

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose
Silje L. Kaspersen

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som Sintef utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. Sintef har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner for at Helsedirektoratet skal kunne følge utviklingen i ressursinnsatsen i kommunene.

I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Denne rapporteringen kalles IS-24/8, og dette er niende rapport i denne serien.

IS-24/8 prosjektet har utviklet seg til å både bidra til at helsemyndighetene får formidlet føringer, planer og forventninger til de kommunale tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid, og til at kommunene får formidlet sine erfaringer, forventninger og behov tilbake til myndighetene. Alle kommunene, statsforvalterembetene og kompetansesentrene får tilsendt den årlige rapporten og den kan også fritt lastes ned fra prosjektets nettside. Fra og med 2023 publiseres rapporten kun i digitalt format. Fra og med 2022 legges også årsverkstallene og andre utvalgte resultater ut på www.ressursportal.no, og det lenkes til rapporten på temasiden.

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 leverte alle kommunene årsverkstall. Men i pandemiåret 2020 var det 66 kommuner som ikke rapporterte og i 2021 var det 24 kommuner som ikke leverte årsverkstall. I 2022 var det 9 kommuner som ikke rapporterte og i tillegg var det 44 kommuner/bydeler som kun leverte informasjon om årsverk. I 2023 er det 12 kommuner/bydeler som ikke har respondert og 20 som bare har svart på spørsmålene i del 1 av skjemaet (årsverk). Dette betyr at det er 91 prosent av kommunene/bydelene som har svart på det meste (n=340) og ytterligere 6 prosent som har rapportert kun årsverk, mens 3 prosent ikke har deltatt.

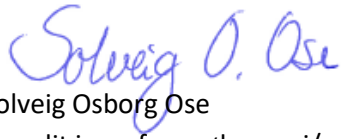
Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helse- og rusarbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering. Totalt har 1815 fagfolk deltatt i utfyllingen i 2023, og vi er ydmyke overfor det store arbeidet som er lagt ned. Det kvalitative datagrunnlaget vurderes å være av god kvalitet, og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret i de fleste kommuner.

Sentio AS har som vanlig gjort en stor innsats for å få kommunene til å svare, og både de og Sintef har som vanlig hatt kontakt med mange kommuner.

Referansegruppen for prosjektet består av Yngve Osbak (Statsforvalteren i Nordland), Anne Mette Nerbøberg (Statsforvalteren i Møre og Romsdal), Solfrid Elisabeth Lilleeng (Helsedirektoratet), Jon Qvortrup (KS), Kristin Tømmervik (KORUS Midt-Norge) 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. Fordi vi er i avslutningen av forrige kontrakt, ble det høsten 2023 ikke holdt felles referansegruppemøte, men prosjektleder hadde individuelle møter med deltakerne for å diskutere litt mer overordnet innenfor de ulike temaene i rapporten. Det er særlig konklusjonene som er diskutert individuelt med referansegruppemedlemmene.

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet det siste året har vært seniorrådgiver Ranita Larsen Nersund, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 26. november 2023



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	1
1 KUNNSKAPSGRUNNLAG	16
1.1 METODE FOR INNHENTING AV KUNNSKAPSGRUNNLAG	16
1.2 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE	17
1.3 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET	21
1.4 INTERNASJONALE SAMMENSTILLINGER AV LITTERATUR PÅ PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET	26
1.5 OPPSUMMERING	30
2 DATAGRUNNLAG	31
2.1 INNLEDNING	31
2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	32
2.2 DATAINNSAMLING	32
2.3 OM UTFYLLINGEN	35
2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET	37
2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL	37
ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	38
2.6 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR	38
2.7 FORANKRING HOS KOMMUNEDIREKTØR/RÅDMANN/ADMINISTRASJONSSJEF/ KOMMUNALSJEF	38
3 NASJONALE TALL	39
3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	40
3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK	40
3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	44
3.4 REKRUTTERINGSPROBLEMER	49
3.5 ENDRINGER I BRUK AV PERSONALRESSURSER	56
3.6 OPPSUMMERING	64
4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK	66
4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	66
4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE	67
4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE	69
4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	71
4.5 DE TI STØRSTE KOMMUNENE	73

5	HOVEDFORLØP	75
5.1	DATAGRUNNLAG	76
5.2	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)	77
5.3	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	77
5.4	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	78
5.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	79
5.6	HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL VOKSNE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE	79
5.7	HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL BARN OG UNGE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE	79
5.8	VURDERING AV KVALITETEN PÅ SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM FORLØP 3	80
5.9	OPPSUMMERING	81
6	ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER	82
6.1	ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER	82
6.2	OPPSUMMERING	84
7	SAMARBEID MED FASTLEGER	85
7.1	FASTLEGENES HENVISNINGSPRAKSIS TIL KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID.	85
7.2	INVOLVERING AV FASTLEGENE	87
7.3	KOMMUNENES ERFARING MED SAMARBEIDET MED LEGENE I KOMMUNEHELSETJENESTEN	88
7.4	UTVIKLING 2012-2023	92
7.5	OPPSUMMERING	93
8	OVERDOSEFOREBYGGING OG OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER	94
8.1	OVERDOSEDØDSFALL SISTE FEM ÅR	94
8.2	KONTAKT MED KORUS (REGIONALE KOMPETANSESENTRER PÅ RUSFELTET) I FORBINDELSE MED UTVIKLING/UTPRØVING AV OVERDOSEFOREBYGGENDE TILTAK	98
8.3	OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER	99
8.4	OPPSUMMERING	102
9	SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	103
9.1	DATAGRUNNLAG	104
9.2	INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	106
9.3	SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER	106
9.4	KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL	108
9.5	PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT	109
9.6	KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFOREBYGGING	111
9.7	SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER	113

9.8	KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEIDS INVOLVERING I ARBEID MED Å FOREBYGGE VOLD I NÆRE RELASJONER	114
9.9	ENDRING AV AVDEKKING AV VOLD I NÆRE RELASJONER I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE	115
9.10	PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK	117
9.11	OPPSUMMERING	121
10	<u>HELSEFELLESKAP OG PRIORITERING</u>	<u>123</u>
10.1	DELTAELSE I AKTIVITETER I REGI AV HELSEFELLESKAP	124
10.2	OM HELSEFELLESKAPET HAR IGANGSATT KONKRETE TILTAK FOR Å STYRKE SAMARBEIDET OM PASIENTER MED ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDDELPROBLEMER	128
10.3	GRUPPER SOM IKKE PRIORITERES	132
10.4	UDEKKEDE BEHOV FOR TJENESTER	137
10.5	OPPSUMMERING	137
11	<u>OPPFØLGING AV BARN OG UNGE</u>	<u>138</u>
11.1	DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING	139
11.2	LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER	140
11.3	TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER	140
11.4	RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE	141
11.5	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	141
11.6	VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	142
11.7	KARTLEGGING, IDENTIFISERING OG OPPFØLGING AV UNGE MED RUSMIDDEL-PROBLEM	142
11.8	KJENT MED NASJONALT FORLØP FOR BARNEVERN - KARTLEGGING OG UTREDNING AV PSYKISK, SOMATISK OG SEKSUELL HELSE, TANNHELSE OG RUS	143
11.9	VÆRT INVOLVERT I DISKUSJONER OG PLANARBEID I FORBINDELSE MED BARNEVERNSREFORMEN	144
11.10	BARNEKOORDINATORER	145
11.11	SAMARBEID MED BARNEVERNTJENESTEN	146
11.12	UTFORDRINGER I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET	147
11.13	FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET	147
11.14	OPPSUMMERING	148
12	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET</u>	<u>150</u>
12.1	OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	152
12.2	OM DE HAR IVERKSATT SPESIELLE TILTAK ELLER TILBUD RETTET MOT BARN OG UNGE NÅR DET GJELDER SKOLEVEGRING, SPISEFORSTYRRELSER ELLER ANDRE TEMA DE VET UNGE SLITER MED	154
12.3	TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM	155
12.4	ÅRSVERK I ULIKE TEAM	156
12.5	NAPHAS OVERSIKT OVER FACT OG ACT	157
12.6	OM ACT OG FACT HAR KOMPETANSE INNEN RUSMIDDELPROBLEMER	157
12.7	SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN RUNDT FACT/ACT	158

12.8	OPPSUMMERING	160
13	PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	162
13.1	DATAGRUNNLAG	163
13.2	PÅRØRENDESTRATEGIEN	164
13.3	ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR	165
13.4	SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE	166
13.5	IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKER-GRUPPER	168
13.6	TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD	170
13.7	VOKSNE PÅRØRENDE	172
13.8	OPPSUMMERING	176
14	BRUKERMEDVIRKNING	177
14.1	DATAGRUNNLAG	177
14.2	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	179
14.3	SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDE-ORGANISASJONER	179
14.4	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING	180
14.5	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	183
14.6	HVA GJØR KOMMUNER SOM ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT	184
14.7	HVA GJØR KOMMUNER SOM I LITEN GRAD ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT	186
14.8	ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE	186
14.9	OPPSUMMERING	189
15	BOLIGSITUASJONEN	190
15.1	DATAGRUNNLAG	191
15.2	BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID	191
15.3	BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT RUSARBEID	193
15.4	UTFORDRINGER SOM GIR EN DÅRLIG ELLER SVÆRT DÅRLIG BOLIGSITUASJON FOR MÅLGRUPPEN	194
15.5	OPPSUMMERING	195
16	OPPFØLGING AV ELDRE	197
16.1	DATAGRUNNLAG	197
16.2	KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV	198
16.3	SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE	200
16.4	GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK	201
16.5	OPPSUMMERING	203
17	TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)	205

17.1	ERFARING MED TUD	206
17.2	GRAD AV PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL PERSONER SOM GJENNOMFØRER / SKAL GJENNOMFØRE TUD	208
17.3	UTFORDRINGER I KOMMUNENE MED TILBUD TIL PERSONER SOM GJENNOMFØRER TUD	210
17.4	HVA GJØRES FOR Å FÅ TIL GOD OPPFØLGING AV PERSONER SOM GJENNOMFØRER TUD	216
17.5	OPPSUMMERING	219
18	<u>EGNE HELDØGNSTILBUD, KJØP AV HELDØGNSTILBUD</u>	220
<hr/>		
18.1	EGNE HELDØGNSINSTITUSJONSPASSER	221
18.2	KJØP AV HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE	231
18.3	KJØP AV HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FRA ANDRE KOMMUNER	240
18.4	HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTILBUD SPESIFIKT RETTET MOT KVINNER	241
18.5	EGENVURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET	242
18.6	HVA SKAL TIL FOR AT BEHOVENE SKAL DEKKES?	243
18.7	OPPSUMMERING	243
19	<u>ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD</u>	245
<hr/>		
19.1	TYPE TILBUD	246
19.2	ÅRSÅK TIL AT NOEN KOMMUNER IKKE HAR ETABLERT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD	247
19.3	I HVILKE SITUASJONER/TILFELLER BENYTTES TYPISK ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD?	247
19.4	MÅLGRUPPENS BRUK AV TILBUDET	249
19.5	ÅRSÅKER TIL AT PLASSENE I LITEN GRAD BENYTTES	250
19.6	OPPSUMMERING	250
20	<u>TILGJENGELIGHET TIL TILBUD OG LAVTERSKELTILBUD</u>	252
<hr/>		
20.1	TILGANG TIL EGET TILBUD SOM HÅNDTERER AKUTTE PSYKISKE LIDELSER/RUSMIDDELPROBLEMER OG KRISER (PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKNENDE)	252
20.2	TJENESTER TILGJENGELIG PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID	254
20.3	TILBUD TILGJENGELIG I HELGER	255
20.4	INFORMASJON OM TILBUD OG ÅPNINGSTIDER PÅ KOMMUNENS NETTSIDER	257
20.5	RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)	258
20.6	ANDRE LAVTERSKELTILTAK ENN RPH SOM ER RELEVANT FOR MÅLGRUPPEN INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	258
20.7	OPPSUMMERING	261
21	<u>ARBEIDSTILTAK</u>	262
<hr/>		
21.1	DATAGRUNNLAG	262
21.2	SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV	263
21.3	IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	264
21.4	IPS/SE INNEN RUSARBEID	265

21.5	FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE	266
21.6	SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV	266
21.7	OPPSUMMERING	268
22	UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	269
22.1	HAR MOTTATT MELDING FRA ULIKE SEKTORER	269
22.2	PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	270
22.3	PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	271
22.4	TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	272
22.5	PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	273
22.6	OPPSUMMERING	278
23	ANNET	279
23.1	OM TJENESTENE INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID INVOLVERT I KOMMUNENS ARBEID MED BOSETTING/INTEGRERING AV FLYKTNINGER	279
23.2	TEKNOLOGI INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	280
23.3	TILGANG PÅ DIGITALE BEHANDLINGSVERKTØY FOR FORLØP 1	282
23.4	INFORMASJON OM RELEVANTE SELVHJELPSVERKTØY SOM LIGGER PÅ HELSENORGE.NO	283
23.5	KOMPETANSEHEVENDE TILTAK IKKE OMTALT TIDLIGERE	284
23.6	OPPSUMMERING	284
24	ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTRE FOR PSYKISK HELSE OG RUS	285
24.1	DATAGRUNNLAG	285
24.2	NAPHA	286
24.3	KORUS	289
24.4	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)	293
24.5	RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)	296
24.6	NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	299
24.7	NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)	303
24.8	NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FØREBYGGING)	306
24.9	SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS)	309
24.10	SIFER (NASJONALT KOMPETANSESENTERNETTVERK I SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI)	313
24.11	ERFARINGSKOMPETANSE (NASJONALT SENTER FOR ERFARINGSKOMPETANSE INNEN PSYKISK HELSE)	316
24.12	OPPSUMMERING	320
	REFERANSER	321
	VEDLEGG A: FORKORTELSER	328
	VEDLEGG B: GRUNNLAGSDATA 2023	330

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Totalt ble det i 2023 rapportert 17 436 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner. Det er en økning i rapporterte årsverk i tjenester til voksne fra 2022 til 2023 på 154 årsverk, og dette utgjør en økning på 1,2 prosent. I tjenester rettet mot barn og unge rapporteres det om en økning på 208 årsverk, og dette tilsvarer en vekst på 5,5 prosent. Totalt rapporteres det om en økning på 362 årsverk, eller 2,1 prosent.

Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2016-2023.

	2016	2018	2020	2022	2023	Endring 2022-2023	
						Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	12 563	12 966	13 291	13 445	154	1,2
Barn og unge	2 873	3 331	3 603	3 783	3 991	208	5,5
Totalt	13 936	15 894	16 569	17 074	17 436	362	2,1

I tjenester og tiltak rettet mot voksne i målgruppen er det fortsatt en dreining av årsverk fra personell med helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå til årsverk med høyere utdanning. Når det gjelder psykologårsverkene i tjenestene til voksne er det en nedgang på 12 årsverk psykologer og økning på 4 årsverk psykologspesialister, slik at det er en samlet nedgang på 8 psykologårsverk, eller en reduksjon på 3,1 prosent fra 2022 til 2023.

I tjenester til barn og unge rapporteres det om en relativ jevn prosentvis økning i årsverk som går til ulike tiltakskategorier (4-6 prosent), og årsverk som går til helsestasjon – og skolehelsetjeneste øker mest med 107 årsverk (6 prosent). Det er en økning på 9,5 psykologårsverk og 10,5 årsverk utført av psykologspesialister, og totalt utgjør dette en økning på 5,4 prosent av psykologer og psykologspesialister fra 2022 til 2023.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

Helsemyndighetene, personell i psykisk helse- og rustjenestene, kompetansesentrene og andre aktører får i kapittel 1 i denne rapporten en oppdatert oversikt over nasjonale føringer på psykisk helse- og rusfeltet, og hva som rører seg ved forskningsfronten. Resultatene viser at det er økende aktivitet på feltet – både nasjonalt og internasjonalt, og vi har tatt med over hundre referanser til den nyeste kunnskapen publisert på dette feltet. Områder vi mener det blir viktig å følge med på framover i IS-24/8-kartleggingen, inkluderer tiltakene i Opptappingsplanen for psykisk helse og Folkehelsemeldinga, personell og ressurser, boligsosialt arbeid og det å se psykisk helse- og rustjenester mer i sammenheng med andre instanser som NAV, barnevern og utdanningsinstitusjoner, mer kunnskap om flyktningebefolkningen, holdningsendrende arbeid, erfaringskonsulentenes rolle, samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste inkludert helsefelleskapene, juridiske forhold i samhandling mellom tjenestene, lavterskeltiltak, effekt av terapi og finansiering og organisering av tjenestene.

REKRUTTERINGSPROBLEMER

Fra 2020 har vi kartlagt om kommunene har problemer med å rekruttere ansatte til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det er fortsatt særlig mange kommuner som oppga at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer (57 prosent) og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse – og rusarbeid (49 prosent). Mange sliter også med å rekruttere vernepleiere med videreutdanning (44 prosent).

For 53 prosent av kommunene gjelder rekrutteringsproblemene både i tjenester til voksne og til barn/unge, mens 19 prosent har rekrutteringsproblemer kun i tjenester til voksne og 7 prosent kun i tjenester til barn og unge i 2023.

For å avhjelpe rekrutteringsproblemene er det flest som oppgir at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (69 prosent), men også at de etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (47 prosent) og tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (41 prosent). 38 prosent svarer at de tilbyr høyere lønn for nyansatte, og 24 prosent svarer at nyansatte starter med høyere ansiennitet.

I 2023 spurte vi også om de har gjort endringer i bruk av personalressurser i tjenestene til målgruppen de siste årene, og det er halvparten av kommunene som svarer at de har gjort endringer og andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Ytterligere 21 prosent oppgir at de har planer om å gjøre endringer. Endringer som er gjort de siste årene inkluderer endring i botilbud, mer ambulerende og oppsøkende tjenester, etablering/styrking av lavterskeltilbud inkl. RPH, nye stillinger og endringer i oppgavefordeling, styrking av tjenestene rettet mot barn og unge, etablert/styrket FACT-team, etablert nye enheter/tilbud, etablert gruppebaserte tilbud/aktiviteter og mer samarbeid og at de bruker ressursene på tvers av tjenester i større grad enn tidligere.

HOVEDFORLØP

Andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligger relativt stabilt de siste fem årene (2018-2023). Hovedforløp 1: 10-12 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-53 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge. Hovedforløp 2: 25-27 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 30-34 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge. Hovedforløp 3: 60-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 16-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Det er liten endring fra 2022 til 2023 i egenvurdering av tilbudene. Det er fortsatt flest som vurderer at tilbudet til forløp 3 er dårligere enn tilbudet til målgruppen i forløp 1 og 2, både for voksne og for barn og unge. For voksne i forløp 3 melder kommunene om behov for å styrke FACT-team satsningen, utvikling av et bedre og mer differensiert boligtilbud, mer ressurser og fagpersoner, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og at de trenger å utvikle flere aktivitetstilbud og lavterskeltilbud. For barn og unge i forløp 3 oppgir kommunene at det er behov for bedre og tettere samarbeid med BUP, mer ressurser og kompetanse i tjenestene, ambulerende spesialisthelsetjeneste/FACT Ung og at det er behov for å bygge opp gode miljøtjenester.

ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER

De tre siste årene har mange kommuner opplevd økning i omfanget av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid. Det er 36 prosent som oppgir at det er en liten økning i omfanget for barn og unge med psykiske helseproblemer og 34 prosent som oppgir en stor økning, mens 21 prosent oppgir at det er uendret pågang siste år. For voksne er det 41 prosent som oppgir at det er

en liten økning, mens 36 prosent oppgir at det er en stor økning, og 18 prosent uendret. Det er også mange som oppgir at det er økt pågang av personer med rusmiddelproblemer, men rundt halvparten av kommunene oppgir at pågangen er uendret, så det er størst økning i etterspørselen når det gjelder psykiske helseproblemer. Dette er ikke tydelige geografiske forskjeller, men større kommuner rapporterer i større grad økt omfang av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid enn mindre kommuner.

SAMARBEID MED FASTLEGER

Det er mange kommuner som oppgir at fastlegene i stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (89 prosent), men færre når det gjelder barn og unge (44 prosent). Basert på kvalitative svar på et spørsmål om fastlegens involvering i 2011, utviklet vi syv indikatorer på kvaliteten på samarbeidet, formulert som påstander der kommunene oppgir grad av enighet. Kvalitet på samarbeidet ble første gang målt med disse indikatorene i 2012, deretter i 2018, 2022 og nå i 2023.

I 2012 var det 83 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene i kommunen, i 2023 var andelen 80 prosent. Særlig fra 2018 observerer vi en liten nedgang i alle indikatorene.

I kommentarene som er lagt inn i 2023 kommer det frem at det stort sett er godt samarbeid med fastlegene, men at det er stor individuell variasjon mellom legene i kompetanse/interesse for målgruppene. Faste/regelmessige møter med fastlegene kan gi bedre tjenester, elektronisk meldingsutveksling er et verktøy som kan gi bedre samhandlingen med fastlegene – gitt at fastlegene svarer på meldingene. Kommunale psykisk helse- og rustjenester må involveres i fastlegens arbeid med henvisninger til spesialisthelsetjenesten for å unngå mangelfulle henvisninger og dermed avvisinger. Fastlegen kan ha stor betydning om de involveres i langsiktig oppfølging av brukere i målgruppen sammen med ansatte i de kommunale tjenestene.

OVERDOSEFOREBYGGING OG OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

Nesten halvparten av kommunene (47 prosent) oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år, mens rundt hver tredje kommune har hatt overdosedødsfall siste fem år (34 prosent). De resterende 19 prosentene oppgir at de ikke vet om de har hatt det. Naturlig nok er andelen som ikke har opplevd overdosedødsfall siste fem år høyest i de minste kommunene, fordi det er færre innbyggere som kan ha dødsfall. Men det er ikke slik at de små kommuner aldri opplever det, det skjer bare sjeldnere. Det er ingen kommuner med over 20 000 innbyggere som svarer at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år.

Det er 143 kommuner/bydeler (41 prosent) som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak og andelen øker systematisk med størrelsen på kommunen målt med antall innbyggere. Det er ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse, noe som tyder på at KORUS er tilgjengelig for kommunene i hele landet. Kommunene/bydelene som har hatt overdosedødsfall siste fem år, har høyere sannsynlighet for å ha hatt kontakt med KORUS om dette temaet, enn de som ikke har hatt det – og forskjellene består om vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er få kommuner 4-7 prosent som svarer at de i svært liten eller i liten grad følger opp somatiske helseproblemer avhengig av målgruppe. I noen kommuner er det hjemmetjenesten som hovedsakelig følger opp somatiske helseproblemer, mens ansatte i psykisk helse og rusarbeid typisk

følger tjenestebukerne til lege eller annen helsehjelp ved behov. Ansatte arbeider også med å motivere brukere med somatiske problemer til å ta kontakt med fastlege. De større kommunene som har etablerte ROP- tjenester, kan ha lavterskel helsetjenester tilgjengelig for målgruppen.

I 2024 foreslår vi at tannhelsetjenester til målgruppen inkluderes heller enn generelle spørsmål om oppfølging av somatiske helseproblemer. Rettighetene til tannbehandling for personer med ruslidelser kommer frem både av tannhelsetjenesteloven og av ulike budsjettvedtak fra Stortinget, men det er noen grupper som ser ut til å falle utenfor som bør identifiseres. Kommunene nevner for eksempel pasienter som har avsluttet legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men omfanget av udekkede behov er foreløpig ukjent.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de involveres i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte etter selvmord gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam eller annet kriseteam. Det er 84 prosent som oppgir at de involveres om andre tjenester tar kontakt, 83 prosent at de involveres om bruker tar kontakt, og 82 prosent om det kommer en henvisning. Det er 67 prosent som svarer at de involveres gjennom oppfølgende virksomhet. Svarfordelingen i 2023 er omtrent som i 2021.

I 2023 er det 50 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent, så det er en økning på 11 prosentpoeng på fem år. Det er en nedgang i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer på oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk på fire prosentpoeng fra 2022 til 2023. Ellers er det små endringer fra 2022 til 2023.

Det veiledende materialet for forebygging av selvskading og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet har god spredning til kommunene. I 2023 er det 90 prosent av kommunene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

De tre siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2023 var det 46 prosent som hadde gjennomført tiltak, og det er særlig de store kommunene som svarer at de har gjennomført slike tiltak.

System for håndtering av vold i nære relasjoner oppgis å være på plass i 73 prosent av kommunene og dette er en økning fra 66 prosent i 2020.

I 2022 og 2023 er det med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner og 58 prosent svarer at de er direkte involvert, omtrent uendret fra 2022 (57 prosent). De oppgir at deltar i møter, nettverk, arbeidsgrupper eller ressursgrupper for å utarbeide strategi og handlingsplaner. Noen utarbeider interkommunale handlingsplaner, andre har etablert TryggEst eller har egen voldskoordinator.

Vi spør om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og det er 13 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene. Mange oppgir at de ikke vet (40 prosent) og dette kan skyldes at kommunen ikke fører noen samlet statistikk på avdekking av vold i nære relasjoner.

Det er relativt få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (18 prosent), og til sammenlikning var andelen 7 prosent i 2021. Kommunene oppgir følgende hovedutfordringer når det gjelder proaktiv oppfølging av personer med kjent voldsproblematikk: at personer ikke ønsker kontakt med kommunens tjenester og det er frivillig å motta tjenester fra kommunene, at det er vanskelig å vurdere voldsrisiko, de trenger mer støtte fra spesialisthelsetjenesten, og at de ikke alltid får beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at det foreligger voldsrisiko, at det er uklare ansvarsfordeling mellom sykehus, kommune og politi eller at de mangler kompetanse, kapasitet og ressurser til å gjøre proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk.

HELSEFELLESSKAP OG PRIORITERINGER

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på aktiviteter i regi av helsefelleskap.

Det er én av fire kommuner/bydeler som oppgir at helsefelleskapet de er en del av har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

I 2023 har vi forsøkt å finne ut om det er noen personer eller grupper av personer kommunene prioriterer bort når de vurderer hjelpebehov, og det er 30 prosent som svarer at det er noen som ikke må/kan prioriteres. Når vi går gjennom svarene ser vi at det er stor variasjon mellom kommunene. Noen presiserer at de ikke «prioriterer bort», men at de prioriterer de ned ved å sette de på venteliste. Dersom de vurderes å ikke ha behov for psykisk helse- og/eller rustjenester, kan de henvise til andre tilbud som frisklivssentralen og ulike tilbud drevet av frivillige organisasjoner. De som har lavterskeltjenester, som RPH, oppgir at de henviser til dette tilbudet dersom det ikke er høy alvorlighet eller stort funksjonsfall. Andre oppgir at alle får tilbud om kartlegging, og at resultatet av kartleggingen viser hvilket tilbud de skal få. Noen oppgir at de ikke kan prioritere det som kan være normale hendelser i et liv, livskriser, sorg, ensomhet og sosiale problemer. Andre oppgir at de prioriterer ned de som får tjenester fra andre, slik at de kan hjelpe de uten annet tilbud først. Andre igjen, opplever å ikke kunne prioritere forebygging pga. stor pågang. Andre oppgir at kapasitetsutfordringer fører til at noen må prioriteres ned. Det er også noen som forklarer at dersom én tjenestebruker får store utfordringer, må andre tjenestebrukere vente på bistand – dvs. en klassisk prioriteringssituasjon.

OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Det er 73 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen, og 6 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2023.

70 prosent av kommunene oppgir å ha et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, men det er usikkert hva som er inkludert her. Noen steder kan for eksempel fastlegen være vurdert som et lavterskeltilbud, eller at helsesykepleier er på skolene én dag hver 14. dag.

Halvparten av kommunene/bydelene (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge

med psykiske plager og/eller lidelser, mens 34 prosent svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2023.

Det er få kommuner (seks prosent) som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Andelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 72 prosent i 2023.

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2023 er denne andelen 64 prosent.

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi og i 2023 var andelen sunket til syv prosent.

I 2021 var det 38 prosent som svarte at de var kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern, og i 2023 var andelen 74 prosent.

Det er også med et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022, og 58 prosent oppgir at de har vært involvert. Dette har typisk være deltakelse i ulike møter, arbeidsgrupper, i planarbeid, diskusjoner, høringsrunder og i ulike prosjekter.

I 2022 var det 35 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har egen barnekoordinator på nasjonalt nivå, og i 2023 var andelen kommet opp i 65 prosent.

Det er 35 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barneverntjenesten, mens 11 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2023. For å øke og forbedre samarbeidet foreslår de kommunale psykisk helse- og rustjenestene for eksempel å etablere faste møtearenaer og felles kompetansehevingstiltak.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Det er 167 kommuner/bydeler som oppgir at de driver kommunen oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team), og dette utgjør 48 prosent av kommunene/bydelene som har svart. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 og da var det 41 prosent som svarte at kommunen driver oppsøkende arbeid mot ungdom, så det er en liten økning.

Det er 205 kommuner/bydeler (60 prosent) som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak eller tilbud rettet mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre tema unge sliter med. Når vi spør hva dette er det 204 som gir en beskrivelse, og dette handler om at psykisk helse samarbeider med skoler og skolehelsetjenesten, de har tverrfaglige samarbeidsteam eller ungdomsteam, noen har forebyggende tiltak eller lavterskeltjenester, selvhjelpsgrupper eller inkluderingsteam.

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og nedlagte team. I 2023 var det 83 FACT-team for voksne i drift, 24 FACT-Ung team og ytterligere 10 team som ikke nødvendigvis følger kravene til FACT-modellen.

Av de som 59 prosentene av kommunene/bydelene som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 10 prosent som oppgir ACT-team, 68 prosent FACT-team, 19 prosent FACT Ung-team, og 18 prosent oppgir at de inngår i andre typer samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I 2023 har vi forsøkt å estimere hvor mange årsverk det er i ulike team. Totalt beregner vi at det i 2023 minst er 947 årsverk i ACT og FACT-team, der 81 prosent av disse årsverkene utgjør FACT-team. Kommunene finansierer 342 av disse årsverkene (36 prosent). Ifølge disse beregningene er det hvert tredje årsverk i FACT-team som finansieres av kommunene, og 45 prosent av FACT ung-årsverkene og 56 prosent av ACT-årsverkene. Dette er de første anslagene, men de kan både være litt for lave (ikke alle har oppgitt årsverk) og litt for høye (flere kommuner rapporterer samme tall fra interkommunale team).

PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs, og at de kan leve gode liv. På spørsmål om de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i pårørendestrategien, er det flest som svarer 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', og det er færrest som svarer at de har planlagt tiltak for å øke støtten og gi avlastning til pårørende (men det er en liten økning fra 2021 til 2023). Fra 2021 til 2023 er det blant tiltakene mest økning i andel kommuner med planer om å gjøre tjenestene mer familieorienterte.

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det 78 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. 33 prosent har svart at ansvaret ligger hos enhet for psykisk helse og rus, og 24 prosent oppgir at ansvaret ligger hos egen barneansvarlig. Det er også 37 prosent som svarer at alle ansatte og alle fagområder som er i kontakt med familien har ansvar, og at det ikke er noen spesielt som har fått ansvaret. Det er mange som har satt flere kryss, som kan innebære kombinasjoner av ansvar for eksempel mellom helsestasjon og alle ansatte i tjenester som er i kontakt med pårørende. 19 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret og like mange oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter.

Det er 30 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/ samlivsbrudd hos foreldre, og 84 prosent har foreldreveiledning (f.eks. ICDP). Nesten halvparten (49 prosent) oppgir at de bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen. 21 prosent oppgir at de samarbeider med kreftforeningen. Syv prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer), mens 9 prosent oppgir at de har SMIL-grupper (Styrket mestring i livet). 34 prosent av kommunene oppgir at ansatte har gjennomført e-læring om barn som pårørende (KS-læring).

55 prosent av kommunene/bydelen oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2023, og dette er omtrent som i 2019.

Under halvparten av kommunene (47 prosent) oppgir at de godt eller svært godt ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, og dette er omtrent samme andel som i 2019.

Kommunene har fortsatt et betydelig potensial i å forbedre tilbudet de gir til pårørende for ulike grupper, men det er ikke alltid de kommunale tjenestene får beskjed dersom det er barn som pårørende for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Helsestasjon- og skolehelsetjenestene har kanskje det største potensialet for å nå barn og unge som pårørende, og de har allerede har dette ansvaret i 78 prosent av kommunene.

BRUKERMEDVIRKNING

Når kommunene blir bedt om å gjøre en egenvurdering på om de sikrer brukermedvirkning er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (34 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. Det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning enn små kommuner, men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse.

Det er 18 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 39 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse. Det er 11 prosent som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 55 prosent oppgir at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent at de hadde det i 2023. Det er omtrent som i 2018.

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 var recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 74 prosent i 2023.

I 2019 var det 27 prosent av alle kommunene som hadde ansatte med erfaringskompetanse/bruker-erfaring i psykisk helse og/eller rustjenester, og i 2023 er andelen kommet opp i 40 prosent. Andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse er betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/bruker-erfaring og i 2023 beregnet vi 253 årsverk. Fra 2019 til 2023 er det dermed en økning på 86 årsverk, eller 52 prosent.

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/bruker-erfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid og i 2023 var det 38 kommuner/bydeler som svarte at de hadde slik kompetanse (11 prosent). Til sammen er det rapportert 48 årsverk, en økning fra 16 årsverk i 2021.

BOLIGSITUASJONEN

Det var 91 prosent som svarte på spørsmålene om boligsituasjonen til målgruppen. 7 prosent oppgir at dagens boligsituasjon for målgruppen innen psykisk helse er svært god, 36 prosent svarer at situasjonen er god, og omtrent like mange at den er middels (37 prosent). Det er dermed 20 prosent av kommunene/bydelen som melder om at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2022 var 16 prosent.

