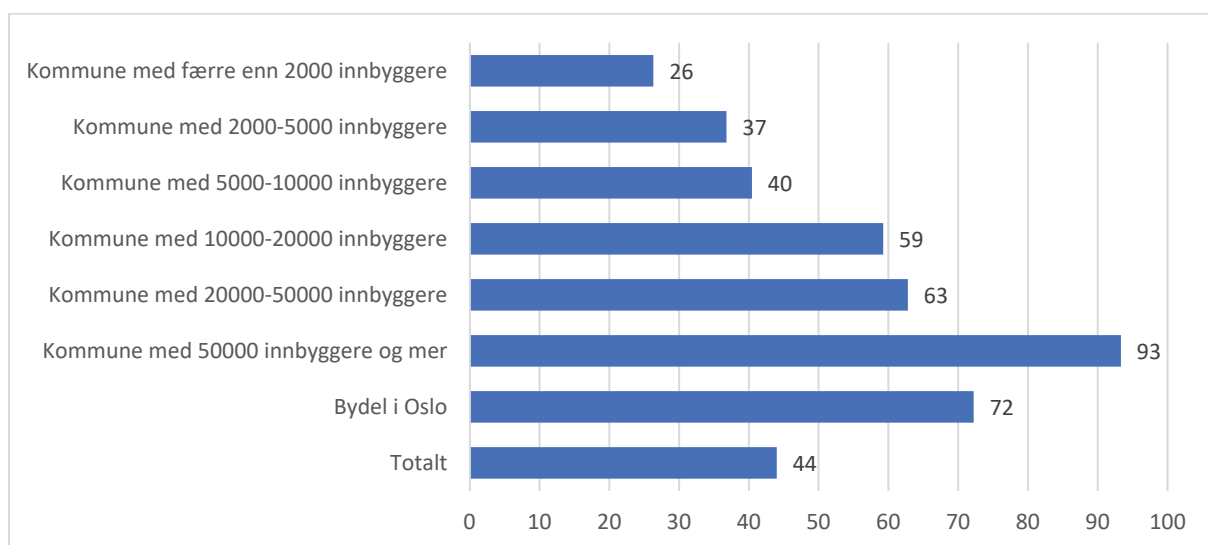
## 8.2 FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM

Det er 193 kommuner/bydeler som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, og 96 prosent av kommunene/bydelene har svart på dette. Det er altså 88 flere kommuner/bydeler som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team i 2019 enn i 2018.

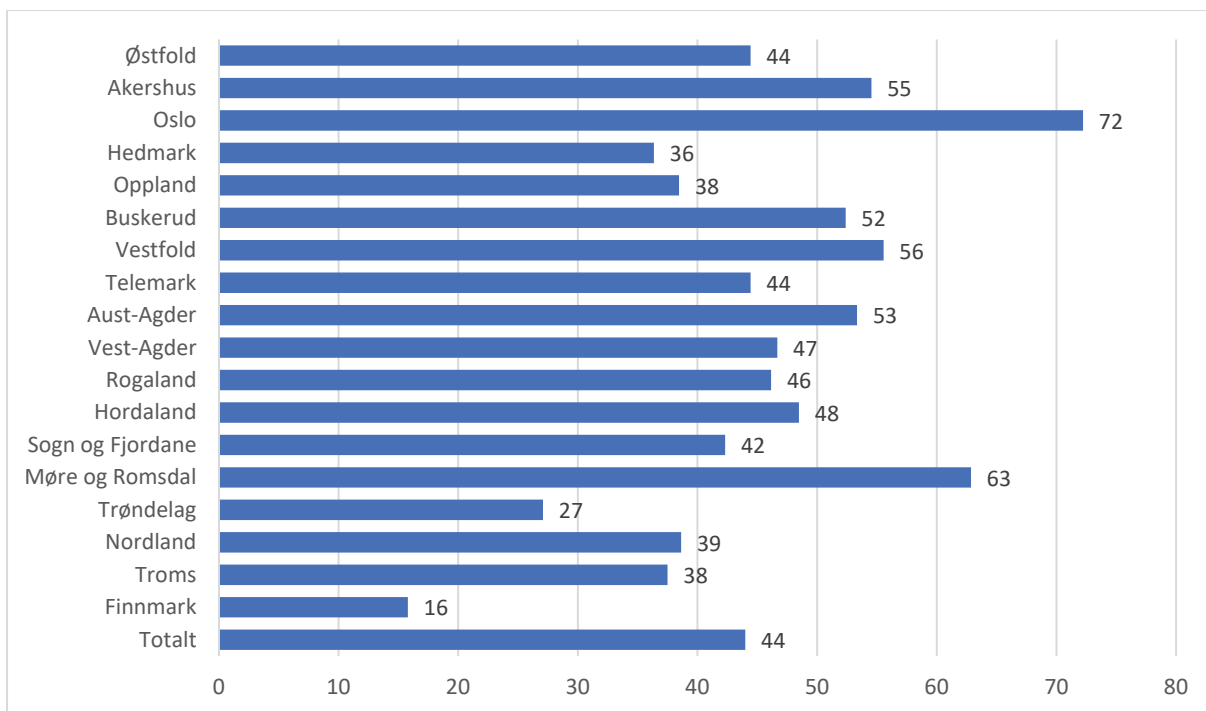
Tabell 8.1 Antall og andel av kommunene/bydelene som har flerfaglige oppsøkende team i 2017, 2018 og 2019.

	2017		2018		2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Har flerfaglige oppsøkende team	110	26	105	25	193	44
Har ikke flerfaglige oppsøkende team	313	74	317	75	243	56

Fordelingen på kommunestørrelse er vist i figur 8.3 og fylkesfordelingen er vist i figur 8.4.



Figur 8.3 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, kommunestørrelse 2019.



Figur 8.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, fylke 2019.

### 8.3 ANTALL ACT-TEAM OG FACT-TEAM

Det er 44 kommuner og en bydel i Oslo som selv oppgir at de er en del av et ACT-team eller at andre kommuner har tatt med kommunen i listen over kommuner som inngår i samarbeidet. Når vi teller opp finner vi at kommunene rapporterer om 17 ulike ACT team våren 2019. Flere av kommunene som har oppgitt at de har ACT-team, er det ikke ifølge andre kilder. Men det kan være noen kommuner som oppgir at de arbeider etter ACT-metodikk, selv om de ikke faktisk er omfattet av et ACT-team.

Ifølge oversikten fra NAPHA har de informasjon om følgende ACT-team:

- ACT Tromsø
- ACT Tiller
- ACT Sunnmøre
- ACT Volda
- ACT Jæren
- ACT Haugesund
- ACT Moss og omegn

NAPHA har ikke oppgitt at det er ACT-team i Romsdalen, Nordland eller på Grünerløkka. I Lillesand vet vi at det er etablert FACT-team, men kommunen rapporterer også om å ha ACT-team. Dette kan bety at endringene ikke alltid blir raskt kjent i de kommunale tjenestene.

Det er 100 kommuner og 3 bydeler i Oslo som rapporterer at de har FACT-team eller at andre kommuner har tatt med kommunen i listen over kommuner som inngår i samarbeidet. Ut ifra svarene fra kommunene, finner vi at kommunene oppgir til sammen 34 FACT-team i Norge.

NAPHA oppgir at det er etablert 39 FACT team pr. juli 2019. I Oslo er det etablert 1 team ung, 1 team eldre og 1 team rus, ifølge NAPHA.

Når vi går gjennom listen fra NAPHA, ser vi at for eksempel i Troms, er det bare rapportert om ett FACT-team i vårt datagrunnlag, mens NAPHA har to ulike på sin liste. I Bergen er det flere FACT-team i NAPHA sin liste fordi bydelene inngår i ulike samarbeid. Bergen rapporterer foreløpig ikke på bydelsnivå i IS-24/8, og vi mister dermed denne informasjonen.

Vår oversikt over ACT og FACT er basert på det kommunene rapporterer. Det vil sannsynligvis være noen kommuner som ikke er kjent med at det er etablert ACT eller FACT team der kommunen er involvert fordi de ligger i opptaksområdet til DPS-en eller at det er inngått avtaler på overordnet nivå i kommunene og ikke med de enkelte tjenestene.

Vår vurdering er at IS-24/8 svarer på hvilke kommuner som er kjent med at kommunen inngår i et ACT eller FACT samarbeid, mens NAPHA har ansvaret for å holde oversikt over hvilke team som etableres og planlegges i spesialisthelsetjenesten. Det vil naturlig nok være en viss diskrepans i disse oversiktene da det kan ta tid før kommunalt psykisk helse og rusarbeid er involvert i samarbeidet i de enkelte kommunene.

#### 8.4 ANNET OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT VOKSNE

Det er 59 kommuner og fem bydeler i Oslo som oppgir at de har annet oppsøkende samhandlingsteam enn ACT og FACT rettet mot voksne. Dette kan være oppsøkende rusteam, ambulante team, akutt-team, ROP-team, samhandlingsteam eller andre samarbeidsteam. I følgende oversikt viser vi hvilke kommuner som svarer at de inngår i slike team, men her er det ikke spurt om hvilke andre kommuner som inngår, så vi vet bare om de kommunene som selv rapporterer at de er med i et slikt samarbeid.

Fylke	Kommuner/bydeler som oppgir at de har slike samhandlingsteam:
Østfold	Halden, Eidsberg og Våler
Akershus	Bærum, Aurskog-Høland, Nannestad
Oslo	Gamle Oslo, Sagene, St. Hanshaugen, Alna, Velferdsetaten
Hedmark	Kongsvinger, Hamar
Oppland	Sør-Fron, Søndre Land
Buskerud	Hol, Røyken og Hurum
Vestfold	Færder
Telemark	Notodden, Kviteseid, Vinje
Vest-Agder	Kristiansand, Sogndalen
Rogaland	Stavanger, Sola, Strand og Finnøy
Hordaland	Kvinnherad, Jondal, Ullensvang, Granvin
Sogn og Fjordane	Flora, Høyanger, Vik, Lærdal, Askvoll, Jølster, Naustdal, Bremanger, Vågsøy, Selje
Møre og Romsdal	Sande, Hareid, Norddal, Stranda, Giske, Haram, Vestnes, Aukra, Fræna, Eide
Trøndelag	Rennebu, Meldal og Levanger
Nordland	Sømna, Herøy, Hattfjelldal, Dønna, Nesna, Moskenes
Troms	Gratangen, Karlsøy, Storfjord

Det er altså mange måter kommunene kan få til samarbeid med spesialisthelsetjenesten på, selv om det ikke er modellbaserte løsninger som FACT og ACT.

## 8.5 KOMMUNALT OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM

Det er 63 kommuner og ti bydeler i Oslo som oppgir at de har slike oppsøkende behandlings eller oppfølgingsteam. Eksempler på slike team kan være ROP-team, rus-team, team med personell fra hjemmetjeneste og psykisk helse/rus-tjenester, team med ruskompetanse fra NAV og psykisk helsekompetanse fra kommunen etc. Følgende kommuner svarer at de har oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

Fylke	Kommuner/bydeler som oppgir at de har slike samhandlingsteam:
Østfold	Sarpsborg
Akershus	Frogn, Aurskog-Høland, Skedsmo, Nes
Hedmark	Kongsvinger, Stange
Oslo	Sagene, St. Hanshaugen, Ullern, Vestre Aker, Grorud, Stovner, Alna, Østensjø, Søndre Nordstrand, Velferdsetaten
Oppland	Øyer, Jevnaker, Søndre Land, Nord-Aurdal
Buskerud	Hole, Gol, Krødsherad, Modum, Røyken, Hurum
Vestfold	Tønsberg, Sandefjord, Re
Telemark	Sauherad, Tokke
Aust-Agder	Risør, Vegårshei
Vest-Agder	Kristiansand, Sogndalen
Rogaland	Sola, Karmøy
Hordaland	Fitjar
Hordaland	Os, Sund, Fjell, Masfjorden
Sogn og Fjordane	Flora, Jølster, Naustdal, Bremanger, Vågsøy, Selje
Møre og Romsdal	Ålesund, Sande, Ørsta, Sykkylven, Rauma, Midsund, Fræna, Eide, Sunndal
Trøndelag	Steinkjer, Snillfjord, Meldal, Orkdal, Malvik, Levanger, Namsskogan, Nærøy, Indre Fosen
Nordland	Vefsn, Rana, Øksnes
Troms	Lenvik
Finnmark	Alta, Tana

## 8.6 OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT BARN OG UNGE

Det er 51 kommuner og én bydel og Velferdsetaten i Oslo som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Dette kan for eksempel være familieteam eller team satt sammen av personell fra helsestasjon, PPT, barnevern, politi, skole, BUP etc. Følgende kommuner svarer at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge:



Fylke	Kommuner/bydeler som oppgir at de har slike samhandlingsteam:
Østfold	Sarpsborg
Akershus	Frogn, Oppegård, Ullensaker, Nes
Oslo	Vestre Aker, Velferdsetaten
Hedmark	Kongsvinger, Hamar, Grue
Oppland	Øyer, Vang
Buskerud	Gol, Hol, Øvre Eiker, Hurum
Vestfold	Svelvik, Re
Telemark	Skien, Notodden, Sauherad, Tokke, Vinje
Aust-Agder	Vegårshei, Lillesand, Iveland, Evje og Hornnes
Rogaland	Sola
Hordaland	Ullensvang, Os
Sogn og fjordane	Flora, Høyanger, Askvoll, Bremanger, Selje
Møre og Romsdal	Vanylven, Haram, Vestnes, Fræna, Eide
Trøndelag	Namsos, Snillfjord, Orkdal, Levanger, Namsskogan
Nordland	Herøy, Vefsn, Dønna og Saltdal
Troms	Kvæfjord, Lavangen
Finnmark	Kvalsund, Tana

## 8.7 ANDRE TYPER TEAM

Det er 28 kommuner og en bydel i Oslo som oppgir at de har andre typer team. Dette kan være lavterskel helsetilbud til rusavhengige, ulike ambulante team, forebyggingsteam, hverdagsrehabiliteringsteam etc. Følgende kommuner/bydeler har oppgitt at de har slike team:

Fylke	Kommuner/bydeler som oppgir at de har slike samhandlingsteam:
Akershus	Skedsmo
Hedmark	Nord-Odal, Engerdal
Oslo	Grorud
Oppland	Øystre Slidre
Telemark	Porsgrunn, Skien, Bø
Aust-Agder	Risør, Arendal, Iveland, Evje og Hornes
Vest-Agder	Farsund, Søgne
Rogaland	Bjerkreim, Rennesøy
Hordaland	Stord, Granvin, Sund
Sogn og Fjordane	Høyanger, Jølster, Bremanger
Møre og Romsdal	Skodje
Nordland	Hattfjelldal, Dønna og Tjeldsund
Troms	Nordreisa
Trøndelag	Trondheim, Indre Fosen

## 8.8 SAMLET VURDERING

Alle kommuner arbeider med oppsøkende virksomhet, for eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester, helsestasjonene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet) og stort sett alle årsverk som følger opp brukere i forløp tre. Behandlingsbegrepet er vanskelig i kommunene, og mange gir

hjelp som grenser til behandling. Miljøarbeid innebærer for eksempel mye terapiarbeid, uten at det benyttes spesifikke behandlings- eller terapiformer.

Tabell 8.2 Type flerfaglige team som kommunene/bydelene oppgir å ha, antall og prosent 2019.

	2019	
	Antall kommuner/bydeler	Prosent av alle kommuner/bydeler
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	44	10
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	103	24
Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	64	15
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgningsteam	73	17
Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	53	12
Andre typer team:	29	7

Vi har også undersøkt om de som har flerfaglige oppsøkende team bruker mer ressurser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi finner at de som har flerfaglige team bruker 31 årsverk pr. 10 000 voksne innbyggere, mens de som ikke har det – bruker 29 årsverk pr 10 000 innbygger (veide rater). Men da vi undersøkte om kommuner med flerfaglige oppfølgende team har flere årsverk enn de som ikke har det, finner vi ingen signifikant sammenheng. Så bildet er at disse kommunene i gjennomsnitt har flere årsverk enn kommuner som ikke har slike team, det er ikke så store forskjeller at de er signifikante. Når vi gjør det samme for oppsøkende behandlingsteam rettet mot barn og unge, finner vi at kommuner som har slike team, nå har mange flere årsverk pr. innbygger under 18 år (41 årsverk pr. 10 000 innbygger) enn de som svarer at de ikke har slike team (30 årsverk pr. innbygger). Forskjellene er ikke statistisk signifikante.

## 8.9 OPPSUMMERING

NAPHA oppgir på forespørsel at de har registrert sju ACT-team og 39 FACT-team pr. juli 2019. Når vi spør kommunene om de er en del av et ACT-team eller FACT team, finner vi at det er 44 kommuner og en bydel i Oslo som selv oppgir at de er en del av et ACT-team eller at andre kommuner har tatt med kommunen i listen over kommuner som inngår i samarbeidet. Dette utgjør ti prosent av alle kommuner/bydeler. Kommunene rapporterer totalt om 17 ulike ACT team våren 2019.

Det er videre 100 kommuner og tre bydeler i Oslo som rapporterer at de har FACT-team eller at andre kommuner har tatt med kommunen i listen over kommuner som inngår i samarbeidet. Ut ifra svarene fra kommunene, finner vi at det var etablert 34 FACT-team i Norge våren 2019. Dette utgjør 24 prosent av alle kommuner/bydeler. Det er i tillegg 59 kommuner og fem bydeler i Oslo som oppgir at de har annet oppsøkende samhandlingsteam enn ACT og FACT rettet mot voksne (15 prosent) som er etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi finner også at 63 kommuner og ti bydeler i Oslo oppgir at de har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgningsteam som ikke er etablert i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (17 prosent). Våren 2019 er det 51 kommuner og 2 bydeler i Oslo som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge (12 prosent). Dette kan for eksempel være familieteam eller team satt sammen av personell fra helsestasjon, PPT, barnevern, politi, skole, BUP etc.

## 9 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN TILBUD

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 skulle plikten også gjelde for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

*”Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.”*

### 9.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT

Det er 37 kommuner (åtte prosent) som ikke har etablert et "øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud" for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. I 2018 var det 73 kommuner (17 prosent) som ikke hadde etablert et slikt tilbud. Fordi kommunene kan ha opprettet flere tilbud, er det mulighet for å sette flere kryss. Vi beregner prosenten basert på alle 436 kommunene/bydelene.

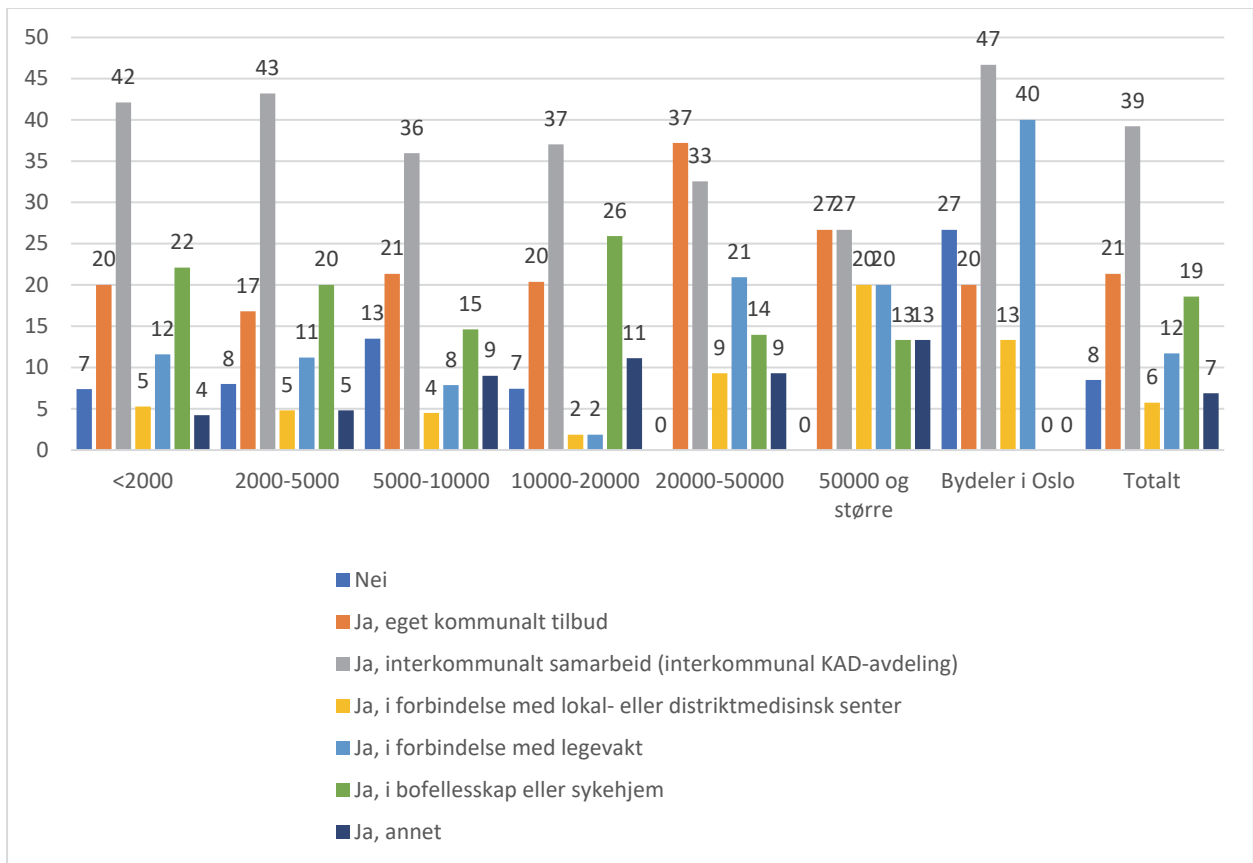
Det er 14 kommuner som ikke har svart på spørsmålet og dette er Lunner, Hemsedal, Drangedal, Nome, Birkenes, Etne, Kristiansund, Gjemnes, Tysfjord, Bø (Nordland), Berg, Agdenes, Verran og Flatanger.

Blant de 422 kommunene/bydelene som har svart (97 prosent), har de fleste kommunene valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (39 prosent), mens 21 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

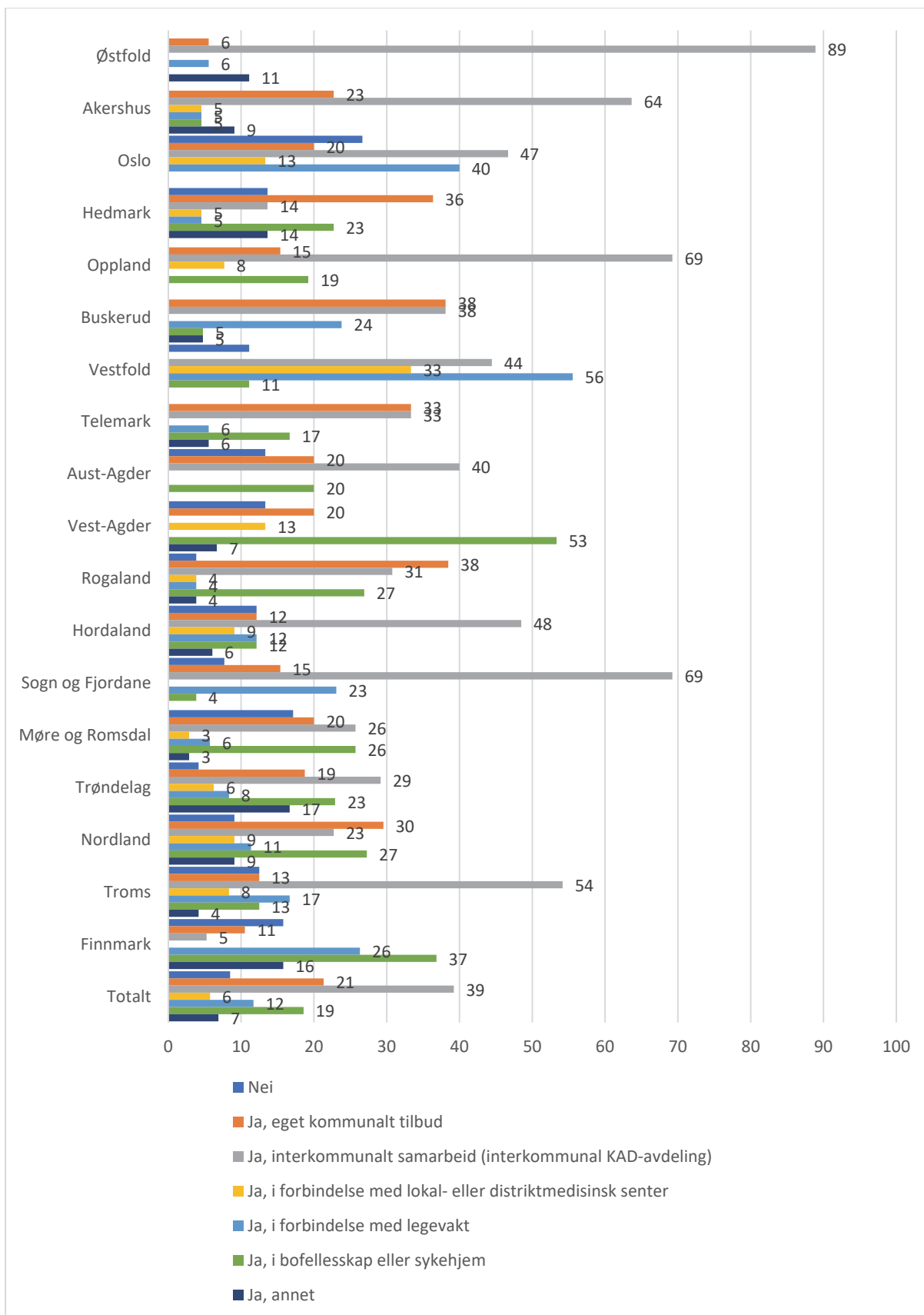
**Tabell 9.1** Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? N=436.

	Antall	Prosent
Nei	37	8
Ja, eget kommunalt tilbud	93	21
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	171	39
Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter	25	6
Ja, i forbindelse med legevakt	51	12
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	81	19
Ja, annet	30	7

Vi ser hvordan dette fordeler seg etter kommunestørrelse og fylke i figur 9.1 og figur 9.2.



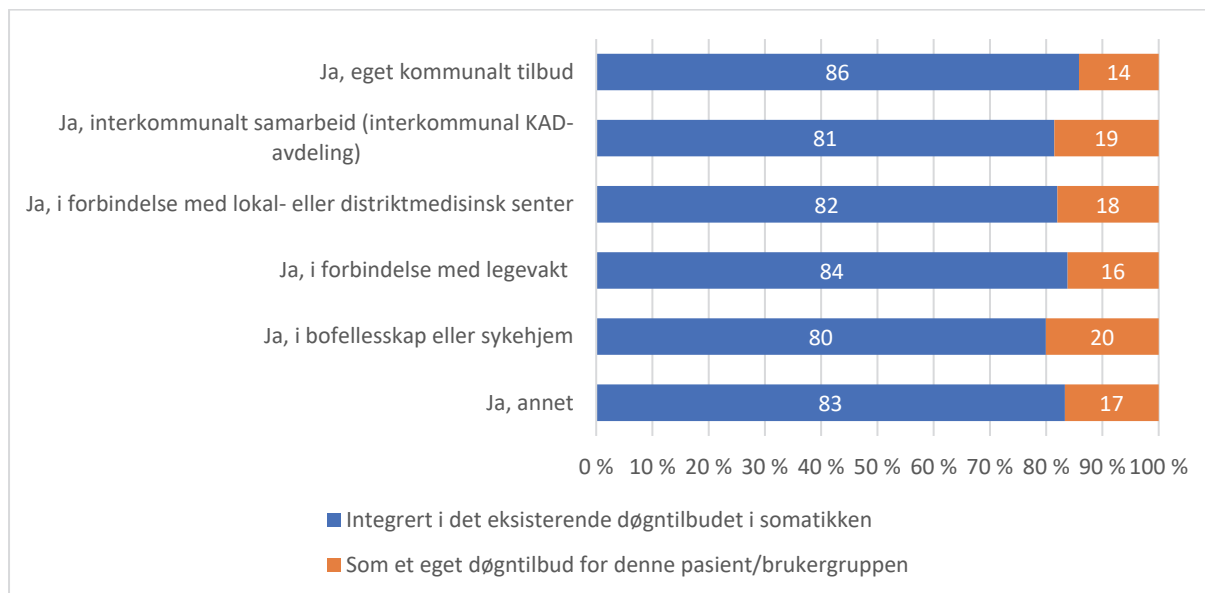
Figur 9.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnoophold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Kommunestørrelse, 2019.



Figur 9.2 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Fylke, 2019.

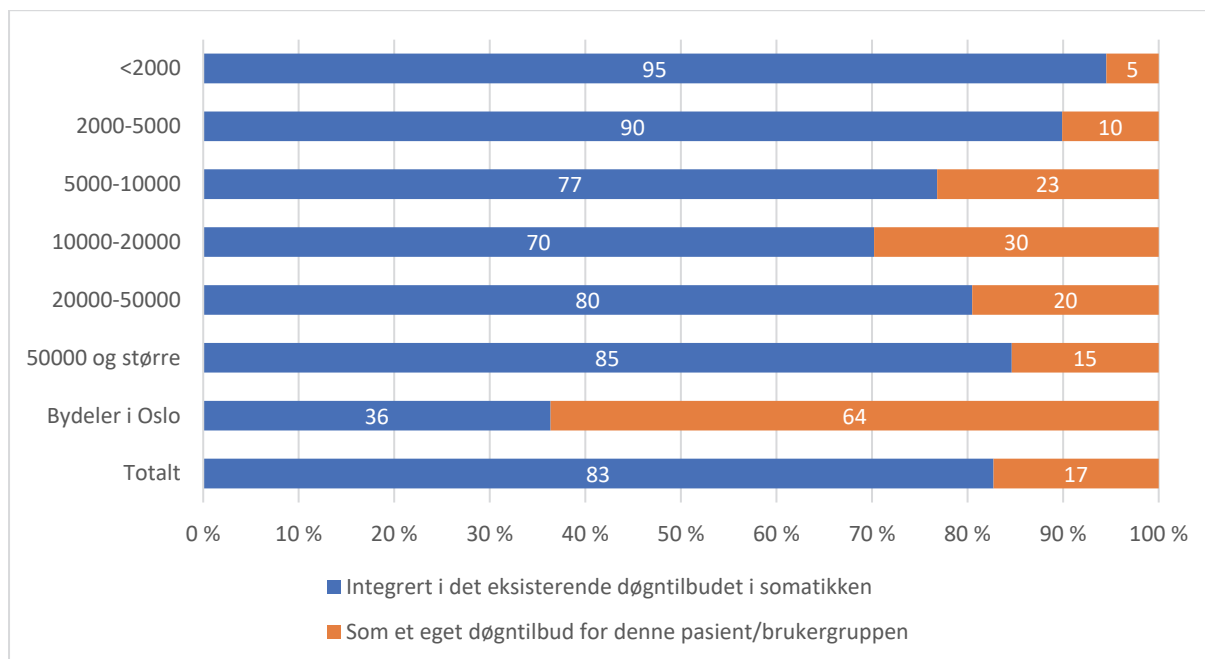
## 9.2 PLASSERING AV DØGNPLASSENE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Av de 365 kommunene/bydelene som har etablert et tilbud, er det 360 som har svart på hvor tilbudet er etablert.

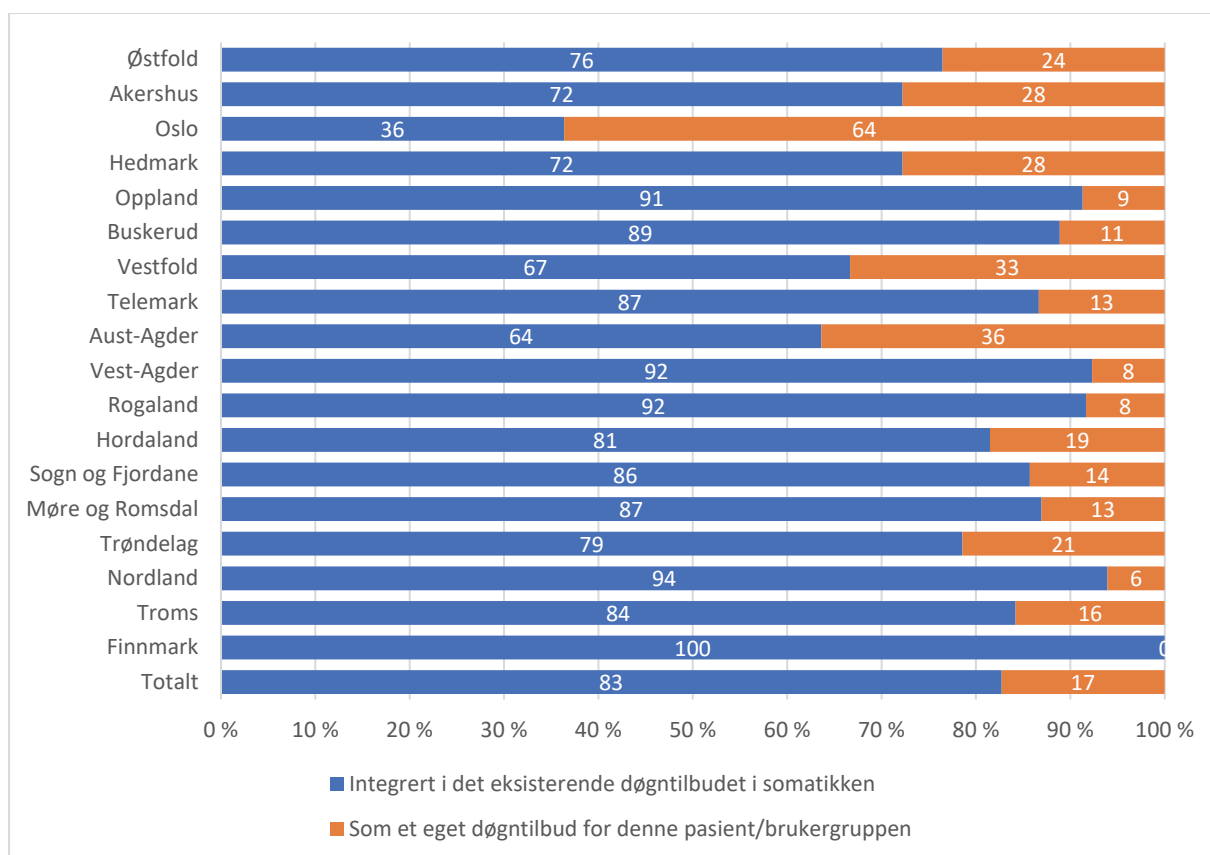


Figur 9.3 Hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene innen psykisk helse og rus etablert?

Som vist i figur 9.3 er det i overkant av 80 prosent av kommunene som svarer at tilbudet er integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, men det er ikke store forskjeller i fordelingen mellom de ulike løsningene. Fra figur 9.4 ser vi at de minste kommunene i større grad enn større kommuner har integrert tilbudet i somatikken, men at det ikke er lineære sammenhenger med kommunistørrelse.



Figur 9.4 Prosent av kommunene etter hvor tilbudet er etablert, kommunistørrelse, 2019.



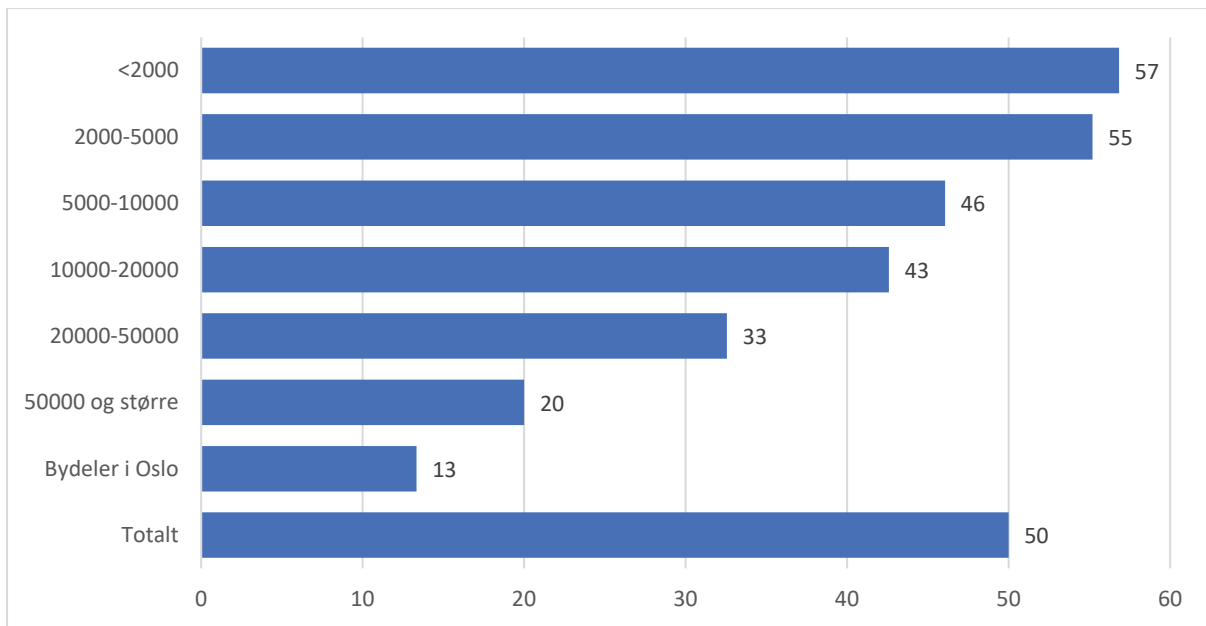
Figur 9.5 Prosent av kommunene som har etablert plassene som et eget døgntilbud til denne pasient/brukergruppen? Fylke, 2019.

### 9.3 BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?

Det er 412 kommuner/bydeler (94 prosent) som har svart på i hvilken grad plassene blir benyttet. Som vist i tabell 9.2 er det 50 prosent av kommunene som svarer at plassene er i svært liten grad eller i liten grad benyttet og 12 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad blir benyttet. Vi ser nærmere på de som svarer at plassene i svært liten eller i liten grad blir benyttet og fordeler etter kommunestørrelse (figur 9.6) og fylke (figur 9.7).

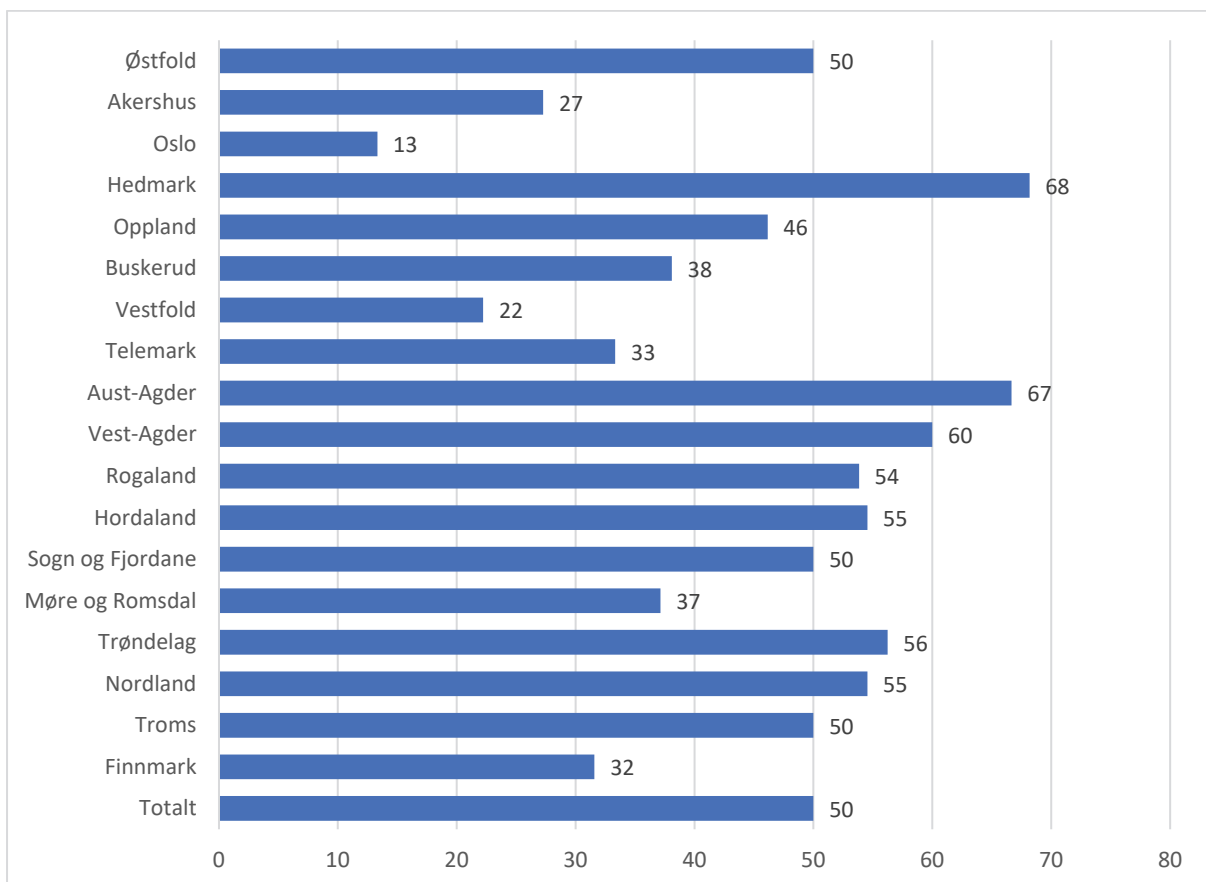
Tabell 9.2 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad erfarer dere at disse plassene blir benyttet?

	Antall	Prosent
I svært liten grad	119	29
I liten grad	87	21
I noen grad	118	29
I stor grad	41	10
I svært stor grad	8	2
Vet ikke	39	9
Totalt	412	100



**Figur 9.6** Prosent av kommunene som svarer at plassene i liten eller svært liten grad har blitt benyttet. Kommunestørrelse, 2019.

Naturlig nok er plassene i minst grad benyttet i mindre folkerike kommuner. Dette er kanskje tiltak som har størst effekt i de større kommunene, men det er likevel nesten halvparten av kommunene med færre enn 5000 innbyggere som benytter plassene i noen grad.



**Figur 9.7** Prosent av kommunene som svarer at plassene i liten eller svært liten grad har blitt benyttet. Fylke, 2019.



Vurdert etter andel kommuner som svarer at plassene i liten grad er benyttet, er det lavest bruk i Hedmark og Aust-Agder. Men det er kun Oslo som systematisk skiller seg fra resten av fylkene, dvs. eneste som er signifikant forskjellig fra de andre fylkene.

#### 9.4 OPPSUMMERING

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp og plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 skulle plikten også gjelde for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Våren 2017 var det hver tredje kommune som oppgav at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 73 kommuner (17 prosent) som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen. I 2019 er det åtte prosent av de som har svart som oppgir at de ikke har etablert et tilbud. Om vi antar at de 14 kommunene som ikke har svart, ikke har etablert et tilbud, betyr dette at det våren 2019 fortsatt var 51 kommuner som ikke hadde etablert tilbudet (12 prosent av alle kommuner/bydeler).

Av alle kommunene, er det 39 prosent som har etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 19 prosent har etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem. 12 prosent har etablert tilbudet i forbindelse med legevakt og seks prosent i forbindelse med lokal- eller distriktsmedisinsk senter.

83 prosent av kommunene har integrert tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens resten har etablert tilbudet som et eget tilbud til pasient/brukergruppen. Halvparten av kommunene svarer at plassene er brukt i liten grad, og plassene ser naturlig nok ut til å i størst grad bli brukt i kommuner med mange innbyggere.



## 10 ARBEIDSTILTAK

Yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 15 årene, og særlig i retning av den evidensbasert tilnærmingen "Supported Employment" (SE) eller "Individual Placement and Support" (IPS). SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". Årsaken er at denne tilnærmingen har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser. I Norge har det generelt vært en bevisst satsning på arbeidsmarkedstiltak gjennom mange år slik at flere kan komme i arbeid. Dette var også et viktig element i opptrappingsplanen for psykisk helse.

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar, etter NAV-reformen. I 2016 spurte vi derfor eksplisitt om kommunene har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi spurte også om samhandlingen med NAV og andre. Vi konkluderte i 2016 med at 48 kommuner og åtte bydeler i Oslo hadde tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er 18 kommuner og åtte bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helsearbeid. Innen rusarbeid er det 36 kommuner og fem bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS og 18 kommuner og to bydeler i Oslo som oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

Vi beregnet i 2016 at omlag 1 014 personer med psykiske helseproblemer og 637 personer med rusproblemer har tilbud om IPS og SE der kommunene er involvert. Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV beskrives å være god for 60 prosent av kommunene. Det betyr at minst 40 prosent av kommunene har forbedringspotensial på dette området. Vi konkluderte også med at det fortsatt gjenstår et stort arbeid for å få på plass gode arbeidstiltak for målgruppen. Dette arbeidet kan ikke overlates til NAV alene, men må gjøres i tett samarbeid med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og øvrige kommunale tjenester. Kompleksiteten i livssituasjonen for mange i målgruppen og behovet for individuell tilpasning og recovery-tenkning, tilsier at tilbudene må ha et bredt design og stor fleksibilitet.

I 2017 fant vi at totalt 257 kommuner/bydeler (58 prosent) svarte at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Vi fant ikke noen tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og hvorvidt de har etablert samarbeid eller ikke. I 2017 var det 83 kommuner/bydeler (19 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helse øker systematisk med kommunestørrelse. Det var 70 kommuner/bydeler (16 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid øker systematisk med kommunestørrelse. Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene beskrives å være god fra 52 prosent av

kommunene, mens 38 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige ti prosent svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig).

I 2018 fant vi at 291 kommuner/bydeler (66 prosent) hadde etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Det er ikke noen tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og hvorvidt de har etablert samarbeid eller ikke, men det er en økning fra 58 prosent i 2017.

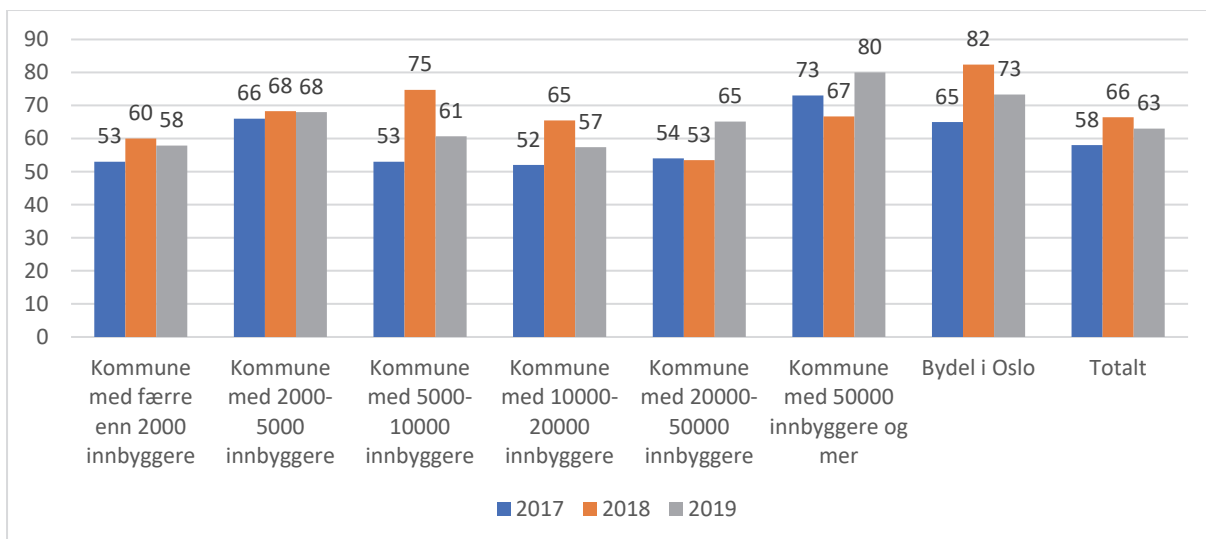
Det er 94 kommuner/bydeler (21 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. I 2017 var andelen 19 prosent, så det er en marginal økning. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helse øker systematisk med kommunestørrelse, og det er særlig i Østfold vi ser en stor økning i andel kommuner som svarer at IPS er tatt i bruk.

Resten av kapitlet handler om situasjonen våren 2019. Det er de samme spørsmålene som inngikk i 2017 og 2018, så vi tar med alle tre årene for å se utviklingen.

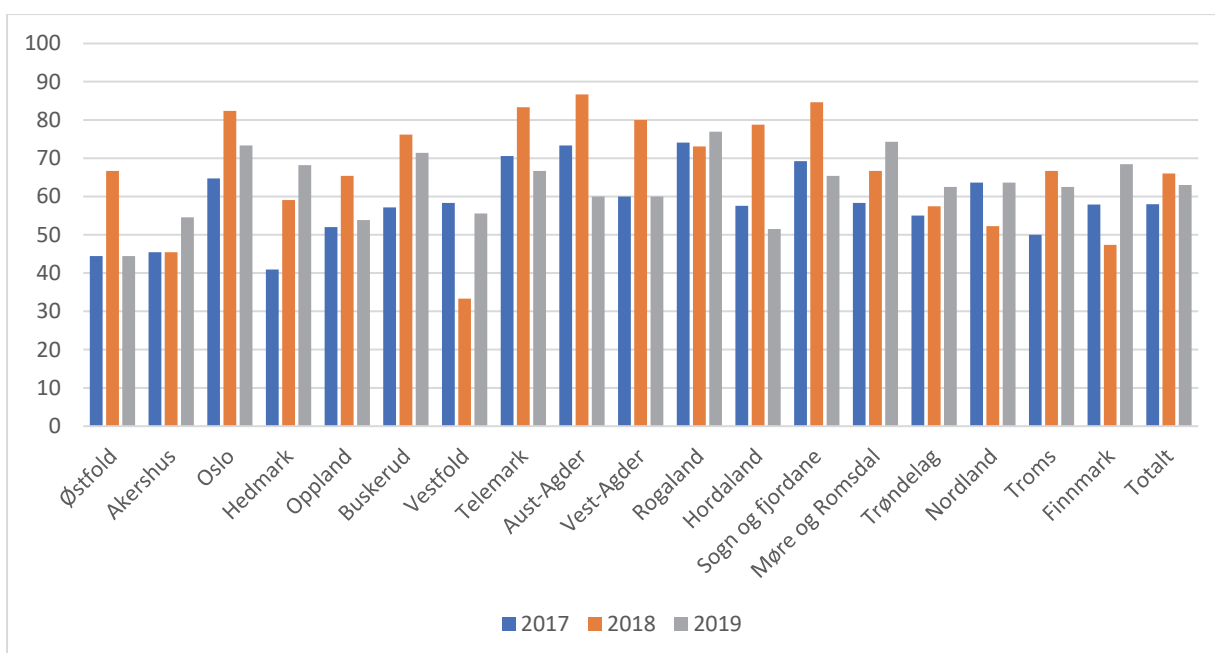
### 10.1 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 419 kommuner/bydeler (96 prosent) som har svart på spørsmålet om samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Av disse er det 276 (66 prosent) som svarer at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Vi antar at de som ikke har svart, ikke har etablert et samarbeid om arbeidsrettet rehabilitering. Da er andelen som har etablert samarbeid 63 prosent. I 2018 var det 66 prosent som rapporterte at de hadde etablert et samarbeid, så dette er en marginal nedgang.

Generelt er bildet omtrent det samme som for 2017 og det er ingen store endringer, se figur 10.1. Det er også subjektivt i hvilken grad man vurderer om et samarbeid er etablert eller ikke. Noen vil kunne si at et samarbeid er etablert om de har diskutert enkeltbrukere med ansatte i tjenestene, mens andre vil ikke kalle det et etablert samarbeid før det foreligger skriftlige rutiner og at disse benyttes.



**Figur 10.1** Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Kommunestørrelse, 2017, 2018 og 2019.



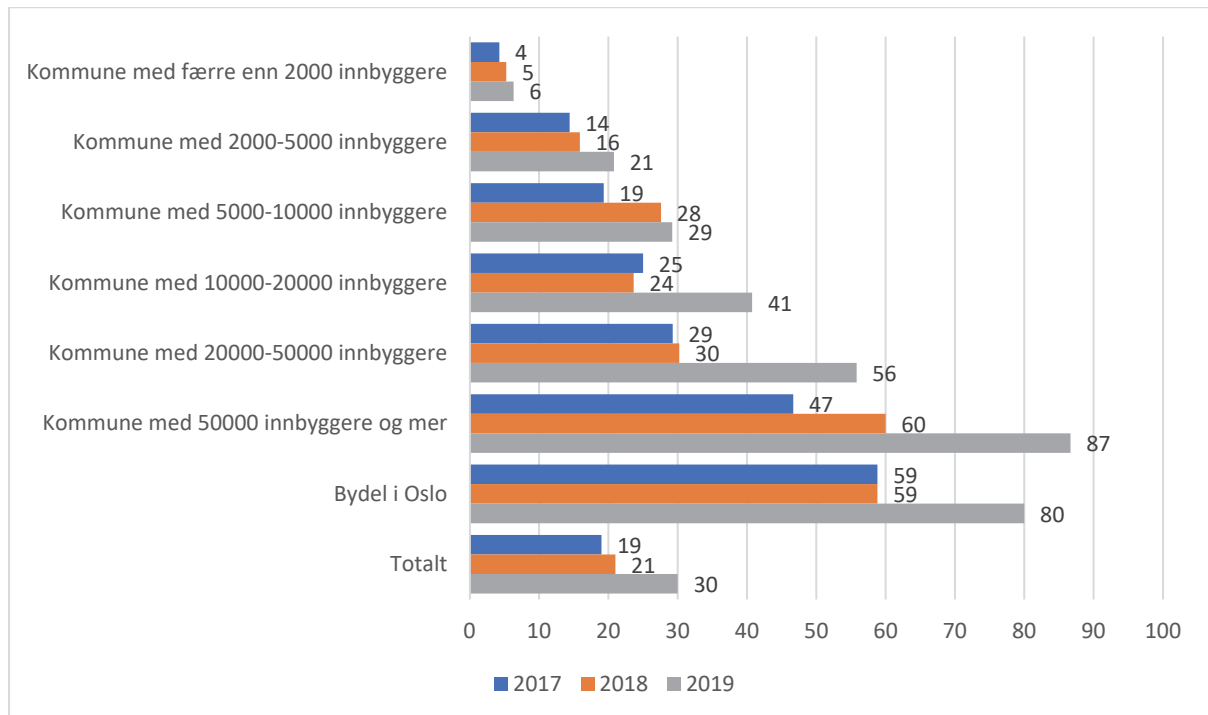
**Figur 10.2** Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2017, 2018 og 2019.

Fra figur 10.2 ser vi at det er en økning i andel kommuner som svarer at de har etablert et samarbeid i Akershus, Hedmark, Vestfold, Rogaland, Møre og Romsdal, Trøndelag, Nordland og Finnmark.

Vi har også spurt om spesialisthelsetjenesten er involvert i dette samarbeidet, og vi finner at av de 276 kommunene/bydelene som svarer at det er etablert et samarbeid, er det 227 som har svart på om spesialisthelsetjenesten er involvert. Av disse er det 89 som svarer ja (39 prosent).

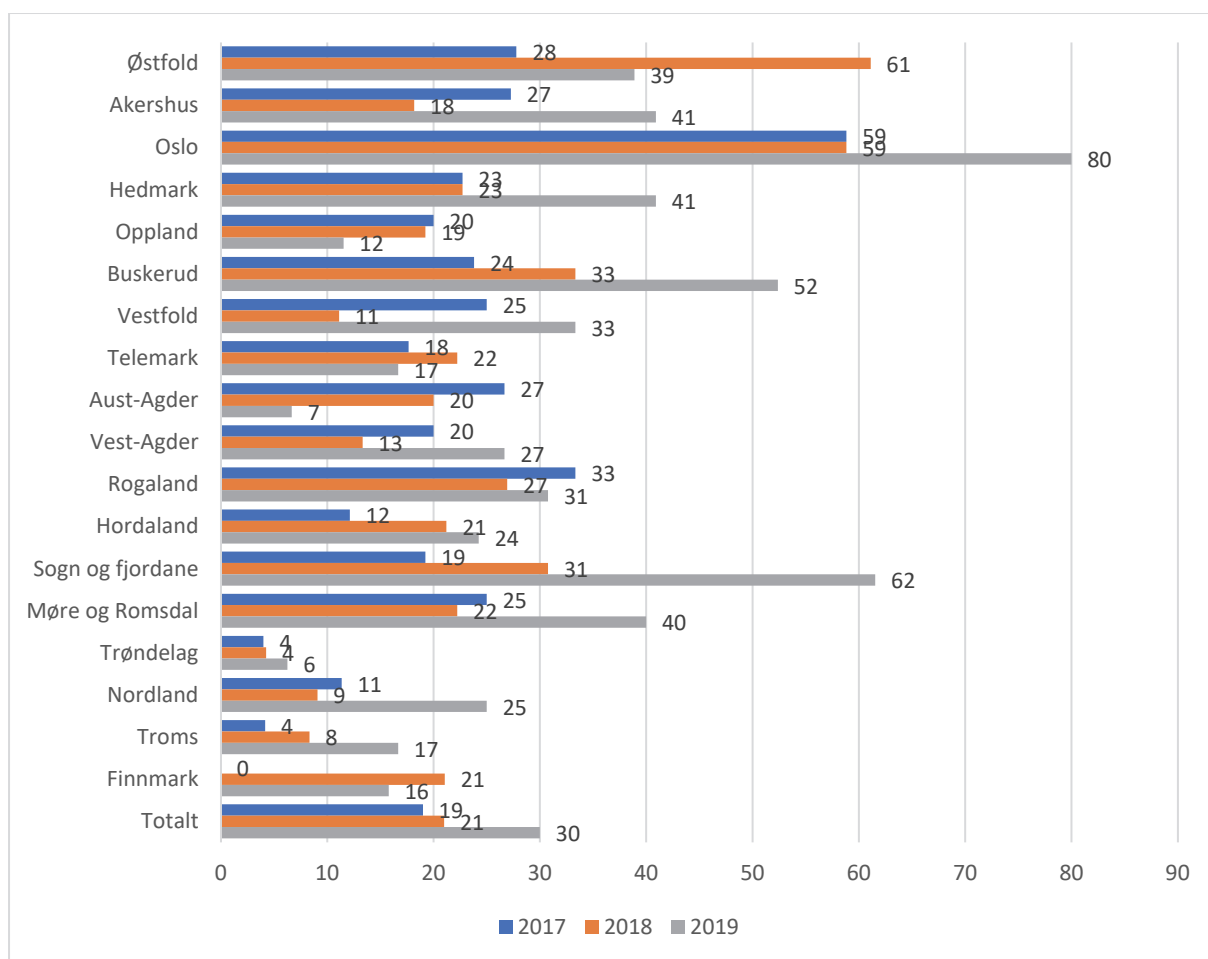
## 10.2 IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

Det er 417 kommuner/bydeler (96 prosent) som har svart på spørsmålet om de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Av disse er det 129 kommuner/bydeler eller 31 prosent som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dersom vi antar at de som ikke har svart ikke har tatt i bruk IPS, finner vi at det er 30 prosent av kommunene som har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Dette er en økning fra 21 prosent i 2018. Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 10.3. Det er en økning i alle grupper, men betydelig større økning i store kommuner som lå høyest fra før.



Figur 10.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017, 2018 og 2019.

Av de 129 kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE, er det 64 prosent som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om



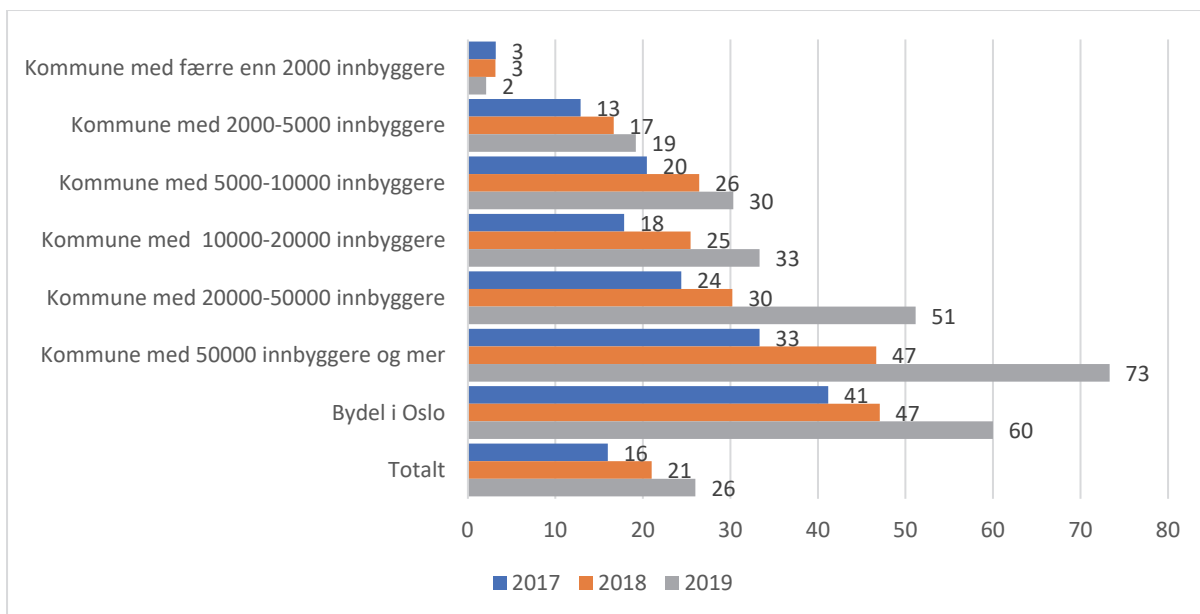
Figur 10.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, fylke 2017, 2018 og 2019.

Det ser spesielt ut til å være en sterk økning i bydeler i Oslo, kommuner i Sogn og Fjordane, Buskerud Møre og Romsdal, Hedmark og Vestfold som er involvert i IPS tiltak innen psykisk helsearbeid.

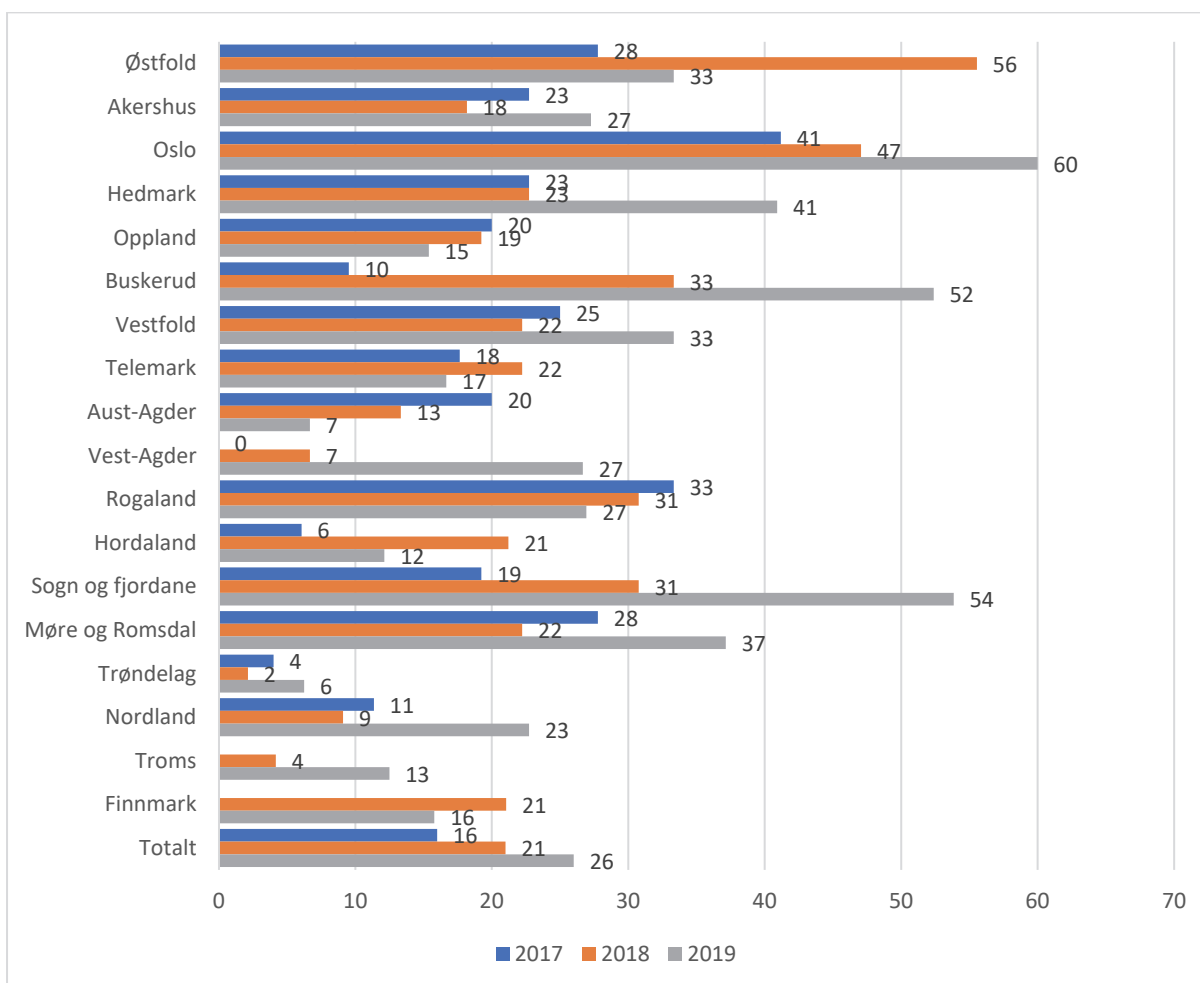
Av de 129 kommunene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det kun 80 som har svart på om dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Om vi antar at de som ikke har svart ikke gjør det i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, beregner vi at 62 prosent samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tilbudet (n=80).

### 10.3 IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 412 kommuner/bydeler (94 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Av disse er det 113 kommuner (27 prosent) som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Om vi antar at de som ikke har svart, ikke har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid, er det 26 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid. I 2018 var det 21 prosent. Det er en økning i andel kommuner som har tatt i bruk IPS innen rusarbeid i alle kommunegrupper med unntak av de minste kommunene, se figur 10.5 og det er betydelig variasjon mellom fylker, se figur 10.6.



**Figur 10.5** Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, kommunestørrelse 2017, 2018 og 2019.



**Figur 10.6** Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2017, 2018 og 2019.



Det er en økning særlig i Sogn og Fjordane, Hedmark, Buskerud og Oslo, men også i Møre og Romsdal, Nordland, Vestfold og Troms. Det er særlig nedgang i Østfold, men de lå veldig høyt i 2018.

Av de 113 kommunene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det kun 86 som har svart på om dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Om vi antar at de som ikke har svart ikke gjør det i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, beregner vi at 58 prosent samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tilbudet (n=66).

#### 10.4 FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE

Vi har i 2019 forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 10.1, er det en del kommuner som opplever at spesialisthelsetjenesten har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser, men få som mener at kommunen har lite fokus.

**Tabell 10.1** Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune og i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern).

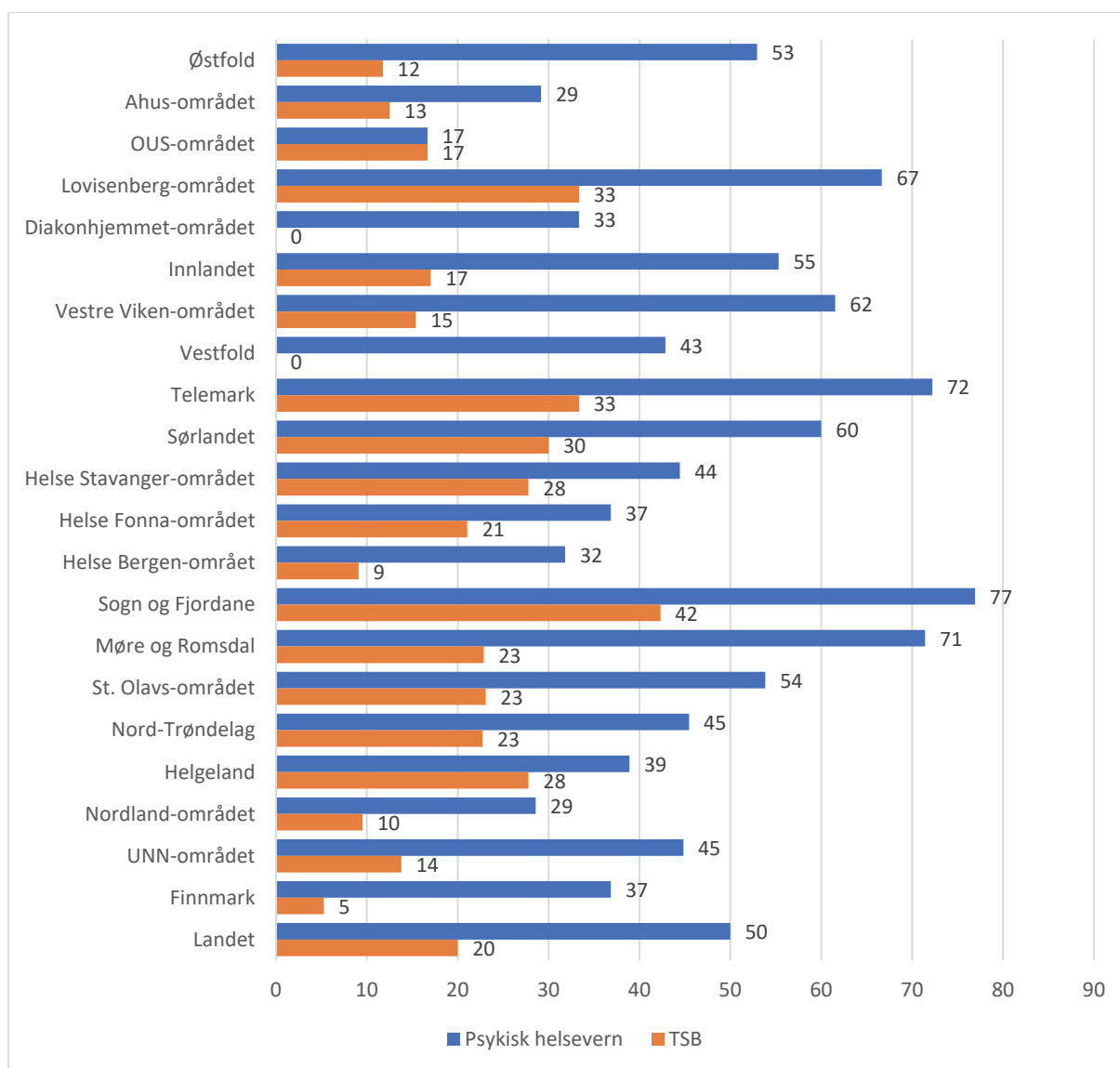
	Kommuner		Spesialisthelsetjeneste	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	1	0	14	3
I liten grad	12	3	81	20
I noen grad	146	35	214	52
I stor grad	221	53	100	24
I svært stor grad	39	9	6	1
Totalt	419	100	415	100

Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer, men her er det noen flere kommuner som sier de selv i liten grad har fokus på utdanning og arbeid.