Det er noen færre som svarer at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god (30 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (43 prosent), og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig innen kommunalt rusarbeid, en liten økning fra 29 prosent i 2022.

Boliger til målgruppen ROP, mangel på små og rimelige boliger og mangel på bolig/bofellesskap der bruker har nødvendig tilgang til personell, eller dårlig tilgang på boliger generelt, er de vanligste årsakene kommunene oppgir. Hver av disse årsakene oppgis av rundt halvparten av kommunene/bydelene.

OPPFØLGING AV ELDRE

I 2023 svarte 90 prosent av kommunene/bydelene (n=336) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 11 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er en liten nedgang på 14 prosent i 2020. Kartleggingen i disse kommunene gjøres typisk gjennom kartlegging av brukeren når det søkes bistand eller de har forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk til alle aldre over 75 eller 80 år, de har brukt Brukerplan, eller har eget FACT-team rettet mot eldre eller gjennom ulike prosjekt.

Det er 42 prosent som oppgir at de spør eldre som skal kartlegges for behov for tjenester systematisk om alkoholvaner, og dette er en økning på ti prosentpoeng fra 2022. Det kan derfor se ut som det er økt oppmerksomhet rundt eldre sine alkoholvaner siste år.

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, en økning på tre prosentpoeng fra 2022. Andelen øker med kommunestørrelse. 46 prosent svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk og resten (15 prosent) svarer at de ikke vet om kommunen gjennomfører slike besøk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 31 prosent av kommunene/bydelene, mens 22 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 18 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak eldre utsatt for vold og overgrep og 15 prosent om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser). Det er 66 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2022.

Det er fortsatt mange kommuner (46 prosent) som oppgir at de ikke foretar systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Målet med forebyggende hjemmebesøk er å bidra til at eldre kan bo lengst mulig i eget hjem, med økt trygghet og livskvalitet, og samtidig forebygge og utsette behovet for mer omfattende omsorgstjenester.

TVUNGET PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)

Det er nå 75 prosent av kommunene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Blant de minste kommunene er det 39 prosent som har erfaring med TUD, mens andelen er over 90 prosent i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, fordi sannsynligheten for å ha erfaring med personer som er underlagt TUD øker med antall innbyggere, er det ikke systematiske forskjeller mellom HF-områder i sannsynligheten for å ha erfaring med TUD.

Det er 16 prosent av kommunene som har erfaring med TUD, som svarer at de i stor eller svært stor grad har hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører/skal gjennomføre TUD. 46 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har hatt problemer. Resten, 38 prosent, svarer at de i noen grad har hatt problemer.

Det er gitt 149 beskrivelser av hvilke utfordringer de har hatt når det gjelder personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. En grundig gjennomgang av svarene viser at det handler særlig om mangel på tilrettelagte boliger med oppfølging, bruker nekter medisiner eller observasjon og avviser hjelp fra kommunen, adferdsproblemer, uavklart ansvarsfordeling og uklare regelverk som tolkes forskjellig av kommune og spesialisthelsetjeneste. Svarene tyder også på at FACT-team ser ut til å fungere godt de fleste steder når det gjelder gjennomføring av TUD.

Det er gitt 166 beskrivelser av hva som gjøres for å få til god oppfølging. Når vi analyserer svarene finner vi at de mest frekvente svarene handler om at samarbeidet fungerer godt og FACT-team trekkes frem som særlig viktig når TUD skal gjennomføres. Så er det en del kommuner som oppgir at samarbeidet fungerer dårlig, men at de nå setter inn ressurser for å bedre samarbeidet.

EGNE HELDØGNSTILBUD, KJØP AV HELDØGNSTILBUD

Det er 102 kommuner/bydeler som oppgir at de har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen (30 prosent). Det er høyest andel av de store kommunene som har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen (47 prosent av kommuner med flere enn 50 000 innbyggere og 88 prosent av bydelene i Oslo). Andelen for de andre kommunestørrelsesgruppene varierer mellom 21 og 31 prosent.

Av de 102 kommunene/bydelene er det 43 prosent (44 kommuner/bydeler) som oppgir at dette er rehabiliterings- og/eller behandlingsplasser kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser, mens litt flere oppgir at de har sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (45 prosent, eller 46 kommuner/bydeler). Men dette gjelder bare de 102 som har svart at de har heldøgns institusjonsplasser, og når vi beregner hvor stor andel dette gjelder om vi antar at de som ikke har svart ikke har slike institusjonsplasser, beregner vi at 27 prosent av kommune/bydelene i landet har heldøgns institusjonsplasser til voksne i målgruppen.

179 av de 343 kommunene/bydelene (52 prosent) kjøper ikke tjenester til noen av målgruppene fra private, mens resten (48 prosent, n=164) kjøper tjenester fra private til en eller flere av målgruppene. Dette betyr at nesten halvparten av kommunene kjøper tjenester fra private ideelle eller fra private kommersielle for ulike målgrupper innen psykisk helse- og rusarbeid. De fleste av plassene som kjøpes innen hver kategori er langtidstilbud (60 dager eller mer per kalenderår).

Det er få kommuner, kun 21 (totalt 6 prosent) som oppgir at de kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid.

På spørsmål om noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene kommunen/bydelene selv har, eller som de kjøper fra private/andre kommuner, spesifikt er rettet mot kvinner - er det totalt 12 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har det. Andelen er høyest i de største og i de aller minste kommunene, og i mange tilfeller ser tilbudet ut til å være i form av kritesenter.

Egenvurderingen av det samlede heldøgns helse- og omsorgstilbudet til målgruppen tilsier at tilbudet har forbedringsbehov i mange kommuner, og særlig når det gjelder målgruppen med antatt forhøyet voldsrisiko i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer, der over hver tredje kommune (36 prosent) svarer at tilbudene i liten eller i svært liten grad er tilstrekkelig for å dekke behovene.

Det er også 237 kommuner som har gitt innspill til hva som skal til for at tilbudet i større grad skal dekke behovet til voksne med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer i kommunen. Det som kommer frem i innspillene handler blant annet om å få på plass et mer differensiert botilbud til målgruppen, mer ressurser til fagfeltet, se målgruppen i sammenheng med tilbud til andre målgrupper, bedre kompetanse, mer ambulante tjenester som dekker flere målgrupper, bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre, boliger med bemanning til innbyggere med dårlig boevne og stort omsorgsbehov, øke døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, økt behov for interkommunalt samarbeid og at de får nok tilgang på fagfolk.

ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

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, og fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å også gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Det er 84 prosent av kommunene/bydelene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, og hver tredje kommune har interkommunal KAD-avdeling. 23 prosent oppgir å ha eget kommunalt tilbud, flest i forbindelse med bofellesskap eller sykehjem (22 prosent).

De 16 prosentene som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud oppgir at årsakene er at det ikke er behov for et slikt tilbud, at de holder på å etablere det, at de kan benytte KAD-plasser ved behov, at de er for liten som kommune for å kunne ha et slikt tilbud, at tilbud ivaretas i hjemmet, eller at de benytter ordinær legevakt eller DPS ved behov. Det er en økning i andel som svarer at de ikke har et slikt tilbud fra 2022 (9 prosent).

Det er 230 kommuner/bydeler som har svart på i hvilke situasjoner/tilfeller øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes. Fra svarene ser vi at plassene både brukes i akutte situasjoner der innleggelse på sykehus ikke er nødvendig eller mulig, men også til observasjon av mennesker som av ulike årsaker må følges opp tett over en kortere periode (alkoholisk delirium, ved endring i medisiner, akutt angst, ernæringsbehov) eller dersom en person av ulike grunner ikke har plass å bo (brann i leilighet, bostedsløs eller innreisende fra annen kommune). Det er også mange som sier at plassene i liten grad benyttes av målgruppen, ofte fordi plassene i liten grad er tilpasset deres behov.

Totalt sett er det 59 prosent av kommunene som svarer at plassene i liten grad eller svært liten grad blir benyttet, mens 11 prosent svarer i stor eller svært stor grad. Plassene er i større grad benyttet i

store enn i små kommuner, og særlig i de største kommunene (med mer enn 50 000 innbyggere). Når vi spør om hvorfor de tror plassene ikke benyttes av målgruppen, svarer de at andre tilbud er mer aktuelt (innleggelse i spesialisthelsetjeneste, oppfølging fra hjemmetjeneste), at tilbudet ikke er godt kjent blant legene eller at reiseveien er for lang. Men det er også kommentarer om at det er eldre med somatiske helseproblemer som prioriteres, at det ikke er kompetanse på målgruppen i tjenestene og at kriteriene som er lagt til grunn ekskluderer målgruppen. Men det er også en del som svarer at det ikke har vært behov for tjenesten i målgruppen.

TILGJENGELIGHET TIL TILBUD OG LAVTERSKELTILBUD

Det er 348 kommuner/bydeler (94 prosent), som har svart på spørsmål om de har eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). 23 prosent svarer at de har et slikt tilbud, men det er ikke slik at andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Det er særlig få kommuner som har et slikt tilbud i Troms og Finnmark (8 prosent) og i Agder (9 prosent). Bydelene i Oslo har i stor grad et slikt tilbud (93 prosent) og nesten hver tredje kommune i Møre og Romsdal oppgir å ha et slikt tilbud.

Det er 42 prosent av kommunene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig til målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, og andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Det er særlig bydelene i Oslo (79 prosent) og kommunene i Vestfold og Telemark (64 prosent) og i Rogaland (52 prosent) mange oppgir å ha tjenester tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, mens hver tredje kommune oppgir å ha slik tilgang i Vestland og i Møre og Romsdal. Dette kan være ulike team eller døgnbemannede tjenester, men også ulike aktivitetstilbud eller lavterskeltilbud som er åpent noen kvelder i uken. Det rapporteres også om ulike telefontjenester som krisetelefon og mestringstelefon, mens noen gjør bruk av ordinære hjemmetjenester med heldøgnsbemanning.

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Andelen øker med kommunestørrelse, men det er mange i de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud. Det er særlig en lav andel av kommunene i Møre og Romsdal (20 prosent), i Vestland (32 prosent) og i Innlandet (33 prosent) som har tjenester tilgjengelig i helger, og andelen er høyest blant bydelene i Oslo (67 prosent) og blant kommunene i Rogaland (52 prosent). Tjenestene er i stor grad de samme som har åpent på ettermiddag og kveldstid, men i tillegg nevnes brukerroom, brukerstyrte senter eller at de bruker personell i heldøgnsbemannede boliger for å kunne være tilgjengelig for målgruppen på telefon gjennom hele døgnet, både i ukedager og i helger.

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse eller mellom fylker.

Det er 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og i 2023 er det 26 prosent som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 36 kommuner, eller 11 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

ARBEIDSTILTAK

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Dette er på samme nivå som i 2022 og en økning fra 58 prosent i 2017.

I 2023 er det totalt 50 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette er omtrent som i 2022 (51 prosent), men det er en økning fra 19 prosent i 2017. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden.

Det er 43 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2023, og dette er omtrent som i 2022 (44 prosent), men en økning fra 16 prosent i 2017. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I 2023 er det 71 prosent som svarer i stor eller i svært stor grad når det gjelder psykiske lidelser, og dette er omtrent som i 2022 (72 prosent) og er en økning fra 62 prosent i 2017. Det er 60 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med rusmiddelproblemer. Dette er omtrent som i 2022 (62 prosent) og er en økning fra 53 prosent i 2017.

Det er 65 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er en liten økning fra 60 prosent i 2022. Det virker som samhandling om arbeidstiltak for målgruppen fungerer greit i 95 prosent av kommunene/bydelene. Men det er fortsatt et forbedringspotensial i mange kommuner.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Nesten alle kommuner (97 prosent) oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året, mens 66 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 76 prosent fra TSB.

På spørsmål om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, er det 41 kommuner/bydeler (13 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Det er i tillegg 39 prosent som svarer at de i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til de som ifølge spesialisthelsetjenesten er utskrivningsklare. Dermed er det rundt halvparten av kommunene (53 prosent) som har store eller visse problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten.

De som har problemer med å tilby nødvendige tjenester, oppgir ulike årsaker til at de har problemer. Noen steder er det mangel på døgnbemannede botilbud, andre steder generell mangel på boliger, manglende kapasitet, kompetanse og ressurser, eller at varsel om utskrivning kommer rett før helga, at det er frivillig å motta kommunale tjenester og at det er ikke alltid pasienten som skrives ut ønsker kommunal oppfølging, og at spesialisthelsetjenesten har for store forventninger til hva kommunene kan tilby.

ANNET

Tall fra IMDi viser at nesten alle kommuner i landet bosetter flykninger, og vi finner at i 62 prosent av kommunene er tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid involvert i arbeidet med bosetting/integrering av flykninger.

Det er 57 prosent som svarer at de har tatt i bruk teknologi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og andelen øker med kommunestørrelse og det er ikke betydelig variasjon mellom fylker. Hvilken teknologi som brukes varierer stort, fra digitale medisindispensere, digitale dørlåser og trygghetsalarmer, til digitale tilbakemeldingsverktøy, selvhjelpsapper og VR-briller.

Det er 180 kommuner og bydeler (53 prosent) som svarer at de har tilgang på digitale behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse, og det er særlig bydelene i Oslo og kommunene i Rogaland som oppgir at de har tilgang på slike verktøy.

På spørsmålet om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no, bekreftet 66 prosent av kommunene dette.

ERFARING MED KOMPETANSESENTRE

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressursenter innenfor psykisk helse- og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen siden 2018. I 2023 er det innhentet informasjon om kommunalt psykisk helse- og rusarbeids bruk og fornøydhet med 10 sentre, tjenester eller nettverk. Dette er NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene), KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet), RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse/barnevern), RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse), NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging), SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus), SIFER (Nasjonalt kompetansesenternetnettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) og Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). KORUS, RVTS, NAPHA og RBUP/RKBU er særlig godt kjent, men Erfaringskompetanse, NSSF, NKVTS og NKROP også er godt kjent. Ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester er i stor grad fornøyd med de tilbudene de har fått fra alle kompetanse- og ressursentrene som er inkludert i kartleggingen.

KONKLUSJON

Totalt ble det i 2023 rapportert 17 436 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner og dette er en økning fra 2022 på 362 årsverk, eller 2,1 prosent.

Tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er i endring. Det kommer ikke mange nye årsverk fra år til år, men mange kommuner legger om tjenestene for å kunne gi bedre tilbud til målgruppen. Halvpartene av kommunene har de siste årene gjort endringer i bruk av personalressurser i tjenestene til målgruppen de siste årene, og andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Ytterligere 21 prosent oppgir at de har planer om å gjøre endringer. Endringer som er gjort de siste årene inkluderer endring i botilbud, mer ambulerende og oppsøkende tjenester,

etablering/styrking av lavterskeltilbud inkl. RPH, nye stillinger og endringer i oppgavefordeling, styrking av tjenestene rettet mot barn og unge, etablert/styrket FACT-team, etablert nye enheter/tilbud, etablert gruppebaserte tilbud/aktiviteter og mer samarbeid og at de bruker ressursene på tvers av tjenester i større grad enn tidligere. Men det er fortsatt under halvparten av kommunene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig til målgruppen på ettermiddags- og kveldstid.

En del kommuner har valgt å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet, og vi ser en økning på seks prosent i årsverk til disse tjenestene fra 2022 til 2023, og dette er en del av en lenger trend vi har sett fra 2007/2008.

Mange kommuner opplever økning i omfanget av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid. Det er 36 prosent som oppgir at det er en liten økning i omfanget for barn og unge med psykiske helseproblemer og 34 prosent som oppgir en stor økning, mens 21 prosent oppgir at det er uendret pågang siste år. For voksne er det 41 prosent som oppgir at det er en liten økning, mens 36 prosent oppgir at det er en stor økning, og 18 prosent uendret. Det rapporteres ikke om tilsvarende økning innen rusarbeid.

I overkant av halvparten av kommunene (53 prosent) oppgir at de har store eller visse problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Dette handler ofte om manglende botilbud, og at de får for kort tid på å etablere tilbudet.

En del store kommuner har etter hvert bred og dyp tverrfaglig kompetanse på fagområdet psykisk helse- og rusarbeid, og kan med sine tjenester dekke et bredt spekter av behov. Selv om det fortsatt etterspørres mer støtte fra psykisk helsevern og TSB, vil det etter hvert finnes kommuner som klarer oppgavene uten støtte fra spesialisthelsetjenesten fordi de har systematisk bygget opp egen kompetanse og bærekraftige tjenester. De aller fleste kommunene er likevel avhengig av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om personer i forløp 3. Rundt ti prosent av kommunene/bydelene oppgir å ha dårlig samarbeid med psykisk helsevern om personer i forløp 3, så i nitti prosent av kommunene ser det ut som samarbeidet fungerer greit selv om det nok er forbedringspotensial en del steder.

1 KUNNSKAPSGRUNNLAG

Sintef har de siste 15 årene kartlagt ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid på oppdrag fra Helsedirektoratet, og det publiseres én omfattende rapport årlig i prosjektet. Datagrunnlaget utgjøres av et nettbasert kartleggingsskjema som sendes til alle landets kommuner hver vår. Skjemaet utvikles av forskere i SINTEF i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og en faglig referansegruppe med representanter fra både statsforvalteren, kommuneledelse, KS, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen av årsverksinnsats fordelt på tiltak og utdanning har vært lik i mange år, mens andre deler av kartleggingen endres etter behov og dekker et bredt spekter av tema helsemyndighetene ønsker å kartlegge. Rapporten har særlig fokus på utvikling over tid, og brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere i kommunene, forskere, studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger rundt om i landet. Datagrunnlaget inneholder viktig styringsinformasjon for rådgiverne i psykisk helse- og rusarbeid hos statsforvalteren, som mottar årlige statistikkpakker med data på kommunenivå fra prosjektet.

Vi ønsker også at leserne av rapporten skal få et innblikk i eksempler på ny forskning som berører psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. I dette kapitlet gir vi en oversikt over de viktigste nasjonale føringene på feltet i form av stortingsmeldinger, offentlige utredninger, handlingsplaner og strategier, samt nye vitenskapelige publikasjoner av relevans for tjenestene som har blitt publisert i løpet av det siste året. Kunnskapsgrunnlaget oppdateres årlig, og strategier og planer som er pågående tar vi med i hver rapport så lenge de er gjeldende. Vi håper vi kan vekke nysgjerrighet for forskning ute i kommunene, og gi de som jobber i tjenestene både ny kunnskap og tips til hvor de kan finne ytterligere forskning på det de måtte være mest interessert i.

1.1 METODE FOR INNHENTING AV KUNNSKAPSGRUNNLAG

Søkestrengene som ligger til grunn for kunnskapsgrunnlaget utgjøres av ulike kombinasjoner av ordene (på norsk og engelsk) community mental health services/primary care/mental health/substance use/community drug treatment. Vi anser at det ligger utenfor prosjektet å gjøre fulle systematiske litteraturgjennomganger (systematic reviews) på hvert av de mange temaene, men våre referanser til systematiske sammenstillinger av litteratur vil inneholde en rekke sentrale referanser til litteratur på feltet, ofte med en vurdering av studiens kvalitet, og vi oppfordrer leserne til å bruke Helsebiblioteket.no, PubMed og Google Scholar til å finne fulltekstartikler.

I tilfeller der vi selv publiserer på IS-24/8-materialet, går vi også mer i dybden på litteraturen, se for eksempel vår beskrivelse av psykisk helsearbeid i norske kommuner i Tidsskrift for psykisk helsearbeid fra 2012 ¹, eller vår nyeste artikkel i Suicidologi kalt "Kartlegging av arbeidet med selvmord, selvmordsforsøk, overdoser og selvskading i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i perioden 2015–2022" ².

LITTERATURSØKENE I RAPPORTEN

Når det gjelder nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene har vi de siste fire årene utarbeidet en liste over offentlige meldinger, planer og strategier som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet som presenteres i rapporten. Der vi tidligere år har brukt søkefunksjonen etter offentlige dokumenter (på helse- og velferdsfeltet) på www.regjeringen.no, tok vi fra 2022 i bruk den nye søkeløsningen for kunnskapsdokumenter i offentlig sektor; Kudos (<https://kudos.dfo.no/>). Kudos er en dokumentsamling og søkeløsning for offentlige kunnskaps- og styringsdokumenter. Her finner man blant annet evalueringer, utredninger, årsrapporter, tildelingsbrev, NOU-er, planer og strategier, samt proposisjoner og meldinger til Stortinget. Kudos fanger i større grad opp evalueringer gjort på oppdrag fra myndighetene, og i 2022 inkluderte vi også evalueringer med treff på søkeordene "psykisk helsearbeid" og "rusarbeid" eller "rustjenester" i tabellen.

Slik det framgår av SINTEF-rapporten fra 2022³ søker vi etter vitenskapelige publiseringer på norsk i Google Scholar, Helsebiblioteket og Idunn, og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet (for eksempel Folkehelseinstituttet), samt tidsskrift som vi vet er særlig aktuelle (NAPHA har samlet en klikkbar liste over flere av disse: <https://napha.no/content/15130/tidsskrifter>). Våren 2023 etablerte Helsebiblioteket psykisk helsearbeid som eget temaområde for retningslinjer/veiledere, oppsummert forskning, tidsskrifter, skåringsverktøy og skjemaer, pasientinformasjon, rapporter, juridiske aspekter mv.: <https://www.helsebiblioteket.no/sykdom-og-behandling/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid>.

De siste årene har vi også søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på tema kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed. Vi har søkt på kombinasjoner av ordene "Community mental health" eller "substance use"/"addiction" eller "primary" og ordene service/organisation/competence/interdisciplinary/centers/nursing/ integrated care/resource/professional. Søkene og selve gjennomgangen av treff har tradisjonelt blitt utført av én seniorforsker (SLK) som setter opp en evidenstabell i Excel der treffene noteres ned, for deretter å gjennomgå sammendrag for funnene og bestemme hvilke artikler som inkluderes. Resultatene presenteres både i prosjektgruppen og referansegruppen før publisering av rapport, som gir mulighet til å få innspill på eventuelle mangler. Søkene er begrenset til å favne publikasjoner siste år. Vi bruker Endnote 20 som referanseverktøy.

1.2 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

I slutten av august 2023 gjennomførte vi et Kudos-søk, der vi brukte søkeordene "psykisk helse", "psykisk helsearbeid", "rus", "rusmiddel", "rusarbeid" og "vold og overgrep". Søkene var begrenset til dokumenter fra 2022 og 2023, ettersom de samme søkene ble gjennomført i fjor høst, og vi kun er ute etter å inkludere nye treff siden forrige søk. Totalt fikk vi opp 350 treff i Kudos, og i tillegg hadde det kommet seks nye Ukom-rapporter av relevans for fagfeltet siden sist. Treffene ble gjennomgått og vasket mot den eksisterende tabellen i fjorårets rapport, og for å spare plass i rapporten viser vi til tabellen i Ose og Kaspersen (2022)³, og tar her med kun det som er nytt i løpet av det siste året.

Tabell 1.1 Nye stortingsmeldinger, NOU-er, handlingsplaner, strategier, evalueringer og andre innsatser på helse- og velferdsfeltet det siste året.

Stortingsmeldinger siste år	
Meld. St. 15 (2022-2023)	Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller
Meld. St. 23 (2022-2023)	Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)
Meld. St. 24 (2022-2023)	Fellesskap og meistring - Bu trygt heime
Meld. St. 26 (2022-2023)	Klima i endring - sammen for et klimarobust samfunn
Meld. St. 28 (2022-2023)	Gode bysamfunn med små skilander
Norges offentlige utredninger siste år	
NOU 2023: 4	Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
NOU 2023: 5	Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse
NOU 2023: 8	Fellesskapets sykehus - Styling, finansiering, samhandling og ledelse
NOU 2023: 13	På høy tid - Realisering av funksjonshindredes rettigheter
NOU 2023: 16	Evaluering av pandemihåndteringen
NOU 2023: 20	Tegnspråk for livet - Forslag til en helhetlig politikk for norsk tegnspråk
Handlingsplaner og strategier siste år	
Handlingsplan mot spilleproblemer 2022-2025	
Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)	
Barnehagen for en ny tid	
Strategi for persontilpasset medisin	
Rom for deltakelse - regjeringens kulturfrivillighetsstrategi (2023-2025)	
Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023-2026)	
Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten	
Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal lanseres høsten 2023	
Evalueringer siste år	
Politiets bruk av maktmidler - Rapport fra Maktmiddelutvalget	
Rapport fra 25. juni-utvalget: Evaluering av PST og politiet	
Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen (RVTS-rapport)	
Ekspertutvalg om samtykkekompetanse og bruk av tvang i psykisk helsevern: Bedre beslutninger, bedre behandling	
Rapporter fra Ukom - Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten i 2023	
Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisko	
Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens	
For unge: Helsehjelp og kjønnsinkongruens (rapport tilpasset unge lesere)	
Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser	
Erfaringer fra kollegastøtteordninger	
Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse	

NY OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE (2023-2033) OG NY FOLKEHELSEMELDING

Som tabellen over viser, er det flere relevante nasjonale føringer som har kommet siden i fjor, og blant disse vil den nye opptappingsplanen for psykisk helse og folkehelsemeldingen være helt sentrale dokumenter i helsepolitikk- og forvaltningsøyemed i årene som kommer. Det er også ventet

en ny forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet i løpet av 2024 (kommende stortingsmelding). Dette er føringer som vil ha betydning for hva som er aktuelt å følge med på i IS-24/8-oppgavet framover, og vi har her valgt å se litt nærmere på de to viktigste.



Meld. St. 23

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)



Meld. St. 15

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Folkehelsemeldinga

Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar



Sammenstilling av stortingsmeldinger: SINTEF

Den nye opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033) har som overordnet mål at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Regjeringen har foreslått å øke bevilgningene til psykisk helse med 3 milliarder kroner i perioden 2023-2033, der man tidlig i perioden skal prioritere tverrsektoriell forebyggende innsats og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene for å i større grad å forebygge at psykiske helseplager utvikler seg til å bli psykiske lidelser. Det er valgt ut tre innsatsområder:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Under hvert innsatsområde er det så utvalgte tematiske områder med tilhørende tiltak. Det presiseres at de tre innsatsområdene må ses i sammenheng, og at for eksempel bedre og mer tilgjengelige tjenester i kommunene, på sikt vil kunne bidra til å redusere behovet for langvarig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det planlegges også for at noen av pasientene som i dag får helsehjelp i psykisk helsevern, heller skal få tilpasset, tilgjengelig, god og effektiv helsehjelp i kommunene. Det er formulert åtte resultatmål i opptappingsplanen (knyttet til de tre innsatsområdene nevnt over):

- Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent
- Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert
- Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus
- Barn og unge som henvises til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)
- Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert
- Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Vi antar at helsemyndighetene planlegger en evaluering av måloppnåelse i den nye opptrappingsplanen, og anser IS-24/8-kartleggingen til å kunne bli en viktig datakilde for en slik evaluering

Folkehelsemeldinga ble lagt fram i mars 2023, og er en nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller med seks hovedinnsatsområder:

- De samfunnsskapede vilkårene for god helse
- Levevaner og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer
- Psykisk helse og livskvalitet
- Vern mot helsetrusler og rett til et sunt miljø
- Kommunikasjon og innbyggerdialog
- Forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten

Et viktig kunnskapsgrunnlag for folkehelsemeldingen er en rapport av fagmiljøet til sir Michael Marmot ved University College London (UCL) med oppdatert vitenskapelig dokumentasjon på sosiale determinanter og helseforskjeller i Norge⁴. Sammen med forskere ved NTNU bidro SINTEF (SLK og JK) til kunnskapsgrunnlaget i rapporten, som foreslår følgende åtte prinsipper for politikutvikling:

1. gi alle barn den beste starten på livet.
2. sett alle barn, unge og voksne i stand til å maksimere evnene sine og ha kontroll i eget liv
3. skape et rettferdig og godt arbeidsmiljø for alle
4. skape en helsefremmende levestandard for alle
5. skape og utvikle helsefremmende og bærekraftige lokalsamfunn
6. styrke rollen og virkningen av sykdomsforebygging
7. kjempe mot diskriminering og rasisme og konsekvensene av dette
8. fremme miljømessig bærekraft og rettferdig fordeling av helse samtidig.

Rapporten anbefaler universelt rettede tiltak som tilpasses slik at de virker best for de som trenger det mest (proporsjonal universalisme). I og med at forebygging, psykisk helse og livskvalitet er viktige innsatsområder i Folkehelsemeldinga, antar vi at psykisk helse- og rusarbeidstjenestene sin rolle innenfor folkehelse og sosial ulikhet vil være viktige tema i kommende datainnsamlinger i IS-24/8.

1.3 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET

IS-24/8 har hovedsakelig søkelys på ressursinnsats, tjenestenes oppfølging av nasjonale retningslinjer og organisering av de kommunale psykisk helse- og rus-tjenestene. System- og tjenesteperspektivet i disse tjenestene har tradisjonelt ikke vært et stort forskningsfelt som sådant, hverken nasjonalt eller internasjonalt, men omfanget av artikler og kunnskapsoppsummeringer på feltet har økt betydelig de siste årene. Det er fortsatt slik at publikasjonene på psykisk helse- og rusfeltet i stor grad handler om intervensjoner, helseutfall hos brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger, og psykisk helsefeltet er langt mer forsket på enn rusfeltet. Vi ser en sterk økning i antallet bachelor- og masteroppgaver som skrives om psykisk helse- og rus-tjenestene i kommunene, noe som betyr at utdanningsinstitusjonene i økende grad jobber med tematikken og flere tar videreutdanning.

Vi har gått gjennom 1314 treff på norske søkeord i Idunn, ulike tidsskrift og Google Scholar, 651 treff på engelske søkeord etter systematiske reviews i PubMed. Totalt har vi inkludert 113 norske og internasjonale artikler, rapporter og bøker fra søket^{2, 3, 5-114}. 47 av de 113 referansene (42 %) var fra norske eller nordiske tidsskrift og institusjoner^{2, 3, 5-7, 14, 16, 19-23, 32, 35, 37, 39-41, 43, 47, 49, 51, 57, 58, 60, 65, 66, 70, 73-75, 77, 94, 96-98, 100-102, 104-106, 109, 110, 112, 114-117}. Vi har inkludert fem bøker¹⁰⁹⁻¹¹³ (se illustrasjoner under) og flere bokomtaler^{21, 98, 102}. Videre er det inkludert 63 internasjonale litteraturoppsummeringer^{8-13, 15, 17, 18, 24-31, 33, 36, 38, 41, 42, 44-46, 48, 50, 52-56, 59, 61-64, 67-69, 71, 72, 74, 76, 78-82, 84, 86-93, 95, 99, 103, 107, 108}, disse omtales i eget delkapittel under. Nær halvparten (n = 21) av de norske artiklene ble publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid^{5-7, 14, 19-21, 35, 39, 51, 57, 60, 70, 94, 97, 98, 100-102, 105, 106}, de øvrige ble publisert i Fokus på familien¹⁶, forebygging.no^{114, 117}, som bokkapittel i boka "Mot bedre samarbeid"^{32, 75, 112}, Nord J Psychiatry⁷⁴, Nordic Journal of Arts, Culture and Health⁴¹, Nordic Journal of Criminology⁴⁹, Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development^{37, 47}, Nordisk välfärdsforskning/Nordic Welfare Research^{58, 104}, Norsk antropologisk tidsskrift²², Norsk pedagogisk tidsskrift⁷³, Suicidologi², Sykepleien⁴³, samt i forskningsrapporter fra ulike institusjoner^{3, 40, 65, 66, 83}.



Sammenstilling av bokforsider: SINTEF

NYE FAGBØKER

Det er flere fagbøker som kunne vært trukket fram her, men vi har valgt disse fem fordi vi mener særlig fire av dem (se illustrasjon over) representerer tidsånden der helse-, velferd-, og samfunn i større og større grad ses i sammenheng. To av dem ble publisert i 2021, men fanget opp pga. bokomtaler i 2022. Boka "Boligsosialt arbeid" av Solstad et al. (2021) diskuterer hvordan man kan

forebygge at personer blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og hvordan man kan tenke bolig og bomiljø i sammenheng med inkludering, deltakelse og folkehelse. Trond Aarres (2022) "Hvis psykisk helsevern ikke fantes" beskrives av Fagbokforlaget som en lettlest innføring i hvordan personer uten spesialutdanning kan være til hjelp for mennesker som plages med psykisk uhelse og rusproblemer: "Vi trenger fortsatt spesialister, men det er hensiktsmessig å se problemene i en større sammenheng og hente kunnskap og tilnæringsmåter fra fag som for eksempel sosialt arbeid og familierapi", står det å lese i omtalen. Boka "Samfunnsdeltakelse i første rekke" (Almvik et al. 2021) er en antologi som beskriver aktiviteter og tiltak som kan oppdage og håndtere utfordringer rundt psykisk helse og rusproblematikk på ulike arenaer utenfor helsetjenesten i et lokalsamfunn.

"Mot bedre samarbeid" av Breimo et al. (2022) tar opp samarbeid som fenomen i velferdsstaten og stiller, ifølge Universitetsforlagets beskrivelse av boka, spørsmålsteget ved hvorvidt samarbeid nødvendigvis skaper bedre og mer helhetlige tjenester. Sistnevnte bok ligger ute gratis (Open Access) på Idunn.no. Selv om alle kapitler i boka er relevante for ledere og ansatte i psykisk helse- og rusarbeid, vil vi særlig anbefale kapittel 5 (av Øystein Henriksen)⁷⁵ som har et systemperspektiv og analyserer samordningen mellom rus- og psykiske helsetjenester og spenningene som ligger i dette. I avslutningen til kapittelet står det blant annet (s. 87):

"Et nært samspill, og en høy korrelasjon, mellom rusproblemer og psykiske lidelser har vært et utgangspunkt for en samordningspolitikk mellom rusomsorg og psykiske helsetjenester gjennom de siste 20 årene. (...) Analysen har lyssatt betydelige spenninger i måten mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kategoriseres på i politikk og tjenester, hvilken status de ulike lidelsene tilskrives, og måten symptom ved lidelsene tolereres. Grunnleggende kontraster i diskurser om rusproblemer og psykiske lidelser skaper spenninger som klart kommer til uttrykk gjennom problembeskrivelser og yrkespraksiser innenfor de samordnede tjenestene. (...) ambisjonen om en samordning av rus- og psykiske helsetjenester både som nasjonal politikk og kommunal tjenesteorganisering møter motstand i diskursives spenninger som i liten grad blir artikulert og reflektert over. I dette kapittelet argumenterer jeg ikke for at en samordning mellom rus- og psykiske helsetjenester er feil, men for nødvendigheten av en dypere refleksjon over hvilke problematikker det er som samordnes, og hvordan OG-et i Rop-tjenestene på ulike måter både kobler og skiller. Og som dermed bidrar både til å forme og utfordre en samordnet tjeneste."

Boka "Når foreldre ruser seg" (Wangensteen og Dalsrud, 2023)¹¹³ henvender seg til studenter innenfor helse- og sosialfag, psykologi, medisin og lærerutdanninger. Den er også viktig for ansatte på helsestasjon, i barnehage og skole, helsesykepleiere, ansatte innenfor kommunalt og statlig barnevern, familierapeuter, leger, psykologer, ansatte i rusbehandling og andre som er i kontakt med barn og unge og foreldrene deres. Boka tar for seg problemstillinger som:

- Hvordan påvirker foreldrenes rusproblem barn og unges oppvekst?
- Hvordan kan vi forstå foreldrene og deres rusproblem?
- Hvordan kan vi forebygge at barn og unge får alvorlige problemer på grunn av foreldrenes rusmiddelbruk?
- Hvordan kan barna i større grad bli sett, hørt og beskyttet?
- Hvordan kan familiene få bedre hjelp og støtte?



Forfatterne ønsker å bidra til en mer helhetlig forståelse av barns oppvekst, av rusproblemet, og hvordan man kan beskytte og hjelpe barna.

NY KUNNSKAP OM KOMMUNALT RUSARBEID

Som forventet var det flere treff på psykisk helse enn rus-feltet, og bare omtrent en fjerdedel av de norske artiklene studerte eksplisitt problemstillinger knyttet til rusarbeid^{2, 3, 5, 23, 51, 57, 75, 77, 96, 97, 105}, og omtrent halvparten av disse (n = 5) ble publisert i tidsskrift for psykisk helsearbeid^{5, 51, 57, 97, 105}. Foruten SINTEFs IS-24/8-rapport fra 2022³, som for mange variabler skiller mellom psykisk helse og rusarbeid, samt Øystein Henriksens studie om samordning av psykisk helse og rus⁷⁵, beskrevet over, er det publisert nye studier vi har vurdert å ha høy relevans for psykisk helse- og rustjenesten med følgende titler:

- Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet (Siqueland og Jensen, 2022)²³
- Problemer, taushet og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser (Briseid og Madsen, 2023)⁹⁶
- Erfaringsmedarbeideres erfaringer med opplæring (Kydland og Biringer, 2022)⁵⁷
- Korleis kan vi gje miljøterapi retning og innhald? Røynsler frå eit avklaringsprosjekt. (Aarre og Krogh, 2023)⁵
- Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer (Hansen og Olsen, 2023)⁷⁷
- Kartlegging av arbeidet med selvmord, selvmordsforsøk, overdoser og selvskading i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i perioden 2015–2022 (Ose og Kaspersen, 2023)²
- Oppfølging av foreldre med vansker knyttet til psykisk helse og/eller rus på forsterket helsestasjon: Hva har bidratt til mestring av foreldrerollen? (Andenes og Dahl, 2022)¹⁰⁵
- Når pårørende til personer med narkotikaproblem blir etterlatte – betydningen av tydelig begrepsbruk for korrekte hjelpetilbud (Bringedal, Selseng og Dyregrov, 2022)⁹⁷
- Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtaleterapi (Manskow et al., 2023)⁵¹

- Norsk alkoholpolitikk lys av oppdatert internasjonal forskning (Rossow, 2023)¹¹⁷
- Tilpasning innenfor kjente rammer: Oppsøkende sosialarbeideres erfaring med og tilpasning av arbeidet under COVID-19 i Norge (Gunnarsdottir og Haugstvedt, 2023)¹¹⁴

For øvrig har "Rus og samfunn", et redaksjonelt uavhengig magasin om rusfeltet, en egen samleside for artikler som omhandler rusforskning, og nettsiden forebygging.no har fagfelleverderte artikler på rusfeltet med jevne mellomrom.

NY KUNNSKAP INNEN PSYKISK HELSEARBEID – NORSKE OG NORDISKE BIDRAG

Av de norske og nordiske bidragene innenfor psykisk helsearbeid handlet en relativt stor andel av dem om ulike typer behandling og oppfølging. Blant annet kan nevnes en håndbok om forståelse og behandling av spiseforstyrrelser⁷⁰, artikler om modell for behandling av traumatisert seksualitet¹⁰⁶, anbefalinger og tiltak rundt ADHD⁶⁰, oppfølging av foreldre med psykisk helse- og/eller rusproblematikk på forsterket helsestasjon¹⁰⁵, et kapittel i boka "Ulikhetens drivere og dilemmaer" om oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer⁷⁷, en artikkel om hvordan å få realisert uutnyttet potensial i tverrfaglige samarbeidsmøter knyttet til arbeidsrettet behandling etter IPS-metoden (intervju med både brukere og ansatte i helse- og velferdstjenestene)⁴⁷, samt en litteraturoppsummering av bruk av kreative skrivegrupper i psykisk helsearbeid⁴¹. Olesen (2023) har skrevet om unges erfaringer med samtaletenester driftet av studentterapeuter³⁵, mens vi også inkluderte Aarre og Nøstdal (2023) som skriver om erfaringer fra et prosjekt med mål om å avklare hvilke mål og verdier som skal ligge til grunn for miljøterapi i ei avdeling for rusbehandling, og hva det i praksis skal inneholde. Prosjektet førte, ifølge forfatterne, til en omfattende omstrukturering av hvordan tjenestene ble organisert og tilbudt⁵.

Kompetanse

Psykisk helsearbeid i Norge har kommet langt når det gjelder bruk av erfaringsmedarbeidere i tjenestene, og hvert år publiseres det relativt mange artikler om dette i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vi har inkludert Kydland og Biringer (2022) som skriver om erfaringsmedarbeideres erfaringer med opplæring⁵⁷, Sommer et al. (2022) sin kvalitative studie av hvordan erfaringsmedarbeidere opplever å bidra i psykisk helsearbeid²⁰, Åkerblom et al. (2022) som skriver om utviklingen av erfaringskonsulentrollen fra et lederperspektiv⁷, Vatnøy (2023) som tar for seg veiledning og kultur for samarbeid i samarbeidsbasert forskning¹⁴, samt Karlsson et al. som skriver om erfaringer med meningsfulle aktiviteter, medborgerskap og livskvalitet i Psykiatriliansen⁶⁶. Andre artikler vi inkluderte som også omhandler ulike former for kompetanse var Morttjernet et al. (2022) som skriver om hvorfor ansatte i helsehusene må ha kompetanse i psykisk helsearbeid⁴³, Horverak og Helmersen (2023) som skriver om helsefremmende kompetanser og helsefremming i skolen, samt en artikkel om hvordan man kan bruke smerten som ressurs for transformativ læring i selvhjelpsgruppearbeid (Tandberg og Kalsaas, 2023)¹⁹.

Pårørendearbeid og peer-support

Et annet tema som skilte seg ut i årets søk var flere artikler om peer-support og pårørendearbeid. Anvig et al. (2022) har skrevet om hvordan foreldre i lavinntektsfamilier opplevde å delta i et peer-support-program med fokus på boligsituasjon som en kritisk faktor i livene deres. Funnene viser at deltakerne endret seg fra en opplevelse av sosial isolasjon til felles opplevelse av gjensidighet, og fra makteløshet til å utvikle personlig styrke. De opplevde å bli mer selvsikre i hverdagen og møtte

sosialtjenesteytere med en ny mentalitet. Diskusjonen i artikkelen fokuserer på hvordan deltakelse i slike støttegrupper kan styrke deltakernes utvikling mot mer myndiggjorte innbyggere, og hvordan dette kan være en supplerende måte å jobbe på i det boligsosiale arbeidet i kommunen¹⁰⁴. Bringedal et al. (2022) har skrevet om betydningen av tydelig begrepsbruk for korrekte hjelpetjenester når pårørende til personer med narkotikaproblem blir etterlatte. Ettersom pårørende og etterlatte vil ha ulike behov, argumenteres det for at det begrepsmessig er viktig å skille mellom de to, og artikkelen tar for seg hvilke utfordringer uklar og blandet begrepsbruk kan ha⁹⁷. Både Krane et al. (2022)⁵⁸ og Manshow et al. (2022)⁵¹ skriver om unge målgrupper når det gjelder hhv. peer-support og videobasert samtaleterapi til unge pårørende, mens Thorslund et al. (2022) skriver om universelle foreldrestøttegrupper for foreldre med ungdommer¹⁶. Ved å intervju foreldre som deltok i slike grupper undersøkte de hva slags støtte foreldrene opplevde å trenge, og hvilke praktiske krav som muliggjør deltakelse i slike grupper. Resultatene viste at foreldre ønsket en støttegruppe som ville møtes kontinuerlig gjennom hele barnets ungdomstid med fokus på utfordringene ved normal utvikling. Deltagelse i en slik gruppe ble forventet å gi gjensidig emosjonell støtte mellom foreldre og muligheter til å utvikle bedre foreldreferdigheter sammen. Ifølge foreldrene bør støttegrupper tilbys av skolen og modereres av utdannede fagfolk (ibid.).

Videre har Aamodt og Olskowska (2022) skrevet en artikkel om foreldres opplevelse av tilbakeføring av barn etter en omsorgsovertakelse, som er relevant når psykisk helse- og rusarbeidstjenestene samarbeider med barnevernet. Målet har vært å synliggjøre de relasjonelle belastningene som en omsorgsovertakelse innebærer, noe som understreker behovet for psykisk helsehjelp til både barn og foreldre i tilbakeføringsprosessen⁶. Som nevnt over har Siqveland og Jensen skrevet om helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblemer i eget arbeid, som til tross for at den har samlet data i spesialisthelsetjenesten, er like relevant for kommunene²³.

Organisering, tjenesteutvikling og samhandling

I 2022 publiserte Baadsvik et al. en artikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid om lederes handlingsrom i spenningsfeltet mellom helselovenes og organisasjonenes verdier i psykisk helsevern, og som vi tenker er relevant i kommunene også. Seks ledere i psykisk helsevern ble intervjuet, og uttrykker manglende tillit til lovene og reiser spørsmål om lovene bygger på et forenklet bilde av psykisk helse. De trekker fram at på den ene siden gir loven økte rettigheter til pasienten, men lederne mener dette også truer den moralske plikten til å hjelpe. De vurderer lovene som mange og komplekse; de mangler kunnskap om lovene og anvendelse av dem. Lederne bruker organisasjonsverdiene til å skape handlingsrom, spesielt i vanskelige situasjoner, som bruk av tvang⁹⁴. Vi har allerede beskrevet Henriksen (2022) sin artikkel om samordningen av kommunale rus- og psykisk helsetjenester⁷⁵, mens også SINTEFs IS-24/8-rapport for 2022 dekker ulike aspekter når det gjelder særlig organisering, ledelse og tjenesteutvikling³. Siden forrige kunnskapsoppsummering i Ose og Kaspersen (2022) har Myrvold et al. (2022) kommet med sluttrapporten i evalueringen av de 88 tiltakene i opptrappingsplanen mot vold og overgrep. Undersøkelsen av i hvilken grad planen tydeliggjør ansvar og samordner innsatsen innen forebygging, behandling og rettssikkerhet, er særlig aktuelt. Her finner forfatterne at planen i all hovedsak har handlet om utvikling av lovverket for å sikre at tjenestene forstår sin rolle i å forebygge, oppdage og bekjempe vold og overgrep. Videre finner de det usikkert hvor mye lovendringene betyr for praksis i de kommunale tjenestene, men påpeker at lovfesting muliggjør tilsyn med dette elementet i tjenestenes arbeid, og at det over tid kan bidra til at tjenestene tar mer ansvar i saker med vold og overgrep. Når det gjelder

kompetanseutvikling er inntrykket at tjenestenivået har fått økt kunnskap om vold og overgrep (fenomenkunnskap), men at handlingskompetansen er mer begrenset – det er fortsatt mangel på samhandlingskompetanse i oppfølgingen av beboere på krisesenter.

Kaspersen et al. (2023) har laget et kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord for Vestland fylkeskommune som kan være relevant for både kommuner og fylkeskommuner som skal jobbe med planarbeid for selvmordsforebygging. Her er både mørketall, kommunenes arbeid med selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte, samt konkrete forebyggende tiltak diskutert⁶⁵. Vi har også inkludert artikkelen med IS-24/8-data om kartlegging av arbeidet med selvmord, selvmordsforsøk, overdoser og selvskading i kommunalt psykisk helse og rusarbeid (Ose og Kaspersen, 2023)². Holgersen et al. (2022) har gjort et scoping review (bred litteraturgjennomgang) på kriseteam innenfor psykisk helsearbeid⁷⁴, og finner at det er gjort relativt mye forskning på dette feltet, og hvordan man bør organisere disse tjenestene. Myrvold et al. (2023) har skrevet sluttrapport av opptrappingsplanen mot vold og overgrep⁴⁰.

Et interessant nordisk bidrag har Markowitz publisert i *Nordic Journal of Criminology*, der han studerer forholdet mellom psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten og kriminelle utfall i en finsk kontekst med paneldata over 14 år og nesten 300 kommuner. Han finner blant annet at boligsosialt arbeid for personer med alvorlig psykiske lidelser og kontakt med personell i psykisk helse- og rusarbeid kan ha kriminalitetsreducerende effekt⁴⁹. Også Pedersen (2022) har et interessant sosialt perspektiv i sitt bokkapittel³² i Breimo et al. (2022)¹¹² der hun beskriver hvordan NAV-ansatte kan opprettholde og utfordre grenser i samarbeidet med andre instanser. Her er psykisk helse- og rusarbeid en veldig relevant samhandlingspartner, og kunnskap om NAV-ansattes grensearbeid bør være relevant. En annen interessant systemartikkel er Briseid og Madsen i *Norsk antropologisk tidsskrift*, som har undersøkt hvordan fastleger og Regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser⁹⁶.

Solberg (2023) har skrevet en artikkel om hvorfor vi fremdeles ikke benytter sosiale roboter i omsorg (det handler om mangelfulle språkmodeller)²², mens Beyene og Rørtveit diskuterer samvalg som helsefremmende relasjonsarbeid i psykisk helsearbeid, og finner at relasjonen mellom pasient og psykisk helsearbeider er essensiell, og at samvalg er verdiggjørende ved at gjør pasient og personell til samarbeidspartnere og komplementære i bedringsprosessen¹⁰⁰.

1.4 INTERNASJONALE SAMMENSTILLINGER AV LITTERATUR PÅ PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET

Av de 65 systematiske litteraturgjennomgangene vi valgte å inkludere fra totalt 651 treff (547 på psykisk helse, 104 på rusrelaterte søkeord), var det 49 som omhandlet psykisk helse, mens 16 (ca. én fjerdedel) omhandlet rusrelaterte problemstillinger. Vi hadde utvidet søket med noen flere søketermer i år, derav økning i omfanget av systematiske review. De siste årene har vi kjørt noen standard søketermer i PubMed for å teste utviklingen i antall publikasjon på feltet. For søkestrengen "community OR primary AND "mental health" AND services" var det mer enn en dobling i antall treff fra 110 i 2017 til 277 i 2022, mens for søkestrengen "community OR primary AND "substance abuse" OR alcohol AND service" var det 73 treff i 2017 og 123 treff i 2022 – altså noe lavere vekst for rusrelaterte publikasjoner, sammenliknet med "psykisk helse". En hypotese kan være at det økte fokuset på psykisk helse under og etter pandemien har spilt en rolle her.

Med et økende antall vitenskapelige artikkelpublikasjoner de siste årene har det også vært en eksplosjon i antallet systematiske litteraturgjennomganger på helsefeltet. Hoffmann et al. (2021) har studert trender i epidemiologipubliserings i perioden 2000-2019, og fant at i 2019 ble det publisert omtrent 80 "systematic reviews" hver dag. Det er grunn til å anta at disse tallene bare har økt siste år, og vi fant også langt flere systematiske litteraturgjennomganger for vårt søk mellom 2022 og 2023, enn tidligere år. I IS-24/8-rapporten har SINTEF ikke pleid å gå i detalj på enkeltfunn i de systematiske oversiktene, målet har heller vært å gi korte oversikter over hvilke tema det er publisert oppsummeringer på det siste året, slik at man selv kan finne referansen og gå i dybden innenfor det temaet man selv ønsker.

NYE SYSTEMATISKE LITTERATUROPPSUMMERINGER PÅ RUSFELTET

Når det gjelder litteraturgjennomganger av særlig relevans for kommunalt rusarbeid, inkluderte vi 16 systematiske litteraturgjennomganger som hadde rus-relaterte nøkkelord i tittel eller sammendrag^{12, 24, 27, 30, 48, 59, 67-69, 72, 76, 81, 90, 93, 107, 108}. Disse dekket følgende tema (basert på artiklenes tittel):

- Utfall av rusmiddelbruk blant individer med alvorlige psykiske lidelser som mottar "assertive community treatment" (Abufasakh et al., 2023)¹⁰⁸
- Barrierer og muliggjørere for tilgang til rusmiddelbehandling og skadereduserende tjenester for personer som bruker rusmidler i muslimske samfunn, basert på erfaringene til brukere av tjenester og tjenesteytere (Al-Ghafri et al., 2023)¹⁰⁷
- Intervensjoner for å forbedre utfall for pasienter med store og sammensatte behov (Chang et al., 2023)⁹³
- Fjernlevert behandling (f.eks. web-basert, mobiltelefon, digital klokke) med kontingensstyring for rusmiddelbruk (tilnærmingen fokuserer på å endre atferd ved å gi positive belønninger ved ønsket atferd) (Coughlin et al., 2023)⁹⁰
- Helseutfall og mønster i helsetjenestebruk knyttet til samlokalisering av poliklinisk psykisk helsehjelp og behandling for alkohol og andre rusmidler (Glover-Wright et al., 2023)⁸¹
- Barrierer og muliggjørere for involvering i primærhelsetjenesten for personer som injiserer rusmidler (Heidari et al., 2023)⁷⁶
- En systematisk gjennomgang og analyse av adferdsendingsmetoder i digitale intervensjoner for alkohol- og/eller rusmiddelmisbruk blant voksne (Howlett et al., 2022)⁷²
- Utforskning av barrierer og muliggjørere for bruk av røykesluttjenester for personer i behandling eller rehabilitering for problematisk rusmiddel- eller alkoholbruk (Iyahan et al., 2023)⁶⁹
- Overganger mellom sykehus- og kommunehelsetjeneste for personer med rusmiddelavhengighet (James et al., 2023)⁶⁸
- Intervensjoner fra svangerskap til to år etter fødsel for foreldre med kompleks posttraumatisk stresslidelse og/eller barndomserfaring med mishandling (Jones et al., 2023)⁶⁷
- Samfunnsbaserte modeller for støtte til alkohol og andre rusmidler for urfolksbefolkningen i Australia (Krakouer et al., 2022)⁵⁹
- Effekt av arbeidsrettede intervensjoner for personer som opplever hjemløshet (Marshall et al., 2022)⁴⁸
- Screening for rusmiddelbrukslidelser og korte intervensjoner i klinisk praksis i spesialiserte voksne psykisk helse-tjenester (Reilly et al., 2023)³⁰
- Effekten av kommunehelsetjenestebaserte psykisk-helse-programmer for australsk ungdom (Savaglio et al., 2022)²⁷

- Systematisk gjennomgang av globale trender i bruk av nettbasert alkoholbehandling blant kvinner (Simpson et al., 2022)²⁴
- Utforskning av effekten av "case management" for bostedsløse (Weightman et al., 2023)¹²

NYE SYSTEMATISKE LITTERATURGJENNOMGANGER PÅ PSYKISK HELSEFELTET:

Når det gjelder litteraturgjennomganger av særlig relevans for kommunalt psykisk helsearbeid, inkluderte vi hele 47 oppsummeringer^{8-13, 15, 17, 18, 25, 26, 29, 31, 33, 36, 38, 42, 44-46, 50, 52-56, 61, 63, 64, 67, 71, 74, 78-80, 82, 84, 86-89, 91, 92, 95, 99, 103, 108}. Vi har her oversatt titlene til norsk og kategorisert dem etter tema, der kategorien "Intervensjoner og behandling" er den største.

Intervensjoner og behandling:

- Musikkterapi for helsearbeidere for å redusere stress, mentalt arbeidspress og angst: En systematisk gjennomgang.⁹¹
- Behandlingsmodeller for å forbedre helse relatert livskvalitet, psykisk helse eller dødelighet hos personer med multimorbiditet: En systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier.⁸⁶
- Effektiviteten av traumesensitive omsorgstiltak på organisasjonsnivå: En systematisk gjennomgang.⁸⁴
- Bruk av helsetjenester etter tiltak for å forbedre sosial trivsel: En systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁷⁸
- Effekten av brukerstøtte i personlig og klinisk recovery: Systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁷¹
- Effekt av polikliniske og gruppebaserte behandlinger for personer med personlighetsforstyrrelse: Systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁶⁴
- Effekten av "koblingsarbeidere" (link workers) for "sosial resept" på helseutfall og kostnader for voksne i primærhelsetjeneste og bofellesskap: En systematisk gjennomgang.⁶¹
- Effekten av tvang på bruk av psykisk helsetjeneste, legevaktsbesøk og vold: En systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁵⁶
- Forbedring av primærhelsetjenestekvalitet for flyktninger og asylsøkere: En systematisk gjennomgang av intervensjonstilnærminger.⁵⁴
- Effektiviteten av tiltak for bedre helsekunnskap (health literacy) på angst- og depressiv symptomatologi i primærhelsetjenesten: En systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁵³
- Gjennomgang av kriseintervensjon innen psykisk helse: En rask gjennomgang (rapid review) som sammenligner resultater på tvers av politi-, samarbeids- og ikke-politimodeller.⁵⁰
- Recovery-orienterte praksiser i kommunalt psykisk helsearbeid: En systematisk gjennomgang.⁴²
- Bedring av psykisk helse og skrivegrupper: En systematisk gjennomgang.
- Effekten av natur-resepter på kardiometabolsk helse og psykisk helse, samt fysisk aktivitet: En systematisk gjennomgang.³⁸
- Effekter av brukerstyrte mestringstiltak og opplæringsintervensjoner for personer med alvorlige og vedvarende psykiske utfordringer: En metaanalyse.³³
- Fremming av samfunnsengasjement, deltakelse og myndiggjøring for voksnes psykiske helse i rurale områder: En systematisk gjennomgang.²⁹
- Målrettede samfunnsbaserte programmer for barns psykiske helse: En systematisk gjennomgang og metaanalyse av litteraturen fra Australia.²⁶

- Effektiviteten av livsmestringsintervensjoner for depresjon, angst og stress blant barn og ungdom: En systematisk gjennomgang.²⁵
- Pasientrapporterte resultatmål brukt for å forbedre psykiske helsetjenester rettet mot ungdom: En systematisk gjennomgang.¹⁸
- Sosial resept på naturterapi for voksne med psykisk sykdom: En kartleggende gjennomgang av internasjonal forskning i fagfelleverderte tidsskrifter.¹⁷
- Effektiviteten av samfunnsbaserte rehabiliteringstiltak for symptomer og funksjon hos personer med schizofreni: En systematisk gjennomgang og metaanalyse.⁹
- Maksimering av helsepåvirkningen til gratis rådgivningstjenester i Storbritannia: En systematisk gjennomgang med mixed methods.⁸
- Effektivitet og gjennomførbarhet av universelle skolebaserte trivselstiltak i Australia: En systematisk gjennomgang.⁷⁹
- Metoder brukt for å vurdere søvn hos barn som deltar i kommunale psykiske helsetiltak: En systematisk gjennomgang.^{15, 31}

Kontekstuelle aspekter og samarbeid i tjenestene:

- Holdninger og oppfatninger blant fagpersoner innen psykisk helse mot transpersoner: En systematisk gjennomgang av litteraturen.⁸⁹
- Pasient- og tjenesteperspektiver på implementering av fjernkonsultasjoner for personer med psykiske helseproblemer som bor i kommunen: En systematisk gjennomgang av forskjellig studiemateriale.^{80, 82}
- Antistigma-aktivisme for helsepersonell: En systematisk gjennomgang.⁸⁰
- En gjennomgang av studier om kriseteam i kommunale psykiske helsetjenester.⁷⁴
- Forståelse av erfaringer med å søke hjelp for psykiske helseutfordringer blant arabisktalende befolkninger over hele verden: En systematisk gjennomgang og syntese.⁶³
- Faktorer assosiert med livskvalitet hos pårørende til voksne med alvorlige psykiske lidelser: En systematisk gjennomgang.⁵⁵
- Foreldres død: En systematisk gjennomgang av støtteopplevelser og behov blant barn og foreldre som overlevde.¹⁰
- Egenskaper ved samarbeidsnettverk for helsetjenester: En systematisk gjennomgang.⁵²
- Faktorer som påvirker bærekraften til ressurser for psykisk helse i samfunnet: En systematisk gjennomgang.⁴⁵
- Sammenhenger mellom levekår etter migrasjon og symptomer på vanlige psykiske lidelser hos voksne flyktninger i Europa: En oppdatering av systematisk gjennomgang fra 2015 og fremover.³⁶
- Multisystemisk motstandsdyktighet og psykososial trivsel blant eldre flyktninger: En systematisk gjennomgang med implikasjoner for psykososial støtte og hjelp.¹⁵
- Kontekstuelle faktorer assosiert med bruk av psykisk helsetjeneste for barn og ungdom: En systematisk gjennomgang.¹³
- Global innvirkning av COVID-19-pandemien på psykisk helsetjeneste: En systematisk gjennomgang.⁸⁸
- Helsearbeideres oppfatninger og erfaringer med integrasjon av primærhelsetjenester: En kartleggende gjennomgang av kvalitativ evidens.⁴⁶
- Global forekomst og psykiske helseutfall av vold i nære relasjoner blant kvinner: En systematisk gjennomgang og metaanalyse.¹¹

Pasientsikkerhet og kvalitet i psykisk helse-tjenester:

- Konseptuelle og praktiske utfordringer knyttet til forståelsen av pasientsikkerhet innenfor tjenester for psykisk helse i lokalsamfunnet.¹⁰³
- Måling og vurdering av troverdighet og kompetanse i ikke-spesialist-leverte, evidensbaserte atferds- og psykiske helsetiltak: En systematisk gjennomgang.⁹⁹
- Familiebaserte psykiske helsetiltak for flyktninger på tvers av migrasjonskontinuumet: En systematisk gjennomgang.⁹⁵
- Utforsking av effektiviteten til familiebaserte tiltak for psykose i lav- og middelinntektsland: En systematisk gjennomgang.⁴⁴
- Sammenhengen mellom fremming av boligtilgjengelighet og stabilitet og forbedrede helseutfall: En systematisk gjennomgang.⁹²

1.5 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har målet vært å gi både helsemyndighetene, personell i psykisk helse- og rustjenestene, kompetansesentrene og andre aktører en oppdatert oversikt over nasjonale føringer på psykisk helse- og rusfeltet, og hva som rører seg ved forskningsfronten både nasjonalt og internasjonalt. Resultatene viser at det er økende aktivitet på feltet – både nasjonalt og internasjonalt, og vi har kommet med over hundre referanser til den nyeste kunnskapen publisert på dette feltet. Hvis vi skal peke på noen aspekter vi tror det blir viktig å følge med på framover i IS-24/8-kartleggingen, vil vi nevne:

- Tiltakene i Opptrappingsplanen for psykisk helse og Folkehelsemeldinga.
- Personell og ressurser.
- Boligsosialt arbeid (f.eks. via Husbanken) og det å se psykisk helse- og rustjenester mer i sammenheng med andre instanser som NAV, barnevern og utdanningsinstitusjoner (sosiale reformer)
- Tilbud og etterspørsel etter helsetjenester hos flyktningebefolkningen.
- Holdningsendrende arbeid knyttet til "Hva er viktig for deg?"-tankegang.
- Erfaringskonsulentenes rolle vil fortsatt være viktig.
- Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste (og helsefelleskapene)
- Juridiske aspekter ved samhandling mellom tjenestene
- Utbygging av lavterskeltiltak
- Effektene av nye typer terapi som f.eks. musikkterapi, naturterapi og sosiale intervensjoner med fokus på integrering i lokalsamfunnet.
- Finansieringen av helsetjenestene og organisering.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 782 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål) i 2023. I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for tabellene og figurene som er framstilt i rapporten. 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 henholdsvis 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.

Etttersom det er den samlede ressursinnsatsen som går til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen som skal beregnes, finnes det ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en database i SSB eller i kommunene. Det er krevende å gjøre slike anslag fordi mange tjenester kan være involvert, men kommunene har opp gjennom årene utviklet egne metoder for å anslå antall årsverk. De får også tilgang på 'hjelpesk' for å sammenstille informasjon fra de ulike tjenestene. Datagrunnlaget er dermed ikke egnet til å sammenlikne nivå på årsverkene mellom enkeltkommuner, men brukes primært til å følge utviklingen i fagfeltet på nasjonalt nivå.

Betinget av grundig datakontroll, er dette sannsynligvis den beste måten å innhente datagrunnlaget for psykisk helse- og rusarbeid på i dagens system. I 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 å differensiere på ulike målgrupper, vil det være naturlig å innlemme IS-24/8-rapporteringen i KOSTRA.

Skjemaet revideres årlig av SINTEF i samarbeid med Helsedirektoratet og referansegruppen 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 statsforvalteren, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår nettbaserte løsning, purrer og følger opp eventuelle tekniske utfordringer. 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 statsforvalteren 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. I 2017, 2018 og 2019 leverte alle kommunene årsverkstall. I pandemiårene 2020 og 2021 involverte vi ikke statsforvalteren i samme grad som tidligere år, fordi vi ikke har ønsket å legge press på de eller på kommuner som kunne ha en krevende driftssituasjon under pandemien. I 2020 ble mange ansatte omdisponert til testing og sporing, og i 2021 var det i tillegg store oppgaver knyttet til vaksinerings i kommunene. Det er fortsatt ettervirkninger av pandemien i en del kommuner, og mange opplever stor etterspørsel til tjenestene. Vi har derfor ikke vært like pågående for å få de til å svare som i årene før 2020. I 2022 og 2023 har vi prioritert å få inn informasjon om årsverksutviklingen, der vi har nær full dekning (97 prosent). Men det er noe lavere dekning på øvrige spørsmål, og omtrent 92 prosent av kommunene har besvart disse spørsmålene i 2023. Alt i alt er vi fornøyd med resultatet av årets datainnsamling.

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 hadde 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 siden 2015 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 2023 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for niende gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene våren 2023. Kommunene bes om å ta utgangspunkt i uke 5, eller finne en annen representativ uke.

Det er kun Oslo som leverer data på bydelsnivå, og alle de 15 bydelene rapporterte i perioden 2015-2019. I 2021 var det to bydeler som ikke rapporterte, og i 2022 var det én bydel som ikke svarte og én som bare svarte på årsverksendring. I tillegg leverer den sentrale Velferdsetaten og Helseetaten i Oslo egne data på noen årsverk, men i 2021 og 2022 ble det ikke levert tall fra Velferdsetaten. I 2023 har alle bydelene deltatt, men bydelene Sagene og Nordre Aker har kun levert årsverkstall.

2.2 DATAINNSAMLING

Det er 12 kommuner/bydeler som ikke har deltatt i 2023, og 20 som delvis har deltatt, ved å kun rapportere årsverksinformasjon uten å svare på resten av spørsmålene. For de 12 kommunene/bydelene som ikke har rapportert, har vi brukt 2022-tall, og disse er:

- 1856 Røst kommune
- 3011 Hvaler kommune
- 3424 Rendalen kommune
- 4219 Evje og Hornnes kommune
- 4223 Vennesla kommune
- 4626 Øygarden kommune
- 5006 Steinkjer kommune
- 5020 Osen kommune
- 5028 Melhus kommune
- 5034 Meråker kommune
- 5052 Leka kommune

- 5413 lbestad kommune

Alle disse kommunene rapporterte i 2022.