**Tabell 10.2** Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune og i spesialisthelsetjenesten (TSB).

	Kommuner		Spesialisthelsetjeneste (TSB)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	4	1	13	3
I liten grad	20	5	80	19
I noen grad	170	41	233	56
I stor grad	189	46	83	20
I svært stor grad	31	7	4	1
Totalt	414	100	413	100

Her er det interessant å se på fordelingen på helseforetak. Vi har sett på andel kommuner som svarer at helseforetaket i opptaksområdet i stor grad eller i svært stor grad har fokus på utdanning og arbeid.



**Figur 10.7** Prosent av kommunene som svarer at helseforetaket har stort fokus på utdanning og arbeid i sitt møte med pasientene innen hhv. Psykisk helsevern og TSB, helseforetak 2019.

Det er betydelig lavere fokus på utdanning og arbeid i TSB enn i psykisk helsevern, ifølge kommunene i alle opptaksområder til helseforetakene med unntak av OUS, som ligger lavt både innen psykisk helsevern og TSB. Det er flest kommuner i opptaksområdet til helse Sogn og Fjordane som svarer at spesialisthelsetjenesten har fokus på utdanning og arbeid, både innen psykisk helsevern og i TSB. Helse Finnmark, Helse Bergen og Nordland ligger lavest på TSB, mens OUS HF, Nordland og Helse Bergen ligger lavest på psykisk helsevern.

## 10.5 OPPSUMMERING

I overkant av 60 prosent av kommunene oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet og det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse.

IPS/SE innen psykisk helsearbeid er tatt i bruk i 30 prosent av kommunene og dette er en økning fra 21 prosent i 2018. Det er 26 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid, en økning fra 21 prosent i 2018.

Vi har i 2019 forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Det er en del kommuner som opplever at spesialisthelsetjenesten har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser (23 prosent), men få som mener at kommunen selv har lite fokus (tre prosent). Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 22 prosent svarer et TSB har lite fokus og seks prosent svarer at de som kommune har lite fokus på arbeid og utdanning.

Det er betydelige forskjeller mellom ulike opptaksområder for helseforetakene. Innen psykisk helsevern kommer Sogn og Fjordane bedre ut enn de andre helseforetakene, mens både Sogn og Fjordane, Helse Møre og Romsdal og Telemark kommer bedre ut enn andre opptaksområder innen TSB.



# 11 BRUKERMEDVIRKNING OG ERFARINGSKOMPETANSE

Helsedirektoratets gjeldende veileder for tjenester til mennesker med store og sammensatte behov løfter "Hva er viktig for deg?"-skjema (og holdning) fram som et essensielt spørsmål i tjenesteutøvers møte med brukerne. Helhetlige pasient- og brukerforløp med brukeren i sentrum er et mål beskrevet i en rekke offentlige dokumenter fra helsemyndighetene de siste årene (se for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse St.meld.nr. 63, 1997-1998, Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015))). I målbeskrivelsene innenfor pakkeforløp for psykisk helse og rus er økt brukermidvirkning og brukertilfredshet helt sentrale mål<sup>22</sup>. Klausen (2016) gjorde en kunnskapsoppsummering innenfor psykisk helsearbeid som konkluderer med at brukermidvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet del av tjenesten, hverken ved individuell behandling eller på systemnivå. I kunnskapsgrunlaget innledningsvis i rapporten har vi beskrevet flere nye kunnskapsoppsummeringer som omhandler brukermidvirkning og recovery i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (Pettersen and Lofthus 2018, Brekke 2019, Nordaunet 2019).

Det finnes flere fagartikler og bøker om brukerperspektivet i psykisk helsevern og psykisk helse- og rusarbeid som peker på utfordringer med at brukerne fortsatt ikke er representert der avgjørelsene tas (Valla 2014, Hansen and Ramsdal 2015, Husøy 2015). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter og brukere en nedfelt rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Midvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne ("Sammen om mestring", Helsedirektoratet, 2014)<sup>23</sup> framhever brukermidvirkning og legger til grunn at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår dem. Stadig flere kommuner har tatt i bruk verktøy for feedbackinformerte tjenester (FIT, KOR, NORSE og andre liknende måleverktøy)<sup>24</sup>, der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og skal tilpasse tjenestene deretter. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan kommunene sikrer brukermidvirkning.

Noen kommuner forsøker å sikre brukerperspektivet ved å ansette folk med erfaringskompetanse i tjenestene. Vi har også i tidligere år kartlagt om noen av årsverkene i psykisk helse- og rusarbeid inkluderer ansatte med brukererfaring/erfaringskompetanse, men nytt av året (2019) er at vi også har spurt hvilken rolle disse personene har i jobben sin. De ekstra spørsmålene som er tatt med i årets kartlegging, er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid.

---

<sup>22</sup><https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

<sup>23</sup> Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

<sup>24</sup><https://www.napha.no/fit/>

## 11.1 DATAGRUNNLAG

I skjema for 2019 ble følgende spørsmål om brukermedvirkning og brukerorientering inkludert:

- I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiskhelsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (Hvis ja, på hvilken måte?)
  - Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) (Ja, nei)
- Hvis ja på tilbakemeldingsverktøy, hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?
  - KOR/PCOMS, FIT (nettbasert), FIT (papir), NORSE Feedback, Annet (hva)
- I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)

Følgende spørsmål om årsverk med erfaringskompetanse ble også inkludert:

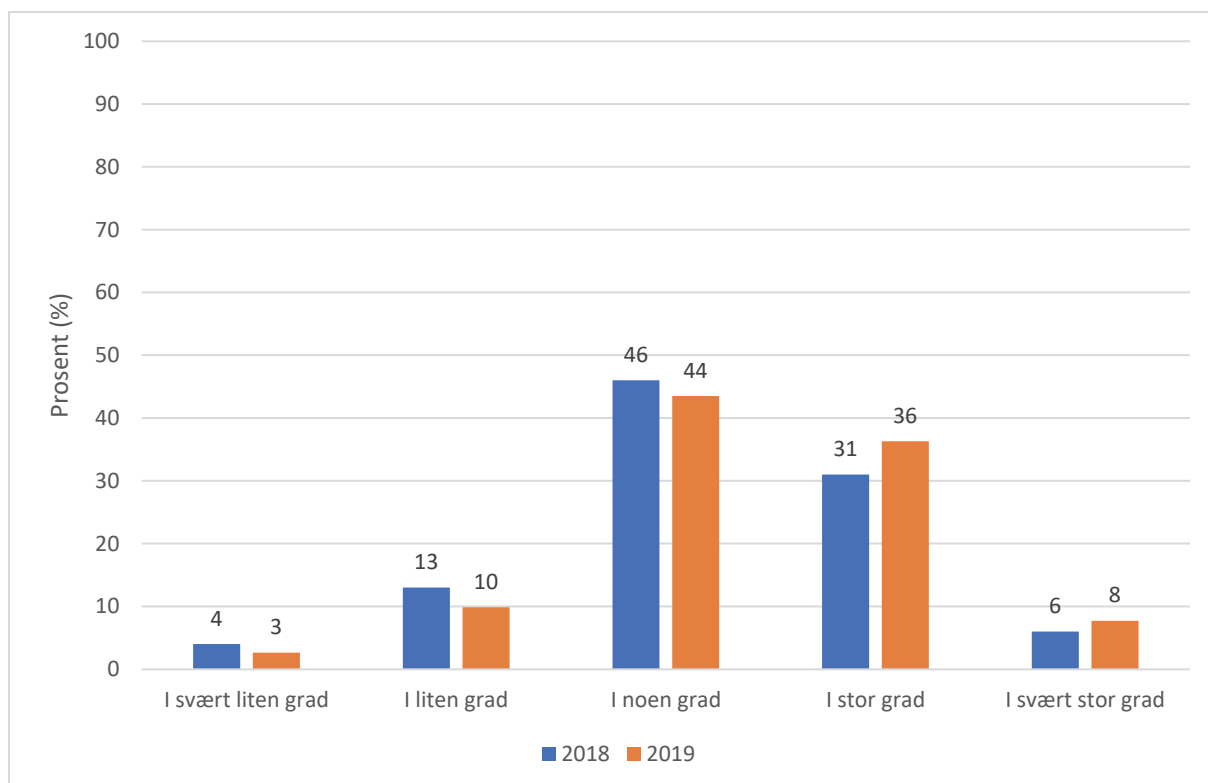
- Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for voksne ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus?
- Hvis ja, hvor mange årsverk har dere med ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester for voksne?
- Hvis ja, hvilken rolle har personen(e) (årsverkene) med erfaringskompetanse i tjenestene?
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar i prosjektarbeid
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Kontakt med brukerorganisasjoner
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Kontakt med pårørende
  - Rolle med erfaringskompetanse voksen - Annet, hva?
- Hvis ja, hvilke fordeler/ulemper ser dere med at dere har ansatte med erfaringskompetanse?
- Hvis nei, har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse?

Tidligere år har det i IS-24/8 vært spurt om beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form, men dette spørsmålet er tatt ut av skjemaet for 2019. I det følgende gir vi en deskriptiv beskrivelse av resultatene.

## 11.2 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

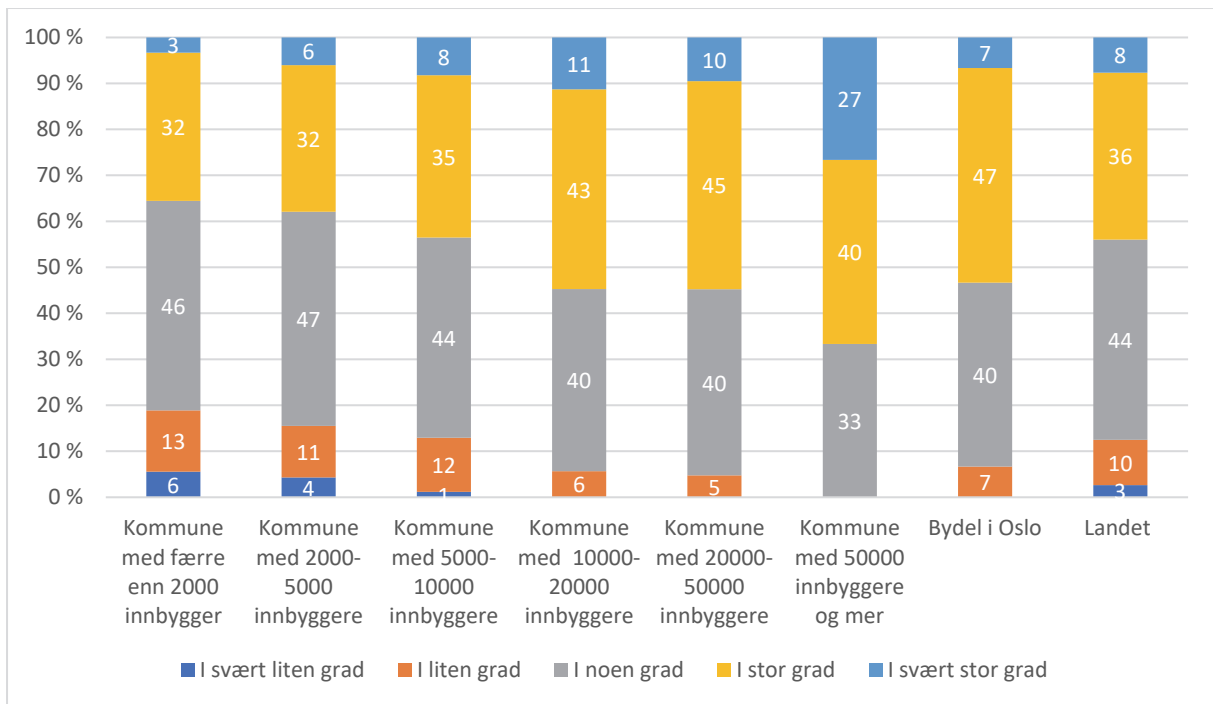
I rapporteringen for 2019 skulle kommunene vurdere i hvilken grad de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet. Her var det 416 kommuner og bydeler (95 prosent) som avla et svar (se figur 11.1). 13 prosent av kommunene som svarte, sier at de i liten, eller svært liten grad, sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen. 44 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning, og dette er noe framgang sammenliknet med fjoråret.

Resultatene er presentert i figurene under, både på nasjonalt nivå, etter innbyggertall i kommunegrupper og på fylkesnivå.

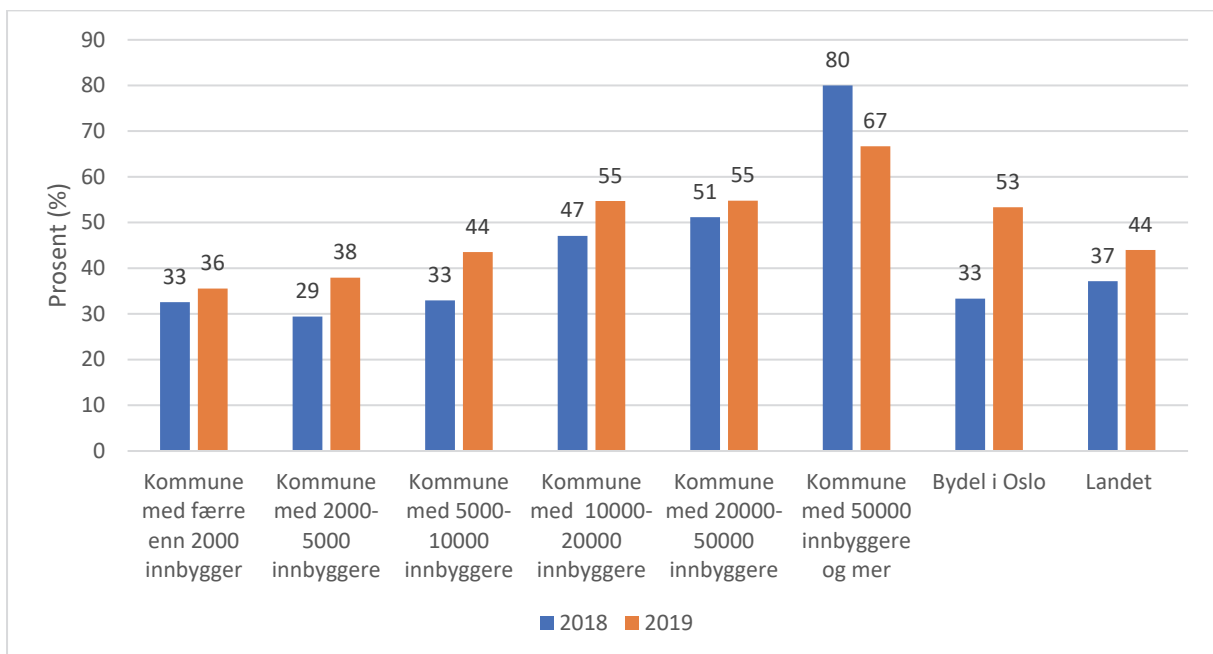


Figur 11.1 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet? År 2018 og 2019.

Som vi ser av figuren under, har det vært en økning i andelen som sier at de sikrer brukermedvirkning i alle kommunegrupper utenom de med 50 000 innbyggere eller mer. Det er systematisk slik at større kommuner sikrer brukermedvirkning i større grad enn de minste kommunene. Økningen kommer særlig blant kommuner i Vestfold, Buskerud, Oppland og Akershus.

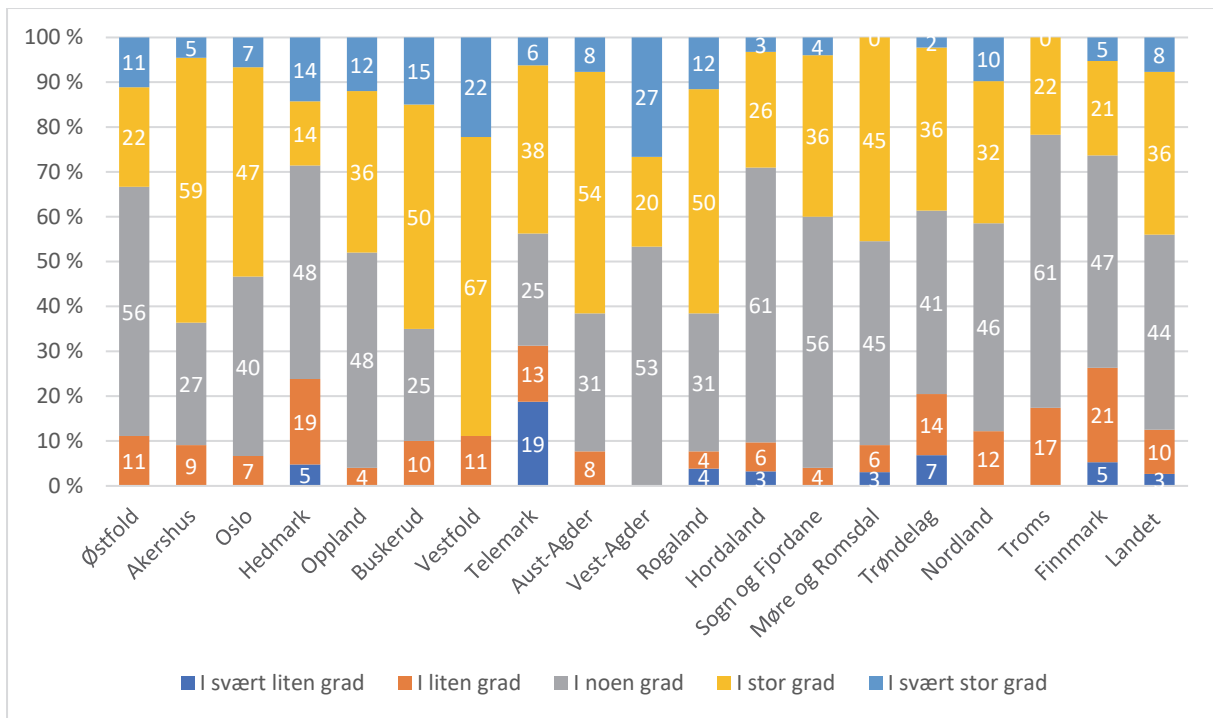


**Figur 11.2** I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? N = 416 kommuner i 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

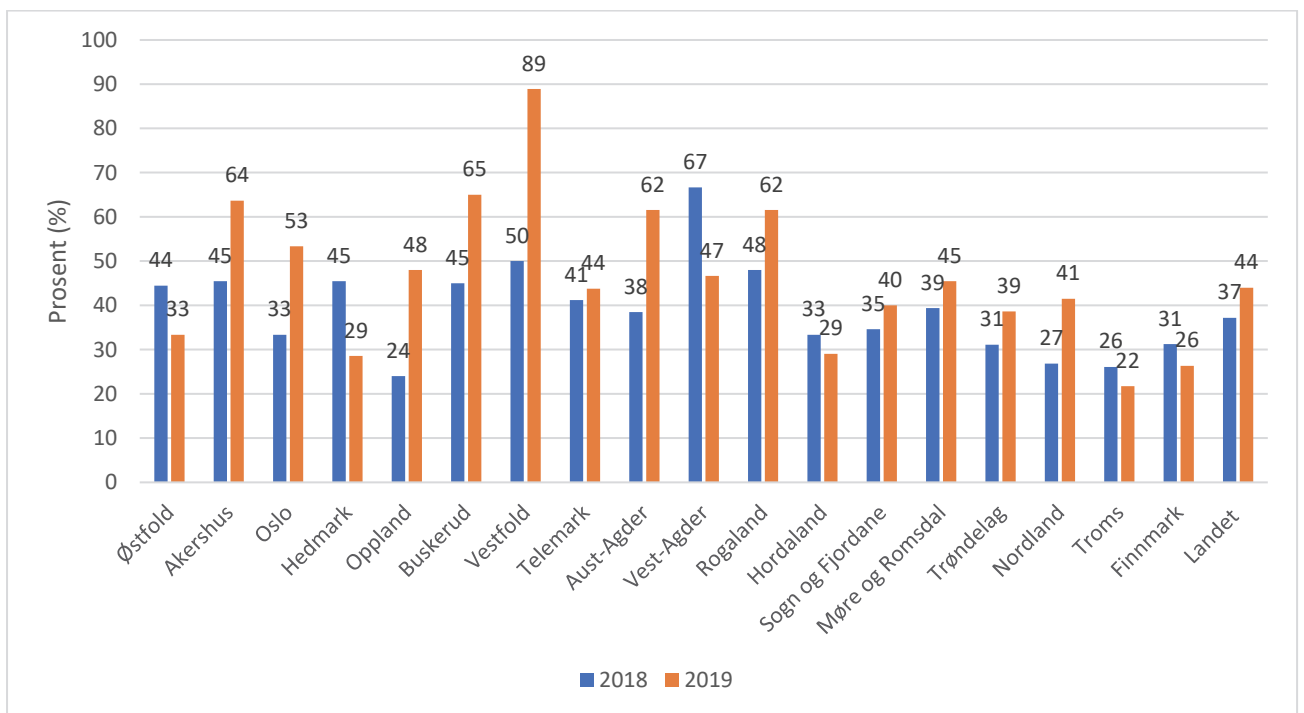


**Figur 11.3** I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? Andel som svarer i stor eller svært stor grad. Kommunegruppe etter antall innbyggere. År 2018 og 2019.





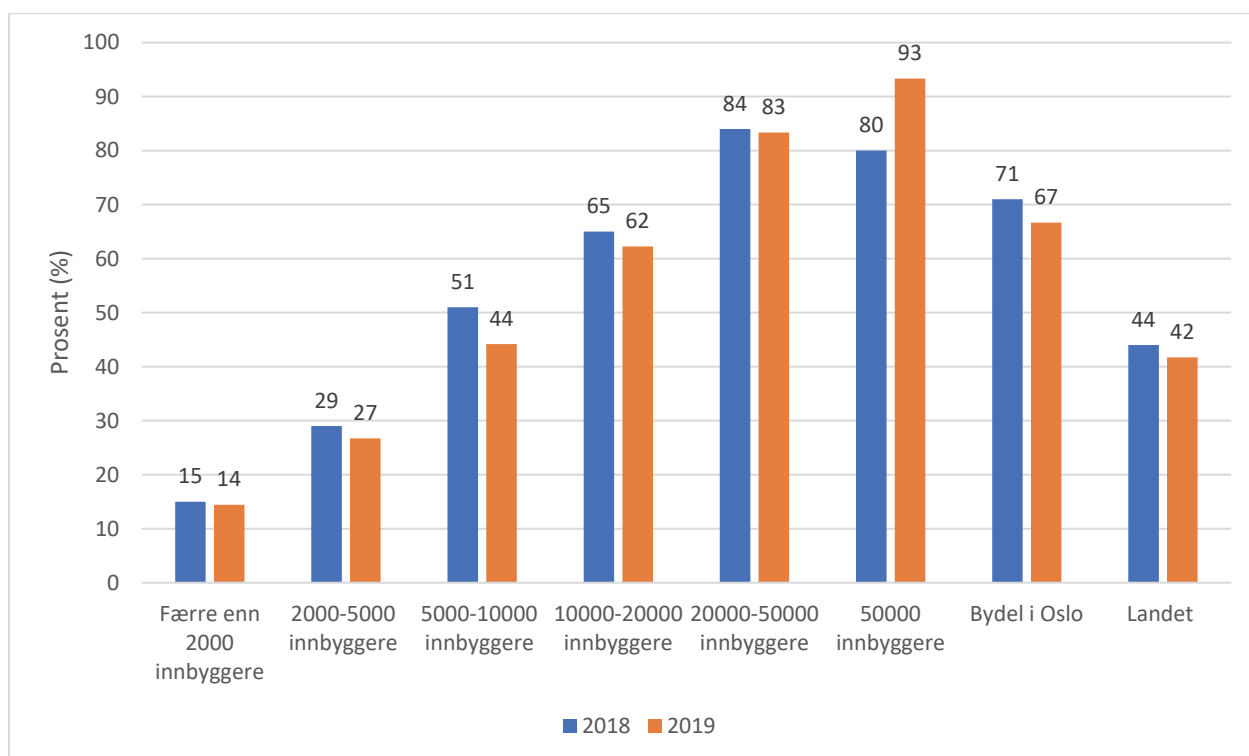
Figur 11.4 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? N = 416 kommuner i 2019, fylke.



Figur 11.5 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? Andel som svarer i stor eller svært stor grad. År 2018 og 2019, fylke.

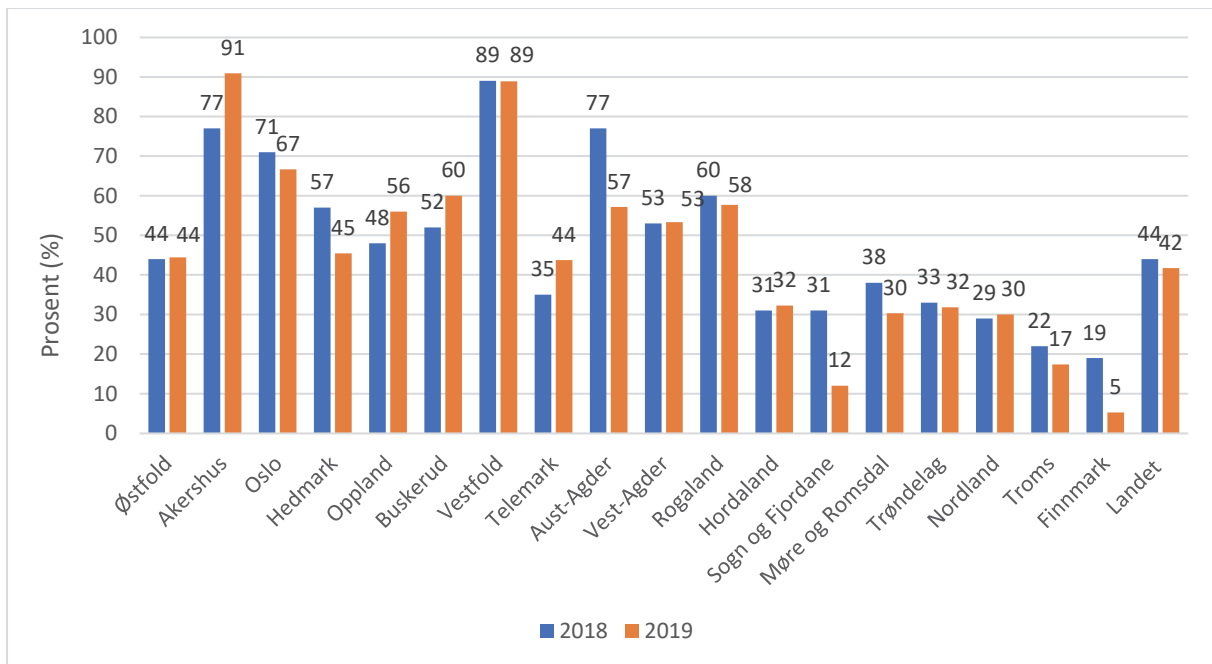
### 11.3 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING

På spørsmålet "Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene?" svarte 58 prosent av 417 kommuner/bydeler "nei". Hvis vi ser bort fra innbyggere i kommuner med 50 000 innbyggere eller flere, gikk andelen som oppgir at de har innhentet brukererfaring litt ned i alle grupper fra 2018 til 2019. Andelen er nærest lineært stigende med kommunestørrelse. Nedgangen mellom år, kan for eksempel skyldes at kommunene ikke gjennomfører brukerundersøkelser årlig, men med 2-3 års mellomrom, og at det var flere som nylig hadde gjennomført disse undersøkelsene på rapporteringstidspunktet for 2018, enn i 2019.



Figur 11.6 Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? Andel av kommunene som svarer i stor eller svært stor grad. N = 420 kommuner i 2018 og 416 kommuner i 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Fordelingen på fylkesnivå er gitt på neste side, og viser at det er store variasjoner mellom sør og nord på denne variabelen med gjennomgående lavere andeler nord i landet, og med kommunene i Akershus og Vestfold på topp.



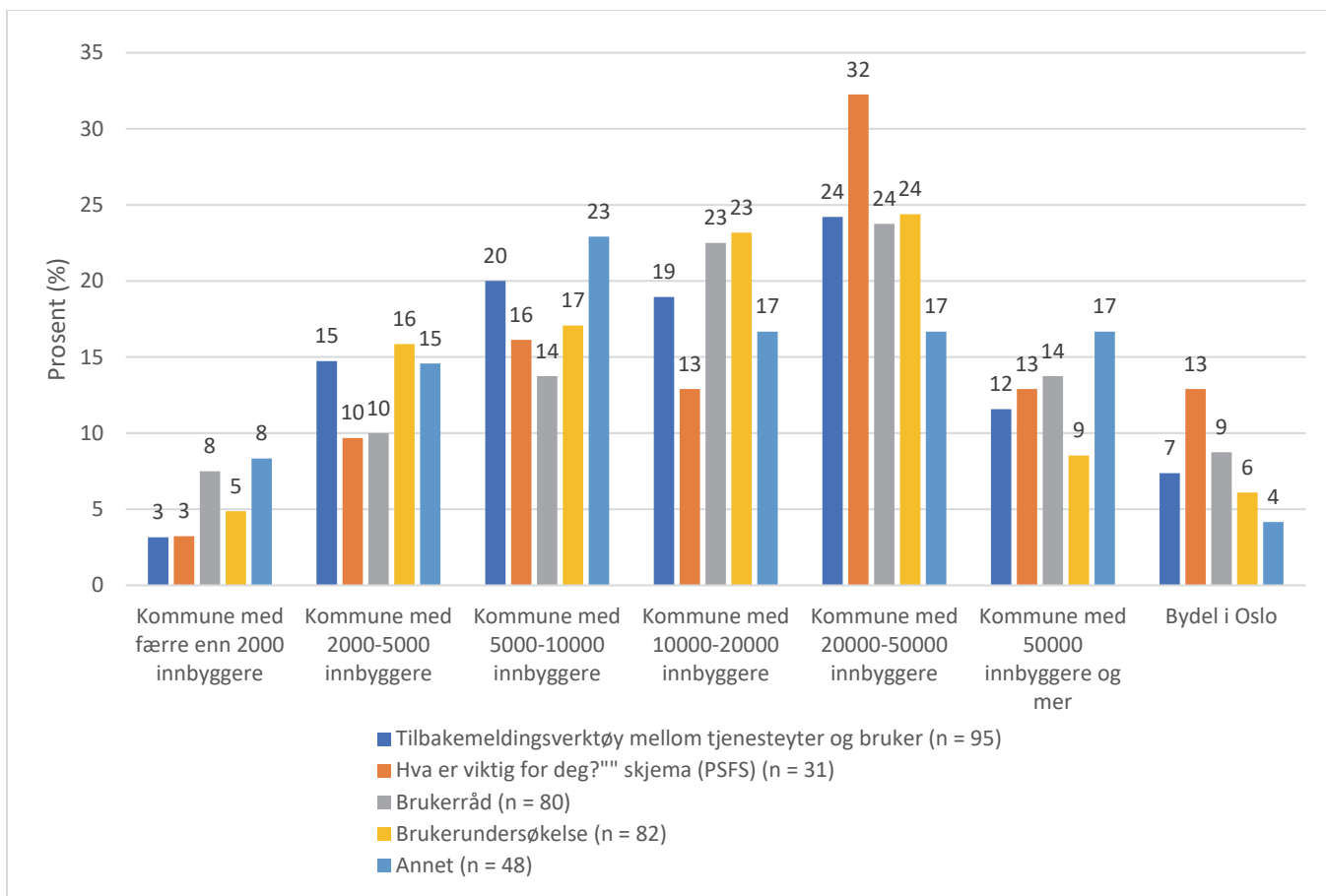
Figur 11.7 Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? Andel av kommunene som svarer i stor eller svært stor grad. N = 420 kommuner i 2018 og 416 kommuner i 2019, fylke.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 11.1), og finner at over halvparten av kommunene har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 18 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS), mens hhv. 46 og 47 prosent svarte at de har gjennomført brukerråd og brukerundersøkelse. I "Annet"-kategorien er det mange som har skrevet inn FIT, fokusgruppeintervju, erfaringskonsulent, IP og ansvarsgrupper, husmøter, pårørendegrupper, selvhjelpsgrupper, dialogkonferanse/møter m.m.

Tabell 11.1 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel.

	Antall	Andel
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55
"Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS)	31	18
Bukerråd	80	46
Brukerundersøkelse	82	47
Annet	48	28
Totalt	174	100

Vi har laget en fordeling av svarene i hver kategori fordelt på kommunestørrelsesgrupper (figur 11.8) og fylke (figur 11.9).



Figur 11.8 Andel av kommunene i hver kommunegruppe som har krysset av for de ulike måtene å innhente systematisk brukererfaring på. N = 174. År 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

**Tabell 11.2 Andel (prosent) av kommunene som har svart at de har benyttet de ulike formene for brukermedvirkning. År 2019, fylke.**

	Tilbake-meldings- verktøy mellom tjenesteyter og bruker (n = 95)	"Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS) (n = 31)	Brukerråd (n = 80)	Bruker- undersøkelse (n = 82)	Annet (n = 48)
Østfold	5	6	4	4	10
Akershus	12	23	18	12	10
Oslo	7	13	9	6	4
Hedmark	6	0	4	6	6
Oppland	9	0	5	7	8
Buskerud	7	3	9	6	6
Vestfold	7	6	6	6	6
Telemark	1	0	3	6	2
Aust-Agder	3	3	4	2	2
Vest-Agder	6	10	5	6	4
Rogaland	8	13	11	6	13
Hordaland	5	3	8	4	8
Sogn og Fjordane	0	0	0	1	2
Møre og Romsdal	5	10	4	6	2
Trøndelag	9	0	6	11	8
Nordland	4	6	6	5	6
Troms	1	0	0	5	0
Finnmark	1	3	0	0	0
Landet	100	100	100	100	100

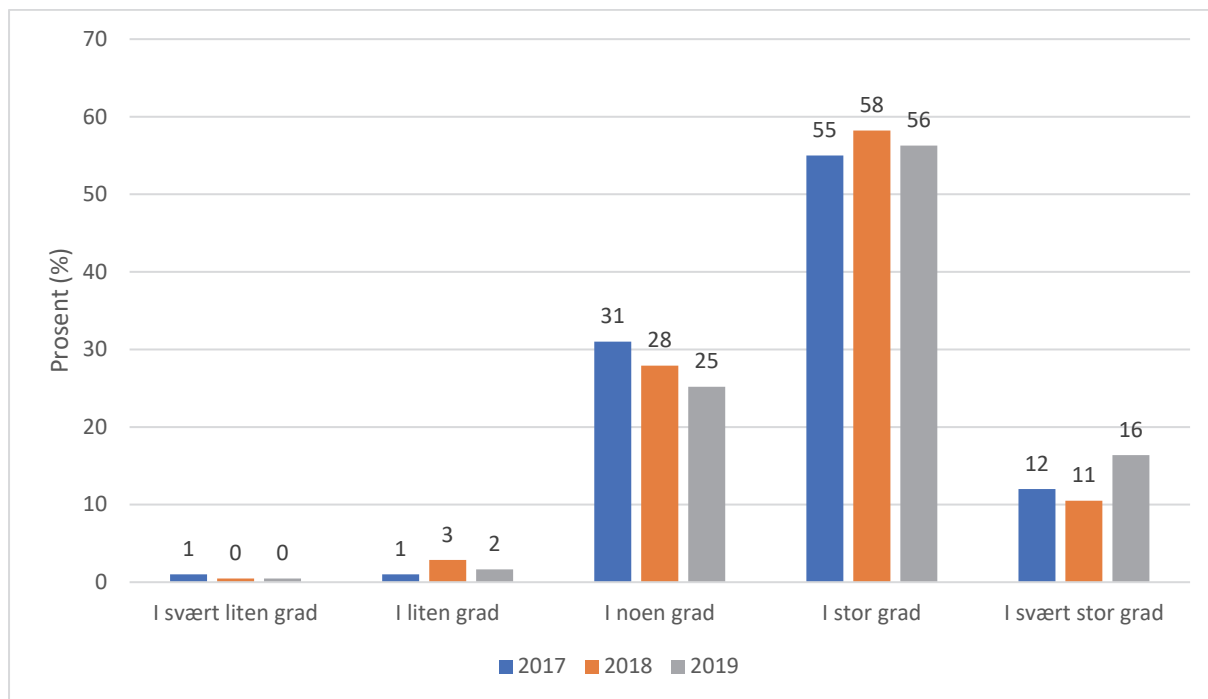
De 95 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Svarfordelingen er gitt i tabellen under, og viser at nettbasert FIT er det mest populære med nær 70 prosent av de som har svart. FIT i papirutgave er også krysset av hos 20 prosent av de 95 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 17 prosent og NORSE bare av én kommune. Av de som krysset av for "annet", oppgir de Bedrekommune.no, brukermøter, BrukerPlan, egenutviklede skjema, fokusgruppeintervju og dialogbasert tilbakemelding, Inspire og "Happy or not".

**Tabell 11.3 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?**

	Antall	Prosent
KOR/PCOMS	16	17
FIT, nettbasert	66	69
FIT, papir	19	20
NORSE Feedback	1	1
Annet	16	17
Totalt	95	100

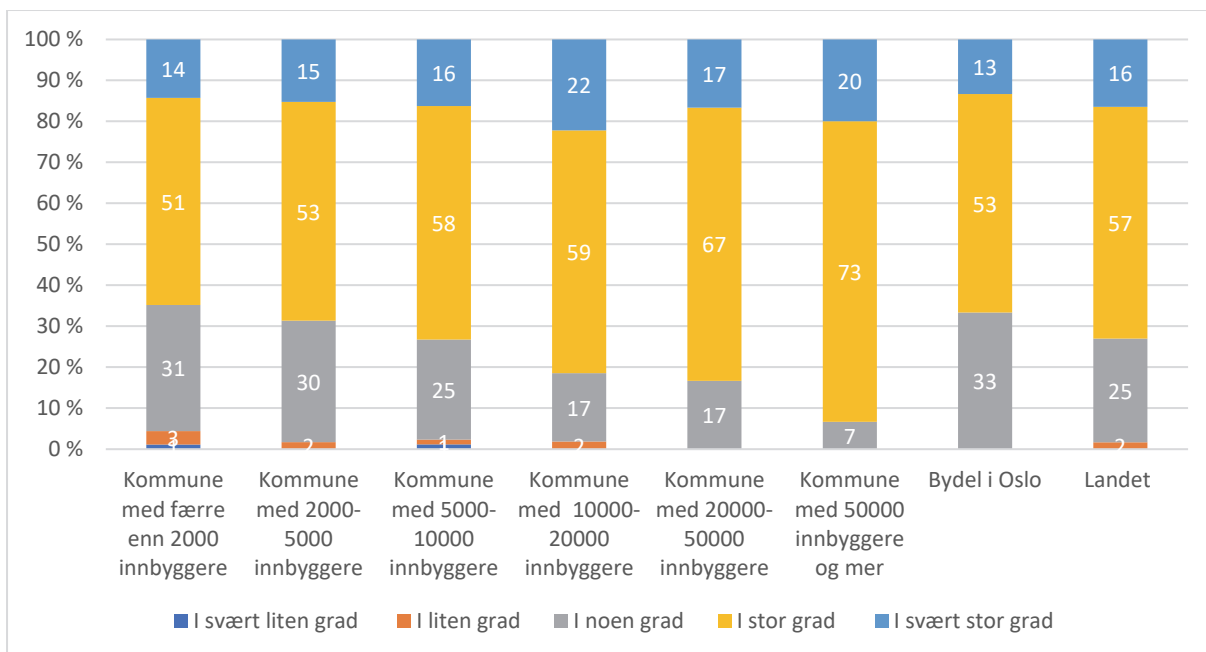
#### 11.4 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i 2018 og 2019. Med recovery-orientert ble det forstått at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. 421 kommuner og bydeler besvarte spørsmålene i 2019. Resultatene er presentert for de tre siste årene i figuren under.

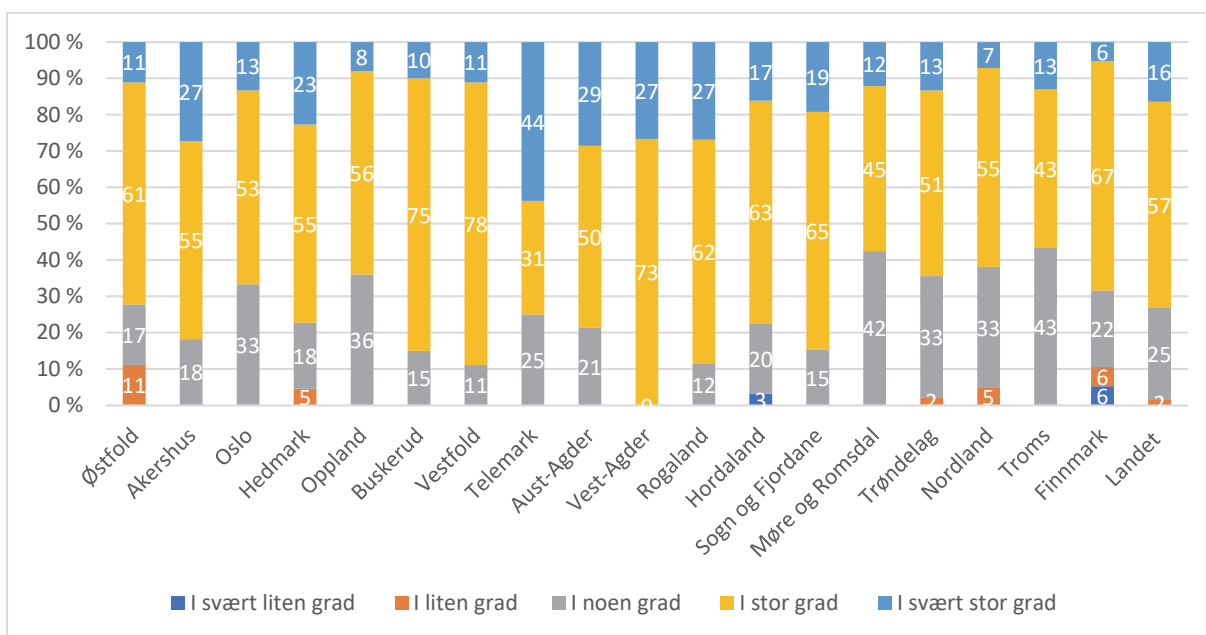


Figur 11.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? N = 419 kommuner i 2017, N = 421 kommuner i 2018 og 2019.

74 prosent av kommunene mener at tjenestetilbudet i stor eller svært stor grad er recovery-orientert, noe som gir en økning på fire prosentpoeng fra 2018. 25 prosent mener at tjenestetilbudet i noen grad er recovery-orientert, mens to prosent av kommunene mener tjenestene i liten grad er recovery-orienterte. Av de ni kommunene som svarer i liten (sju kommuner) eller svært liten (to kommuner) grad, er alle små kommuner i distriktene, og som vi ser av figuren på neste side, er det en innbyggertallgradient som viser stigende recovery-orientering med kommunestørrelse. Av fylkesfordelingen ser vi at det er Østfold, Hedmark, Hordaland, Trøndelag, Nordland og Finnmark som har kommuner som har svart at de i liten grad er recovery-orienterte.



Figur 11.9 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? I svært liten grad til i svært stor grad. N = 421 kommuner i 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.



Figur 11.10 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? I svært liten grad til i svært stor grad. N = 421 kommuner i 2019, fylke.

## 11.5 ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

Det er 406 kommuner som har svart på spørsmålene om erfaringskompetanse og 16 kommuner som ikke har svart. Dette gir en responsrate på 96 prosent.

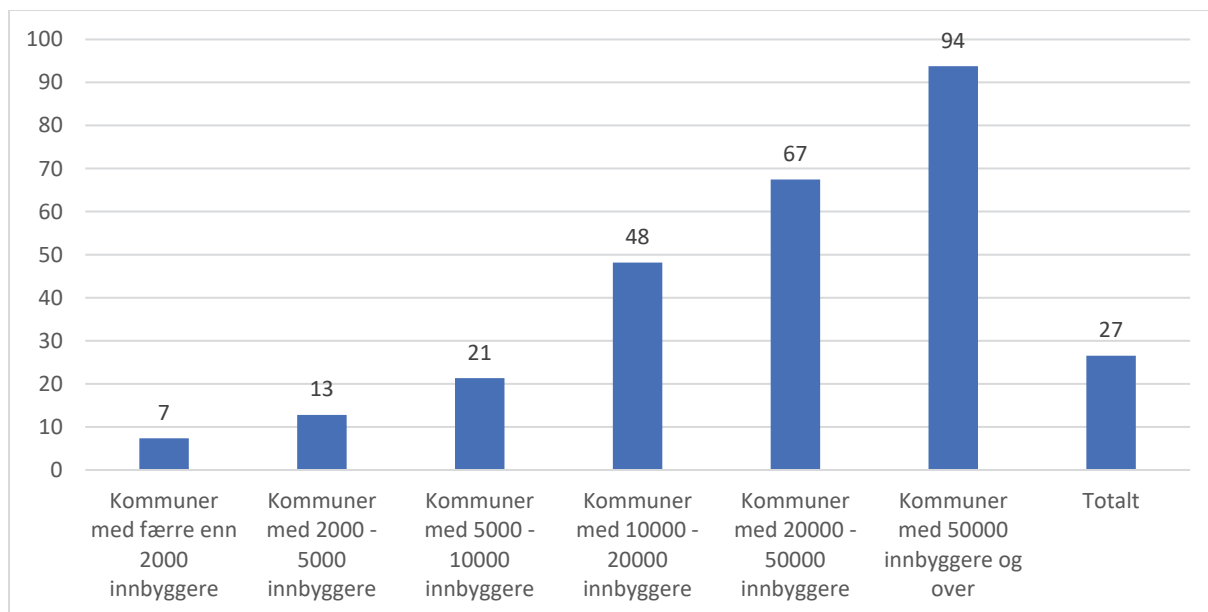
Foruten bydelene i Oslo, svarte 111 kommuner ja på spørsmålet om de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. I Oslo har halvparten av bydelene svart at de har ansatte med denne kompetansen/erfaringen, og Oslo må dermed regnes med i kommunene som har slik kompetanse/brukererfaring. Dvs. at 112 av landets kommuner har ansatte med denne kompetansen/erfaringen. Vi antar i det følgende at de 16 kommunene som ikke har svart på spørsmålene, ikke har ansatte med erfaringskompetanse/brukerkompetanse.

Dette betyr at 27 prosent av alle landets kommuner våren 2019 har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus.

Tabell 11.4 Antall og prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring våren 2019, kommunegruppe

	Nei	Ja	Antall kommuner	Prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring
Kommuner med færre enn 2000 innbyggere	88	7	95	7
Kommuner med 2000 - 5000 innbyggere	109	16	125	13
Kommuner med 5000 - 10000 innbyggere	70	19	89	21
Kommuner med 10000 - 20000 innbyggere	28	26	54	48
Kommuner med 20000 - 50000 innbyggere	14	29	43	67
Kommuner med 50000 innbyggere og over	1	15	16	94
Totalt	310	112	422	27



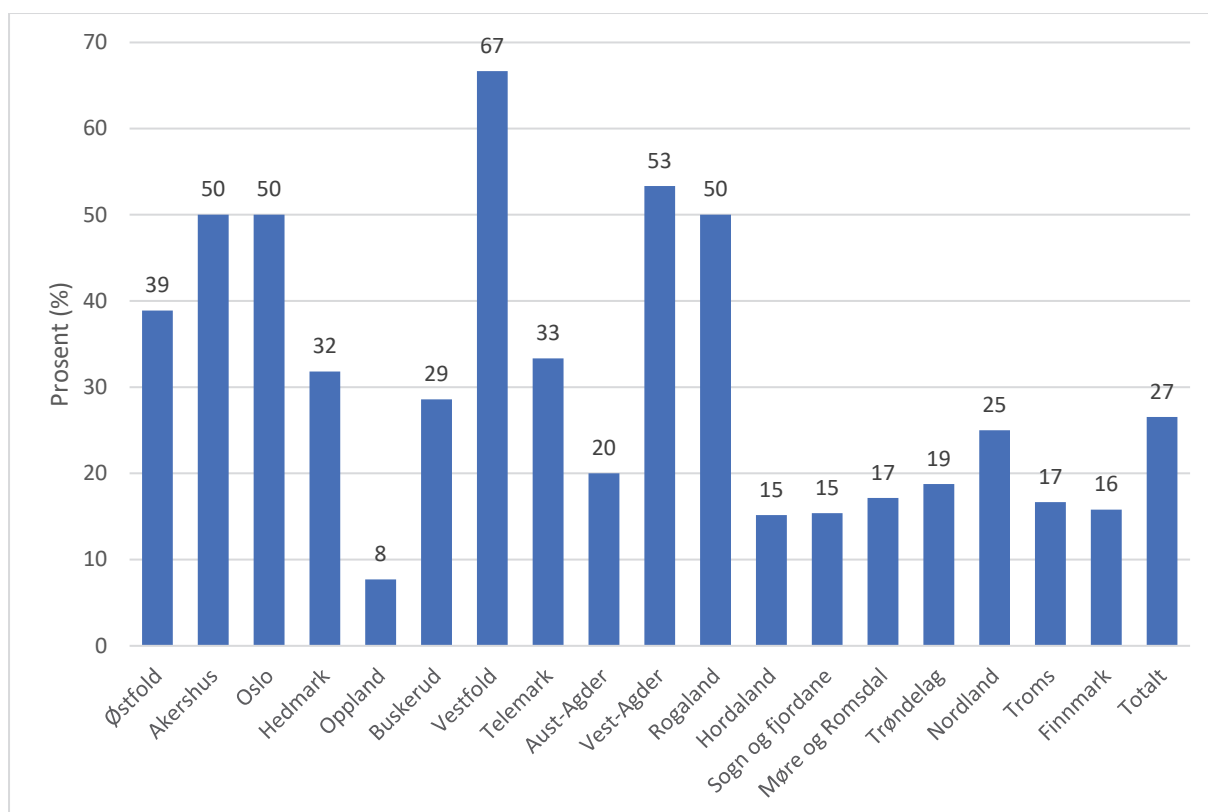


**Figur 11.11** Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, år 2019, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Det er statistisk signifikante forskjeller i andel kommuner med denne kompetansen mellom de to minste kommunegruppene og de øvrige gruppene.

**Tabell 11.5** Antall og prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, år 2019, fylke.

	Nei	Ja	Antall kommuner	Prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring
Østfold	11	7	18	39
Akershus	11	11	22	50
Oslo	1	1	1	100
Hedmark	15	7	22	32
Oppland	24	2	26	8
Buskerud	15	6	21	29
Vestfold	3	6	9	67
Telemark	12	6	18	33
Aust-Agder	12	3	15	20
Vest-Agder	7	8	15	53
Rogaland	13	13	26	50
Hordaland	28	5	33	15
Sogn og Fjordane	22	4	26	15
Møre og Romsdal	29	6	35	17
Trøndelag	39	9	48	19
Nordland	33	11	44	25
Troms	20	4	24	17
Finnmark	16	3	19	16
<b>Totalt</b>	<b>311</b>	<b>112</b>	<b>422</b>	<b>27</b>



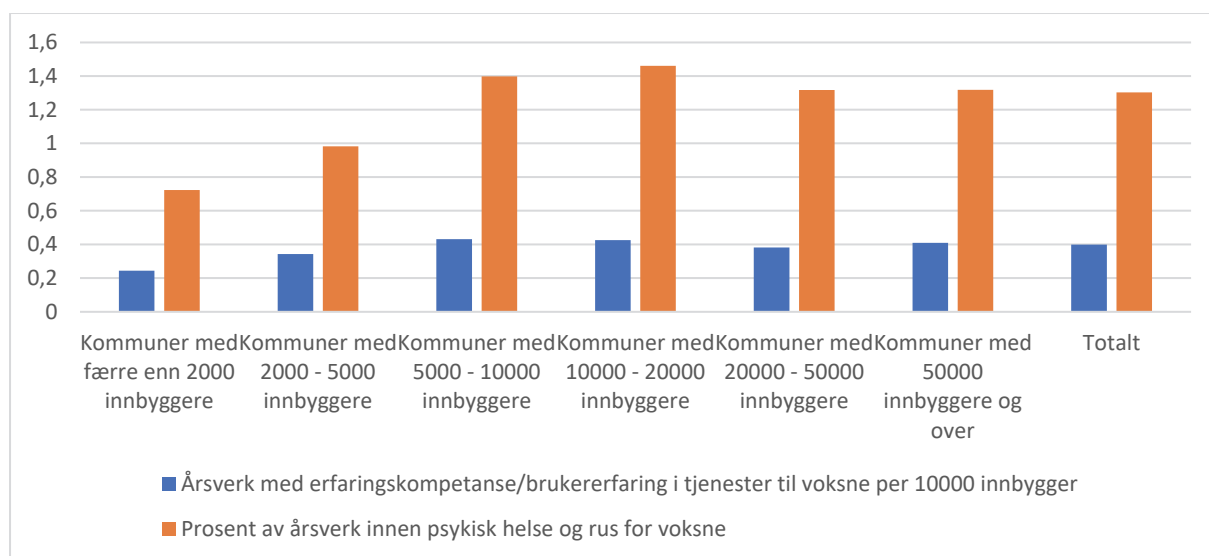
**Figur 11.12** Prosent av kommunene i hver gruppe (etter fylke) som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring våren 2019 relativt til antall innbyggere og årsverk i psykisk helse og rusarbeid.

I figuren over er det kun Oppland som skiller seg systematisk fra de øvrige fylkene med en lavere andel. Ellers er ikke forskjellene statistisk signifikante. Dette betyr at fylkesforskjellene i stor grad drives av forskjeller i kommunestørrelse, jf. figur 11.11.

De 112 kommunene har rapportert totalt 167,4 årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring. Fordeling etter størrelse og fylke er vist i det følgende. Disse årsverkene utgjør 0,4 årsverk pr. 10 000 innbyggere i aldersgruppen 18+ år, og 1,3 prosent av årsverkene rapportert i tjenester til voksne. Det er færre årsverk i små kommuner enn i store kommuner, både relativt til folketall og til årsverk i psykisk helse- og rusarbeid.

**Tabell 11.6 Antall ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 relativt til antall innbyggere og årsverk i psykisk helse- og rusarbeid, etter størrelse.**

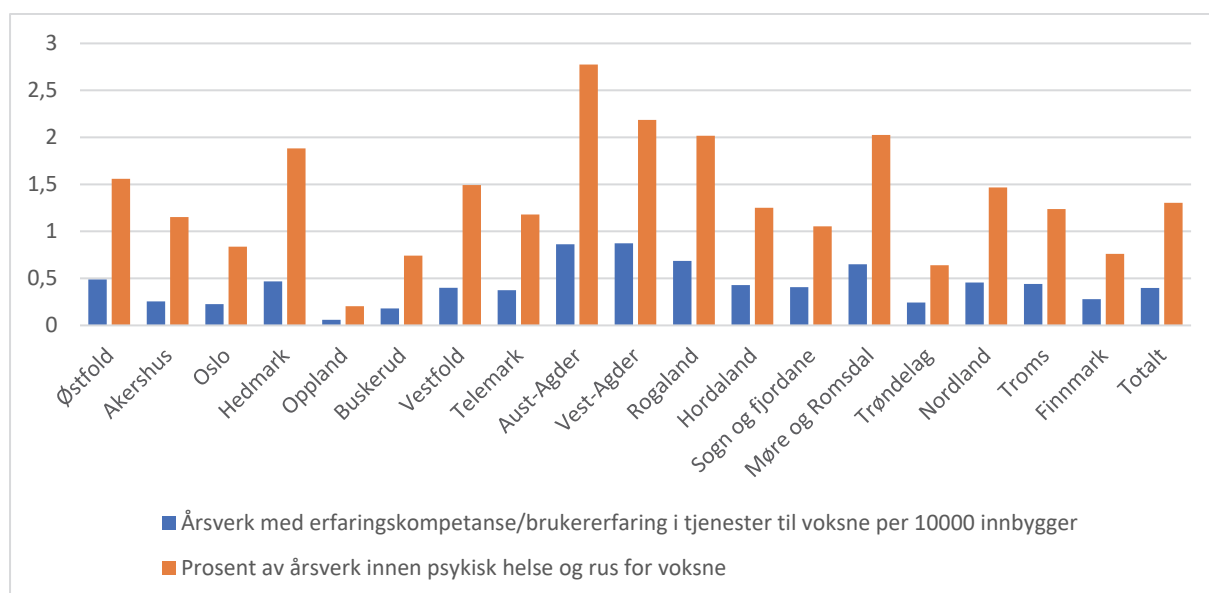
	Årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring	Årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring pr. 10000 innbyggere	Prosent av årsverk innen psykisk helse og rus
Kommuner med færre enn 2000 innbyggere	2,3	0,2	0,7
Kommuner med 2000 - 5000 innbyggere	10,9	0,3	1,0
Kommuner med 5000 - 10000 innbyggere	21,2	0,4	1,4
Kommuner med 10000 - 20000 innbyggere	25,4	0,4	1,5
Kommuner med 20000 - 50000 innbyggere	37,8	0,4	1,3
Kommuner med 50000 innbyggere og over	69,9	0,4	1,3
<b>Totalt</b>	<b>167,4</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>



**Figur 11.13 Årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 relativt til innbyggere og årsverk i psykisk helse- og rusarbeid, kommunegruppe etter antall innbyggere.**

**Tabell 11.7 Antall ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 relativt til antall innbyggere og årsverk i psykisk helse- og rusarbeid, fylke.**

	Årsverk med erfaringskompetanse /brukererfaring	Årsverk med erfaringskompetanse/ brukererfaring pr. 10000 innbyggere	Prosent av årsverk innen psykisk helse og rus
Østfold	11,6	0,5	1,6
Akershus	12,2	0,3	1,2
Oslo	12,3	0,2	0,8
Hedmark	7,5	0,5	1,9
Oppland	0,9	0,1	0,2
Buskerud	4,1	0,2	0,7
Vestfold	8,0	0,4	1,5
Telemark	5,2	0,4	1,2
Aust-Agder	8,0	0,9	2,8
Vest-Agder	12,7	0,9	2,2
Rogaland	24,9	0,7	2,0
Hordaland	17,6	0,4	1,3
Sogn og Fjordane	3,5	0,4	1,1
Møre og Romsdal	13,6	0,7	2,0
Trøndelag	9,0	0,2	0,6
Nordland	8,9	0,5	1,5
Troms	5,9	0,4	1,2
Finnmark	1,7	0,3	0,8
<b>Totalt</b>	<b>167,4</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>



**Figur 11.14** Årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 relativt til innbyggere og årsverk i psykisk helse- og rusarbeid, fylke.

Nytt av året er at IS-24/8 har kartlagt hvilken rolle de ansatte med erfaringskompetanse har i tjenestene. Det er 91 prosent (n=102) av kommunene med ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring som svarer at disse ansatte bidrar i arbeidet med enkeltbrukere, mens tre av fire kommuner svarer at de bidrar på systemnivå med planlegging og utvikling av tjenesten. Over halvparten av kommunene svarer også at de bidrar i prosjektarbeid og i kontakt med pårørende. I halvparten av kommunene, bidrar de også i kontakt med brukerorganisasjoner.

**Tabell 11.8** Antall og prosent av som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har. År 2019.

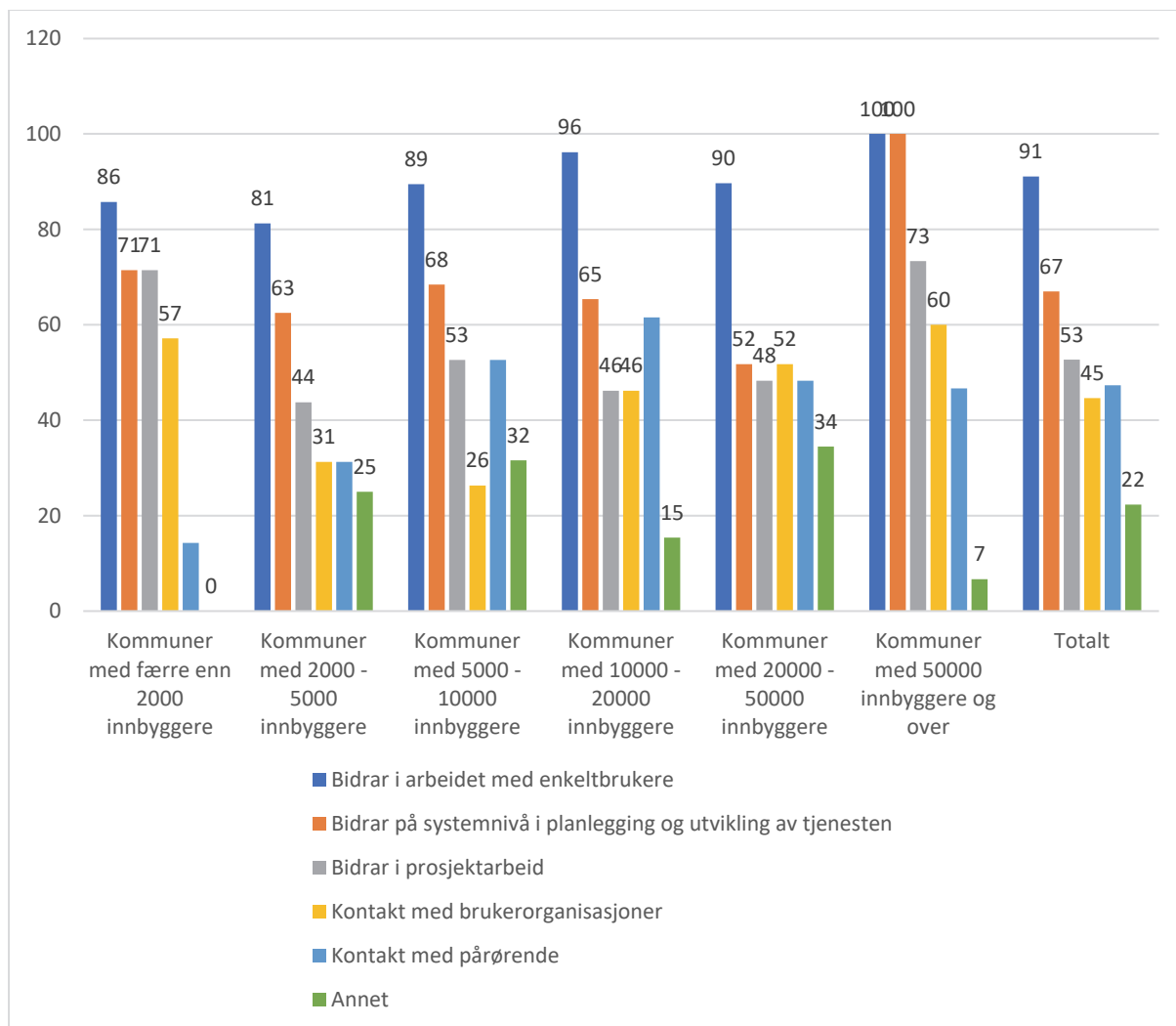
	Antall	Prosent av kommunene med ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring	Prosent av alle kommuner
Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere	102	91	24
Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten	75	67	18
Bidrar i prosjektarbeid	59	53	14
Kontakt med brukerorganisasjoner	50	45	12
Kontakt med pårørende	53	47	13
Annet	25	22	6
Antall kommuner med slike årsverk	112	100	27
Antall kommuner totalt	422		100

Blant de 25 kommunene som har krysset av for "annet" nevnes blant annet ulike former for dagtilbud og lavterskeltilbud, recovery-tilbud, aktivitetsstiltak, ettervern, kommunikasjon på digitale plattformer, kontakt med samarbeidspartner og noen få har lederfunksjoner.

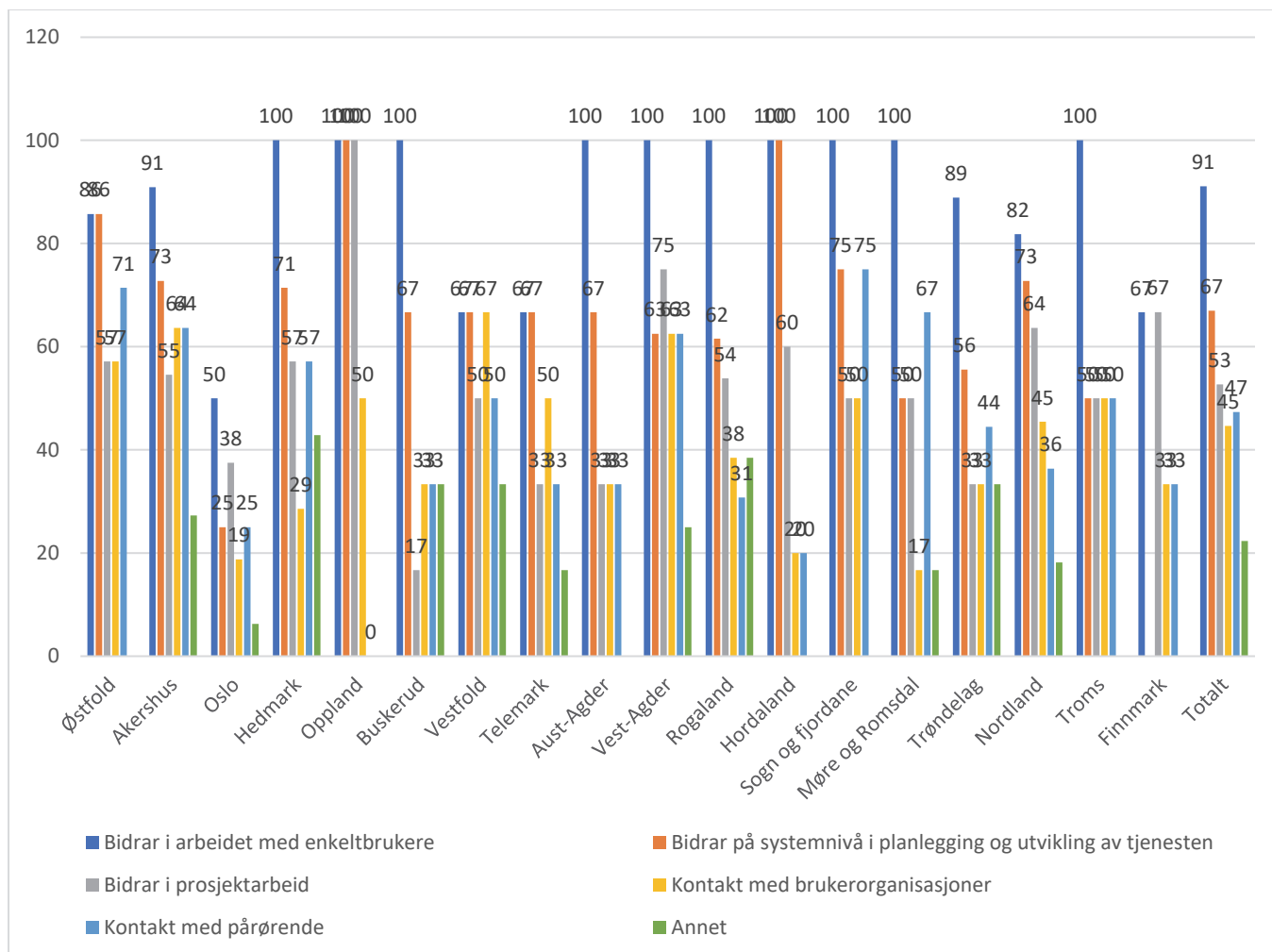
Fordelingen på kommunestørrelse er vist i neste tabell og figur. Det er ikke en tydelig systematikk i svarene, men det kan for eksempel se ut som kommuner mellom 5000 og 20000 innbyggere i noe større grad enn andre kommuner bruker denne kompetansen i kontakt med pårørende.

**Tabell 11.9** Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har. År 2019, kommunegruppe.

	Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere	Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten	Bidrar i prosjektarbeid	Kontakt med brukerorganisasjoner	Kontakt med pårørende	Annet	Antall kommuner med slike årsverk	Antall kommuner totalt
Kommuner med færre enn 2000 innbyggere	86	71	71	57	14	0	7	95
Kommuner med 2000 - 5000 innbyggere	81	63	44	31	31	25	16	125
Kommuner med 5000 - 10000 innbyggere	89	68	53	26	53	32	19	89
Kommuner med 10000 - 20000 innbyggere	96	65	46	46	62	15	26	54
Kommuner med 20000 - 50000 innbyggere	90	52	48	52	48	34	29	43
Kommuner med 50000 innbyggere og over	100	100	73	60	47	7	15	16
<b>Totalt</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>22</b>	<b>112</b>	<b>422</b>



Figur 11.15 Roller/oppgaver for ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 i prosent av kommuner med slik kompetanse, kommunegruppe etter antall innbyggere.



Figur 11.16 Roller/oppgaver for ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til voksne våren 2019 i prosent av kommuner med slik kompetanse, fylke.

Til kommunene som svarte at de ikke har ansatt personell med erfaringskompetanse, spurte vi om de hadde planer om dette framover. Av de åtte bydelene i Oslo som ikke har ansatte med slik kompetanse, er det fem som svarer at de planlegger å ansette, en svarer nei og to svarer vet ikke. Blant de øvrige 310 kommunene som ikke har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, er det det 293 kommuner som har svart, dvs. 95 prosent. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

Det er altså 18 prosent av kommunene som har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse/brukererfaring blant de som ikke har det i dag. Nærmere halvparten har ikke slike planer.

Tabell 11.10 Antall og prosent av kommunene som har svart på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse/brukererfaring av de som ikke har det i dag. 2019

	Antall	Prosent
Ja	56	18
Nei	149	48
Vet ikke	88	28
Ikke svart	17	5
Totalt	310	100

## 11.6 ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING I TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Det er kun 16 kommuner som har rapportert at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid. Det er ansatt 13,5 slike årsverk totalt i alle kommunene og tallene er for små til å gjøre videre analyser.

## 11.7 OPPSUMMERING

I 2019 svarte 369 av landets kommuner (89 prosent) at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet. Dette er en økning på seks prosentpoeng fra 2018 og 16 prosentpoeng fra 2017. De største kommunene oppgir at de i størst grad sikrer brukermedvirkning, og det er særlig kommunene i Akershus, Buskerud og Vestfold som scorer høyt på brukermedvirkning, mens de nordligste kommunene ligger lavere.

Det ble også spurt om på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring siste 12 måneder. Her svarte over halvparten av de 174 kommunene som svarte, at de hadde benyttet FIT, 18 prosent hadde benyttet "Hva er viktig for deg?", hhv. 46 og 47 prosent hadde benyttet brukerråd og brukerundersøkelse, mens 28 prosent oppgav andre metoder. Hele 73 prosent av landets kommuner svarer at de i stor eller svært stor grad jobber recovery-orientert (økning med fire prosentpoeng fra 2018). De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

Vi finner at 27 prosent av alle landets kommuner (n=112) våren 2019 har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus.

Andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring øker betydelig med størrelsen på kommunen målt med antall innbyggere. Blant kommuner med færre enn 2000 innbyggere, er det sju prosent som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, mens andelen blant kommuner med over femti tusen innbyggere er 94 prosent. Det er få forskjeller mellom kommuner i ulike fylker, noe som betyr at det stort sett er størrelsen på kommunen som påvirker sannsynligheten for å ha ansatte med slik kompetanse/erfaring.

Når vi summerer antall årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring, finner vi at det er 167,4 årsverk i tjenester til voksne og 13,5 årsverk i tjenester til barn og unge. Anslaget fra erfaringsundersøkelsen på 300 synes derfor å være rimelig om ca. 60 prosent av årsverkene med slik kompetanse/erfaring er ansatt i kommunene.

Ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring bidrar i arbeidet med oppfølging av enkeltbrukere i 91 prosent av kommunene med slike kompetanse/erfaring. Tre av fire kommuner svarer at de bidrar på systemnivå med planlegging og utvikling av tjenesten og over halvparten av kommunene svarer også at de bidrar i prosjektarbeid og i kontakt med pårørende. I halvparten av kommunene, bidrar de også i kontakt med brukerorganisasjoner.



## 12 BOLIGSITUASJONEN

Alle kommuner har et ansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. I 2014 trådte den boligsosiale strategien *Bolig for velferd*<sup>25</sup> i kraft. Strategien legger stor vekt på at de boligsosiale virkemidlene må sees i sammenheng med andre velferdspolitiske tiltak innenfor arbeid, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og barnevern. Strategien er et samarbeid mellom fem departementer med strategiperiode fram til og med 2020, med følgende fastsatte nasjonale mål:

- Alle skal ha et godt sted å bo (hjelp fra midlertidig til varig bolig, hjelp til å skaffe en egnet bolig)
- Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet (forhindre utkastelser, gi oppfølging og tjenester i hjemmet)
- Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (sikre god styring og målretting av arbeidet, stimulere til nytenkning og sosial innovasjon, planlegge for gode bomiljø)

I 2018 ble strategien oppdatert og konkretisert med handlings- og tiltaksplaner for perioden 2018-2020<sup>26,27</sup>. Det skal blant annet etableres arbeidsprosesser for helhetlig tilbud av boliger og bo- og oppfølgingstjenester for mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser som mangler eller risikerer å miste boligen sin. Kommunene skal videre ha et spesielt fokus på å tilrettelegge for at vanskeligstilte barnefamilier bor i egnet bolig. Rapporteringen på årsverk i IS-24/8 som denne rapporten er basert på, gir et datagrunnlag som skal være med på å si noe om måloppnåelse i strategien. Økning i årsverk i psykisk helse- og rusarbeid for voksne, økning i antall kommuner med oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, og økning i antall kommuner med oppsøkende team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er blant resultatmålene.

1. november 2016 ble en egen veiviser i forbindelse med *Bolig for velferd* publisert ([www.veiviseren.no](http://www.veiviseren.no)). Dette er et tverrfaglig verktøy for kommunene og gir en samlet framstilling av lovverk, aktuelle hjelpemidler, konkrete arbeidsprosesser, kompetanse og gir gode eksempler på resultat, metoder og tiltak. Den har særlig fokus på barn og unge (barnefamilier). Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (s. 26-27) peker på bolig som avgjørende for helse, selvstendighet og mestring, og at bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel (Helsedirektoratet, 2014)<sup>28</sup>.

Rapporteringen på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) har hatt bolig som tema siden tidlig på 2000-tallet, da fokuset var på antall ferdigstilte boliger subsidiert av Opptreppingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Tall fra BrukerPlan (Hustvedt, Lie et al. 2018) viser at 75 prosent av mottakerne har en permanent og tilfredsstillende bosituasjon i 2018 (grønn andel). Andelen bostedsløse har gått ned fra seks prosent i

<sup>25</sup>[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal\\_strategi\\_boligsosialt\\_arbeid.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf)

<sup>26</sup><https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/>

<sup>27</sup><https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/tiltaksplan/>

<sup>28</sup><https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

2015, til fem prosent i 2018 (rød andel). Andelen med midlertidig og/eller utilfredsstillende boligsituasjon også har gått ned fra 2015, fra 23 prosent til 20 prosent i 2018 (gul andel). En andel på 83 prosent av de bostedsløse har samtidige rus- og psykiske problem (BrukerPlan, 2018).

## 12.1 DATAGRUNNLAG

Fem spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2019:

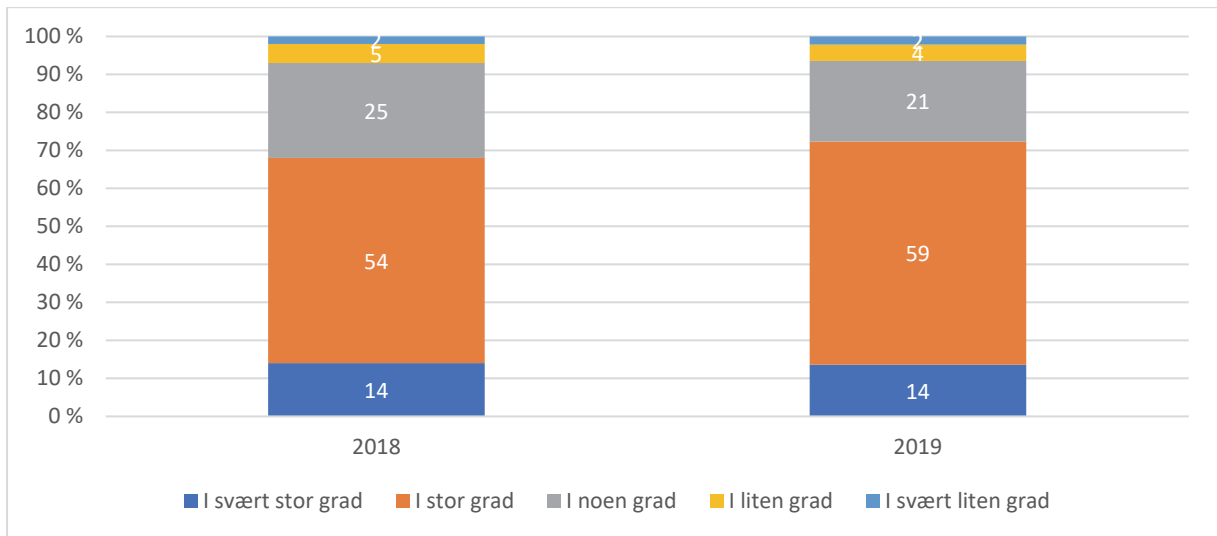
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med rusproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)

## 12.2 HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG

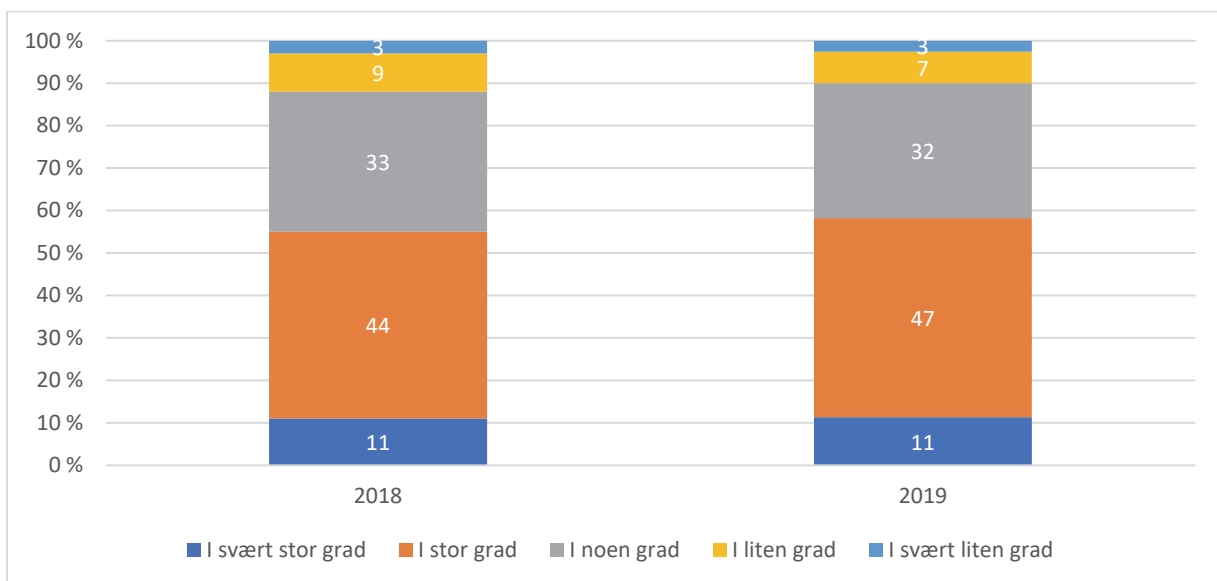
På spørsmål om i hvilken grad kommunene gir et godt tilbud om oppfølging i bolig for hhv. personer med psykisk helse- og rusproblematikk, oppgir storparten av kommunene at de er fornøyde. De rapporterer at de er mer fornøyde med tilbudet om oppfølging til personer med psykisk helseproblematikk, sammenliknet med oppfølgingen som gis til de med rusproblematikk. 73 prosent av kommunene er i stor eller svært stor grad fornøyd med tilbudet til de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 58 prosent når det gjelder de med rusproblematikk. Videre ser vi at ti prosent av kommunene sier at de i liten eller svært liten grad er fornøyd med tilbudet til rusmiddelavhengige, og dette er i stor grad små og mellomstore kommuner.

Sammenlikner vi med det tilsvarende spørsmålet som ble stilt i 2018, ser vi at utviklingen mot 2019 har vært positiv, spesielt for tilbudet til de med psykiske helseproblemer/lidelser. I vurderingen av tilbudet til de med psykiske helseproblemer/lidelser har andelen kommuner som er fornøyd i stor grad eller svært stor grad økt med 13 prosent fra 2018. Det er også en positiv utvikling innen oppfølgingen av rusproblematikk, men denne er svakere sammenliknet med den positive utviklingen innenfor vurderingen av tilbudet til de med psykiske helseplager/lidelser. Dette kommer til uttrykk gjennom at andelen som angir at de er i liten grad, eller svært liten grad, er fornøyd med tilbudet til rusavhengige går ned med tre prosent fra 2018. Gitt styrkingen i antall årsverk som kom gjennom Opptrappingsplanen for rusfeltet i 2018, bør vi kunne forvente at den positive utviklingen vi ser fra 2018 til 2019 fortsetter å øke til neste år. Ser vi på figurene under for prosentandelen som er henholdsvis fornøyd og misfornøyd, er det en del variasjon mellom fylkene i 2019, men oppfølgingen av rusmiddelavhengige gis gjennomgående dårligere score sammenliknet med psykisk helse. Denne forskjellen mellom de to fagområdene er spesielt tydelig for bydelene i Oslo. På kommunegruppenivå, basert på innbyggertall, ser vi at de største kommunene er mer fornøyd med tilbudene sine, enn de

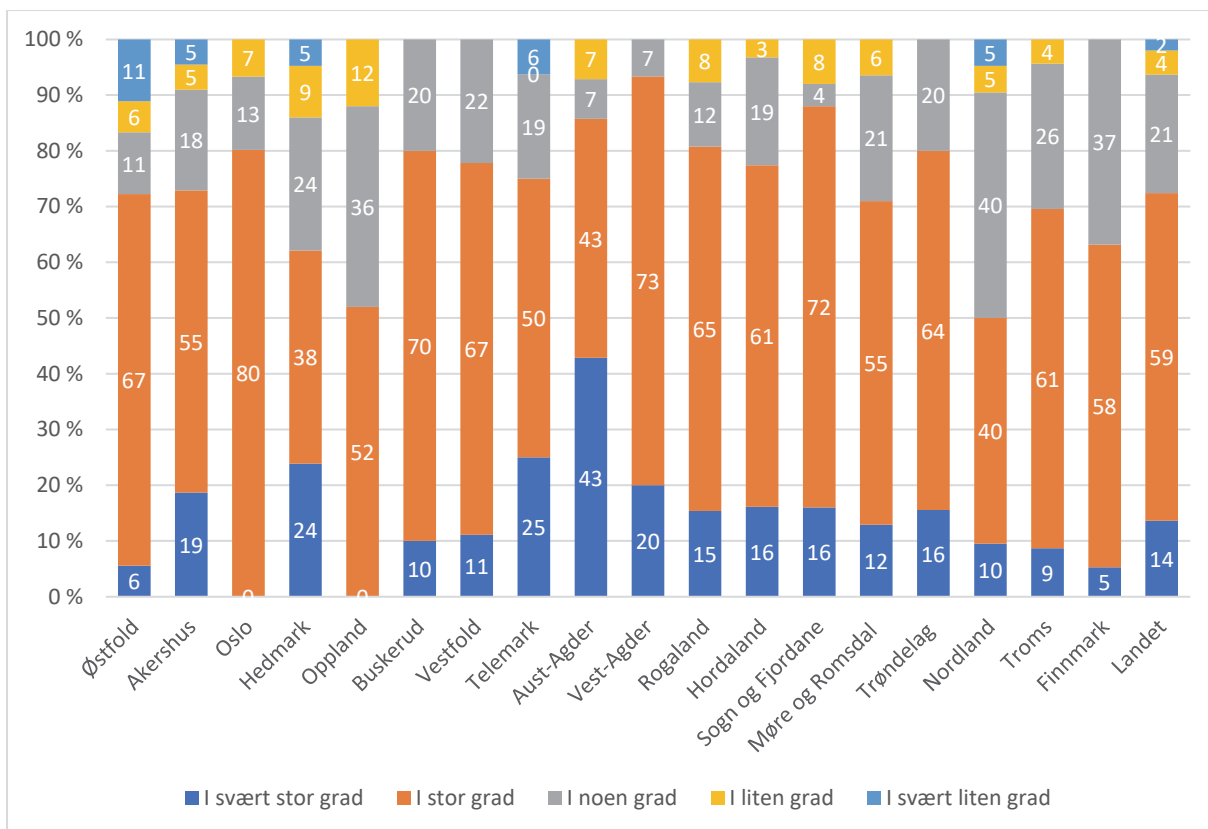
mindre kommunene. Tallene innad i søylene indikerer prosentandelen som har svart innenfor de fem forskjellige kategoriene.



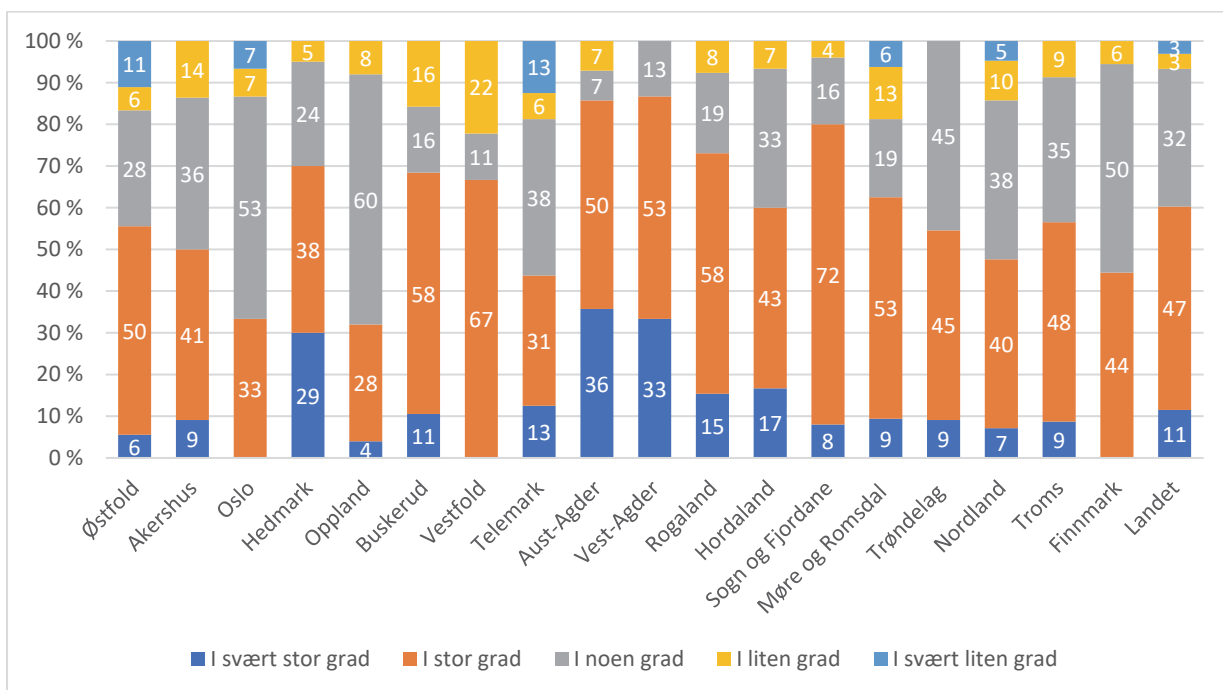
**Figur 12.1** Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=418) i 2018 og 2019 (n=419).



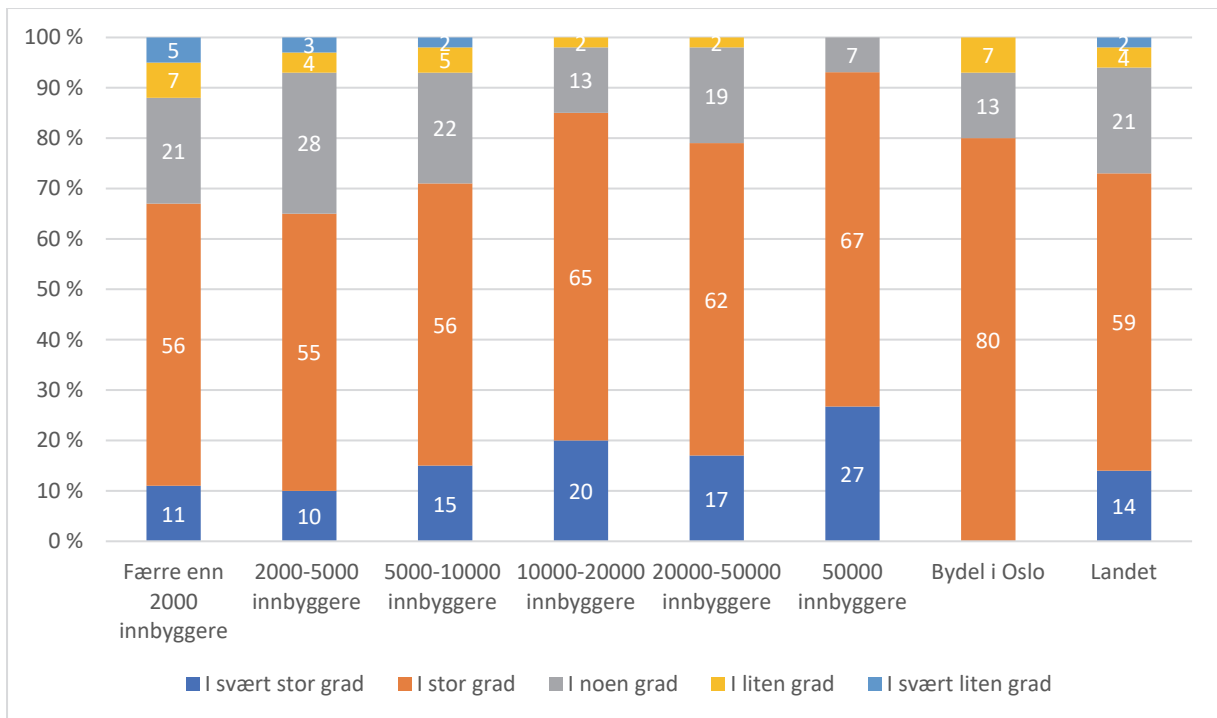
**Figur 12.2** Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med rusproblemer i 2018 (n=418) og 2019 (n=415).



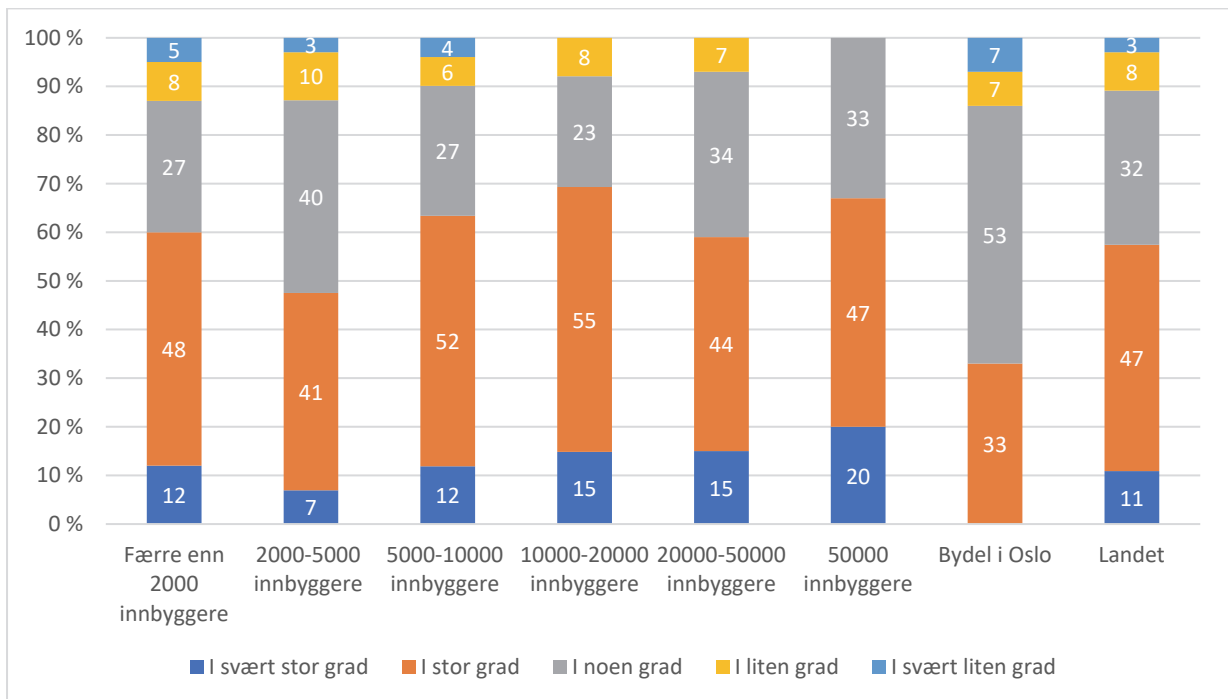
Figur 12.3 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=419) i 2019. Fylke.



Figur 12.4 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med rusproblemer (n=415) i 2019. Fylke.



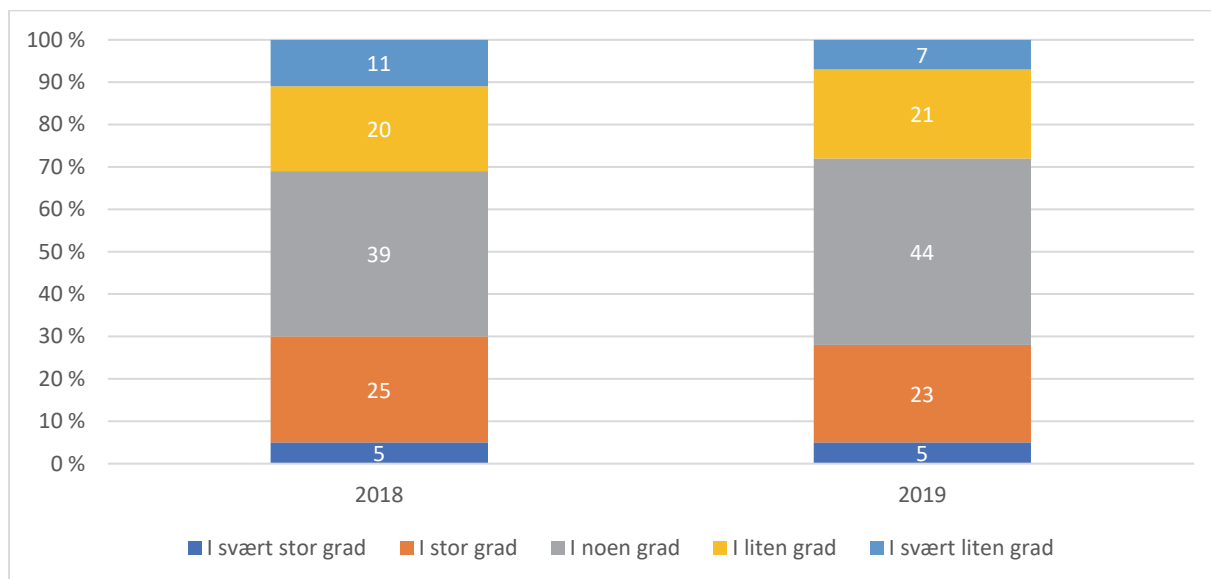
Figur 12.5 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=419) i 2019. Kommunestørrelse.



Figur 12.6 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med rusproblemer (n=415) i 2019. Kommunestørrelse.

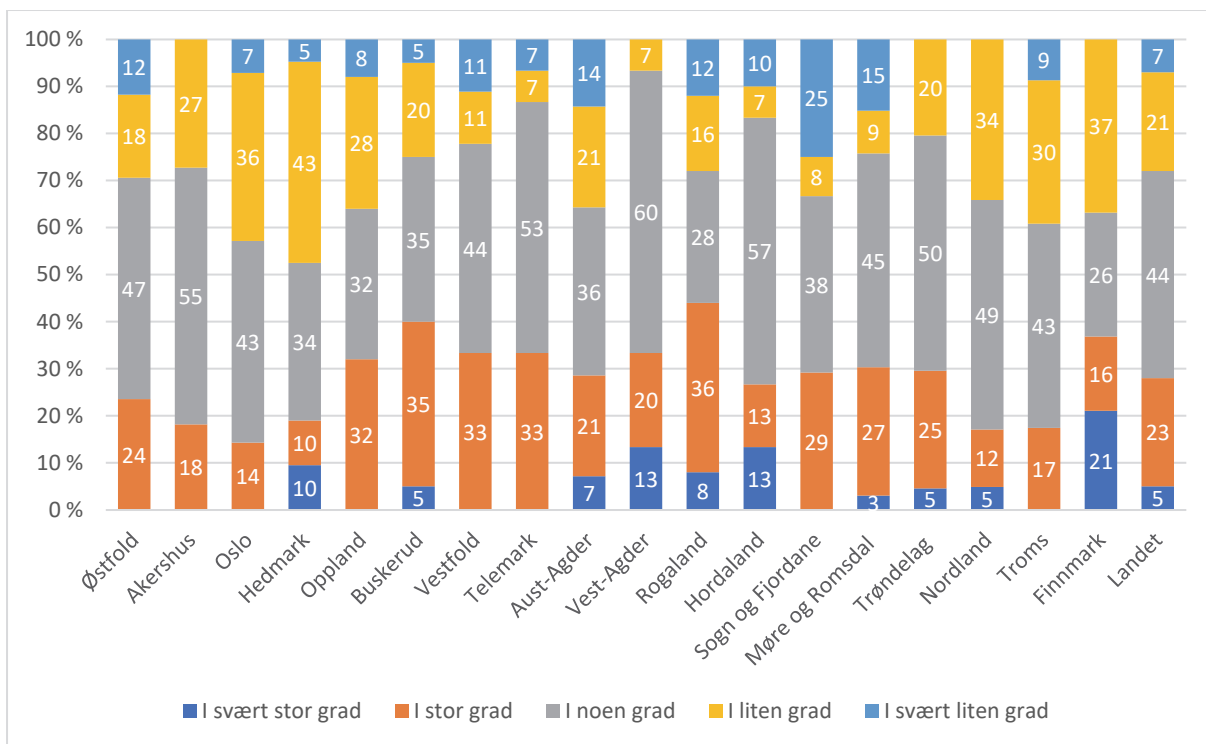
### 12.3 HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON

I 2019 svarte 28 prosent av kommunene/bydelene i Oslo at Husbankens ordninger i stor eller svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen ble sikret en bedre boligsituasjon, mot 30 prosent i 2018 (se figur 12.7). I 2018 svarte 31 prosent av kommunene at Husbankens ordninger i svært liten eller i liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. Dette tallet har sunket til 28 prosent i 2019. Det er altså færre kommuner i 2019 som mener Husbankens ordninger har bidratt til en henholdsvis positiv eller negativ utvikling, sammenlignet med 2018. Dette betyr at flere kommuner i 2019 har svart at de i noen grad er fornøyd med Husbankens ordninger.

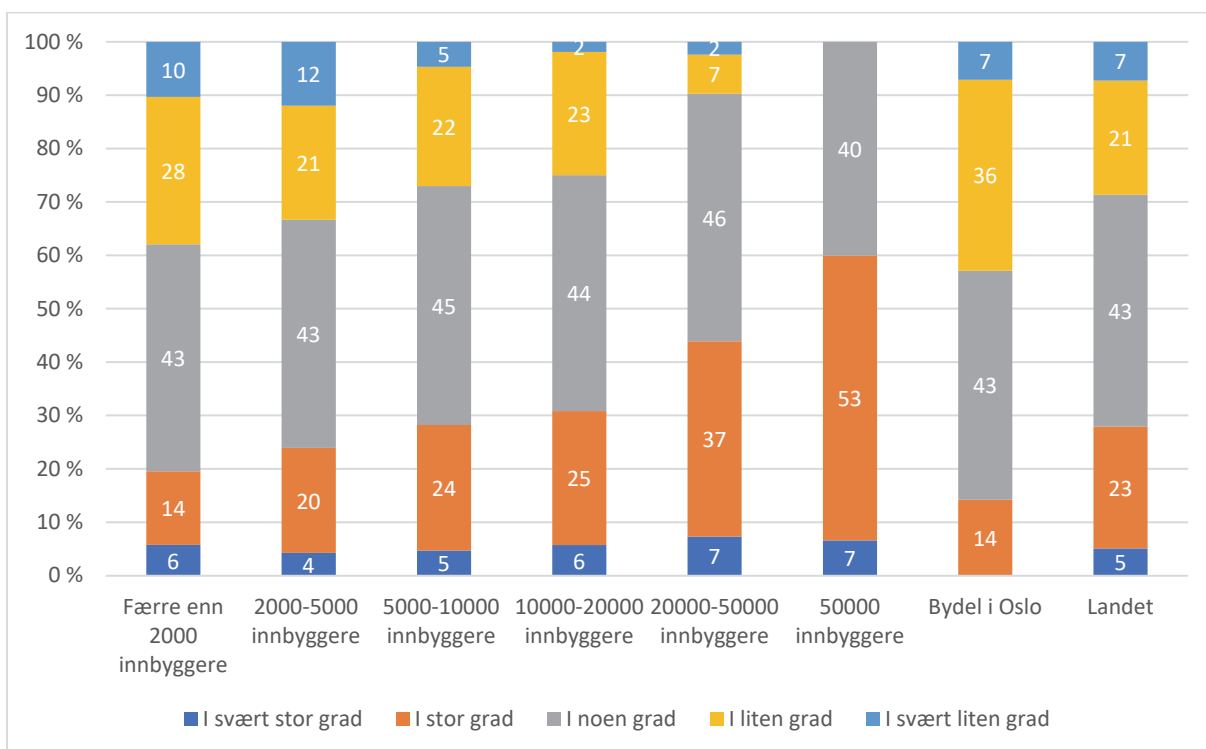


Figur 12.7 I hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rusproblematikk/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. År 2018 (n = 410) og 2019 (n=411).

Figurene under viser prosentandelen for hvert svaralternativ på spørsmålet om Husbankens ordninger bidrar til å bedre bosituasjonen på fylkes- og kommunestørrelsesnivå i 2019. Det fremkommer av figurene at Hedmark, Oslo, Sogn og Fjordane, og Troms er de som i minst grad har kommuner som er fornøyd med bidraget fra Husbanken for å sikre en bedre boligsituasjon for målgruppen. Agderfylkene, Vestfold, Rogaland, Hordaland og Møre og Romsdal er mer fornøyd. For figuren som angir hvor fornøyd man er i de forskjellige kommunestørrelsene ser vi at de største kommunene er mer fornøyd enn de minste.



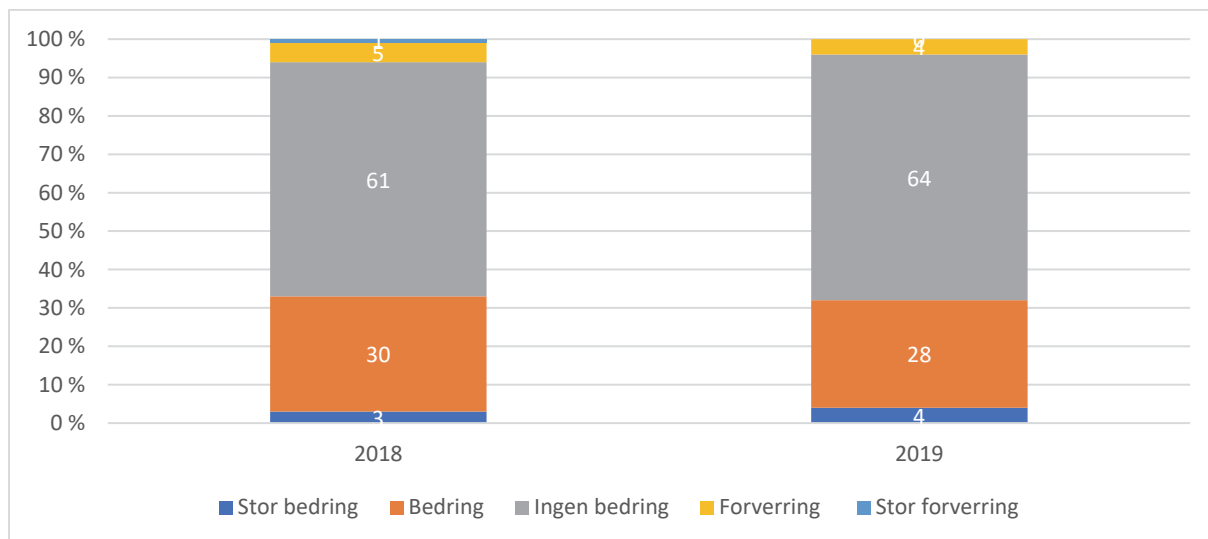
Figur 12.8 I hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. År 2019 (n=411). Fylke.



Figur 12.9 I hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rusproblematikk sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. År 2019 (n=411). Kommunestørrelse.

## 12.4 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR

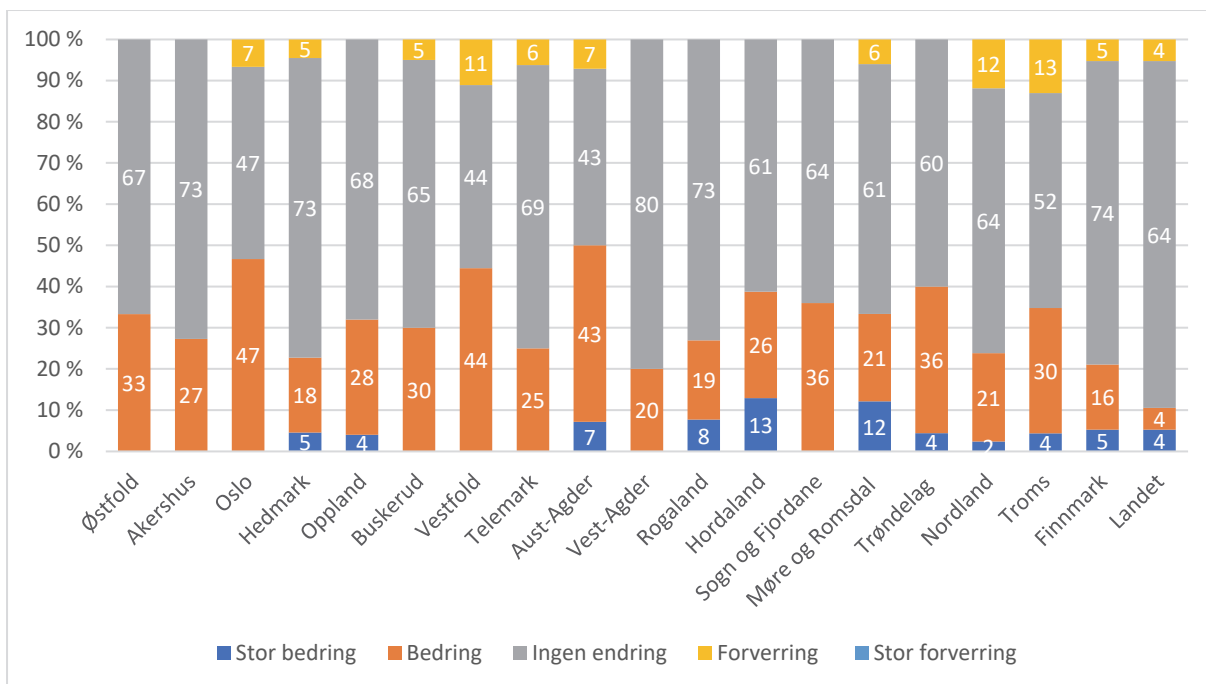
På spørsmål om hvordan boligsituasjonen for mennesker med psykiske helseutfordringer har endret seg siste år, er bildet omtrent helt likt situasjonen i 2018. Over 60 prosent svarer at det ikke er noe endring, mens ca. én tredjedel av kommunene rapporterer om en bedring. Fire prosent av kommunene oppgir at det har vært en forverring for denne målgruppen. I 2018 oppga én kommune at tilbudet hadde ført til en stor forverring, i 2019 er det ingen kommuner som oppgir forverring.



**Figur 12. 10** Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? År 2018 (n=419) og 2019 (n=420).

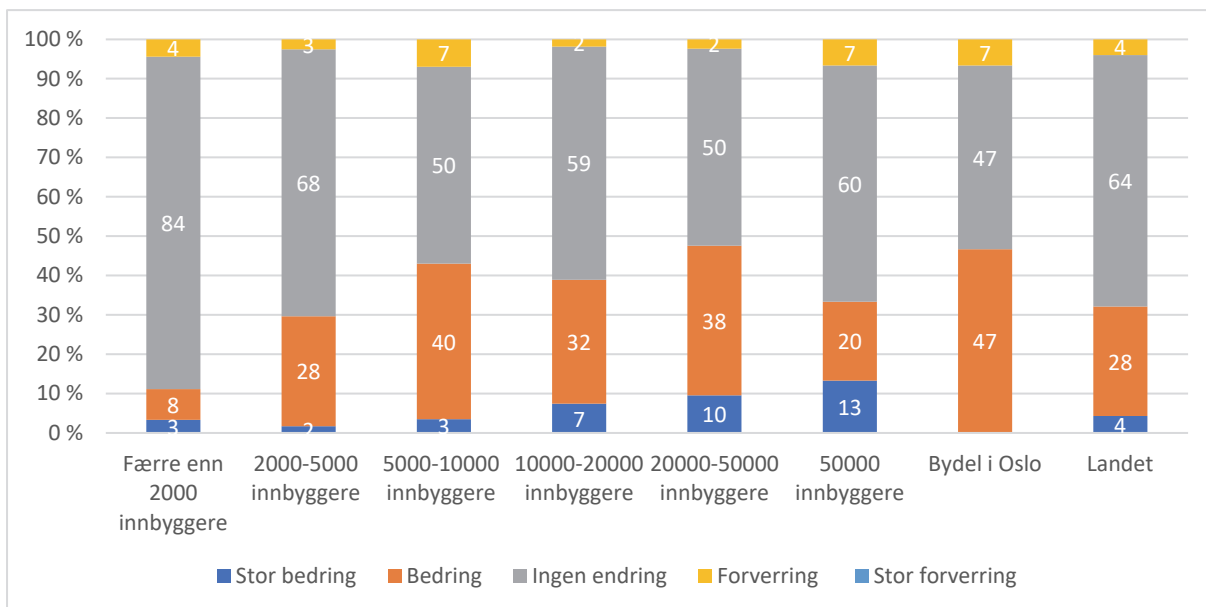
I neste figur presenteres prosentandelen som har svart langs de forskjellige svaralternativene på fylkesnivå. Det rapporteres om forverring i boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid i ti fylker. Det rapporteres størst forverring i Nordland, Troms og Vestfold. I Vestfold rapporteres det derimot også stor bedring, noe som også gjelder Oslo og Aust-Agder. Nordland, Troms og Finnmark rapporterer både forverring og liten grad av bedring. Disse funnene er i tråd med utviklingen fra 2017 til 2018. På landsbasis rapporteres det om bedring eller stor bedring på åtte prosent.





Figur 12. 11 Hvordan boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid har utviklet seg det siste året. År 2019 (n=420). Fylke.

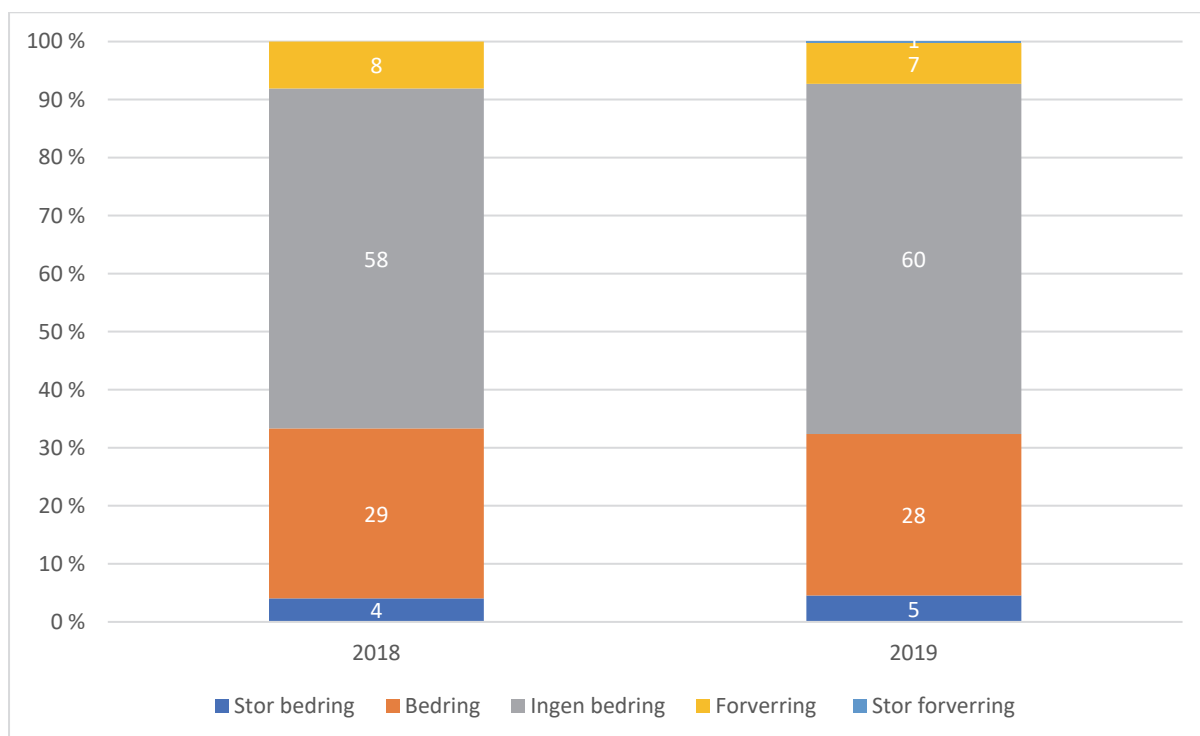
Vi ser fra figur 12.12 at det er størst bedring i bydelene i Oslo og i de større kommunene. I de minste kommunene rapporteres det i stor grad om ingen endring. På landsbasis rapporterer 32 prosent av kommunene og bydeler i Oslo om bedring eller stor bedring. Sammenlignet med landsbasis så er det særlig mangel på bedring i de aller minste kommunene.



Figur 12. 12 Hvordan boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid har utviklet seg det siste året. År 2019 (n=420). Kommunestørrelse.

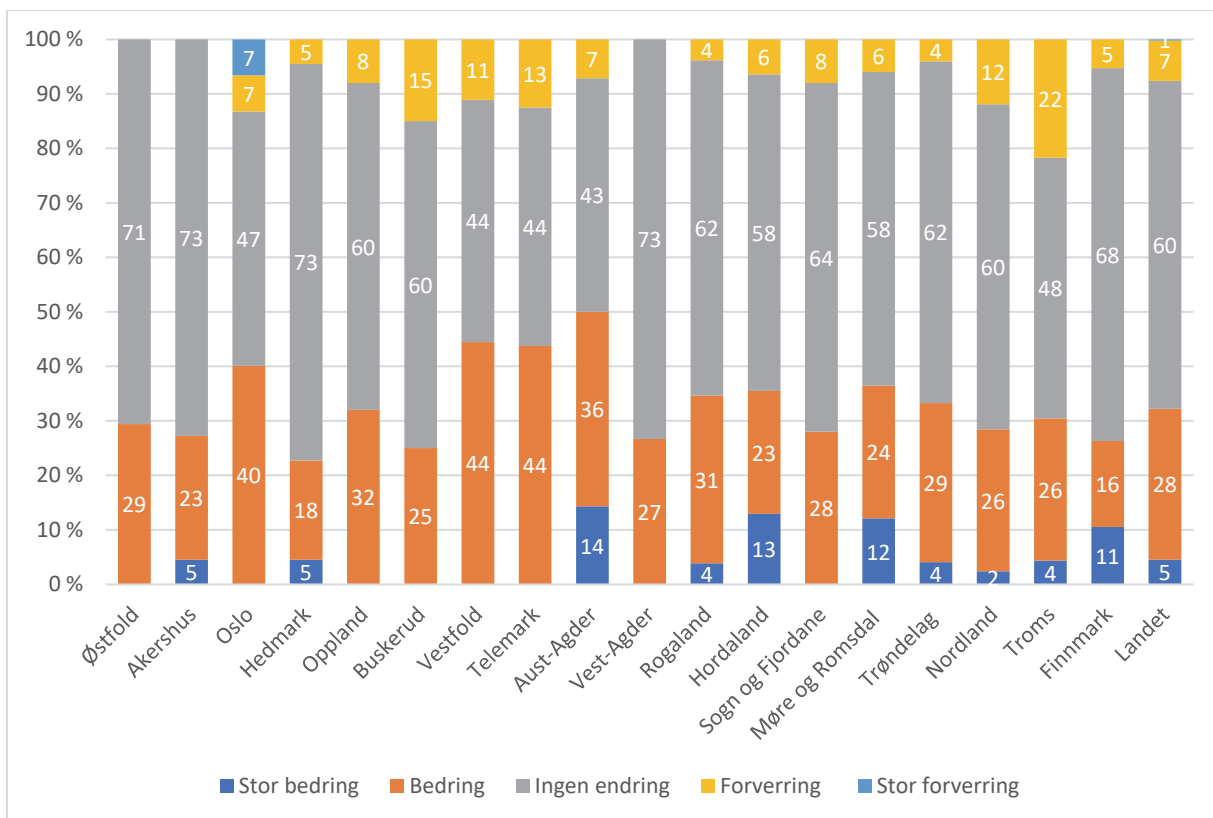
## 12.5 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR

Omtrent én tredjedel av kommunene rapporterte at de har opplevd bedring eller stor bedring i boligsituasjonen for rusmiddelavhengige fra 2018 til 2019, noe som er på nivå med bedringen som ble rapportert for perioden 2017 til 2018. Vi ser at 60 prosent ikke har opplevd noen endring, mens 7 prosent av kommunene har opplevd at situasjonen har blitt verre (for psykisk helse så vi at andelen med forverring var på 4 prosent). Det er litt færre kommuner som sier de har opplevd forverring siste år, sammenliknet med situasjonen i fjor.

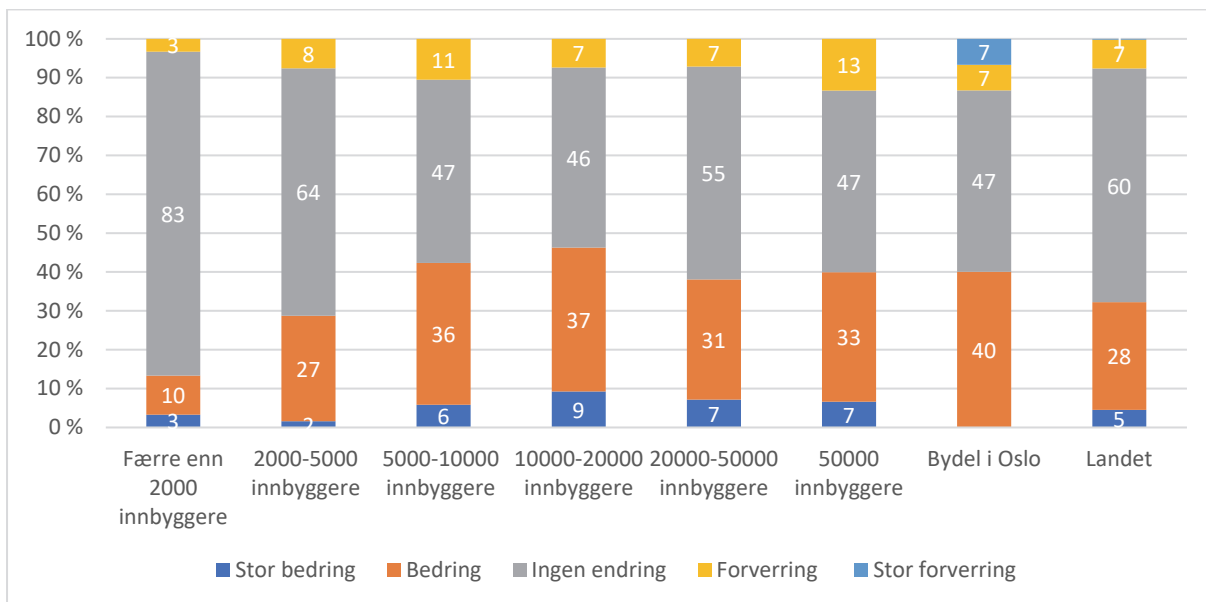


Figur 12. 13 Hvordan boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid har utviklet seg det siste året. År 2018 og 2019 (n=419).

Hvis vi bryter tallene opp på fylkesnivå og etter kommunestørrelse, ser vi at det er relativt lite variasjon mellom fylkene. Oslo, Vestfold og Telemark har rapportert størst grad av bedring, men det rapporteres samtidig om henholdsvis forverring og stor forverring i to bydeler i Oslo. I 2018 rapporteres det om forverring i fire bydeler i Oslo, men ingen av bydelene anga at det hadde skjedd stor forverring, slik som i utviklingen fra 2018 til 2019. I Vestfold er det også relativt høy prosentandel av forverring, til tross for høy prosentandel av bedring. Det rapporteres størst andel forverring i Buskerud, Nordland og Troms. Nordland, Troms og Finnmark rapporterer i tillegg lav grad av bedring, og ligger her lavere enn landsgjennomsnittet. I figuren som viser fordelingen basert på kommunestørrelse ser vi at kommunene stort sett rapporterer større bedring jo større de er, med unntak av de nevnte bydelene i Oslo.



Figur 12. 14 Hvordan boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid har utviklet seg det siste året. År 2019 (n=419). Fylke.



Figur 12. 15 Hvordan boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid har utviklet seg det siste året. År 2019 (n=419). Kommunestørrelse.

## 12.6 OPPSUMMERING

Det er 59 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske utfordringer og lidelser, mens det tilsvarende tallet for målgruppen som sliter med rusproblematikk er 47 prosent. Tallene kan sammenliknes med fjoråret, hvor 54 prosent svarte at de i stor grad var fornøyd med tilbudet om oppfølging av psykiske utfordringer og lidelser, og 44 prosent svarte at de i stor grad var fornøyd med tilbudet om oppfølging av pasienter med rusproblemer. Det er dermed flere kommuner som oppgir at de er i stor grad fornøyd med begge tilbudene i 2019, sammenlignet med 2018. Av årets spørsmålsstilling ser vi at det fortsatt er flere utfordringer i kommunalt rusarbeid, enn i psykisk helsearbeid. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere, og dette har vært tendensen de siste årene.

I 2019 er det også færre kommuner som mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en bedre bosituasjon for målgruppen, sammenliknet med 2018. Det er særlig de minste kommunene som i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en god bosituasjon. Denne utviklingen var også tydelig fra 2017 til 2018, og ser dermed ut til å vedvare.

På spørsmål om endringer i boligsituasjonen for hhv. mennesker med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk, er hovedinntrykket at situasjonen har vært stabil de siste årene. Godt over halvparten av kommunene melder om ingen endringer fra i fjor for begge målgrupper. Rundt én tredjedel av kommunene mener det har vært en forbedring i situasjonen for de to målgruppene, men det er en noe høyere andel kommuner som svarer at situasjonen har forverret seg for de med rusproblemer, sammenliknet med målgruppen med psykiske helseutfordringer. Gjennom andre spørsmål i skjemaet vet vi også at det særlig er ROP-pasientene, de med samtidig psykisk helse- og rusproblematikk som ofte står overfor de største utfordringene i forhold til å få et godt tilrettelagt bo- og behandlingstilbud.

## 13 KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER

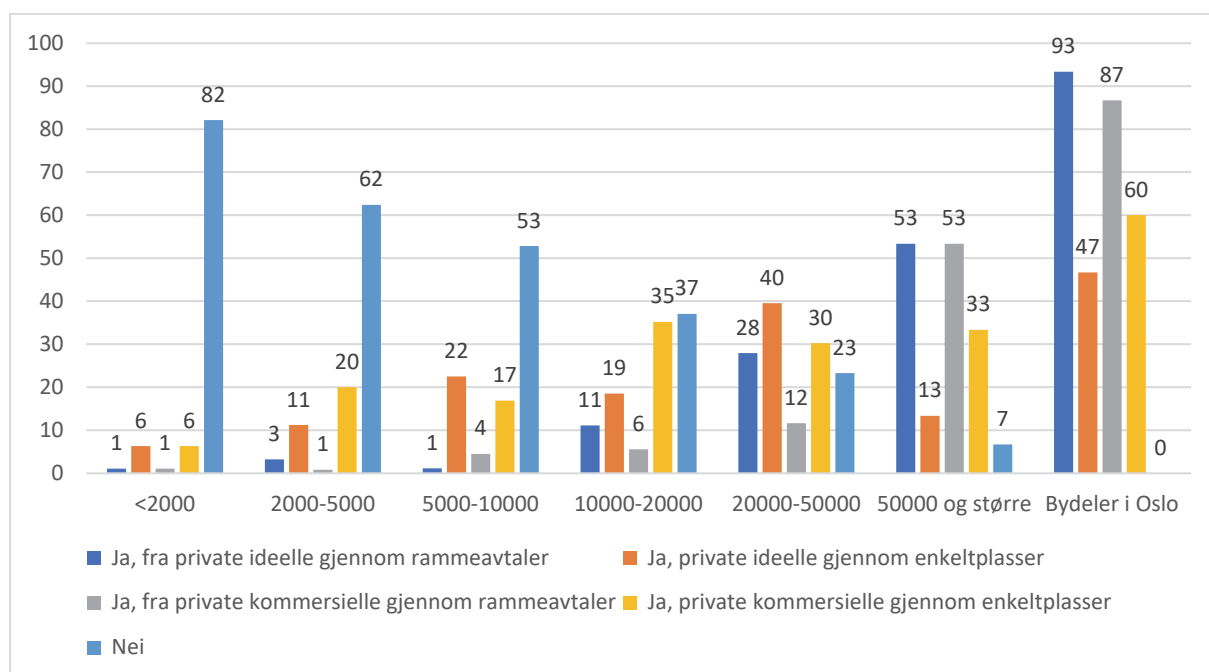
### 13.1 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER

Som vist i tabell 13.1, er det 54 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Det er 418 kommuner/bydeler (96 prosent) som har svart på spørsmålet.

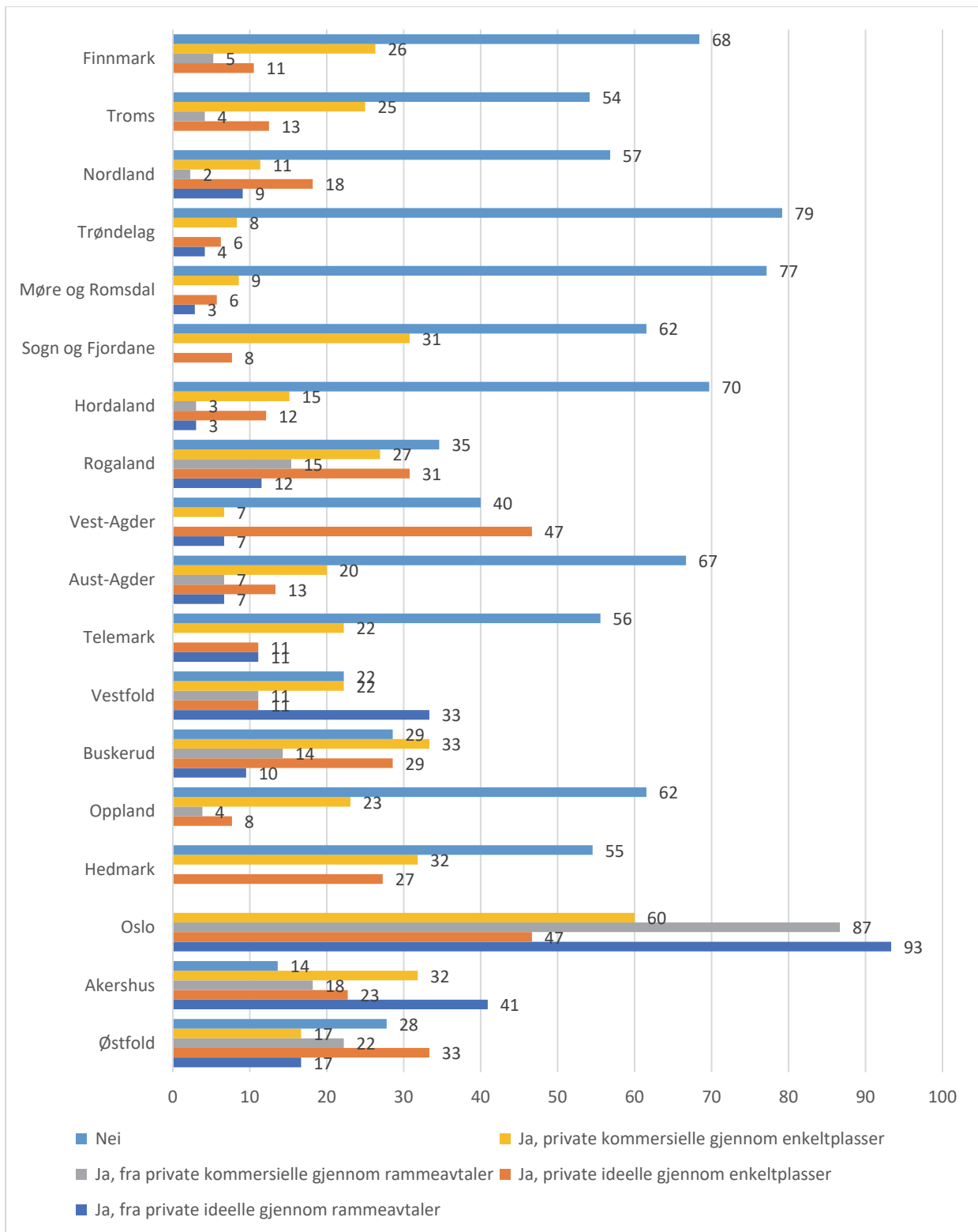
Tabell 13.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, 2019.

	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler
Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler	46	11
Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser	76	17
Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler	35	8
Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser	92	21
Nei	234	54

Vi har også spurt hvilke tjenester de kjøper, og svarene tyder på at det er heldøgns bo- og omsorgstjenester som kjøpes fra ulike aktører. Fra figur 13.1 ser vi at andel som ikke kjøper tjenester er sterkt fallende med kommunestørrelse og at det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private kommersielle gjennom rammeavtaler.



Figur 13.12 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Kommunestørrelse 2019.



Figur 13.12 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Fylke, 2019.

Vi har videre spurt de kommunene som i dag ikke kjøper private tjenester hvorfor de ikke gjør det. De fleste svarer at de ikke har behov for å kjøpe og at de dekker behovene selv og at de prioriterer å bygge opp egne tjenester heller enn å kjøpe plasser.

Årsakene er ofte at det ikke lenger er behov fordi brukeren har flyttet eller fått bedre funksjonsnivå, eller at kommunen har bygget opp et eget tilbud slik at de har kunnet redusere kjøp av dyre plasser i privat sektor.

## 13.2 KJØP FRA ANDRE KOMMUNER

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har åtte prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid. Fem prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse og tre prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid.

**Tabell 13.2** Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019.

	Antall	Andel av alle
Ja, både innen psykisk helse og rusarbeid	33	8
Ja, innen psykisk helse	22	5
Ja, innen rusarbeid	13	3

Vi har videre spurt hvilke tjenester dette er, og som vist i tabell 13.3 gjelder dette særlig heldøgns bo- og omsorgstjenester.

**Tabell 13.3** Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019.

	Antall	Andel av alle
Heldøgns bo- og omsorgstjenester	34	8
Arbeids- og aktivitetstiltak	10	2
Psykologtjenester	10	2
Annet	25	6

Under "annet" er følgende nevnt: ACT-team, ambulant team, booppfølging, ettervern rus, FACT psykiater, feltpleie, Fontenehuset, grønt arbeid, hasjavvenningsprogram, KAD-plasser, logoped, opplæring, plass på krisesenter, ungdoms koordinator, og interkommunale ø-hjelpssenger. Det er altså et bredt spekter av tjenester som kjøpes av andre kommuner. Det kan være mange årsaker til at kommunene har behov for å kjøpe tjenester fra hverandre, og en kommune beskriver behovet slik: "Har samarbeid dersom bruker opplever for nære relasjoner i en liten kommune, der det er tilrettelagt for at bruker kan få tjenester innen rus og/eller psykiatri fra nabokommune. Vi lager vedtaket, men betaler denne kommunen etter avtalte selvkostsatser for tjenesten."

I neste kapittel ser vi nærmere på interkommunalt samarbeid.

### 13.3 OPPSUMMERING

Våren 2019 var det 234 kommuner/bydeler (54 prosent) som rapporterte at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse og rus. Videre har 92 kommuner/byder (21 prosent) oppgitt at de har kjøpt slike tjenester fra private kommersielle aktører gjennom enkeltplasser mens åtte prosent har kjøpt tjenester fra private kommersielle gjennom rammeavtaler. Videre oppgir 17 prosent av kommunene/bydelene at de har kjøpt enkeltplasser for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, mens 11 prosent har kjøpt fra private ideelle gjennom rammeavtaler. Det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private kommersielle aktører gjennom rammeavtaler.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, svarer åtte prosent av kommunene at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid. I tillegg kjøper fem prosent av kommunene tjenester kun innen psykisk helse og tre prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid.



## 14 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

I dette kapittelet ser vi nærmere på omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid.

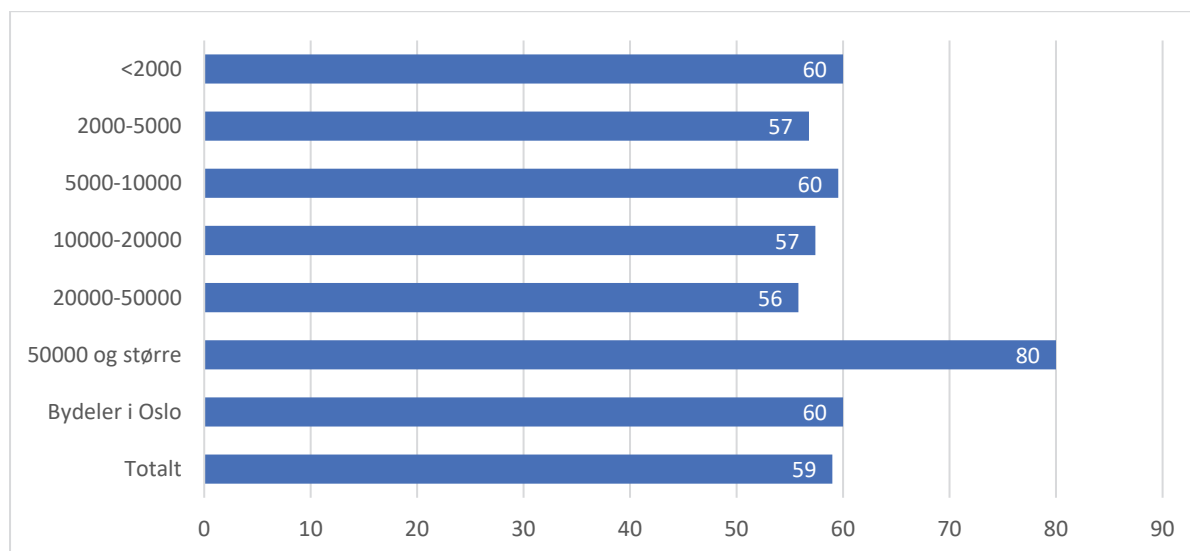
### 14.1 KOMMUNER INVOLVERT I INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Vi har spurt om kommunen har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Det er 414 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent). Som vist i neste tabell, er det 257 kommuner (59 prosent) som svarer at de har interkommunalt samarbeid på dette fagfeltet.

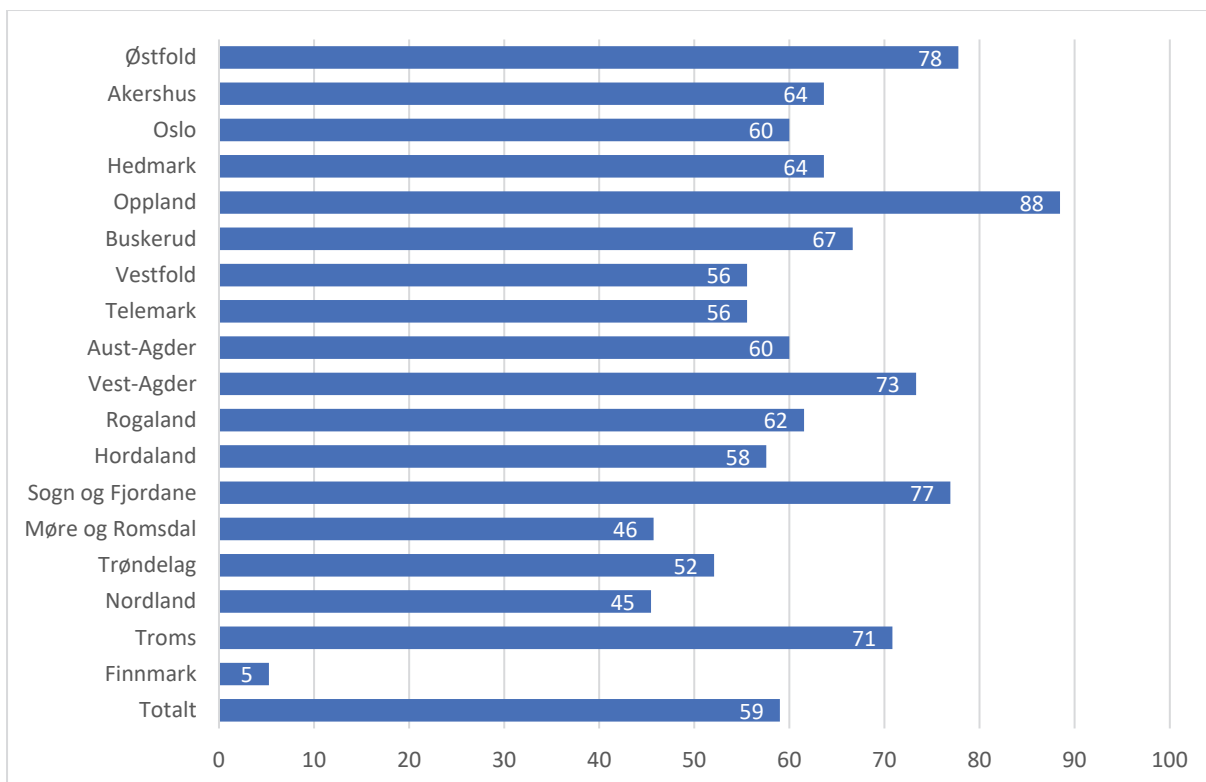
Tabell 14.1 Kommuner/bydelers svar på om de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid, 2019.

	Antall	Prosent
Ja	257	59
Nei	157	36
Ikke svart	22	5
Totalt	436	100

Vi ser nærmere på fordeling etter kommunestørrelse (figur 14.1) og fylke (figur 14.2). Det er ikke betydelige forskjeller i andel kommuner som svarer at de har interkommunalt samarbeid mellom ulike kommunegrupper med unntak av kommuner med over 50 000 innbyggere foruten Oslo, der 80 prosent oppgir å ha interkommunalt samarbeid på dette området.



Figur 14.1 Kommuner/bydelers som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2019.



**Figur 14.2** Kommuner/bydelers som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Fylke, 2019.

At Finnmark har lite interkommunalt samarbeid, er naturlig ut ifra de svært store arealene kommunene i fylket dekker og dermed svært lange reisetid mellom mange kommuner.

## 14.2 TYPE INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Som vist i tabell 14.2 er det flest kommuner som har interkommunalt samarbeid rundt en KAD-avdeling (34 prosent). Men det er også mange som har interkommunalt samarbeid rundt Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (18 prosent) og psykologtjenester (18 prosent). 11 prosent har interkommunalt samarbeid rundt arbeids- og/eller aktivitetstilbud, mens seks prosent har interkommunalt samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud til målgruppen.

**Tabell 14.2** Typer interkommunalt samarbeid, 2019.

	Antall	Av alle
Heldøgns bo- og omsorgstilbud	24	6
Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	78	18
Interkommunal KAD-avdeling	148	34
Arbeids- og/eller aktivitetstiltak	50	11
Psykologtjenester	78	18
Annet	73	17

### 14.3 OPPSUMMERING

Interkommunalt samarbeid er vanlig innen psykisk helse- og rusarbeid, og 59 prosent av kommunene oppgir at de har slikt samarbeid. Det er ikke betydelige forskjeller i andel kommuner som svarer at de har interkommunalt samarbeid mellom ulike kommunegrupper med unntak av kommuner med over 50 000 innbyggere foruten Oslo, der 80 prosent oppgir å ha interkommunalt samarbeid på dette området. Det er også betydelig variasjon mellom fylker, i Oppland har 88 prosent av kommunene oppgitt at de har interkommunalt samarbeid på fagfeltet, mens andelen er fem prosent i Finnmark. Dette forklares sannsynligvis i stor grad av de svært store arealene de enkelte kommunene i Finnmark dekker.