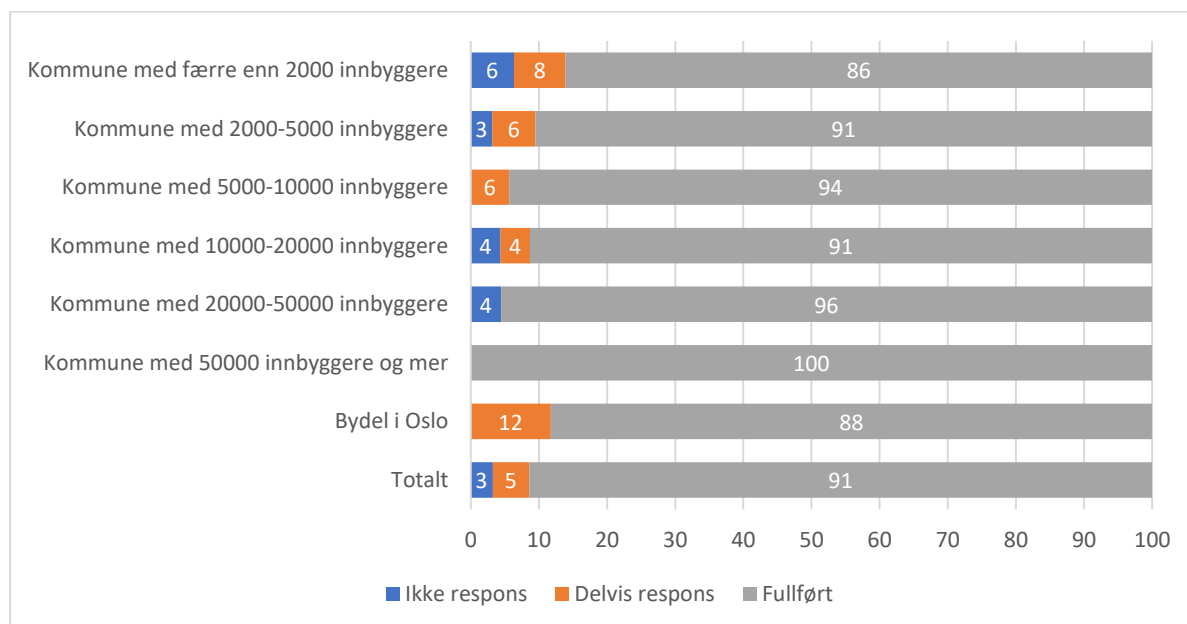
Tabell 2.1 viser fordelingen av antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter avsluttet datainnsamling 21. juni og kommunestørrelse målt med antall innbyggere. Figur 2.1 viser prosentvis fordeling i størrelsesgruppen.

Tabell 2.1 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter befolkningstall, 2023.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	5	6	68	79
Kommune med 2000-5000 innbyggere	3	6	86	95
Kommune med 5000-10000 innbyggere	0	4	67	71
Kommune med 10000-20000 innbyggere	2	2	42	46
Kommune med 20000-50000 innbyggere	2	0	43	45
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0	19	19
Bydel i Oslo*	0	2	15	17
Totalt	12	20	340	372

* Inkludert Velferdsetaten og Helseetaten

Mest komplette data kommer i 2023 fra kommuner med 50 000 innbyggere eller mer, utenom Oslo, der alle 19 kommunene har fullført rapporteringen. Blant de 79 minste kommunene i landet, med færre enn 2000 innbyggere, er det fem kommuner (6 prosent) som ikke har respondert.



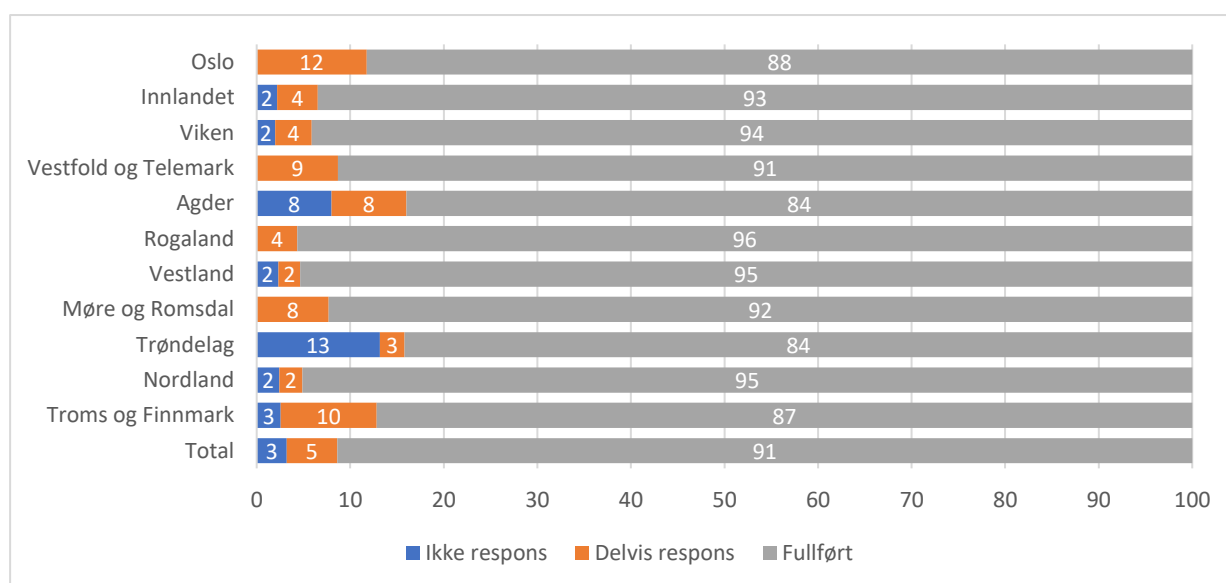
Figur 2.1 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter befolkningstall, 2023.

Tabell 2.2 og figur 2.2 viser tilsvarende fordeling etter fylke, og det er heller ingen betydelig geografisk variasjon i rapporteringsstatus.

Tabell 2.2 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter fylke, 2023.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Oslo	0	2	15	17
Innlandet	1	2	43	46
Viken	1	2	48	51
Vestfold og Telemark	0	2	21	23
Agder	2	2	21	25
Rogaland	0	1	22	23
Vestland	1	1	41	43
Møre og Romsdal	0	2	24	26
Trøndelag	5	1	32	38
Nordland	1	1	39	41
Troms og Finnmark	1	4	34	39
Total	12	20	340	372

Mest komplette data kommer i 2023 fra Rogaland (som i 2022), der alle 23 kommunene har respondert. Alle bydelene i Oslo og kommunene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal har levert årsverksinformasjon, mens det særlig er mange i Trøndelag som ikke har respondert i 2023.



Figur 2.2 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter fylke, 2023.

Kvalitetskontrollen i 2023 avdekket en del avvik, omtrent som i 2022. I noen tilfeller har kontakt med den enkelte kommune ført til korrigeringer i antall årsverk, og i andre tilfeller har vi brukt tall fra 2022 fordi det var betydelig avvik mellom rapporterte årsverk fordelt på tiltak og årsverk fordelt på utdanningsgrupper.

2.3 OM UTFYLLINGEN

Som vist i tabell 2.3 har 44 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 omtrent som i 2019. I 2023 har 31 prosent valgt å organisere det som et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med både tjenester til voksne og til barn/unge, mens noen flere enn i 2020 og 2021 (12 prosent) har valgt å besvare skjemaet i felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for henholdsvis tjenester for voksne og tjenester for barn/unge.

Tabell 2.3 Hvordan kommunene har valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i 2019-2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	139	33	84	29	94	26	102	31	106	31
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	30	7	25	9	32	9	31	9	42	12
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	4	1	18	6	15	4	10	3	18	5
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	35	8	19	6	29	8	29	9	40	12
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	178	43	116	39	158	43	147	44	150	44
Annen organisering	32	8	32	11	37	10	36	11	42	12
Totalt	418	100	294	100	365	100	331	100	338	100

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 1815 personer som har vært involvert i kartleggingen i 2023. Dette betyr at ti prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen, og dette er tilsvarende som i 2021 og 2022. I 2019 var det 14 prosent, så pandemien kan ha bidratt til at færre involveres i utfyllingen.

At så mange ansatte er involvert i rapporteringen viser hvor komplekst dette er. Brukerne finnes i ulike tjenester og det er bare kommunene selv som kan gjøre et anslag på årsverksinnsatsen. Det er en omfattende jobb og 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 og få de til å anslå årsverk som går til målgruppen. Det er også dette som beskrives av de som har krysset av for "Annen organisering". Det nevnes også at Teams-møter brukes for å fylle ut kartleggings skjemaet eller andre typer møter mellom ulike aktører. Hver kommune finner frem til det som fungerer best hos dem og det må kanskje prøves ut ulike løsninger:

En del oppgir at det er virksomhetsleder og avdelingsledere som fyller ut:

Besvarelsen er fra virksomhet psykisk helse, er utfylt i samarbeid mellom virksomhetsleder og avdelingsledere.

Eller de har hatt et hovedmøte og hatt etterarbeid etterpå:

De som ikke kunne delta i møtet har fått skjema og levert svar, ringt ved utydigheter

Noen har delt utfyllingen mellom tjenester til voksne og til barn/unge:

Delt utfylling mellom barn og voksentenesten.

Men andre oppgir at det har vært vanskelig å få med barn/unge:

Ikke møte med tjenester for barn/unge i år

Andre oppgir at de ikke hadde satt av nok tid:

Det ble dessverre ikke satt av nok tid til besvarelsen i år. Besvarelsen er mer krevende enn det var tatt høyde for.

Kommunene finner ulike måter å løse rapporteringen:

En kombinasjon. Felles fagmøte og gjennomgang mellom lederrepresentant for psykisk helse- og rusarbeid til barn, unge og voksne, samt innspill fra andre ansatte i kommunen.

Innspill fra kollegaer til hovedansvarlige for utfylling for kommunalområde oppvekst og for kommunalområde helse og velferd. Deretter har vi samkjørt rapporteringen.

Kommunalsjef sammen med kommuneoverlege. Innspill fra ansatte i ROP og kommunalsjefer for skole og barnehage

Store kommuner må involvere mange:

Har hatt dialog/ gått gjennom aktuelle spørsmål med leder v/familiesenter, barneverntjeneste, hjemmetjeneste, Oppfølgingstjeneste; ROP og miljø- habiliteringstjeneste, Tildelingskontor, ansatte ved ROP og kommuneoverlege.

Kontakt med enkelt tjenester for spesifikke spørsmål. 27 tjenester har levert inn tall

Og det kan variere litt fra år til år hvordan det løses:

I år ble det mange mailer med mange ansatte som har gitt gode tilbakemeldinger og sørget for at vi sammen kan få levert årets rapportering. Har også hatt et fagmøte.

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

Det er anslagsbaserte årsverkstall 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. Prosjektet har hatt som hovedmål å følge nasjonal utvikling, men de senere årene har det blitt lagt større vekt på å gjøre tallene sammenliknbare mellom kommuner. Dette arbeidet vil fortsette i 2024, og da forventer vi et brudd i tidsserien fordi årsverkskategoriene skal gjøres tydeligere og det arbeides for at det skal bli lettere å rapportere. Særlig utdanningsgruppene må forenkles, fordi mange melder om at de ikke har oversikt over nøyaktig kompetanse blant ansatte, for eksempel hvem som har fullført videreutdanning og etterutdanning fra ett år til et annet.

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 vi 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 betyr at kommunene anonymiseres 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. I tillegg tror vi rapporteringen fra kommunene får høyere kvalitet om de er trygge på at informasjonen ikke benyttes til andre formål enn de er informert om. Datagrunnlaget kan brukes til forskning, men enkeltkommuner vil ikke kunne identifiseres i publikasjoner eller presentasjoner av resultatene.

Datagrunnlaget fra 2022 ble fra 2023 gjort for første gang gjort tilgjengelig på ressursportalen.no og planen er at dette skal fortsette i inneværende og kommende år.

ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

Det er svært mange spørsmål med åpne svarkategorier og mange muligheter for skriftlige kommentarer til kvantitative spørsmål. Dette innebærer store tekstmengder, og medfører et stort analysearbeid når mange kommuner svarer. Samtidig er det viktig informasjon som kommer fram og svarene fortjener grundige analyser. Vi har utviklet en metode for å analysere store tekstmengder, og metoden er publisert i en internasjonal artikkel (Ose, 2016)¹¹⁸. Metoden presenteres kort i det følgende.

Fullkoding av kvalitative data betyr at innholdet i alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden 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 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 fra kommunene. Noe er typisk småkommuneproblematikk, mens annet er mer generelle funn. Noen ganger kommer det fram noe helt nytt, mens andre ganger bekrefter funnene tidligere presenterte resultater. Det kvalitative datagrunnlaget inngår først og fremst som kontekst til de kvantitative svarene og beskrivelsene brukes som eksempler. Men vi bruker også svarene på de åpne spørsmålene for å utvikle treffsikre svaralternativer dersom det senere skal gjøres kartlegginger av for få oversikt over omfang og for å følge utviklingen.

2.6 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

Fra 1. januar 2020 var det store endringer i kommune- og fylkesinndelingen, og det er nå 356 kommunerⁱ fordelt på 11 fylker. Med bydelene er det totalt 372 kommuner/bydeler som forventes å rapportere. I 2021 - 2023 er det ingen endringer i kommunestruktur.

2.7 FORANKRING HOS KOMMUNEDIREKTØR/RÅDMANN/ADMINISTRASJONSSJEF/KOMMUNALSJEF

Vi spør også om kommunedirektør/rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Og i 2023 var det 65 prosent som svarte at rapporteringen var godkjent gjennom delegasjon, og 5 prosent direkte ved gjennomsyn.

Tabell 2.4 Svar på spørsmål om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. 2019 – 2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja, direkte ved gjennomsyn	54	12	28	8	33	9	21	6	20	5
Ja, gjennom delegasjon	296	68	218	59	237	64	237	64	242	65
Nei	66	15	48	13	57	15	55	15	78	21
Ikke svart	20	5	78	21	45	12	59	16	32	9
Totalt	436	100	372	100	372	100	372	100	372	100

ⁱ<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>

3 NASJONALE TALL

Summen av årsverk rapportert i perioden 2016-2023 er vist i tabell 3.1. Totalt ble det i 2023 rapportert 17 436 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner.

Det er en økning i rapporterte årsverk i tjenester til voksne fra 2022 til 2023 på 154 årsverk, og dette utgjør en økning på 1,2 prosent. I tjenester rettet mot barn og unge rapporteres det om en økning på 208 årsverk, og dette tilsvarer en vekst på 5,5 prosent. Totalt rapporteres det om en økning på 362 årsverk, eller 2,1 prosent.

Det er 19 kommuner som oppgir at endringene de har oppgitt for årsverk rettet mot voksne ikke er reelle fordi de har endret måten å anslå antall årsverk på. Om vi tar ut disse fra datagrunnlaget både i 2022 og 2023, finner vi at økningen er på 1,4 prosent heller enn 1,2 prosent i tjenester til voksne. Når det gjelder årsverk rettet mot barn og unge, er det 17 kommuner som oppgir at rapportert endring ikke er reell. Dersom vi ser bort fra disse kommunene, får vi en økning på 6,2 prosent i årsverk rettet mot barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid, 2016- 2023, rapportert endring i antall årsverk og prosentvis endring fra 2022-2023.

	2016	2018	2020	2022	2023	Endring i rapporterte antall årsverk siste år	Rapportert endring i %	Beregnet endring siste år i % når vi tar ut kommuner med usikre tall
Voksne	11 063	12 563	12 966	13 291	13 445	154	1,2	1,4
Barn og unge	2 873	3 331	3 603	3 783	3 991	208	5,5	6,2
Totalt	13 936	15 894	16 569	17 074	17 436	362	2,1	2,5

I resten av rapporten er det rapporterte endringer og ikke beregnet endring som vises fordi kommunene ikke oppgir hvilke av de 27 årsverksvariablene de er usikre på. Det er uansett få som oppgir at endringen ikke er reell i forhold til antall som har reell endring, så dette vil ha liten innvirkning på totaltallene.

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013, mens årene 2015-2023 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid 2007-2013/2014, og psykisk helse og rusarbeid 2015-2023.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2011	2012	2015	2016	2018	2019	2021	2022	2023
Voksne	9 069	9 326	9 267	10 429	11 063	12 563	12 872	13 091	13 291	13 445
Barn og unge	2 961	2 614	2 688	2 702	2 873	3 331	3 527	3 700	3 783	3 991
Totalt	12 029	11 940	11 955	13 131	13 936	15 894	16 399	16 792	17 074	17 436

Av de totalt 17 436 årsverkene, er 23 prosent rettet mot barn og unge. Det har vært en liten, men gradvis økning i andelen årsverk rettet mot barn og unge i perioden 2016-2023, se tabell 3.3.

Tabell 3.3 Antall årsverk og prosentvis fordeling på tjenester og tiltak til voksne og til barn/unge. 2016-2023.

	2016		2018		2020		2022		2023	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Voksne	11 063	79	12 563	79	12 966	78	13 291	78	13 445	77
Barn og unge	2 873	21	3 331	21	3 603	22	3 783	22	3 991	23
Totalt	13 936	100	15 894	100	16 569	100	17 074	100	17 436	100

3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

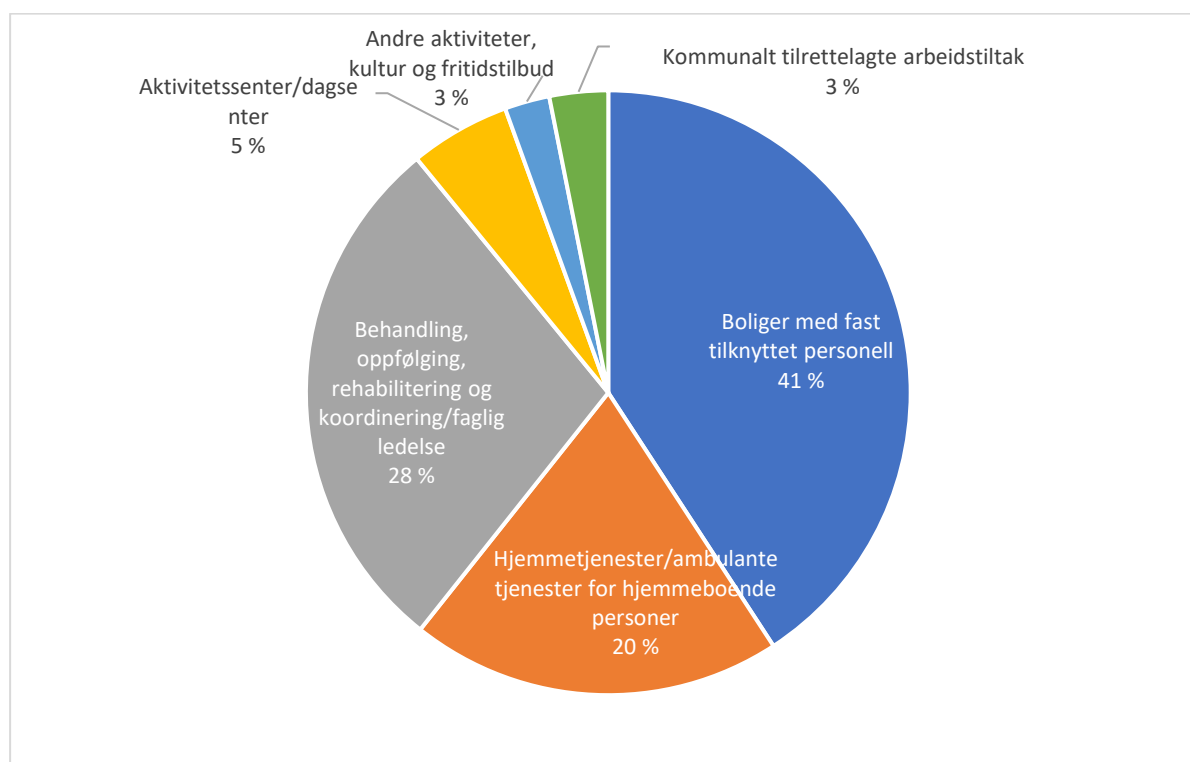
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats på landsbasis fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er fra 2022 til 2023 nedgang i kategorien 'Aktivitetssenter/dagsenter' med en reduksjon på 79 årsverk (9,8 prosent) nasjonalt, en nedgang i aktivitet, kultur og fritidstilbud med 32 årsverk (8,9 prosent), og i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak på 25 årsverk (5,5 prosent). Det er rapportert om en økning på 26 årsverk i 'Boliger med fast tilknyttet personell', noe som tilsvarer en økning på 0,5 prosent. Det er en økning på 189 årsverk i kategorien 'Behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse' tilsvarende 5,2 prosent.

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2017 – 2023, endring siste år i årsverk og prosent.

	2017	2019	2022	2023	Endring fra 2022 til 2023	
					Antall	Prosent
Boliger med fast tilknyttet personell	4 653	5 190	5 459	5 485	26	0,5
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 405	2 543	2 600	2 674	74	2,8
Behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse	2 912	3 502	3 630	3 819	189	5,2
Aktivitetssenter/dagsenter	778	817	801	723	-79	-9,8
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	367	346	355	324	-32	-8,9
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	420	473	446	422	-25	-5,5
Totalt	11 534	12 872	13 291	13 445	154	1,2

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (41 prosent), 28 prosent av årsverkene går til behandling etc., og 20 prosent til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. Videre går 12 prosent av årsverkene til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er kun marginale endringer i den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne fra 2022 til 2023.



Figur 3.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2023.

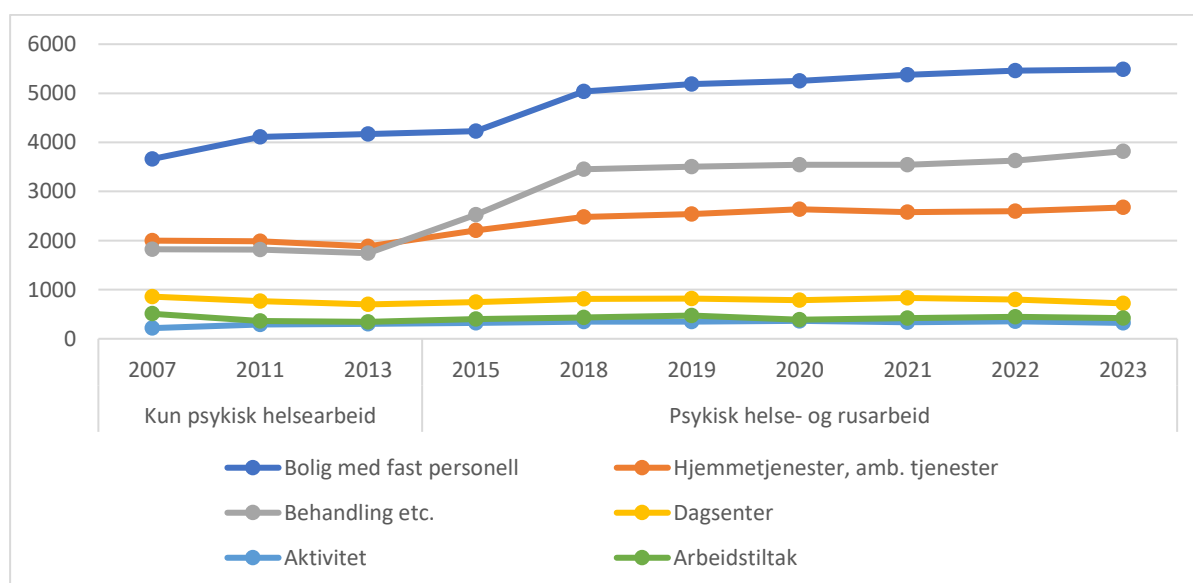
Tidsserien fordelt på tiltak er vist i tabell 3.5, og grafisk i figur 3.2. I det følgende er tiltakskategoriene som er vist i tabell 3.4 og figur 3.2 forkortet tekstmessig som vist i første kolonne av tabell 3.5.

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

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 - 2023, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid					
	2007	2011	2013	2015	2019	2020	2021	2022	2023	
Bolig med fast personell	3 662	4 110	4 169	4 231	5 190	5 251	5 375	5 459	5 485	
Hjemmetjenester, amb.	1 998	1 984	1 882	2 205	2 543	2 635	2 580	2 600	2 674	
Behandling etc.	1 825	1 818	1 743	2 524	3 502	3 542	3 545	3 630	3 819	
Dagsenter	858	764	700	745	817	783	834	801	723	
Aktivitet	217	288	305	321	346	365	337	355	324	
Arbeidstiltak	509	362	345	403	473	390	421	446	422	
Sum voksne	9 069	9 326	9 145	10 429	12 872	12 966	13 091	13 291	13 445	

Veksten i årsverk i bolig med fast personell avtok i 2019 og 2020, men det er fortsatt en svakt økende trend.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2023.

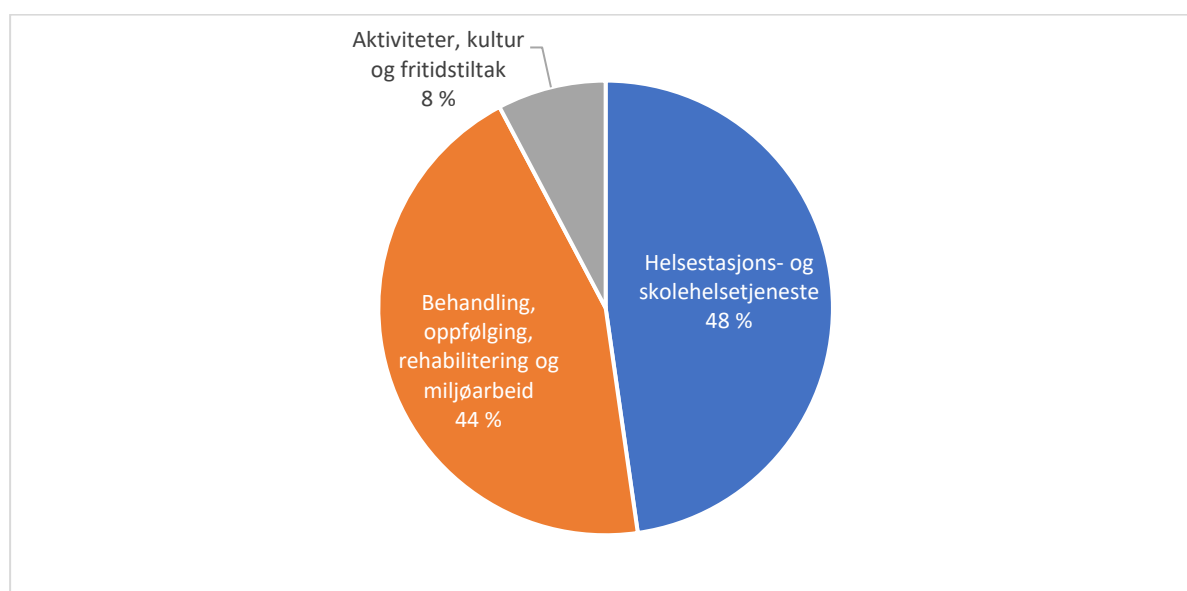
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Antall rapporterte årsverk har økt med 6 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (107 årsverk) fra 2022 til 2023, mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med 4,3 prosent (13 årsverk). Den nest største kategorien målt i antall årsverk (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 5,2 prosent (88 årsverk) det siste året.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2023.

	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	Endring fra 2022 til 2023	
								Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 349	1 599	1 655	1 688	1 798	1 905	107	6,0
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 474	1 661	1 665	1 703	1 689	1 777	88	5,2
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	276	267	283	310	296	309	13	4,3
Totalt	2 702	3 099	3 527	3 603	3 700	3 783	3 991	208	5,5

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten halvparten av årsverkene (48 prosent) går til Helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Det er 8 prosent av årsverkene som brukes i aktiviteter, kultur og fritidstiltak, og dette er det samme som de tre siste årene.



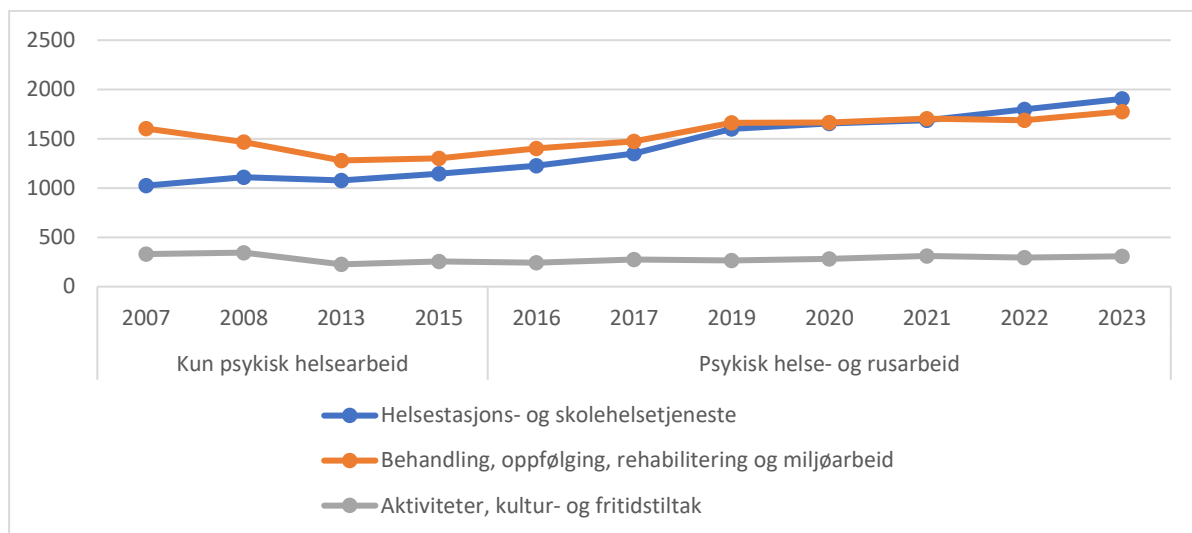
Figur 3.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2023.

I tabell 3.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2023 for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge. Figur 3.4 viser de samme tallene grafisk.

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- 2023.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2013	2015	2016	2019	2020	2021	2022	2023
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 078	1 147	1 227	1 599	1 655	1 688	1 798	1 905
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 604	1 467	1 280	1 300	1 402	1 661	1 665	1 703	1 689	1 777
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	226	255	243	267	283	310	296	309
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 584	2 702	2 873	3 527	3 603	3 700	3 783	3 991

Trenden med økning i årsverk til helsestasjon- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, og etter to år med svakere vekst, har det igjen vært vekst de to siste årene. Fordi det er en relativt jevn økning i alle kategoriene siste år, er det sannsynlig at kommunene forsterker tjenester rundt barn og unge i målgruppen, heller enn at økning i helsestasjons- og skolehelsetjeneste skjer på bekostning av andre tjenester til samme målgruppe. Oppvekstreformen og lovendringene som kom på barn og unge-feltet i 2022 (herunder rettigheten til barnekoordinator) kan tenkes å ha bidratt til denne utviklingen.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2023.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

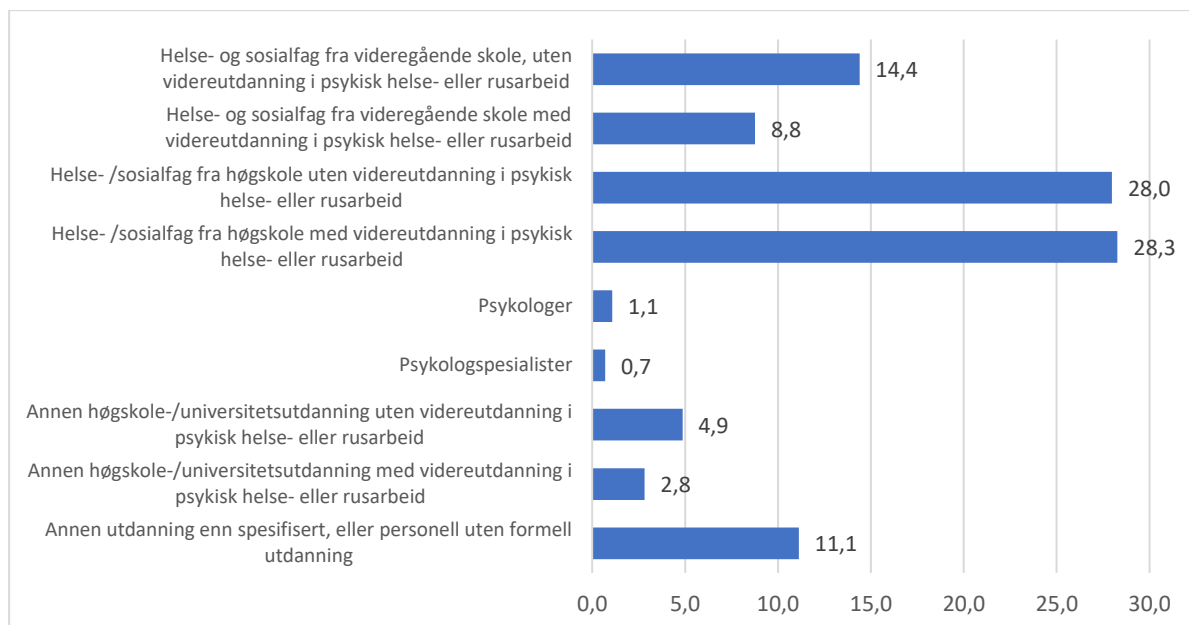
De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole eller universitet. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

Det er en nedgang i rapporterte årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole uten videreutdanning, og en økning i årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/ universitet, både med og uten videreutdanning. Når det gjelder psykologårsverkene er det en nedgang på 12 årsverk psykologer og økning på 4 årsverk psykologspesialister, slik at det er en samlet nedgang på 8 psykologårsverk, eller 3,1 prosent reduksjon. Det er siste år særlig en økning årsverk med annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning, på 120 årsverk. Dette kan bety at kommunene i større grad bruker assistenter og ufaglærte fordi det er vanskelig å rekruttere fagfolk. I årets rapport vil vi se nærmere på hva som kjennetegner kommuner som har relativt mange årsverk i denne kategorien.

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 – 2023.

	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Endring fra 2022 til 2023	
							Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	2 045	2 093	2 102	2 046	1 935	-111	-5,4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 344	1 282	1 209	1 171	1 178	7	0,6
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	3 429	3 464	3 556	3 667	3 761	94	2,6
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 622	3 686	3 643	3 737	3 802	65	1,7
Psykologer	50	152	158	162	157	145	-12	-7,6
Psykologspesialister	23	61	99	88	90	94	4	4,7
Psykologer/psykologspesialister samlet	73	213	257	250	247	239	-8	-3,1
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	600	646	656	661	654	-7	-1,1
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	255	406	404	386	386	380	-6	-1,6
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 214	1 135	1 290	1 376	1 496	120	8,7
Totalt	10 429	12 872	12 966	13 091	13 291	13 445	154	1,2

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier vises i figur 3.5. For eksempel utfører psykologer og psykologspesialister 1,8 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen i 2023.



Figur 3.5 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2023.

Som vist i tabell 3.9 er det relativt stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2023.

Tabell 3.9 Prosent av årsverkene på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008–2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015–2023, voksne.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2013	2015	2019	2020	2021	2022	2023
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	20	15	16	16	16	15	14
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	12	12	10	10	9	9	9
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	25	27	27	27	27	28	28
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	24	29	28	28	28	28	28
Psykologer	0	0	0	0	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
Psykologspesialister	*	*	0	0	0,5	0,8	0,7	0,7	0,7
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	5	5	5	5	5	5	5
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	3	3	3	3	3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	12	11	10	8	9	9	10	10	11
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

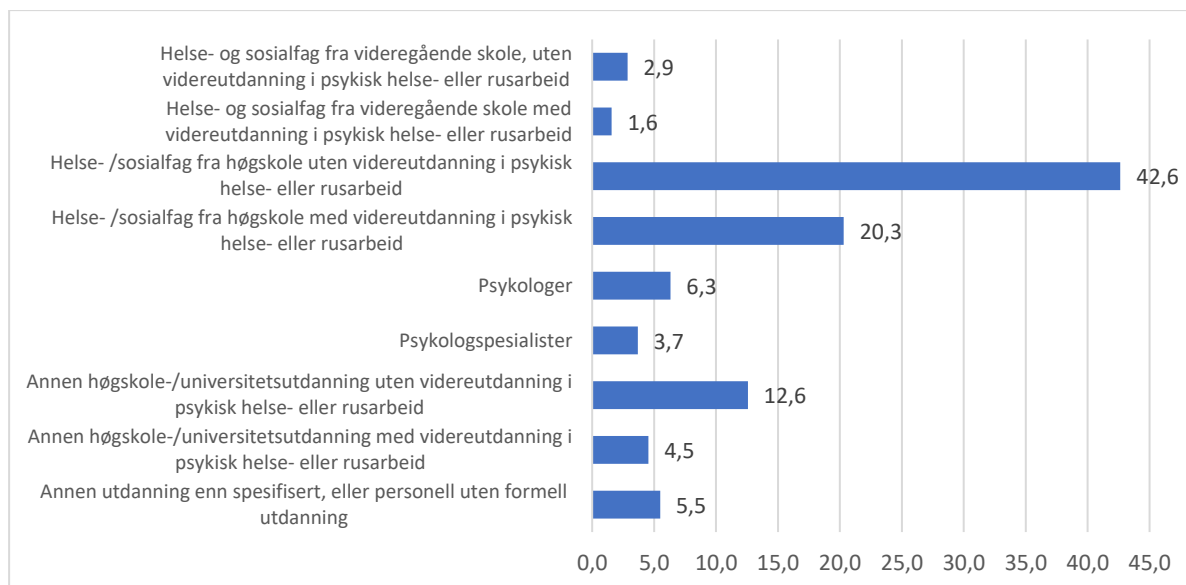
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, og disse øker med 64 årsverk (3,9 prosent) fra 2022 til 2023. Det er også en økning på rundt 10 årsverk psykologer og 10 årsverk psykologspesialister, totalt en økning på 5,4 prosent.

Psykologer utgjør nå 10 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,7 prosent er psykologspesialister og 6,3 prosent er psykologer, se figur 3.6.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2023.

	2015	2016	2018	2019	2021	2022	2023	Endring fra 2022 til 2023	
								Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	106	131	130	105	114	9	8,8
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	53	42	55	53	63	10	19,1
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 360	1 430	1 585	1 638	1 702	64	3,9
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	734	770	702	744	810	66	8,9
Psykologer	169	196	233	220	224	243	253	9,5	3,9
Psykologspesialister	62	77	97	105	123	137	147	10,5	7,3
Psykologer/psykologspesialister samlet	231	273	330	325	347	379	400	20,5	5,4
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	424	445	483	458	502	44	9,6
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	150	129	190	212	194	186	181	-5	-2,7
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	134	172	205	221	219	-2	-0,9
Totalt	2 702	2 873	3 331	3 527	3 700	3 783	3 991	208	5,5



Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2023.

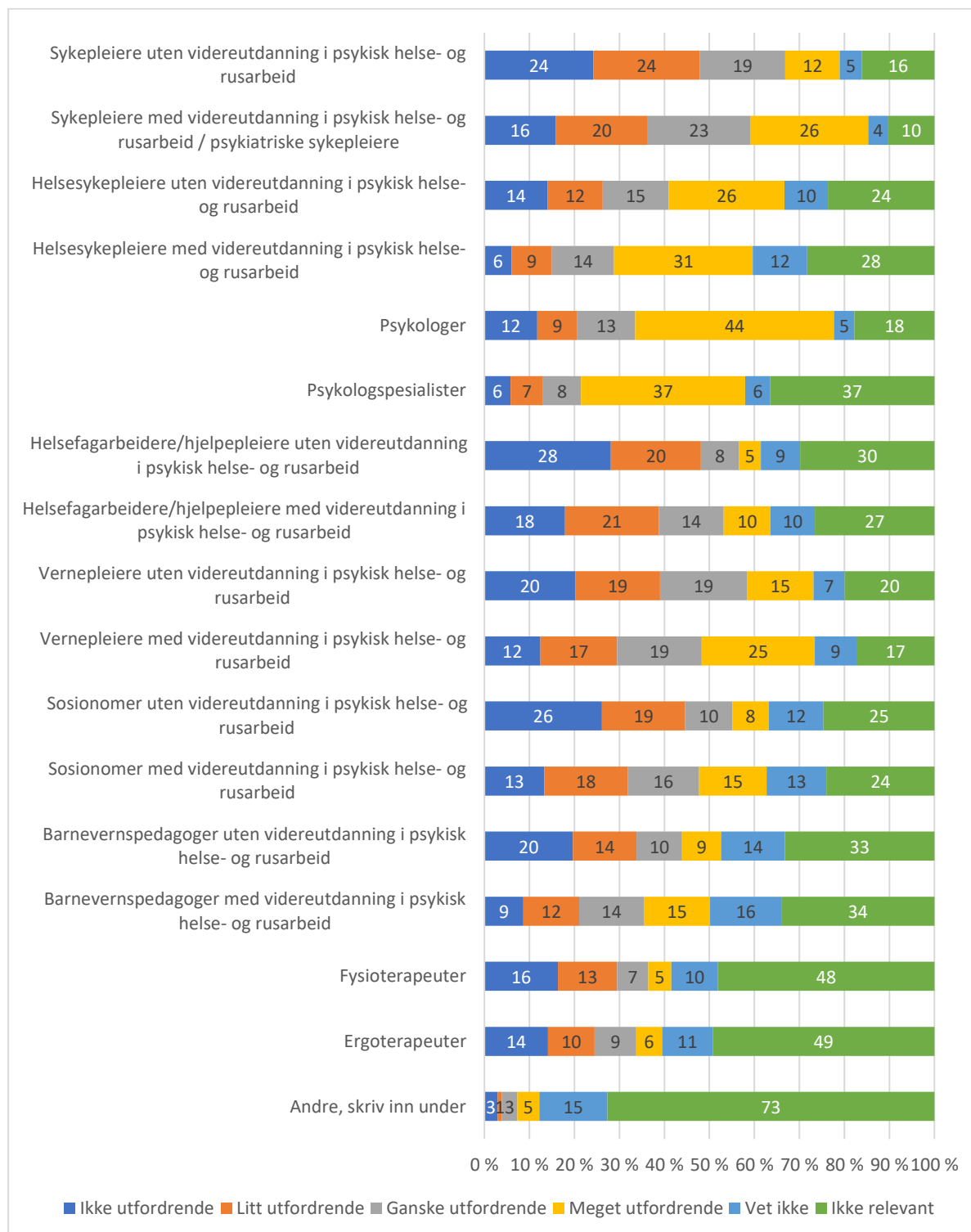
Som vist i tabell 3.11, er den generelle trenden i hele perioden en stadig økning i andel årsverk med høyskolekompetanse og færre med utdanning fra videregående skole.

Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2023.

	Kun psykisk helsearbeid			Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2010	2013	2015	2019	2021	2022	2023
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	8	7	6	4	4	4	3	3
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	1	2	1	1	1	2
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	37	40	38	39	41	43	43	43
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	16	18	20	22	19	20	20
Psykologer	5	7	7	6	6,2	6,1	6,4	6,3
Psykologspesialister	*	*	2	2	3,0	3,3	3,6	3,7
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	15	14	14	13	13	12	13
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	5	5	7	6	6	5	5	5
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	10	8	5	6	5	6	6	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

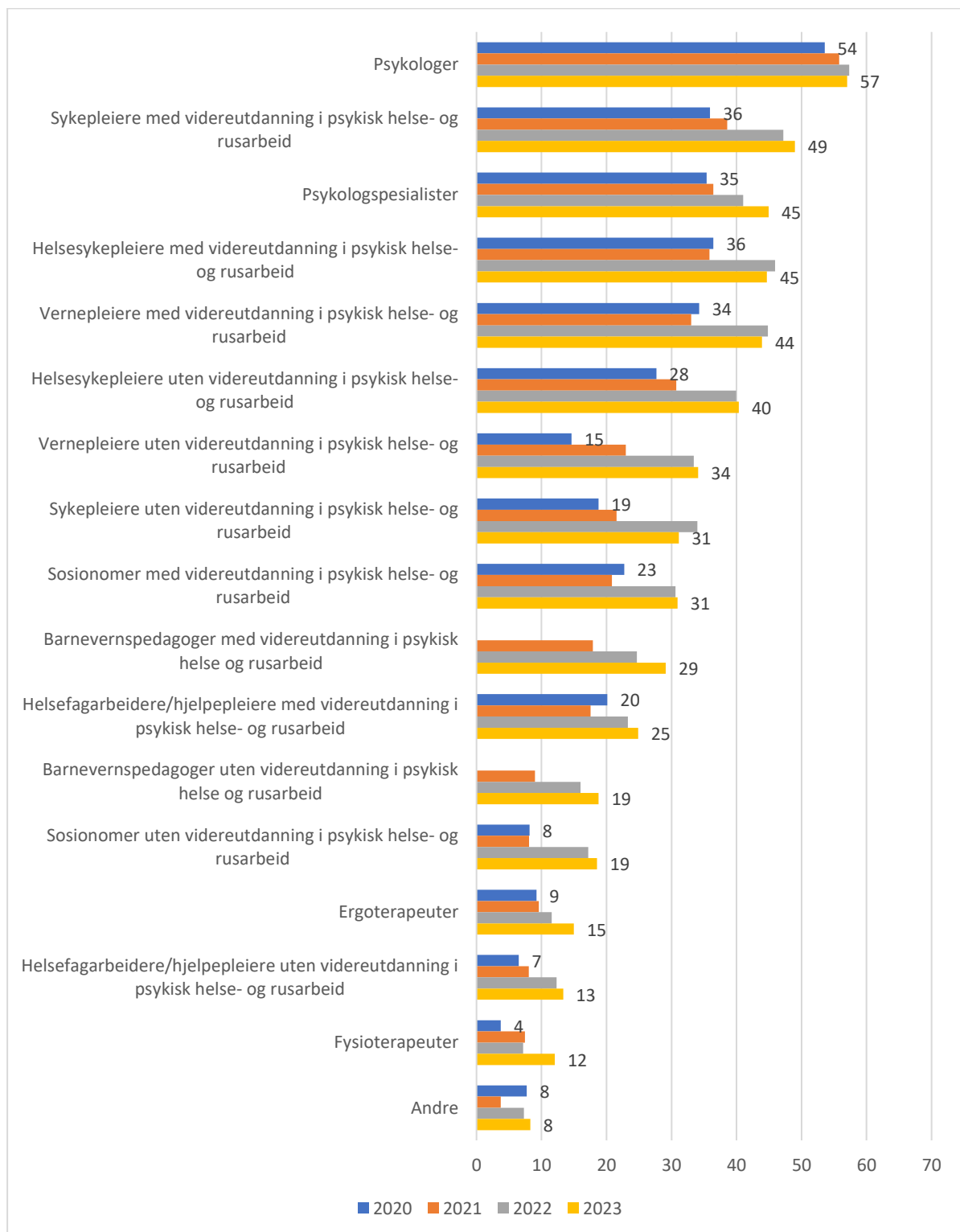
3.4 REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 spurte vi for første gang om kommunene har problemer med rekruttering av ulike yrkes-/utdanningsgrupper til psykisk helse- og rustjenestene. Dette spørsmålet er også tatt med i 2021-2023, og svarene for 2023 er vist i figuren under.



Figur 3.7 Prosent av kommunene som svarer de ulike alternativene, 2023.

Vi ser videre på kommuner som oppgir at det er ganske eller meget utfordrende å rekruttere de ulike fagpersonene, og som vist i figur 3.8 er det fortsatt flest som svarer at de har problemer med rekruttering av psykologer (57 prosent), og det er relativt stabile tall fra 2022 til 2023 og altså ikke en betydelig økning som vi så fra 2021 til 2022.



Figur 3.8 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" eller "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene, 2020 - 2023.

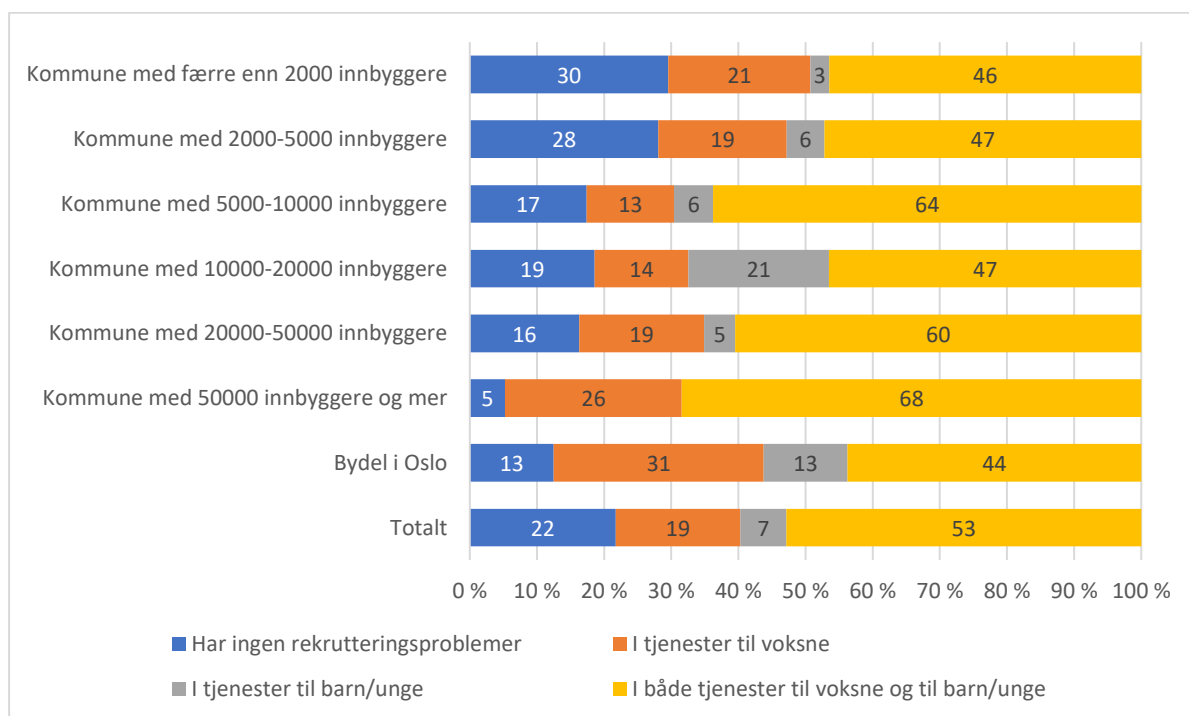
Under «Andre» nevnes leger, jordmødre og at det generelt er vanskelig å rekruttere til stillinger som ikke er dagstillinger.

I 2022 og 2023 tok vi også med et spørsmål om hvilke tjenester kommunene sliter med rekruttering til. Og som vist i tabell 3.12 er det i 2023 litt over halvparten av kommunene/bydelen som sliter med rekruttering til både tjenester til voksne og til barn/unge (53 prosent), mens 19 prosent har utfordringer kun i tjenester til voksne og 7 prosent kun i tjenester til barn og unge. Det er altså noen færre som har problemer kun i tjenester til barn og unge i 2023 enn i 2022, men noen flere som har rekrutteringsproblemer både i tjenester til voksne og til barn og unge.

Tabell 3.12 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på hvilke tjenester de har rekrutteringsproblemer i 2022 og 2023.

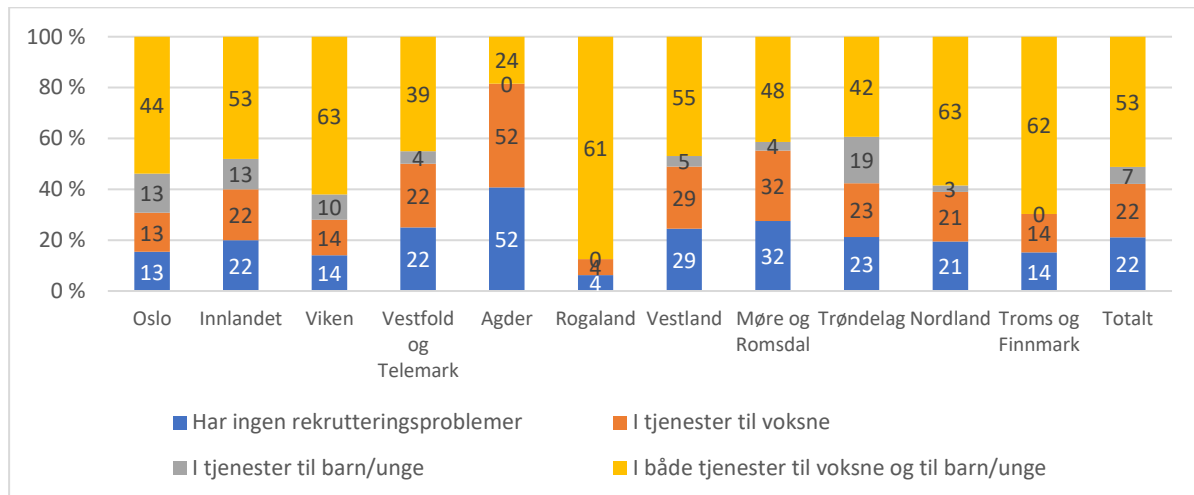
	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Har ingen rekrutteringsproblemer	71	22	76	22
I tjenester til voksne	56	17	65	19
I tjenester til barn/unge	35	11	24	7
I både tjenester til voksne og til barn/unge	162	50	185	53
Totalt	324	100	350	100

Det er blant de minste kommunene flest som oppgir at de ikke har noen rekrutteringsproblemer, men i alle kommunegrupper er det størst andel som rapporterer at de har problemer med rekruttering både i tjenester til voksne og til barn/unge.



Figur 3.9 Prosent av kommuner/bydeler som svarer på hvilke tjenester de har rekrutteringsproblemer i. Kommunestørrelse, 2023.

Det er høyest andel av kommunene som oppgir at de ikke har rekrutteringsproblemer i Agder (52 prosent), mens kommunene i Rogaland i størst grad rapporterer om rekrutteringsproblemer både i tjenester til voksne og barn/unge, se figur 3.10. Der er det kun 4 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har rekrutteringsproblemer, så basert på dette er det blant kommunene i Rogaland flest har rekrutteringsproblemer innen dette fagfeltet. Om vi ser på NAV sine oversikter over mangel på arbeidskraft generelt i arbeidsmarkedet, er det bedrifter i Troms og Finnmark som mangler mest arbeidskraft.ⁱⁱ Det er arbeidskraft innen helse, pleie og omsorg som rapporteres hyppigst i NAVs bedriftsundersøkelse



Figur 3.10 Prosent av kommuner/bydeler som svarer på hvilke tjenester de har rekrutteringsproblemer i. Fylke, 2023.

TILTAK MOT REKRUTTERINGSPROBLEMER

På spørsmål om tiltak mot rekrutteringsproblemer er det flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (69 prosent i 2023), men også at de etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (47 prosent) og tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (41 prosent). 38 prosent svarer at de tilbyr høyere lønn for nyansatte, mens 24 prosent svarer at nyansatte starter med høyere ansiennitet.

ⁱⁱ <https://www.nav.no/no/lokalt/troms-og-finnmark/pressemeldinger/optimisme-i-de-fleste-bransjer--okende-mangel-pa-arbeidskraft-skaper-store-rekrutteringsproblemer-i-nord>

Tabell 3.13 Hva som gjøres for å avhjelpe rekrutteringsproblemene, 2021-2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner	107	41	111	44	129	47
Etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser	107	41	81	32	92	33
Tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning	166	63	163	64	191	69
Tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategi	115	44	112	44	114	41
Bidrar til at partner får jobb lokalt	38	15	26	10	35	13
Tilbyr barnehageplass	59	23	45	18	50	18
Tilby høyere lønn for nyansatte					106	38
Nyansatte starter med høyere ansiennitet					66	24
Annet	45	17	56	22	54	20
Totalt	262	100	254	100	276	100

Det er skrevet 95 kommentarer til dette spørsmålet. Her kommer det frem at noen kommuner har satt ned prosjektgrupper som arbeider med tiltak for å beholde og rekruttere helsepersonell, mens andre har utarbeidet ulike rekrutteringsstrategier, spesielt når det gjelder sykepleiere, mens andre nevner vernepleiere.

Det er ikke alltid de får søkere til stillinger som utlyses:

Ansatte psykiatrisk sykepleier i skolehelsetjenesten, der det opprinnelig var søkt etter helsesykepleier.

Andre beskriver at det er vanskelig å rekruttere til stillinger med turnusarbeid:

Det er mer utfordrende å rekruttere til ledige stillinger på steder med heldøgnsdrift, der utlyste stillinger går i turnus. Det samlede inntrykket er imidlertid at det ikke er store utfordringer med å rekruttere ønsket personell innen psykisk helse og avhengighet. Merk at det for kommunen generelt er meget utfordrende å rekruttere sykepleiere/ vernepleiere innenfor tradisjonell somatikk, som jo også yter tjenester til denne målgruppen. Kommentar til annet: Det er etablert mentorordning og kommunen deltar i TØRN-prosjektet. Ikke primært rettet mot psykisk helse og avhengighet, men som jo også inkluderer tjenesteytere til målgruppen.

Lønn for disse stillingene er regulert - vi kan ikke løfte rammen alene uten at det får konsekvenser for andre i Oslo kommune og er således ikke et virkemiddel vi kan bruke. Flere av de andre tiltakene som foreslås forutsetter at kvalifiserte søkere overhode søker, om de ikke gjør, kan vi ikke tilby noe som helst. Utfordringen handler i all hovedsak om turnus stillinger for vernepleiere/sykepleiere med og uten videreutdanning. Dagstillinger med fleksitid er mer populære.

Vanskelig å uttale seg da vi ikke har forsøkt å tilsette nye stillinger de siste årene. Vi har derfor valgt å skrive "vet ikke". Samlet sett er imidlertid kommunen i kritisk mangel på helsefaglig

kompetanse. Vi får mange henvendelser fra andre avdelinger i kommunen om sykepleiere / Vernepleiere som ønsker seg bort fra turnus. Utfordringen er at vi forskyver kompetansen internt i egen kommune, og sliter med å rekruttere nye fagpersoner.

Noen forsøker å få til interkommunalt samarbeid rundt psykologstillinger:

Noko vanskar med å etablere interkommunale samarbeid. Ofte ikkje gjensidig samarbeid for større kommunar, noko som skapar utfordringar for små kommunar som kan vera avhengig av samarbeid. Men det blir gjort gjentekne forsøk på å opprette samarbeid med andre kommunar og avtalar med spesialisthelsetenesta.

Kommunen har gjort fleire forsøk på rekruttering både ved direkte førespurnad og forsøk på samarbeid med omliggjande kommunar utan å lukkast. Kommunen har etablert avtale om kjøp av digitale psykologtjenester på systemnivå.

Mens andre lykkes:

Det har vært utlyst interkommunal stilling som psykolog over tid uten å få den besatt. Nylig ble stillingen besatt.

Små kommuners ledelse følger ikke alltid opp nasjonale føringer:

Vi er en liten tjeneste med to personer knyttet til psykisk helse og rustjenesten. Det har siste året ikke blitt utlyst stillinger, verken til vår tjeneste eller psykolog som er en lovpålagt tjeneste.

Pr i dag ingen tiltak, og er underbemannet

Utfordringen anerkjennes ikke tilstrekkelig oppover i systemet

Noen kommuner setter HR-avdelingen på saken:

Dette er et generelt rekrutteringsproblem i hele kommunen. Det pågår arbeid via HR-avdelingen på generelt grunnlag. I avdeling for psykisk helse har vi ingen særskilte muligheter til ekstraordinære rekrutteringstiltak utover det som gjelder i kommunen som helhet.

Gode arbeidsforhold kan være en god rekrutteringsstrategi:

Tilby rettleiing og elles gode arbeidsforhold og arbeidsmiljø

Andre oppgir at de bruker vikarbyrå, mens andre igjen satser på å bygge opp et godt omdømme for å bedre rekrutteringen:

Fokus på tverrfaglig samarbeid om omdømme til kommunen.

Løfte opp kommunens muligheter, aktiviteter, natur og en kommune i vekst

Omdømmebygging i kommunen som rekrutteringsstrategi.

Flere nevnes også at de noen steder kan tilrettelegge for utdanning:

I noen tjenester tilrettelegges det for utdanning. Ingen overordnet kommunal strategi eller tiltak.

Lønnet, delvis lønnet permisjon under utdanning.

Flere oppgir at det samarbeides med spesialisthelsetjenesten om delte stillinger:

I utgangspunktet ikke vanskelig å rekruttere annet enn psykolog. Har inngått samarbeidsavtale med STHF, ved BUP for å kunne lyse ut en full stilling. 60 % kommunal psykisk helse og familietjeneste + 40 % spesialisthelsetjeneste

Ifm rekruttering jordmor er det forsøkt dialog med spesialisthelsetjeneste for kombinasjonsstilling uten å lykkes, fordi det også er mangel på jordmor i sykehusene.

Selv om kommunene for eksempel tilbyr 10. års ansiennitet for å få opp lønn for sykepleiere, er det flere som svarer at de ikke har mulighet for å tilby høyere lønn pga. kommunens økonomiske situasjon, eller at de da bare konkurrerer med andre bydeler/kommuner om de samme folkene.

En av utfordringene er at lønnsnivået i spesialisthelsetjenesten er høyere enn i kommunene:

Kommunen har opplevd utfordringer med å tilby lønn på høyde med Spekter og Virke. Hadde 3 godt kvalifiserte søkere som alle takket nei pga. lønn da de kom fra spesialisthelsetjenesten og institusjon. Kommunens tilbud lå veldig langt under.

Kommunen lønner dårligere enn helseforetakene/NAV Stat - dette gir rekrutteringsutfordringer. Gjelder særlig for mellomledere og ledere.

Kommunene bør bli mer konkurransedyktige på lønn. Vi opplever å "miste" fagfolk innenfor psykiatri- og rusfeltet til andre områder deriblant spesialisthelsetjenesten.

Noen gir tillegg eller stipend for å få søkere:

Samisktalende sykepleiere får et samisktillegg på 30 000 kr per år om de arbeider pasientnært.

Signeringsstipend kr. 75 000 for sjukepleiarar og vernepleiarar mot 1 års bindingstid

Andre tilbyr hele og faste stillinger. De som ikke har problemer med rekruttering oppgir at de har lav turnover, eller at de etter en periode har fått fylt alle stillingene.

Mer fokus på psykisk helse- og rus i samfunnet generelt, kan føre til at flere ønsker å arbeide i tjenestene:

Det siste året har vi opplevd økt interesse for å jobbe innen rus og psykisk helse.

3.5 ENDRINGER I BRUK AV PERSONALRESSURSER

I 2023 har vi tatt med noen nye spørsmål om endringer i bruk av personalressurser i tjenestene:

- Har dere gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene? (eks. personal i boliger får nye oppgaver, omgjøring av kontorbaserte tjenester til oppsøkende/ambulerende tjenester, etablert nye tilbud etc.)
 - Om de svarer Ja: Hva har disse endringene vært? (åpent)
 - Om de svarer at de har planer: Hva har dere planer om å gjøre? (åpent)

Det er 351 kommuner/bydeler som har svart på dette (94 prosent), så dette gir et godt datagrunnlag. Totalt er det halvparten av kommunene som svarer at de har gjort endringer, mens ytterligere 21 prosent oppgir at de har planer om å gjøre det. Se totalrad i tabell 3.14.

Tabell 3.14 Om de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene? (eks. personal i boliger får nye oppgaver, omgjøring av kontorbaserte tjenester til oppsøkende/ambulerende tjenester, etablert nye tilbud etc.), prosent, 2021-2023.

	Ja	Nei, men vi har planer om det	Nei, og vi har ingen planer om det	Total
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	31	18	51	100
Kommune med 2000-5000 innbyggere	45	23	32	100
Kommune med 5000-10000 innbyggere	43	22	35	100
Kommune med 10000-20000 innbyggere	61	30	9	100
Kommune med 20000-50000 innbyggere	63	19	19	100
Kommune med 50000 innbyggere og mer	84	11	5	100
Bydel i Oslo	88	6	6	100
Total	50	21	29	100
Antall svar	176	72	103	351

HVILKE ENDRINGER SOM ER GJORT

Av de 178 som svarer at de har gjennomført endringer, er det 171 som har oppgitt hva de har gjort og blant de 72 som har planer, er det 68 som har beskrevet hva de har planer om å gjøre.

Kommentarene kan sorteres i følgende kategorier:

- Endring i botilbud (n=34)
- Mer ambulerende og oppsøkende tjenester (n=27)
- Etablering/styring av lavterskeltilbud inkl. RPH (n=26)
- Nye stillinger og oppgavegliding (26)
- Styrking av tjenestene rettet mot barn og unge (n=21)
- Etablert/styrket FACT-team (n=20)
- Etablert nye enheter/tilbud (19)
- Etablert gruppebaserte tilbud/aktiviteter (n=17)
- Samarbeider/bruker ressursene på tvers av tjenester (13)
- Miljøarbeidertjenesten er mer involvert (10)
- Omorganisering (10)
- Annet

Endring i botilbud

Noen kommuner har opprettet nye botilbud, inkludert heldøgns helse- og omsorgstilbud eller styrket eksisterende tilbud. Men det er også mange som har flyttet personell som tidligere var tilknyttet boliger til ambulante eller oppsøkende tjenester, eller til å ha ansvar for flere samlokaliserte boliger.

En av kommunene oppgir at de har endret arbeidsmetode i boligtilbudet:

Tjenesten har stort fokus på utadretta tjenester og friluftsliv. Denne bevisste dreiningen i arbeidsmetode for personal som jobber i boliger, har skapt en mer interessant arbeidshverdag for ansatte og vi ser at brukerne profiterer positivt.

Men det er også noen som oppgir at de ikke lenger har bemannede boliger til målgruppen, mens flere er i gang med å se på hvordan de kan bruke ressursene i boliger og ambulante tjenester på nye måter.

Mer ambulerende og oppsøkende tjenester

Etablering av team som jobber ambulerende innebærer blant annet omgjøring av tilbud som var kontorbasert:

Justert kontortjenesten til å bli enda meir amulerende og delt inn i team. Der nokre team har primær oppfølging med rus, anna team med primær oppfølging psykisk helse, og siste team livsmeistring/ tidleg inn.

Fra dagtidstjenester på kontor til ambulerende tjenester i brukers hjem

jobber mer ambulerende, endret fra dagstilling til turnus og kveldstjeneste.

Noen oppgir at de har opprettet eller styrket ROP-team, mens andre har bare oppgir «økt ambulerende og oppsøkende virksomhet.»

En av forklaringene på hvorfor det er økt fokus på ambulerende tjenester forklares på denne måten av en respondent i en kommune:

Med lovendringen om samtykkekompetanse (1. september 2017)ⁱⁱⁱ så har vi måttet endre tjenestene våre radikalt. Før lovendringen var det kanskje naturlig å tenke tjenestene som en slags trappetrinnsmodell der laveste innsatsnivå var lavterskel/ ikke vedtaksfestet hjelp mens de med størst behov bodde i boliger, gjerne da døgnbemannede. Slik er det ikke lenger. De som bor i boliger har gjerne alvorlig problematikk, men de samarbeider gjerne om den/ er enige i at de har disse utfordringene. De som derimot ikke er enig i at de for eksempel har en psykose + at rus er et problem bor ikke i bemannede boliger, fordi de ikke vil og fordi de ikke ønsker å samarbeide/ ta imot den tjeneste som vi tilbyr. Disse bor derimot i "ordinære" boliger, men er i behov av fleksible og ambulante tjenester. Så kort oppsummert; endringen siden spet 2017 har vært å løsrive tjenestene i boligen fra den gamle "omsorgsbolig" tanken og bygge opp mer fleksible tjenester over hele linja for å nå de aller dårligst fungerende.

ⁱⁱⁱ Psykisk helsevernloven ble endret og vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevern ble innskjerpet. I praksis betyr lovendringen at samtykkekompetente pasienter kan avslå tilbud om behandling og oppfølging i psykisk helsevern.