Det interkommunale samarbeidet innen psykisk helse- og rusarbeid dekker flere tjenestetyper. Flest kommuner rapporterer om samarbeid om interkommunal KAD-avdeling (34 prosent), mens 18 prosent av alle kommunene har interkommunalt samarbeid rundt psykologtjenester. Like mange oppgir å ha interkommunalt samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, mens 11 prosent oppgir å ha samarbeid om arbeids- og/eller aktivitetstiltak. Seks prosent har samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud.



## 15 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Regjeringens koordinerte innsats for barn og unge (0-24 samarbeidet) skal bidra til helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge innen fagområdene barnehage, grunnopplæring, barnevern, helse, sosiale tjenester og arbeidsliv. Fra formålsparagrafen i sosialtjenesteloven: "Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud."

I dette kapitlet analyserer vi svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)?
- Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?
- Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?

I proposisjon 121 (2018-2019) fremla den nåværende regjeringen Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Målet med Opptappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, gjennom å introdusere en rekke helsefremmede, forebyggende og behandlende tiltak rettet mot barn og unge i alderen 0-25 år. Opptappingsplanen er organisert i flere hovedmål, hvor omsorg og trygghet i oppveksten, tidlig innsats mot barn og unge som sliter med sin psykiske helse og kompetansefremmende forskning fremsettes som hovedmålsetninger for planen. Ifølge Helgesen et.al (2017), rapporterte over 60 prosent av kommunene at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, og kommunene har etterlyst mer kunnskap om hvilke verktøy og metoder som har effekt for psykisk helse i dette arbeidet. En forskningsbasert evaluering i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata trekkes frem i Opptappingsplanen som viktige tiltak, som svar på denne etterspørselen fra kommunen.

### 15.1 TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING

Det er 413 kommuner/bydeler som har svart (94 prosent). Det er svært få kommuner som svarer at de i svært liten grad (ingen) eller i liten grad (7 kommuner) tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Én av disse kommunene har under 2000 innbyggere, to har 2000-5000 innbyggere, to har mellom 10 000 og 20 000 innbyggere og den siste har mellom 20 000 og 50 000 innbyggere. De seks kommunene er spredt på fem forskjellige fylker, der to av dem ligger i Møre og Romsdal, mens resten av kommunene er spredt over andre fylker. Det mangler svar fra 37 kommuner/bydeler i Oslo for 2018, mens det i 2019 manglet svar fra 22 kommuner/bydeler i Oslo.

**Tabell 15.1 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, 2018 og 2019.**

	2018		2019		2019
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Årsverk pr. 10 000 innbygger 0-17 år (veid)
I svært liten grad	0	0	0	0	.
I liten grad	8	1	7	2	15
I noen grad	107	18	89	22	26
I stor grad	232	66	273	66	38
I svært stor grad	52	14	44	11	22
Totalt	399	100	414	100	31

Tabell 15.1 viser at 77 prosent av kommunene/bydelene i Oslo svarte at de i stor eller svært stor grad opplever at kommunen/bydelen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. I 2018 var det 80 prosent som mente dette, noe som innebærer en nedgang på tre prosent fra i fjor. Som vist i siste kolonne i tabell 15.1, er det en sammenheng mellom årsverksinnsats og hvor godt de opplever at de tilrettelegger for barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Det er en statistisk positiv sammenheng mellom fornøydhet og årsverksinnsats, kontrollert for kommunestørrelse (OR=1.88, KI= 1.005-1.033).

## 15.2 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

Det er også svært få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner. Fem kommuner har svart at de i svært liten grad har rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, mens seks kommuner har svart at de har dette i liten grad. Med ett unntak så er ikke dette de samme kommunene som svarte at de i liten grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov (se forrige avsnitt). To av kommunene har under 2000 innbyggere, fem har mellom 2000-5000 innbyggere, to har mellom 10 000-20 000 innbyggere, én har mellom 20 000-50 000 innbyggere og den siste har mer enn 50 000 innbyggere. To av kommunene ligger i Møre og Romsdal, to ligger i Finnmark og de andre er fordelt på sju fylker. Det manglet svar fra 27 kommuner/bydeler i Oslo i 2018, mens det i 2019 manglet svar fra 24 kommuner/bydeler i Oslo.

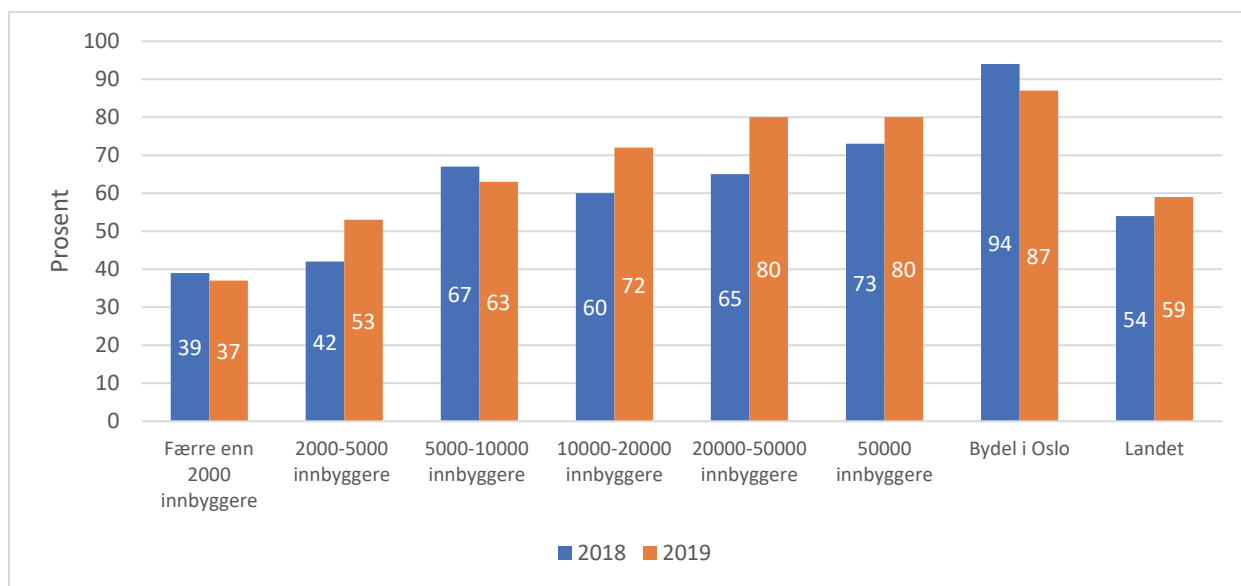
**Tabell 15.2 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2018 og 2019.**

	2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0	5	1
I liten grad	8	2	6	1
I noen grad	76	19	72	17
I stor grad	235	57	241	59
I svært stor grad	90	2	88	21
Totalt	409	100	412	100

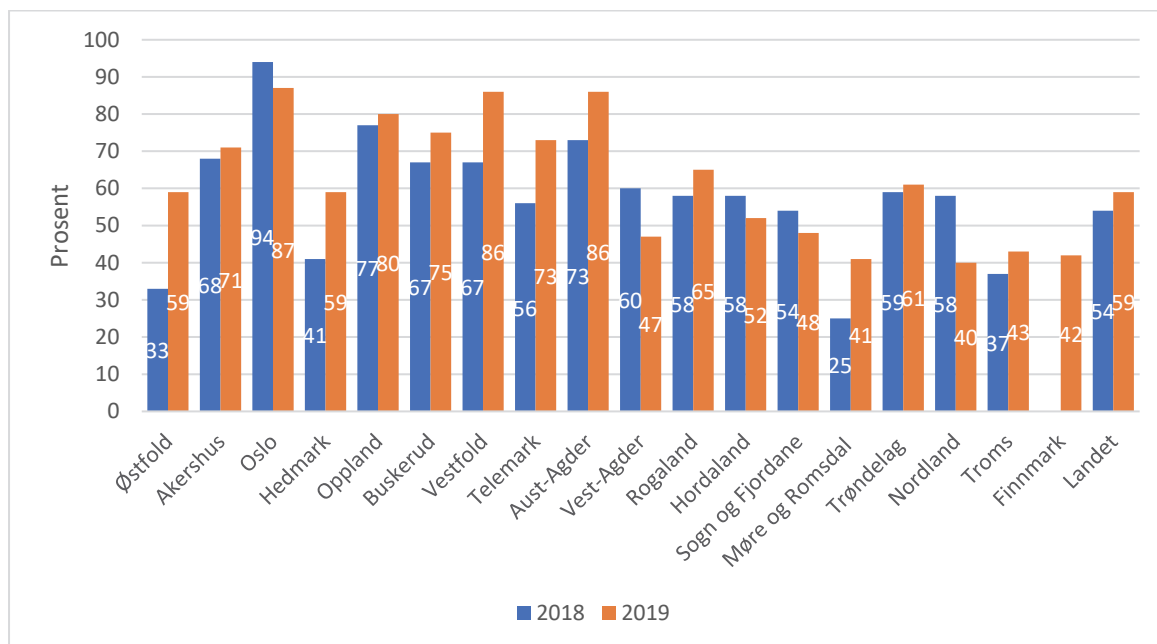
### 15.3 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

Det er 409 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet (94 prosent), og av disse er det 240 (59 prosent) som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2018 var denne andelen 54 prosent, og det er dermed marginalt flere kommuner og bydeler i Oslo som oppgir at de har en slik plan i 2019.

Vi ser videre på hvordan dette fordeler seg på kommuner av ulik størrelse og på fylke. Tallene i søylene indikerer prosentandelen for det aktuelle året, hvor året er angitt med forskjellige farger.



Figur 15.1 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, kommunistørrelse 2018 og 2019.

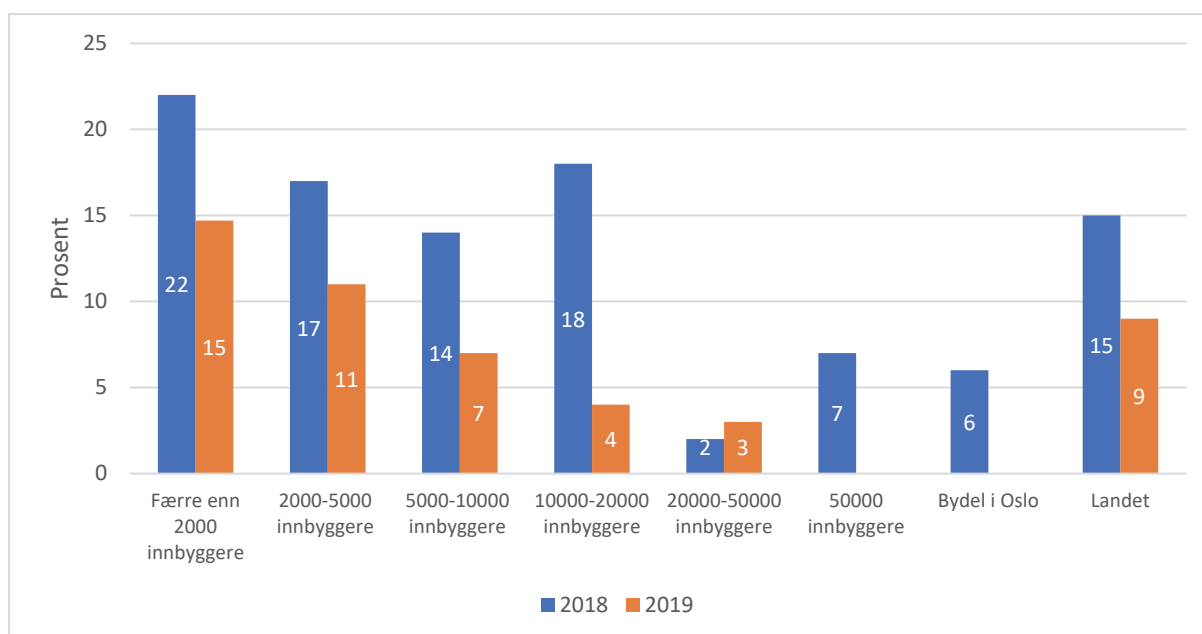


Figur 15.2 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, fylke 2018 og 2019.

#### 15.4 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

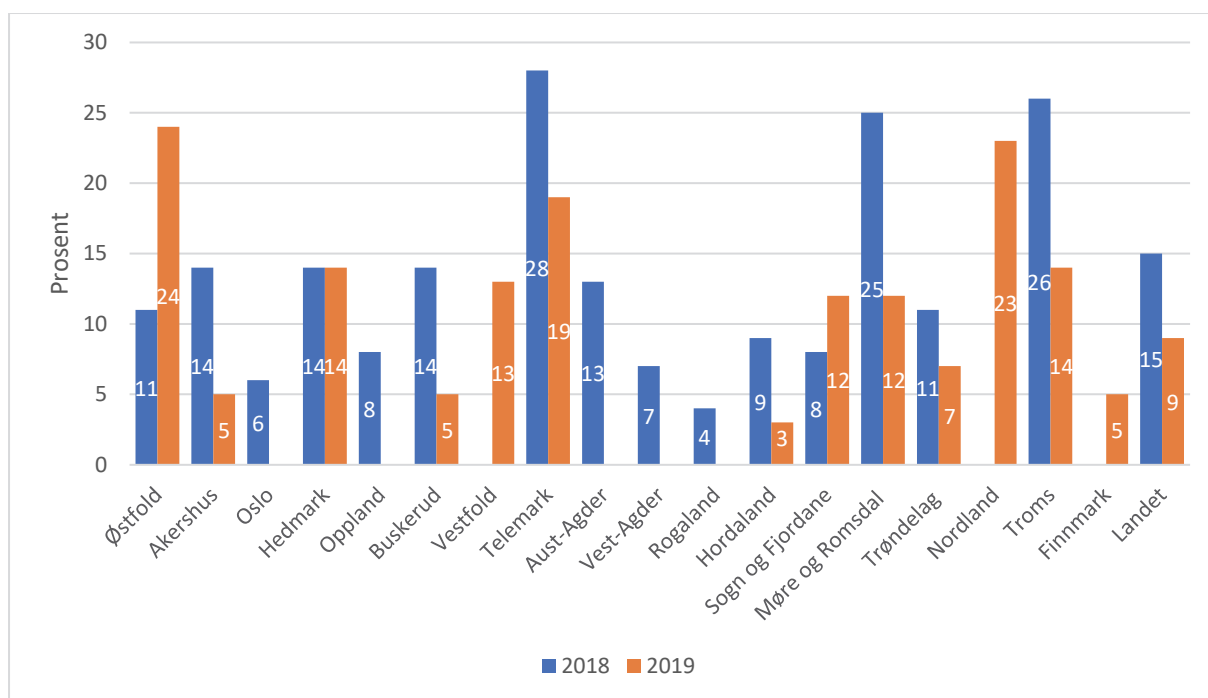
Det er 411 kommuner/bydelene som har svart på spørsmålet (94 prosent), og av disse er det 376 (91 prosent) som svarer bekreftende på at kommunens tjenester har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. I 2018 var det 15 prosent av kommunene og bydelene i Oslo som ikke hadde virksomme prosedyrer for dette. I 2019 har denne andelen sunket til 9 prosent.

Det fremkommer av figurene at flere av kommunene og bydelene i Oslo som ikke hadde prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, nå har etablert slike prosedyrer i 2019. Dette gjelder også kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. I 2019 har 100 prosent av disse kommunene og bydelene i Oslo etablert slike prosedyrer. Vi ser at i motsetning til 2018 er det i 2019 en systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og andel kommuner som ikke har etablert virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, ettersom andelen som ikke har slike prosedyrer på plass blir mindre når kommunestørrelsen øker.



Figur 15.5 Prosent av kommunene som svarer at de ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, kommunestørrelse 2019.





Figur 15 Prosent av kommunene som svarer at de ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, fylke 2019.

## 15.5 OPPSUMMERING

I 2019 svarte 77 prosent av kommunene/bydelene at de tilrettelegger i stor eller i svært stor grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. I 2018 var det 80 prosent som svarte slik, noe som innebærer at færre kommuner nå tilrettelegger for dette, sammenlignet med 2018. Resten av kommunene, med få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Det er 80 prosent av kommunene som svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage). Dette er kun en marginal endring fra 2018 (79 prosent). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksis.

I 2019 svarte 59 prosent av kommunene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2018 var andelen 54 prosent. Andelen som har en slik plan, øker tydelig med kommunistørrelse.

Vi beregner at rundt ni prosent av kommunene ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, en nedgang fra 15 prosent i 2018. Dette er typisk mindre kommuner.



## 16 OPPFØLGNING AV ELDRE

Antall eldre øker. Om 15 år vil det for første gang være flere nordmenn over 65 år enn under 19 år i Norge (Andersen 2018). Med uendret forekomst vil dette i seg selv innebære at antallet eldre med psykiske lidelser og rusproblemer øker. Samtidig er det økende forekomst av for eksempel rusproblemer i den eldre befolkningen (Bye 2012).

Flere internasjonale studier har vist at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant unge voksne enn blant eldre, men vi har begrenset kunnskap om forekomst av psykiske lidelser i ulike aldersgrupper i Norge (Reneflot, Aarø et al. 2018). Dette har å gjøre både med metodiske utfordringer når man sammenligner tall for forekomst fra ulike studier og at det er få norske prevalensstudier. Depresjon og demens er de vanligste psykiske lidelsene blant eldre, og forekommer i særlig grad blant de eldste eldre. Psykotiske symptomer og angstplager er også mer vanlig blant de aller eldste enn yngre eldre. Forekomst av psykisk plager og lidelser er lav blant unge eldre (Langballe 2011). Basert på en systematisk gjennomgang av en rekke internasjonale studier ble forekomsten av depresjon blant eldre anslått til å ligge på rundt 20 prosent, med en vesentlig høyere forekomst blant sykehjemsboere (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003). En dansk studie av insidensrater for behandlede psykiske lidelser viser at insidensen (nye tilfeller) av depresjon har en topp i tidlig 20-årsalder og avtar til rundt 60-års alderen. Insidensraten øker imidlertid i alderdommen og når en ny topp rundt 85-årsalderen (Pedersen et.al, 2014). For menn var insidensraten i 85-årsalderen høyere enn i yngre aldre.

For kvinner (og menn) var toppunktet for insidensraten for tilbakevendende depressiv lidelse like høy i alderdommen som i ung alder. Folkehelseinstituttet viser til at 1-4% av den eldre befolkningen har alvorlig depresjon og at sammenlignet med den øvrige befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon dobbelt så høy i aldersgruppen 70-85 år (Helseinformatikk 2018). Alvorlig depresjon blant de eldste eldre (75+) er i internasjonale studier anslått å ligge mellom 4,6 prosent og 9,3 prosent (Luppa et.al, 2012). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2) fant en tilnærmet lineær økning i forekomst av symptomer på depresjon over hele den voksne befolkningen, med prevalens på omkring 4% i yngste aldersgruppe (20-29 år) økende til omkring 20 prosent i eldste aldersgruppe (80-89 år) (Stordal E 2003). Analyser av data fra HUNT2 (1995-1997) og HUNT3 (2006-2008) viste en signifikant økning av depresjon i alle alderskohorter fra 76 år (på tidspunkt to), med størst økning i den eldste kohorten (86-90 år) (Solhaug et.al, 2012). Insidensen av depresjon og andelen med kronisk depresjon økte med alder og andelen med tilfriskning (med depresjon i HUNT2 og uten depresjon på i HUNT3) avtok med alder. Studier av årsaker til at forekomsten av depresjon øker blant eldre gir ikke holdepunkter for at det å bli eldre i seg selv fører til økt forekomst av depresjon, men risikofaktorer for depresjon, som komorbiditet, kronisk somatisk sykdom, lav utdanning, tap av partner, sosial isolasjon, manglende sosial støtte mv., øker med alder (Solhaug HI 2012).

Depresjon og demens har stor grad av overlappende symptomer og vil ofte kunne forveksles med hverandre, samtidig som forekomsten av depresjon er høyere blant personer med kognitiv svikt og demens (Ehrt 2015). Det kan være ulike årsaker til en slik sammenheng. Depresjon kan øke risikoen for demens eller depresjon kan være et tidlig symptom på demens (Berntzen 2015). Analyser basert på

HUNT-data fant at angst var signifikant assosiert frontallappdemens, mens depresjon var assosiert med Alzheimer (Rasmussen, Rosness et al. 2018). Prevalensen av demens i Norge er anslagsvis mellom 80 000 og 104 000 (Reneflot, Aarø et al. 2018). Mens insidensen av demens blant de yngste eldre, 60-64 år, er 3,4 pr 1000 personår er den 158 pr 1000 personår for de eldste eldre, over 95 år. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig risiko på 0,34 prosent for de yngste eldre og 16 prosent for de eldste eldre.

Ettersom nye generasjoner eldes endres drikkemønsteret blant de eldre. Eldre drikker mer enn før og har også en mer risikofylt alkoholbruk. Samtidig har mange eldre problematisk bruk av vanedannende legemidler (Lunde 2017). HUNT-data viser at alkoholkonsum og drikkefrekvens øker mest blant de eldre og at antall avholdende går kraftig ned. Det har vært en dobling av alkoholbruken blant 60-åringene de siste tiårene og hele 11 prosent av menn over 60 år og seks prosent av menn over 70 år antas å ha et problematisk alkoholbruk. Mengde, drikkehyppighet og også omfang av problematisk drikkeatferd øker med utdanningsnivå og inntekt. Men problematisk drikking har økt i alle utdanningsgrupper (Støver 2012). Økningen i alkoholforbruket blant eldre er både knyttet til en kohort-effekt (at generasjoner med høyt forbruk blir eldre) og at det generelt har skjedd en endring i holdninger til og bruk alkohol i den eldre befolkningen (Nesvåg 2017). Selv om økning i moderat alkoholforbruk ikke trenger å være negativt, så er det flere årsaker til at selv lavt alkoholkonsum er forbundet med større risiko i høy alder. For det første endres kroppens evne til å håndtere alkohol med alderen, alkohol brytes saktere ned og effekten er sterkere og varer lengre (Korus-Oslo 2011). Alkoholbruk forsterker alderdomstegn og helseplager og øker risikoen for blant annet fallskader som igjen kan ha store negative helsekonsekvenser. Eldre har ofte flere samtidige sykdommer og er storforbrukere av vanedannende legemidler. Alkohol forsterker effektene av de vanedannende legemidlene og kombinasjonsbruk øker de negative konsekvensene av alkohol (Lunde 2017). Analyser av data fra HUNT3 fant at de som drakk regelmessig brukte i mindre grad vanedannende legemidler sammenliknet med de som ikke drakk regelmessig, men at forekomst av bruk av vanedannende legemidler blant de som drakk regelmessig økte noe med økende drikkefrekvens pr. uke (Tevik 2017). På samme måte som for alkohol er eldre sårbare for bivirkninger av vanedannende medisiner. Det er også økt forekomst av rusproblemer blant eldre med psykiske lidelser (Lunde 2017).

Selvmoerdraten blant eldre menn er relativt sett høy. Raten i aldergruppen 75-84 år er høyere enn blant yngre eldre menn. Blant kvinner er det motsatt, altså høyere selvmoerdreter blant yngre eldre enn blant de i alderen 75-84 (Reneflot, Aarø et al. 2018). Psykisk sykdom, i første rekke depresjon, og alkoholmisbruk er risikofaktorer for selvmoerd blant eldre (Kjølseth 2015). Andre risikofaktorer er svekket helse og ensomhet. Ensomhet blir sett på som et av samtidens tabu (Svendsen 2006, Svendsen 2015), og defineres ofte som en subjektiv og ubehagelig opplevelse som oppstår når en persons sosiale nettverk oppleves utilstrekkelig på en eller annen måte, for eksempel ved at antallet sosiale kontakter og kvaliteten på disse er mindre enn det man skulle ønske (Peplau 1982, De Jong Gierveld and Van Tilburg 2010). Forskningslitteraturen skiller mellom ulike former for ensomhet. Ifølge Weiss (1973) kan man skille mellom emosjonell isolasjon, som er ensomhet der nær emosjonell kontakt er fraværende, og sosial isolasjon, som handler om tilgang på sosialt nettverk. Det kan også finnes positive aspekter ved ensomhet, selv om disse i stor grad har vært ignorert i forskningen. Det engelske *solitude* beskriver nettopp en positiv og frivillig ensomhet. Dette understreker det komplekse ved begrepet ensomhet. En person kan være alene uten å være ensom, og motsatt kjenne seg ensom uten å være alene. Mens frivillig ensomhet kan være en kilde til kreativitet og livskvalitet, kan ufrivillig ensomhet oppleves ødeleggende og belastende (Lunde 2016). Norske undersøkelser viser at nordmenn, og spesielt eldre kvinner, har flere venner i dag enn tidligere (Daatland and Koløen 2013). Like viktig er det å huske at

også eldre er en svært heterogen gruppe med store individuelle variasjoner i helse, funksjon og sosial omgang.

Psykiske lidelser og rusproblemer blant eldre er trolig underdiagnostisert og underbehandlet (Engedal, 2003). Det kan ha ulike årsaker. Depresjon og rusproblemer hos eldre kan være vanskelig å gjenkjenne fordi symptomene ofte er annerledes og kan maskeres av andre utfordringer, plager og sykdommer som knyttes til det å bli eldre, herunder endring i sosiale faktorer, tapsopplevelser, somatisk sykdom, funksjonstap og kognitiv svikt (Bystad, Pettersen et al. 2014). Manglende oppmerksomhet og lavt kunnskapsnivå i helse- og omsorgstjenestene om psykiske lidelser og rusproblemer blant eldre, sosial isolasjon, større grad av skam og skyldfølelse i eldre aldersgrupper, og negative holdninger og stereotypier til aldring og eldre kan også bidra til manglende avdekking og dårligere tjenestetilbud enn blant yngre.

Kommunene har et omfattende ansvar for personer med psykiske lidelser rusproblemer. Psykisk helse- og rusproblemer blant eldre har fått økt oppmerksomhet i de senere årene blant annet i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. For å styrke mulighetene den enkelte har til å mestre hverdagen, og for å gi tidlig hjelp, vil regjeringen styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk. Forebyggende hjemmebesøk vil kunne bidra til å avdekke psykiskhelse- og rusproblemer.

## 16.1 DATAGRUNNLAG

- Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre som har psykiske helseutfordringer i kommunen?
  - Beskriv her hva som evt. gjøres eller planlegges:
  - Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?
- Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre og rusmiddelproblematikk i kommunen?
  - Beskriv her hva som evt. gjøres eller planlegges:
  - Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?
- Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre med ROP-lidelser i kommunen?
  - Beskriv her hva som evt. gjøres eller planlegges:
  - Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?
- Kompetanseheving: Eldre med psykiske helseutfordringer
- Kompetanseheving: Eldre med rusproblematikk
- Kompetanseheving: Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser) -
- Kompetanseheving: Eldre utsatt for vold og overgrep

## 16.2 EGNE TILTAK RETTET MOT ELDRE I ULIKE MÅLGRUPPER

Som vist i tabell 16.1 er det flest kommuner/bydeler som oppgir at de har egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre med psykiske helseutfordringer (28 prosent), mens færre har tiltak eller tilbud rettet mot eldre med rusproblematikk (17 prosent) og eldre med ROP-lidelser (16 prosent).

Tabell 16.1 Kommunes/bydelens svar på om de har etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre med ulike utfordringer. 2019

	Eldre som har psykiske helseutfordringer		Eldre med rusmiddelproblematikk		Eldre med ROP-lidelser	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	122	28	76	17	69	16
Nei	262	60	312	72	319	73
Under planlegging	34	8	27	6	20	5
Ikke svart	18	4	21	5	28	6
Totalt	436	100	436	100	436	100

## 16.3 TILBUD OG TILTAK RETTET MOT MÅLGRUPPENE

I det følgende ser vi på hva kommunene har beskrevet som tiltak og tilbud de har i dag rettet mot de ulike målgruppene.

### ELDRE SOM HAR PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER

Det er 94 kommuner som beskriver hvilke tiltak/tilbud de har rettet mot eldre som har psykiske helseutfordringer.

Mange nevner ulike dagsentertilbud, lavterskeltilbud eller egne møteplasser eller kafeer for eldre. Flere nevner "Takk bare bra" kurs eller andre depresjonsmestringskurs for eldre med depresjon mens noen har egne psykiatriske avdelinger i sykehjemstjenesten. Noen har egne stillinger knyttet til alderspsykiatri, og noen har egne psykologer eller eldreteam som arbeider med eldre. FACT for eldre nevnes av en kommune, mens andre nevner at frisklivssentralen har egne prosjekter for eldre med psykiske helseutfordringer. Noen nevner også frivillighetssentralen som har noen tilbud.

Noen nevner sosialrådgivere på seniorsentrene, og ulike aktivitetstilbud for mennesker med demensproblematikk av ulike grader, eller samtalegrupper/gruppetilbud knyttet til mestring. En kommune svarer at de har livsglede sykehjem, mens andre planlegger nye sykehjem med egne avdelinger.

En kommune beskriver for eksempel tilbudet sitt slik:

*Vi har et lavterskeltilbud i form av en kafe som er ope for alle. Diverse tilbud som f.eks turgrupper, maling, hagearbeid og strikking.*

### ELDRE MED RUSMIDDELPROBLEMATIKK

Det er 56 kommuner som beskriver hvilke tiltak/tilbud de har rettet mot eldre som har psykiske helseutfordringer.

Mye av de samme tilbudene går igjen som for målgruppen med psykiske helseutfordringer. Det er aktivitetstilbud, dagtilbud, møteplasser og mulighet for samtaleterapi og individuell oppfølging. En kommune har egne sykehjemsavdelinger for ruskskadde, mens en annen kommune har opprettet en egen sengepost:

*For opprettet en sengepost ved kommunens sykehjem i 2016 - Himmelblå. Denne er for personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som trenger omsorg, stell, mat og hygiene en periode, og som ikke har er i målgruppa for spesialisthelsetjenesten på dette tidspunktet.*

En kommune beskriver at de har forebyggende hjemmebesøk med innbyggere over 80 år:

*Forebyggende hjemmebesøk til eldre 80 år i hjemmet tar opp dette med rusmiddelbruk. Det blir også arrangert samlinger for 75 åringer årlig med samme problematikk på dagsorden sammen med de andre sjekkpunkter gjeldende for forebyggende hjemmebesøk. Ensomhet og aktivitet, falltendens og snublefare, brannvern, hjelpemidler, bostøtte, endring i funksjon og helse mm.*

En kommune beskriver at denne gruppen får samme tilbud som andre, men at det nå brukes mer tid på denne målgruppen fordi den øker.

En kommune har oppsøkende ruskonsulent for eldre, mens en annen har etablert helsestasjon for eldre med spesielt fokus på alkohol, narkotika og legemidler. En annen kommune har følgende tilbud:

*Sykepleier på hjul - et tilbud i hjemmet for mennesker med langvarig alkoholproblematikk*

Andre beskriver ulike prosjekter og piloter/utprøvinger som er spesielt innrettet mot målgruppen uten at det kommer frem direkte hva de gjør eller planlegger å gjøre.

## ELDRE MED ROP-LIDELSER

---

Det er 51 kommuner/bydeler som beskriver hvilke tiltak/tilbud de har rettet mot eldre med ROP-lidelser. Mye av det samme som for de to andre målgruppene gjentas eller henvises til.

Noen kommuner har egne ROP-team, ROP boliger eller FACT-team som dekker alle aldersgrupper. Andre oppgir at de har de samme tilbudene til denne gruppen som for de to andre målgruppene. Ruskonsulentene kan også ha oppgaver som eldre med ROP-lidelser kan benytte:

*Ruskonsulent jobber målrettet for økt livskvalitet gjennom en praktisk tilnærming. Rydding av bolig, kjøring av søppel, følge til timeavtaler, eller hjelp til innkjøp er alle tiltak som rettes mot denne gruppen for å øke livskvalitet.*

En annen kommune beskriver tilbudet slik:

*Vi har egen sykehjemsavdeling for pasienter med psykiske helseutfordringer og/eller rusmiddelproblemer. 12 langtidsplasser og 6 korttidsplasser. Videre har denne brukergruppen tilbud om "Grønn Omsorg" en dag i uken.*

## 16.4 HVILKE ANDRE TILTAK ER DET BEHOV FOR?

I det følgende går vi gjennom hva kommunene har svart på hvilke andre tiltak det er behov for rettet mot målgruppene.

### ELDRE SOM HAR PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER

---

Det er 123 kommuner som har svart på hvilke andre tiltak det er behov for.

Flere nevner boligbehov:

*I noen år har det vært tema at kommunen burde ha et eget heldøgns tilbud for eldre med rus- og/eller psykisk helseproblematikk.*

Mange nevner dagtilbud og treffsteder med lav terskel for deltakelse:

*Et uformelt treffsted for eldre der noen har til oppgave å hjelpe nye inn - introdusere de, følge i starten, så det er lett å være ny.*

Mange kommuner sier at de ikke ser behov for å gi egne tjenester til eldre med psykiske helseutfordringer:

*Alle, uansett alder, blir vurdert individuelt. Og får det tilbudet de måtte ha behov for.*

*Blir for spesifikt med tilbud kun for eldre innenfor dette feltet pr i dag.*

*De er inkludert i kommunens øvrige tilbud*

Andre foreslår konkrete tiltak knyttet til informasjon og psykoedukasjon for eldre, aktivitetsvenn, sosiale sammenkomster og ulike aktiviteter. En kommune skriver følgende:

*Behov for Faglig Veiledning og Samordning ved sammensatte utfordringer slik som depresjon og demens, ivaretagelse av pårørende hvor eldre har diagnose som kan sammenstilles mot psykiske lidelser. Ivaretagelse av eldre som ikke har diagnoser, men som det er på det rene at disse er syke og videre oppfølging av deres pårørende.*

*Bli bedre på å kartlegge psykiske helse- og rusutfordringer blant eldre innbyggere, for å etablere hensiktsmessige tilbud.*

Andre tenker at det bør være egne ansatte i psykisk helse og rus som arbeider mot eldre:

*Dedikere ansatte i psykisk helse og rus som jobber mot eldre. På grunn av øvrig organisering med flere institusjoner og flere soner for hjemmesykepleie, bør dette inngå som en del av den ordinære tjenesteytingen i omsorgstjenesten spisset av psykisk helse og rus ved behov som før.*

*Eget arbeidslag til eldre med psykiske helse og rusproblemer ønsket etablert.*

Kommuner med tjenester som samarbeider godt, har kanskje mindre behov for å utvikle tjenestene mot denne målgruppa:

*Det burde kanskje etableres et felles møte for hjemmesykepleie, sjuke/aldersheim og psykisk helsetjeneste. Det skal sies at vi har tildelingsmøter en gang i uka hvor alle saker blir tatt opp,*



*så det er et fora hvor dette kan tas opp. Det er godt samarbeid mellom de tre overnevnte tjenesten, så vi får raskt satt i gang hjelp til eldre når det er behov for det.*

Noen nevner at det trengs kompetanseheving:

*Eldre med psykiske helseutfordringer får tjenester først og fremst fra hjemmetjenestene og fastlegene. Kompetanseheving (personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid) i hjemmetjenestene er et aktuelt tiltak som er drøftet/ønsket.*

*Er dekket innan dei ordinære tilboda. Vi manglar kompetanse på alderspsykiatri.*

*Vi tenker at vi burde ha kompetanseheving på alderspsykiatri, og etablere eit nærare samarbeid med lege og institusjon.*

Noen svar som oppsummerer mye av det de andre sier:

*Aktivitets- og dagtilbud for einsame eldre som utviklar angst og depresjon i si einsomheit. Aldersom byr på ein krevjande fase av livet med fleire funksjonstap og endringar i nettverk pgs av alder, sjukdom, endringar i butilhøve, og bortgong av viktige støttepersonar/vener/ektefeller som gjer dei ekstra sårbare. Dei treng å treffe andre menneske, ha meningsfylte dagar, dele måltid og gode opplevingar/stunder.*

*Implementering av besøksvenn, tiltak for å redusere ensomhet, bedre samhandling mellom omsorgstjeneste og rus- og psykiatritjenesten, kompetanseheving.*

I små kommuner vil det være vanskelig å ha egne tilbud til målgruppen:

*Liten kommune, hvor behov for egne tiltak overfor eldre ikke har vært aktuelt. Bruker eksisterende tilbud for eldre.*

Flere kommuner nevner også at de ønsker også å gjøre en strukturert kartlegging for å få mer kunnskap om målgruppen.

## ELDRE MED RUSMIDDELPROBLEMATIKK

---

Det er 119 kommuner har svart og mange svarer det samme som for eldre med psykiske helseutfordringer. Både at alle innbyggere, uansett alder, får oppfølging etter behov og at det ikke er behov for et eget tilbud. Andre nevner dagtilbud og aktivitetstilbud.

Noen tenker at bofellesskap kan være hensiktsmessig:

*Bofellesskap med oppfølging ville vært hensiktsmessig for en del av disse personene.*

*Vi anser behov for bofellesskap for denne målgruppen - interkommunalt eller kommunalt.*

Boligtilbud til nåværende LAR-brukere nevnes av en kommune:

*Mennesker i LAR vert eldre og kan by på ein del utfordringar den dagen dei har behov for heildøgnsomsorg. Dei i aktiv rus, som ikkje kan bu saman med andre eldre utan at det vert ei belastning for dei andre, bør følgjast opp av kompetent personell på egna stad.*

En kommune foreslår følgende:

*Det burde være en dedikert person som hadde fokus på dette og drev med kompetanseøkning av øvrig personell i hjemmetjenesten. Videre burde dette være tema i en mestringsenhet eller frisklivssentral med åpne møter rundt emnet.*

Andre mener det er behov for nye vurderinger:

*Det bør vurderes hvordan eldre med alvorlig rusproblematikk og psykiske lidelser, som ikke er i stand til å bo i egen bolig, best skal ivaretas.*

I små kommuner er det gjerne ruskonsulent som har oppgaver rettet mot målgruppen:

*Det er en liten kommune hos oss. Ruskonsulent følger individuelt opp alle som har behov, men det er krevende å få til gruppe/aktivitetstilbud til akkurat denne gruppen.*

Andre har vurdert tiltak til målgruppen:

*Dette er vurdert som et tiltak under det overordnede planverket for å bedre Eldres psykiske helse og selvmordsforebygging.*

Noen av kommunene som er i sammenslåingsprosess nevner at behov for tjenester og tiltak til denne målgruppen diskuteres i prosessen.

Andre foreslår egne team:

*Eit eget team som jobbar med eldre innen rus og psykisk helse. Forebygging, evt på Eldredagen snakke om alkohol og alkoholvaner, men det bør vere eit eget team som jobbar med dette fagfeltet.*

*Felles arbeidslag rus/psyk til eldre med psykisk og rusproblematikk ønskes etablert.*

Andre mener det er behov for større fokus på denne pasientgruppen og at flere vil komme inn i eldreomsorgen i de neste årene.

En kommune foreslår eldrekontroller på faste årskull hvor problemstillinger knyttet til psykisk helse og rus tas opp og gir grunnlag for evt. videre oppfølging. Noen foreslår at fastlegene må inkluderes:

*Treffsted så eldre ikke trenger å sitte alene (antas at ensomhet kan ligge bak bruk av rusmidler). Tema til fastleger, som kan identifisere hvem det gjelder.*

*Økt oppmerksomhet fra fastlege og andre som naturlig møter eldregruppen, for eksempel mer forbyggende arbeid og informasjon.*

Relatert til dette, er det andre som nevner bruk av legemidler:

*Ved behov burde eksisterende tilbud kunne brukes for denne gruppa også. Mer kritisk blikk på bruk av legemidler.*

Mens en annen kommune foreslår helsestasjon for eldre:

*Helsestasjon for eldre kan være et godt tiltak for å få en oversikt over utfordringsbildet. Meningsfylte dag- og aktivitetstilbud kan være et forebyggende tiltak, - ivaretagelse av den somatiske helsen kan være et annet relevante område å fokusere på.*

Generelt er det mange små kommuner som også her svarer at de har tilfredsstillende tilbud til målgruppen og at de stort sett har oversikt over befolkningens behov.

#### ELDRE MED ROP-LIDELSER

---

Det er 115 har svart på hvilke tiltak eldre med ROP-lidelser har behov for. Det mest vanlige svaret går i følgende retning:

*Alle som har et hjelpebehov, kan søke om helse- og omsorgstjenester (folk er folk). Vi ser ikke noe behov for å lage en særordning rundt dette.*

Andre nevner boligsituasjonen for målgruppen:

*Behov for robustbustader med ambulansetilsyn.*

*Bo oppfølging, fokus på den somatiske helsen kan også være aktuelt her.*

*Bofellesskap/egen ambulerende tjenester med personell med etterutdanning innen geriatri og psykisk helse/rus.*

*Bolig med personalbase*

*Det burde være etablert døgnplasser for denne gruppen som ivaretar helhetlig omsorg og behandling.*

*Det bør planlegges for egne sykehjemsplasser/omsorgsboliger*

*Egen ROP boliger med både rus, psykisk helse og somatikk kompetanse*

Mens andre sier det er behov for dagtilbud, aktivitetstilbud og lavterskel treffsteder.

Egne team foreslås også for denne gruppen:

*Det burde etablerast eit team som jobba med eldre med ROP lidelser. Eldre, psykisk helse og rus er eit eige fagfelt. Kompetanseheving, satsingsområde, videreutdanne helsepersonell i kommunen i alderspsykiatri.*

Små kommuner peker på behov for kompetanseheving, men at de har få pasienter i brukergruppen slik at det er vanskelig å etablere egne tilbud. Men flere ser behov for å vurdere behovene i målgruppen:

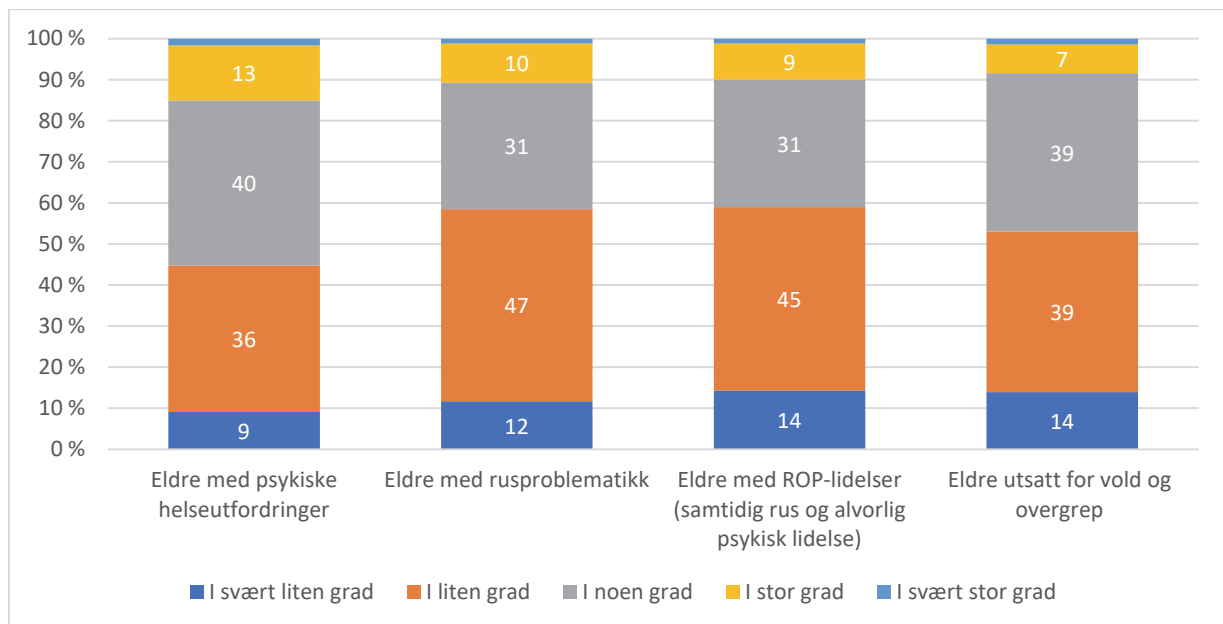
*Svært få ROP pasienter i kommunen i dag, behovet har ikke vært synlig. Det er likevel et tema som kommunen bør ta opp til drøfting i det etablerte tverrfaglige rusteam.*

En kommune oppsummerer greit hvorfor slike tilbud er urealistisk å utvikle i små kommuner:

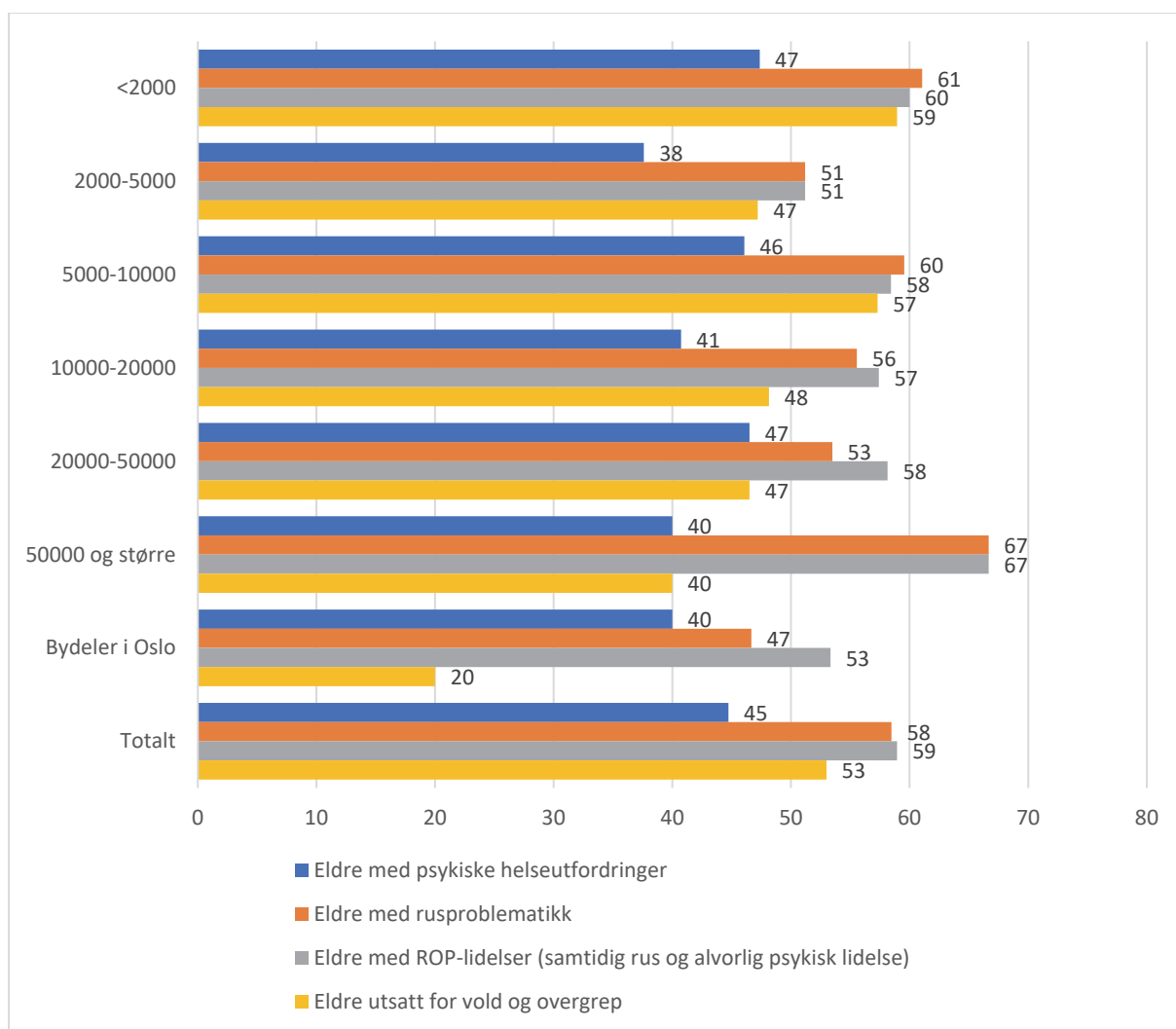
*Går under vanlig rusarbeid og oppfølging. Kommunen har for få innbyggere til at det kan opprettes egne tiltak for alle kategorier. Da hadde det vært flere ansatte enn pasienter i tjenestene.*

## 16.5 KOMPETANSEHEVING

Vi har også spurt om i hvilken grad kommunene har satset på kompetanseheving når det gjelder de ulike målgruppene. Som vist i figur 16.2 er det relativt få kommuner som svarer at de i stor grad har satset på kompetanseheving når det gjelder disse målgruppene. Det kan være mange grunner til at dette ikke har vært områder det har vært satset på, blant annet at det ikke er behov for denne kompetansen fordi de ikke har noen brukere i målgruppene. Vi ser nærmere på dem som svarer i svært liten grad, og i liten grad, og fordeler de etter kommunestørrelse (figur 16.2) og fylke (figur 16.3).



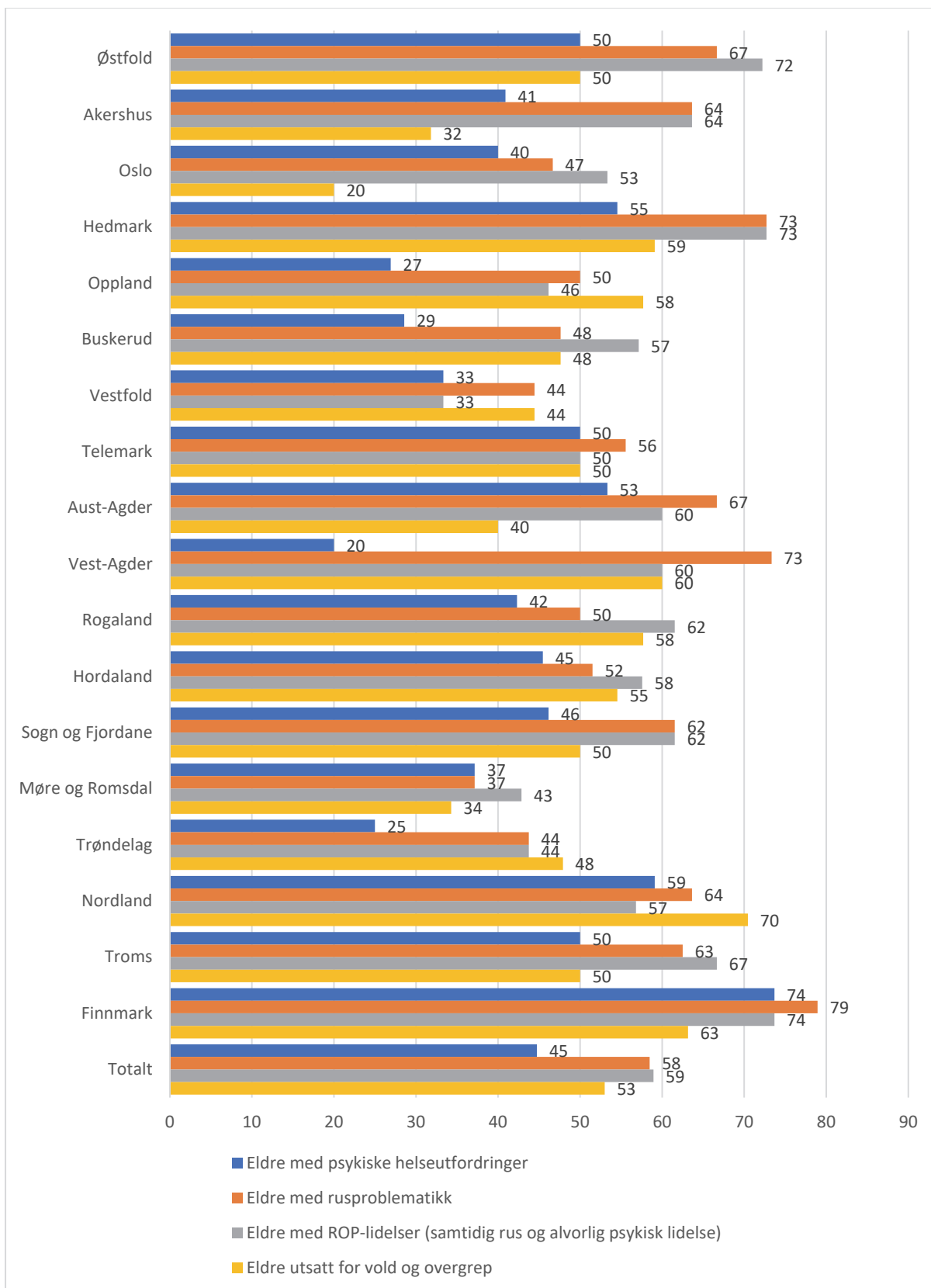
**Figur 16.1** Svarfordeling på spørsmål om i hvilken grad kommunen har satset på kompetanseheving når det gjelder de ulike målgruppene. 2019.



**Figur 16.2** Prosent av kommunene som svarer at kommunen i liten eller svært liten grad har satset på kompetanseheving når det gjelder de ulike målgruppene. Kommunestørrelse, 2019.

Som vist i figur 16.2 er det ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse med unntak av kompetanse på eldre utsatt for vold og overgrep, der bydelene i Oslo i større grad enn andre kommuner har bygget opp kompetanse.

Fra figur 16.3 ser det særlig ut som en del kommuner i Trøndelag og i Vest-Agder har bygget opp kompetanse på eldre med psykiske helseutfordringer, mens kommunene i Møre og Romsdal ser ut til å ligge best an når det gjelder eldre med ruslidelser.



**Figur 16.3** Prosent av kommunene som svarer at kommunen i liten eller svært liten grad har satset på kompetanseheving når det gjelder de ulike målgruppene. Fylke, 2019.

## 16.6 OPPSUMMERING

Eldre med psykisk helseutfordringer og/eller med rusproblematikk, blir viktige målgrupper for kommunene i årene fremover. Dette er en brukergruppe som sannsynligvis både er underdiagnostisert og underbehandlet. Symptombildet blant eldre er atypisk og eldre er mer sårbar for selv moderat rusmiddelbruk. Det er behov for mer kunnskap og kompetanse i de kommunale tjenestene om psykiske lidelser og rusproblemer blant eldre. Det er trolig også behov for mer informasjon til de eldre selv og deres pårørende. I 2019 er det 16-28 prosent som har egne tiltak eller tjenester rettet mot målgruppene. Det er i tillegg 5-8 prosent av kommunene som har tiltak under planlegging. Tiltak kommunene ikke har i dag, men som de ser det er behov for, inkluderer egne botiltak, aktivitetstilbud, dagsentertilbud, møteplasser med lav terskel for deltakelse, egne team med kompetanse på psykisk helse og rus blant eldre. Det er over halvparten av kommunene som svarer at de i liten grad har satset på kompetanseheving for målgruppene, inkludert eldre utsatt for vold og overgrep.





## 17 PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

Helsedirektoratet har behov for mer kunnskap om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ivaretar pårørende. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Når det gjelder barn som pårørende, er helsepersonells plikt hjemlet i § 10 a:

§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov. Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søskenet. Tredje ledd bokstav b og c gjelder tilsvarende.

BrukerPlan har opplysning om mottakere av kommunale tjenester med omsorg eller samvær med barn. For tjenestemottakere med rusproblemer i 2018 viser BrukerPlan at av de 23 762 mottakerne med rusproblemer er det 4 689 som har barn, noe utgjør en andel på 20 prosent. I BrukerPlan blir det registrert antall mottakere og antall barn som mottakeren enten har omsorg for, samvær med eller ingen kontakt med. Enkelte mottakere har en kombinasjon av disse, for eksempel ved at en mottaker

har omsorg for et barn og samvær med et annet barn. Totalt var det 7417 barn registrert i 2018. Av disse var det 1 780 barn som mottakeren selv hadde omsorg for, 4 079 barn som hadde samvær med mottakere og 2 003 barn som ikke hadde kontakt med mottakeren. Om lag 50 prosent av mottakere med omsorg for barn, bor også med partner. Mottakere med omsorg eller samvær med barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet av alle mottakere med rusproblemer, dette gjelder særlig mottakere med omsorg for barn. Av mottakere med omsorg for barn var det 38 prosent som hadde en særs dårlig levekårsindeks (rød/blålys). Dette er en økning fra 2017, der den tilsvarende andelen var på 28 prosent.

Blant mottakere som er rød eller blålys på levekårsindeksen er det 1412 mottakere som har omsorg for eller samvær med barn. Av disse har 756 barnevernstjeneste, mens 484 har ikke det, noe som innebærer at om lag halvparten av disse mottakerne ikke har tilgang til barnevernstjenester. BrukerPlan viser også at av de 23 206 mottakerne med rusproblemer, er det registrert 69 gravide mottakere. 26 prosent av disse har rød eller blålys levekårsindeks. Av de 69 gravide er det 38 prosent som mottok barnevernstjenester. En tredjedel av de gravide mottakerne med rusproblemer er utsatt for vold.

BrukerPlan viser videre av de 35 463 mottakerne med psykiske helseproblemer i 2018, er det 8429 som har barn under 18 år, noe som utgjør en andel på 23 prosent. Totalt er det 13 118 barn registrert på mottakere med psykiske helseproblemer og rusproblemer i 2018, noe som tilsvarer en nedgang på 8 prosent fra 2017. Av disse er det om lag 10 000 barn som mottakeren selv hadde omsorg for, 3 054 barn som har samvær med mottakeren og 694 barn som ikke har kontakt med mottakeren. Om lag 50 prosent av mottakere med omsorg for barn, bor også med partner. Andelen med psykiske problemer som har omsorg for barn er på 78 prosent, noe som er mye større enn blant mottakere med rusproblemer, hvor andelen mottakere med omsorg er fem prosent.

Mottakere med omsorg for eller samvær med barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet for alle mottakere med psykiske helseproblemer. I 2018 hadde 18 prosent av mottakere med omsorg for barn enten rød eller blålys levekårsindeks mot 23 prosent for alle mottakere med psykisk helseproblem. Mottakere med samvær eller ingen kontakt med barn har imidlertid dårligere skår på levekårsindeksen. I disse to gruppene er det henholdsvis 30 og 45 prosent med rød eller blålys levekårsindeks. Blant mottakere som er rød eller blålys på samlet vurdering er det 886 mottakere som har omsorg for barn og 553 mottakere som har samvær med barn. Flertallet av disse har ikke barnevernstjenester.

Flere kommuner i datamaterialet for IS-24/8 nevner hvert år at funn fra BrukerPlan har gjort at de har fått satt fokus på barn som pårørende. Noen oppgir at BrukerPlan viste at det var flere barn som pårørende enn tjenesten hadde kjennskap til, og at de derfor har satt inn mer ressurser for å opparbeide bedre kompetanse på barn som pårørende.

## 17.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er tatt med i årets kartlegging:

- Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?
- Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?
- Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som f.eks. et familiesenter, familiekoordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjenestene, eller liknende?
- I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune?
- Hvilke tiltak/tjenester har dere for barn som pårørende og søsken under 18 år?
- Samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende?

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Voksne med rusmiddelproblemer
- Voksne som har tatt overdose
- Voksne med psykiske vansker/lidelser
- Voksne som har begått selvmord
- Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Barn og unge med selvskadings-problematikk
- Unge med rusmiddelproblemer

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Foresatte med rusmiddelproblemer
- Foresatte som har tatt overdose
- Foresatte med psykiske vansker/lidelser
- Foresatte som har begått selvmord

## 17.2 RUTINER, DOKUMENTASJON OG OPPFØLGING

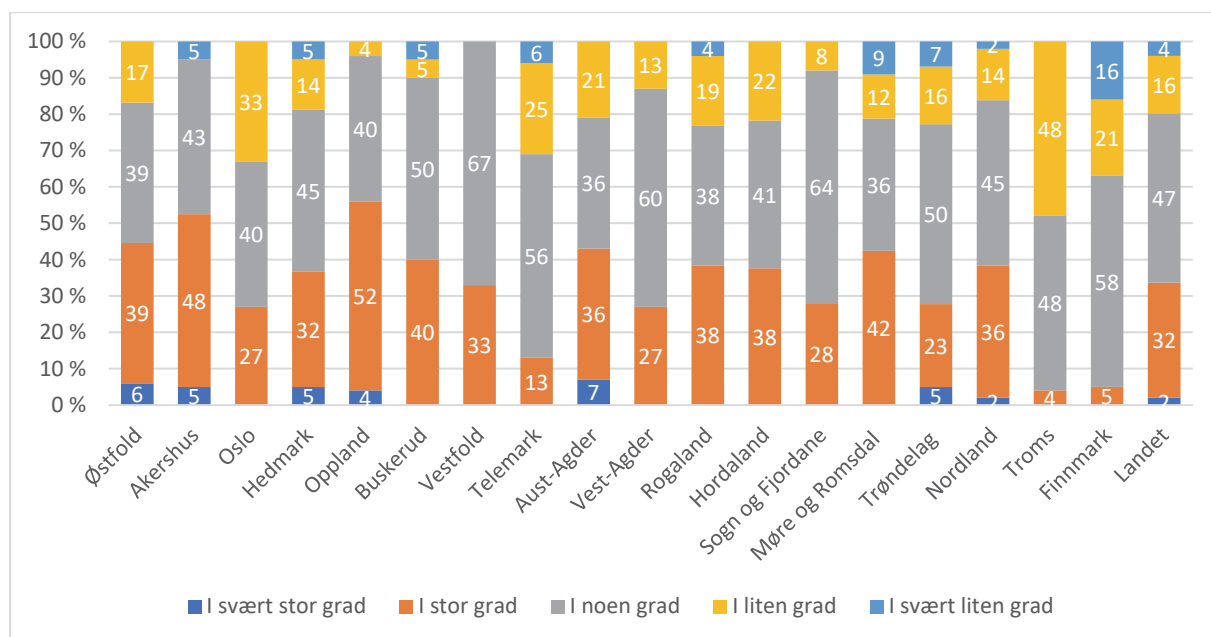
Som vist i tabell 17.1. er det 80 prosent av kommunene som svarer at de har rutiner for å dokumentere barn som er pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Videre ser vi ut ifra tabellene at 70 prosent av kommunene har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale- helse og omsorgstjenestene om oppfølging av barn som pårørende. Når det kommer til spørsmålet om kommunen har tillagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, familiekoordinator, personell i voksentjenestene eller lignende, ser vi at ca. halvparten av kommunene har gjort dette.

Vi ser videre at 34 prosent av kommunene har i svært stor grad eller i stor grad systematisk oppfølging av barn som pårørende, mens 20 prosent svarer at de i svært liten eller liten grad har slik systematisk oppfølging. Majoriteten av kommunene svarer at dette er noe de har i noen grad, med en andel på 47 prosent. 58 prosent av kommunene svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende, og 10 prosent svarer at et slikt samarbeid er under planlegging. Mellom 94 og 96 prosent av kommunene og bydelene svarer på spørsmålene som presenteres i tabell 17.1.

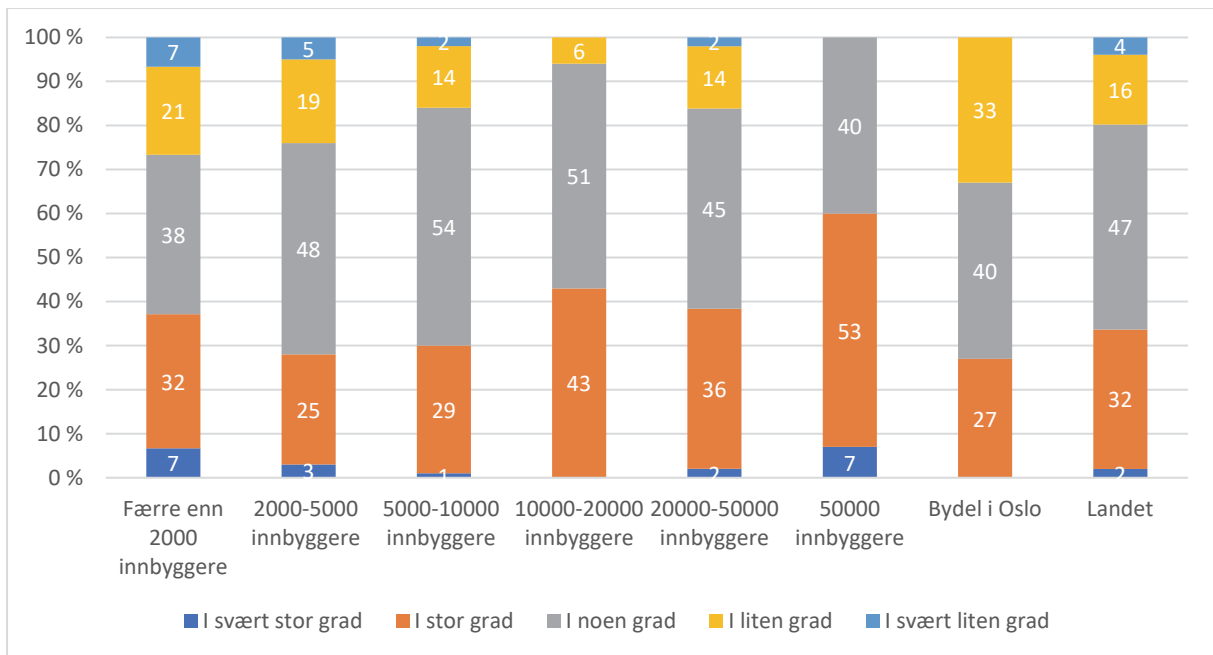
**Tabell 17.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har rutiner, dokumentasjon og oppfølging for pårørende og samhandling mellom kommunen og andre kommunale helse- og omsorgstjenesten. 2019**

	Ja	Nei	Vet ikke	Under planlegging	Antall kommuner
Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?	80	20	0	0	413
Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?	70	30	0	0	414
Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som f.eks. et familiesenter, familiekordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjenestene, eller liknende?	49	51	0	0	419
Samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende?	58	32	10	0	416

Figurene 17.1 og 17.2 viser hvordan kommunene har svart på kommunestørrelsesnivå og fylkesnivå på spørsmål om i hvilken grad de har systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune. Figuren for fylkesnivå viser at spesielt Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark oppgir at de i liten grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommuner, mens Østfold, Akershus og Oppland er de fylkene hvor det er størst grad av systematisk oppfølging. Figuren som skiller på kommunestørrelse, viser at det er de største kommunene som i størst grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommuner. Vi ser at på landsbasis oppgir 34 prosent av kommunene at de i stor grad eller i svært stor grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune, 47 prosent har dette i noen grad, mens 20 prosent oppgir systematisk oppfølging i liten eller svært liten grad.



**Figur 17.1 I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune. Fylke, år 2019.**



Figur 17.2 I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune? Kommunestørrelse, år 2019.

### 17.3 VOKSNE PÅRØRENDE

Her presenteres tallene for oppfølging av pårørende for 2019 i tabellform. Tallene viser at den store majoriteten av kommunene svarer at de har et middels eller godt tilbud, se tabell 17.2. Det er 37 prosent av kommunene som svarer at de ikke har erfaring med voksne som har tatt overdose, og 14 prosent som svarer at de ikke har erfaring med voksne som har begått selvmord. 12 prosent svarer at de ikke har erfaring med unge med rusmiddelproblemer. Dette trenger ikke å bety at dette ikke har forekommet i kommunen, men at det er andre deler av tjenestene som tar seg av slike hendelser, for eksempel fastlegen. Som tidligere nevnt kan det være svært ulikt hva kommunene legger i de ulike svaralternativene (særlig svært godt, godt og middels). Veldig få kommuner svarer at de har et dårlig eller et svært dårlig tilbud til voksne pårørende for de forskjellige brukergruppene. Tallene fremkommer også i de to neste figurene. Antall kommuner eller bydeler i Oslo som har svart på spørsmålene varierer fra 93 til 95 prosent.

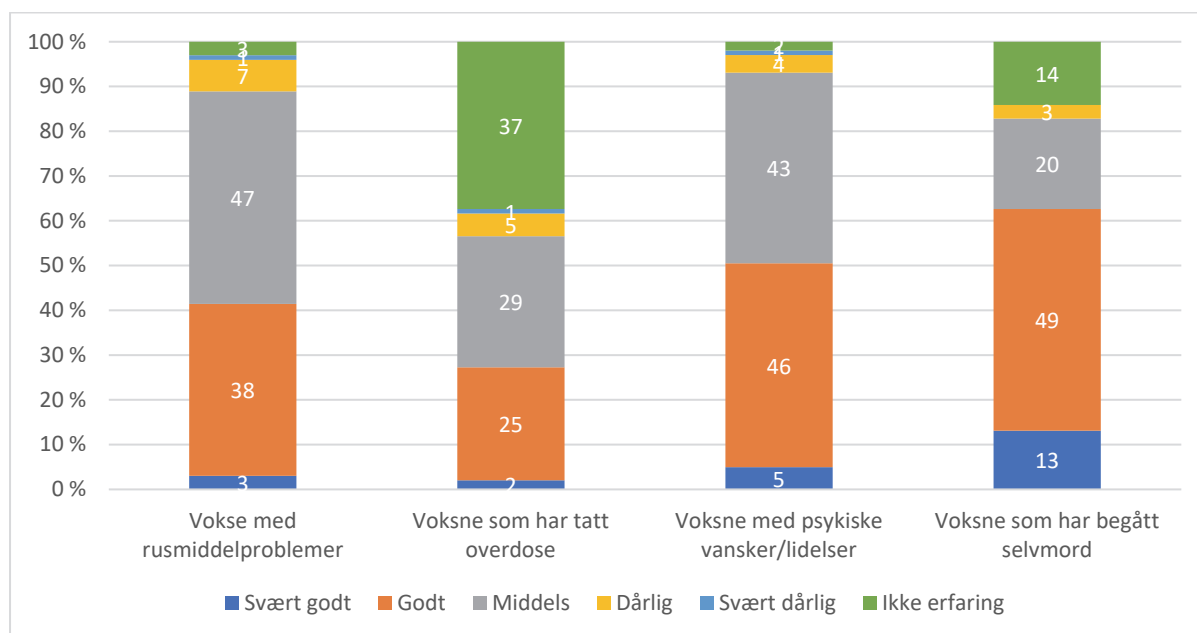
Tabell 17.2 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019.

	Voksne som pårørende for:			
	Voksne med rusmiddelproblemer	Voksne som har tatt overdose	Voksne med psykiske vansker/lidelser	Voksne som har begått selvmord
Svært godt	3	2	5	13
Godt	38	25	46	49
Middels	47	29	43	20
Dårlig	7	5	4	3
Svært dårlig	1	1	1	1
Ikke erfaring	3	37	2	14
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner	415	412	413	413

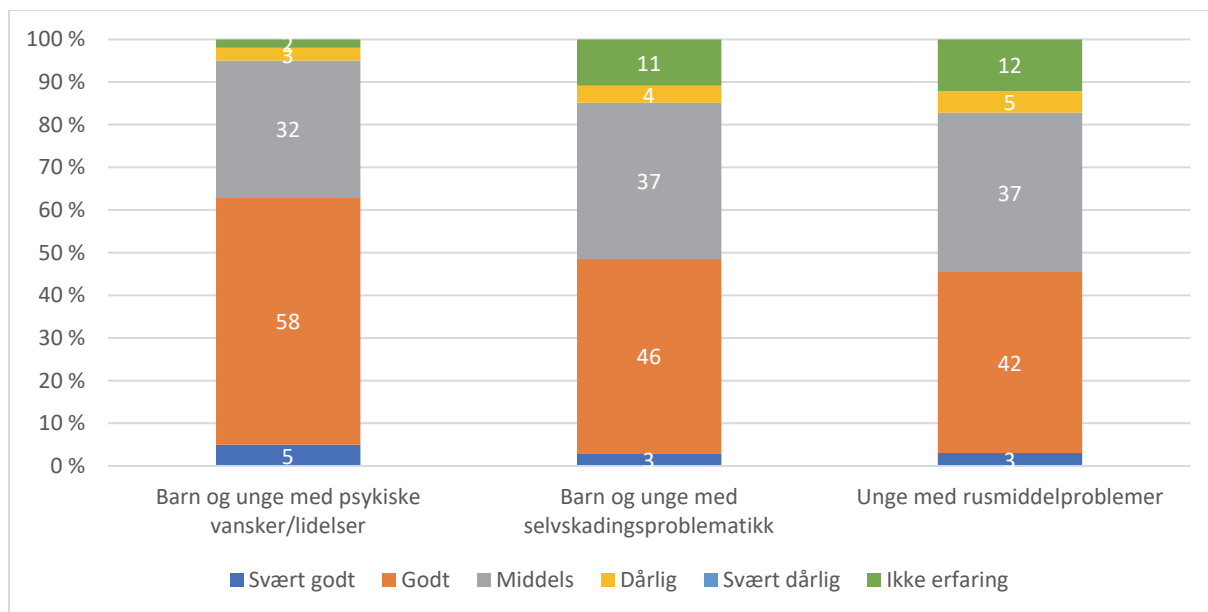
Tabell 17.3 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019.

	Voksne som pårørende for		
	Barn og unge med psykiske vansker/lidelser	Barn og unge med selvskadingsproblematikk	Unge med rusmiddelproblemer
Svært godt	5	3	3
Godt	58	46	42
Middels	32	37	37
Dårlig	3	4	5
Svært dårlig	0	0	0
Ikke erfaring	2	11	12
Totalt	100	100	100
Antall kommuner	411	409	409

Her presenteres tallene fra de foregående tabellene som figurer. Som vist i figurene 17.3 og 17.4, er det variasjon i hvordan kommunene mener de ivaretar oppfølging av voksne pårørende. Flest kommuner mener de har et godt eller svært godt tilbud til voksne pårørende etter selvmord, og færrest mener de har et godt tilbud til voksne pårørende etter overdose.



Figur 17.3 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018 og 2019.



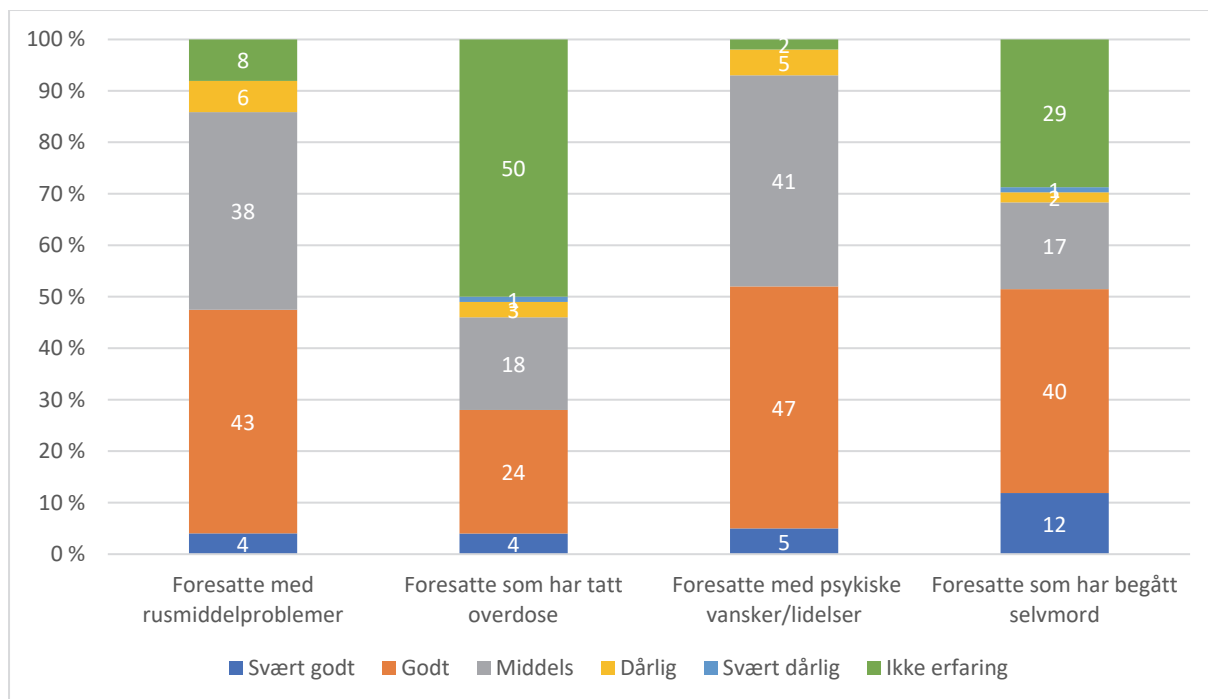
Figur 17.4 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018 og 2019.

#### 17.4 BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE

Svarfordelingen er svært lik når det gjelder barn og unge som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer og voksne med psykiske vansker/lidelser. På tvers av brukergruppene er det 4-12 prosent som svarer at de har et svært godt tilbud, mens 25-58 prosent svarer at de har et godt tilbud. Det er få som svarer at de har et svært dårlig tilbud, men 2-7 prosent som svarer at de har et dårlig tilbud. Alle kommuner har ikke erfaringer med alt, og 50 prosent av kommunene har ikke erfaring med overdose, og 29 prosent har ikke erfaring med selvmord. Mellom 94 og 95 prosent av kommunene og bydelene i Oslo har svart på disse spørsmålene.

Tabell 17.4 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukere, 2019.

	Foresatte med rusmiddelproblemer	Foresatte som har tatt overdose	Foresatte med psykiske vansker/lidelser	Foresatte som har begått selvmord
Svært godt	4	2	5	12
Godt	58	25	46	40
Middels	32	29	41	17
Dårlig	7	5	5	2
Svært dårlig	1	1	0	1
Ikke erfaring	3	37	2	29
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner	415	412	414	413



**Figur 17.5** Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av barn som pårørende for ulike brukere, 2019.

Det er vanskelig ut ifra dette å si for hvilke pårørende utfordringene er størst og hvem av kommunene som klarer å gi et adekvat tilbud. Det er også vanskelig å si hva totalbildet er, når vi ikke vet mer om hva spesialisthelsetjenesten dekker.

## 17.5 OPPSUMMERING

I 2016 fant vi at en forutsetning for å få til godt pårønderarbeid for voksne pårørende, er at bruker selv ønsker involvering av pårørende. Vi fant også at det er lite tradisjon på dette fagområdet for å jobbe med hele familien når brukeren er voksen. De viktigste faktorene for involvering av voksne pårørende er sannsynligvis at pårørende i utgangspunktet er en viktig aktør i brukerens liv, og at tjenestene er tilgjengelig for pårørende. Når det gjelder barn og unge, er foreldrene i stor grad involvert i tilbudet. Videre når det gjelder barn og unge, fant vi at det er lite samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, og at tjenestene ikke i god nok grad kartlegger brukernes familiesituasjon. For å få fulgt opp barn og unge som pårørende er det nødvendig med god kommunikasjonsflyt mellom tjenester, og samtidig et sterkt familiefokus i tjenestene.

For å følge opp disse funnene, og får å få et dypere innblikk i kommunenes rutiner for identifikasjon, dokumentasjon og samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkluderte vi fire nye spørsmål i kartleggingen for 2019. Fra disse spørsmålene fremkom det at 20 prosent av kommunene ikke har rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven §10a. Videre fant vi 30 prosent av kommunene svarer at de ikke har rutiner for samhandling mellom fastlegen og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Ca. halvparten av kommunene svarte at de har lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, familiekoordinator eller barneansvarlig personell i voksentjenestene. Vi fant også at 32 prosent av kommunene ikke samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende.



Videre kartla også årets undersøkelse i hvilken grad kommunene svarer at de har systematisk oppfølging av barn og unge som pårørende. Vi ser at på landsbasis oppgir 34 prosent av kommunene at de i stor grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune, 47 prosent har dette i noen grad, mens 20 prosent oppgir systematisk oppfølging i liten eller svært liten grad. Ut ifra figuren som viste fordelingen på kommunestørrelse så vi at det var de minste kommunene som i minst grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende, i tillegg til bydelene i Oslo. I Oslo oppgir en tredjedel av bydelene at de i liten grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende.

Vi kartla også i hvilken grad kommunene ivaretar oppfølging av pårørende for ulike brukergrupper. Tallene viser at den store majoriteten av kommunene svarer at de har et middels eller godt tilbud, og at de kun er marginale endringer fra 2018. Vi ser allikevel en negativ utvikling her, og da spesielt i bydelene i Oslo, men også i flere andre fylker har det vært en marginal negativ utvikling her.

Også i 2019 er det vanskelig å si noe om kvaliteten på oppfølgingen av pårørende fordi vi ikke vet hva som følges opp i spesialisthelsetjenesten, og hva som forventes av kommunene. Selv om mange kommuner svarer at de har et godt tilbud til pårørende, kan dette bety at pårørende får oppfølging i spesialisthelsetjenesten.



## 18 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

I 2017 fant vi at rundt halvparten av kommunene (49 prosent) oppgav at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 27 prosent opplever endring i TSB. Som i 2016 var det flere kommuner som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet enn som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarte at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som var fornøyd med avtalene i 2017 enn i 2016 på alle områdene, og nedgangen i fornøydhetsgrad er størst rundt samarbeidsavtalene om voksne med rusmiddelproblemer. Mens 45 prosent av kommunene ikke opplever at det har vært noen endring i DPS-ene sitt utadrettede arbeid de siste 2-3 årene, rapporterte 21 prosent av kommunene om en forverring og 28 prosent av kommunene en forbedring på dette området. Det var særlig i de mest innbyggerrike kommunene at den utadrettede virksomheten til DPS-ene ble rapportert å ha blitt bedre.

I 2018 fant vi at 40 prosent av kommunene opplevde at det hadde vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 22 prosent opplevde endring i TSB. Innen psykisk helsevern var det 21 prosent av kommunene som oppgav at det hadde vært en bedring i samarbeidet og 16 prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Innen TSB er det 14 prosent av kommunene som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet og seks prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en marginal bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarer at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som er fornøyd med avtalene i 2018 enn i 2017 på alle områdene med unntak av for voksne med rusmiddelproblemer der andelen er stabil fra 2016 til 2018.

I dette kapitlet er det naturlig å bruke opptaksområde heller enn fylke når vi ser på geografiske forskjeller.

## 18.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er inkludert i 2018-kartleggingen:

Opplevd samarbeid:

- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)
- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)
- Hvordan har samarbeidet med psykisk helsevern utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)
- Hvordan har samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)

Samarbeidsavtaler:

- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer

## 18.2 ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE

Det er 45 prosent av kommunene som oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern (se tabell 18.1) mens 30 prosent av kommunene oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med TSB (se tabell 18.2).

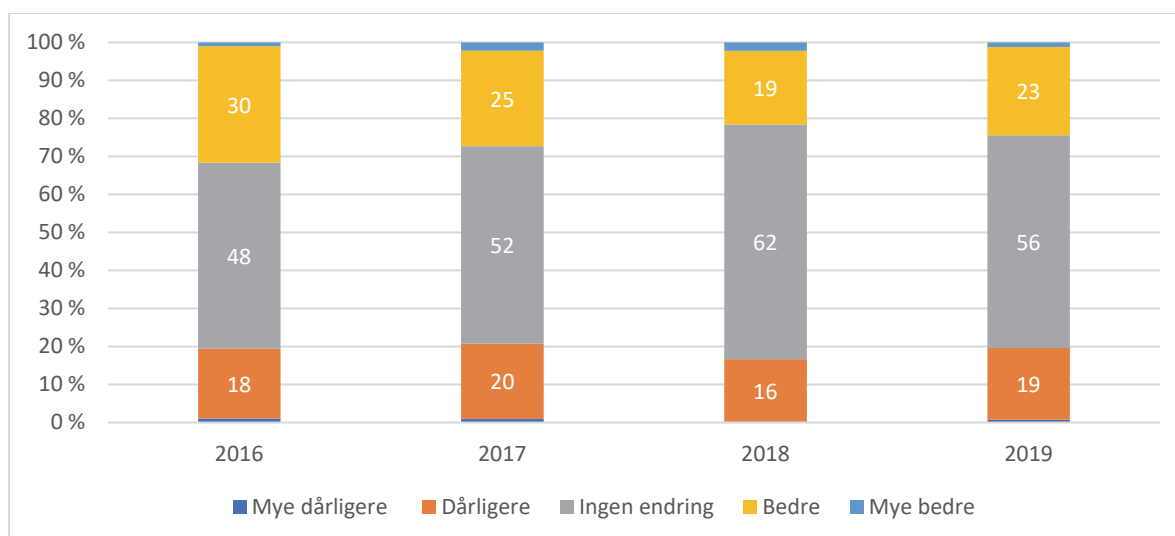
**Tabell 18.1** Antall og prosent av kommunene som opplever at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (PHV) de siste 12 månedene, 2017-2019

	PHV 2017		PHV 2018		PHV 2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	204	49	170	40	191	45
Nei	215	51	252	60	231	55
Totalt	419	100	422	100	422	100

**Tabell 18.2** Antall og prosent av kommunene som opplever at det har vært endringer i samarbeidet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste 12 månedene, 2017-2019

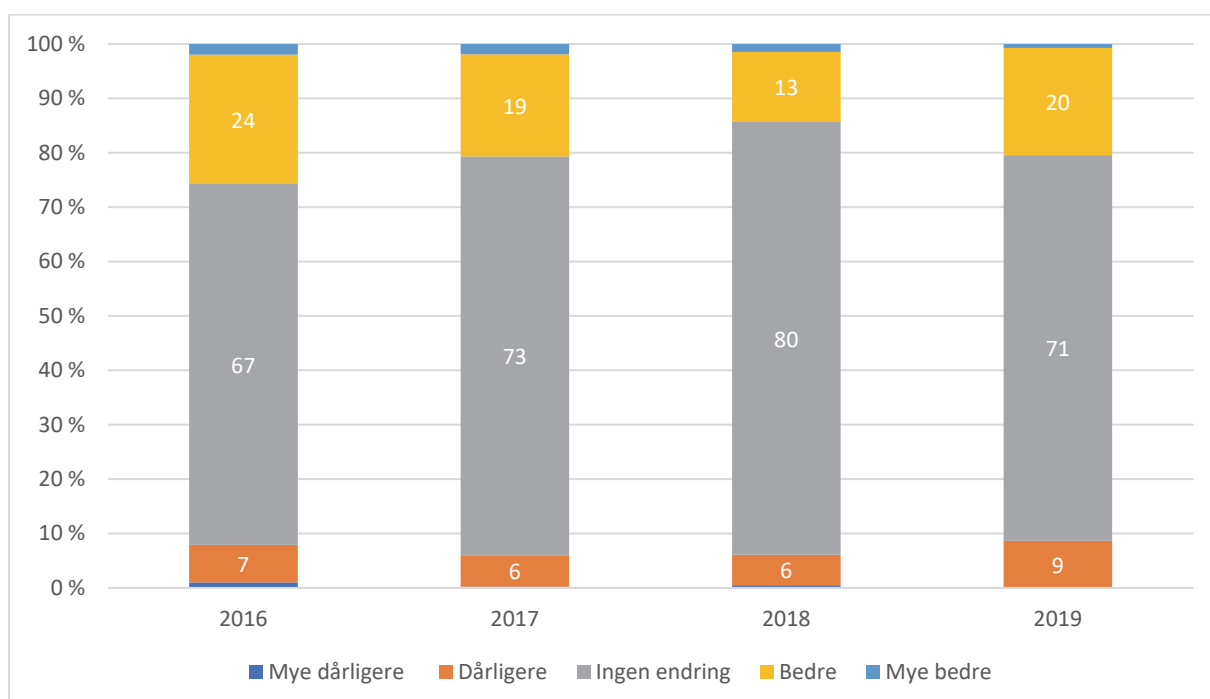
	TSB 2017		TSB 2018		TSB 2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	112	27	91	22	126	30
Nei	305	73	327	78	295	70
Totalt	417	100	418	100	421	100

Utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er fortsatt positiv ved at det er flere kommuner som opplever bedring enn som opplever forverring.



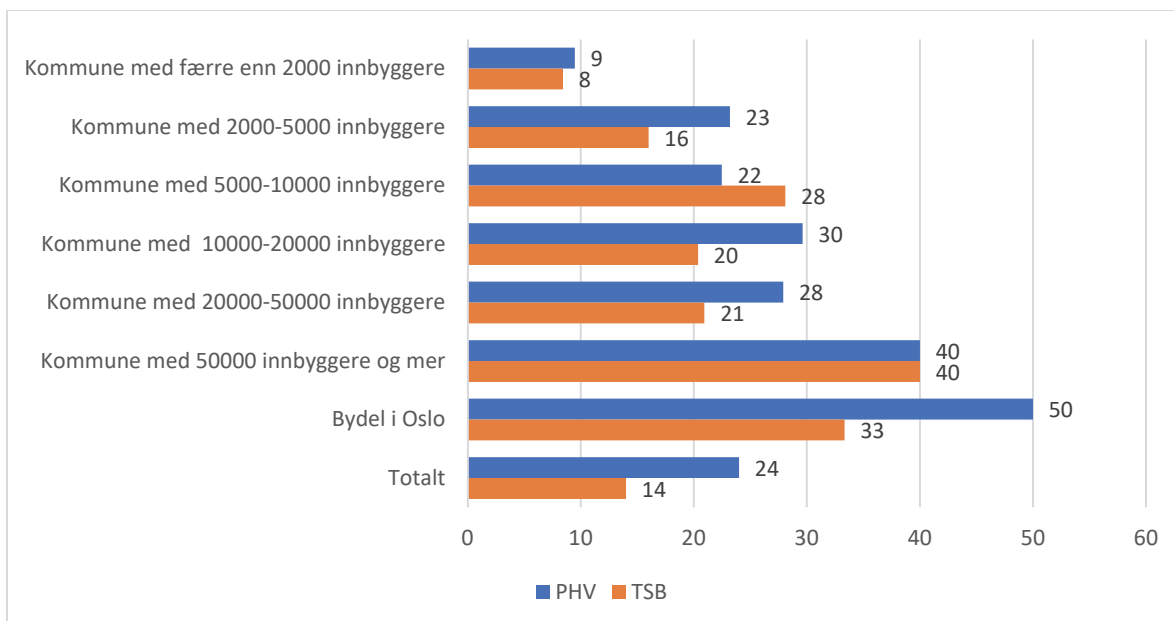
**Figur 18.1** Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med psykisk helsevern har utviklet seg det siste året, 2016 (n=413), 2017 (n=414), 2018 (n=408) og 2019 (n=422)

Noen flere kommuner opplever forverring i samarbeidet med TSB de siste 12 månedene i 2019, men det er også en økning i andel kommuner som opplever en bedring. Også her er det flere som opplever bedring enn forverring, så utviklingen går riktig vei.

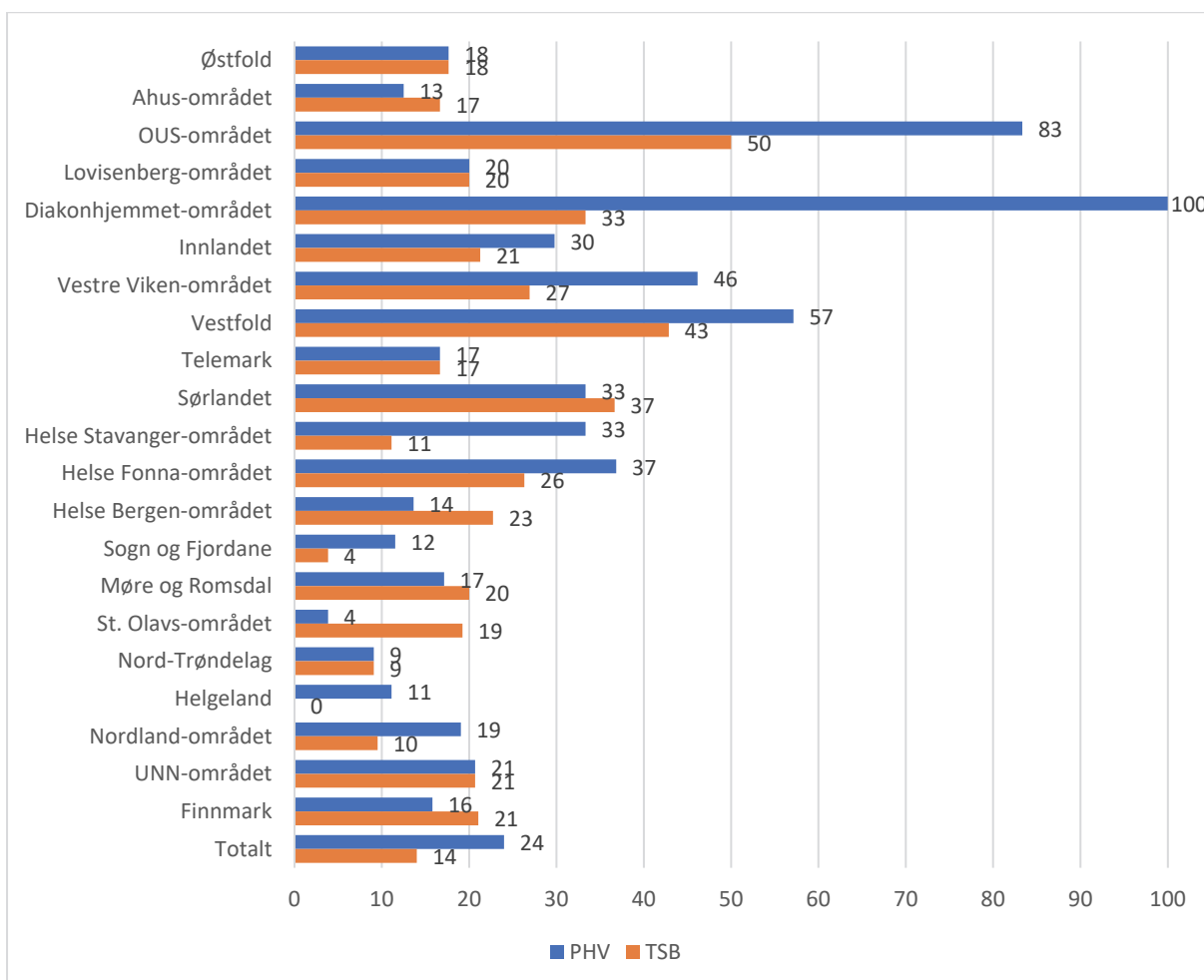


**Figur 18.2** Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med TSB har utviklet seg det siste året, 2016 (n=413), 2017 (n=416), 2018 (n=411), 2019 (n=416)

Vi ser videre på hvordan de som opplever bedring i samarbeidet (har svart bedre eller mye bedre) fordeler seg på kommuner med ulik størrelse (figur 8.3) og etter hvilket opptaksområde (HF-område) kommunene tilhører (figur 8.4).



**Figur 18.3** Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), kommunestørrelse 2019.



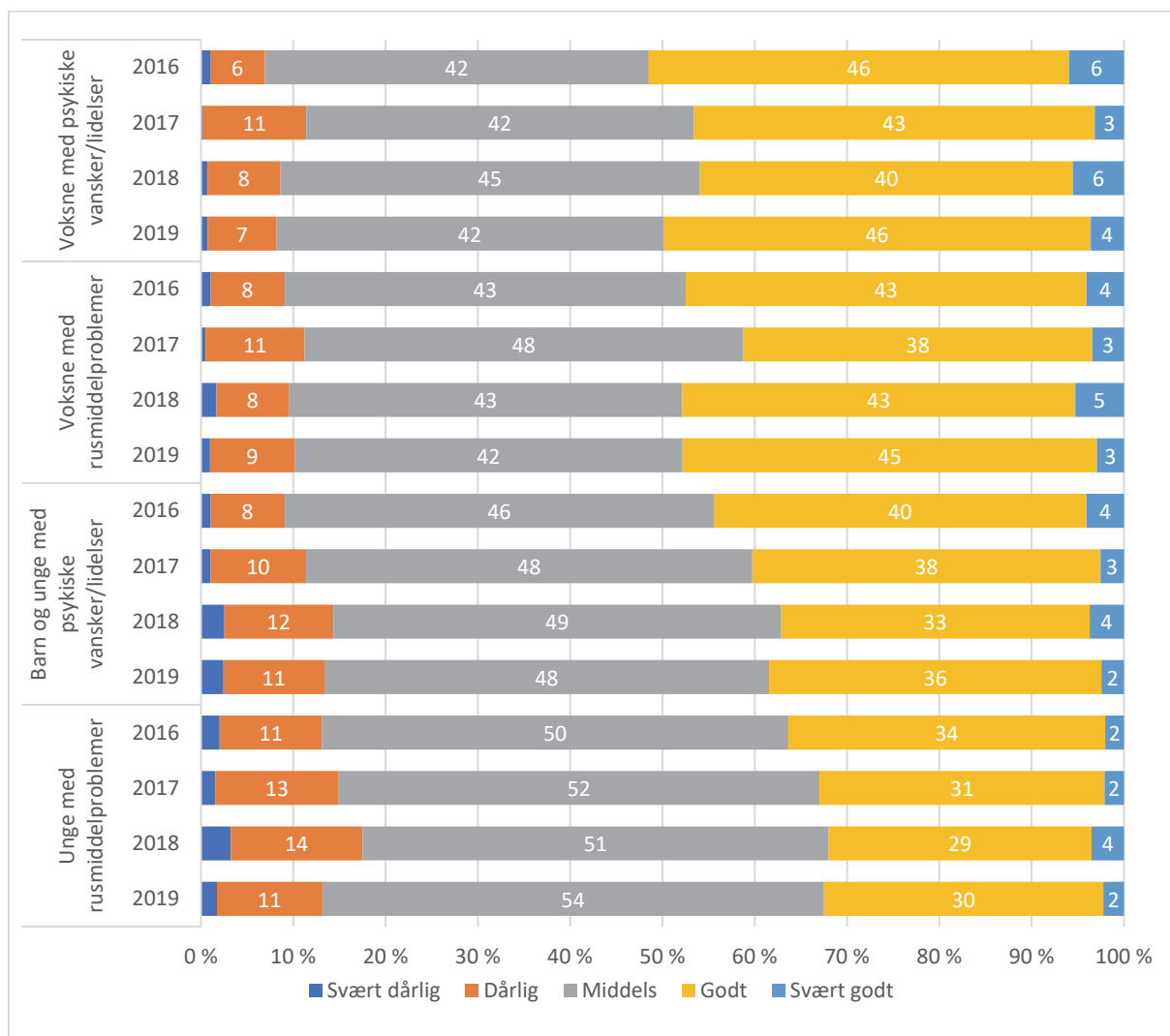
**Figur 18.4** Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), opptaksområde, 2019.

### 18.3 SAMARBEIDSAVTALER

Som vist i figur 8.5 er det i 2019 halvparten av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene om voksne med psykiske lidelser fungerer godt eller svært godt, mens 7 prosent mener de fungerer dårlig.

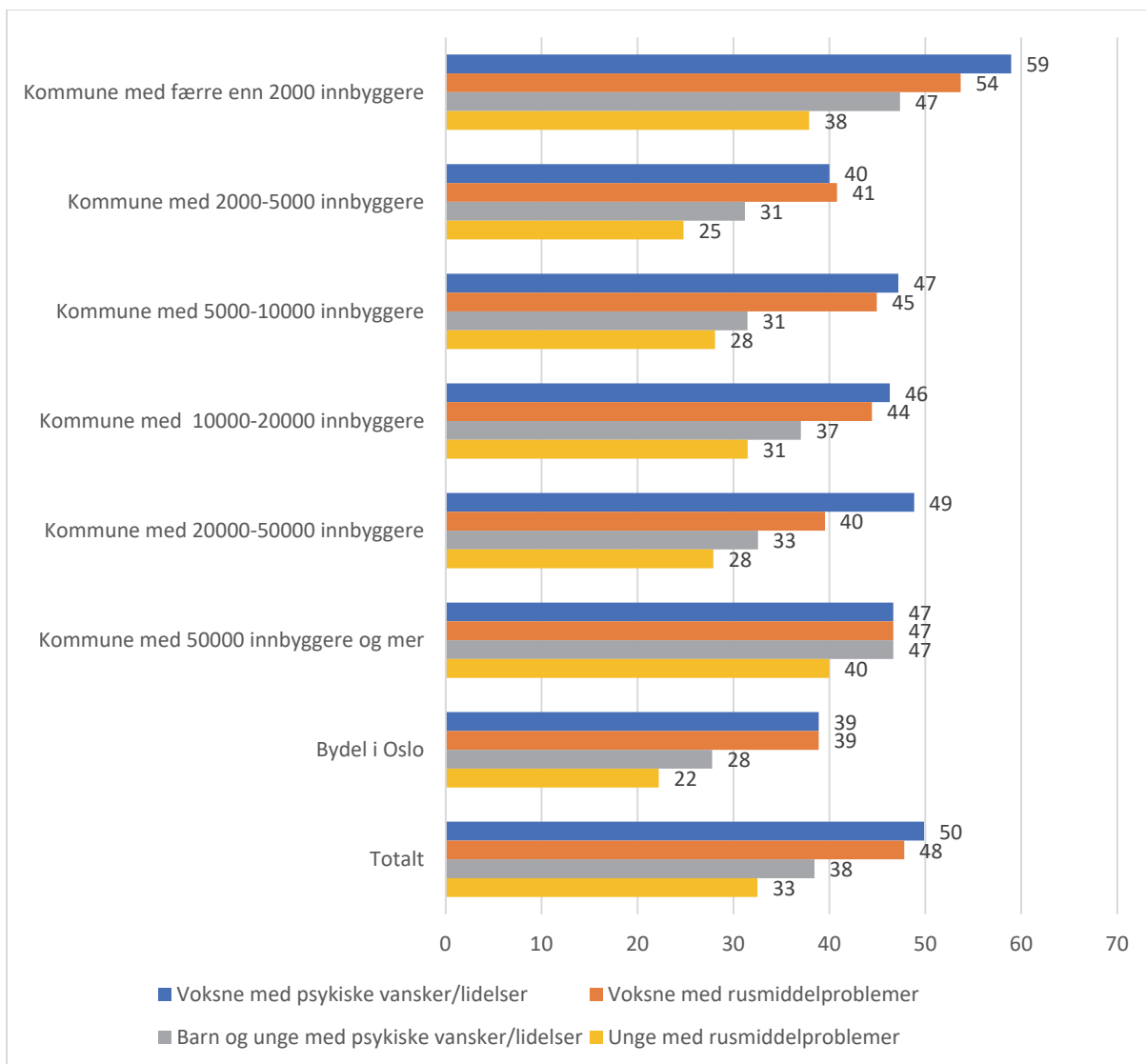
Samarbeidsavtalene rundt voksne med rusmiddelproblemer fungere godt/svært godt (48 prosent) for noen færre kommuner, og det er også noen flere som svarer avtalene fungerer dårlig (9 prosent).

Det er noen flere kommuner som erfarer at avtalene rundt barn og unge med psykiske lidelser fungerer godt i 2019 enn i 2018, og det er noen færre kommuner som erfarer at avtalene rundt unge med rusproblemer fungerer dårlig.



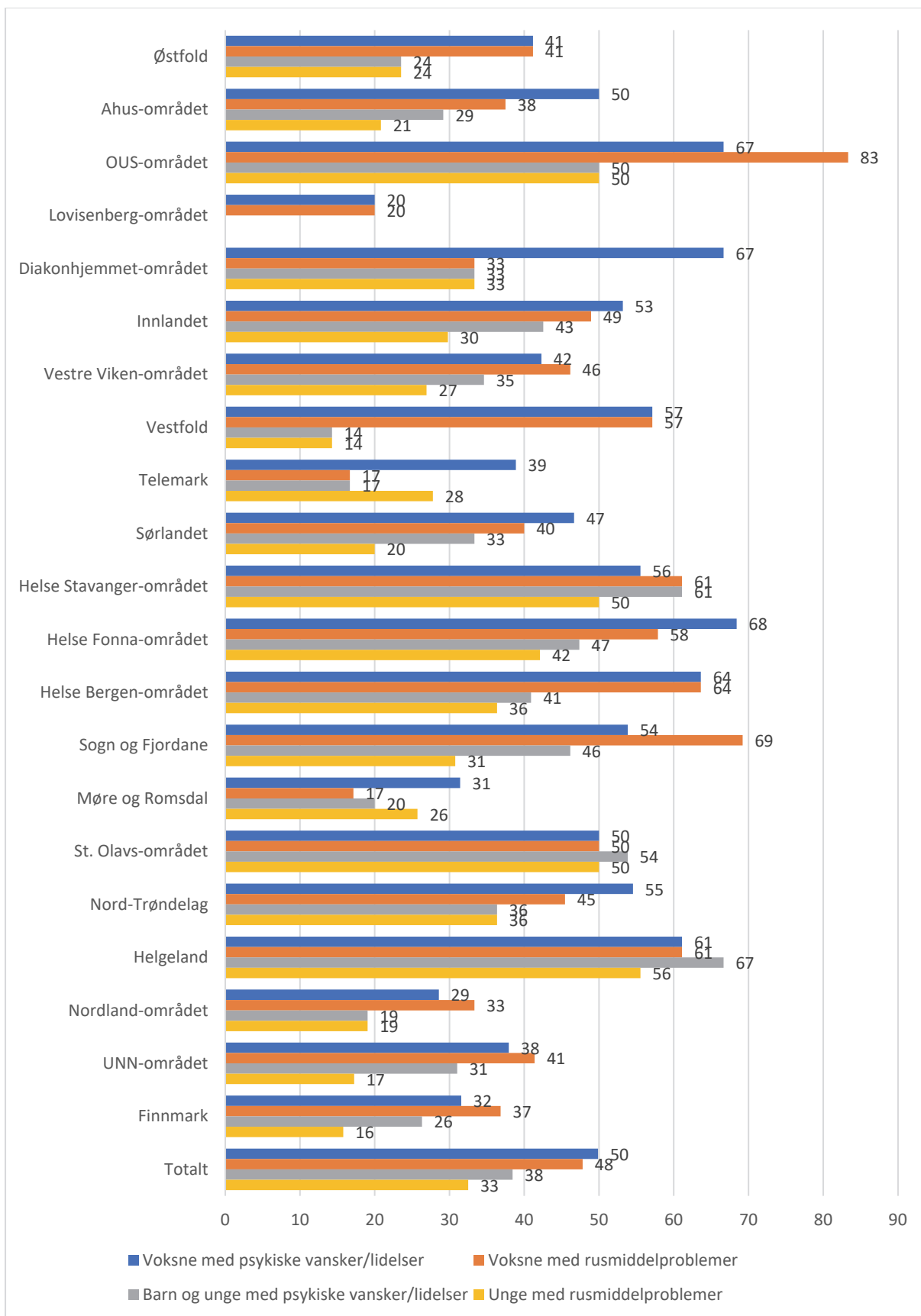
Figur 18.5 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene? 2016-2019.

Vi ser videre på de som svarer godt eller svært godt etter kommunestørrelse (figur 18.6) og opptaksområde (figur 18.7).



**Figur 18.6** Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, kommunestørrelse 2019.

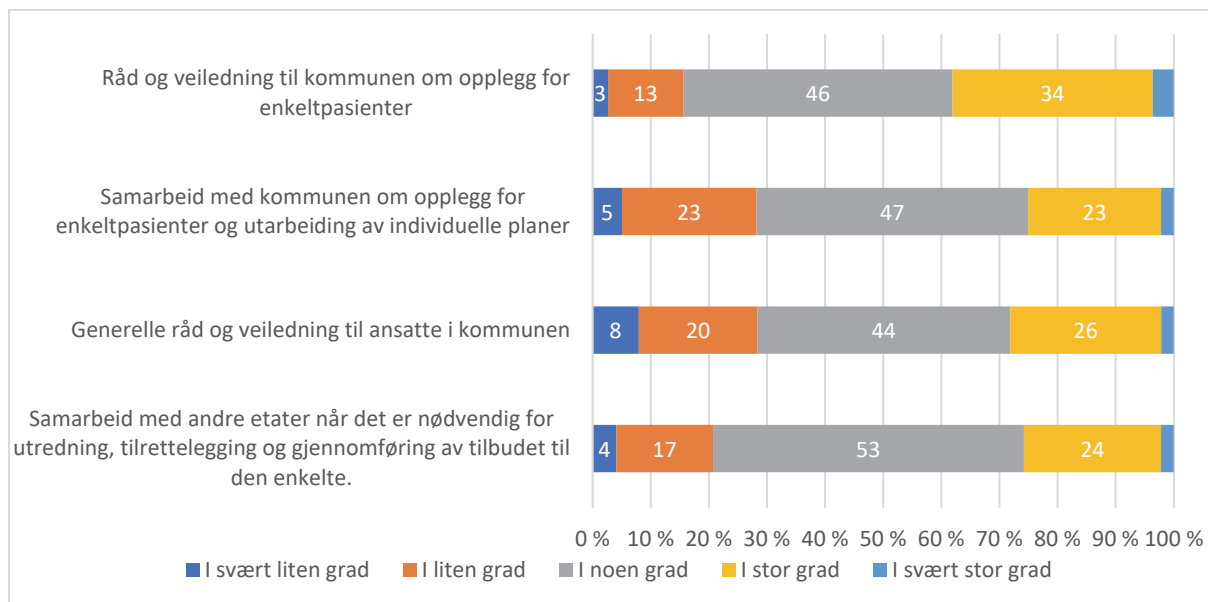




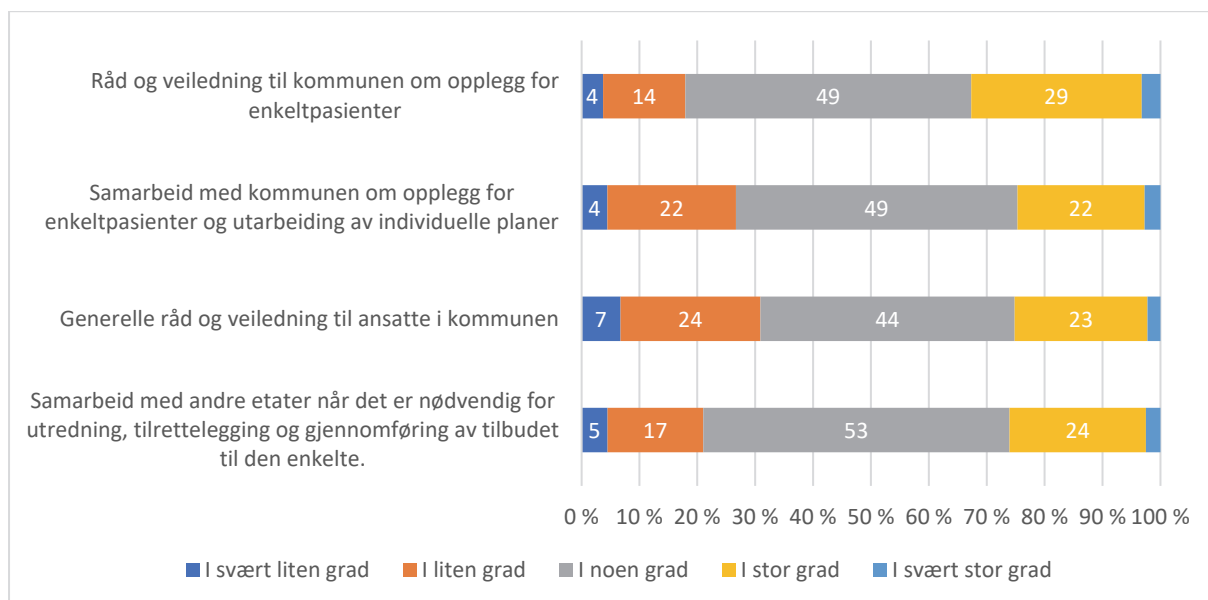
Figur 18.7 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, opptaksområde 2019.

#### 18.4 SPESIALISTHELSETJENESTENES BIDRAG UT I KOMMUNENE FOR MÅLGRUPPENE

I 2019 har vi forsøkt å finne ut mer om i hvilken grad kommunene opplever at spesialisthelsetjenesten bidrar på ulike områder. Fra Figur 18.8 ser vi at flest kommuner mener at psykisk helsevern i størst grad bidrar med råd og veiledning om opplegg for enkeltpersoner, mens 28 prosent av kommunene mener psykisk helsevern i liten eller svært liten grad sørger for at ansatte i kommunene får generelle råd og veiledning. Svarfordelingen for TSB er svært lik som for psykisk helsevern, se figur 18.9.

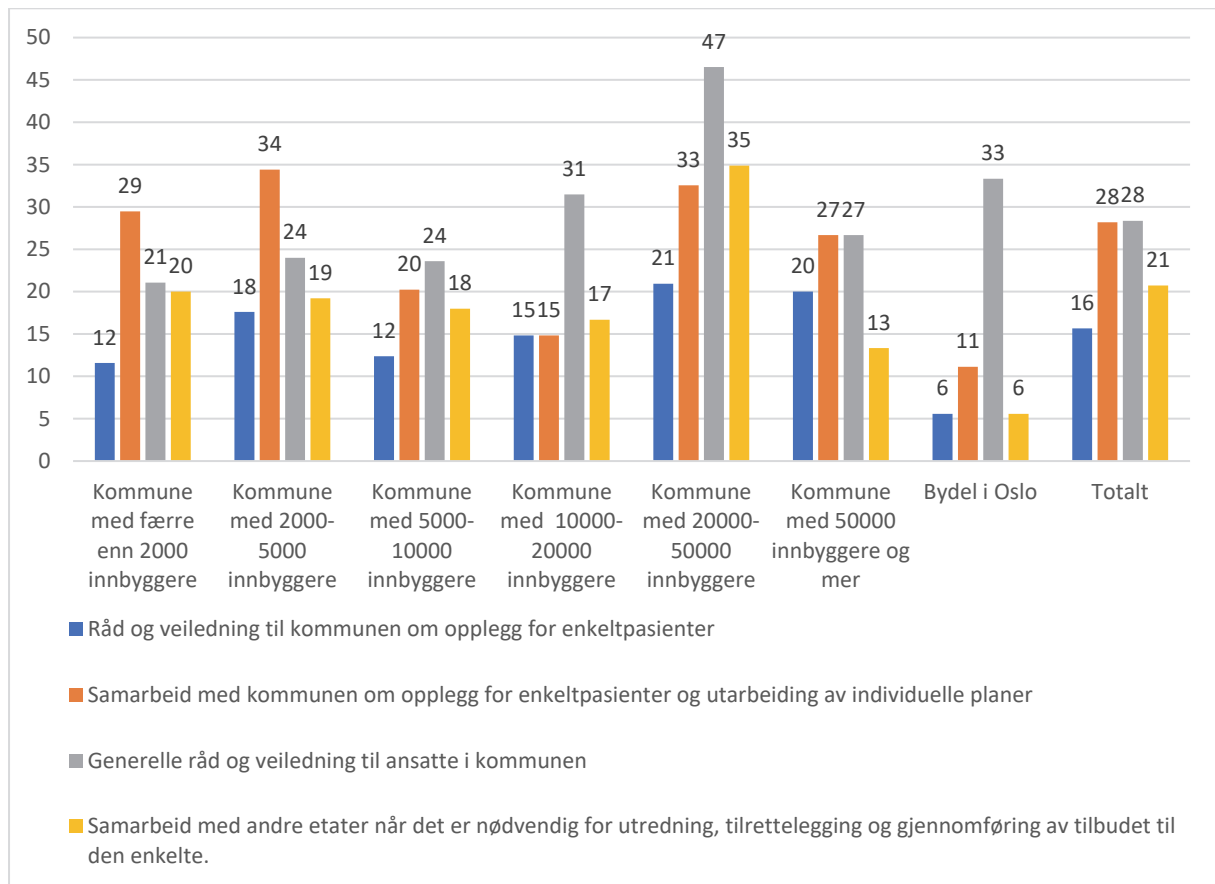


**Figur 18.8** Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid, 2019.



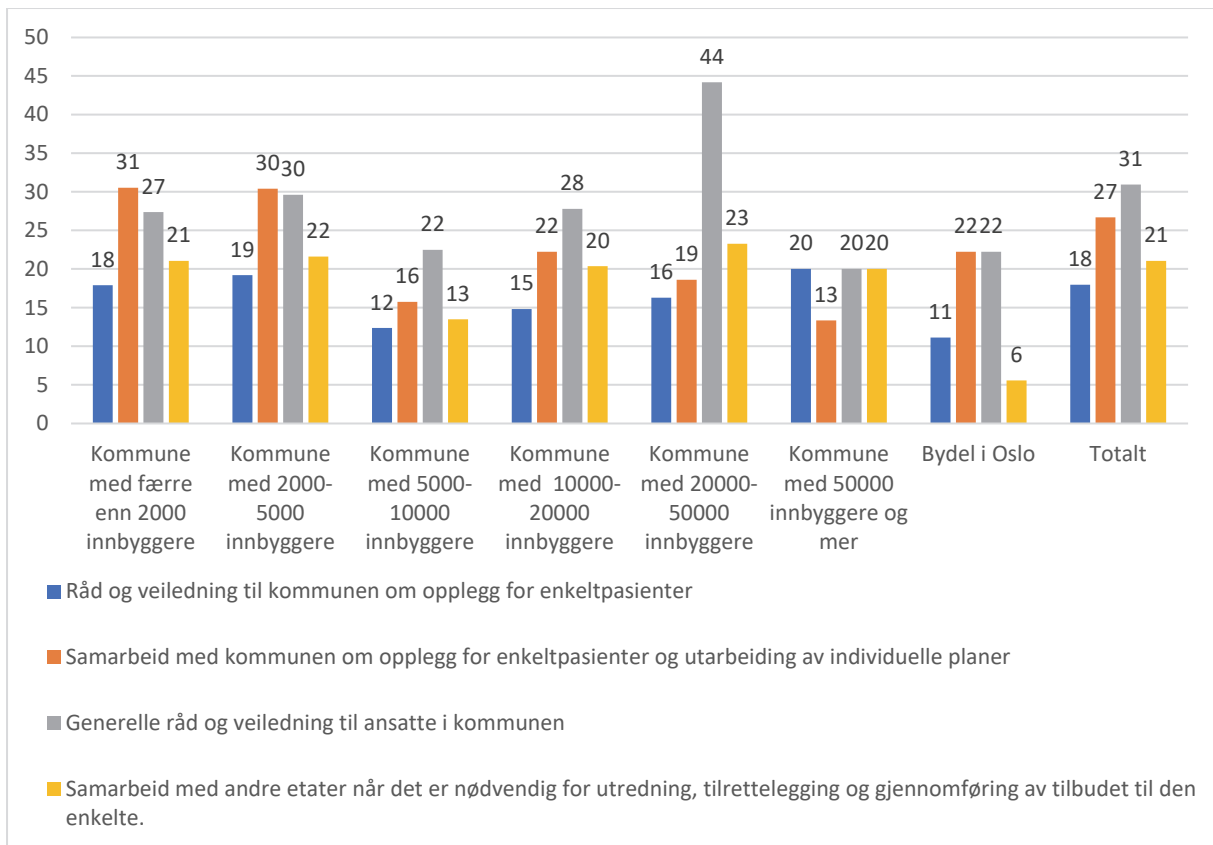
**Figur 18.9** Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad spesialisthelsetjenesten ved TSB sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid, 2019.

Det er såpass mange kommuner som svarer at psykisk helsevern og TSB i liten eller i svært liten grad sørger for veiledning og samarbeid at vi velger å trekke ut disse når vi ser på svarene etter kommunestørrelse og helseforetak.



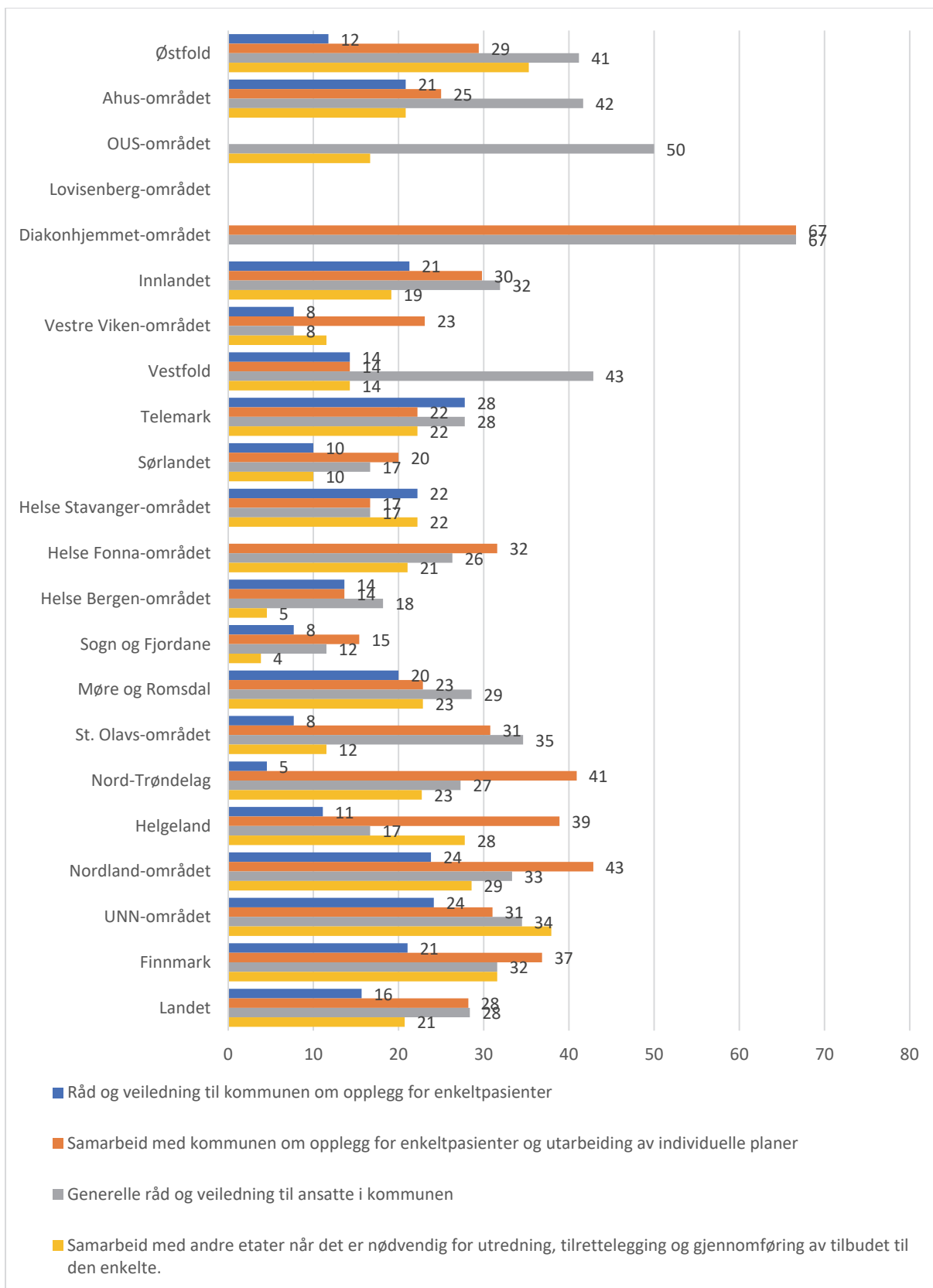
**Figur 18.10** Prosent av kommunene som at spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern i liten eller svært liten grad sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid. Kommunestørrelse, 2019.

Fra figur 18.10 ser det ut som de største kommunene savner mer generelle råd og veiledning til ansatte i kommunene i større grad enn de mindre kommunene, som ser ut til å ha større behov for samarbeid rundt enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer. Bildet er omtrent det samme for TSB, se figur 18.11.

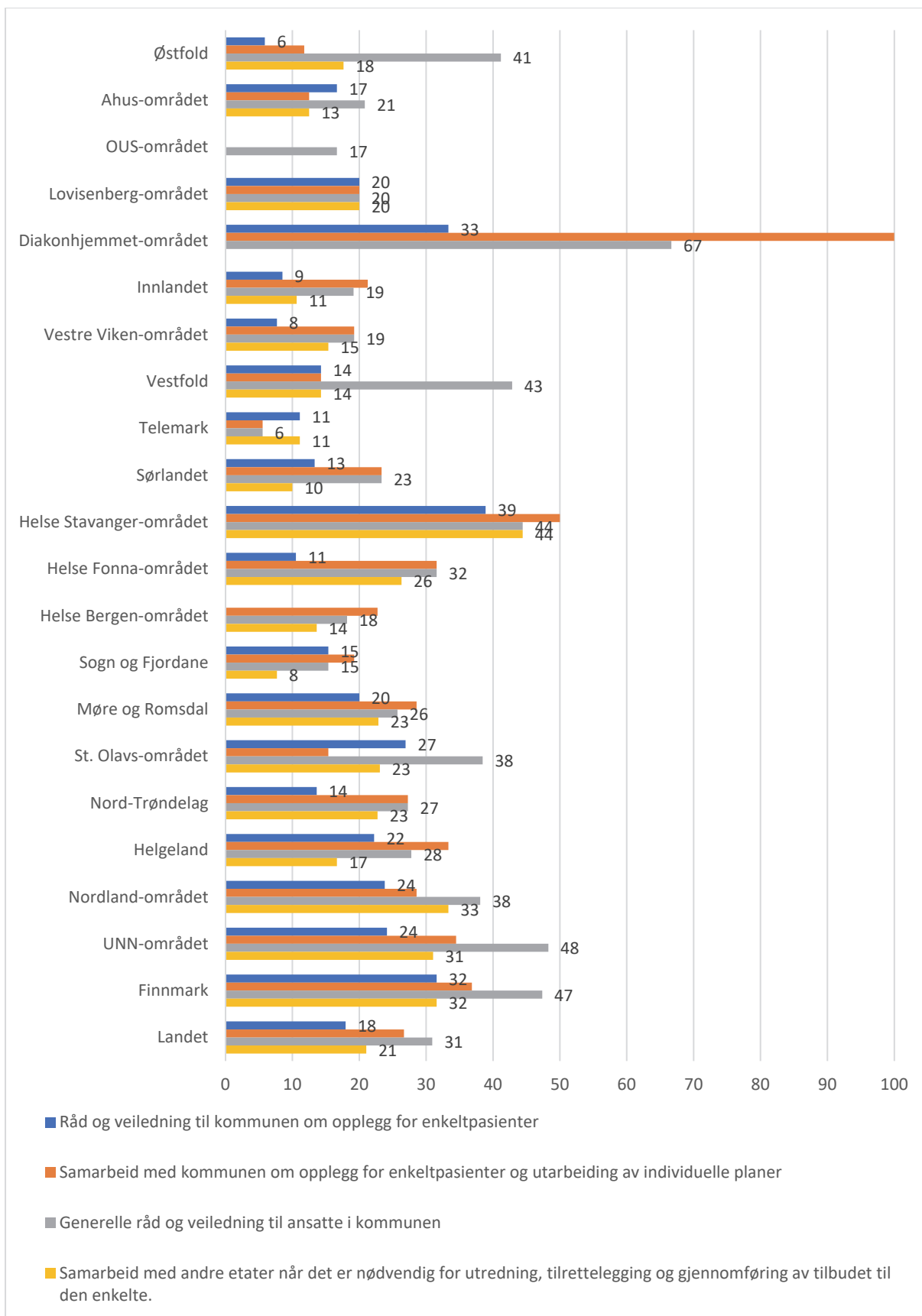


**Figur 18.11** Prosent av kommunene som at spesialisthelsetjenesten ved TSB i liten eller svært liten grad sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid, 2019.

Det er kanskje mest interessant å se fordelingen på helseforetaksområder, se figur 18.12.



**Figur 18.12** Prosent av kommunene som at spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern i liten eller svært liten grad sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid. Opptaksområde, 2019.



**Figur 18.13** Prosent av kommunene som at spesialisthelsetjenesten ved TSB i liten eller svært liten grad sørger for at kommunene får nødvendig råd, veiledning og samarbeid. Opptaksområde, 2019.

## 18.5 OPPSUMMERING

Utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenester) er fortsatt positiv ved at det er flere kommuner som opplever bedring (24 prosent) enn som opplever forverring (19 prosent). Samarbeidet mellom kommunene og TSB (spesialisert rusbehandling) oppgis å være bedret av 21 prosent av kommunene og forverret av ni prosent av kommunene siste 12 måneder.

Når det gjelder samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, svarer halvparten av kommunene at samarbeidsavtalene om voksne med psykiske lidelser fungerer godt eller svært godt, mens sju prosent mener de fungerer dårlig. Samarbeidsavtalene rundt voksne med rusmiddelproblemer oppgis å fungere godt/svært godt av 48 prosent av kommunene, mens ni prosent svarer at avtalene fungerer dårlig mellom TSB og kommunene. Det er færre kommuner som oppgir at avtalene rundt barn og unge med psykiske lidelser fungerer godt (38 prosent) og for avtalene rundt unge med rusproblemer (32 prosent). Det er ikke betydelige endringer fra tidligere år.





# 19 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

I løpet 2020 ventes Norges nye handlingsplan mot selvmord publisert. Norge var tidlig på 1990-tallet et av de første landene internasjonalt til å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork 2015). Strategien ble fulgt opp i perioden 2000-2002, men siden 2002 hadde det ikke foreligget noen nasjonal plan for selvmordsforebygging før Helsedirektoratet la fram "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017" i 2014 (Helsedirektoratet, IS-2182)<sup>29</sup>. Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord<sup>30</sup>. Det nye materialet skal gi kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

BrukerPlan kartlegger også selvmordsfare og overdosefare. I årsrapporten fra 2019 med resultater fra BrukerPlan 2018 går det fram at fra og med 2018-kartleggingen er registrering av selvmordsforsøk endret fra siste året til siste tre årene. Dette gir ifølge forfatterne et større innblikk i alvorligheten i tjenestemottakernes psykiske helseproblem. Totalt ble det registrert 3 638 personer som sto i fare for å begå selvmord. Den høyeste andelen som enten har hatt selvmordsforsøk (9 prosent) eller er vurdert til at det er fare for selvmord (14 prosent), har alvorlige ROP-lidelser. Det er en gradient i selvmordsforsøk og selvmordsfare med økende psykisk helseproblematikk. Mens personer som sliter med mildere psykisk helse-utfordringer har en andel på ca. én prosent som har forsøkt å ta sitt eget liv, og to prosent som vurderes med selvmordsfare, ligger de tilsvarende tallene for moderate psykiske helseutfordringer på hhv. tre og fem prosent. Blant de med alvorlig psykisk lidelse hadde åtte prosent forsøkt å ta sitt eget liv de siste tre årene, mens 11 prosent ble vurdert med selvmordsfare (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2019).

Tilsvarende tall for overdosefare viste at 10 prosent av ROP-pasientene hadde tatt overdose siste året i 2018, og én av fire ROP-pasienter ble vurdert å være i fare for overdose. Disse tallene har endret seg lite de siste årene, ifølge Brukerplan.

<sup>29</sup><https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

<sup>30</sup><https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>

Mange mennesker som har psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer opplever vold og trusler, enten ved at mottakeren er utsatt for vold, eller utsetter andre for vold. En andel på 19 prosent av alle mottakere i Brukerplan opplevde vold eller trusler i hverdagen, enten ved at de selv var utsatt for vold eller at de utsetter andre for det. Det var en høyere andel blant mottakere med rusproblemer som opplever vold eller trusler (31 prosent) enn mottakere med kun psykiske problemer (12 prosent). Kvinner er generelt mer utsatt for vold enn menn. En andel på 12 prosent av kvinnene er utsatt for vold (men utsetter ikke andre for vold). Tilsvarende tall for menn er seks prosent. Samtidig utsetter ni prosent av mannlige mottakere andre for vold (men er ikke selv utsatt). Tilsvarende tall for kvinner er tre prosent (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2019).

Helsedirektoratet ønsker å benytte IS-24/8-rapporteringen på psykisk helse- og rusarbeid til å kartlegge kommunenes arbeid med forebygging og oppfølging av selvskading, selvmordsforsøk, selvmord og overdoser. I 2016 var det med tre spørsmål på dette temaet, og resultatene viste at fire av ti kommuner svarte at de hadde etablert rutiner internt i kommunen for oppfølging etter selvmordsforsøk. Kun to av ti kommuner rapporterte at de har etablert rutiner for oppfølging etter overdose. I det følgende presenteres oppdaterte tall for 2019.

### 19.1 DATAGRUNNLAG

I 2019 er følgende spørsmål inkludert, og dette er, med ett unntak, de samme som var med i 2017 og 2018:

- Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
  - Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?
  - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk? (nytt i 2019)
  - Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
  - Oppfølging av personer etter overdose?
  - Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?
  - Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?
  - Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging?
- Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk?
- Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?
- Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år?
- Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år?
- I hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep tilfredsstillende?

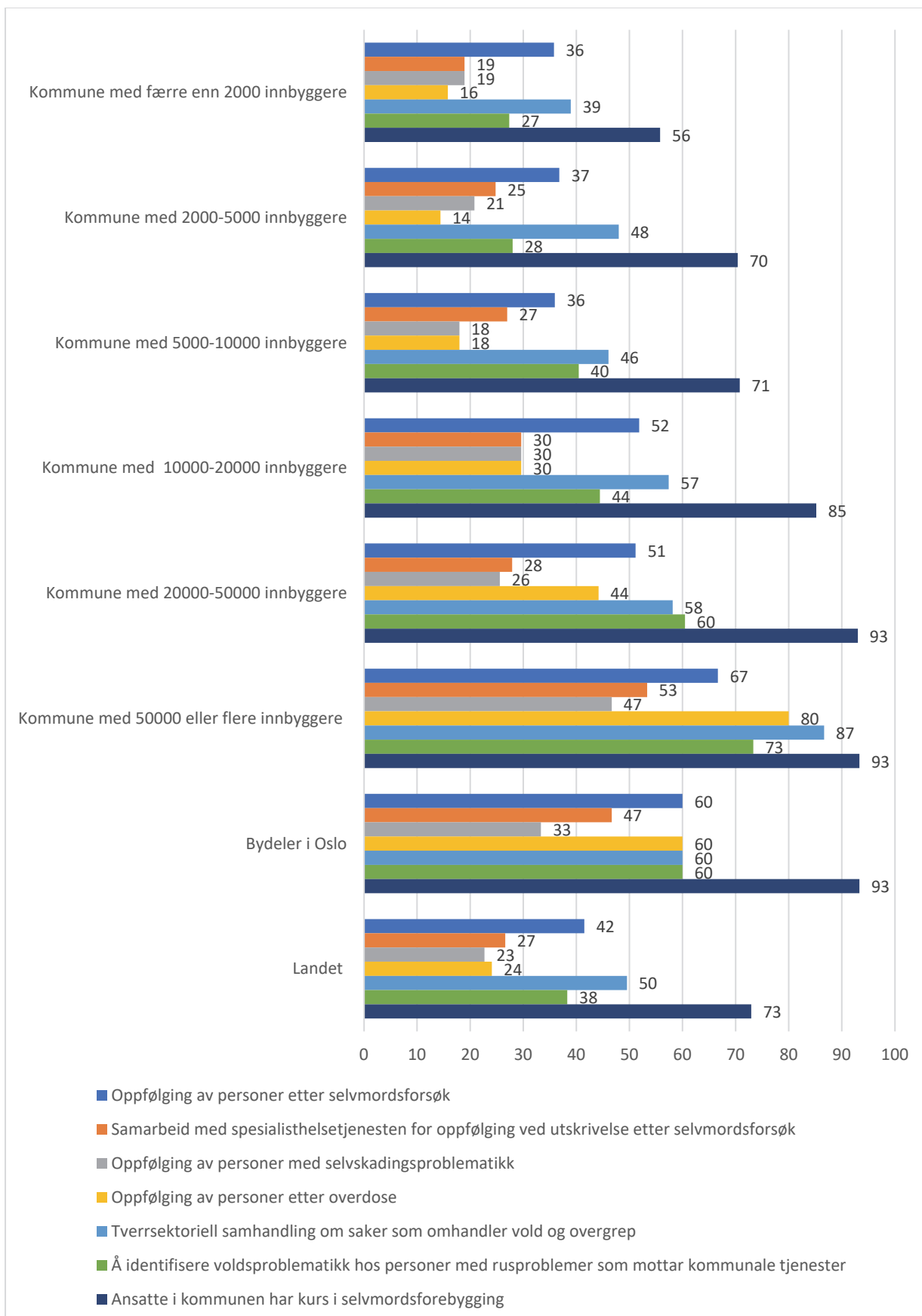
## 19.2 SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER

Som vist i tabellen under er det 39 prosent av kommunene som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 21 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er en økning på 12 prosentpoeng i andel kommuner som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 36 prosent i 2018 har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Tabell 19.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018 og 2019.

	2018		2019	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?	39	415	43	420
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk?	*	*	28	416
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?	22	416	24	418
Oppfølging av personer etter overdose?	21	407	25	415
Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?	58	411	52	417
Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?	36	410	40	416
Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging?	74	411	76	417

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 19.1.



Figur 19.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, år 2019, kommunegruppe etter innbyggerstørrelse.

På landsbasis svarer 73 prosent av kommunene at de ansatte har kurs i selvmordsforebygging. Det er signifikant flere som har denne type kursing i de største kommunene. I de minste kommunene var det til sammenlikning 56 prosent av kommunene som svarte at de ansatte har kurs i selvmordsforebygging. Vi ser samme gradering med stigende kommunestørrelse når det gjelder identifisering av voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som får kommunale tjenester. På landsbasis er det kun 38 prosent av kommunene som svarer at de har denne type rutiner og prosedyrer på plass, og også her skiller de aller største kommunene seg ut signifikant positivt fra landsgjennomsnittet.

Når det gjelder tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, har halvparten av kommunene skriftlige rutiner/prosedyrer for slikt samarbeid (ned 8 prosentpoeng fra 2018), og andelen er klart høyest i de største kommunene, der 87 prosent av kommuner med over 50 000 innbyggere sier de har dette på plass. Også skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose er også langt mer utbredt i de største kommunene, og vi ser at blant bydelene i Oslo svarte 60 prosent av bydelene at dette var på plass (markant økning (dobling) fra 2018). Det kan være naturlig at de minste kommunene i mindre grad har etablert slike rutiner, da overdoser kan forekomme svært sjelden.

Oppfølging etter selvskadingsproblematikk har fortsatt et lavt snitt på nasjonalt nivå – kun 23 prosent av kommunene sa at de hadde dette etablert (mot 22 prosent i 2018). Også her er det relativt stor forskjell mellom små og store kommuner, der sistnevnte i større grad har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk (i de største kommunene er andelen 47 prosent).

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk er et nytt spørsmål i 2019. Det er 27 prosent av kommunene i landet som sier at de har rutiner/prosedyrer for et slikt samarbeid klart. Igjen er det de største kommunene som er flinkest i klassen, med 53 prosent av kommunene her som svarer at de har dette på plass. Kun 19 prosent av de med færre enn 2000 innbyggere svarer det samme. Forskjellene er statistisk signifikante i alle de tre største kommunegruppene.

Når det gjelder oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, hadde 42 prosent av kommunene dette på plass på landsbasis. Også her ser vi at andelen stiger med kommunestørrelse, og alle kommunegruppene skiller seg positivt fra de aller minste kommunene som er referanse-kategorien.

I neste tabell presenteres tallene på fylkesnivå, der ingen av fylkene skilte seg signifikant fra de øvrige fylkene.

**Tabell 19.2 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, år 2019, fylke.**

	Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	Oppfølging av personer etter overdose	Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep	Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester	Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging
Østfold	44	28	22	39	61	56	72
Akershus	68	45	55	41	68	55	95
Oslo	60	47	33	60	60	60	93
Hedmark	36	27	27	32	45	41	68
Oppland	58	35	38	19	62	42	58
Buskerud	67	43	38	48	48	48	95
Vestfold	56	44	44	56	78	78	78
Telemark	17	6	6	17	50	22	78
Aust-Agder	60	40	27	47	53	53	87
Vest-Agder	67	20	33	27	40	27	87
Rogaland	50	19	27	27	77	42	88
Hordaland	30	33	6	15	48	27	67
Sogn og Fjordane	27	31	15	19	58	46	77
Møre og Romsdal	31	31	17	11	23	40	69
Trøndelag	33	23	21	17	52	33	58
Nordland	39	16	16	16	32	25	64
Troms	17	4	4	4	29	29	58
Finnmark	37	11	16	11	53	16	74
<b>Totalt</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>50</b>	<b>38</b>	<b>73</b>

### 19.3 KJENNSKAP TIL VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i tabellen under er det totalt 84 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Dette er opp fra 77 prosent i 2018. Andelen øker med kommunestørrelse (med unntak av kommuner med mellom 10-20 000 innbyggere) og det er 416 kommuner som har svart på spørsmålet (95 prosent). Det er 33 prosent av kommunene som har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell (mot 26 prosent i 2018), og også her øker andelen med kommunestørrelse. Det er 413 kommuner/bydeler som har svart (94 prosent).

**Tabell 19.3** Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk, og som har plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell, år 2018 og 2019, kommunegruppe etter innbyggerstørrelse.

	Gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk				Lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell			
	2018		2019		2018		2019	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	73	85	77	90	18	84	25	89
Kommune med 2000-5000 innbyggere	75	119	81	116	19	118	29	117
Kommune med 5000-10000 innbyggere	70	81	86	85	29	82	39	85
Kommune med 10000-20000 innbyggere	85	52	83	54	31	51	38	52
Kommune med 20000-50000 innbyggere	79	43	93	42	35	43	41	41
Kommune med 50000 innbyggere og mer	93	15	93	15	33	15	47	15
Bydel i Oslo	94	16	100	14	50	16	36	14
<b>Totalt</b>	<b>77</b>	<b>411</b>	<b>84</b>	<b>416</b>	<b>26</b>	<b>409</b>	<b>33</b>	<b>413</b>

**Tabell 19.4** Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk, og som har plan for å gjøre dette materialet kjent. År 2018 og 2019, fylke.

	Gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk				Lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell			
	2018		2019		2018		2019	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Østfold	65	17	72	18	19	16	24	17
Akershus	90	21	77	22	43	21	38	21
Oslo	94	16	100	14	50	16	36	14
Hedmark	86	21	76	21	48	21	18	22
Oppland	77	26	92	25	19	26	48	25
Buskerud	76	21	100	20	5	21	50	20
Vestfold	78	9	100	9	33	9	78	9
Telemark	76	17	67	15	24	17	13	15
Aust-Agder	85	13	86	14	15	13	43	14
Vest-Agder	100	13	93	14	31	13	33	15
Rogaland	84	25	92	26	29	24	36	25
Hordaland	78	32	84	31	22	32	29	31
Sogn og Fjordane	69	26	85	26	19	26	35	26
Møre og Romsdal	78	32	79	33	33	33	30	33
Trøndelag	60	45	82	45	24	45	33	45
Nordland	72	39	86	42	21	39	32	41
Troms	68	22	73	22	29	21	19	21
Finnmark	81	16	74	19	13	16	32	19
<b>Landet</b>	<b>77</b>	<b>411</b>	<b>84</b>	<b>416</b>	<b>26</b>	<b>409</b>	<b>33</b>	<b>413</b>

## 19.4 OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER

Det er også spurt om kommunen/bydelen har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om:

- vold i nære relasjoner i løpet av et år
- seksuelle overgrep i løpet av et år

Det er 417 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent) på disse spørsmålene og det er 22 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 20 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Dette er en nedgang fra 26 prosent i 2018. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene.

**Tabell 19.5** Prosent av om kommunene/bydelene som oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år. År 2018 og 2019, kommunegruppe etter innbyggerstørrelse.

	Oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år				Oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år			
	2018		2019		2018		2019	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	37	84	34	90	43	84	37	89
Kommune med 2000-5000 innbyggere	28	116	23	117	25	115	21	118
Kommune med 5000-10000 innbyggere	19	84	14	86	25	83	12	85
Kommune med 10000-20000 innbyggere	22	51	13	54	16	51	9	54
Kommune med 20000-50000 innbyggere	19	42	22	41	14	42	13	40
Kommune med 50000 innbyggere og mer	20	15	27	15	13	15	27	15
Bydel i Oslo	31	16	21	14	19	16	21	14
<b>Totalt</b>	<b>26</b>	<b>408</b>	<b>22</b>	<b>417</b>	<b>26</b>	<b>406</b>	<b>20</b>	<b>415</b>

En av kommunene kommenterer følgende:

*Kommunen har ikke samlede tall for alt helsepersonell i kommunen, men hver enkelt tjeneste + kommunens vold og overgrepsteam har egen statistikkføring over slike saker.*



**Tabell 19.6 Prosent av om kommunene/bydelene som oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år. År 2018 og 2019, fylke**

	Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år?				Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år?			
	2018		2019		2018		2019	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Østfold	18	17	11	18	18	17	11	18
Akershus	20	20	19	21	5	19	14	21
Oslo	31	16	21	14	19	16	21	14
Hedmark	29	21	18	22	29	21	23	22
Oppland	27	26	28	25	19	26	28	25
Buskerud	19	21	25	20	33	21	20	20
Vestfold	22	9	33	9	33	9	13	8
Telemark	12	17	20	15	6	16	13	15
Aust-Agder	38	13	14	14	31	13	14	14
Vest-Agder	20	15	33	15	20	15	27	15
Rogaland	44	25	23	26	44	25	31	26
Hordaland	19	31	19	31	23	31	16	31
Sogn og Fjordane	28	25	27	26	25	24	38	26
Møre og Romsdal	28	32	21	33	29	31	9	33
Trøndelag	34	44	16	45	29	45	11	44
Nordland	21	38	24	42	38	39	27	41
Troms	41	22	23	22	32	22	22	23
Finnmark	6	16	37	19	6	16	26	19
Landet	26	408	22	417	26	406	20	415

## 19.5 TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

Til slutt har vi spurt om i hvilken grad det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep. Det er 413 kommuner/bydeler som har svart (94 prosent) på dette spørsmålet og 80 prosent svarer i noen, stor eller svært stor grad at de synes samarbeidet er tilfredsstillende.

**Tabell 19.7 Respons på spørsmål om i hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep, 2017, 2018 og 2019.**

	2017	2018	2019
I svært liten grad	4	5	4
I liten grad	13	12	17
I noen grad	52	53	50
I stor grad	27	27	27
I svært stor grad	4	3	3
Totalt	100	100	100
Antall kommuner	404	413	413

Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i svarene, og disse presenteres derfor ikke.

## 19.6 OPPSUMMERING

Det er generelt en positiv utvikling når det gjelder rutiner og prosedyrer for oppfølging etter selvmordsforsøk, selvskading og overdoser. Vi ser at prosent av kommunene/bydelene har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 24 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 25 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Dette utgjør en liten økning på alle tre parametere fra 2018 til 2019. På det nye spørsmålet om samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk, svarer 28 prosent at de har rutiner og prosedyrer på plass for dette. Dette spørsmålet har vært diskutert for noen år siden i forbindelse med IS-24/8; flere hevdet at mange pasienter som hadde vært innlagt i spesialisthelsetjenesten for selvmordsforsøk, ikke ønsket hjelp i kommunehelsetjenesten ved utskrivelse, og at andre tjenester enn fastlegen (som mottar epikrise) ikke kunne varsles uten pasientens samtykke. Det vil bli interessant å se om pakkeforløpene psykisk helse og rus endrer på rutiner knyttet til samhandling om pasienter og brukere med selvmordsforsøk.

Hva angår tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, har andelen som svarer at rutineene er på plass gått ned fra 58 prosent til 52 prosent mellom 2018 og 2019. Det er imidlertid en økning fra 36 til 40 prosent i andelen kommuner som svarer at de har rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester. Det var også en økning fra 74 til 76 prosent i andelen ansatte i kommunen som oppgis å ha kurs i selvmordsforebygging. For alle disse variablene er tendensen at de største kommunene har mest på stell, og sammenhengen er statistisk signifikant.

Hele 84 prosent av kommunene/bydelene svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om selvskading og selvmordsforsøk, men bare hver tredje kommune har lagt en plan for hvordan de skal gjøre materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er 22 prosent av kommunene som sier de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år. 20 prosent av kommunene har oversikt over tilsvarende tall for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er 30 prosent av kommunene som svarer at det tverrsektorielle samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke. Det er ingen endring i denne andelen fra 2017 til 2018 og 2019.

## 20 MELDING OM UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

### 20.1 INNLEDNING

Ifølge forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter § 7 "Når en pasient legges inn på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, skal helsepersonellet på helseinstitusjonen gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra døgnoppholdet."

§ 8 i samme forskrift: "Viser vurderingen etter § 7 at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Forventer helseinstitusjonen at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal varselet opplyse om dette. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av døgnoppholdet i helseinstitusjonen, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger."

Varselet etter første ledd skal inneholde:

- a) pasientens status
- b) antatt forløp
- c) forventet utskrivningstidspunkt.

§ 9 Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulans behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

§ 10. Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient: Når en pasient er definert som utskrivningsklar, jf. § 9, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

§ 11. Melding til helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven om når kommunen kan ta imot pasienten: Kommunen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient, jf. § 10, straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som hindrer dette. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal straks gi beskjed når et kommunalt tilbud er klart for pasienten.

§ 12. Overføring av utskrivningsklar pasient fra helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven til kommunen: Helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart. Ved utskrivning fra helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. helsepersonelloven § 45a og forskrift om pasientjournal § 9.

§ 13. Betaling for utskrivningsklare pasienter i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av kommunalt tilbud: Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. For pasienter som mottar helsehjelp inntre betalingsplikten fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i § 8 til § 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntre også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient. Helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i andre ledd er oppfylt. Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven fastsettes i statsbudsjettet.

§ 14. Krav på redegjørelse: Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven har foretatt etter § 9. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av helseinstitusjonen. De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd.

§ 15. Det økonomiske oppgjøret: De regionale helseforetakene skal sørge for at det sendes regning til kommunen for betaling av utskrivningsklare pasienter som er blitt værende innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud, jf. § 13.

Det kom nye regler i 2019 som sier: «Betalingsplikten skal følge oppholdskommune, også for somatiske pasienter, fra 2019. Ikke folkeregistrert kommune som tidligere»<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup><https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>

## 20.2 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål inngår i årets kartlegging:

- Har dere mottatt varsling om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning? (Ja, Nei, Vet ikke)
  - Hvis ja, hvilke spesialisthelsetjenester har sendt varsling?
    - Psykisk helsevern for barn og unge
    - Psykisk helsevern for voksne
    - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
  - Hvis ja, har noen av pasientene denne kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune? (Ja, Nei, Vet ikke)

## 20.3 VARSLING OM BEHOV FOR KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER ETTER UTSKRIVNING

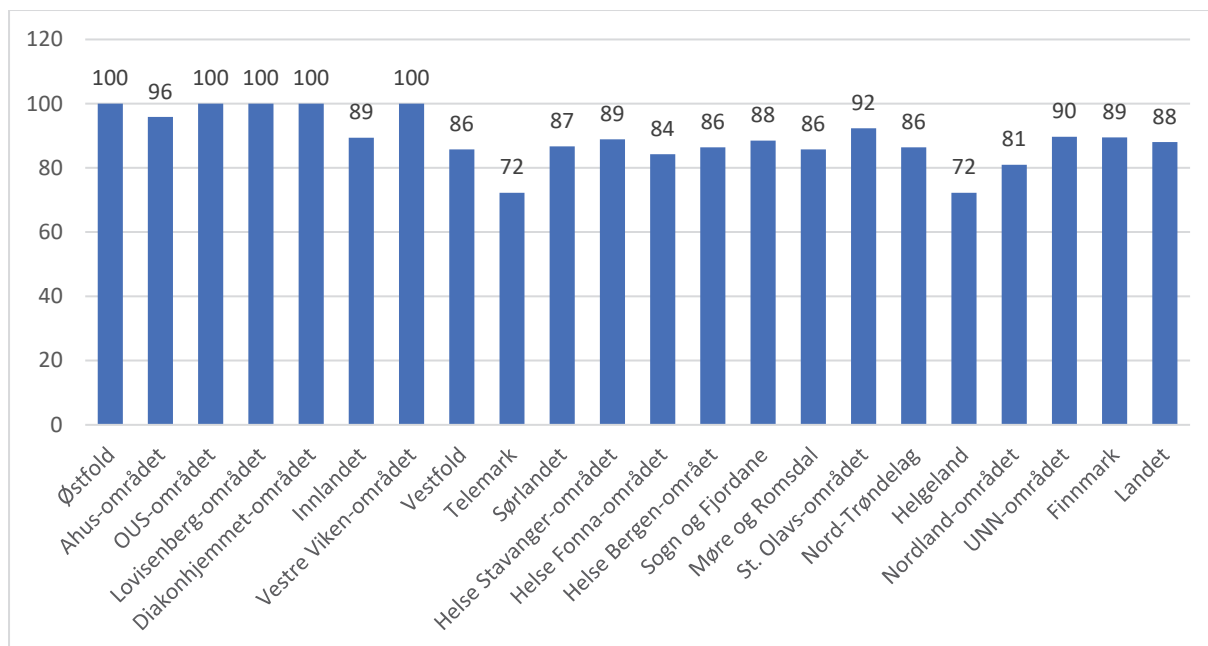
Det er 24 kommuner som ikke har svart på dette spørsmålet (6 prosent). Av de som har svart er det 93 prosent som svarer at de har mottatt slik varsling, eller 88 prosent av alle kommuner. Alle bydelene i Oslo svarer at de har mottatt varslinger.

Tabell 20.1 Respons på spørsmål om kommunen har mottatt varsling om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. 2019

	Antall	Prosent
Ja	371	88
Nei	23	5
Vet ikke	4	1
Ikke svart	24	6
Totalt	422	100

Vi antar i det følgende at de 24 kommunene som ikke har svart på spørsmålet, ikke har mottatt varslinger. Andel kommuner/bydeler som har mottatt varslinger i hvert helseforetak vises i figur 20.1.

Lavest andel finner vi i kommunene i Telemark og Helgeland, der 72 prosent av kommunene har mottatt slike varsler. Men det er ikke systematisk variasjon mellom kommuner i ulike opptaksområder. Det er heller ikke noen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse.



Figur 20.1 Andel kommuner som rapporterer at de har mottatt varsling om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. 2019

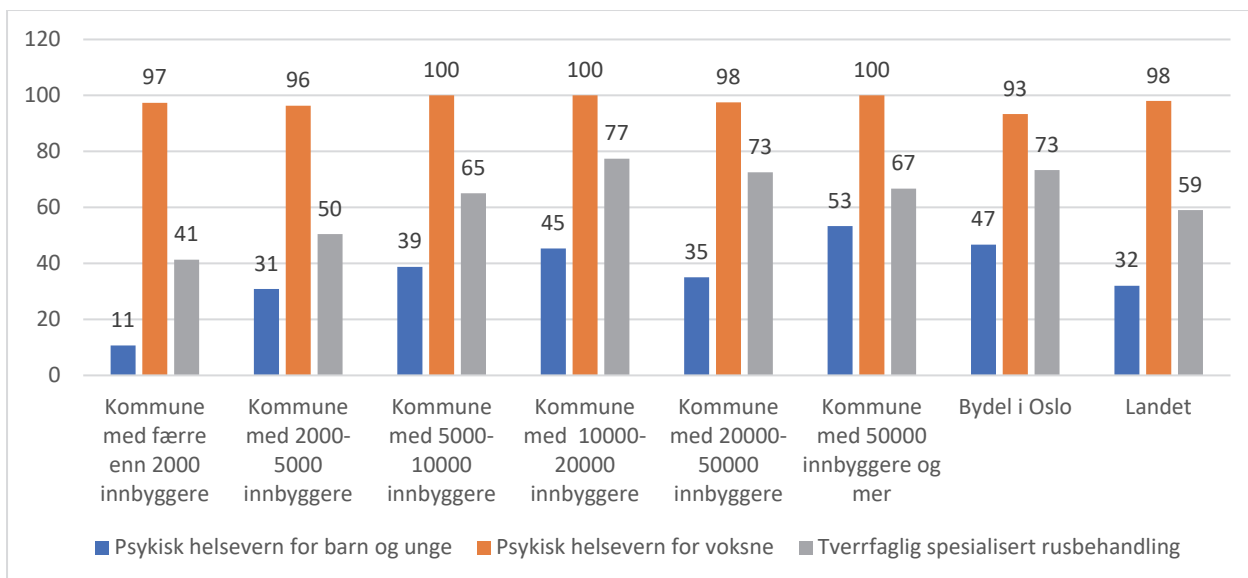
#### 20.4 HVEM VARSLERNE HAR KOMMET IFRA

Som vist i tabell 20.2, har 98 prosent av de som har mottatt varsler fått varsling fra psykisk helsevern for voksne, mens 59 prosent har mottatt varsling fra TSB og 32 prosent fra BUP. Dette reflekterer trolig størrelsen på sektorene mer enn hvem som sender hyppigst varslinger, se kapittel 2.8.

Tabell 20.2 Respons på spørsmål om hvilke spesialisthelsetjenester har sendt varsling. 2019

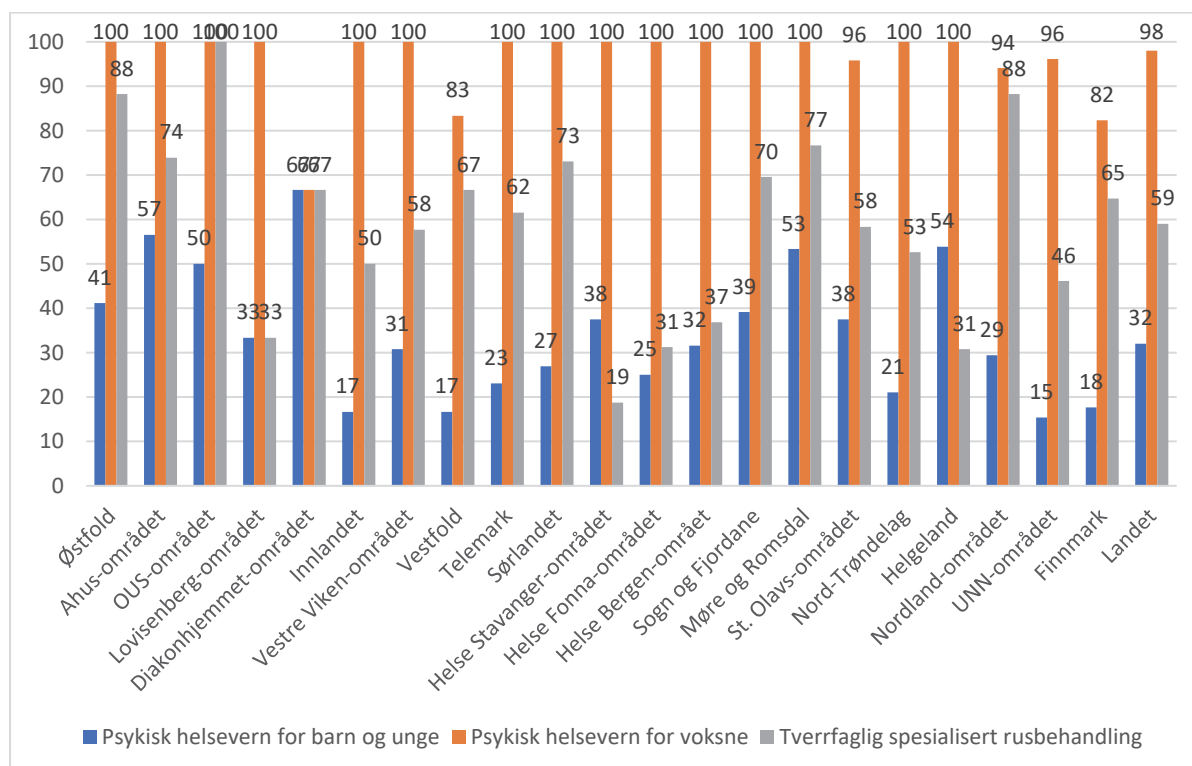
	Antall kommuner/bydeler	Prosent av alle kommuner/bydeler	Prosent av de som har mottatt varsler
Psykisk helsevern for barn og unge	125	29	32
Psykisk helsevern for voksne	377	86	98
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	228	52	59

Naturlig nok har kommuner med mange innbyggere større sannsynlighet for å ha mottatt varsler, men det er ikke lineære sammenhenger, se figur 20.2.



Figur 20.2 Prosent av kommunene som har mottatt varsler om pasient(er) som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning etter hvilken sektor varslene er sendt ifra, kommunestørrelse, 2019

Fordelingen på helseforetak (kommunenes opptaksområde) for de tre sektorene vist med prosent av de som har mottatt varsler.



Figur 20.3 Prosent av kommunene som har mottatt varsler om pasient(er) som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning etter hvilken sektor varslene er sendt ifra, opptaksområde, år 2019.

## 20.5 OPPHOLDSKOMMUNE OG BODSTEDSKOMMUNE

I merknadene til §2 i Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det presisert at betalingsplikten gjelder personer som er folkeregistrert i kommunen og at "...det er kommunen hvor pasienten er folkeregistrert som skal betale for pasientens opphold på sykehus,(...)"

Men i forslag til statsbudsjett for 2019 Prop. 1 S (2018-2019) innføres betalingsplikt for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 1.1.2019. På side 93 i proposisjonen heter det at "Betalingsplikten skal følge oppholdskommune." Videre heter det på side 104 at "Betalingsplikten skal følge oppholdskommune, også for somatiske pasienter, fra 2019." [ref]

Dette kan skape problemer for helseforetakene fordi de ikke har informasjon om oppholdskommune, kun bostedskommune. Dette har ikke bare betydning for spørsmålet om betaling, men også for hvilken kommune som skal informeres om innlagt pasient, få informasjon under opphold og ved utskrivning. Det vil også bli en utfordring for sykehusene å undersøke hvilken som er pasientens oppholdskommune. I dag løses dette ved at sykehusenes journalsystemer sjekker folkeregisteret for å finne pasientens hjemkommune.

Av de 371 kommunene som har svart at de har mottatt varsler om pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, er det 370 som har svart på om noen av pasientene har denne kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune.

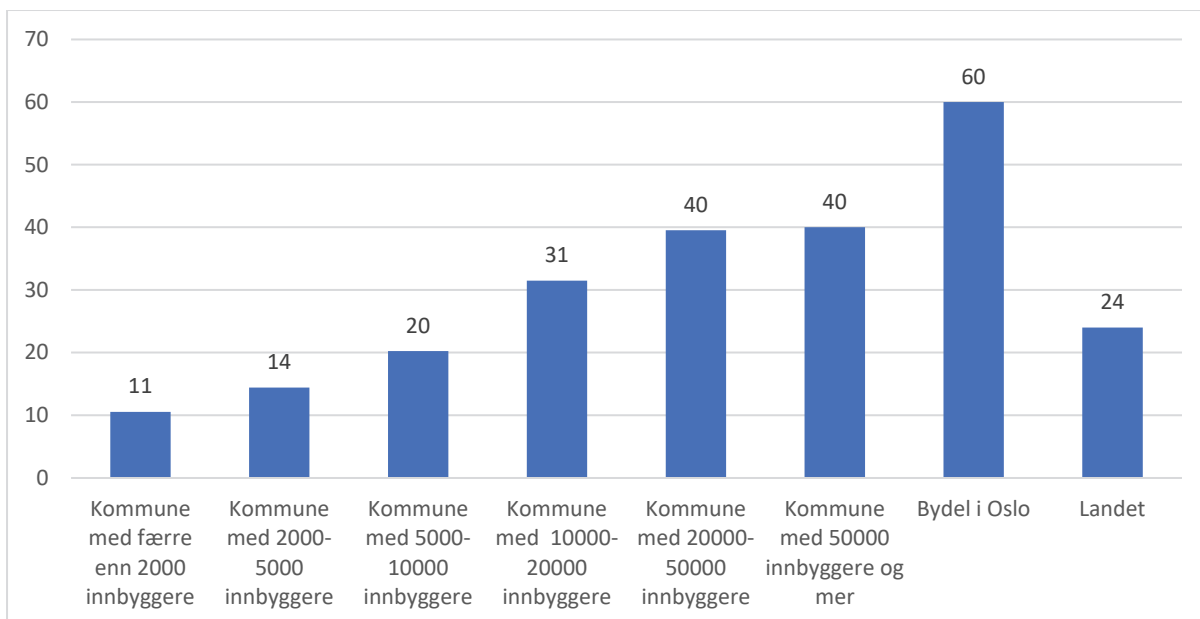
Som vist i neste tabell er det 87 kommuner (24 prosent) som svarer at noen av pasientene har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune. Av bydelene i Oslo, er det 9 som har svart ja, to som har svart vet ikke og 4 som har svart Nei (Ullern, Nordre Aker, Stovner og Alna).

**Tabell 20.3** Respons på spørsmål om noen av pasientene har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune av de som har mottatt varsler.

	Antall	Prosent
Ja	87	24
Nei	220	59
Vet ikke	63	17
Total	370	100

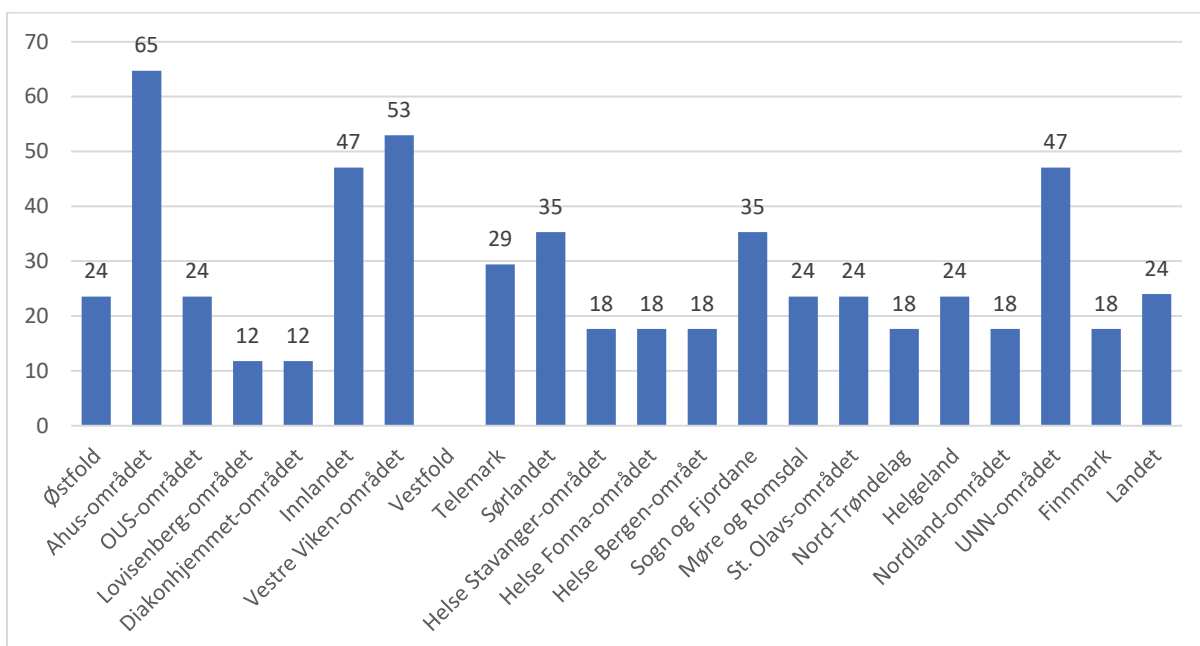
Vi ser nærmere på hvilke kommuner som har svart ja på dette spørsmålet, og som vist i neste figur er det naturlig nok økende andel etter kommunestørrelse (flere innbyggere gir høyere sannsynlighet for at noen av pasientene har kommunene som oppholdskommune heller enn bostedskommune).





**Figur 20.4** Prosent av kommunene som svarer at noen av pasientene de har mottatt varsler for har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune, kommune størrelse, år 2019.

Som vist i neste figur er det flest kommuner/bydeler i Ahus-området, Vestre Viken, Innlandet og UNN som har mottatt varsler for har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune.



**Figur 20.5** Prosent av kommunene som svarer at noen av pasientene de har mottatt varsler for har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune, opptaksområde, år 2019.

## 20.6 OPPSUMMERING

Det store flertallet av landets kommuner (88 prosent) svarer at de har mottatt varsling om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Nesten alle kommunene som har mottatt varslinger, har fått det fra psykisk helsevern for voksne (98 prosent), mens 52 prosent av alle kommuner har mottatt varsler fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 29 prosent fra psykisk helsevern for barn og unge.

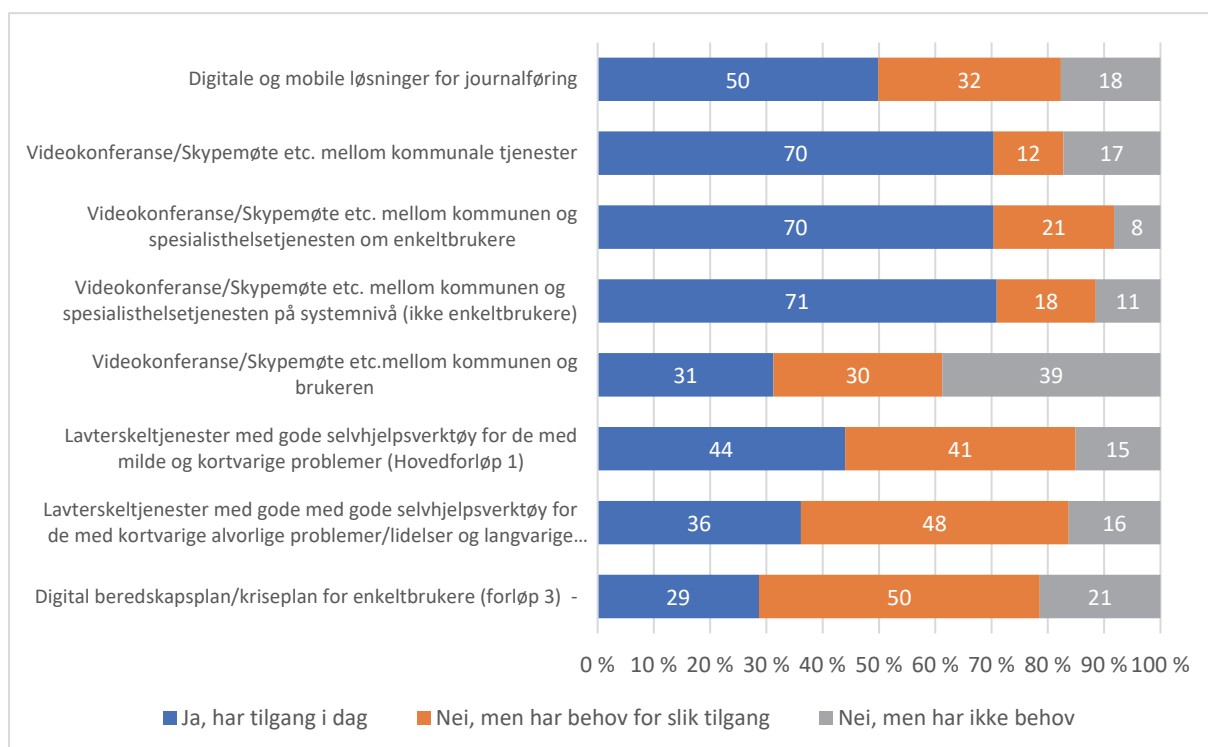
Totalt er det 24 prosent av kommunene som har mottatt varsler som svarer at noen av pasientene har kommunen som oppholdskommune og ikke som bostedskommune. Dette gjelder størst andel av kommunene i opptaksområdene til Ahus-området, Vestre Viken, Innlandet og UNN.

## 21 NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING

Det er store forventninger til at kommunene skal ta i bruk teknologi i tjenestene for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige og mer effektive, og vi har derfor inkludert noen spørsmål om bruk av teknologi i tjenestene.

Det er 89 – 95 prosent av kommunene som har svart på disse spørsmålene, færrest svar har kommet på spørsmålene knyttet til forløp (tre siste spørsmål). Fra figur 21.1 ser vi at femti prosent av kommunene har tilgang til digitale og mobile løsninger for journalføring, mens 70 prosent har tilgang til videokonferanseutstyr eller Skype i kommunikasjon internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten. Færrest kommuner har tilgang på muligheter for videokonferanse/Skypemøte med brukerne (31 prosent), og det er også mange kommuner (39 prosent) som ikke ser behov for slike løsninger i kommunikasjon med brukerne. Kommentarene fra kommunene tyder på at dette skyldes at mange av brukerne har for lavt funksjonsnivå til å ha nytte av slike løsninger.

Det er aller flest kommuner som oppgir at de har behov for tilgang til digital beredskapsplan for de mest utsatte brukerne (Hovedforløp 3) uten at de har det i dag (50 prosent), mens 21 prosent svarer at de ikke har behov for en digital beredskapsplan/kriseplan.



Figur 21.1 Spørsmål om tjenestene har tilgang til ulike teknologiske verktøy, 2019.

## 21.1 UDEKKEDE BEHOV

Mellom 5 og 23 prosent av alle kommunene/bydelene melder om udekkede behov for teknologi i tjenestene innen psykisk helse og rusarbeid.

Tabell 21.1 Prosent av kommuner/bydeler som ikke har verktøyet i dag som svarer at det planlegges eller ikke planlegges basert på at de mener det er behov for verktøyet og antall kommuner/bydeler det gjelder. 2019

	Planlegges innført	Ikke planer, men behov	Totalt	Antall kommuner uten planer, men behov	Prosent av alle uten planer, men behov
Digitale og mobile løsninger for journalføring	58	42	100	42	10
Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunale tjenester	44	56	100	20	5
Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om enkeltbrukere	43	57	100	35	8
Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på systemnivå (ikke enkeltbrukere)	34	66	100	31	7
Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunen og brukeren	31	69	100	59	14
Lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1)	44	56	100	63	14
Lavterskeltjenester med gode med gode selvhjelpsverktøy for de med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2)	39	61	100	77	18
Digital beredskapsplan/kriseplan for enkeltbrukere (forløp 3)	19	81	100	101	23

## 21.2 OPPSUMMERING

Halvparten av kommunene har tilgang til digitale og mobile løsninger for journalføring, mens 70 prosent har tilgang til videokonferanse/Skypemøte med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten, men det er bare 31 prosent av kommunene som oppgir at de kan bruke videokonferanseutstyr/Skypemøter med brukeren. Det er 44 prosent av kommunene som oppgir at de har lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1) og 36 prosent for de med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer (Hovedforløp 2). Det er 29 prosent av kommunene som har digital beredskapsplan/kriseplan for enkeltbrukere (Hovedforløp 3).

Vi beregner at det er flest kommuner (n=101) som oppgir å ha behov, uten å ha planer for innføring, for digital beredskapsplan/kriseplan (23 prosent) og for lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (18 prosent) og selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (14 prosent). Ti prosent av kommunene mangler planer for innføring av digitale og mobile løsninger for journalføring samtidig som de oppgir at de har behov for det. Dette er konservative estimat fordi vi her antar at de som har svart er kapabel til å vurdere behovet for de ulike løsningene.

## 22 ANNET

I dette kapitlet samler vi noen tema som kort har blitt kartlagt, men som ikke presenteres som egne kapitler på grunn av omfang.

### 22.1 KOBLING TIL KOORDINERENDE ENHET

Vi har vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og spurte derfor om dette. Totalt er det 77 prosent av kommunene som svarer at feltet er integrert i koordinerende enhet og det er 95 prosent av kommunene som har svart på spørsmålet. I 2018 var det 71 prosent som svarte at feltet er integrert i koordinerende enhet og det var da 93 prosent som svarte på spørsmålet. Det er ikke betydelige statistiske forskjeller mellom kommunene etter hvor store de er, eller etter hvilket fylke de ligger i, og det er derfor ikke tatt med figurer etter kommunestørrelse og fylke.

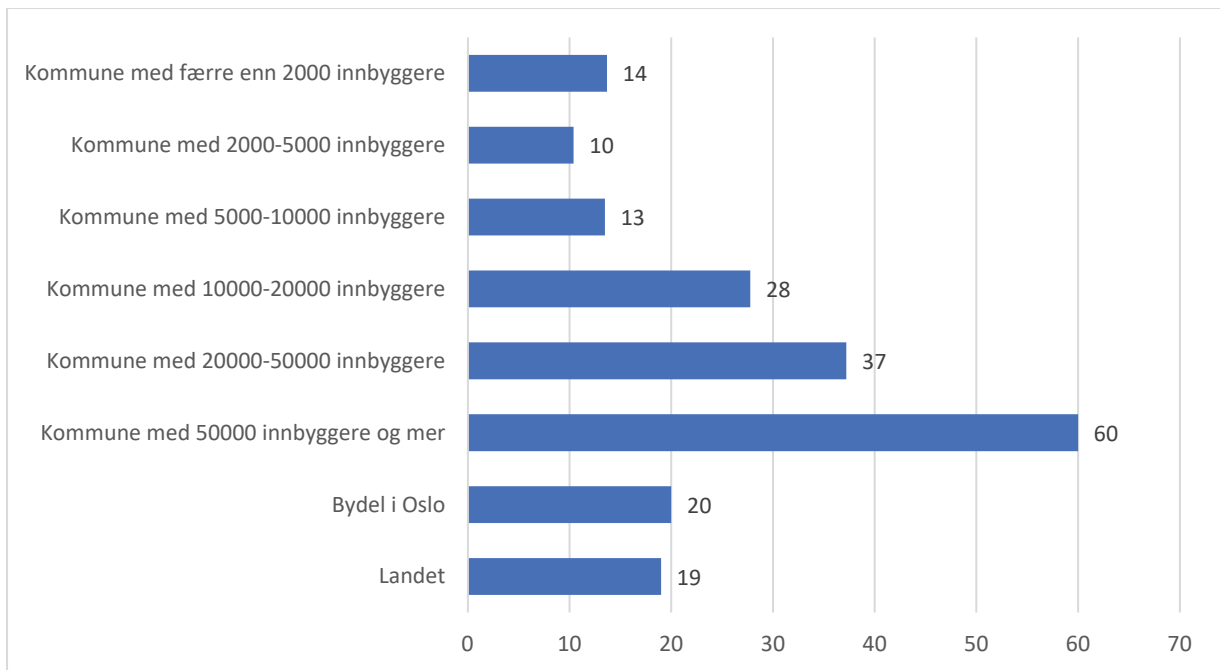
### 22.2 PSYKISK HELSE OG RUSARBEID SOM EN LIKEVERDIG DEL AV DET LOKALE FOLKEHELSEARBEIDET

Det er hhv. 420 og 414 kommuner/bydeler (96 og 95 prosent) som har svart på spørsmål om hhv. psykisk helsearbeid og rusarbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Av disse er det 85 prosent som svarer ja for psykisk helse og 74 prosent som svarer ja for rus. Dette er en økning fra hhv. 74 og 64 prosent i 2018.

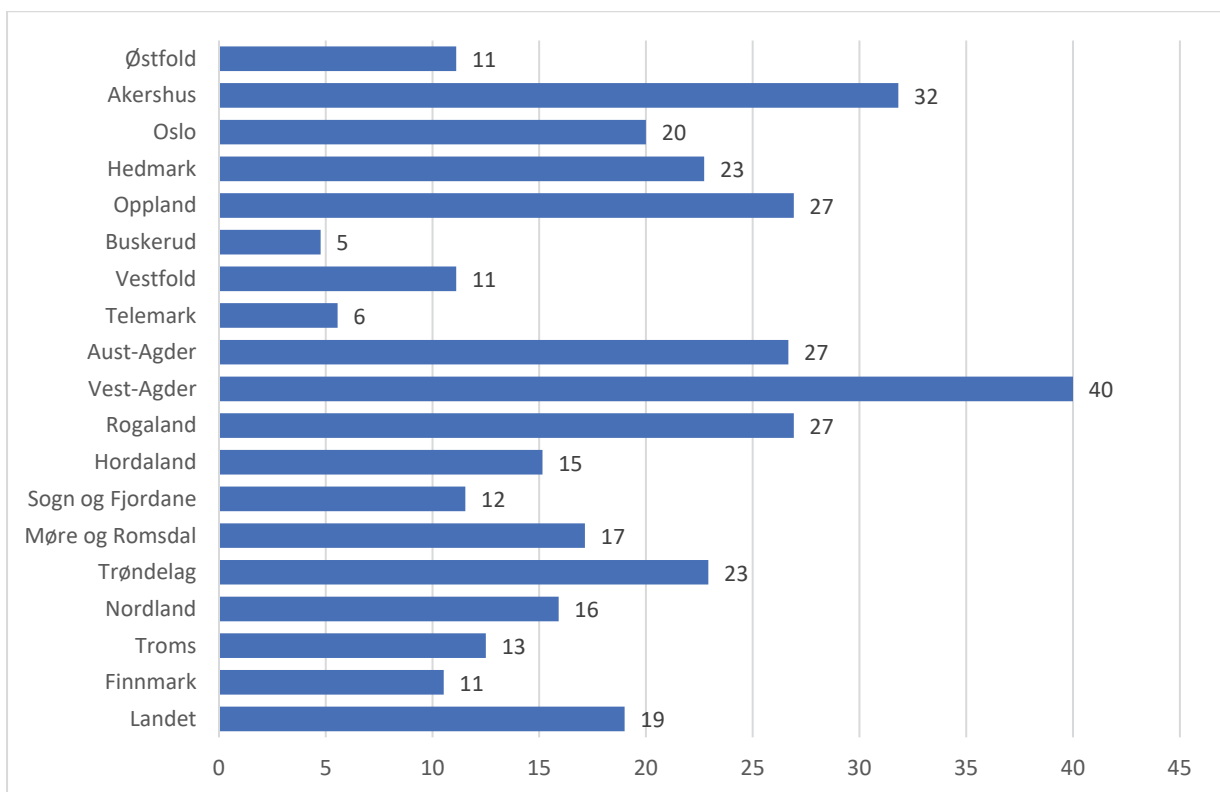
### 22.3 TILTAK FOR Å ØKE KOMPETANSEN OM KJØNN- OG SEKSUALITETSMANGFOLD BLANT DE ANSATTE

I 2019 har vi også spurt om kommunen/bydelen har iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant de ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene.

Det er 420 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (95 prosent) og av disse er det 19 prosent som svarer ja. Her er noe variasjon etter kommunestørrelse og fylke, se figur 22.1 og 22.2.



**Figur 22.1** Prosent av kommunene som svarer at de har iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene. Kommunestørrelse, 2019.

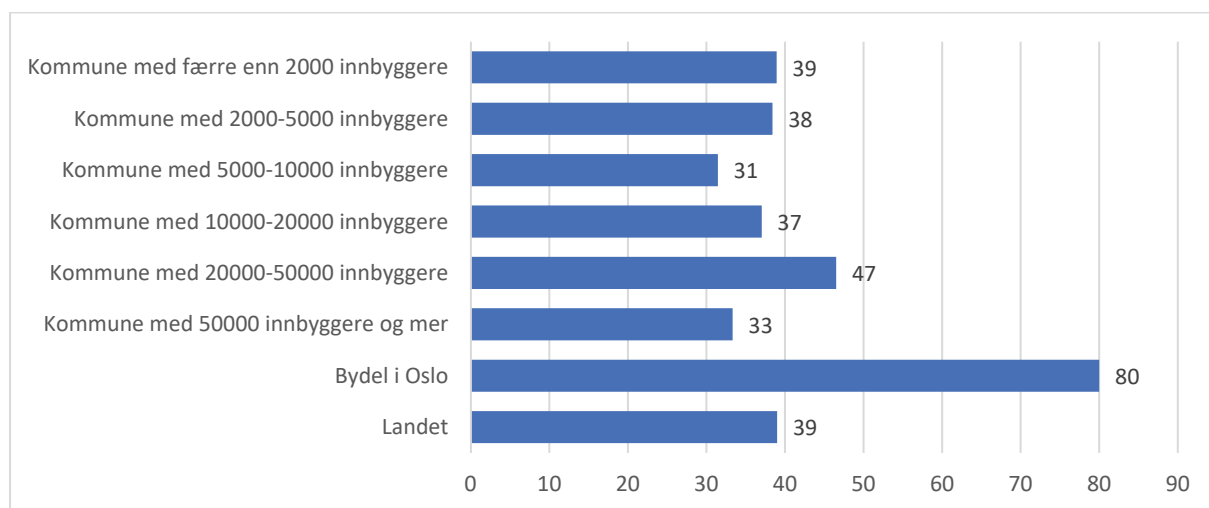


**Figur 22.2** Prosent av kommunene som svarer at de har iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene. Fylke, 2019.

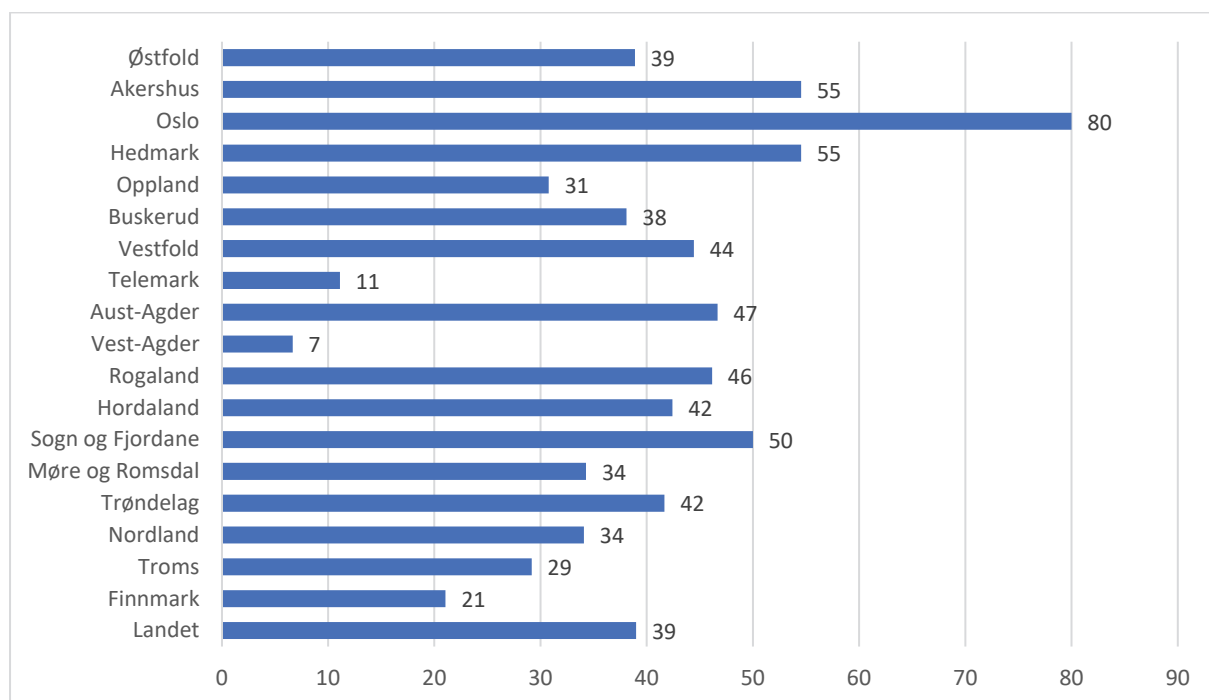
## 22.4 TILGANG TIL PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIGNENDE

I 2019 er det også tatt med et spørsmål om kommunen/bydelen har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende).

Det er 418 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (96 prosent) og det er 170 (39 prosent av alle kommuner/bydeler) som svarer at de har tilgang på et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser.



Figur 22.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Kommunestørrelse, 2019.

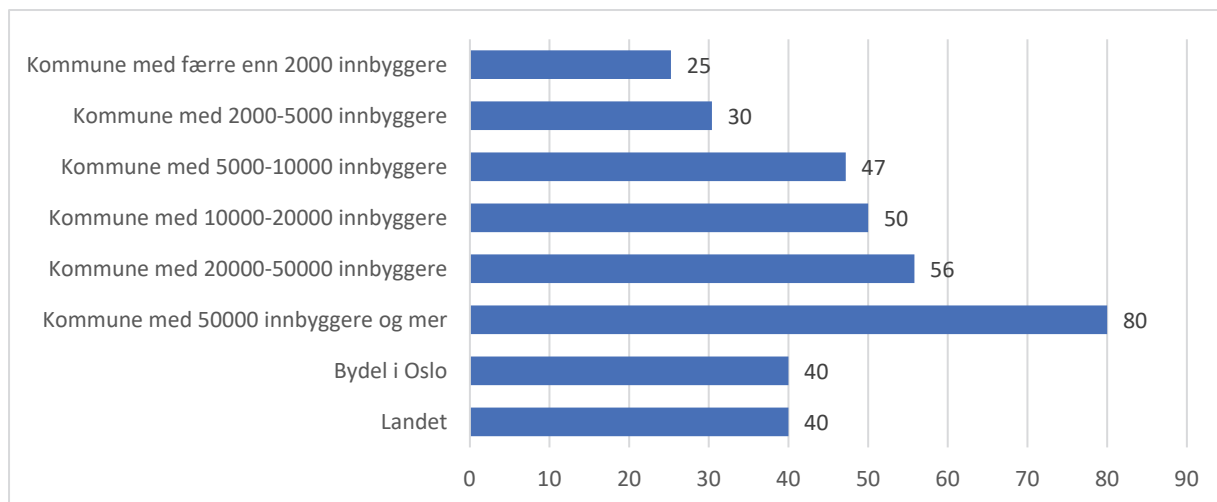


Figur 22.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Fylke, 2019.

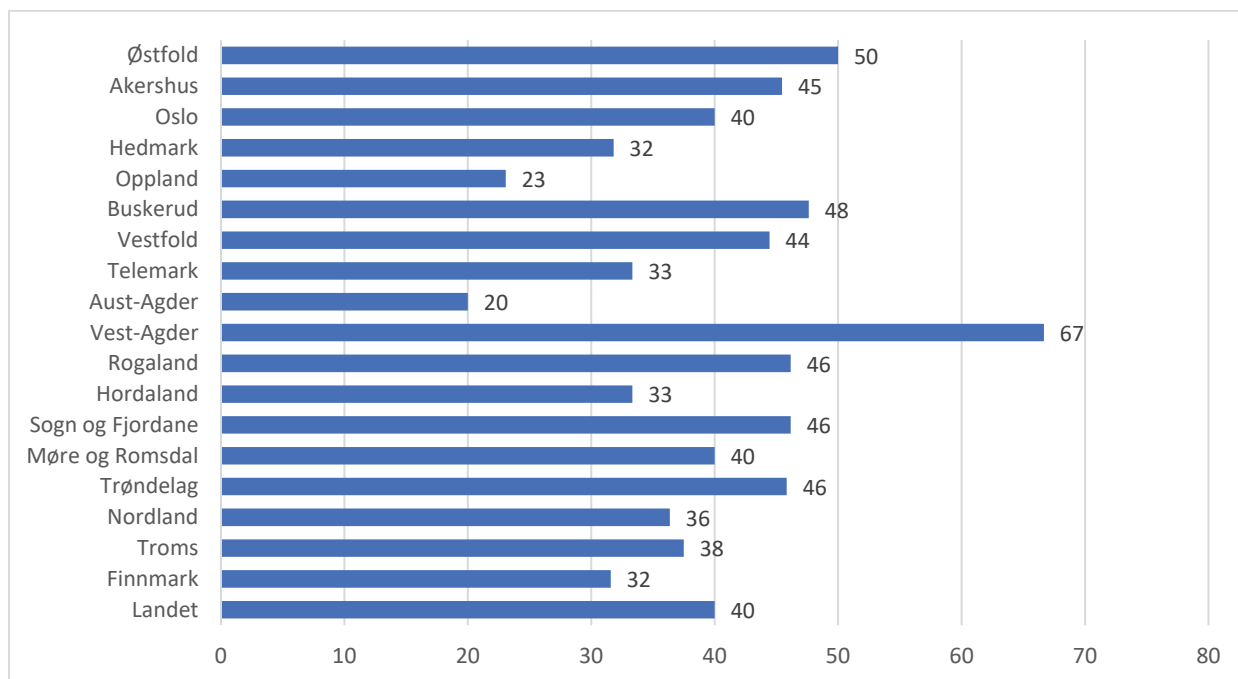
## 22.5 TJENESTER TILGJENGELIG FOR MÅLGRUPPEN PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger).

Det er 173 kommuner/bydeler som svarer at de har tjenester tilgjengelig på ettermiddags- og kveldstid, og dette utgjør 40 prosent av kommunene. Men det er ikke betydelig overlapp med hvilke kommuner som har tilbud for akutte kriser, så vi viser også her fordelingen etter kommunestørrelse og fylke.



Figur 22.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Kommunestørrelse, 2019.



Figur 22.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Fylke, 2019.

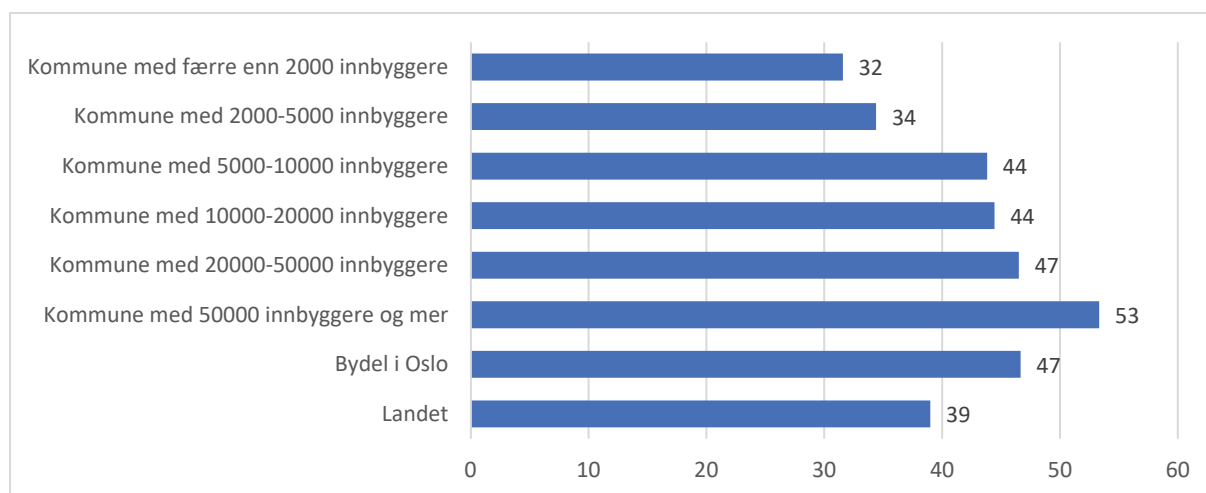


Det er 157 kommuner/bydeler av de 173 som svarer at de har tilbud på ettermiddags- og kveldstid (91 prosent) som gir en kort beskrivelse av tilbudet. Her nevnes særlig hjemmetjenester, ulike ambulante team og aktivitetstilbud på kveldstid. Det er også noen som går tre-delt turnus i kommunalt psykisk helsearbeid, men dette kan være knyttet til boligtilbud.

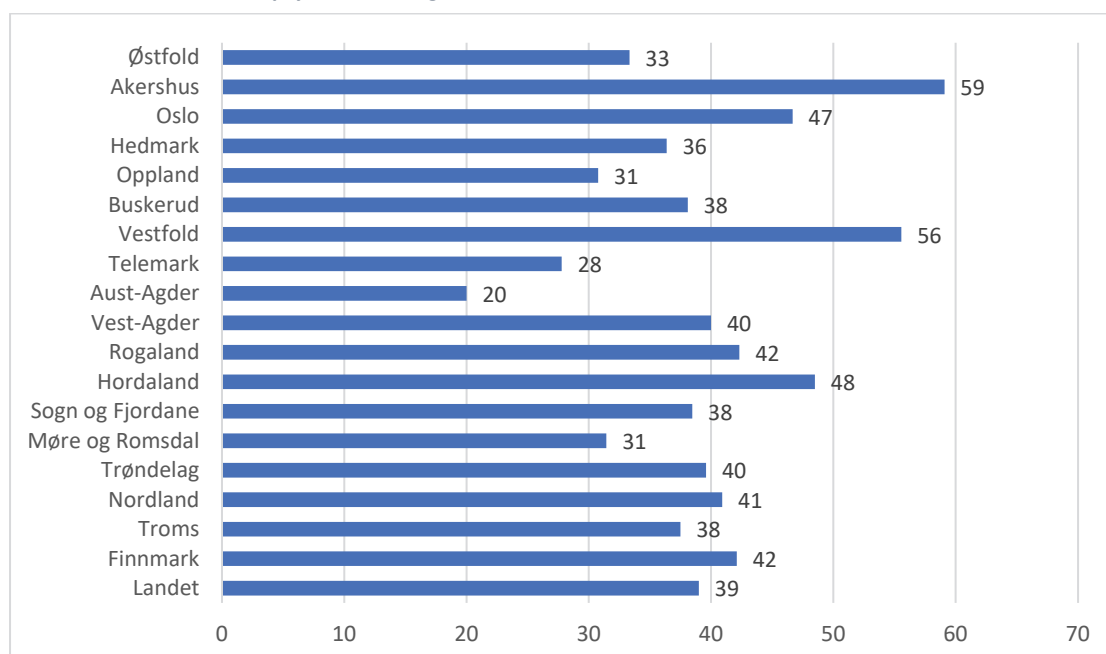
## 22.6 NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF.

Det er 415 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (95 prosent) og det er 171 som svarer ja. Dette betyr at 39 prosent av kommunene har benyttet rapporten i kommunens psykisk helse- og rusarbeid, og som vist i figur 22.7, har en noe større andel store kommuner benyttet rapporten enn blant mindre kommuner.



**Figur 22.7** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2019.



**Figur 22.8** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2019.

Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Av de 171 kommunene/bydelene som har benyttet rapporten, er det 170 som har svart på dette. Som vist i tabell 22.1, er det 9 prosent som i liten grad har nytte av rapporten og 28 prosent som har stor nytte (stor grad eller svært stor grad). Det er ikke systematisk variasjon etter kommunestørrelse eller fylke.

**Tabell 22.1 Svar på spørsmål om i hvilken grad de opplever at rapporten er nyttig i dette arbeidet. 2019**

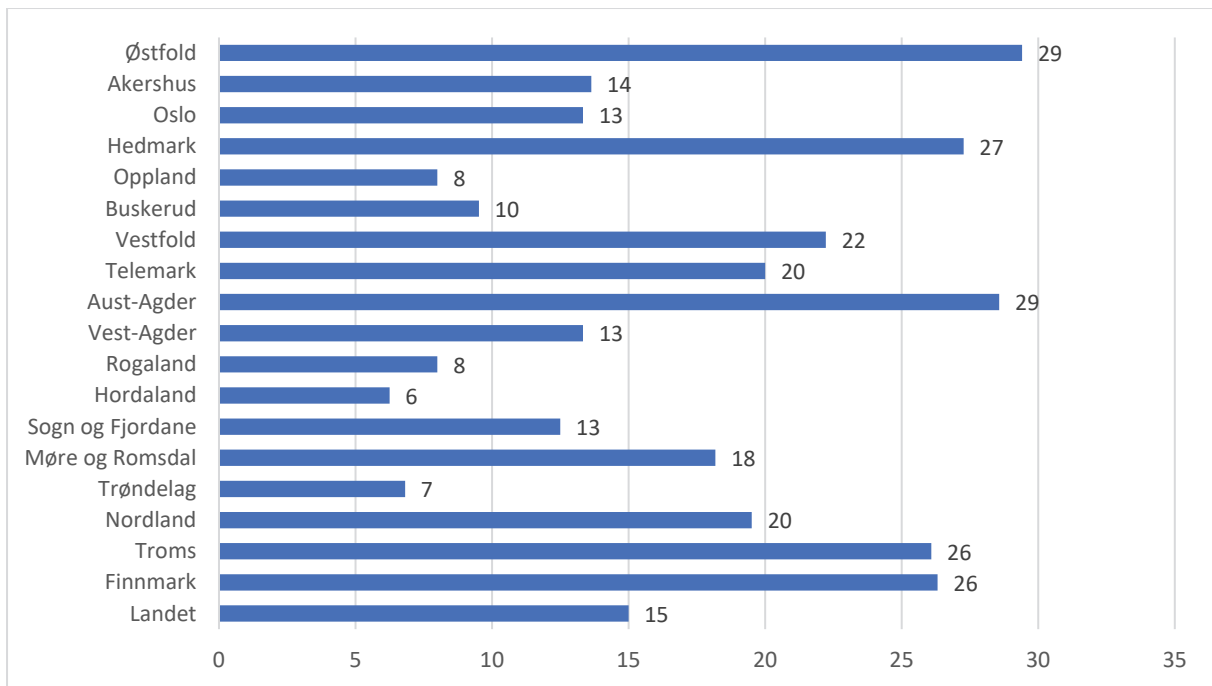
	Antall	Prosent
I svært liten grad	3	2
I liten grad	12	7
I noen grad	105	61
I stor grad	41	24
I svært stor grad	6	4
Vet ikke/ikke svart	4	2
<b>Totalt</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

## 22.7 FORANKRING HOS RÅDMANNEN

Vi spør om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er 15 prosent av kommunene som ikke har godkjenning fra rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef, mens de fleste har godkjenning gjennom delegasjon (68 prosent). Det er ikke systematiske forskjeller i andel som svarer nei etter kommunestørrelse, men noe variasjon etter fylke – se figur 22.9.

**Tabell 22.2 Svar på spørsmål om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. 2019**

	Antall	Prosent
Ja, direkte ved gjennomsyn	54	12
Ja, gjennom delegasjon	296	68
Nei	66	15
Ikke svart	20	5
<b>Totalt</b>	<b>436</b>	<b>100</b>



Figur 22.9 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef ikke har godkjent rapporteringen. Fylke, 2019.

## 22.8 OPPSUMMERING

Vi har vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og har derfor spurt om dette i 2018 og i 2019. I 2018 svarte 71 prosent av kommunene/bydelene at feltet er integrert i koordinerende enhet, og i 2019 var andelen 77 prosent.

Det er 85 prosent av kommunene/bydelene som svarer at psykisk helsearbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet og 74 prosent svarer at rusarbeidet inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Dette er en økning fra hhv. 74 og 64 prosent i 2018.

I 2019 har vi også spurt om kommunen/bydelen har iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant de ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene. Det er 19 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har iverksatt tiltak for å øke kompetansen på dette området.

I 2019 er det også tatt med et spørsmål om kommunen/bydelen har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Det er 39 prosent av alle kommuner/bydeler som svarer at de har tilgang på et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser.

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Det er 40 prosent av kommunene som svarer at de har slike tilbud, og store kommuner har tilbud utover kontortid i større grad enn små kommuner. Her nevnes særlig hjemmetjenester, ulike ambulante team og aktivitetstilbud på kveldstid. Det er også noen som går tredelt turnus i kommunalt psykisk helsearbeid, men det er usikkert om dette kun er knyttet til boligtilbud.

I 2019 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF (ikke lest eller sett, men benyttet). Det er at 39 prosent av kommunene har svarer at de har benyttet rapporten i kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Ni prosent av kommunene svarer at de har liten grad har nytte av rapporten, mens 28 prosent svarer at de har stor nytte av rapporten, og 61 prosent svarer at de har noe nytte av rapporten.

Vi spør også om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er 15 prosent av kommunene som ikke har godkjenning fra rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef, mens de fleste har godkjenning gjennom delegasjon (68 prosent), og 12 prosent svarer at de har godkjenning direkte ved gjennomsyn.

## 23 ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene for psykisk helse, rus, vold og selvmordsfeltet. Følgende sentre er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KoRus (regionale kompetansesenter for rus-spørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)
- NKVTS (Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress)
- NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)

Dette temaet har vært med i de tre siste kartleggingene, men spørsmålene har variert. Resultatene fra de to foregående kartleggingene har vist at det er få kommuner som ikke har hørt om kompetansesentrene NAPHA, KoRus, RBUP/RKBU, RVTS, NKROP. Dette gjelder også NKVTS og NSSF, som først ble inkludert i 2019-rapporten.

Sentrene har dels ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene. Formålet med kapitlet er derfor ikke å sammenlikne sentrene.

KoRus er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (89 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (83 prosent). NAPHA har vært benyttet av 73 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 62 prosent av kommunene. Det er 21 prosent av kommunene som i 2019 har hatt kontakt med ROP-tjenesten. 21 prosent av kommunene har vært i kontakt med NKROP, 28 prosent med NKVTS og 19 prosent med NSSF. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs eller andre kompetansehevingstiltak og få tilgang til fagstoff.

### 23.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra 57 ulike variabler i datasettet. Det er mellom 95 og 96 prosent som har svart på følgende spørsmål:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt:
  - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
  - KoRus (regionale kompetansesentre på rusfeltet)
  - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
  - RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
  - NKROP-tjeneste (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
  - NKVTS (Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress)

- NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig)
  - Besøkt nettsiden
  - Telefonkontakt
  - Konkret samarbeid
  - E-læringstilbud
  - Lest fagartikler
  - Deltatt på kurs
  - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
  - Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått?
- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner eller mindre grupper som har kontakt med ressurscenterne snarere enn hele tjenesten. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra et par kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. Den første delen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i 2018. Vi tar derfor med begge årene i fremstillingene.

## 23.2 NAPHA

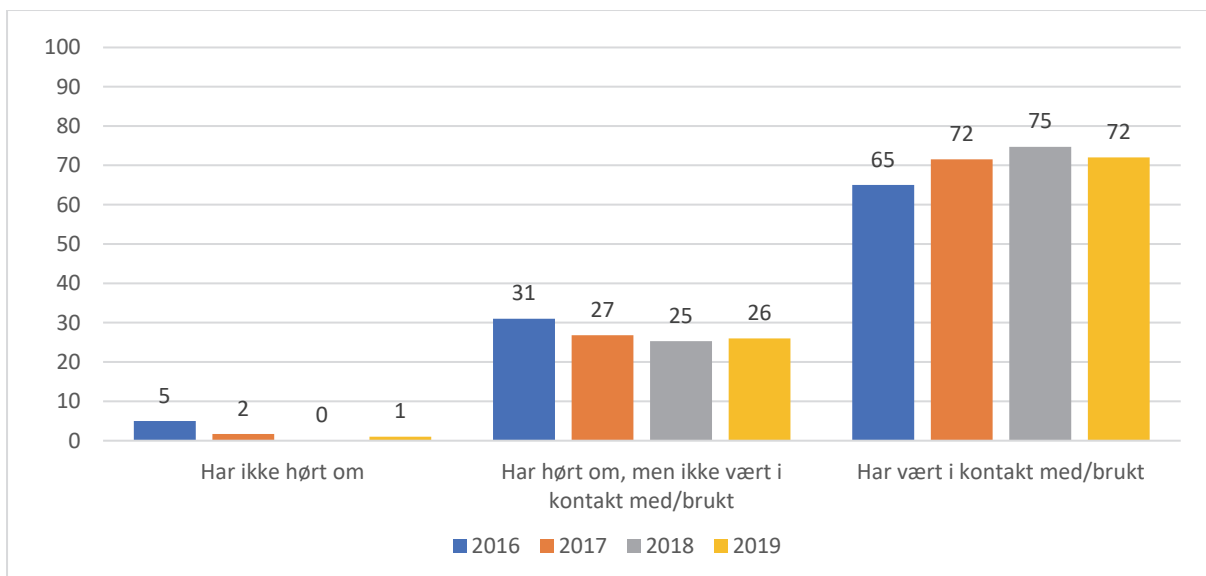
NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom tilskuddsbrev og dialogmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

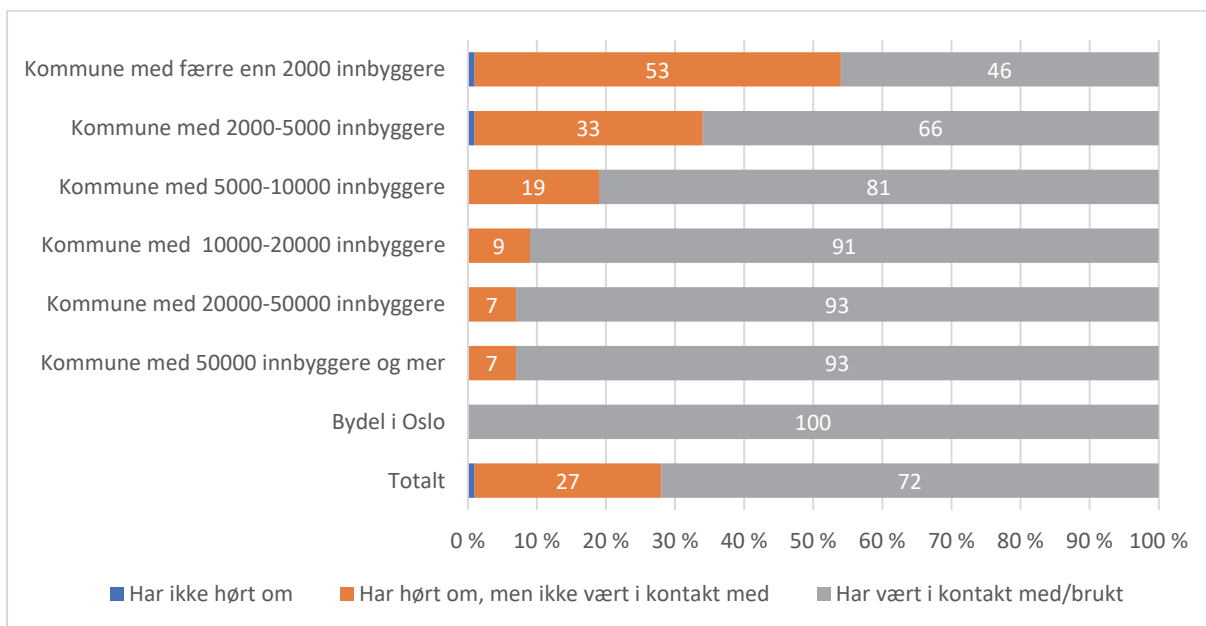
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark.
- Team Midt dekker Nord- og Sør-Trøndelag, samt Møre og Romsdal.
- Team Vest dekker Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.
- Team Sør dekker Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.
- Team Øst dekker Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland.

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Fra figur 23.1 ser vi at det er 72 prosent av kommunene som i 2019 har vært i kontakt med NAPHA, en nedgang på tre prosentpoeng siden 2018. Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som har svart.

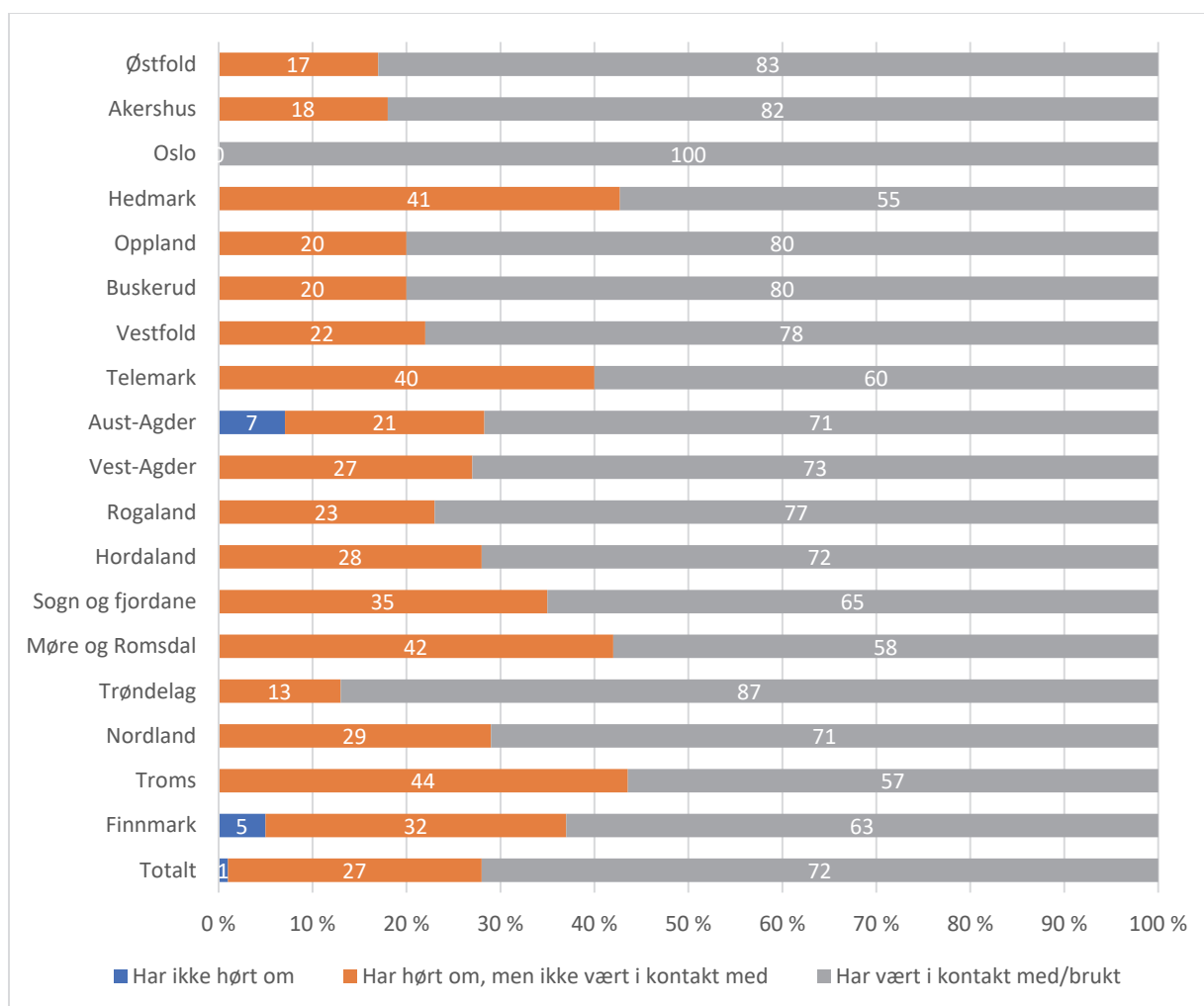


Figur 23.1 Andel kommuner som kjenner til NAPHA, 2016-2019.