Etablering/styring av lavterskeltilbud inkl. RPH

Ni kommuner/bydeler nevner eksplisitt RPH rettet mot voksne, mens andre oppgir at de prioriterer forløp 1:

Vi har omfordelt personalressurser fra gruppen som jobber med langvarige og alvorlige psykiske lidelser for å etablere lavterskel helsetilbud for milde og moderate kortvarige psykiske helseplager (forløp 1).

Noen oppgir at de har etablert lavterskeltiltak for barn og unge:

Har og starta opp eit lågterskeltilbod for barn/unge i samarbeid med frivillighetssentralen (ungdomskafé).

Mens andre bruker begrepet forebyggende tiltak:

Vi har endret fokus til mer forebyggende, vi har opprettet lavterskel møteplass. Vi har utvidet brukergruppe ned i alder til også å gjelde ungdom.

Vil også satse meir på lavterskeltenester og førebyggande tiltak.

Dreie tjenestene fra vedtaks baserte til lavterskel, og dermed har flere ressurser blitt overført til lavterskel psykisk helse og forebyggende rusarbeid.

Noen oppgir også at de dreier tjenestene mot forløp 1 basert på sentrale føringer, mens andre dreier tjenestene mot mildere forløp pga. sterk økning i etterspørselen:

På grunn av stor innsøking spesielt i gruppen mild/moderate psykiske lidelser har noen ansatte på tvers av team fått fagansvar for de nye brukerne

Det er også en kommune som oppgir at de har flyttet ressurser fra RPH:

Flyttet ressurser fra Rask psykisk helsehjelp inn i prosjekt "arbeidsfokus i fastlegekontor"

Nye stillinger og oppgavegliding

Noen oppgir at de har opprettet stillinger som bruker- og pårørendemedarbeider mens andre oppgir at de har fått egen kommunal jobbspesialist i IPS, frivillighetskoordinator, fagkonsulent for eldre med rusproblematikk, fagkonsulent rus, fagkonsulent psykisk helse, barnekoordinator og BTI koordinator, aktivitetskoordinator eller mer detaljert:

Vi har skaffet oss spesialisert kompetanse på angst, depresjon og miljøterapi for å møte våre utfordringer.

Noen oppgir at de har etablert stillinger som jobber på tvers:

Stillinger som jobber på tvers av ulike enheter innad i kommunen. Har tatt i bruk "Hus/Hytte" jmf. NOU^{iv}

^{iv} Fra NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste: «Kommissjonen velger å benevne slike kombinerte stillinger med begrepet «hus-og-hytte». Det innebærer at arbeidstaker har hovedstilling ett sted, der har vedkommende sitt «hus» og vil arbeide mesteparten av arbeidstiden der. Hen

Andre oppgir at de nå bruker spesialkompetanse mer målrettet, og andre svarer mer konkret hvilke oppgaver som er endret:

Erfaringskonsulent gjennomfører evalueringssamtale med brukerne ift.. hvordan de har opplevd nytten av kortvarig psykisk helsehjelp

Merkantilt personell har oppgaver knyttet til henvendelser fra personer som etterspør kortvarig psykisk helsehjelp og gir informasjon ut til de som tar kontakt.

Vi benytter helsefagarbeiderne til mer somatisk oppfølging av klienter. Vi har iverksatt ulike kurs for å ivareta disse oppgavene.

Vi har omplassert en medarbeider fra hjemmebaserte tjenester til å ha ansvar for alle henvendelser inn på hovedtelefonen, fordeler saker til teamene mm. Benytter hjemmehjelpere inn i pleie når det er behov.

Styrking av tjenestene rettet mot barn og unge

Noen oppgir at de har omorganisert tjenestene for barn og unge, og at de dreier tjenestene over mot familier, for eksempel gjennom etablering av familiens hus. Noen har fått etablert oppsøkende behandlingsteam i samarbeid med BUP, mens noen oppgir å ha flyttet ressurser fra voksne eller eldre til barn og unge. Andre oppgir at de i større grad arbeider opp mot skolene, eller at de har styrket innsatsen i skolehelsetjenestene eller i helsestasjon for ungdom. En av kommunene oppgir at de har flyttet psykologressurs til helsestasjonen.

Vi har omprioritert noko ressurser frå eldre til born og unge. Generelt auka fokus på arbeid mot barn og unge.

Omorganisering, etablering av egen enhet for behandling av lettere psykiske vansker for barn og unge.

En av kommunene nevner også hvorfor de har mer satsning på familier:

Økt satsing på familieoppfølging pga. barnevernsreform

har en bi-stilling et annet sted, på en «hytte», og arbeider der av og til. Slike stillinger kan etableres mellom enheter ved ett tjenestested, mellom like eller forskjellige enheter (for eksempel på tilsvarende avdeling på flere sykehus), og på tvers av tjenestenivåer (i en kommune og ved et sykehus). For slike stillinger kan man avtale en fast periode i «hytta», for eksempel en dag hver uke eller en uke per måned. Det kan også legges opp til mer uregelmessige opphold de forskjellige stedene, avhengig av behov og muligheter for arbeidsgiverne og arbeidstaker. Kombinerte stillinger skiller seg fra ordninger med interne bemanningsbyråer som formidler personell til andre enheter og avdelinger for kortere eller lengre oppdrag. Stillinger gjennom interne bemanningsbyråer er ikke faste, selv om de kan tilpasses etter ønsker fra både arbeidsgiver og arbeidstaker.

Etablert/styrket FACT-team

Noen oppgir at de har etablert FACT-team, mens andre oppgir at de har styrket FACT-tilbudet eller at de har fått til et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom FACT-teamene. Tre kommuner nevner FACT-Ung.

Etablert nye enheter/tilbud

Noen oppgir at de har etablert Rådgivende enhet for russaker, andre oppgir Familiens hus, Innsats 0-25 eller mobilt akutt team i barnevern. Noen har etablert nye tilbud, som de har organisert sammen med psykisk helsetjeneste:

Etablert barne- og familieteam organisert saman med psykisk helseteneste for vaksne.

Andre har etablert forsterkede tjenester:

Det er etablert en forsterket oppfølgingstjeneste med tilgjengelighet dag, kveld og helg, og som også tar oppdrag hvor innbygger må følges opp umiddelbart der hvor det ikke er behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og hvor oppfølging ikke kan forventes til påfølgende virkedag.

Mange av de nye tjenestene er rettet mot barn/unge og familier:

Ny veiledningstjeneste barn og unge fra 1.1.23 med pedagogiske -psykologiske rådgivere, familierapeuter og psykologer

Etabler eit førebyggjande tiltaksteam for barn og familier

Noen styrker aktivitetstiltak for

Videre er det etablert et nytt tilbud med en aktivitetsleder for personer i aktiv rus.

Etablert "Friskus" som aktivitetstilbud (etablert for ca 2 år siden), Etablert møteplass med frivillig innsats (ca 3 år siden), Planer om større omstilling i helsetjenesten- bla opprette tverrfaglig innsatsteam.

Utviklet tilbud om dagsenter, målgruppe og omfang. Tidligere kjøpt tjeneste. Nå over i kommunal regi. Stillinger for erfaringskonsulenter ny fra høsten 2022, tilknyttet dagsenter.

Noen forsterker også veiledning til ansatte:

Etablert velferdsveiledning som skal bidra til å veilede ansatte og brukere i kontakt med riktig tjeneste og avhjelpe saker med utfordrende samarbeid

Noen oppgir at tjenestene er fragmenterte fra for eksempel lavterskeltak, ruskonsulent, turgrupper, kafe, gruppetilbud og individuell oppfølging/ terapi, mens noen har etablert ny virksomhet der de har samlet tilbudet:

Etablert en ny virksomhet hvor psykisk helse, rus, friskliv og aktivitetssenteret i samme enhet."

Mer gruppebaserte tilbud/aktiviteter

Noen oppgir at omstiller fra individuelle samtaler til gruppetilbud, og det ser i stor grad ut til å handle om kurs i depresjonsmestring (KiD) og belastningsmestring (KiB):

Mer gruppebaserte tilbud, som kurs i mestring av psykiske lidelser og mentaliseringsbasert undervisningstilbud til tjenestemottakere, fremfor individuell oppfølging.

Noen beskriver også fordelene med slike gruppetilbud:

Mer gruppe-/ kurs tilbud for å nå flere pasienter på samme tid, samt vi ser det er positivt med at det skaper relasjoner mellom pasienter, der de blir støtte for hverandre.

Samarbeider/bruker ressursene på tvers av team/enheter/tjenester

De oppgir at de samarbeider tettere med ulike avdelinger og tjenester. En av kommunene forklarer litt mer om hvordan de samarbeider:

Jobber mer på tvers av avdelinger/etater. For eksempel. FriskLiv jobber tett sammen med psykisk helse/rus team. Mer samarbeid mellom skolehelsetjeneste, psykisk helse/rus og ungdomskontakt blant annet. Større fokus på å bruke ressursene vi har der de trengs. Ikke tenke at vi jobber i et spesielt team, men at vi er ansatt i kommunen for å yte tjeneste til innbyggerne. Hjelp hverandre til å yte gode tjenester.

Større samarbeid mellom institusjoner og hjemmebasert omsorg for bedre utnyttelse av personal og kompetanse. Styrke faglig miljø på tvers i kommunen.

Andre svarer generelt at de har funnet nye måter å jobbe på slik at det blir mer samarbeid på tvers av virksomheter, eller trekker frem det viktigste:

Det er stadig endring. Den største er at personell knyttet til bolig også betjener personer i hele kommunen, med timebaserte tjenester ift. psykisk helse- og rusarbeid

Eller at de har et kontinuerlig arbeid med å vurdere ressursbruk:

Vi jobber hele tiden med å tenke rett ressurs på rett plass og har strukturert tjenesten i ulike team for å kunne realisere evt. ubrukte ressurser på best mulig måte. Samarbeid mellom team og jobbe for tverrfaglighet og tversgående kunnskap mellom teamene, er stikkord.

Miljøarbeidertjenesten er mer involvert

Ti av kommunene nevner at ulike miljøtjenester (for eksempel miljøarbeidertjenesten, miljøterapeut) har fått flere arbeidsoppgaver innenfor psykisk helse- og rusarbeid, eller at de har økt ressursene til dette arbeidet. Noen beskriver hva de arbeider med:

Miljøterapeut i psykisk helse er stasjonert i arbeidstiltak "grønt arbeid" - har grupper i forhold til sosial trening og fysisk trening. Har og kveldstiltak av sosial karakter sammen med erfaringskonsulent.

Noen har også etablert nye ambulerende tjenester:

Det har vært jobbet med å etablere ambulerende miljøttjeneste for innbyggere over 18 år med rusproblemer, psykiske lidelser eller psykiske problemer. Denne tjenesten hadde oppstart april 2023

Åpnet for utvidet ambulerende tjenester i frisklivsentralen.

Omorganisering

Det er ti kommuner som oppgir at de har gjennomført ulike omorganiseringer, for eksempel at de har fått mer spesifikke fagavdelinger, eller at de nå har slått sammen psykisk helse enheter med rus-enheter, mens noen også har tatt med PU:

Vi har slått sammen psykisk helse og rus og boliger innenfor PU, som nå heter miljøttjenesten. Dette har medført større tverrfaglighet og bedre faglig forankring.

En av kommunene beskriver godt hvordan tjenestene endres:

Vi må jobbe hardt for å sikre en bærekraftig utvikling av psykisk helse- og avhengighetstjenester i fremtiden. Strategiske grep på kort og lang sikt, med et tydelig fokus på smart drift og forsvarlige helsetjenester er sentralt. Kommunen jobber med kontinuerlig forbedring på mange områder, og er under stadig endring og utvikling. Tjenestetilbud er endret, noe har vi sluttet å gjøre mens andre ting gjør vi mer av. Egenmestring står i fokus, og samarbeid med andre som frivillighet og pårørende er sentralt. Det er mer gruppe- og kursvirksomhet nå enn tidligere, og det er en bevisst dreining for å utvide vår portefølje fra nærmest kun å tilby individuelle samtaler. Vi avvikler kjøpte plasser utenfor kommunen for å gi brukere et tilbud i egen regi. Det er en satsning på teknologi, som også vil gjøre seg gjeldende innenfor dette feltet. Brobyggerne, et tilbud om ambulans oppfølging er etablert som et varig tilbud. "Liten i Lillestrøm" et tilbud for gravide og spedbarnsfamilier som er særlig utsatte og som får ambulans oppfølging.

Andre endringer

Det er 9 kommuner som beskriver ulike prosjekter de har startet på eller gjennomført, og noen forklarer hva prosjektet mer konkret handler om:

DHO (digital hjemmeoppfølging) som vi skal forsøke å benytte på aktuelle tjenestemottakere.

Prosjekt: Kommunalt rusarbeid for barn og unge på begge ungdomsskoler ved å styrke skolehelseteamet med vernepleier/familieterapeut og psykologer.

Forsøk på tydeliggjøring av ansvarsfordeling mellom første og andrelinje slik at pasienter får riktig hjelp, av riktig kvalitet, til riktig tid. Herunder gjøres forsøk med samhandlingsmøter/avklaringsmøter på case med de ulike aktørene.

Psykisk helse og rustjenester for voksne er i gang med å etablere et nytt prosjekt innen rask rus- og avhengighetshjelp for innbyggere med begynnende utfordringer.

En av kommunene oppgir at de må prioritere vedtaksbaserte tjenester:

Grunnet nedtrekk av ressurser i ROP (fra 14,2 til 10,7), kombinert med tidvis høyt sykefravær; har det vært nødvendig å fokusere på drift av lovpålagte oppgaver; og individuell oppfølging

(vedtaksbasert) har vært prioritert. Flere gruppetiltak har det siste året vært "pauset". Det har også vært mindre rom for lavterskelarbeid og oppsøkende arbeid.

Mens en annen beskriver hvordan de flytter ressurser mellom forløpene:

Flytte personale fra mer forebyggende (hovedforløp 1) til ambulant (hovedforløp 2 og 3).

Noen oppgir at arbeidsoppgavene endres i tråd med brukernes behov og at de flytter på personell ettersom behovene hos bruknes endres:

Demografiske endringer har ført til mindre behov for tjenester utenfor sentrum (sentralisering/flytting internt i kommunen).

Fem kommuner nevner NAV, og i det ene tilfellet er ruskonsulenten flyttet fra NAV-kontor til ROP-tjenesten, i det andre bare at det er interne rokkeringer i NAV og i det tredje at NAV har omgjort fire stillinger til fleksibelt oppfølgingsteam, mens de to siste handler om samarbeid:

Etablert et fleksibelt oppfølgingsteam for psyk/ rus voksne: to ansatte fra psykisk helse og 4 fra NAV

Vi har gjenopprettet et samarbeid med NAV som har vært nede etter pandemien.

Noen oppgir at en viktig endring har vært at de reduserer administrative stillinger og får flere fagstillinger (flere ressurser nært bruker). Noen nevner nye områder som har fått tilbud, for eksempel spiseforstyrrelser og livsstilssykdommer. En av kommunene oppsummerer godt mye av det som skjer i kommunene nå:

Omstilling av ressurser til mer "moderne" tiltak: - FACT-team. - FACT Ung team. - Rask psykisk helsehjelp. - Ambulerende bolig tjenester. - Lavterskeltiltak på rusfeltet.

HVILKE ENDRINGER SOM ER PLANLAGT

Det er kommet 68 svar fra de 72 som svarte at de har planer, og disse svarene handler i stor grad om det samme som endringene som er beskrevet over:

- Lavterskeltilbud skal etableres
- Ambulerende team skal etableres
- Effektiviseringstiltak for å mer ut av nåværende kompetanse
- Omorganiseringer
- Etablere nye omsorgsboliger og andre boliger
- Etablere aktivitetstilbud, gruppetilbud
- Nåværende dagtjenester starter med turnusarbeid for å øke tilgjengeligheten
- Omlegging fra døgnbemannet bolig til døgnbemannet ambulante tjenester
- Mer samarbeid internt og eksternt

Noen nevner bare «oppgaveglidning», mens andre forklarer litt mer:

Opprette operativ faggruppe sykepleiere/vernepleiere på tvers i helse og omsorgstjeneste for voksne - Rendyrke fagoppgaver, slik at sykepleiere/vernepleiere utfører kun oppgaver som krever denne kompetanse. - Kompetanseheving for helsefagarbeidere slik at de kan utføre

oppgaver som sykepleiere i dag utfører, som ikke stiller krav om sykepleie/vernepleiekompetanse

3.6 OPPSUMMERING

Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har endret seg relativt lite fra 2022 til 2023, med en total økning på 362 årsverk på nasjonalt nivå. Det er rapportert om en økning på 1,2 prosent i årsverk rettet mot voksne og en økning på 5,5 prosent i årsverk rettet mot barn og unge. Når vi justerer for kommuner som oppgir at tallene ikke viser reelle endringer, men heller skyldes endringer i måten de anslår årsverkene på, beregnes det en økning på 1,4 prosent i tjenester til voksne og en økning på 6,2 prosent i tjenester til barn og unge.

Det rapporteres om en økning på 154 årsverk (1,2 prosent) i tjenester og tiltak for voksne fra 2022 til 2023. Det er nedgang i årsverk som aktivitetssenter/dagsenter, kultur- og fritidstilbud og arbeidstiltak, mens de mer behandlingsrettede tjenestene som hjemmetjenester/ambulante tjenester og behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering øker. Det er fortsatt en dreining av årsverk fra personell med helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå til årsverk med høyere utdanning. Når det gjelder psykologårsverkene er det en nedgang på 12 årsverk psykologer og økning på 4 årsverk psykologspesialister, slik at det er en samlet nedgang på 8 psykologårsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne i målgruppen, eller 3,1 prosent reduksjon.

I tjenester til barn og unge rapporteres det om en relativ jevn prosentvis økning i årsverk som går til ulike tiltakskategorier (4-6 prosent), og årsverk som går til helsestasjon – og skolehelsetjeneste øker mest med 107 årsverk (6 prosent økning). Det er en økning på 9,5 psykologårsverk og 10,5 årsverk utført av psykologspesialister, og totalt er det en økning på 5,4 prosent av psykologer og psykologspesialister.

I 2020 startet vi å kartlegge om kommunene hadde problemer med å rekruttere ansatte til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det var særlig mange kommuner som oppga at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer og psykologspesialister. Det er fortsatt flest som svarer at de har problemer med rekruttering av psykologer (57 prosent) og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse – og rusarbeid (49 prosent), men mange sliter også med å rekruttere vernepleiere med videreutdanning (44 prosent).

I 2022 og 2023 tok vi også med et spørsmål om hvilke tjenester kommunene sliter med rekruttering til og for 53 prosent av kommunene gjelder rekrutteringsproblemene både i tjenester til voksne og til barn/unge, mens 19 prosent har rekrutteringsproblemer kun i tjenester til voksne og 7 prosent kun i tjenester til barn og unge i 2023.

For å avhjelpe rekrutteringsproblemene er det flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (69 prosent), men også at de etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (47 prosent) og tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (41 prosent). 38 prosent svarer at de tilbyr høyere lønn for nyansatte, mens 24 prosent svarer at nyansatte starter med høyere ansiennitet.

I 2023 spurte vi også om de har gjort endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene og det er halvparten av kommunene som svarer at de har gjort endringer og andelen øker systematisk med kommunestørrelse, mens ytterligere 21 prosent oppgir at de har planer om å gjøre det.

Endringer som er gjort de siste årene er endring i botilbud, mer ambulerende og oppsøkende tjenester, etablering/styrking av lavterskeltilbud inkl. RPH, nye stillinger og oppgavegliding, styrking av tjenestene rettet mot barn og unge, etablert/styrket FACT-team, etablert nye enheter/tilbud, etablert gruppebaserte tilbud/aktiviteter og at de samarbeider/bruker ressursene på tvers av tjenester.

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2023 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke, HF-opptaksområde, helseregion (RHF) og til slutt presenterer vi årsverkstallene for de ti største kommunene.

4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Fra tabell 4.1 ser vi at mens 47 prosent av kommunene har under 5 000 innbyggere, utgjør dette kun syv prosent av befolkningen. De 19 største kommunene utenom Oslo, med over 50 000 innbyggere, utgjør fem prosent av kommunene og dekker 35 prosent av innbyggerne, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen. Fra 2022 til 2023 er det en økning i antall innbyggere < 18 år på 0,3 prosent, mens voksenbefolkningen økte med 1,4 prosent.

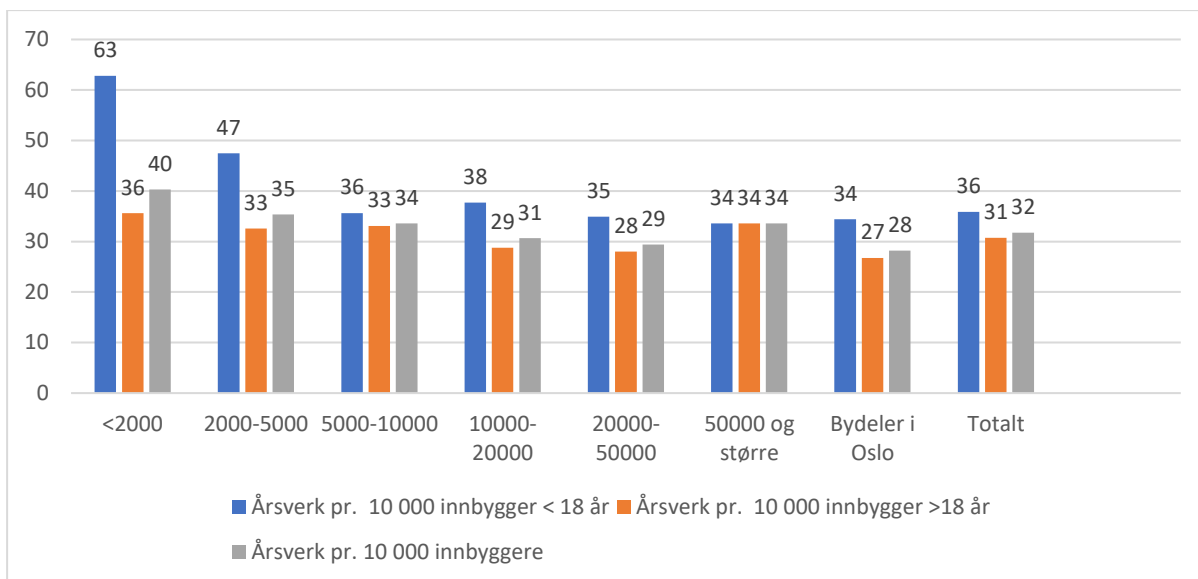
Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr. 1. januar 2023.
Kilde: SSB

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	79	21	17 054	2	81 769	2	98 823	2
2000-5000	95	26	56 262	5	245 563	6	301 825	5
5000-10000	71	19	100 255	9	400 720	9	500 975	9
10000-20000	46	12	138 727	12	513 538	12	652 265	12
20000-50000	45	12	275 342	25	1 046 338	24	1 321 680	24
50000 og større	19	5	392 306	35	1 512 073	35	1 904 379	35
Bydeler i Oslo	17	5	132 245	12	576 792	13	709 037	13
Totalt	372	100	1 112 191	100	4 376 793	100	5 488 984	100

Som vist i tabell 4.2, varierer årsverk per 10 000 innbygger i tjenester og tiltak til barn og unge mellom 34 og 63 og til voksne mellom 27 og 34. De tre siste kolonnene i tabell 4.2 er vist i figur 4.1.

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr. 1. januar 2023.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
<2000	107	291	398	63	36	40
2000-5000	267	800	1 067	47	33	35
5000-10000	357	1 327	1 684	36	33	34
10000-20000	523	1 478	2 001	38	29	31
20000-50000	962	2 928	3 890	35	28	29
50000 og større	1 319	5 077	6 396	34	34	34
Bydeler i Oslo	456	1 544	1 999	34	27	28
Totalt	3 991	13 445	17 436	36	31	32



Figur 4.1 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2023.

4.2 ÅRSVERK FORDELTE ETTER FYLKE

Viken har flest kommuner i landet (51) tilsvarende 14 prosent av alle kommuner, og de har 24 prosent av befolkningen, se tabell 4.3. Viken er dermed det største fylket målt i antall kommuner og etter antall innbyggere. Det nest største fylket målt i antall innbyggere er Oslo som har 13 prosent av befolkningen og deretter Vestland som har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene er Nordland og Troms og Finnmark med fire prosent av befolkningen hver (fordelt på 41 kommuner i Nordland og 39 i Troms og Finnmark), og Møre og Romsdal som har fem prosent av befolkningen fordelt på 26 kommuner.

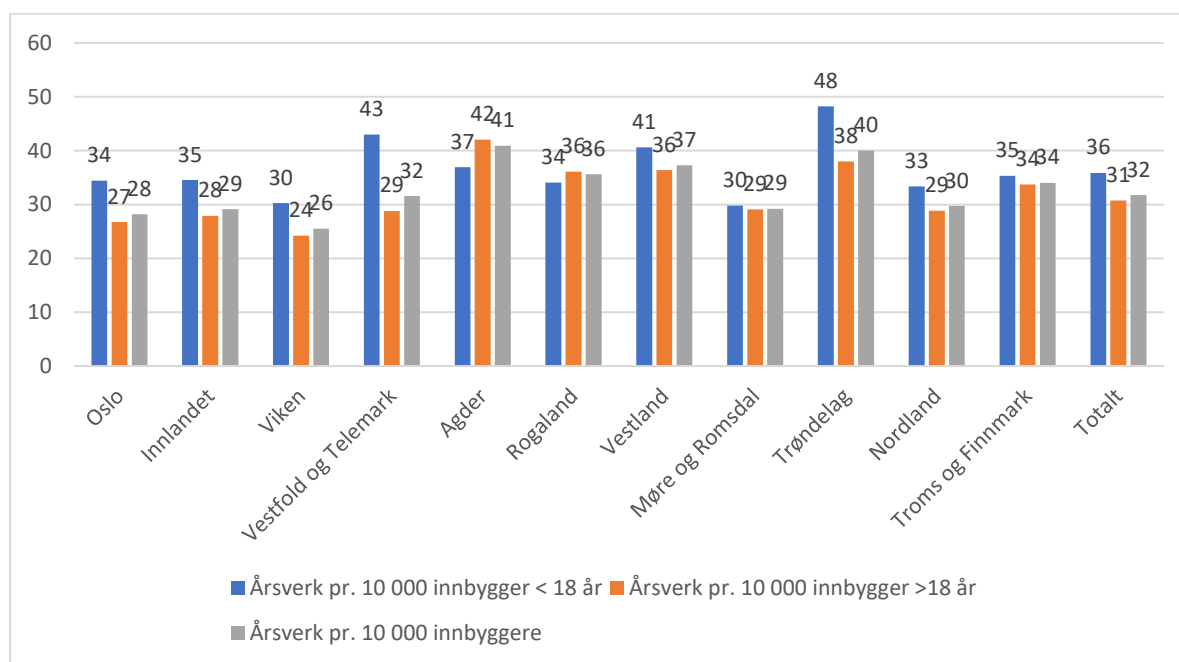
Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr. 1. januar 2023. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Oslo	17	5	132 245	12	576 792	13	709 037	13
Innlandet	46	12	67 751	6	305 877	7	373 628	7
Viken	51	14	272 876	25	1 019 365	23	1 292 241	24
Vestfold og Telemark	23	6	83 652	8	345 449	8	429 101	8
Agder	25	7	67 401	6	248 650	6	316 051	6
Rogaland	23	6	112 353	10	379 997	9	492 350	9
Vestland	43	12	134 251	12	511 954	12	646 205	12
Møre og Romsdal	26	7	54 730	5	213 635	5	268 365	5
Trøndelag	38	10	95 529	9	382 941	9	478 470	9
Nordland	41	11	45 720	4	195 364	4	241 084	4
Troms og Finnmark	39	10	45 683	4	196 769	4	242 452	4
Totalt	372	100	1 112 191	100	4 376 793	100	5 488 984	100

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, fylke pr. 1. januar 2023.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Oslo	456	1 544	1 999	34	27	28
Innlandet	234	854	1 088	35	28	29
Viken	826	2 469	3 296	30	24	26
Vestfold og Telemark	360	995	1 355	43	29	32
Agder	249	1 045	1 294	37	42	41
Rogaland	383	1 372	1 755	34	36	36
Vestland	546	1 862	2 408	41	36	37
Møre og Romsdal	163	621	784	30	29	29
Trøndelag	461	1 455	1 916	48	38	40
Nordland	153	564	717	33	29	30
Troms og Finnmark	161	663	825	35	34	34
Totalt	3 991	13 445	17 436	36	31	32

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, 2023.

Fra figur 4.2 ser vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Vestfold og Telemark og i Trøndelag, mens Møre og Romsdal ligger lavt. For voksne er det Agder, Trøndelag, Rogaland og Vestland som rapporterer mange årsverk pr. innbygger, mens Viken ligger lavest i 2023.

4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Vi har her gruppert kommunene/bydelene etter de ulike opptaksområdene i helseforetak. Årsverkene som er rapportert fra Helsetaten er lagt til OUS-området og de fra Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 4.5 ser vi for eksempel at Ahus-området tar opp 11 prosent av befolkningen, mens Vestre Viken og Helse Bergen-området dekker hver 9 prosent av befolkningen. De minste helseforetakene, Helse Finnmark og Helgeland med 18 kommuner hver i sitt opptaksområde, har én prosent av befolkningen hver, mens helseforetaket Innlandet dekker syv prosent av befolkningen spredt på 43 kommuner.

Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr. 1. januar 2023. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

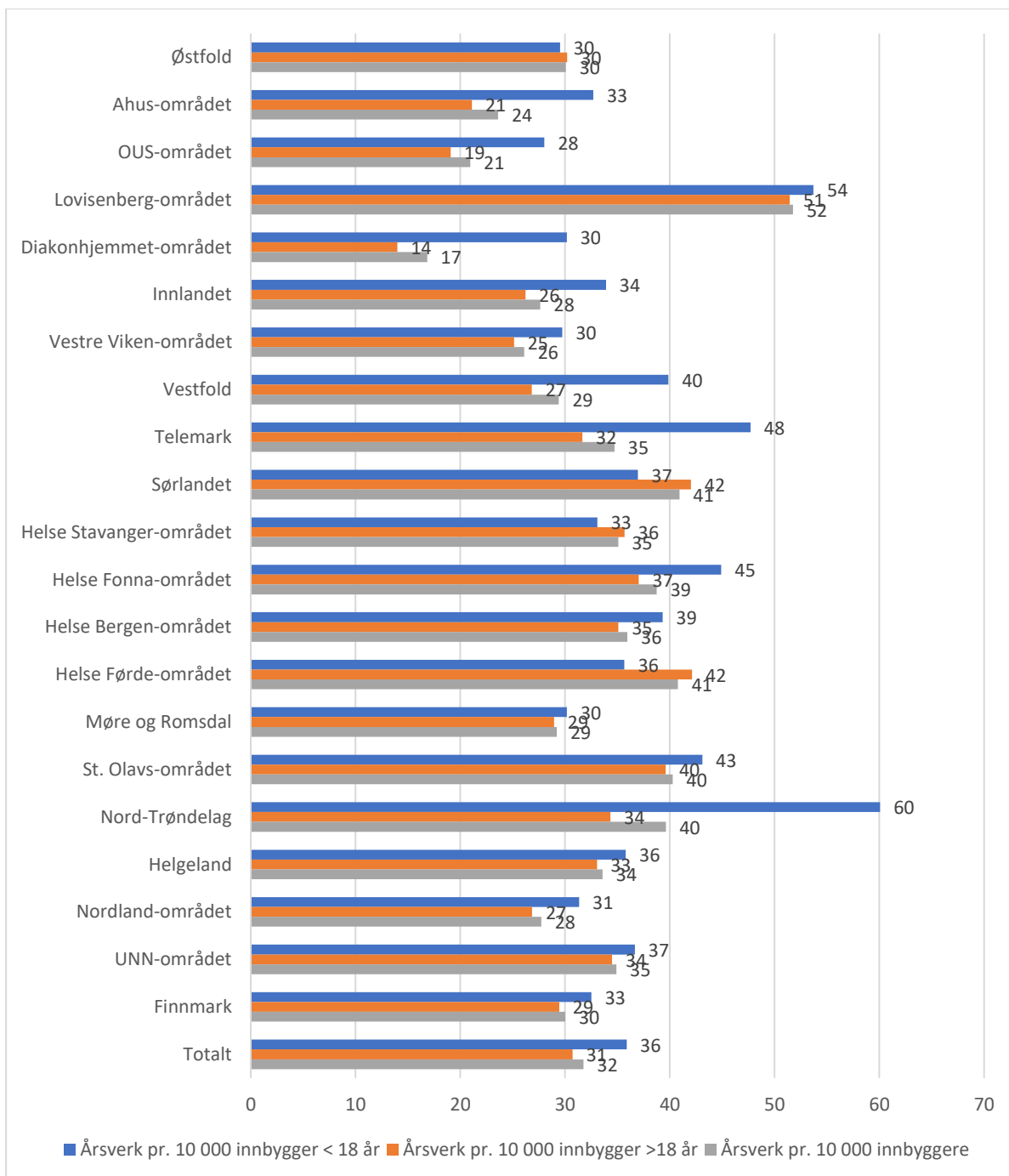
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	13	3	65553	6	262697	6	328250	6
Ahus-området	23	6	127465	11	461224	11	588689	11
OUS-området	7	2	59115	5	223406	5	282521	5
Lovisenberg-området	4	1	22953	2	143688	3	166641	3
Diakonhjemmet-området	3	1	26126	2	121715	3	147841	3
Innlandet	43	12	65910	6	293346	7	359256	7
Vestre Viken-området	21	6	105750	10	395958	9	501708	9
Vestfold	6	2	50086	5	203469	5	253555	5
Telemark	17	5	33566	3	141980	3	175546	3
Sørlandet	25	7	67401	6	248650	6	316051	6
Helse Stavanger-området	15	4	88263	8	293646	7	381909	7
Helse Fonna-området	17	5	39750	4	142985	3	182735	3
Helse Bergen-området	17	5	96358	9	371026	8	467384	9
Helse Førde-området	17	5	22233	2	84294	2	106527	2
Møre og Romsdal	27	7	55093	5	215229	5	270322	5
St. Olavs-området	18	5	67379	6	274029	6	341408	6
Nord-Trøndelag	19	5	27787	2	107318	2	135105	2
Helgeland	18	5	14639	1	62713	1	77352	1
Nordland-området	20	5	26644	2	112278	3	138922	3
UNN-området	24	6	36216	3	156934	4	193150	4
Finnmark	18	5	13904	1	60208	1	74112	1
Totalt	372	100	1 112 191	100	4 376 793	100	5 488 984	100

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, HF-område pr. 1. januar 2023. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Østfold	194	794	987	30	30	30
Ahus-området	417	973	1 390	33	21	24
OUS-området	166	426	592	28	19	21
Lovisenberg-området	123	739	863	54	51	52
Diakonhjemmet-området	79	170	249	30	14	17
Innlandet	224	769	993	34	26	28
Vestre Viken-området	314	995	1 309	30	25	26
Vestfold	200	546	746	40	27	29
Telemark	160	449	610	48	32	35
Sørlandet	249	1 045	1 294	37	42	41
Helse Stavanger-området	292	1 048	1 340	33	36	35
Helse Fonna-området	179	530	708	45	37	39
Helse Bergen-området	379	1 302	1 680	39	35	36
Helse Førde-området	79	355	434	36	42	41
Møre og Romsdal	166	623	789	30	29	29
St. Olavs-området	290	1 085	1 375	43	40	40
Nord-Trøndelag	167	368	535	60	34	40
Helgeland	52	207	260	36	33	34
Nordland-området	84	302	385	31	27	28
UNN-området	133	541	674	37	34	35
Finnmark	45	177	223	33	29	30
Totalt	3 991	13 445	17 436	36	31	32

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

Det er betydelig variasjon i årsverk pr. innbygger når vi grupperer kommunene etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det rapportert mange årsverk i forhold til innbyggertallet i opptaksområdet. I tjenester til voksne skyldes dette i stor grad at Velferdsetatens årsverk er inkludert i opptaksområdet, og det er rapportert 482 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-området 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.