Figur 23.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, kommunestørrelse 2019.

Det er en betydelig lavere andel av de små kommunene som ikke har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, jf. figuren over. Det er i 2019 to kommuner som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA, én med færre enn 2000 innbyggere, og én med mellom 2000 og 5000 innbyggere.



Figur 23.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, fylke 2019.

Figuren viser at kommunene som i minst grad har vært i kontakt med NAPHA ligger i Hedmark, Møre og Romsdal og Troms. Kommunene som i størst grad har vært i kontakt med NAPHA ligger i Østfold, Oslo og Trøndelag.

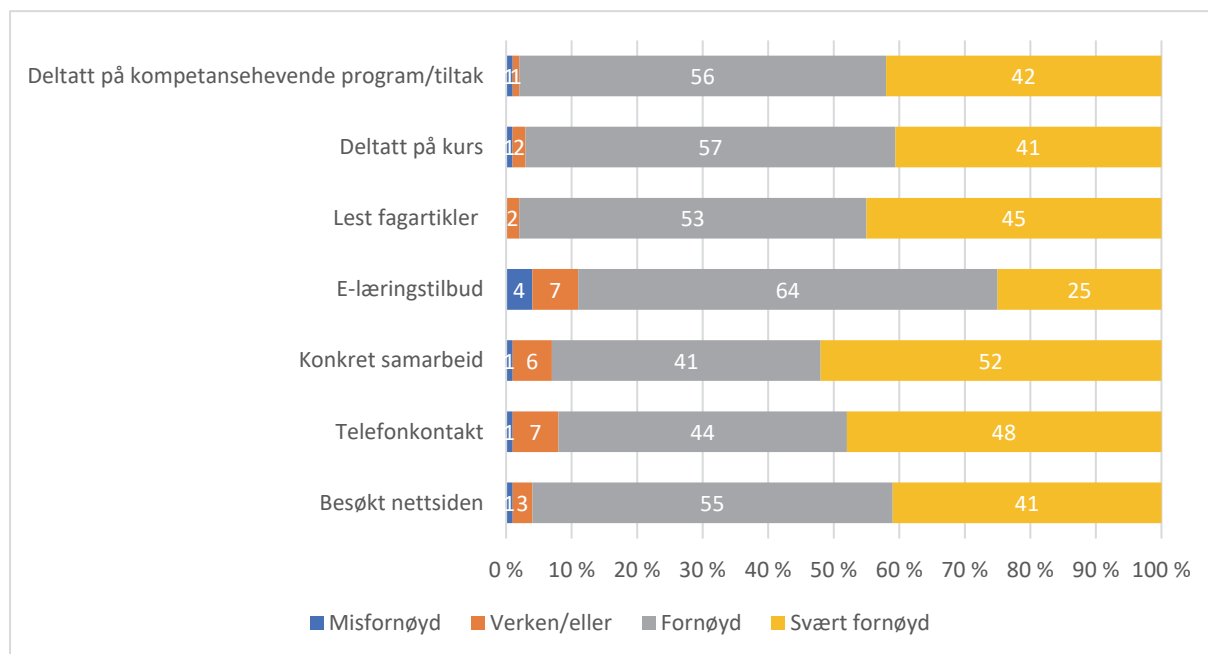
Fra tabell 23.1 ser vi at 59 prosent av kommunene svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA i 2019, mens 55 prosent av kommunene oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA. 42 prosent har deltatt på kurs, mens for eksempel 25 prosent har deltatt på kompetansehevende program/tiltak.



Tabell 23.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426), 2018 (n=422) og 2019 (n=422)

	2016		2017		2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	247	58	298	70	253	60	260	59
Lest fagartikler	218	51	269	63	216	51	240	55
Deltatt på kurs	159	37	169	40	183	43	184	42
Telefonkontakt	60	14	109	26	113	27	100	23
Konkret samarbeid	55	13	79	19	106	25	104	24
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18	89	21	95	23	111	25
E-læringstilbud	11	3	20	5	25	6	27	6
Annet	12	3	16	4	18	4	10	2

Kommunene ble også spurt i hvilken grad de var fornøyd med de forskjellige tjenestetilbudene de benyttet seg av fra NAPHA. Her kunne kommunene velge opptil flere svaralternativer dersom de hadde benyttet seg av flere enn én kontaktform, og de kunne bare svare dersom de hadde oppgitt at de hadde vært i kontakt med kompetansesenteret. Figuren under viser at kommunene i 2019 i størst grad var fornøyd eller svært fornøyd med kompetansehevende program/tiltak og kursdeltakelse. De var i minst grad fornøyd med e-læringstilbud og telefonkontakt.



Figur 23.4 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med NAPHA etter hvilket tilbud de anvendte, 2019.

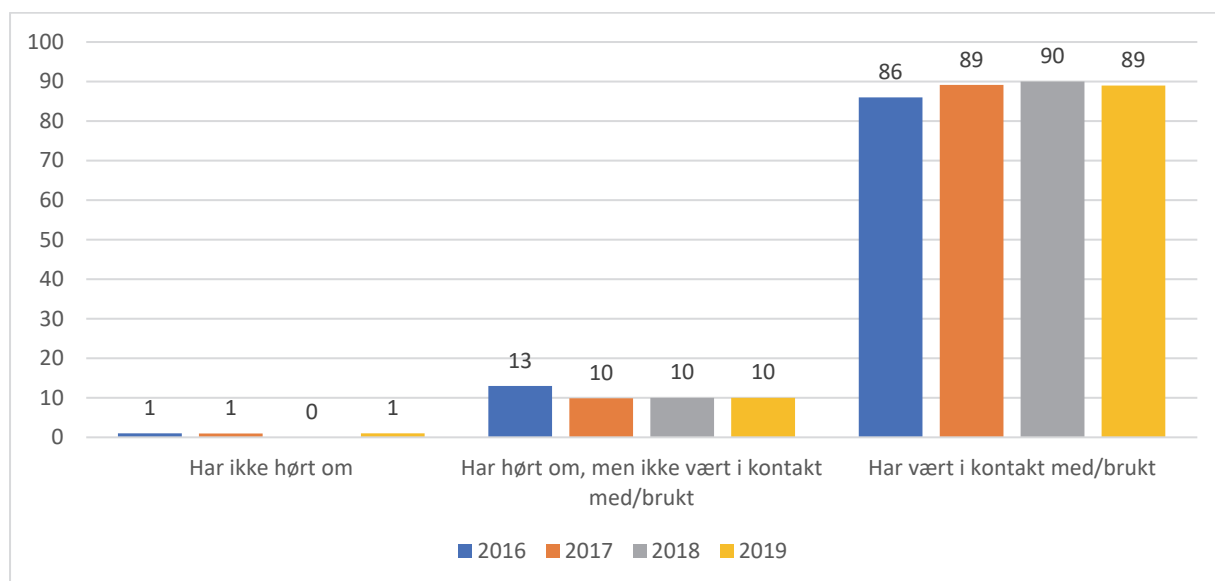
### 23.3 KORUS

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) skal bidra til ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesentrene er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier.

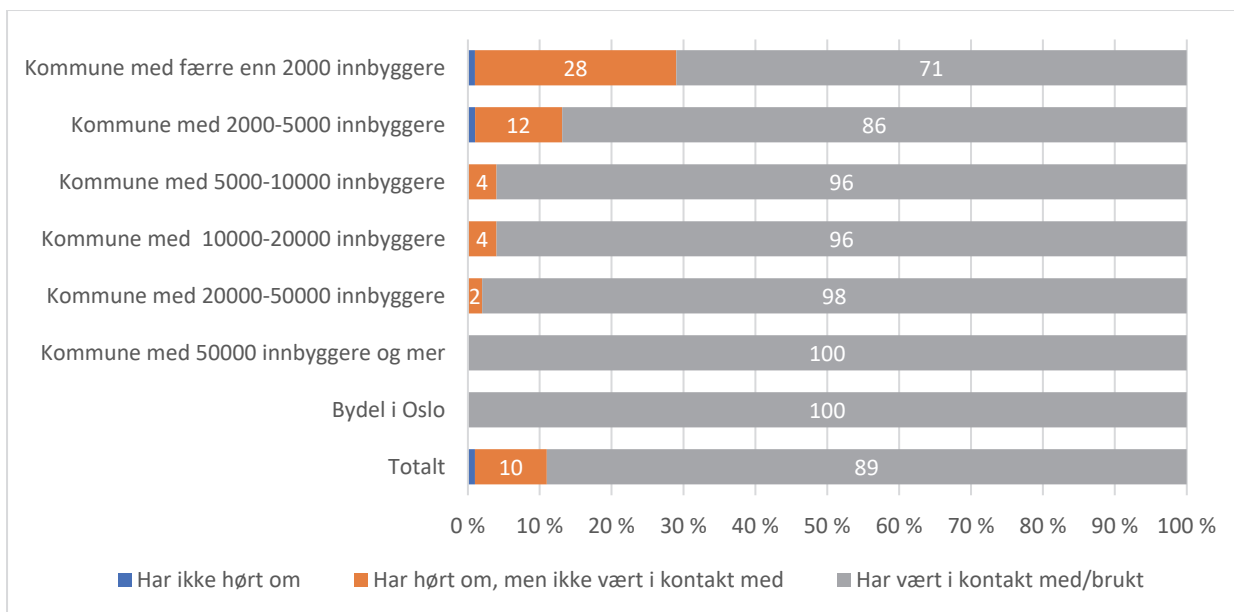
Sentrene bidrar til kompetanseheving ute i tjenestene gjennom undervisning, veiledning og nettverksarbeid. Det er sju KoRus:

- KoRus – Midt-Norge (St. Olavs Hospital HF)
- KoRus – Vest Bergen (Stiftelsen Bergensklinikkene)
- KoRus – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KoRus – Sør (Borgestadklinikken Blå Kors)
- KoRus – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KoRus – Øst (Sykehuset Innlandet HF)
- KoRus – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

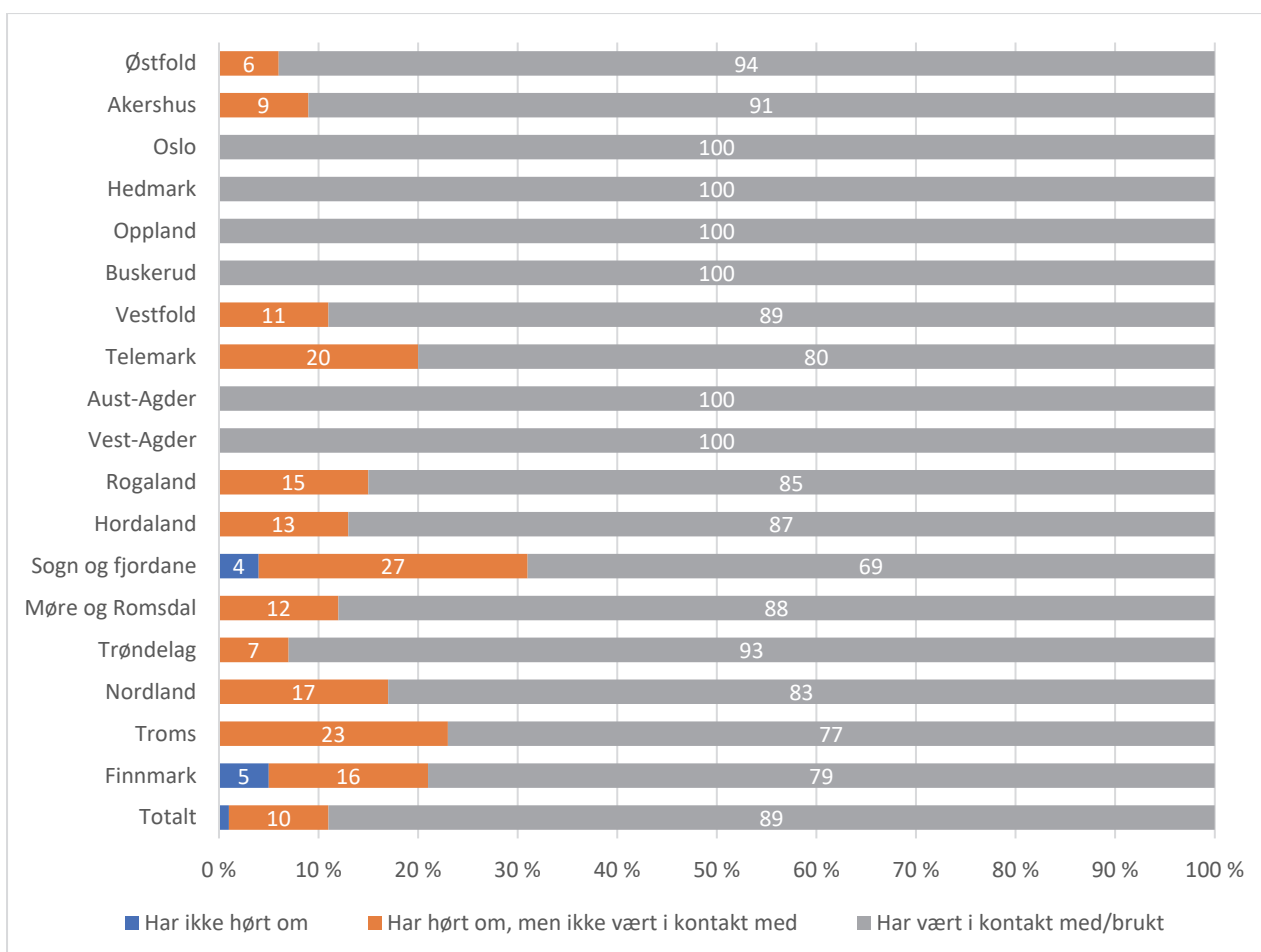
Fra figur 23.5 ser vi at 89 prosent av kommunene oppgir å ha vært i kontakt med KoRus i 2019. Det er nå kun to kommuner som oppgir at de ikke har hørt om KoRus.



Figur 23.5 Andel kommuner som kjenner til KoRus, 2016-2019.



Figur 23.6 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, kommunestørrelse 2019.



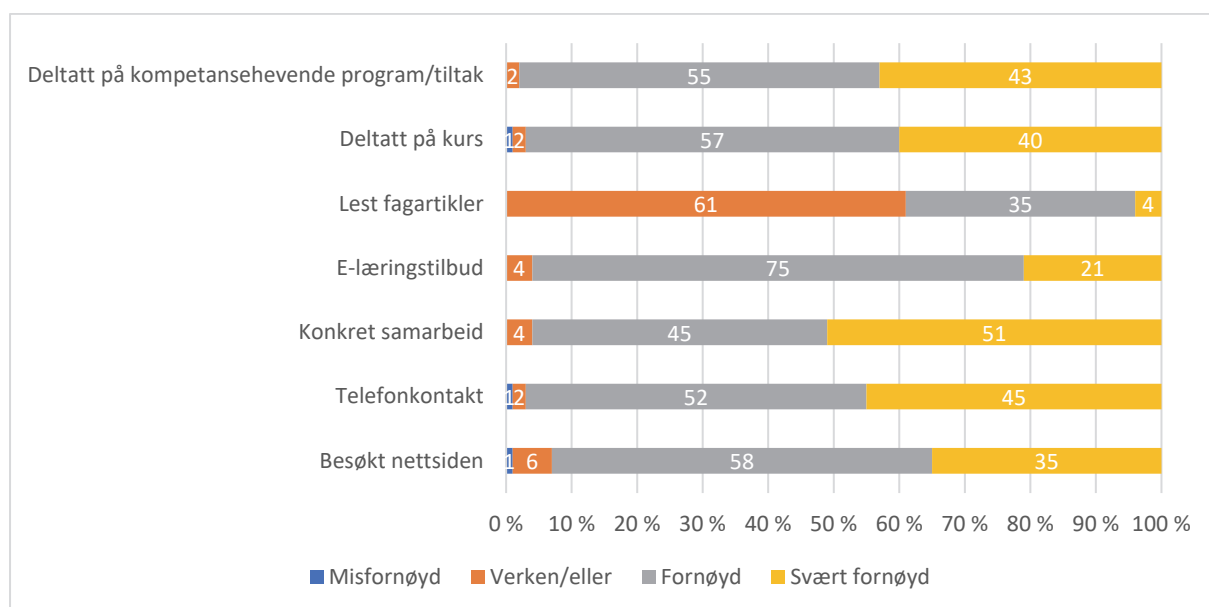
Figur 23.7 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, fylke 2019.

Våren 2019 er det 61 prosent av landets kommuner som svarer at de besøkt nettsiden og deltatt på kurs, se tabell 23.2. Totalt har 52 prosent av landets kommuner hatt konkret samarbeid med KoRus mens 41 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevede tiltak.

Tabell 23.2 Kontakt med KoRus, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422) og 2019 (n=421).

	2016		2017		2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	208	49	266	62	250	59	266	61
Deltatt på kurs	233	54	256	60	248	59	271	62
Konkret samarbeid	188	44	225	53	237	56	229	52
Telefonkontakt	147	34	200	47	194	46	183	42
Lest fagartikler	163	38	204	48	168	40	204	47
Deltatt på kompetansehevede program/tiltak	165	39	184	43	166	39	179	41
E-læringstilbud	22	5	19	4	22	5	23	5
Annet	13	3	17	4	21	5	14	3

Figuren under viser i hvilken grad kommunene har vært fornøyd med deres kontakt med KoRus, inndelt etter form for kontakt. Figuren viser at kommunene jevnt over er fornøyd eller svært fornøyd med kontakten de har hatt med KoRus, med unntak av de som oppgir at de har lest fagartikler.

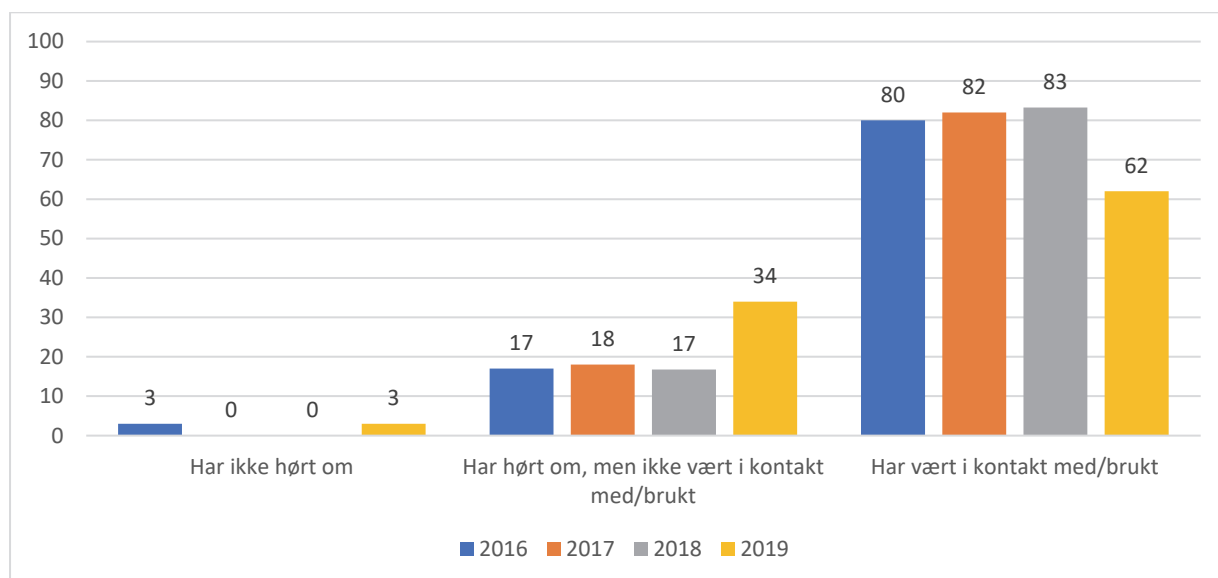


Figur 23.8 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med KoRus etter form for bruk, 2019.

#### 23.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

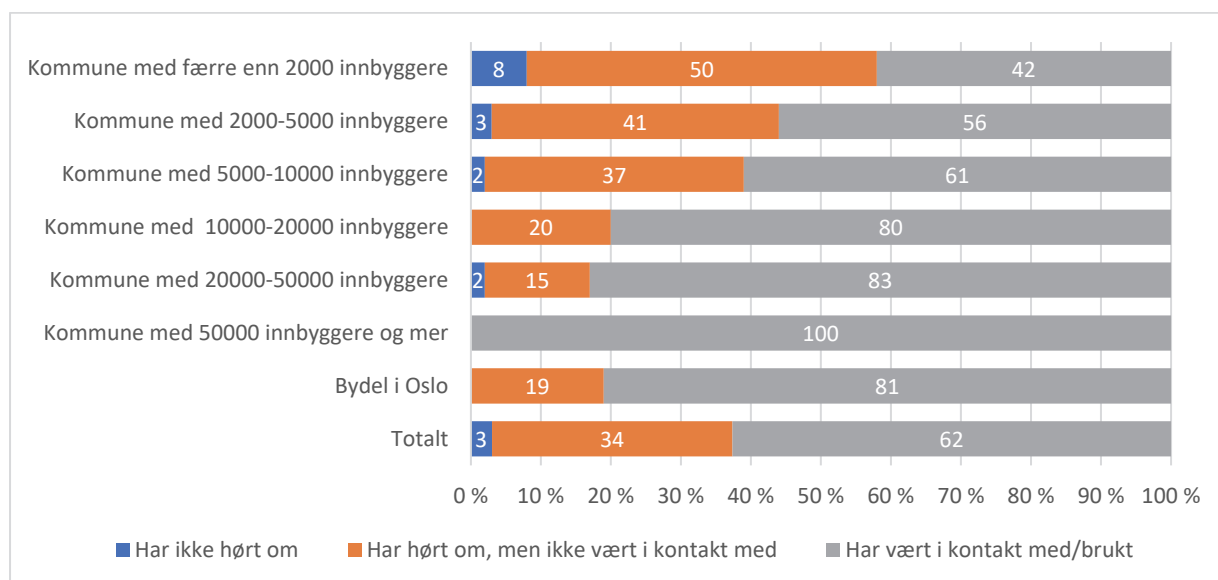
Det er fire regionale RBUP senter, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern. 95 prosent av kommunene/bydelene har svart på dette spørsmålet.

Som vist i figur 23.9, er det våren 2019 totalt 62 prosent av kommunene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP. Tre prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om tilbudet. Vi ser her at andelen kommuner som har brukt RBUP/RKBU i 2019 har falt med 21 prosentpoeng fra 2018.



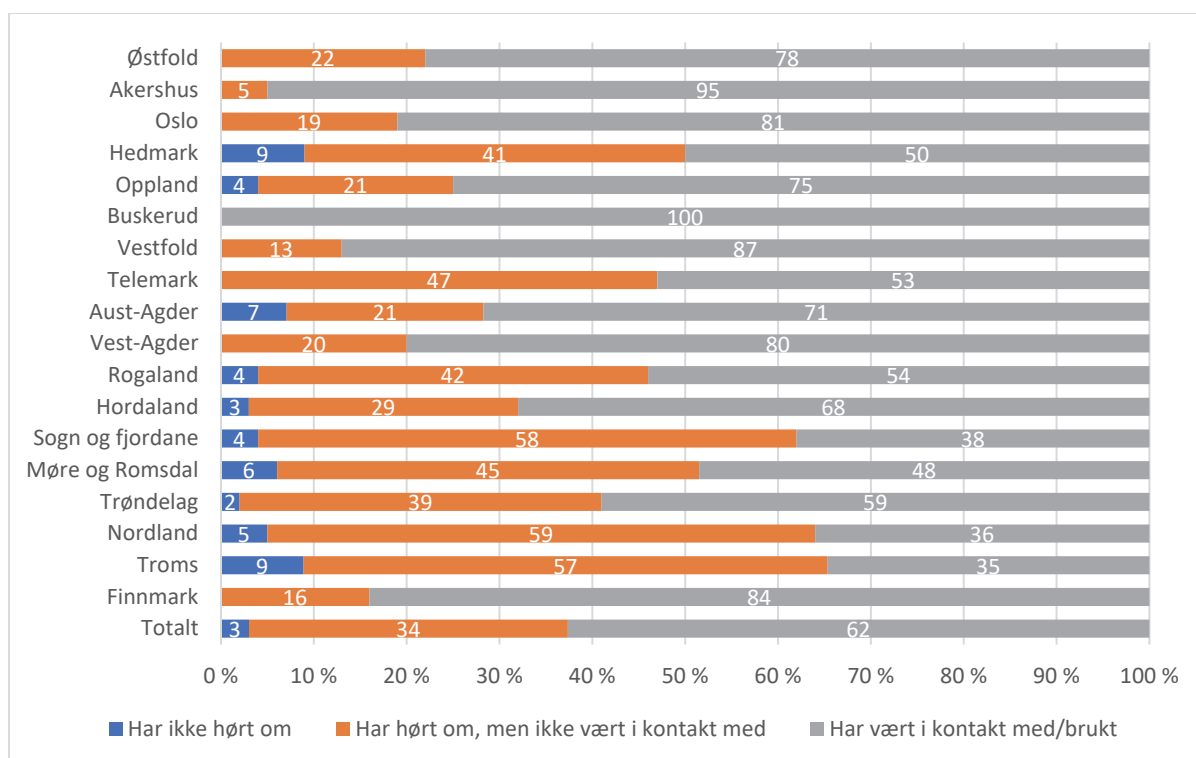
Figur 23.9 Andel kommuner som kjenner til RBUP/RKBU, 2016-2019.

I neste figur fremkommer det at de kommunene som ikke har hørt om tilbudet i hovedsak er småkommuner. Disse har også anvendt tilbudet i mindre grad.



Figur 23.10 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, kommunestørrelse 2019.

Fra figuren som viser fordelingen på fylkesnivå ser vi at kommunene som har i størst grad har brukt tilbudet ligger i Akershus, Buskerud og Finnmark. Kommunene som i minst grad har benyttet tilbudet ligger i Sogn og Fjordane, Nordland og Troms.



Figur 23.11 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2019.

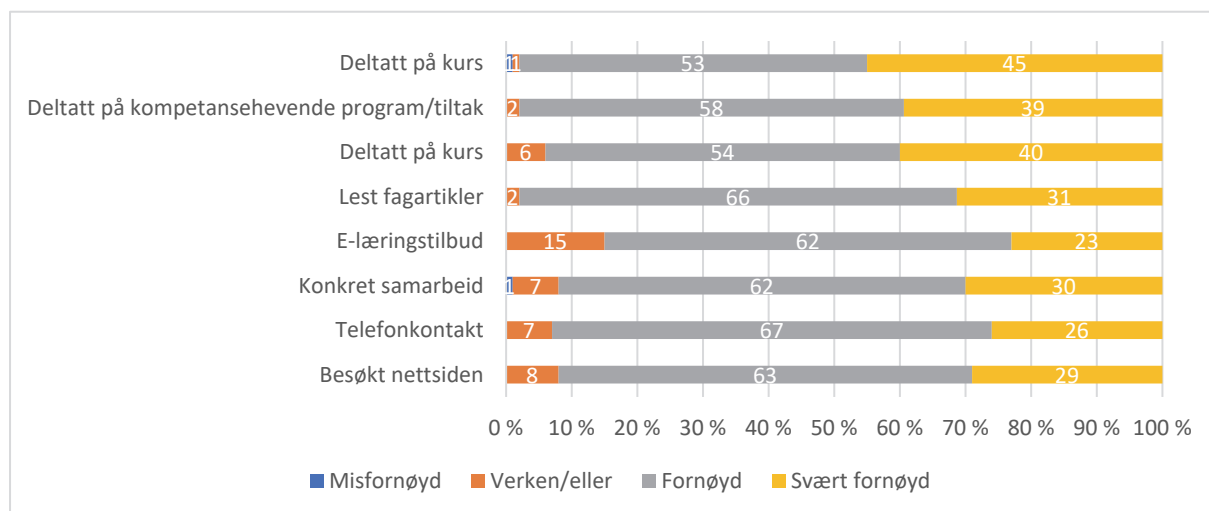
I 2019 er det 42 prosent av kommunene som oppgir at de har besøkt nettsiden, og 33 prosent oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, mens 28 prosent har lest fagartikler, se tabell 23.3.

Tabell 23.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426) og 2018 (n=422)

	2016		2017		2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	185	42
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	143	33
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	122	28
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	86	20
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	85	19
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	92	21
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	13	3
Annet	10	2	10	2	16	4	7	2

Figuren under viser at kommunene er i all hovedsak enten fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med RBUP/RKBU. Det eneste som skiller seg ut her er at én kommune var misfornøyd med et konkret

samarbeid, som er den eneste kommunen som oppga denne kategorien på tvers av kontaktformene. Ellers ser man at E-læringstilbudet gjør det noe dårligere enn de andre kontaktformene, ettersom færre kommuner som hadde benyttet seg av dette tilbudet svarte at de var enten fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med RBUP, sammenlignet med de andre formene for kontakt med tjenesten.



Figur 23.12 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RBUP/RKBU, 2019.

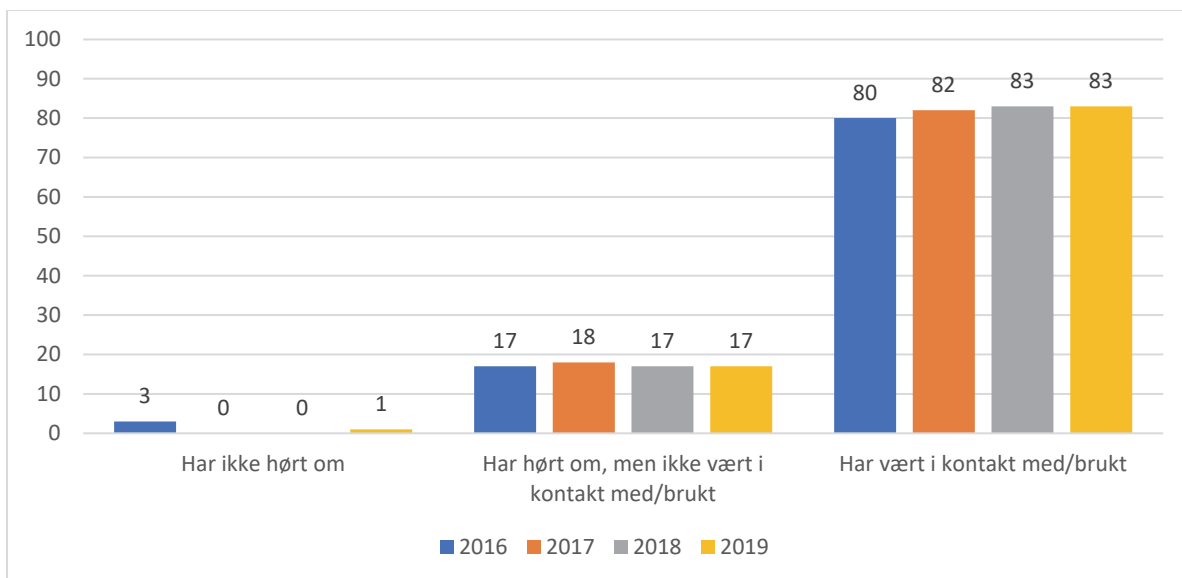
### 23.5 RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)

Det er fem regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet. De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

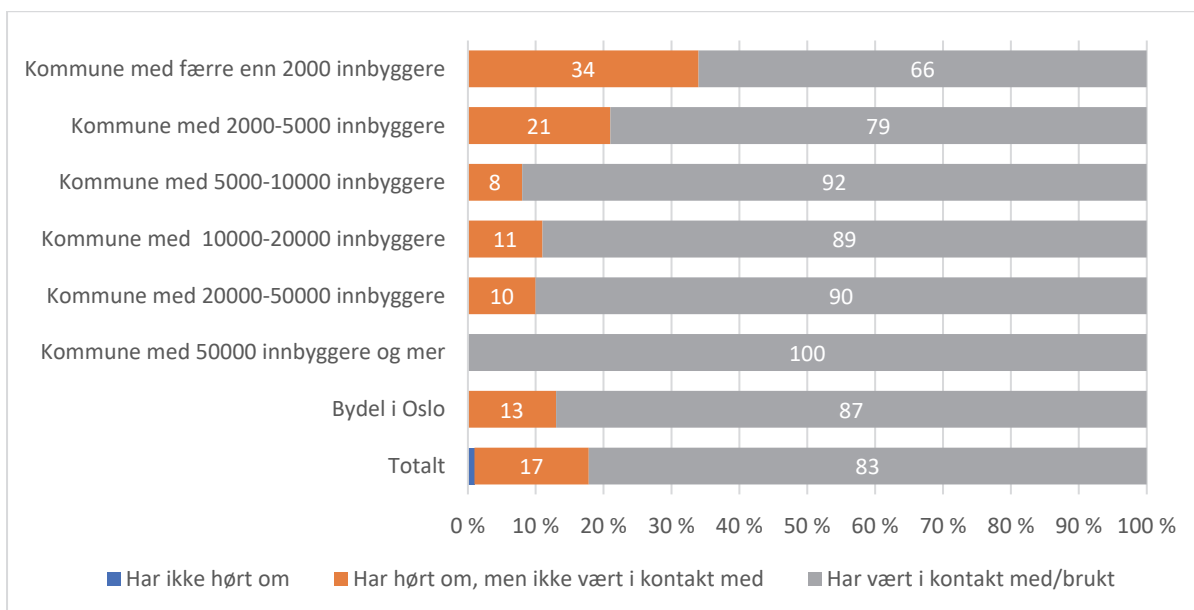
- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

Som vist i figur 23.13 er det 83 prosent av kommunene som våren 2019 svarer at de har vært i kontakt med RVTS. Kun to av kommunene oppgir at de ikke kjenner til RVTS.



Figur 23.13 Andel kommuner som kjenner til RVTS, 2016, 2017, 2018 og 2019.

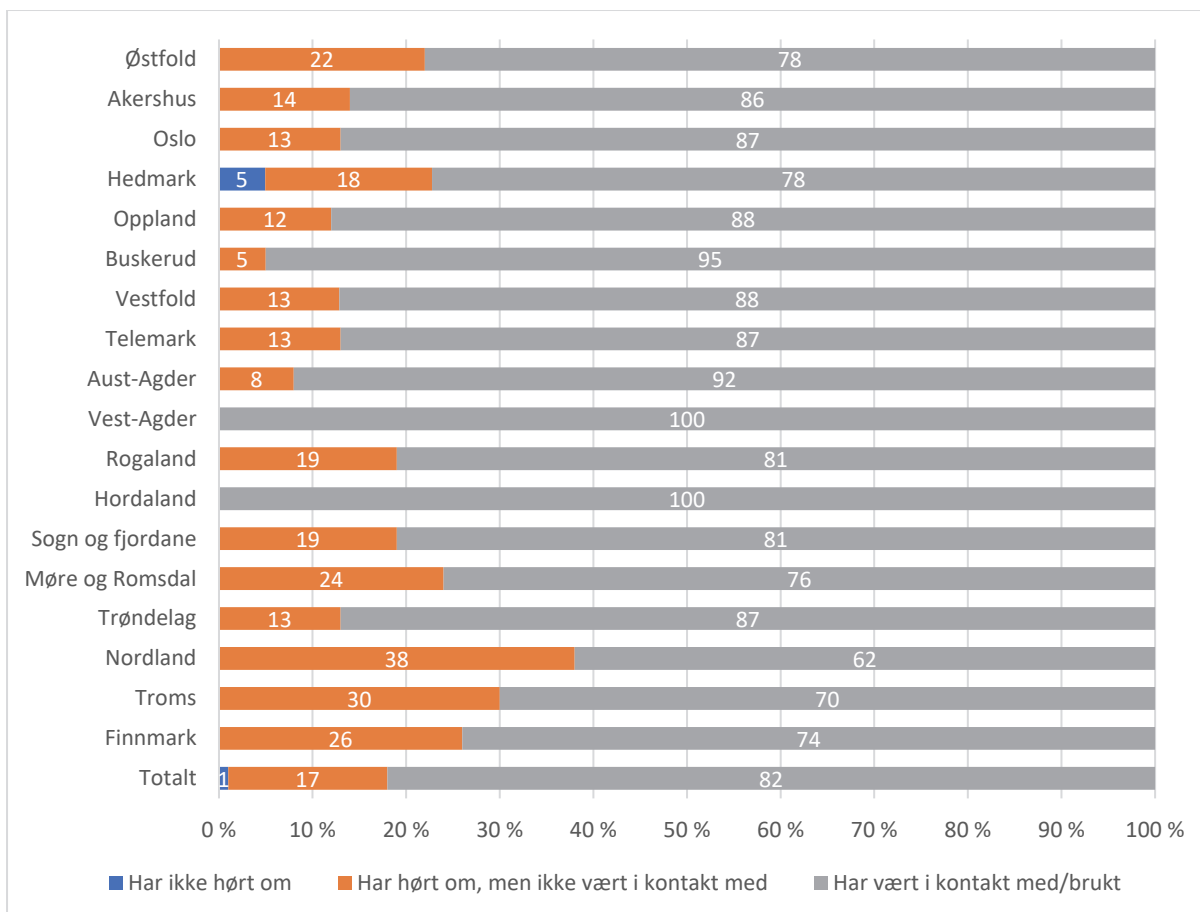
Neste figur viser at det er de minste kommunene som oppgir at de ikke har vært i kontakt med RVTS. Det er også her de to kommunene som ikke har hørt om RVTS befinner seg.



Figur 23.14 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, kommunestørrelse 2019.

Fra figur 23.15 ser vi at de to kommunene som oppgir at de ikke har hørt om tilbudet befinner seg i Hedmark. Ellers kan vi se fra figuren at det er i Nordland og Troms at færrest kommuner har vært i kontakt med RVTS.





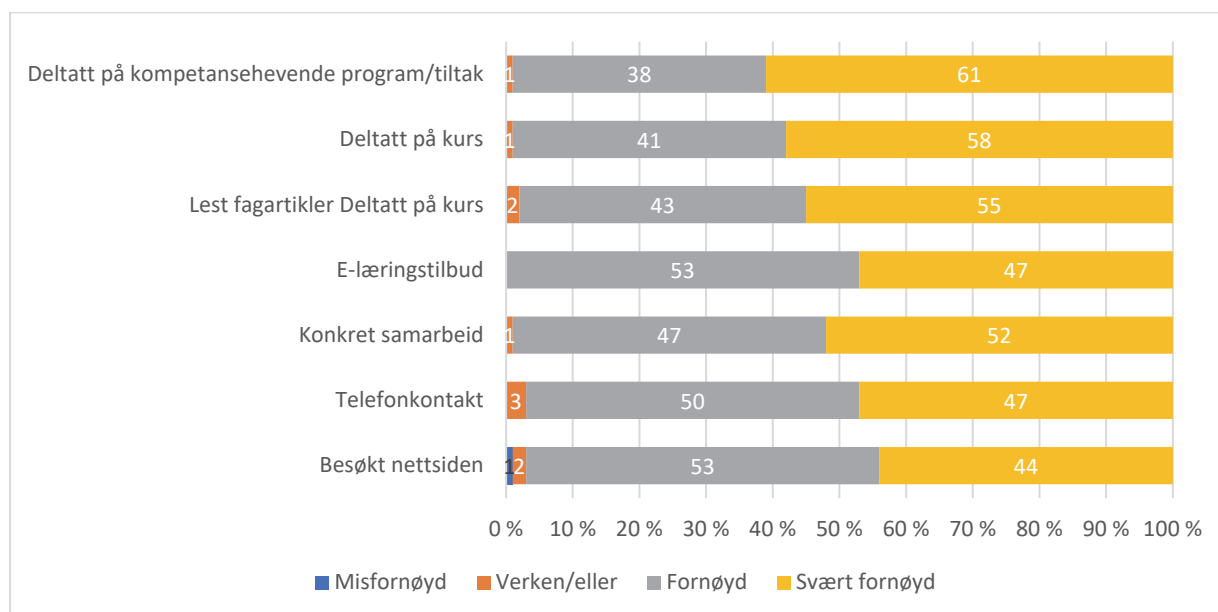
Figur 23.15 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, fylke 2019.

55 prosent av kommunene oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RVTS og 60 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 23.4. Det er 29 prosent av kommunene som oppgir at de har vært i telefonisk kontakt med RVTS, mens 30 prosent av kommune oppgir at de har hatt konkret samarbeid med RVTS.

Tabell 23.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422) og 2019 (n=419)

	2016		2017		2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	262	60
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	242	55
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	186	43
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	146	33
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	128	29
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	133	30
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	49	11
Annet	10	2	10	2	16	4	4	1

Fra neste figur ser vi at nesten samtlige kommuner er enten fornøyd eller svært fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS. Kun én kommune har oppgitt at de var misfornøyd med kontakten, og da i form av å ha besøkt nettsiden.



Figur 23.16 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, 2019.

## 23.6 NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet rusproblemer og psykiske problemer.

Målgruppene for tjenestens arbeid er ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern, kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV og frivillige organisasjoner, samt brukere/pasienter og deres pårørende.

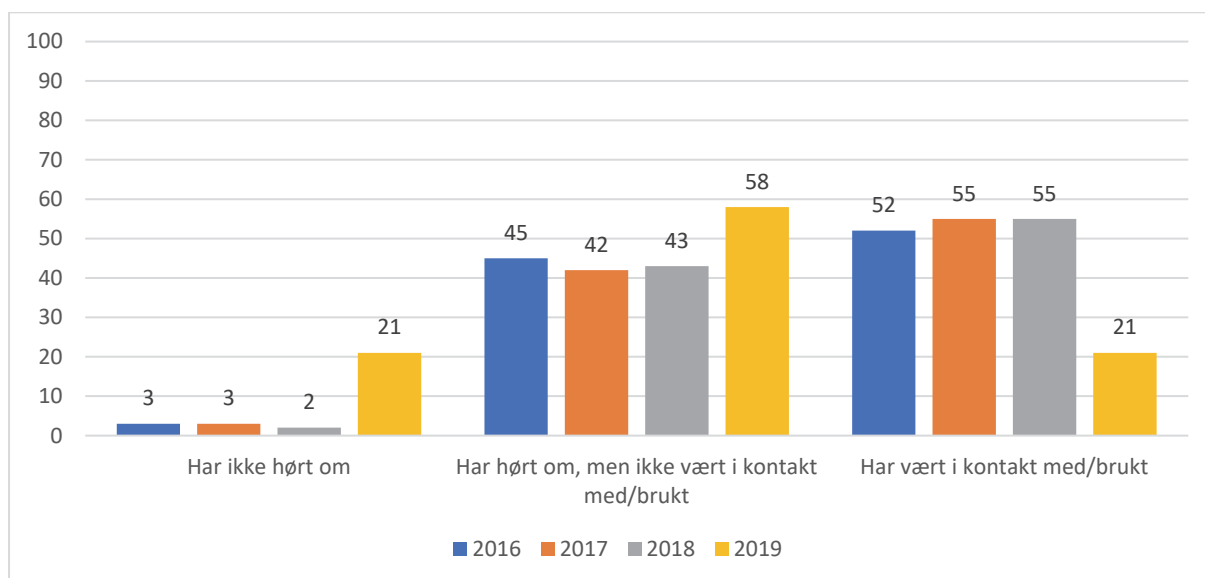
Kompetansetjenesten skal:

1. Sørge for kunnskaps- og kompetansespredning
2. Bidra til kompetanseutvikling
3. Delta i forskning og etablering av nasjonalt forskernettverk
4. Bidra i relevant opplæring og undervisning
5. Etablere og drifte faglige nettverk
6. Ha oversikt over behandlings- og oppfølgingstjenester og formidle behandlingsresultater

De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Totalt svarer 21 prosent av kommunene at de har vært i kontakt med NKROP-tjenesten, se figur 23.17. Dette er en nedgang på 34 prosentpoeng fra 2018. Vi ser også en markant økning i antallet kommuner

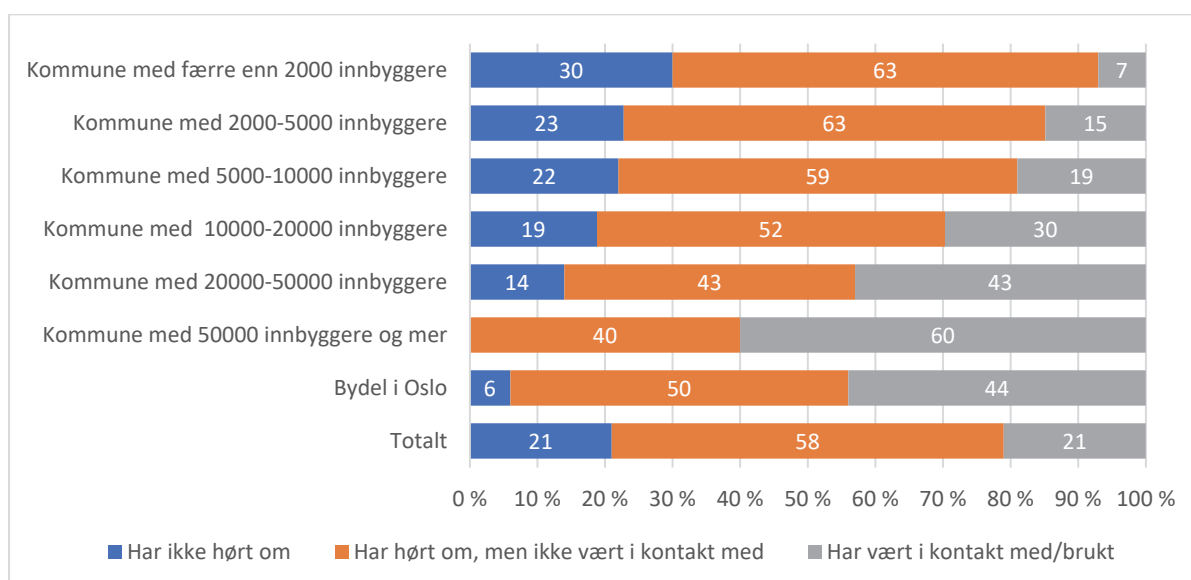
som svarer at de ikke har hørt om NKROP, fra tre og to prosent i 2016 til 2018, til 21 prosent i 2019. Antall kommuner som svarer at de har hørt om NKROP, men ikke vært i kontakt med dem, har også økt med 15 prosentpoeng.



Figur 23.17 Andel kommuner som kjenner til ROP-tjenesten, 2016-2019

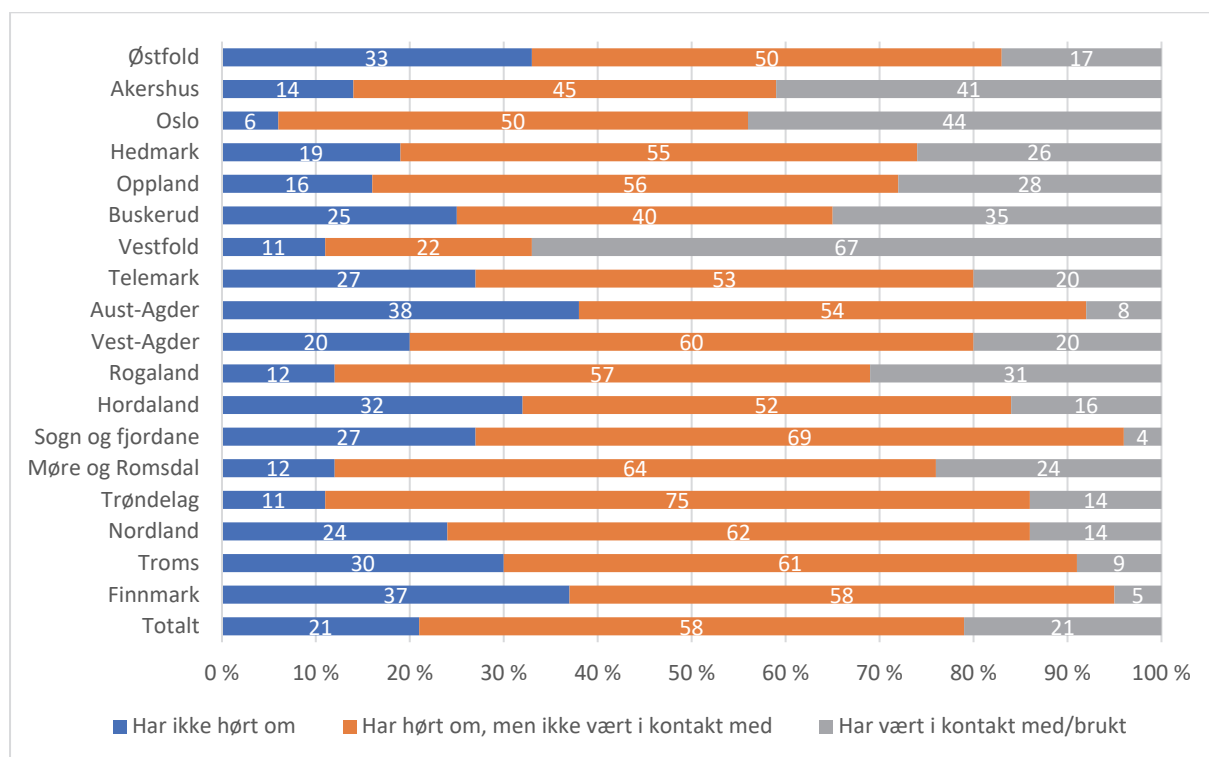
For 2019, er navnet NKROP brukt heller enn ROP-tjenesten som tidligere. Dette forklarer mest sannsynlig endringen fra 2018 til 2019. Kommunene kjenner kanskje tjenesten som ROP-tjenesten, heller enn NKROP-tjenesten.

Figur 23.18 viser at det er de minste kommunene som ikke har hørt om NKROP, og at det også er disse kommunene som i minst grad har vært i kontakt med/brukt tjenesten.



Figur 23.18 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP-tjenesten, kommunestørrelse 2019.

Videre ser vi at kommunene som oppgir at de ikke har hørt om NKROP er relativt jevnt fordelt blant fylkene. Vestfold utmerker seg her, med en komparativt sett høyere andel kommuner som oppgir at de har hørt om tilbudet, og at de har vært i kontakt med NKROP.



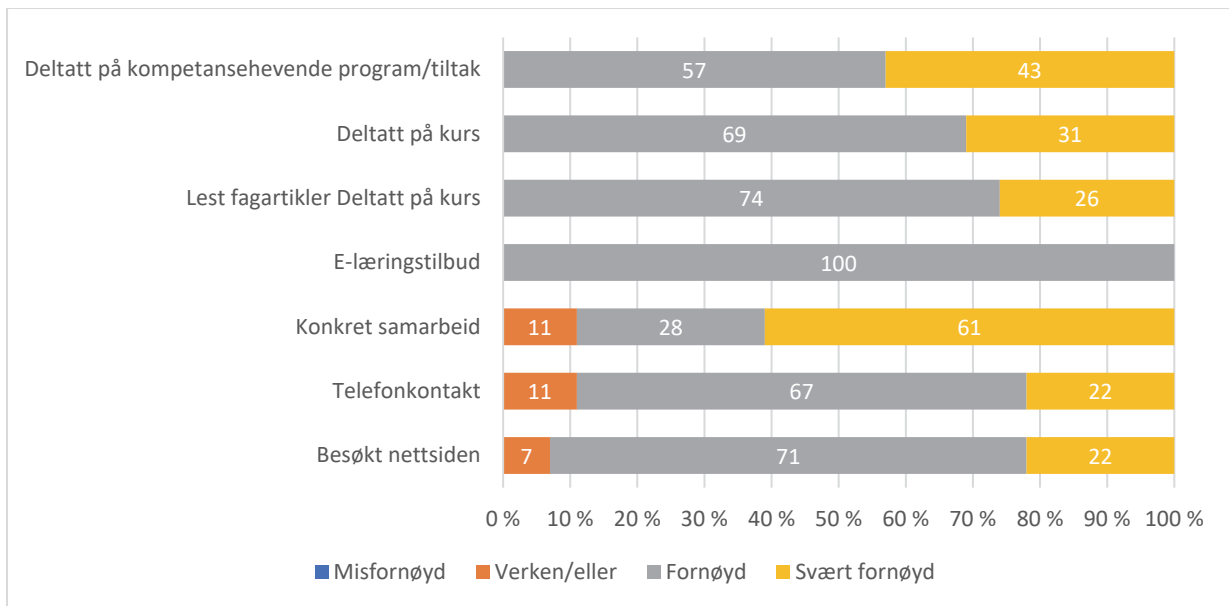
Figur 23.19 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til ROP-tjenesten, fylke 2019.

Totalt har 17 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til NKROP-tjenesten, mens 12 prosent har lest fagartikler fra ROP-tjenesten, se tabell 23.5.

Tabell 23.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422) og 2019 (n=419).

	2016		2017		2018		2019	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	163	38	245	58	171	41	75	17
Lest fagartikler	127	30	177	42	123	29	51	12
Deltatt på kurs	119	28	108	25	95	23	30	7
Telefonkontakt	52	12	49	12	62	15	18	4
Konkret samarbeid	49	11	47	11	59	14	18	4
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11	48	11	45	11	15	3
E-læringstilbud	19	4	18	4	15	4	5	1
Annet	4	1	11	3	7	2	3	1

Neste figur viser at ingen av kommunene har vært misfornøyd med de forskjellige kontaktformene med NKROP, og at de har vært spesielt fornøyd med deltakelse på kurs og kompetansehevende tiltak.



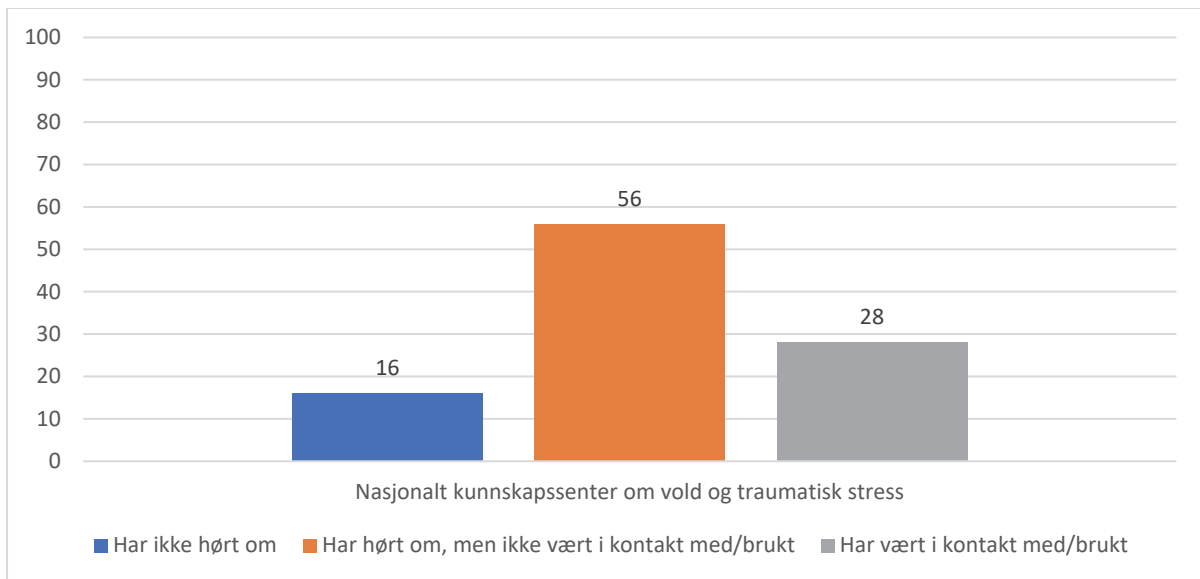
Figur 23.20 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKROP, 2019.

### 23.7 NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Deres hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling og undervisning, samt rådgivningsarbeid. Senteret oppgir å ha et tverrfaglig perspektiv, og forskningen omfatter flere ulike forhold, blant annet;

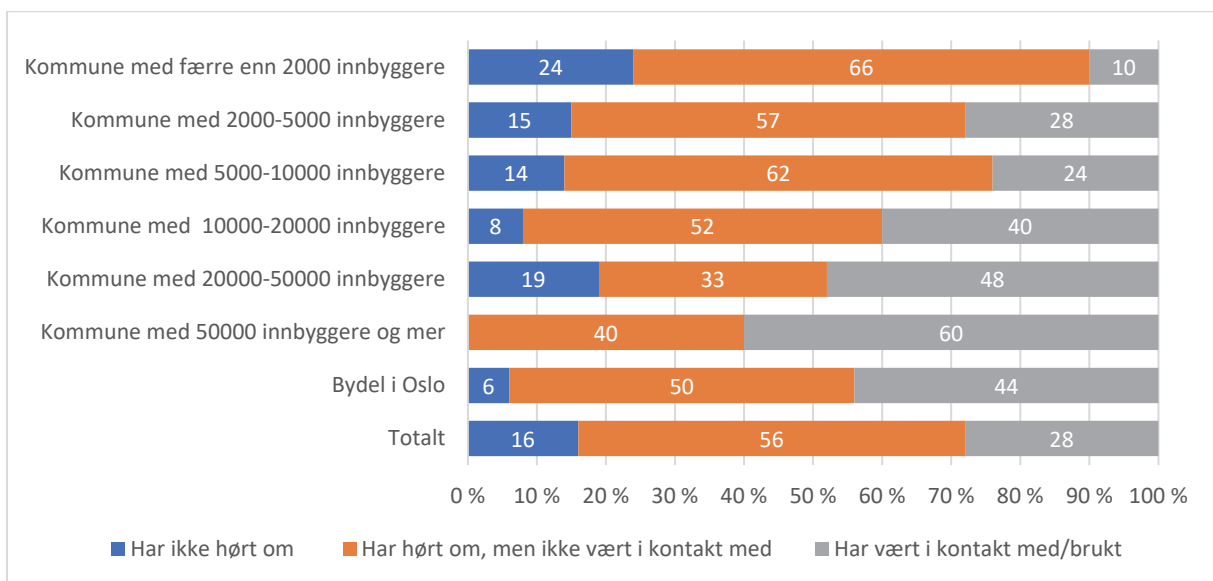
- Medisinske
- Psykologiske
- Kulturelle
- Sosiale

28 prosent av kommunene oppgir at de har vært i kontakt med NKVTS, mens 16 prosent oppgir at de ikke har hørt om senteret. Dette kompetansesenteret inkluderes for første gang nå i 2019, og det presenteres derfor kun tall for nåværende år.



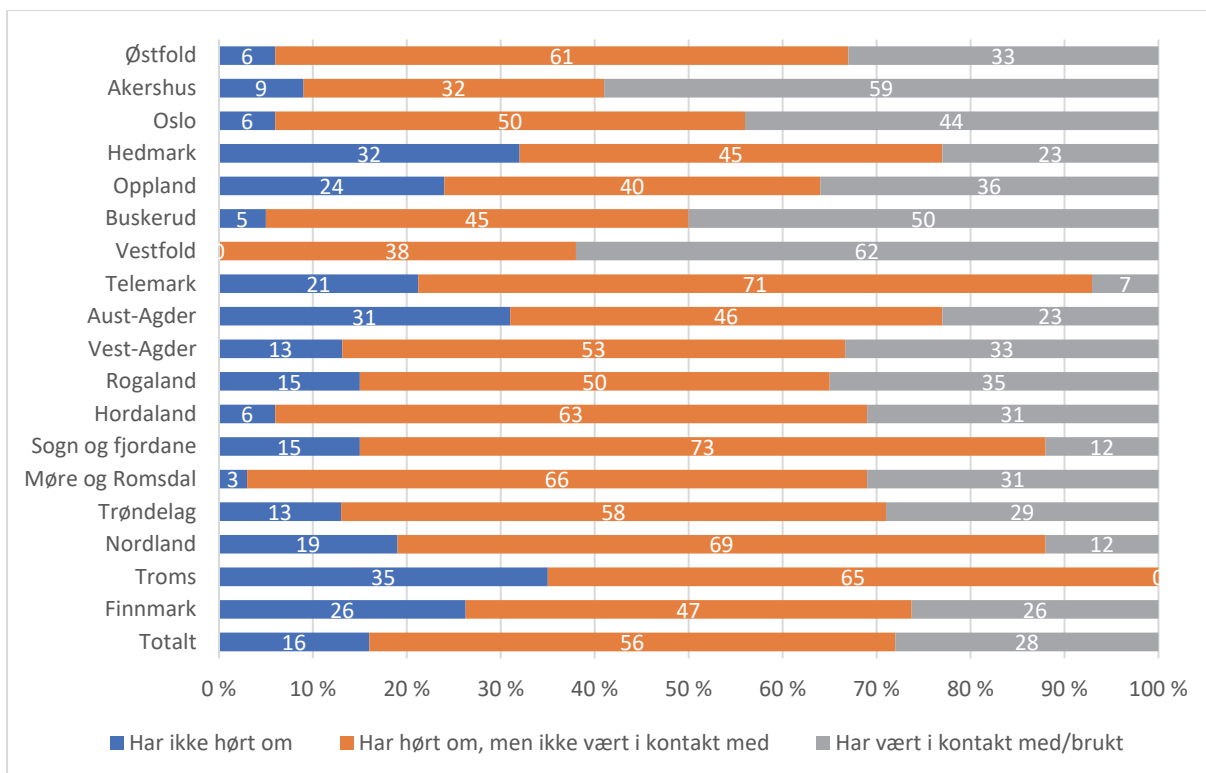
Figur 23.21 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKVTS, fylke 2019.

Denne figuren viser at det er de større kommunene og bydelene i Oslo som i størst grad har vært i kontakt med/brukt NKVTS.



Figur 23.22 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS, fylke 2019.

Neste figur viser at kommunene som i størst grad har vært i kontakt med/brukt NKVTS er lokalisert i Buskerud og Vestfold. Kommunene som i størst grad oppgir at de ikke har hørt om senteret, og som har anvendt NKVTS i minst grad, er lokalisert i Troms, Hedmark og Aust-Agder.



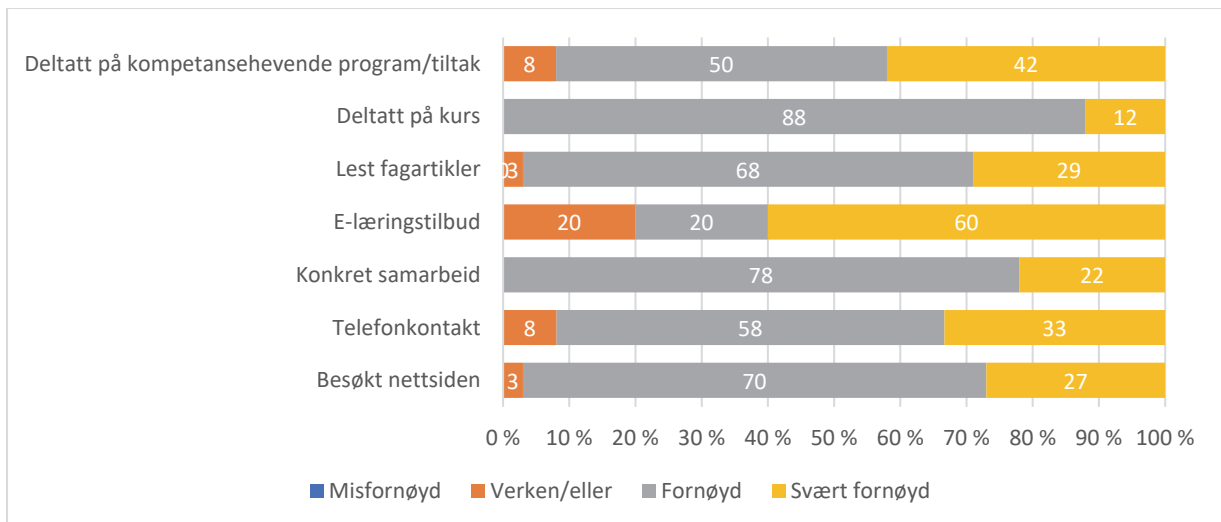
Figur 23.23 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS, fylke 2019.

Neste tabell viser at en overvekt av de som svarer at de har vært i kontakt med/brukt NKVTS har besøkt nettsiden (85 kommuner) eller lest fagartikler fra NKVTS (58 kommuner). Vi ser at 33 kommuner oppgir at kontakten har bestått av deltakelse på kurs.

Tabell 23.6 Kontakt med NKVTS. Kommunenes fornøydhets, 2019.

	2019	
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	85	19
Lest fagartikler	58	13
Deltatt på kurs	33	8
Telefonkontakt	9	2
Konkret samarbeid	10	2
Deltatt på kompetansehevede program/tiltak	15	4
E-læringstilbud	7	2
Annet	1	1

Neste figur viser at ingen av kommuner har oppgitt at de er misfornøyde med kontakten med NKVTS. Kommunene er generelt stort sett enten fornøyde eller svært fornøyde med kontakten med NKVTS.



Figur 23.24 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKVTS, 2019.

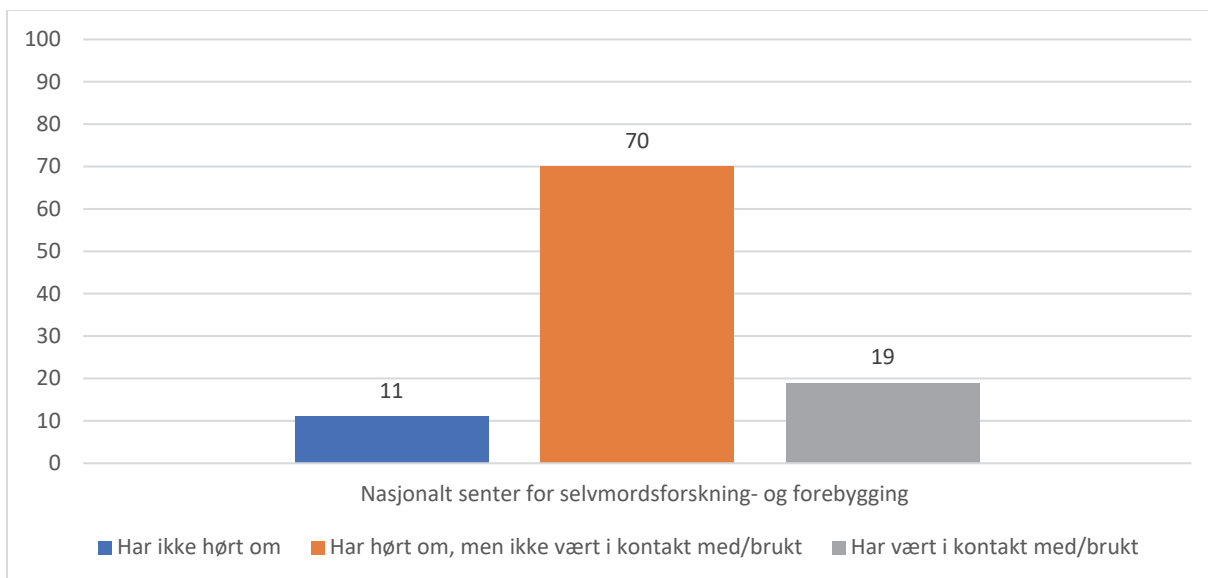
### 23.8 NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er tilknyttet institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo. Formålet med senteret er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og å bidra til å bedre livskvalitet og omsorg for pårørende berørt av selvmordsatferd. Hovedoppgavene til senteret er som følger:

- Forskning på internasjonalt nivå
- Kunnskapsutvikling og formidling
- Undervisning/kompetanseoppbygging
- Veiledning/rådgivning
- Koordinering, nettverksbygging og samarbeid med nasjonale og regionale miljøer

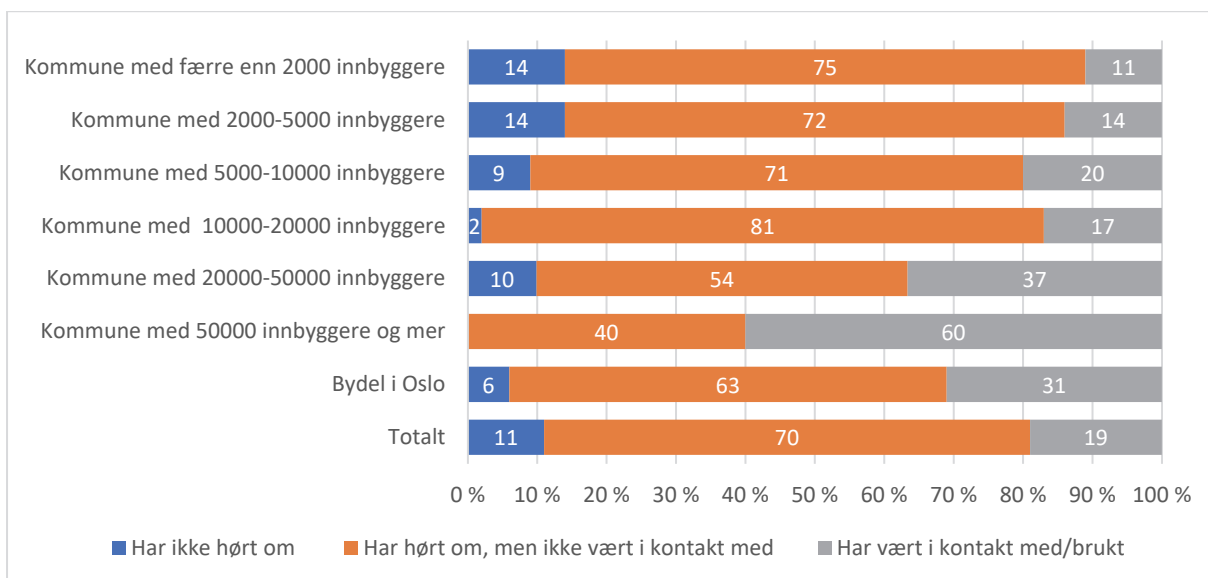
Vi ser at 11 prosent av kommunene svarer at de ikke har hørt om NSSF, mens 19 prosent svarer at de har vært i kontakt med/brukt senteret.