Figur 4.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. HF-område, 2023.

4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

Som vist i tabell 4.7 har helseregion Sør-Øst 57 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 og Midt-Norge. Det er ingen tydelige skjevheter i innbyggere over og under 18 år i noen av helseregionene, men Helse Vest har en litt større andel innbyggere under 18 år relativt til de andre helseregionene.

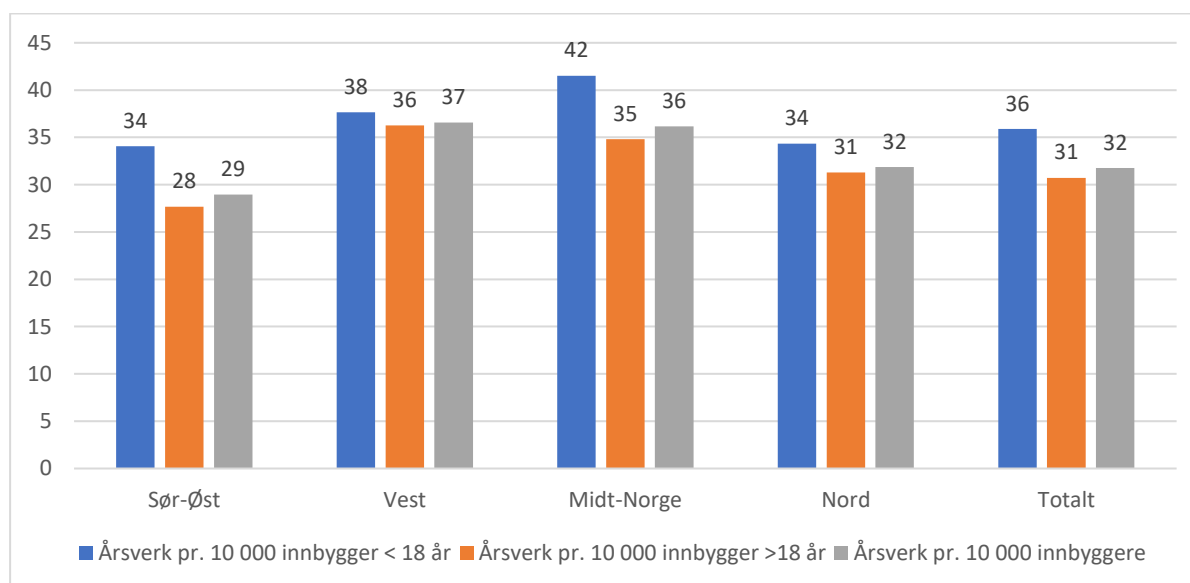
Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, helseregion pr. 1. januar 2023. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sør-Øst	162	44	623 925	56	2 496 133	57	3 120 058	57
Vest	66	18	246 604	22	891 951	20	1 138 555	21
Midt-Norge	64	17	150 259	14	596 576	14	746 835	14
Nord	80	22	91 403	8	392 133	9	483 536	9
Totalt	372	100	1 112 191	100	4 376 793	100	5 488 984	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, helseregion pr. 1. januar 2023. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Sør-Øst	2 125	6 907	9 032	34	28	29
Vest	929	3 234	4 163	38	36	37
Midt-Norge	624	2 077	2 700	42	35	36
Nord	314	1 228	1 541	34	31	32
Totalt	3 991	13 445	17 436	36	31	32

De tre siste kolonnene i tabell 4.8 er vist i figur 4.4.



Figur 4.4 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, helseregion, 2023.

I samsvar med funnene tidligere i kapitlet, ligger kommunene i opptaksområdet til Helse Vest og Midt-Norge høyest med årsverksinnsats både til barn og unge og til voksne, og kommunene i Helse Sør-Øst har rapportert lavest antall årsverk til voksne sett i forhold til innbyggertall.

4.5 DE TI STØRSTE KOMMUNENE

Det har kommet ønske fra de største kommunene om at vi også tar med fordeling av årsverkstall for de største kommunene i dette kapitlet. Vi velger her å presentere tall for de ti største kommunene. Som vist i tabell 4.9 utgjør disse kommunene/bydelen til sammen 7 prosent av antall kommuner/bydeler og 36 prosent av alle innbyggerne i landet.

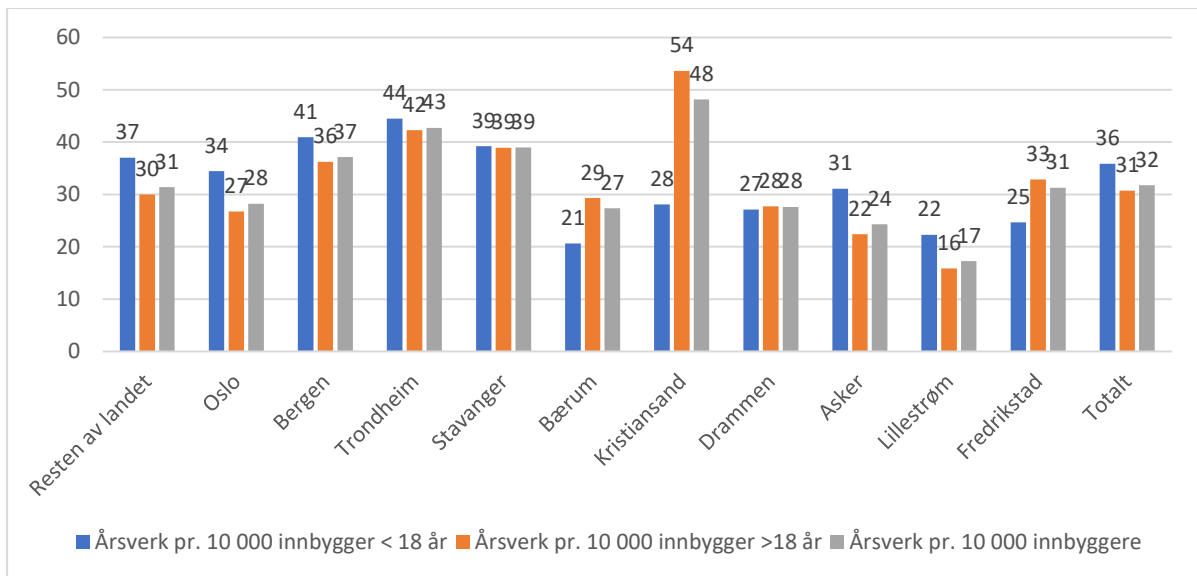
Tabell 4.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, 10 største kommuner pr. 1. januar 2023.
Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Resten av landet	346	93	719 571	65	2 789 898	64	3 509 469	64
Oslo	17	5	132 245	12	576 792	13	709 037	13
Bergen kommune	1	0	55 554	5	233 776	5	289 330	5
Trondheim kommune	1	0	40 596	4	172 064	4	212 660	4
Stavanger kommune	1	0	31 250	3	114 761	3	146 011	3
Bærum kommune	1	0	29 495	3	100 379	2	129 874	2
Kristiansand kommune	1	0	24 645	2	90 924	2	115 569	2
Drammen kommune	1	0	20 782	2	82 509	2	103 291	2
Asker kommune	1	0	21 884	2	75 900	2	97 784	2
Lillestrøm kommune	1	0	19 750	2	71 765	2	91 515	2
Fredrikstad kommune	1	0	16 419	1	68 025	2	84 444	2
Totalt	372	100	1 112 191	100	4 376 793	100	5 488 984	100

Tabell 4.10 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, ti største kommuner pr. 1. januar 2023.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Resten av landet	2 666	8 362	11 028	37	30	31
Oslo	456	1 544	1 999	34	27	28
Bergen kommune	228	847	1 075	41	36	37
Trondheim kommune	181	728	908	44	42	43
Stavanger kommune	123	447	570	39	39	39
Bærum kommune	61	294	355	21	29	27
Kristiansand kommune	69	487	557	28	54	48
Drammen kommune	56	229	285	27	28	28
Asker kommune	68	170	238	31	22	24
Lillestrøm kommune	44	114	158	22	16	17
Fredrikstad kommune	41	223	264	25	33	31
Totalt	3 991	13 445	17 436	36	31	32

De tre siste kolonnene i tabell 4.10 er vist i figur 4.5.



Figur 4.5 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, ti største kommuner, 2023.

Tallene er som tidligere beskrevet ikke egnet til å sammenlikne kommuner med hverandre når det gjelder antall årsverk, men de kan brukes i diskusjoner mellom og med kommunene for å oppnå mer homogen rapportering dersom det ønskes mer sammenliknbare tall. Årsverkstallene i denne rapporten er først og fremst samlet inn for at nasjonale helsemyndigheter skal kunne følge utviklingen i denne delen av de kommunale tjenestene.

5 HOVEDFORLØP

Kommunene har de seks 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)⁹. 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 utdanningskategorier.

⁹<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

5.1 DATAGRUNNLAG

Spørsmålene om fordeling av årsverk ulike hovedforløp er:

- Antall årsverk fordelt på hovedforløp i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne:
 - Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
 - Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
 - Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (voksne): Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne i de ulike hovedforløpene? –
 - Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
 - Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
 - Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- Hva mangler for at tilbudet til voksne i Hovedforløp 3 skal bli bedre?
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn og 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
- Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge): Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne i de ulike hovedforløpene?
 - Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer
 - Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
 - Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- Hva mangler for at tilbudet til barn og unge i Hovedforløp 3 skal bli bedre? (åpent)

Spørsmålsformuleringene er de samme som tidligere år, men de to spørsmålene om hva som mangler for at tilbudet til hhv. voksne og barn/unge var nye i 2022.

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 er fortsatt ikke alle som får til å fordele årsverkene på hovedforløp, og det er 81 prosent av de rapporterte årsverkene som er fordelt, 80 prosent for voksne og 85 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge, se tabell 5.1.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, 2023.

	Voksne	Barn/unge	Totalt
Årsverk rapportert	13 445	3 991	17 436
Årsverk hovedforløp	10 105	3 377	13 482
% av årsverkene fordelt på hovedforløp	75	85	77

5.2 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Kommunene/bydelene anslår at 12 prosent av årsverksinnsatsen til voksne går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), 27 prosent går til for kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2) og 61 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017-2023.

	2017	2018	2019	2021	2022	2023
Hovedforløp 1	1 092	1 024	1 106	1 270	1 332	1 204
Hovedforløp 2	2 779	2 425	2 532	2 795	2 879	2 706
Hovedforløp 3	6 649	5 923	6 423	6 419	6 442	6 195
Totalt	10 520	9 372	10 061	10 484	10 653	10 105

Tabell 5.3 Prosentvis fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017-2023.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedforløp 1	10	11	11	10	12	12	12
Hovedforløp 2	27	26	25	26	27	27	27
Hovedforløp 3	63	63	64	64	61	60	60
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

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

Kommunene/bydelene anslår at 47 prosent av årsverksinnsatsen til barn og unge går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), 36 prosent går til for kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2) og 17 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser.

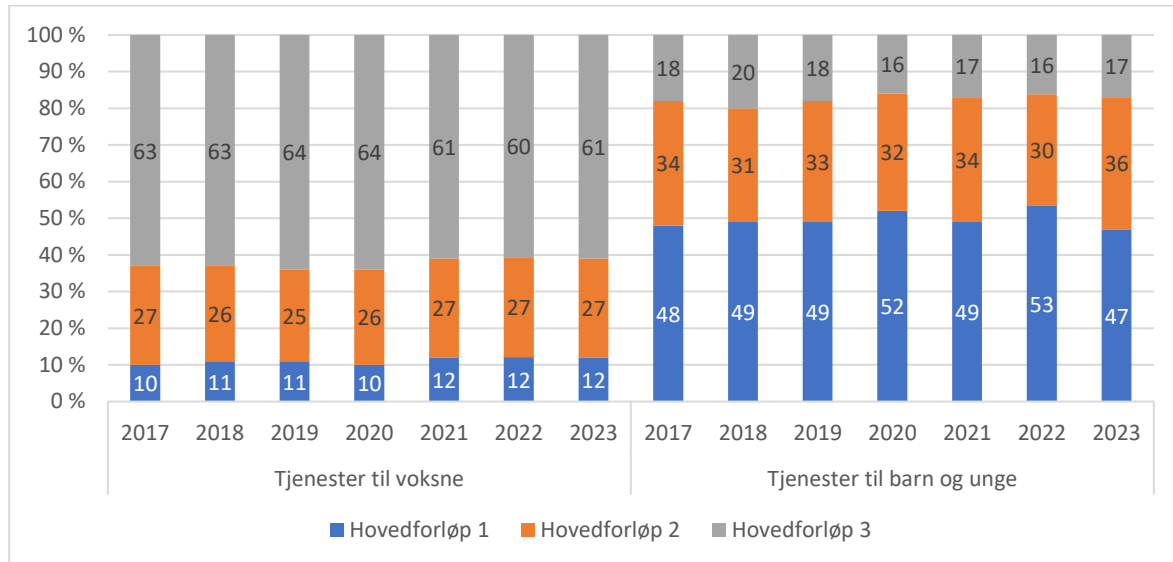
Tabell 5.4 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, 2017-2023.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedforløp 1	1 262	1 160	1 407	1 185	1 601	1 721	1 575
Hovedforløp 2	888	737	939	734	1 090	977	1 219
Hovedforløp 3	462	493	535	355	552	520	583
Totalt	2 612	2 390	2 880	2 274	3 243	3 217	3 377

Tabell 5.5 Prosentvis fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester for barn og unge, 2017-2023.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedforløp 1	48	49	49	52	49	53	47
Hovedforløp 2	34	31	33	32	34	30	36
Hovedforløp 3	18	20	18	16	17	16	17
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

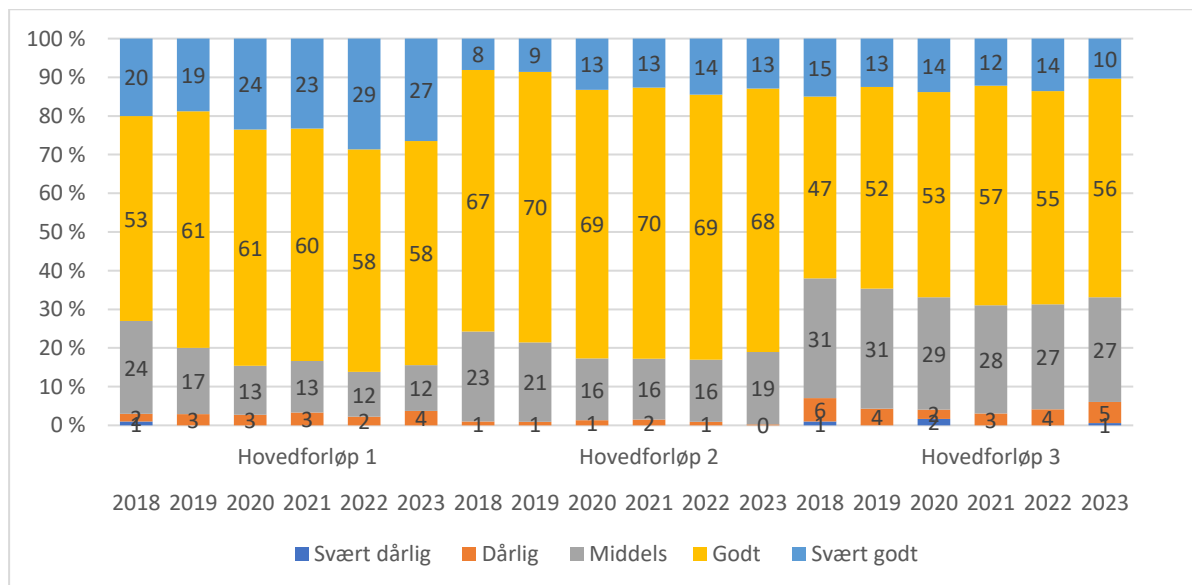
I figur 5.1 har vi oppsummert utviklingen i prosentfordelingen de seks syv årene, og den viser at det er marginale endringer fra år til år. Men det blir viktig å følge utviklingen i tilbudet til de sykeste brukerne av tjenestene (Hovedforløp 3) og se dette i sammenheng med utviklingen i tilbudet i spesialisthelsetjenesten til denne målgruppen.



Figur 5.1 Prosentvis fordeling av årsverkene som er rettet mot brukere i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, 2017-2023.

5.4 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

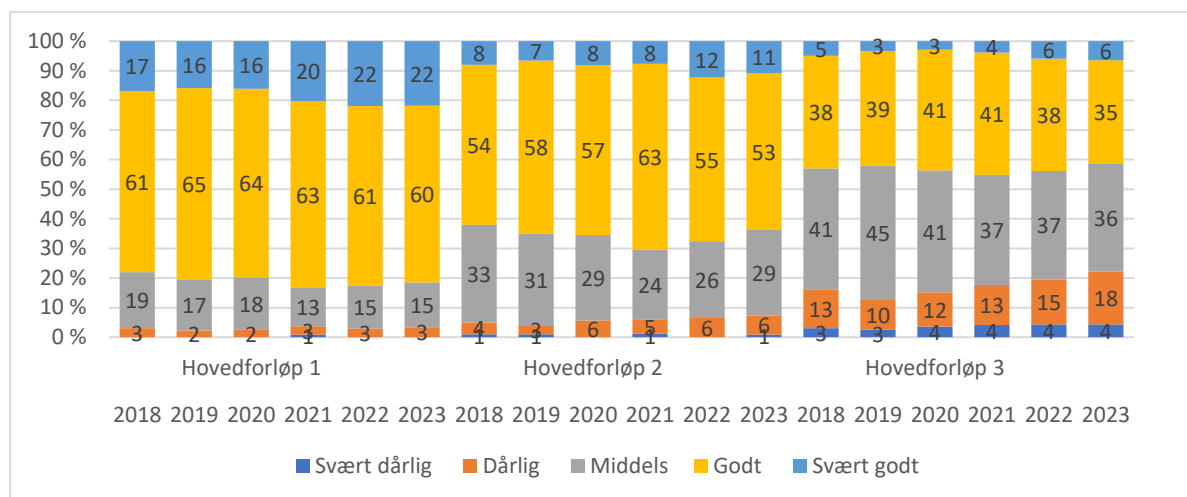
Det er en økende andel som svarer at tilbudet er godt eller svært godt for alle hovedforløpene for voksne utover i perioden, men det er fortsatt færrest som oppgir at tilbudet er godt for brukere i hovedforløp 3.



Figur 5.2 Prosentvis fordeling i vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018-2023.

5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

Figur 5.3 viser vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge, og denne viser at tendensen er at flere kommuner utover perioden svarer at tilbudet er godt eller svært godt, men det er færrest som svarer at tilbudet er godt for hovedforløp 3 og her er det lite endring fra 2018 i andel som svarer svært godt eller godt.



Figur 5.3 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018-2023.

5.6 HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL VOKSNE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE

De som har svart 'Middels', 'Dårlig tilbud' eller 'Svært dårlig tilbud' for Hovedforløp 3 (n=115) har fått spørsmål om hva som mangler for at tilbudet til voksne i Hovedforløp 3 skal bli bedre.

Det er 108 kommuner/bydeler av de 115 (94 prosent) som har svart på hva som mangler for at tilbudet til voksne i Hovedforløp 3 skal bli bedre. Vi har gått gjennom alle svarene og finner at de kan grupperes i følgende hovedpunkter:

- Behov for styrking av FACT-team
- Trenger bedre og mer differensiert boligtilbud
- Trenger mer ressurser og fagpersoner
- Behov for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Trenger aktivitetstilbud og lavterskeltilbud

5.7 HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL BARN OG UNGE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE

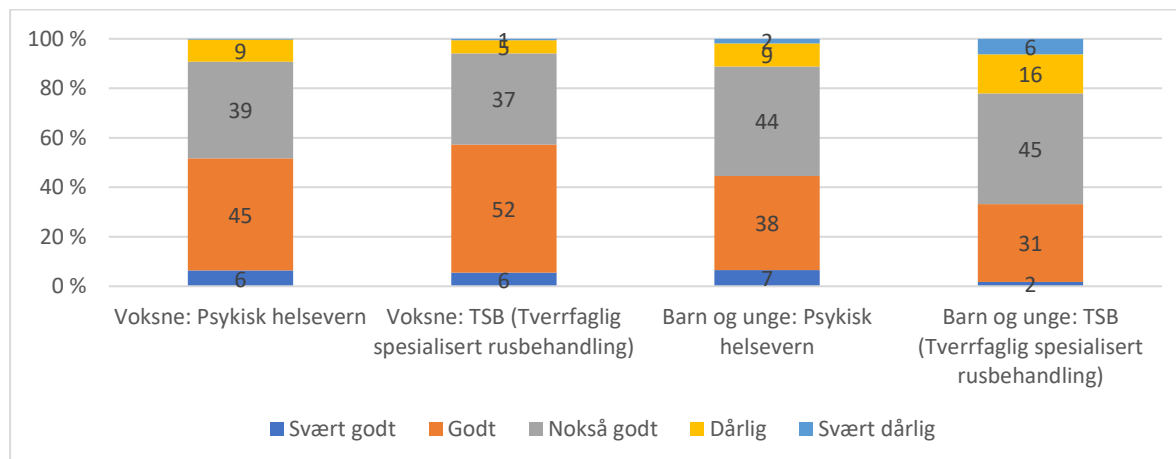
Det er 168 kommuner/bydeler av 190 (88 prosent) som har svart på hva som skal til for at tilbudet til barn og unge i Hovedforløp 3 blir bedre. Følgende hovedkategorier er identifisert i svarene om hva som mangler:

- Bedre samarbeid med BUP
- Trenger flere ressurser i tjenestene
- Trenger mer kompetanse
- Ambulerende spesialisthelsetjeneste/FACT Ung
- Trenger miljøtjenester

5.8 VURDERING AV KVALITETEN PÅ SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM FORLØP 3

Det er flest som oppgir at samarbeidet er dårlig når det gjelder TSB for barn og unge (22 prosent).

Det er 9 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern om voksne i forløp 3 er dårlig og 6 prosent for TSB.



Figur 5.4 Prosentvis fordeling av vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om forløp 3, 2023.

Tabell 5.6 Prosent av kommunene/bydelene i opptaksområdet som oppgir at samarbeidet fungerer dårlig eller svært dårlig, 2023.

	Voksne		Barn og unge	
	Psykisk helsevern	TSB	Psykisk helsevern	TSB
Østfold	8	0	25	33
Ahus-området	17	0	10	29
OUS-området	0	0	40	40
Lovisenberg-området	0	0	33	33
Diakonhjemmet-området	0	0	67	67
Innlandet	7	10	3	6
Vestre Viken-området	0	0	6	25
Vestfold	0	0	0	33
Telemark	0	6	0	27
Sørlandet	0	5	0	11
Helse Stavanger-området	13	7	13	27
Helse Fonna-området	6	6	12	31
Helse Bergen-området	13	0	7	27
Helse Førde-området	6	0	7	8
Møre og Romsdal	31	15	17	20
St. Olavs-området	12	12	6	23
Nord-Trøndelag	23	8	14	9
Helgeland	18	13	18	19
Nordland-området	6	0	29	27
UNN-området	4	9	10	28
Finnmark	0	6	8	27
Totalt	9	6	11	22

5.9 OPPSUMMERING

De siste årene 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 relativt stabilt de siste fem årene (2018-2023):

Hovedforløp 1: 10-12 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-53 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

Hovedforløp 2: 25-27 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 30-34 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Hovedforløp 3: 60-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 16-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Det er liten endring fra 2022 til 2023 i egenvurdering av tilbudene.

Det er fortsatt flest som vurderer at tilbudet til forløp 3 er dårligere enn tilbudet til målgruppen i forløp 1 og 2, både for voksne og for barn og unge. For voksne i forløp 3 melder kommunene om behov for å styrke FACT-team satsningen, utvikling av et bedre og mer differensiert boligtilbud, mer ressurser og fagpersoner, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og at de trenger å utvikle flere aktivitetstilbud og lavterskeltilbud. For barn og unge i forløp 3 oppgir kommunene at det er behov for bedre og tettere samarbeid med BUP, mer ressurser og kompetanse i tjenestene, ambulerende spesialisthelsetjeneste/FACT Ung og at det er behov for å bygge opp gode miljøtjenester.

6 ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER

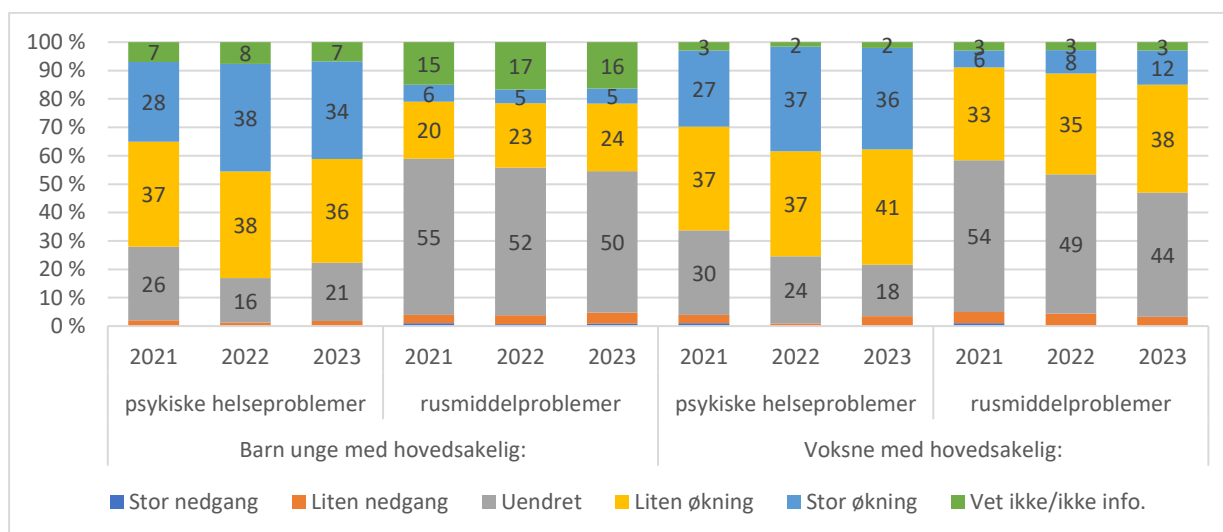
6.1 ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER

Tabell 6.1 viser at det er få som har stor nedgang i henvendelser/henvisninger, og det er mange som melder om stor økning i både barn med psykiske helseproblemer (34 prosent) og for voksne med psykiske helseproblemer (36 prosent). Noen flere rapporterer om en liten økning. For barn og unge og for voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer, melder de fleste fortsatt at det er uendret omfang av henvendelser/henvisninger, eller en liten økning.

Tabell 6.1 Om det siden siste kartlegging (våren 2022) til i dag vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. 2023.

	Barn unge med hovedsakelig:				Voksne med hovedsakelig:			
	psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer		psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Stor nedgang	0	0	3	1	0	0	0	0
Liten nedgang	6	2	13	4	12	4	11	3
Uendret	70	21	168	50	62	18	149	44
Liten økning	124	36	80	24	139	41	129	38
Stor økning	117	34	18	5	122	36	41	12
Vet ikke/ikke info.	23	7	55	16	7	2	10	3
Totalt	340	100	337	100	342	100	340	100

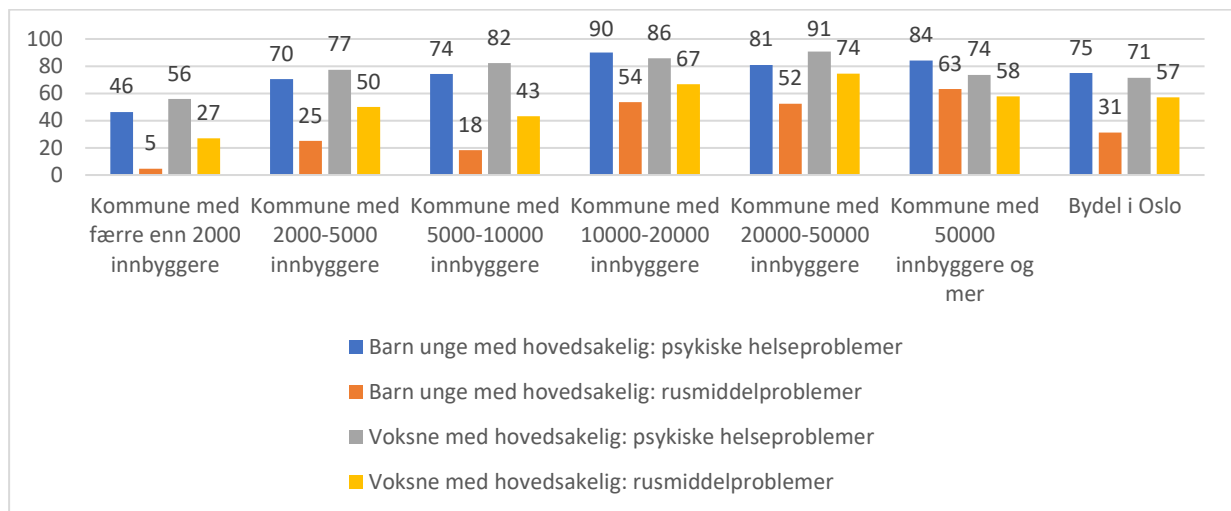
Figur 6.1 viser svarfordelingen både for 2021 - 2023. Fordelingen i 2023 er omtrent som i 2022.



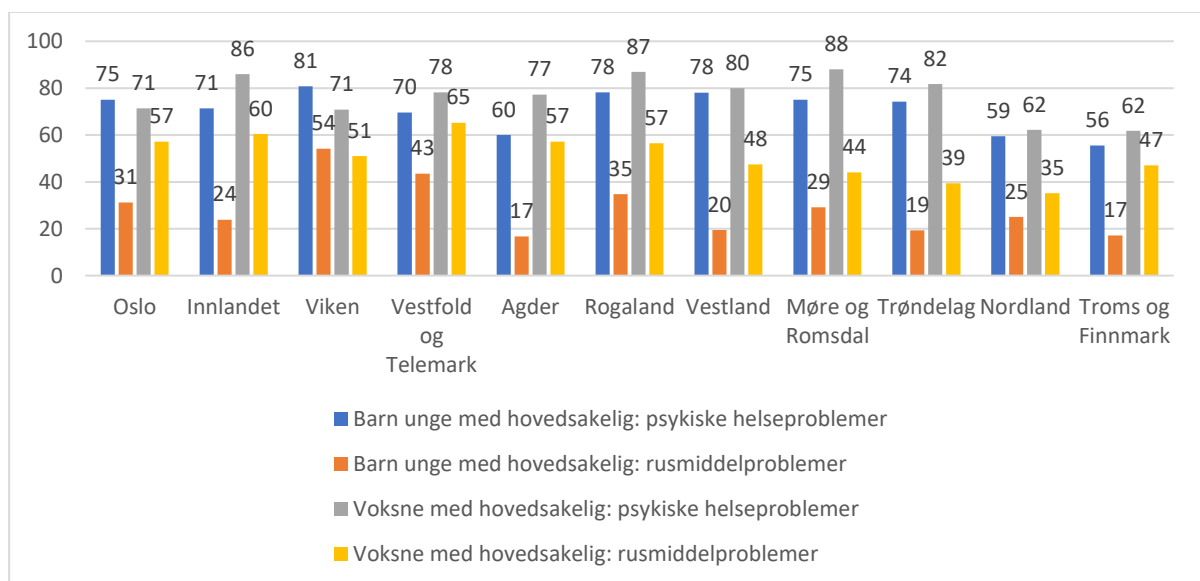
Figur 6.1 Om det har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. Nasjonalt, 2021 - 2023.