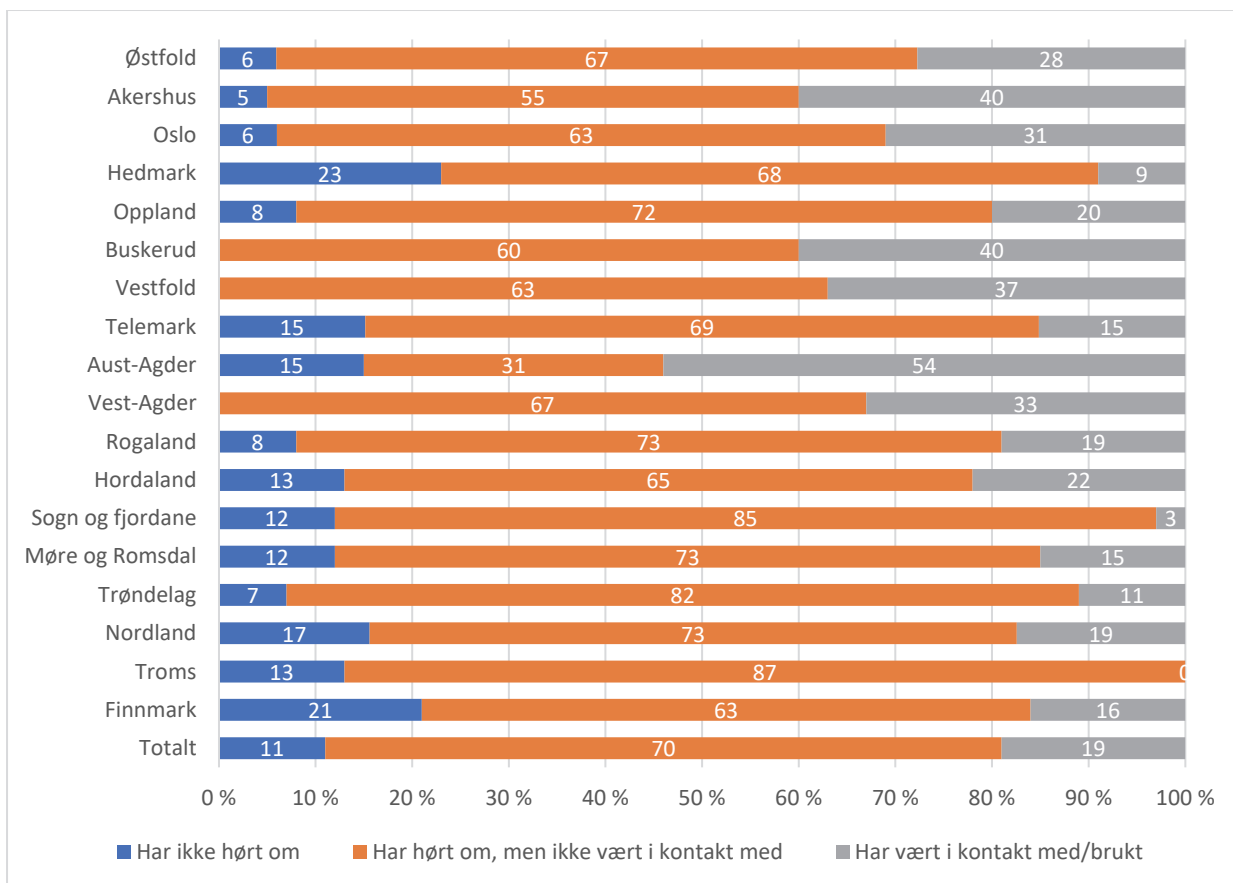
Figur 23.25 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NSSF, fylke 2019.

Denne figuren viser at det er de største kommunene som i størst grad har vært i kontakt med/brukt NSSF.



Figur 23.26 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Kommunestørrelse, 2019.

Neste figur viser at det er fylkene på Østlandet som i størst grad oppgir at de har vært i kontakt med senteret. De kommunene som i minst grad oppgir at de har vært i kontakt med/brukt NSSF er lokalisert i Hedmark, Sogn og Fjordane og Troms.



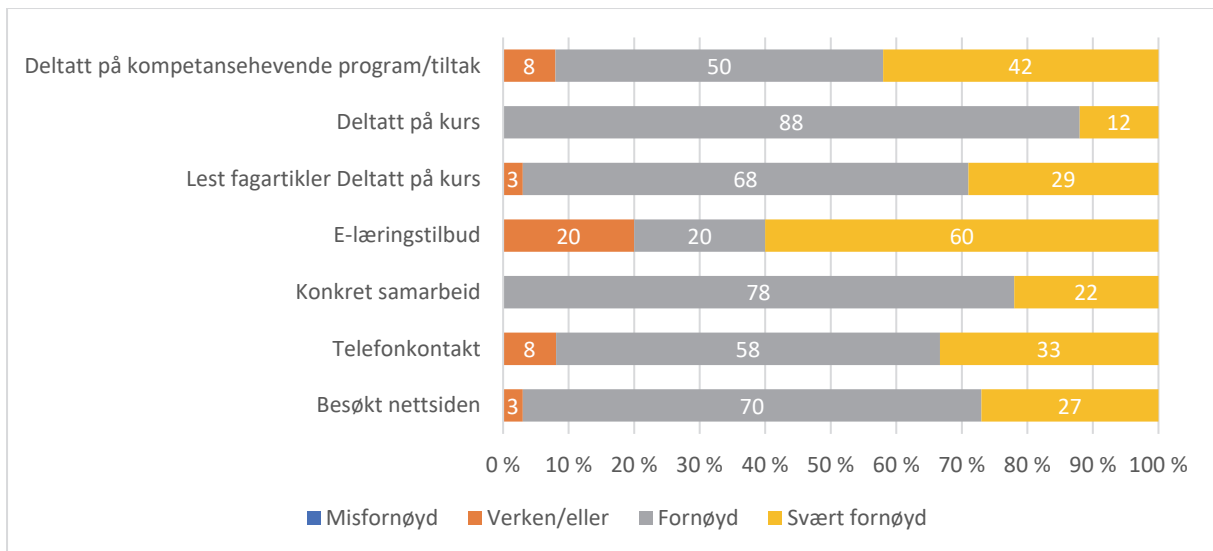
Figur 23.27 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF, fylke, 2019.

Tabell 23.7 viser at de kommunene som har svart at de har vært i kontakt med/brukt NSSF i størst grad har gjort dette gjennom å besøke nettsiden (61 kommuner) eller å ha lest fagartikler fra senteret (39 kommuner).

Tabell 23.7 Kommunenes kontakt med NSSF, 2019.

	2019	
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	61	14
Lest fagartikler	39	9
Deltatt på kurs	27	6
Telefonkontakt	11	3
Konkret samarbeid	8	2
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	13	3
E-læringstilbud	6	1
Annet	2	1

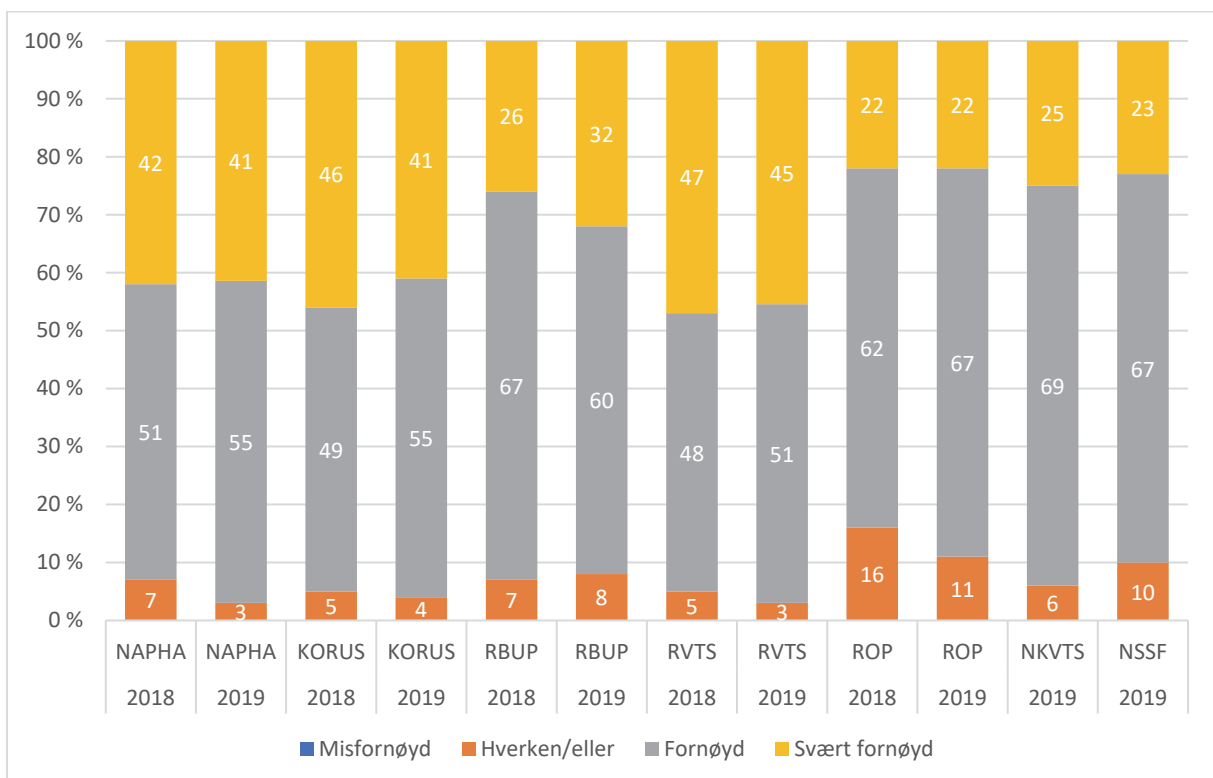
Fra neste figur ser vi at ingen av kommunene oppgir at de har vært misfornøyde med kontakten/bruken av NSSF, og at kommunene jevnt over er fornøyde eller svært fornøyde med de ulike kontaktformene de har hatt med senteret.



Figur 23.28 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NSSF, 2019.

### 23.9 KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE

Neste figur viser hvilke erfaringer kommunene har gjort seg med samtlige kompetanse- og ressursssentre som de har vært i kontakt med/brukt i 2018 og 2019. Figuren viser at det store flertallet av kommunene enten er fornøyd eller svært fornøyd med alle kompetanse- og ressursssentrene.



Figur 23.29 Andel kommuner etter fornøydhet med tilbudet de har fått fra tjenesten, 2019.

Kommunene hadde også mulighet til å komme med egne kommentarer her, der kommunene blant annet kommenterte følgende;

*"Ansatte har nylig deltatt på selvmordsforebyggende kurs hos RVTS,- er svært bra kurs. Målet er at alle ansatte i rus- og psykiatritjenesten har dette kurset".*

Ellers kommenterer to kommuner at alvorlige/tunge saker har medført at de har kontaktet sentrene. Det kommenteres også at én kommune nylig har skrevet en samarbeidsavtale med KoRus- Midt angående oppstart av BTI.

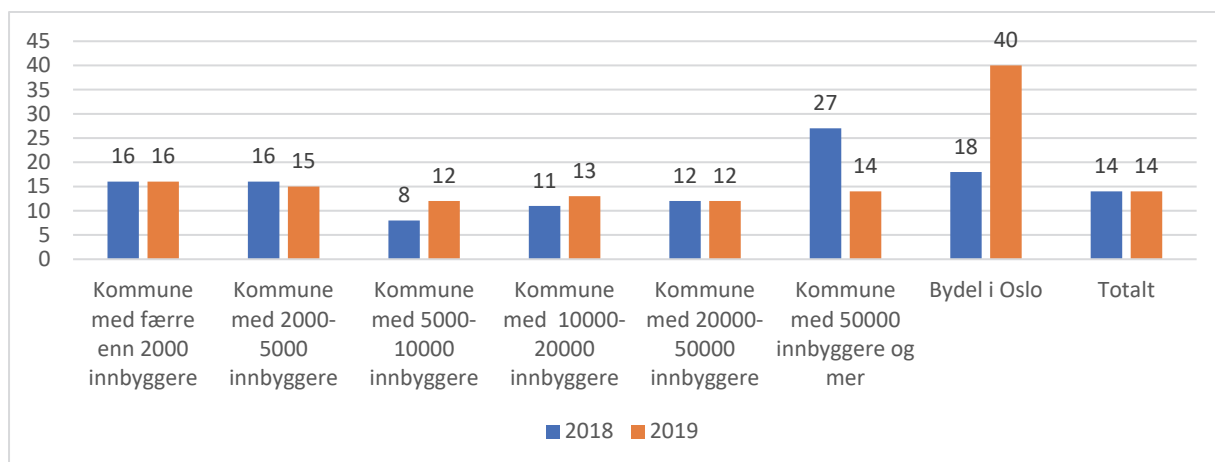
### 23.10 OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?

I 2017, 2018 og 2019 ble det spurt om i hvilken grad kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud til kommune. I 2019 var det 42 prosent av kommunene som svarte, som i stor eller svært stor grad synes at dette er tilfellet. I 2018 var andelen 45 prosent.

**Tabell 23.8 I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen, 2017-2019.**

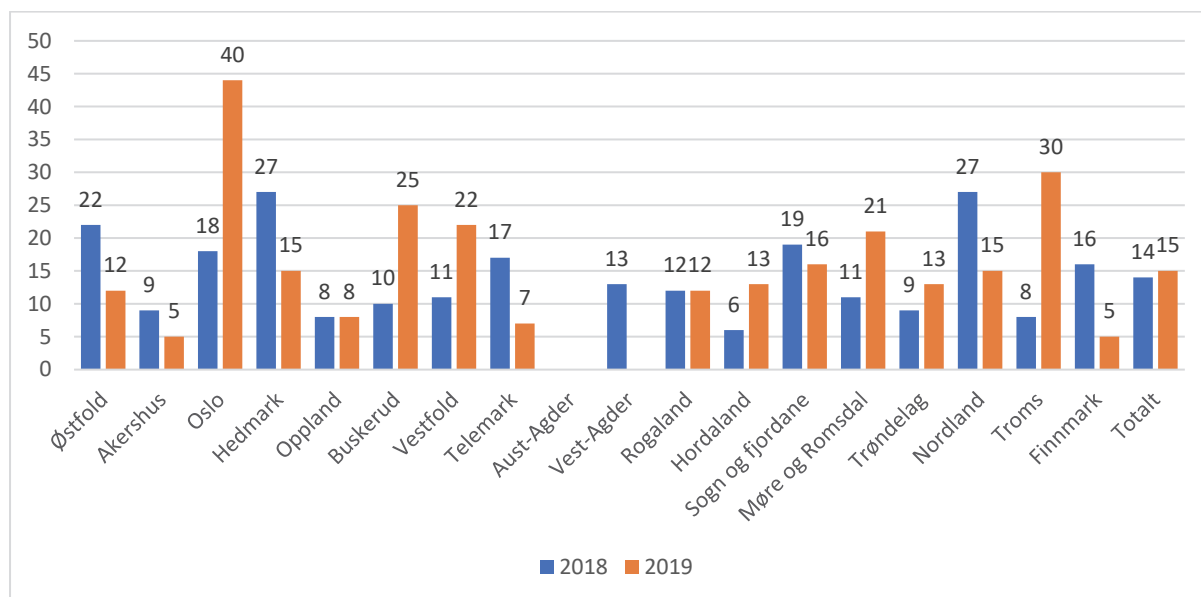
	2017		2018		2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	13	3	15	4	14	3
I liten grad	57	14	45	11	47	12
I noen grad	169	42	169	41	176	43
I stor grad	151	37	152	37	159	39
I svært stor grad	15	4	31	8	15	3
Totalt	405	100	412	100	411	100

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet i 2018 og 2019 (61 kommuner, eller 15 prosent av de som har svart, eller 14 prosent av alle kommuner). Vi ser her at nesten halvparten av bydelene i Oslo (40 prosent) nå svarer at de i liten grad eller svært liten grad opplever koordinasjon og samordning ut mot kommunene, en økning fra 18 prosent i 2018.



**Figur 23.30 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, kommunestørrelse 2018 og 2019.**

Neste figur viser andelen kommuner som har svart at de i liten grad eller svært liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet i 2018 og 2019. Ut ifra figuren ser vi at antall kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet økte fra 2018 til 2019 i Oslo, Buskerud, Vestfold, Hordaland, Møre og Romsdal, Trøndelag og i Troms. Den største økningen finner vi i Oslo og Troms.



Figur 23.31 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, fylke 2018 og 2019.

### 23.11 OPPSUMMERING

Vi har over flere år kartlagt kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus. I 2018 var det svært få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KoRus, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten (0-2 prosent). Dette er også tilfellet for 2019, bortsett fra for NKROP, som 21 prosent av kommunene nå svarer at de ikke har hørt om. Dette tror vi har sammenheng med at vi spør om NKROP og ikke ROP-tjenestene som kanskje er mer innarbeidet i kommunene. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er nye senter som er tatt med i kartleggingen fra 2019. 16 prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om NKVTS, mens 11 prosent oppgir at de ikke har hørt om NSSF. Som i 2018, er KoRus de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (89 prosent). Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (83 prosent). NAPHA har vært benyttet av 72 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 62 prosent av kommunene. Det er 21 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har hatt kontakt med NKROP, mens 28 prosent har vært i kontakt med NKVTS. 19 prosent av kommunene har vært i kontakt med NSSF.

Det er forskjeller mellom sentrene i hvilken type kontakt kommunene har hatt. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon på nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff. Det store flertallet av kommunene 84-96 prosent av kommunene er godt fornøyd med tilbudet de har fått fra sentrene, men 15 prosent av kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene i liten grad opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene.

## REFERANSER

Aarre, T. (2010). Manifest for psykisk helsevern Oslo, Universitetsforlaget.

Amati, F., C. Banks, G. Greenfield and J. Green (2018). "Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review." *J Public Health (Oxf)* 40(3): e375-e387.

Andersen, J. E. (2018, 26.07.2018). "SSB: Flere eldre enn yngre i Norge om 15 år." from <https://forskning.no/befolkningshistorie/ssb-flere-eldre-enn-yngre-i-norge-om-15-ar/1193937>.

Beckers, T., B. Koekkoek, B. Tiemens, L. Jaex-van Tienen and G. Hutschemaekers (2018). "Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study." *J Psychiatr Ment Health Nurs*.

Berntzen, M. L. a. B., M (2015). "Depresjon—en risikofaktor for demens?[Depression—a risk factor for dementia?]." *Scandinavian Psychologist* 2.

Brekke, E. (2019). Recovery in co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of first-person and staff experiences. Ph.d., Universitetet i Sørøst-Norge.

Bye, E. K. o. Ø., S. (2012). "Alkoholkonsum blant eldre Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985–2008." Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Bystad, M., K. Pettersen and O. K. Gronli (2014). "[Depression or Alzheimer-type dementia?]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 134(5): 525-528.

Caulfield, A., D. Vatansever, G. Lambert and T. Van Bortel (2019). "WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers." *BMJ Open* 9(1): e024059.

Daatland, S. and K. Koløen (2013). Vennskap, samvær og fortrolighet - om omfang og typer av vennskap i eldre år. Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG)—runde 1 og 2. NOVA rapport. S. Daatland and B. Slagsvold. 15: 193-200.

De Jong Gierveld, J. and T. Van Tilburg (2010). "The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys." *European journal of ageing* 7(2): 121-130.

Ehrt, U. a. Å., D., (2015). "Depresjon og demens: en differensialdiagnostisk utfordring." *Suicidologi* 10(1).

Escoffery, C., E. Lebow-Skelley, R. Haardoerfer, E. Boing, H. Udelson, R. Wood, M. Hartman, M. E. Fernandez and P. D. Mullen (2018). "A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally." *Implement Sci* 13(1): 125.

Flodgren, G. and J. Meneses (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. Rapport – 2017. Folkehelseinstituttet. Oslo.

Grimsmo, A., T. Hagen, S. Kittelsen, B. Carlsen, P. Toussaint and A. Schou (2016). Evaluering av samhandlingsreformen N. forskningsråd. Oslo: 1-79.

Hagen, K. A., M. Hilsen, E. K. Kallander and T. Ruud (2019). "Health-related quality of life (HRQoL) in children of ill or substance abusing parents: examining factor structure and sub-group differences." *Qual Life Res* 28(4): 1063-1073.

Hansen, G. V., R. Fugletveit and P. Arvesen (2019). "Arbeid som recovery-strategi." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 16(2): 80-89.

Hansen, G. V. and H. Ramsdal (2015). "Brukermedvirkning og samarbeid-vanskelige mål å kombinere?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 12(03): 196-205.

Hansen, S. I., M. Tofteng, V. Flatval, S. Andersson, L. Holst and K. Bråthen (2018). Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016. F.-r. 2018:08. Oslo.

Hansen, S. I., M. Tofteng, L. Holst, V. Flatval and K. Bråthen (2018). "Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport. ." FAFO-rapport 2018:44.

Helgesen, M. (2018). Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Spørreundersøkelse til Helsedirektoratets samarbeidskommuner. N.-r. 2018:16. Oslo.

Helgesen, M., D. Abebe and A. Schou (2017). Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. . Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, By- og regionforskningsinstituttet NIBR.

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

Helsedirektoratet (2008). Forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo, Sosial-og-helsedirektoratet IS-1511.

Helsedirektoratet (2011). Ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. Oslo, Helsedirektoratet. IS-1898.

Helsedirektoratet (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo.

Helsedirektoratet (2016). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet. Oslo. IS-2483.

Helseinformatikk, N. (2018, 28.03.2018). "Depresjon hos eldre " Retrieved 25.09.2019, 2019, from <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>.

Helsetilsynet (2019). Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelser og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse.

Hoefl, T. J., J. C. Fortney, V. Patel and J. Unutzer (2018). "Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review." *J Rural Health* 34(1): 48-62.



- Hustvedt IB, H. Bosnic, M. Emmerhof Håland and T. Lie (2019). Brukerplan årsrapport 2018, Helse Stavanger RHF.
- Hustvedt, I. B., T. Lie, M. E. Håland, B. Stevenson and S. Nesvåg (2018). Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. BRUKERPLAN - ÅRSRAPPORT 2017. Stavanger, KORFOR.
- Husøy, G. (2015). "Brukerperspektiv i psykisk helsevern-retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 12(04): 317-324.
- Jones, A., B. Hannigan, M. Coffey and A. Simpson (2018). "Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature." PLoS One 13(6): e0198427.
- Karlsson, B., M. Borg, E. Ogundipe, T. Sjøfjell and K. Bjørklykhaug (2017). "Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie." Nordisk tidsskrift for helseforskning Vol 13(Nr 2).
- Karlsson, B. and S. H. Kim (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. En studie om sykepleiers rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. . S. f. p. h. o. r. H. i. B. o. Vestfold. Forskningsrapport nr. 16/2015.
- Kaspersen, S. L., E. Lassemo, A. Kroken, S. O. Ose and M. Ådnanes (2019). Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. Trondheim, SINTEF.
- Kinderman, P. (2014). A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being. . UK Palgrave Macmillan.
- Kjølseth, I. (2015). "Eldre med selvmordsrisiko: behandling og oppfølging." Suicidologi 11(3): .
- KoRus-Midt (2018). Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. Delrapport 1 og 2. K. r.-. Midt-Norge. Trondheim
- Korus-Oslo. (2011, 22.01.2011). "Eldre og klokere- hva med alkohol? ." Retrieved 25.09, 2019, from [http://www.forebygging.no/global/eldre\\_brosjyre\\_web.pdf](http://www.forebygging.no/global/eldre_brosjyre_web.pdf).
- Langballe, E. M. a. E., M (2011). "Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser." Folkehelseinstituttet.
- Lunde (2017). "Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk blant eldre – implikasjoner for klinisk praksis." Scandinavian Psychologist, 4.
- Lunde, L.-H. (2016). "Lever vi i ensomhetens tidsalder? Om ensomhet blant eldre [Are we living in the age of loneliness? On loneliness among older adults]." Scandinavian Psychologist 3.
- Lunde, L.-H. (2017). "Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk blant eldre – implikasjoner for klinisk praksis [Hazardous alcohol and prescription drug use among older adults – implications for clinical practice]." Scandinavian Psychologist 4.
- Ly, A. and E. Latimer (2015). "Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature." Can J Psychiatry 60(11): 475-487.

- Mehlum, L., G. Dieserud, O. Ekeberg, B. Grøholdt, L. Mellesdal, F. Walby and K. Myhre (2006). Forebygging av selvmord, del 1: psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 24.
- Mehlum, L., G. Dieserud, O. Ekeberg, B. Grøholdt, L. Mellesdal, F. Walby and K. Myhre (2007). Forebygging av selvmord, del 2, Kunnskapssenteret. Nr 4 - 2007. .
- Melby, L., M. Ådnanes, J. Kaasbøll, F. Kasteng and S. O. Ose (2017). Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. S.-r. 2017:00418. Trondheim.
- Melby, L., M. Ådnanes and F. Kasteng (2017). Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. S. A28053. Trondheim
- Montgomery, L., G. Wilson, S. Houston, G. Davidson and C. Harper (2018). "An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland." Health Soc Care Community.
- Mork, E. (2014). "Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading - en kommentar." Suicidologi 19(2): 2-6.
- Mork, E. (2015). "Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading." Suicidologi 19(2).
- Nesvåg, S. (2017). "Thematic issue: Substance use and ageing." Nordic Studies on Alcohol and Drugs 34(1): 3-5.
- Nordaunet, O. (2019). "Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 16(2): 70-79.
- Nordvik, T. and R. Sundet (2018). "Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 18(2-3): 214-223.
- O'Connor, K., D. Muller Neff and S. Pitman (2018). "Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants." Eur Psychiatry 53: 74-99.
- Oing, T. and J. Prescott (2018). "Implementations of Virtual Reality for Anxiety-Related Disorders: Systematic Review." JMIR Serious Games 6(4): e10965.
- Ose, S. O. (2016). "Using Excel and Word to Structure Qualitative Data." Journal of Applied Social Science.
- Ose, S. O., H. Faerevik, J. Kaasboll, M. Lindgren, K. Thaulow, S. Antonsen and O. Burkeland (2019). "Exploring the Potential for Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Severe Mental Illness Among Adults in Mid-Norway: Collaborative Research Between Clinicians and Researchers." JMIR Form Res 3(2): e13633.
- Ose, S. O., J. Kalseth, M. Ådnanes, T. Tveit and S. E. Lilleeng (2018). "Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission." Forthcoming in Health Policy.
- Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2016). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF-rapport A27975. Trondheim 204.
- Ose, S. O., S. L. Kaspersen and C. Børve (2018). En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. . S. 2018:00201. Trondheim.

- Ose, S. O., S. L. Kaspersen and I. Pettersen (2016). "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved." *Nord J Psychiatry*: 1-8.
- Ose, S. O., S. Lilleeng, I. Pettersen, T. Ruud and J. van Weeghel (2017). "Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census." *Nordic journal of psychiatry* 71(8): 551-560.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., Lassemo, E. & Kalseth, J. (2018): *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.
- Oser, C. B., E. P. Biebel, E. Pullen and K. L. Harp (2013). "Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: a rural versus urban comparison." *J Psychoactive Drugs* 45(1): 17-27.
- Peplau, L. A. (1982). "Perspective on loneliness." *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research Therapy*.
- Pettersen, H. and A.-M. Lofthus (2018). "Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? ." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 15(2-3): 112-123.
- Pullen, E. and C. Oser (2014). "Barriers to substance abuse treatment in rural and urban communities: counselor perspectives." *Subst Use Misuse* 49(7): 891-901.
- Rasmussen, H., T. A. Rosness, O. Bosnes, O. Salvesen, M. Knutli and E. Stordal (2018). "Anxiety and Depression as Risk Factors in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease: The HUNT Study." *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 8(3): 414-425.
- Reinholdt, N. P. (2000). *Handlingsplan mot selvmord - sluttrapport*. Oslo, Statens helsetilsyn. IK-2720.
- Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K and Ø. S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Oslo.
- Reneflot, A., L. E. Aarø, H. Aase, T. Reichborn-Kjennerud, K. Tambs and S. Øverland (2018). *Psykisk helse i Norge [Mental health in Norway]*. 18.
- Roy, M., P. Dagenais, L. Pinsonneault and V. Dery (2018). "Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Quebec, Canada): A systematic and multisource literature review." *Int J Health Plann Manage*.
- Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy B. E. & Ose, S. O. (2019). *Adult Mental Health Outpatients Who Have Minor Children: Prevalence of Parents, Referrals of Their Children, and Patient Characteristics*. *Frontiers in psychiatry*, 10.
- Skjeldal, E. (2015). "En syk psykiatri." 2016. [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)
- Solhaug HI, R. E., Romild U, Stordal E. (2012). "Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study." *Int Psychogeriatr* 24: 151-158.
- Stordal E, M. A., Dahl AA (2003). "The association between age and depression in the general population: a multivariate examination." *Acta Psychiatr Scand* 107: 132-141.

Støver, M. B., G. Nordfjærn, T & Krokstad, S. (2012). "Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) I Norge." NTNU rapport, HUNT-undersøkelsen.

Svendsen, L. (2006). Den moderne ensomheten. Aftenposten.

Svendsen, L. (2015). Min, din eller vår ensomhet? Morgenbladet.

Tevik, K. S., G. Engedal, K. Seim, A & Helvik, A (2017). "Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre." Fagartikkel, demens & alderspsykiatr 21(4).

Thornicroft, G., T. Deb and C. Henderson (2016). "Community mental health care worldwide: current status and further developments." World Psychiatry 15(3): 276-286.

Valla, B. (2014). Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre, Gyldendal akademisk.

Walby, F. and E. Ness (2012). "Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern - erfaringer og utfordringer videre." Suicidologi Årg. 17(1).

Weaver, N., M. Coffey and J. Hewitt (2017). "Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature." J Psychiatr Ment Health Nurs 24(6): 431-450.

Weiss, R. S. (1973). "Loneliness: The experience of emotional and social isolation."

WHO (2008). Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Frankrike.

## VEDLEGG A: GRUNNLAGSDATA 2019

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	50	39	11	16	15	18
104	Moss	167	153	13	51	59	20
105	Sarpsborg	181	133	49	32	30	41
106	Fredrikstad	219	179	40	27	27	24
111	Hvaler	29	26	4	63	66	49
118	Aremark	1	1	0	10	9	11
119	Marker	7	4	2	19	15	37
121	Rømskog	6	6	0	92	112	0
122	Trøgstad	18	15	3	33	34	29
123	Spydeberg	24	22	2	40	46	15
124	Askim	46	45	1	29	35	3
125	Eidsberg	27	19	8	24	21	34
127	Skiptvet	13	10	3	35	34	38
128	Rakkestad	17	12	5	20	18	28
135	Råde	19	14	5	25	23	33
136	Rygge	54	38	16	33	30	48
137	Våler	22	19	3	40	45	22
138	Hobøl	9	7	2	15	16	13
211	Vestby	32	20	12	18	15	27
213	Ski	57	49	8	19	21	11
214	Ås	68	47	21	33	30	48
215	Frogn	49	38	11	31	31	33
216	Nesodden	54	36	19	28	24	40
217	Oppegård	74	44	30	27	21	47
219	Bærum	292	260	31	23	27	11
220	Asker	188	145	43	30	31	29
221	Aurskog-Høland	33	17	16	20	13	47
226	Sørum	29	19	10	16	14	21
227	Fet	22	18	5	19	19	18
228	Rælingen	36	31	5	20	22	12
229	Enebakk	14	10	3	12	12	13
230	Lørenskog	68	47	21	17	15	23
231	Skedsmo	97	71	25	17	16	21
233	Nittedal	58	48	10	24	26	17
234	Gjerdrum	13	8	5	19	15	31
235	Ullensaker	87	70	17	23	24	19
236	Nes	28	21	7	13	12	14

237	Eidsvoll	48	39	9	19	20	16
238	Nannestad	25	19	6	18	18	19
239	Hurdal	6	3	3	21	12	54
402	Kongsvinger	36	26	10	20	18	32
403	Hamar	85	71	14	27	28	24
412	Ringsaker	73	44	29	21	16	42
415	Løten	14	10	4	18	15	27
417	Stange	54	36	18	26	21	42
418	Nord-Odal	11	8	3	22	20	35
419	Sør-Odal	29	28	1	37	44	8
420	Eidskog	31	24	7	50	46	74
423	Grue	19	15	4	41	37	65
425	Åsnes	33	28	4	45	47	36
426	Våler	17	11	6	47	36	104
427	Elverum	62	51	11	29	30	25
428	Trysil	23	21	2	35	38	19
429	Åmot	6	4	2	14	11	26
430	Stor-Elvdal	7	5	2	27	24	47
432	Rendalen	6	5	0	31	34	14
434	Engerdal	2	2	1	18	17	24
436	Tolga	1	1	0	8	8	9
437	Tynset	8	4	4	14	9	32
438	Alvdal	4	2	2	15	10	34
439	Folldal	2	2	0	15	15	14
441	Os	7	3	4	37	19	125
501	Lillehammer	62	46	17	22	20	31
502	Gjøvik	104	92	12	34	37	20
511	Dovre	8	5	3	30	24	57
512	Lesja	5	3	3	27	17	65
513	Skjåk kommune	6	5	2	28	25	38
514	Lom kommune	13	13	0	57	68	9
515	Vågå	7	6	1	19	20	11
516	Nord-Fron	10	7	3	17	14	28
517	Sel	6	5	1	11	11	9
519	Sør-Fron	16	9	8	52	36	120
520	Ringebu	12	8	4	27	22	49
521	Øyer	14	10	4	27	23	45
522	Gausdal	27	22	5	43	43	43
528	Østre Toten	37	33	4	25	27	15
529	Vestre Toten	39	32	7	29	30	27
532	Jevnaker	14	9	5	20	17	32
533	Lunner	34	29	5	37	40	25
534	Gran	59	34	26	43	31	96
536	Søndre Land	31	27	4	56	59	41
538	Nordre Land	18	13	6	27	23	45

540	Sør-Aurdal	11	9	3	38	36	49
541	Etnedal	5	3	2	37	27	78
542	Nord-Aurdal	14	8	6	21	15	47
543	Vestre Slidre	6	5	1	29	28	35
544	Øystre Slidre	10	8	2	30	30	30
545	Vang	3	3	1	20	19	23
602	Drammen	215	136	80	31	25	56
604	Kongsberg	50	42	8	18	19	14
605	Ringerike	69	58	11	23	24	18
612	Hole	23	16	7	34	31	44
615	Flå	4	3	1	34	35	32
616	Nes (Buskerud)	15	14	2	47	50	31
617	Gol	13	8	5	28	22	55
618	Hemsedal	10	5	5	39	24	93
619	Ål	11	7	4	23	17	43
620	Hol	16	13	3	35	34	37
621	Sigdal	16	14	2	45	50	25
622	Krødsherad	4	4	1	20	20	18
623	Modum	78	54	24	56	48	86
624	Øvre Eiker	55	28	27	29	18	67
625	Nedre Eiker	68	50	18	27	26	31
626	Lier	65	41	24	25	20	40
627	Røyken	45	27	18	20	16	33
628	Hurum	25	11	14	26	14	74
631	Flesberg	15	9	6	55	44	99
632	Rollag	5	4	1	37	35	49
633	Nore og Uvdal	6	4	2	23	20	37
701	Horten	86	54	32	31	25	59
704	Tønsberg	177	135	42	38	37	45
710	Sandefjord	138	112	25	22	22	19
711	Svelvik kommune	33	18	15	49	33	119
712	Larvik	133	114	19	28	30	20
713	Sande (Vestfold)	10	7	3	10	9	14
715	Holmestrand	39	27	12	27	24	40
716	Re kommune	25	23	2	26	30	9
729	Færder	52	46	6	19	22	10
805	Porsgrunn	130	95	35	36	33	48
806	Skien	238	125	113	43	29	101
807	Notodden	43	34	9	34	33	36
811	Siljan	11	8	3	48	44	64
814	Bamble	47	36	11	33	32	39
815	Kragerø	35	24	11	33	28	57
817	Drangedal	11	10	1	27	30	15
819	Nome	25	24	2	39	45	13

821	Bø (Telemark)	18	17	1	27	31	7
822	Sauherad	9	6	2	20	18	29
826	Tinn	31	26	5	53	55	44
827	Hjartdal	2	1	1	14	10	32
828	Seljord	10	7	3	34	30	50
829	Kviteseid	10	10	1	43	48	20
830	Nissedal	2	2	1	16	15	16
831	Fyresdal	2	2	0	16	18	11
833	Tokke	6	4	2	28	24	46
834	Vinje	13	11	2	34	36	27
901	Risør	18	16	2	27	29	16
904	Grimstad	71	60	12	31	33	22
906	Arendal	158	114	44	35	32	47
911	Gjerstad	14	13	1	57	64	26
912	Vegårshei	2	2	0	11	14	4
914	Tvedestrand	16	14	1	26	29	10
919	Froland	16	12	4	27	27	25
926	Lillesand	39	31	8	36	37	33
928	Birkenes	8	5	3	16	12	26
929	Åmli	5	4	2	29	24	48
935	Iveland	3	2	1	23	20	30
937	Evje og Hornnes	8	5	3	23	19	34
938	Bygland	6	5	1	49	53	36
940	Valle	3	2	1	25	21	43
941	Bykle	3	1	1	27	18	64
1001	Kristiansand	423	335	88	46	46	44
1002	Mandal	36	28	9	23	23	24
1003	Farsund	30	24	6	31	32	30
1004	Flekkefjord	36	30	6	40	43	30
1014	Vennesla	54	39	15	37	35	45
1017	Songdalen	30	22	8	45	43	51
1018	Søgne	26	19	7	23	22	26
1021	Marnardal	13	12	1	56	65	24
1026	Åseral	3	2	1	28	25	39
1027	Audnedal	7	4	3	39	30	67
1029	Lindesnes	11	8	3	22	21	26
1032	Lyngdal	31	26	5	36	41	20
1034	Hægebostad	6	5	1	36	38	27
1037	Kvinesdal	30	25	5	50	54	35
1046	Sirdal	4	3	1	20	23	12
1101	Eigersund	72	65	8	49	56	23
1102	Sandnes	217	176	41	28	30	22
1103	Stavanger	482	404	78	36	39	27
1106	Haugesund	140	116	25	38	39	32
1111	Sokndal	4	3	1	13	13	13



1112	Lund	9	5	3	27	22	44
1114	Bjerkreim	7	4	2	23	21	29
1119	Hå	55	47	8	29	34	16
1120	Klepp	51	39	13	26	27	26
1121	Time	40	37	4	21	26	7
1122	Gjesdal	30	25	5	25	28	16
1124	Sola	71	53	18	27	26	28
1127	Randaberg	42	23	19	38	28	69
1129	Forsand	2	1	1	19	16	28
1130	Strand	30	23	7	23	24	20
1133	Hjelmeland	6	5	1	22	24	14
1134	Suldal	12	11	1	32	37	15
1135	Sauda	13	12	2	29	32	18
1141	Finnøy	7	5	2	23	20	32
1142	Rennesøy	18	16	2	37	44	17
1144	Kvitsøy	1	1	1	19	12	48
1145	Bokn	2	1	1	21	20	28
1146	Tysvær	37	33	4	33	40	15
1149	Karmøy	120	105	15	28	32	15
1151	Utsira	1	1	0	46	39	68
1160	Vindafjord	32	28	4	36	41	21
1201	Bergen	864	754	109	31	34	19
1211	Etne	7	5	2	18	17	21
1216	Sveio	23	19	4	40	43	30
1219	Bømlo	31	24	7	26	26	23
1221	Stord	92	72	20	49	50	46
1222	Fitjar	17	16	1	52	64	16
1223	Tysnes	8	6	2	27	26	32
1224	Kvinnherad	103	58	45	78	56	160
1227	Jondal	3	2	1	30	28	41
1228	Odda	23	21	2	35	39	17
1231	Ullensvang	8	5	3	23	19	37
1232	Eidfjord	3	2	0	30	33	18
1233	Ulvik	4	2	2	37	18	107
1234	Granvin	5	4	1	54	50	70
1235	Voss	37	26	11	26	23	36
1238	Kvam	27	19	7	32	29	39
1241	Fusa	9	7	2	22	22	24
1242	Samnanger	3	2	1	13	12	18
1243	Os (Hordaland)	64	60	4	31	38	8
1244	Austevoll	7	5	2	12	12	14
1245	Sund	29	25	5	41	47	25
1246	Fjell	71	43	28	27	22	43
1247	Askøy	161	123	37	55	57	49
1251	Vaksdal	7	4	3	17	12	35

1252	Modalen	2	1	1	47	35	85
1253	Osterøy	24	17	7	29	27	37
1256	Meland	17	10	7	21	17	30
1259	Øygarden	13	9	4	27	24	35
1260	Radøy	10	7	4	20	16	31
1263	Lindås	50	46	5	32	38	12
1264	Austrheim	10	8	2	33	35	26
1265	Fedje	1	1	0	14	13	17
1266	Masfjorden	6	6	0	37	45	8
1401	Flora	26	14	12	22	15	45
1411	Gulen	7	4	3	28	19	64
1412	Solund	3	3	1	41	39	53
1413	Hyllestad	3	2	1	19	19	21
1416	Høyanger	19	14	5	47	42	67
1417	Vik	18	17	1	67	80	17
1418	Balestrand	5	4	1	41	41	45
1419	Leikanger	2	2	0	10	11	6
1420	Sogndal	21	17	4	25	26	23
1421	Aurland	9	8	0	50	58	13
1422	Lærdal	14	12	1	63	71	32
1424	Årdal	11	10	2	22	23	16
1426	Luster	9	8	1	18	20	9
1428	Askvoll	9	7	2	28	29	24
1429	Fjaler	8	4	4	30	20	62
1430	Gaular	8	5	3	26	21	41
1431	Jølster	11	10	1	36	45	8
1432	Førde	75	61	14	57	61	44
1433	Naustdal	8	4	4	28	17	64
1438	Bremanger	21	21	0	57	69	6
1439	Vågsøy	24	20	5	41	42	35
1441	Selje	11	9	2	41	42	38
1443	Eid	41	37	4	66	77	30
1444	Hornindal	1	1	0	8	7	12
1445	Gloppen	22	17	5	37	37	38
1449	Stryn	27	23	3	37	42	21
1502	Molde	81	60	21	30	28	37
1504	Ålesund	171	140	31	36	37	30
1505	Kristiansund	82	73	9	34	38	18
1511	Vanylven	35	31	4	111	117	84
1514	Sande (Møre og Romsdal)	6	5	1	24	24	22
1515	Herøy (Møre og Romsdal)	20	16	4	23	23	21
1516	Ulstein	28	27	1	32	41	5
1517	Hareid	14	9	5	27	23	40
1519	Volda	33	30	4	36	41	18

1520	Ørsta	28	23	6	26	27	23
1523	Ørskog	6	4	2	24	22	34
1524	Norddal	5	3	3	30	19	76
1525	Stranda	16	14	2	35	37	26
1526	Stordal	2	1	1	16	13	26
1528	Sykkylven	11	6	5	14	10	30
1529	Skodje	3	2	1	6	6	4
1531	Sula	29	22	7	31	31	29
1532	Giske	30	23	7	36	37	32
1534	Haram	29	26	4	31	35	17
1535	Vestnes	29	20	9	44	38	67
1539	Rauma	25	16	9	34	27	58
1543	Neset	3	2	1	12	9	23
1545	Midsund	5	3	1	23	21	30
1546	Sandøy	2	1	1	13	6	40
1547	Aukra	5	4	2	15	14	18
1548	Fræna	40	24	17	41	31	75
1551	Eide	19	9	9	54	36	112
1554	Averøy	6	5	1	10	11	5
1557	Gjemnes	3	3	1	13	14	9
1560	Tingvoll	8	7	2	27	27	28
1563	Sunnadal	21	16	5	30	28	38
1566	Surnadal	33	30	3	55	62	27
1571	Halsa	9	9	1	59	66	28
1573	Smøla	9	8	1	41	45	21
1576	Aure	3	3	1	9	9	12
1804	Bodø kommune	154	130	24	30	32	22
1805	Narvik	60	49	11	32	33	31
1811	Bindal	17	15	2	117	129	70
1812	Sømna	10	7	3	49	45	62
1813	Brønnøy kommune	17	13	4	21	21	20
1815	Vega	9	8	1	75	83	36
1816	Vevelstad	1	1	1	20	12	54
1818	Herøy (Nordland)	16	14	2	88	100	41
1820	Alstahaug	28	24	4	37	40	29
1822	Leirfjord	4	4	1	17	20	9
1824	Vefsn	35	24	11	26	22	42
1825	Grane	6	4	2	40	31	80
1826	Hattfjelldal	4	2	1	27	22	52
1827	Dønna	5	5	1	37	42	19
1828	Nesna	3	2	1	15	12	28
1832	Hemnes	9	6	3	20	17	29
1833	Rana	99	72	26	38	34	50
1834	Lurøy	1	1	0	7	7	8

1835	Træna	1	0	1	15	5	57
1836	Røddøy	4	1	3	29	10	96
1837	Meløy	35	24	10	54	49	77
1838	Gildeskål	5	4	1	26	27	20
1839	Beiarn	5	3	2	50	38	114
1840	Saltdal	25	22	4	54	57	42
1841	Fauske - Fuosko	17	13	4	17	17	19
1845	Sørfold	4	2	2	22	14	52
1848	Steigen	7	5	2	27	25	33
1849	Hamarøy - Hábmer	4	3	1	21	17	38
1850	Divtasvuodna - Tysfjord	3	2	0	14	14	12
1851	Lødingen	9	7	2	42	41	45
1852	Tjeldsund	2	2	1	16	14	23
1853	Evenes	2	2	0	16	16	17
1854	Ballangen	12	10	2	49	50	43
1856	Røst	1	1	0	24	21	38
1857	Værøy	2	2	0	23	25	16
1859	Flakstad	4	3	0	28	30	18
1860	Vestvågøy	10	8	2	9	9	7
1865	Vågan	22	21	1	23	27	5
1866	Hadsel	20	18	2	25	27	15
1867	Bø (Nordland)	8	6	2	31	28	48
1868	Øksnes	11	10	2	25	27	18
1870	Sortland - Suortá	24	21	3	23	25	13
1871	Andøy	28	25	4	59	63	43
1874	Moskenes	11	11	0	104	119	14
1902	Tromsø	239	163	77	31	27	49
1903	Harstad - Hárstták	70	65	5	28	33	10
1911	Kvæfjord	21	18	3	75	79	56
1913	Skånland	17	15	2	56	60	40
1917	Ibestad	1	1	1	7	4	23
1919	Gratangen	5	4	1	43	47	26
1920	Loabák - Lavangen	10	10	1	98	118	26
1922	Bardu	25	23	3	63	72	30
1923	Salangen	30	25	5	138	141	122
1924	Målselv	24	16	8	36	30	60
1925	Sørreisa	4	3	1	11	11	11
1926	Dyrøy	14	12	2	125	126	119
1927	Tranøy	3	2	1	22	17	45
1928	Torsken	5	4	1	49	47	62
1929	Berg	1	1	0	11	14	0
1931	Lenvik	58	42	17	50	46	65
1933	Balsfjord	19	18	1	34	39	14

1936	Karlsøy	6	5	1	26	26	24
1938	Lyngen	16	12	5	57	49	97
1939	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	17	14	3	90	93	75
1940	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	5	5	0	25	30	0
1941	Skjervøy	11	10	1	37	42	14
1942	Nordreisa	8	8	0	17	21	0
1943	Kvænangen	3	3	0	25	27	10
2002	Vardø	3	3	1	16	15	20
2003	Vadsø	20	15	5	35	32	47
2004	Hammerfest	53	37	16	50	44	71
2011	Guovdageaidnu - Kautokeino	10	7	4	34	28	56
2012	Alta	71	56	15	34	35	31
2014	Loppa	3	3	0	31	33	17
2015	Hasvik	5	4	1	44	44	43
2017	Kvalsund	10	8	2	100	90	157
2018	Måsøy	5	4	1	43	39	66
2019	Nordkapp	9	7	2	28	25	43
2020	Porsanger - Porsángu - Porsanki	10	8	2	24	23	29
2021	Kárásjohka - Karasjok	20	15	5	74	70	93
2022	Lebesby	4	3	1	29	29	33
2023	Gamvik	5	1	4	42	7	256
2024	Berlevåg	5	4	1	48	42	81
2025	Deatnu - Tana	26	24	2	91	100	47
2027	Unjárga - Nesseby	7	6	1	73	76	58
2028	Båtsfjord	4	3	1	17	18	16
2030	Sør-Varanger	22	19	3	22	23	15
5001	Trondheim	883	709	174	45	45	45
5004	Steinkjer	71	66	5	32	38	11
5005	Namsos	53	40	13	41	39	47
5011	Hemne	23	18	5	54	53	54
5012	Snillfjord	2	1	1	16	10	45
5013	Hitra	36	29	7	77	77	81
5014	Frøya	24	21	3	47	51	27
5015	Ørland	24	16	8	44	37	71
5016	Agdenes	7	6	1	40	45	19
5017	Bjugn	4	3	1	9	8	10
5018	Åfjord	22	18	4	66	66	68
5019	Roan	1	1	0	14	14	12
5020	Osen	2	2	0	21	20	26
5021	Oppdal	14	10	4	20	19	25

5022	Rennebu	7	5	2	27	22	48
5023	Meldal	18	13	5	45	40	65
5024	Orkdal	59	44	16	49	46	60
5025	Røros	11	9	2	19	19	18
5026	Holtålen	3	3	0	15	16	11
5027	Midtre Gauldal	11	7	4	18	14	32
5028	Melhus	38	33	5	23	26	13
5029	Skaun	16	11	5	20	18	24
5030	Klæbu	12	9	4	20	19	22
5031	Malvik	34	27	7	24	25	20
5032	Selbu	5	4	1	12	11	15
5033	Tydal	5	4	1	62	65	47
5034	Meråker	9	6	3	39	31	70
5035	Stjørdal	73	46	27	30	25	50
5036	Frosta	5	2	3	20	11	56
5037	Levanger	73	59	14	36	38	31
5038	Verdal	34	31	3	23	26	11
5039	Verran	16	15	2	66	73	37
5040	Namdalseid	10	9	1	62	70	29
5041	Snåase - Snåsa	10	8	2	46	49	37
5042	Lierne	2	1	1	14	11	29
5043	Raarvihke - Røyrvik	1	1	0	27	26	31
5044	Namsskogan	2	1	1	23	14	63
5045	Grong	14	10	4	60	51	96
5046	Høylandet	4	2	1	28	22	49
5047	Overhalla	7	4	3	19	15	31
5048	Fosnes	1	1	0	10	10	11
5049	Flatanger	3	3	0	29	34	5
5050	Vikna	34	32	2	74	90	23
5051	Nærøy	34	32	3	67	78	24
5052	Leka	1	1	0	15	13	28
5053	Inderøy	9	7	1	13	14	9
5054	Indre Fosen	25	18	7	25	23	33
5061	Rindal	5	4	1	26	24	34
30101	Gamle Oslo	135	90	44	24	19	48
30102	Grünerløkka	164	124	40	27	24	47
30103	Sagene	119	106	13	27	28	22
30104	St. Hanshaugen	92	75	17	24	22	36
30105	Frogner	66	51	15	11	10	21
30106	Ullern	48	27	21	14	10	29
30107	Vestre Aker	60	45	15	12	12	13
30108	Nordre Aker	77	39	38	15	10	33
30109	Bjerke	56	45	11	17	18	14
30110	Grorud	68	49	19	24	22	33

30111	Stovner	96	74	22	29	29	28
30112	Alna	92	65	28	19	17	25
30113	Østensjø	155	113	42	31	29	37
30114	Nordstrand	67	46	21	13	11	18
30115	Søndre Nordstrand	69	52	18	18	18	18
30116	Velferdsetaten	470	470	0			
30117	Helseetaten	26	20	7			
	Landet	16399	12872	3527	31	31	31





## VEDLEGG B: FORKORTELSER

Det eksisterer en rekke forkortelser innen psykisk helse- og rusarbeid. Nedenfor følger en liste over vanlige forkortelser som brukes av kommunene.

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt, samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Engelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BTI	Bedre tverrfaglig innsats
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktspsykiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)
FIT	Feedback-informerte tjenester ( <a href="http://www.napha.no/fit/">www.napha.no/fit/</a> )
FRIENDS-kurs	Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge
HAP-kurs	Hasjavvenningsprogrammet
ICDP	International Child Development Programme
IMR	Illness management recovery
IPS	Individual placement and support, hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb
KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling
KAT	Kognitiv atferdsterapi
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring.
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse

LOS-prosjektet	Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester, og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen mv.
Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
NKROP	Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse)
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 18 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad
SE	Supported employment
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.
SMIL-grupper	Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8-12 år.
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risikoprogram for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VIP	Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært for ungdom i alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

## VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2019

Tema	Inkluderte spørsmål
<b>Del 1:</b>	<b>Årsverk etter tiltak og utdanning</b>
Årsverks-innsats, tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?</li> <li>2. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?</li> <li>3. Hvor mange årsverk ytes til behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering /faglig ledelse for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?</li> <li>4. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?</li> <li>5. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?</li> <li>6. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser</li> </ol> <p>Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2018 og 2019</p>
Årsverks-innsats, tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser og rusproblemer hos barn og unge?</li> <li>2. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid?</li> <li>3. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser og/eller rusproblemer</li> </ol> <p>Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2018 og 2019</p>
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat voksne og barn/unge)	<p>Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>2. Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>3. Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>4. Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>5. Psykiatere?</li> <li>6. Psykologer?</li> <li>7. Psykologspesialister?</li> <li>8. Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>9. Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid?</li> <li>10. Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning?</li> <li>11. Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere? Hvis ja, hvor mange årsverk? (Kun spurt i forhold til voksne)</li> <li>12. Inkluderer noen av årsverkene i tjenester ansatte med erfaringskompetanse/ brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus? Hvis ja, hvor mange årsverk? Hvis ja, hvilken rolle har personene/årsverkene? Hvis ja, hvilke fordeler/ulempeser ser dere med at dere har ansatte med erfaringskompetanse i tjenestene? Hvis nei, har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse?</li> <li>13. Kommentarer + sumkontroller tiltak og utdanningsgrupper 2019</li> </ol>

Årsverk etter hovedforløp	
Årsverksinn- sats, hoved- forløp (separat voksne og barn/unge)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antall årsverk for tiltak som skal fordeles på hovedforløp</li> <li>2. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser</li> <li>3. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud)</li> <li>4. Antall årsverk tiltak for barn og unge som skal fordeles på hovedforløp</li> <li>5. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge). Fordel årsverkene som er rapportert på tiltak og utdanningsgrupper på forløp.</li> <li>6. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge)</li> <li>7. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med dette hovedforløpet (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud)</li> <li>8. Kommentarer til spørsmålene</li> </ol>
Del 2:	Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), opp
OP-rus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet blitt benyttet til formålet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad, vet ikke)</li> <li>2. Har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? (Ja, nei, vet ikke)</li> <li>3. På hvilken måte har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere årsverk</li> <li>• Økte midler til kompetanseheving på rusområdet</li> <li>• Økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen</li> <li>• Økt kapasitet i tilbudet for personer med milde og moderate rusmiddelrelaterte problemer</li> <li>• Flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer</li> <li>• Økt brukerinvolvering</li> <li>• Vi har i større grad involvert voksne pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft</li> <li>• Vi har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft</li> <li>• Annet, hva _____</li> </ul> </li> <li>4. Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptappingsplan for rusfeltet? (Oppgi antall)</li> <li>5. I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>6. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? (Ja, Nei). Hvis ja, på hvilken måte er rusmiddelsituasjonen kartlagt? Hvis ja, benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de rusrelaterte problemene? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort.</li> </ol>

<p>OP-rus (2016-2020)</p>	<p>7. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? (Ja, Nei). Hvis ja, på hvilken måte er rusmiddelsituasjonen kartlagt? Hvis ja, benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de rusrelaterte problemene? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort.</p> <p>8. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykiskhelsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</p> <p>9. Har kommunen/bydelen et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk? Hvis ja, beskriv på hvilken måte systemene på tvers fungerer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, for voksne</li> <li>• Ja, for unge under 18 år</li> <li>• Ja, for både unge (&lt;18) og voksne (18+)</li> <li>• Nei</li> </ul> <p>10. I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</p> <p>Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer (åpen tekst)</p> <p>11. Har dere samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (Ja, nei)</p> <p>12. Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (Svært godt, godt, verken/eller, dårlig, svært dårlig)</p> <p>13. I hvilken grad kartlegger og iverksetter kommunen tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</p> <p>14. Har kommunen forankret rusarbeidet i sitt planverk? (Ja, nei)</p> <p>Om ja, kan dere beskrive hvilket planverk. Hvis ja, kan dere beskrive hvilket planverk:</p> <p>15. Har kommunen et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose? Hvis ja, kan dere oppgi hvilken tjeneste eller tiltak som har dette ansvaret:</p> <p>16. I hvor stor grad følger dere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper (I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad):</p>
<p>Oppsøkende virksomhet</p>	<p>1. Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ ungdomsteam)? Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen:</p> <p>Om ja, kan dere beskrive målgruppen</p> <p>2. Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam? Ja/nei</p> <p>3. Hvilke typer flerfaglige oppsøkende team (se Helsedirektoratet.no for definisjoner av ACT/FACT)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)</li> <li>• FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)</li> <li>• Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)</li> <li>• Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)</li> <li>• Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge</li> <li>• Andre typer team</li> </ul> <p>Er ACT- teamet etablert i samarbeid med andre kommuner. Om ja, hvilke:</p> <p>Er FACT- teamet etablert i samarbeid med andre kommuner. Om ja, hvilke:</p>

<p>Øyeblikkelig hjelp døgntilbud</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnoophold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei</li> <li>• Ja, eget kommunalt tilbud</li> <li>• Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)</li> <li>• Ja, i forbindelse med legevakt</li> <li>• Ja, i bofellesskap eller sykehjem</li> <li>• Ja, annet, hva (åpen tekst)</li> </ul> </li> <li>2. I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnoophold for pasienter/brukere med psykisk helse- og eller rusmiddelproblematikk blir benyttet? (I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, I stor grad, I svært stor grad)</li> <li>3. Hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene innen psykisk helse og rus etablert? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken</li> <li>• Som et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen</li> </ul> </li> </ol>
<p>Arbeidstiltak</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet? (Ja, nei).</li> <li>2. Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid? (Ja, nei).</li> <li>3. Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid? (Ja, nei).</li> <li>4. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud)</li> <li>5. I hvilken grad har kommunen fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med personer med psykiske lidelser? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>6. I hvilken grad har kommunen fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med personer med rusmiddelproblemer? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>7. I hvilken grad erfarer dere at psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med personer med psykiske lidelser? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>8. I hvilken grad erfarer dere at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med personer med rusmiddelproblemer? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> </ol>
<p>Bruker-medvirkning og bruker-orientering</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiskhelsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>2. Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) (Ja, nei)</li> <li>3. På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd.? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker</li> <li>• "Hva er viktig for deg?"- skjema (PSFS)</li> <li>• Brukerråd</li> <li>• Brukerundersøkelse (KS, bedre kommuner, andre?)</li> </ul> </li> <li>4. I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> </ol>
<p>Bolig-situasjonen</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>2. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med rusproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>3. I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>4. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)</li> <li>5. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)</li> </ol>

Del 3:	Kjøp fra private/andre kommuner, interkommunalt samarbeid, oppfølging av barn og unge/eldre, barn som pårørende, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, pakkeforløp, selvmord etc., erfaring med kompetanse- og ressurscenter, melding om utskrivningsklare pasienter etc.
Kjøp fra private/andre kommuner	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid? Hvis ja, hvilke tjenester er dette? Hvis nei, hvorfor ikke? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler</li> <li>• Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser</li> <li>• Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler</li> <li>• Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser</li> <li>• Nei</li> </ul> </li> <li>2. Har det vært endringer i kommunen/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året? (Ja/nei). Hvis ja, hva består endringen av?</li> <li>3. Kjøper kommunen tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeidet? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, innen psykisk helse</li> <li>• Ja, innen rusarbeid</li> <li>• Ja, innen både psykisk helse og rusarbeid</li> <li>• Nei</li> </ul> </li> <li>4. Hvis ja, hvilke typer tjenester/tiltak er dette? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heldøgns bo- og omsorgstjeneste</li> <li>• Arbeids- og aktivitetstiltak</li> <li>• Psykologtjenester</li> <li>• Annet, hva</li> </ul> </li> </ol>
Interkommunalt samarbeid	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har kommunen interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid? (Ja/nei). Hvis ja, hvilke tjenester samarbeides det om: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heldøgns bo- og omsorgstilbud</li> <li>• Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam</li> <li>• Interkommunalt KAD- avdeling</li> <li>• Arbeids- og/eller aktivitetstiltak</li> <li>• Psykologtjenester</li> <li>• Annet, hva:</li> </ul> Hvis ja, hvilke kommuner inngår: </li> </ol>
Oppfølging av barn og unge	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>2. I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> <li>3. Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge? (Ja, nei)</li> <li>4. Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi? (Ja, nei)</li> <li>5. Kommentarer til spørsmålene:</li> </ol>

Oppfølging av eldre med psykiske helseutfordringer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre som har psykiske helseutfordringer i kommunen? (Ja/Nei/Under planlegging). Beskriv her hva som evt. gjøres eller planlegges: Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?</li> <li>2. Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre og rusmiddelproblematikk (alkohol, narkotika og legemidler) i kommunen? (Ja/Nei/Under planlegging) Beskriv her hva som gjøres eller planlegges: Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?</li> <li>3. Er det etablert egne tiltak eller tilbud rettet mot eldre med ROP- lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser) i kommunen? (Ja/Nei/Under planlegging) Beskriv her hva som gjøres eller planlegges: Hvis nei, hvilke tiltak eller tilbud burde etableres slik dere vurderer det?</li> <li>4. I hvilken grad har kommunen satset på kompetanseheving når det gjelder følgende målgrupper? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eldre med psykiske helseutfordringer</li> <li>• Eldre med rusproblematikk</li> <li>• Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser)</li> <li>• Eldre utsatt for vold og overgrep</li> </ul> </li> </ol>
Pårørende/barn som pårørende	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven §10a (Ja/Nei).</li> <li>2. Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?</li> <li>3. Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, famili Koordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjeneste, eller liknende? (Ja/Nei)</li> <li>4. I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i dere kommune? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>5. Hvilke tiltak/tjenester har dere for barn som pårørende og søsken under 18 år? (åpent)</li> <li>6. Samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om barn og pårørende? (Ja/Nei/Under planlegging)</li> <li>7. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Voksne som har tatt overdose (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Voksne med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Voksne som har begått selvmord (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Barn og unge med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Barn og unge med selvskadings-problematikk (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Unge med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> </ul> </li> <li>8. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foresatte med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Foresatte som har tatt overdose (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Foresatte med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> <li>• Foresatte som har begått selvmord (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)</li> </ul> </li> </ol>



<p>Samarbeid med spesialisthelse tjenesten (som i 2018)</p>	<p>Opplevd samarbeid:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)</li> <li>2. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)</li> <li>3. Hvordan har samarbeidet med psykisk helsevern utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)</li> <li>4. Hvordan har samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)</li> </ol> <p>Samarbeidsavtaler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer (Svært godt, Godt, Middels, Dårlig, Svært Dårlig)</li> <li>6. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser</li> <li>7. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser</li> <li>8. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer</li> <li>9. I hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern sørger for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>• Samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer</li> <li>• Generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen</li> <li>• Samarbeid med andre etater når det er nødvending for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte</li> </ul> </li> </ol> <p>Kommentarer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. I hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sørger for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> <li>• Samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer</li> <li>• Generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen</li> <li>• Samarbeid med andre etater når det er nødvending for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte</li> </ul> </li> </ol> <p>Kommentarer:</p>
<p>Pakkeforløp for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er kommunen kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus? (Ja, nei)</li> <li>2. Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus? (Ja/Nei)</li> </ol> <p>Hvis ja, hvor er forløpskoordinatoren organisert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinerende enhet/Tildelingskontor</li> <li>• Enhet for psykisk helse og rus</li> <li>• NAV</li> <li>• Annet, hvor:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Har kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus for følgende målgruppe? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne med rusmiddelproblemer</li> <li>• Voksne med psykiske vansker/lidelser</li> <li>• Barn og unge med psykiske vansker/lidelser</li> <li>• Unge med rusmiddelproblemer</li> </ul> </li> <li>4. Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nei</li> <li>• Vet ikke</li> </ul> </li> <li>5. Har dere noen konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus? (åpen)</li> </ol> <p>Kommentarer:</p>

<p>Selv mord, selvskading, overdose, vold og overgrep</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for (Ja, nei): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?</li> <li>• Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk?</li> <li>• Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?</li> <li>• Oppfølging av personer etter overdose?</li> <li>• Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?</li> <li>• Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?</li> <li>• Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging?</li> </ul> </li> <li>2. Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskadning og selvmordsforsøk? (Ja, nei)</li> <li>3. Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell? (Ja, nei)</li> <li>4. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år? (Ja, nei)</li> <li>5. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år? (Ja, nei)</li> <li>6. I hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep tilfredsstillende? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)</li> </ol> <p>Kommentarer:</p>
<p>Erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vennligst oppgi om dere har hørt om/vært i kontakt med/brukt de ulike sentrene, og i tilfelle hvordan. (Har ikke hørt om, Har hørt om, men ikke vært i kontakt med/brukt, Har vært i kontakt med/brukt) <ul style="list-style-type: none"> <li>• NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)</li> <li>• KoRus (Regionale kompetansesentre på rusfeltet)</li> <li>• RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)</li> <li>• RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)</li> <li>• NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)</li> <li>• NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)</li> <li>• NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging)</li> </ul> </li> <li>2. Dere har oppgitt å ha vært i kontakt med følgende tjenester. På hvilken måte har dere vært i kontakt med dem? (Besøkt nettsiden, Telefonkontakt, Konkret samarbeid, E-læringstilbud, Lest fagartikler, Deltatt på kurs, Deltatt på kompetansehevende program/tiltak, Annet) <ul style="list-style-type: none"> <li>• NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)</li> <li>• KoRus (Regionale kompetansesentre for rusfeltet)</li> <li>• RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)</li> <li>• RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)</li> <li>• NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)</li> <li>• NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)</li> <li>• NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging)</li> </ul> <p>Kommentar:</p> </li> <li>3. Dere har oppgitt å ha hatt følgende kontaktmåter med sentrene. Hvor fornøyd har dere vært med disse kontaktene (her kommer spørsmål om hvor fornøyd dere er med sentrene avhengig av hvilken kontakt dere har krysset av for). Hvor fornøyd er dere generelt med tilbudet dere har fått? <ul style="list-style-type: none"> <li>• NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)</li> <li>• KoRus (Regionale kompetansesentre for rusfeltet)</li> <li>• RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)</li> <li>• RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)</li> <li>• NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)</li> <li>• NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)</li> <li>• NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging)</li> </ul> </li> <li>4. I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> </ol>

<p>Melding om utskrivningsklare pasienter</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har dere mottatt varslings om pasient som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nei</li> <li>• Vet ikke</li> </ul> </li> </ol> <p>Hvis ja, hvilke spesialisthelsetjenester har sent varslings?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykisk helsevern for barn og unge</li> <li>• Psykisk helsevern for voksne</li> <li>• Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</li> </ul> <p>Hvis ja, har noen av pasientene denne kommunen som oppholdskommune og ikke bostedskommune?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nei</li> <li>• Vet ikke</li> </ul>
<p>Ny teknologi og digitalisering</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Digitale og mobile løsninger for journalføring (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>2. Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunale tjenester (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>3. Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om enkeltbrukere (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>4. Videokonferanse/Skypemøte etc. mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på systemnivå (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>5. Videokonferanse/Skypemøte etc (Ja/Nei). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>6. Lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for de med kortvarige problemer (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>7. Lavterskeltjenester med gode med gode selvhjelpsverktøy for de med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Ja/Nei) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>8. Digital beredskapsplan/kriseplan for enkeltbrukere <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>9. Annet, spesifiser hva, har dere tilgang til dette (Ja/Nei): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere tilgang til dette i dag?</li> <li>• Om nei, har dere behov for tilgang?</li> <li>• Om nei, planlegges dette innført i kommunen?</li> </ul> </li> <li>10. Er det andre teknologiske løsninger det er behov for i de kommunale tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer? (åpent spørsmål)</li> </ol>

Annet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helse-problemer integrert i kommunens koordinerende enhet? (Ja/Nei)</li> <li>2. Inngår psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag? (Ja/Nei)</li> <li>3. Inngår rusarbeid som en likeverdig del av lokale folkehelsearbeidet pr. i dag? (Ja/Nei)</li> <li>4. Har kommunen/bydelen iverksatt tiltak for å øke kompetansen om kjønn- og seksualitetsmangfold blant de ansatte innen psykisk helse- og rustjenestene? (Ja/Nei)</li> <li>5. Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser og kriser (psykiatrisk legevakt eller lignende)? (Ja/Nei)</li> <li>6. Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid, ut over legevakt og personell knyttet til boliger? (Ja/Nei)</li> <li>7. Har dere benyttet fjorårets rapport fra SINTEF i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid? (Ja/Nei)</li> <li>8. Hvis ja, i hvilken grad opplever dere at rapporten er nyttig i dette arbeidet? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)</li> </ol>
Avslutning	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, gjennom delegasjon</li> <li>• Ja, direkte ved gjennomsyn</li> <li>• Nei</li> </ul> </li> <li>2. Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge</li> <li>• Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge</li> <li>• Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid</li> <li>• Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen</li> <li>• Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen</li> <li>• Annen organisering, beskriv (åpent)</li> </ul> </li> <li>3. Omtrent hvor mange ansatte i kommunen har vært med og bidratt med innspill i denne rapporteringen? (antall)</li> <li>4. Hva er epost-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? Brukes om vi har spørsmål i forbindelse med rapporteringen)</li> <li>5. Alle kommunene eller bydelene som har fylt ut skjemaet vil motta et gratis eksemplar av rapporten fra SINTEF når denne er klar høsten 2019. Vennligst oppgi hvilken postadresse dere ønsker at rapporten sendes til.</li> </ol>



Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall fra psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er femte rapport i den nye serien. Perioden 2015-2019 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken.

Blant de viktigste temaene i årets rapport er resultat av Opptappingsplan for rus (2016-2020) og innføring av pakkeforløp fra 2019. Nye tema er kjøp av bo- og omsorgstjenester fra private, interkommunalt samarbeid og nye spørsmål knyttet til oppfølging av eldre, samt en mer detaljert kartlegging av tilbudene fra de nasjonale kompetansesentrene.

Alle kommunene har levert informasjon om antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2019. Fra 2018 til 2019 rapporteres det om en vekst i årsverkene på 3,2 prosent, fordelt på 5,9 prosent økning i tjenester til barn og unge og 2,5 prosent økning i tjenester til voksne. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, beregner vi en økning fra 30 til 31 årsverk pr. 10 000 innbyggere både i tjenester til voksne og i tjenester rettet mot barn og unge.