De videre analysene i dette avsnittet er kun basert på svarene fra 2023. Fordi det kan være subjektivt eller basert på lokale forhold som kapasitet, befolkningens behov tidligere m.m. i hva som menes med 'liten' og 'stor' økning, ser vi på de som svarer liten eller stor økning. Disse har altså en økning i henvendelser/henvisninger fra våren 2022 til våren 2023, men vi vet ikke hvor stor økningen er. Her har vi testet om det er forskjeller i sannsynlighet for å svare at det har vært en økning gjennom logistiske regresjonsanalyser der hver kommunestørrelsegruppe og hvert fylke inngår som dummyvariabler i separate og kombinerte analyser. Det er ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse, dvs. at fylkesforskjellene som kommer frem skyldes i hovedsak størrelsen på kommunene og ikke i hvilket fylke kommunen ligger i.

Med påminnelse om at det meste av fylkesforskjellene forklares av at fylkene har kommuner av ulik størrelse, tar vi med figur både etter størrelse (figur 6.2) og etter fylke (figur 6.3)



Tabell 6.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det er en økning i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen siste år. Kommunestørrelse, 2023.



Tabell 6.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det er en økning i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen siste år. Fylke, 2023.

Vi har også spurt hvilke tjenester det er som opplever økningen, og det er gitt 185 svar for både barn og unge og for voksne.

For barn og unge oppgis primært følgende:

- Lavterskeltjenester
- Både lavterskeltjenester og vedtaksbaserte tjenester
- Helsestasjon – og skolehelsetjenesten
- Vedtaksbaserte tjenester
- Familieteam
- Alle tjenester til barn og unge

For voksne oppgis primært følgende:

- Både lavterskeltjenester og vedtaksbaserte tjenester
- Lavterskeltjenester
- Vedtaksbaserte tjenester

6.2 OPPSUMMERING

De tre siste årene har mange kommuner opplevd økning i omfanget av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid. Det er 36 prosent som oppgir at det er en liten økning i omfanget for barn og unge med psykiske helseproblemer og 34 prosent som oppgir en stor økning, mens 21 prosent oppgir at det er uendret pågang siste år. For voksne er det 41 prosent som oppgir at det er en liten økning, mens 36 prosent oppgir at det er en stor økning, og 18 prosent uendret. Det er også mange som oppgir at det er økt pågang av personer med rusmiddelproblemer, men rundt halvparten av kommunene oppgir at pågangen er uendret, så det er særlig økt pågang når det gjelder psykiske helseproblemer, og etterspørselen har økt både blant barn og unge og blant voksne. Dette er ikke tydelige geografiske forskjeller, men større kommuner rapporterer i større grad økt omfang av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid enn mindre kommuner.

7 SAMARBEID MED FASTLEGER

Det finnes god statistikk om fastleger i offentlige registre i NAV og SSB, og kommunene skal derfor ikke rapportere på fastlegeårsverk i IS-24/8. Men fastlegene er en viktig del av den innsatsen som gjøres i primærhelsetjenesten for mennesker med psykisk helse og/eller rusproblematikk, og denne innsatsen kommer altså i tillegg til årsverkene rapportert i IS-24/8. Kvaliteten på samarbeidet mellom fastlegene og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er viktig, men dette dekkes ikke av registrene og tas derfor med her.

I 2011 inkluderte vi et åpent spørsmål der ansvarlig for tjenestene ble bedt om å beskrive hvordan fastlegene i praksis bidrar i det psykiske helsearbeidet. Vi analyserte svarene som beskrev hvordan fastlegen var involvert i 385 kommuner, og dette utgjorde da 90 prosent av alle kommuner/bydeler. Basert på analysen i 2011 etablerte vi følgende påstander som første gang ble tatt med i 2012:

- Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene
- Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
- Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
- Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det
- Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Fastlegene er våre viktigste støttespillere
- Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

Svarfordelingen for disse påstandene kan vi se på utvikling fra 2012 til 2023. I 2012 ble det kun spurt om psykisk helsearbeid, men i 2018, 2022 og 2023 ble det spurt om psykisk helse- og rusarbeid. I tillegg er følgende to spørsmål tatt med:

- I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen når det gjelder voksne?
- I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen når det gjelder barn/unge?

7.1 FASTLEGENES HENVISNINGSPRAKSIS TIL KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID.

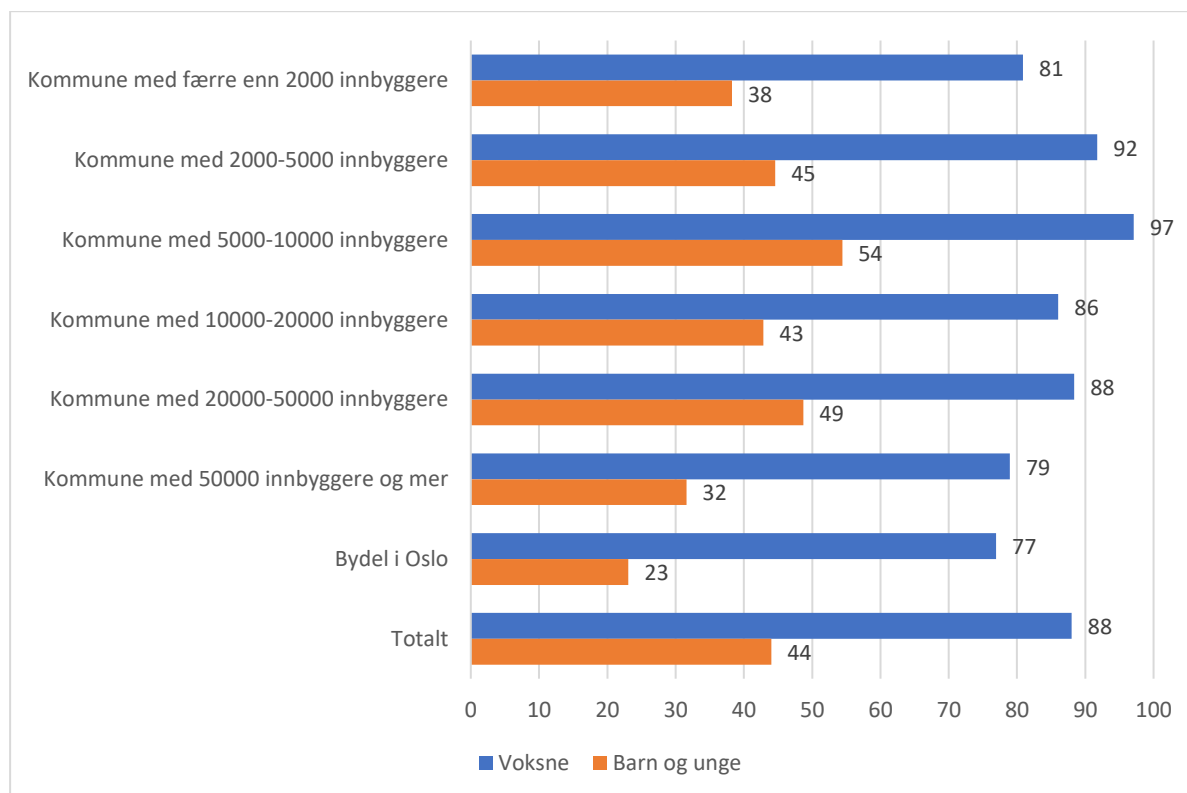
Som vist i tabell 7.1, er det betydelig flere kommuner/bydeler som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (89 prosent) enn barn og unge (44 prosent). Det er én prosent som svarer at fastlegen i liten grad henviser voksne, og 19 prosent som svarer slik når det gjelder barn/unge. En medvirkende årsak til dette, kan være at barna fanges opp av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inkl. legeressurs) direkte.

Fra 2022 til 2023 er det en svak økning i andel som svarer i stor eller svært stor grad for voksne, og en litt mindre økning for barn/unge.

Tabell 7.1 Antall og andel som svarer på i hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen når det gjelder voksne og barn/unge. 2022 og 2023.

	2022				2023			
	Voksne		Barn/unge		Voksne		Barn/unge	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	97	31	31	10	114	34	38	11
I stor grad	162	51	94	30	186	55	108	33
I noen grad	52	16	117	38	37	11	123	37
I liten grad	6	2	46	15	3	1	50	15
I svært liten grad	0	0	21	7	0	0	13	4
Total	317	100	309	100	340	100	332	100

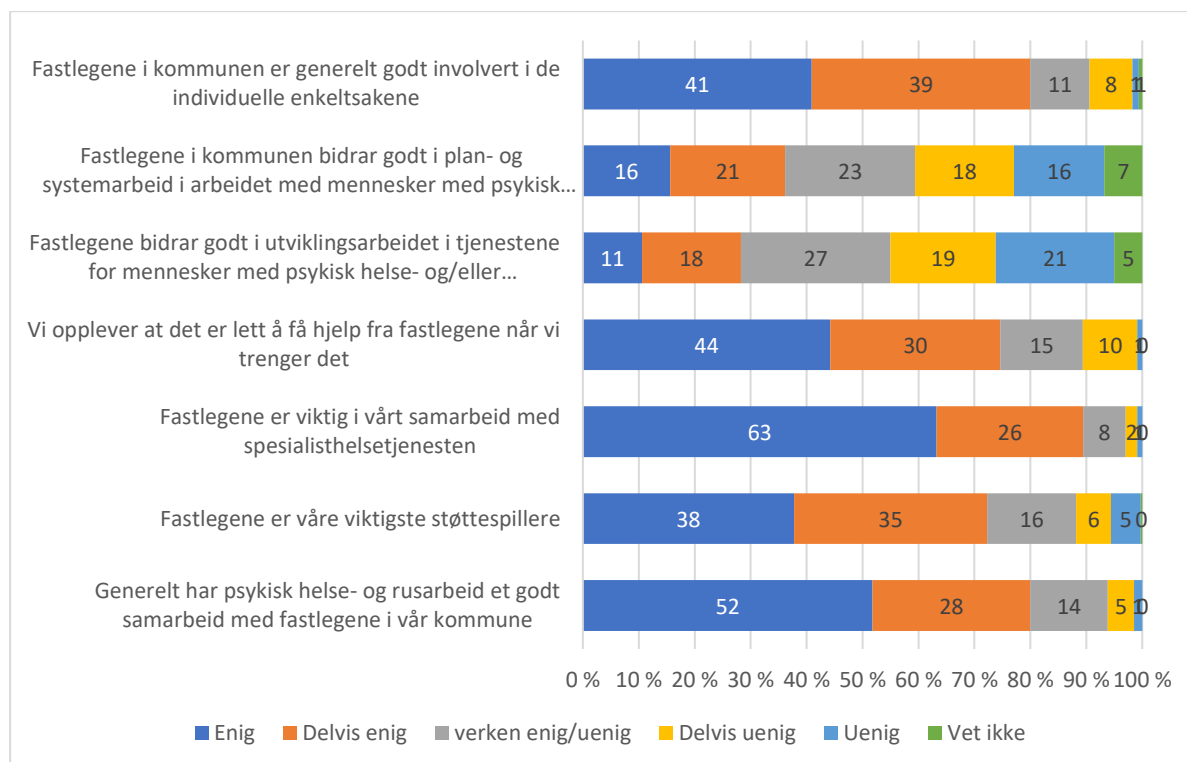
Vi ser videre på kommuner/bydeler som svarer i stor eller svært stor grad i 2023, og vi finner systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, men det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når vi kontrollerer for størrelse på kommunene. Dette er som i 2022. Som vist i figur 7.1 er færre som svarer at fastlegene henviser i stor grad både for voksne og barn/unge i de største kommunene. Det trengs andre analyser for å kunne svare på hvorfor det er slik, men én årsak kan være at fastlegene i større grad henviser til spesialisthelsetjenesten i de store kommunene pga. geografisk nærhet.



Figur 7.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen når det gjelder voksne og barn/unge. 2023.

7.2 INVOLVERING AV FASTLEGENE

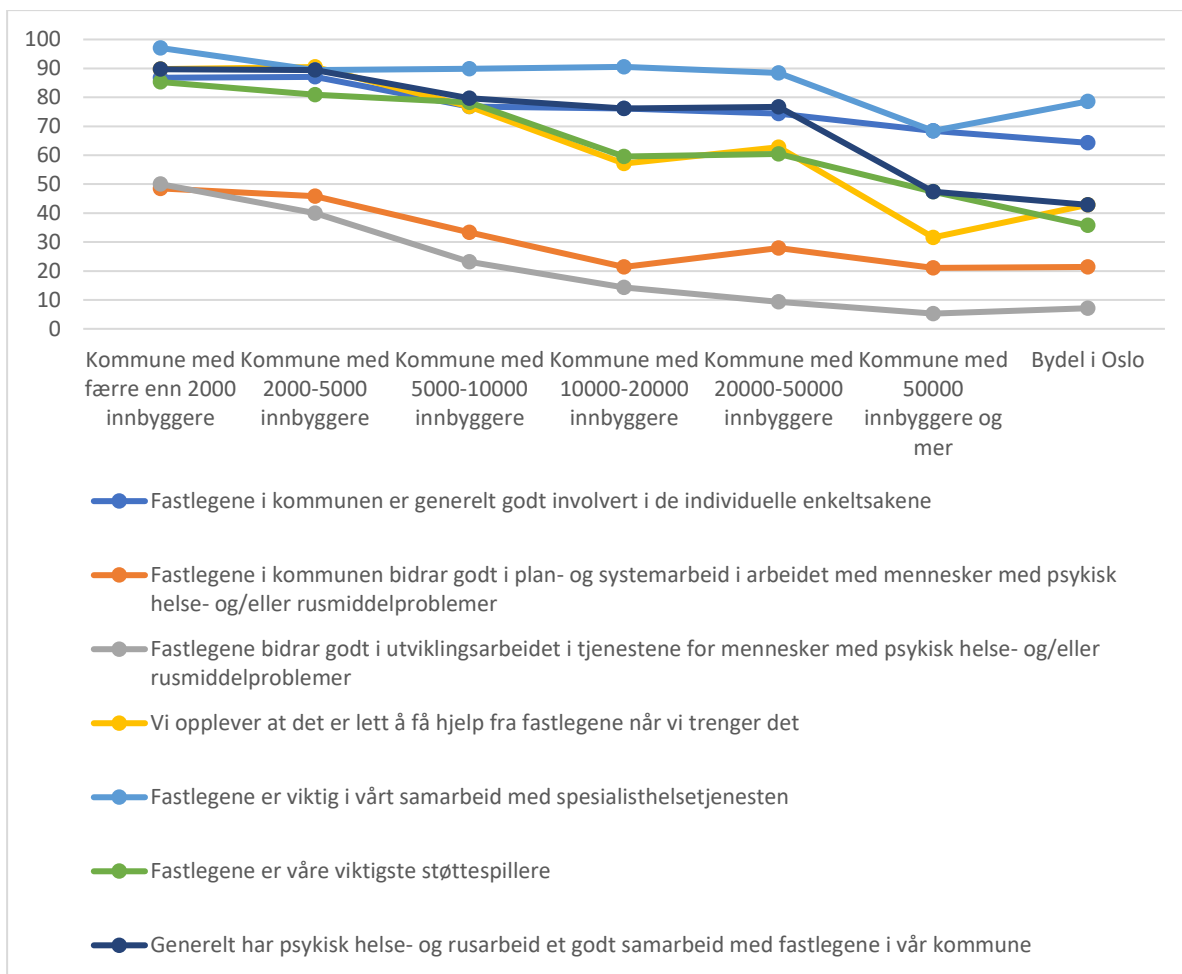
Det er særlig mange kommuner/bydeler som oppgir at fastlegene er viktig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (89 prosent er helt eller delvis enig), mens færrest er enige i at fastlegene bidrar godt i plan- og systemarbeid eller i utviklingsarbeidet i tjenestene. Det er 74 prosent som er enige (helt eller delvis) i at det er lett å få hjelp fra fastlegene når de trenger det, og omtrent like mange (73 prosent) er enige i at fastlegene er deres viktigste støttespillere. Det generelle bildet er at de aller fleste har et godt samarbeid med fastlegene i kommunen.



Figur 7.2 Enighet i ulike påstander om fastlegen, 2023.

Vi ser videre på andel kommuner i ulike grupper som er enig i påstandene (svarer enig eller delvis enig). Det er systematiske forskjeller etter kommunistørrelse i alle påstandene, men som i 2022, er det lite systematikk når det gjelder fylke. Andel som er enig i de ulike påstandene etter kommunistørrelse er vist i figur 7.3.

Det er kanskje ikke overraskende at mindre kommuner i større grad vurderer at fastlegene bidrar godt i plan- og utviklingsarbeid enn større kommuner som har større administrasjon og flere kommuneoverleger og fagfolk å involvere i arbeidet. Den tydeligste forskjellen mellom kommuner av ulik størrelse ser ut til å være i tilgjengelighet, der 90 prosent av de minste kommunene opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegen når de trenger det, er det 32 prosent av de største kommunene foruten Oslo som opplever at det er lett. Når det gjelder påstanden om at fastlegen er viktig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, er variasjonen mellom 68 til 97 prosent, og det er flest som er enig i denne påstanden i alle kommunegruppene.



Figur 7.3 Enighet i ulike påstander om fastlegen, etter kommunestørrelse, 2023.

7.3 KOMMUNENES ERFARING MED SAMARBEIDET MED LEGENE I KOMMUNEHELSETJENESTEN

I 2023 inkluderte vi et kommentarfelt med følgende ledetekst: 'Skriv her dersom du har kommentarer til samarbeidet med legene i kommunehelsetjenesten eller deres rolle i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid'. Det var 81 kommuner/bydeler som la inn en kommentar. Som vist i tabell 7.2 er det flest som kommenterer blant de som er uenig, og færrest blant de som er enig.

Tabell 7.2 Antall kommuner med grad av enighet i påstand om at de generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i kommunen, og tilbøyeligheten til å legge igjen kommentar, 2023.

	Ingen kommentar	Kommentar	Totalt	Prosent kommuner/bydeler med kommentar
Enig	148	28	176	16
Delvis enig	76	20	96	21
Verken enig/uenig	24	23	47	49
Delvis uenig	9	7	16	44
Uenig	2	3	5	60
Total	259	81	340	24

Svarene må altså tolkes med utgangspunkt i at de fleste kommentarene kommer fra de som enig i påstanden, fordi dette er mange flere enn de som er uenig (som er relativt få).

I svarene i 2023 finner vi følgende:

- Stort sett godt samarbeid
- Det er stor individuell variasjon mellom legene i kompetanse/interesse for målgruppene
- Faste/regelmessige møter med fastlegene gir bedre samarbeid
- Elektronisk meldingsutveksling er et verktøy som kan gi bedre samhandlingen med fastlegene, men ikke alle fastleger svarer på meldinger
- Kommunale psykisk helse og rustjenester må involveres i fastlegens arbeid med henvisninger til spesialisthelsetjenesten, om ikke er det større risiko for mangelfulle henvisninger og avviste brukere
- Fastlegen kan ha stor betydning for målgruppen om de involveres i den langsiktige oppfølgingen, sammen med de kommunale tjenestene

Selv om det er individuell variasjon, er det mange som oppgir at samarbeidet fungerer bra:

Har varierende erfaringer, men stort sett bra. Opplever god støtte fra leger, og særlig kommuneleger og helsestasjonsleder i utfordrende saker.

Noen erfarer at det er størst individuell variasjon mellom legene når det gjelder rusmiddelbrukere:

Fastlegene er svært ulike i sin tilnærming til målgruppen psykisk helse og rus. Spesielt kanskje rusmiddelbrukere.

At fastlegene involverer seg, kan ha stor betydning for den enkelte og har kanskje også stor forebyggende effekt:

Store individuelle forskjeller! Mange fastleger henviser, men involverer seg i altfor liten grad videre om samarbeid videre i de individuelle enkeltsakene. I de sakene de gjør det, ser vi at dette har en særlig gunstig effekt.

Noen har regelmessige møter med fastlegene, og flest oppgir at de har ukentlige eller månedlige møter:

Faste legemøter ukentlig, og et stort møte med alle leger 2 ganger pr. år. (Helsestasjonen). Psykisk helse og rus har samarbeidsmøter med fastleger annenhver uke.

Psykisk helse og rustjeneste og helsestasjons og skolehelsetjenesten/ psykolog har i mange år hatt månedlige samarbeidsmøter med fastlegene

Ukentlig samarbeidsmøte mellom ROP-tjenesten i kommunen og fastlegene. Fastlegene deltar også på samarbeidsmøter rundt enkeltbrukere.

Vi har fast møte med alle legene hver uke, dette er noe som fungerer veldig bra.

Kommuneoverlegen involveres naturlig nok i større grad på systemnivå enn fastlegene:

Alle legene er kommunalt tilsett og organisert i felles helseteneste med andre helsetenester, inkl. psykisk helse og rus. Det er kort veg til samarbeid. I periodar mykje vikarlegar og LIS-legar, som ikkje er like godt involvert som dei faste. Det er i hovudsak kommuneoverlegen som representerar inn i plan- og systemarbeid og ikkje fastlegane.

Noen har kommunalt ansatte leger, og er organisert i samme tjeneste:

Alle våre leger er kommunalt ansatt og vi er organisert i samme helsetjeneste og det er kort vei til samarbeid. Det er i perioder en del vikarleger og LIS-leger, de er ikke like godt involvert som de faste.

Andre oppgir at de er samlokalisert:

Fastlegene og psykisk helse/rus er samlokalisert i kommunen.

Kommuneoverlegen burde blitt mer involvert på administrativt- og systemnivå i planarbeidet i kommunen. Leger og psykisk helse- og rus er samlokaliserte og har et svært godt samarbeid

Mens andre oppgir at fastlegene bør involveres mer, særlig når det gjelder barn og unge:

Behov for at fastleger er mer involvert i systemarbeidet rundt tjenestene.

Bør involveres mer når det gjelder barn og unge

Vanskelig å vurdere da man har ulike erfaringer. For barn og unge oppleves samarbeid som vesentlig dårligere enn hva tilfellet er knyttet til den voksne befolkningen.

Samarbeidet kan bli vanskeligere om ikke fastlegen er i samme kommune:

Av 12-14 legehjemler er det naturlig nok noe variasjon på samarbeid m.m. En del pasienter har valgt fastlege bort fra egen kommune, uheldig for samarbeid.

Mangel på fastleger og høy turnover nevnes av flere å være utfordrende:

Det er utfordrende at det er mangel på fastleger og at enkelte brukere skifter fastleger hyppig eller står uten fastlege. Samt at ny fastlege ikke har brukers helhetlige journal.

Fastlegesituasjonen i kommunen har over tid vært preget av mangel på ressurser/høyt press, og fastleger har ikke alltid anledning til å prioritere og/eller følge opp på en tilfredsstillende måte. Om fastlege er involvert vil i stor grad variere fra sak til sak.

Det kan også være vanskelig om fastlegene ikke kjenner til tjenestene:

Det er vanskelig å få fastlege i tale selv om noen av dem kommer på ansvarsgrupper. Vi har bedt om å få komme på besøk for å komme med informasjon, men de avslår. Kommunelegen fungerer heller ikke som brobygger. Min opplevelse er at fastlegene mangler informasjon om tjenestene og mulighetene.

Det er heller ikke alltid fastlegene involverer nok:

Det oppleves som noen fastleger ikke prioriterer at det er viktig for psykisk helsetjeneste å være informert om vurderinger som blir gjort rundt felles pasienter. Våre vurderinger blir ikke vektlagt i legens planer for behandling.

Noen blir fortsatt ikke involvert i utarbeidingen av henvisninger til spesialisthelsetjeneste:

Her er det store individuelle forskjeller. Fastleger er stort sett nokså utilgjengelige og har ikke nok kunnskap om hva vi kan bidra med (så de henviser heller til DPS hvor pasientene får avslag fordi de ikke skulle vært henvist dit i det hele tatt). Fastlegene trenger ikke henvise til oss, de kan be pasienten gjøre det selv. Det kan være bedre at kommunens ansatte gjør en vurdering før det eventuelt sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Store kommuner har mange fastleger, mens små kommuner har få:

Kommunen har flere hundre fastleger og det er likevel stor mangel på fastleger. Flere kommunalt ansatte leger bidrar i planarbeid. Når det gjelder samhandling er det svært store forskjeller mellom fastlegene i involvering og samarbeid. Vi mener fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men det er ikke nødvendigvis realitet i praksis. Det er ønskelig med tettere samarbeid om barn og unge både på individ- og systemnivå.

Kommunen manglar fastlegar, har ordning med vikarlegar som jobbar 2-3 veker i strekk med påfølgande 2-3 veker fri. Vi opplever at vikarlegane ikkje følgjer opp slik fastlegane gjer, samarbeid om IP stagnerer. Det er ein fastlege i kommunen.

Små kommuner har ofte korte kommunikasjonsveier til fastlegene, og mange opplever godt og stabilt samarbeid.

En av kommunene svarer hvordan de har svart på påstandene:

Påstandene over er besvart om et gjennomsnitt av skårene til henholdsvis voksne og barn og unge. Samlet skårer tjenestene til barn og unge samarbeidet noe lavere enn voksentjenestene. Samarbeidet med fastlegene anses for øvrig som variabelt og individavhengig.

Noen oppgir at de samarbeider gjennom kommuneoverlege:

Samarbeider med kommuneoverlege som igjen har faste møtepunkt med fastlegene i kommunen.

Flere etterlyser mer formalisert samarbeid:

Samarbeidet bør bli mer formalisert

Samarbeidet bør i større grad være formalisert. Opplever ofte personavhengig.

Løsning på diskontinuitet:

Ustabil fastlegesituasjon gjer det utfordrande i periodar. Noko kan kompensast med ved at ruskonsulent/koordinator er med til legen for å ha kontinuitet. Men det let seg ikkje gjera alltid.

Det er også kommentarer som viser at enkelte steder er det store problemer i samarbeidet med fastlegene, som at «alt av diffus karakter over psyk/rus tjenester», «total ansvarsfraskrivelse ifm. Bekymringsmeldinger»

Noen har også leger som er godt involvert i de aktuelle målgruppene:

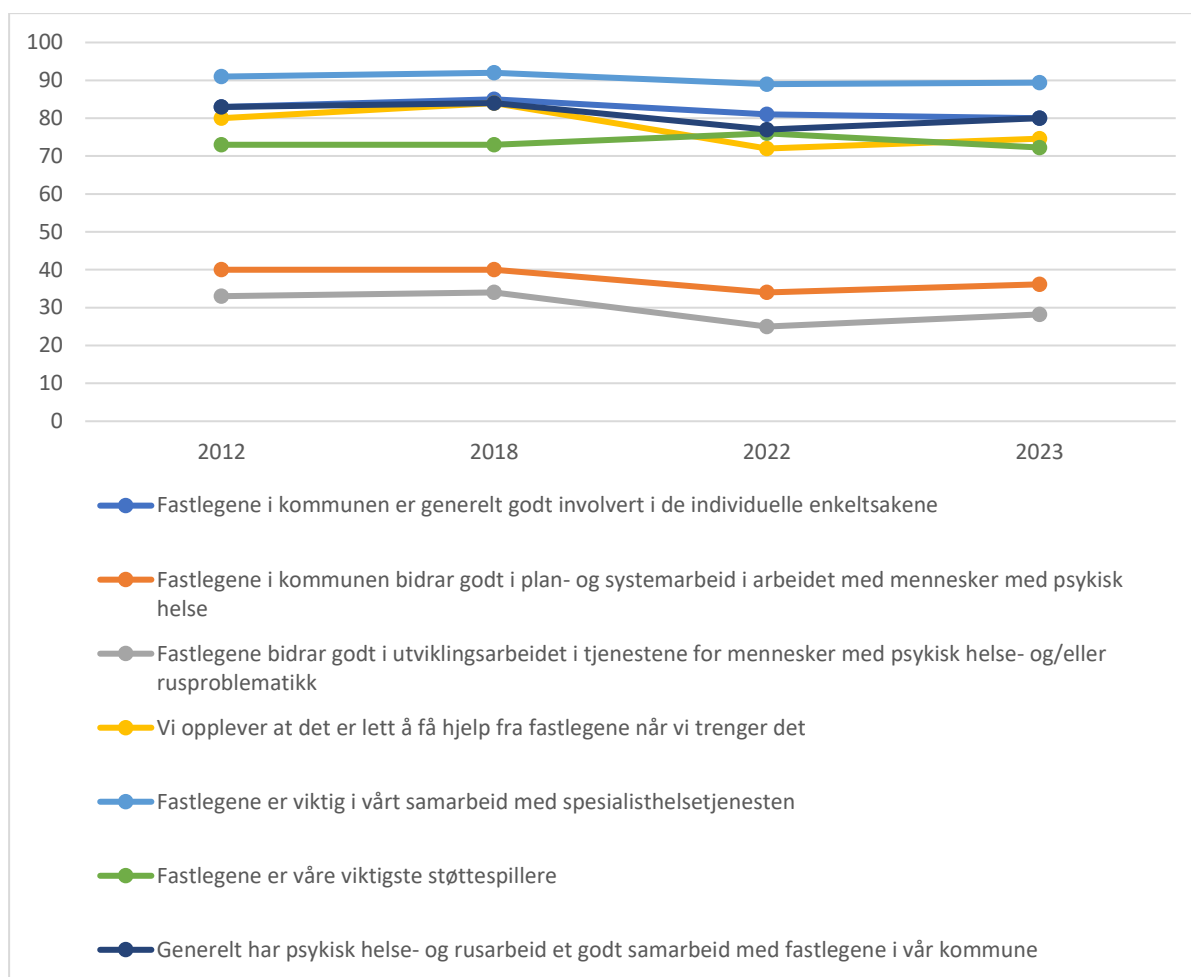
Vi har leger som stiller opp, kommer på hjemmebesøk og henviser, legger inn osv. etter henvendelser fra psykisk helse og rusarbeid. De er med på samarbeidsmøter med NAV, IPS, spesialisthelsetjenesten, pårørende osv. De har og samtaler med pårørende.

7.4 UTVIKLING 2012-2023

Gitt at det ikke er utvalgsskjevheter når det gjelder samarbeid med fastlegene, ser det ut som fastlegen har blitt enda viktigere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid de siste årene, men at noen kommuner opplever at de er mindre tilgjengelig enn tidligere. Det er fortsatt stor grad av fornøydhet med fastlegesamarbeidet, men det er viktig å følge utviklingen fremover. Det er en liten nedgang i andel som er enig i de alle påstandene fra 2012 og 2018 til 2023.

Tabell 7.3 Andel (prosent) av kommunene som er enige i påstandene, 2012, 2018, 2022, 2023.

	2012	2018	2022	2023
Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle enkeltsakene	83	85	81	80
Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse	40	40	34	36
Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk	33	34	25	28
Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det	80	84	72	75
Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	91	92	89	89
Fastlegene er våre viktigste støttespillere	73	73	76	72
Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune	83	84	77	80
Antall kommuner/bydeler	407	422	315	340
Dekningsgrad	95	96	85	91



Figur 7.4 Prosent av kommunene som er enige i påstandene, 2012, 2018, 2022, 2023.

7.5 OPPSUMMERING

Det er mange kommuner som oppgir at fastlegene i stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (89 prosent), men færre når det gjelder barn og unge (44 prosent). Basert på kvalitative svar på et spørsmål om fastlegens involvering i 2011, utviklet vi syv indikatorer på kvaliteten på samarbeidet, formulert som påstander der kommunene oppgir grad av enighet. Kvalitet på samarbeidet ble første gang målt med disse indikatorene i 2012, deretter i 2018, 2022 og nå i 2023.

I 2012 var det 83 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene i kommunen, i 2023 var andelen 80 prosent. Det ser altså ut som det var stabilt nivå på samarbeidet fra 2012 til 2018, men det er en liten nedgang i alle indikatorene.

I kommentarene som er lagt inn i 2023 kommer det frem at det stort sett er godt samarbeid, det er stor individuell variasjon mellom legene i kompetanse/interesse for målgruppene, faste/regelmessige møter med fastlegene gir bedre tjenester, elektronisk meldingsutveksling er et verktøy som kan gi bedre samhandlingen med fastlegene – gitt at fastlegene svarer på meldingene, kommunale psykisk helse og rustjenester må involveres i fastlegens arbeid med henvisninger til spesialisthelsetjenesten -om ikke er det større risiko for mangelfulle henvisninger og avvísninger, og at fastlegen potensielt kan ha stor betydning om de involveres i langsiktig oppfølging av brukere i målgruppen sammen med ansatte i de kommunale tjenestene.

8 OVERDOSEFOREBYGGING OG OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

Overdosedødsfall skjer sannsynligvis i over halvparten av Norges kommuner i løpet av en femårsperiode. En relativt høy andel (19 prosent) svarer at de ikke vet, og den enkelte kommune bør gjennomgå overdosedødsfallene i sin kommune og kartlegge lokale overdoseforebyggende tiltak som finnes i egen kommune.

Følgende spørsmål inngår i kartleggingen 2023:

- Har kommunen/bydelen hatt overdosedødsfall siste fem år?
 - Hvis ja, har dere gjennomgått overdosedødsfallet/ene og kartlagt de lokale omstendigheter som medførte overdosefare med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene?
- Har kommunen gitt tilbud til barn og unge som er etterlatte etter overdosedødsfall?
 - Hvis ja, hvilket tilbud har dette vært?
- Har kommunen gitt tilbud til voksne etterlatte etter overdosedødsfall?
 - Hvis ja, hvilket tilbud har dette vært?
- Har kommunen/bydelen vært i kontakt med KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet) i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak?
- I hvor stor grad følger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper:
 - Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)
 - Hovedsakelig psykiske lidelser
 - Hovedsakelig rusmiddelproblem
- Mulighet for å legge inn kommentarer

Det er 348 kommuner/bydeler som har svart på disse spørsmålene og dette gir en dekning på 94 prosent.

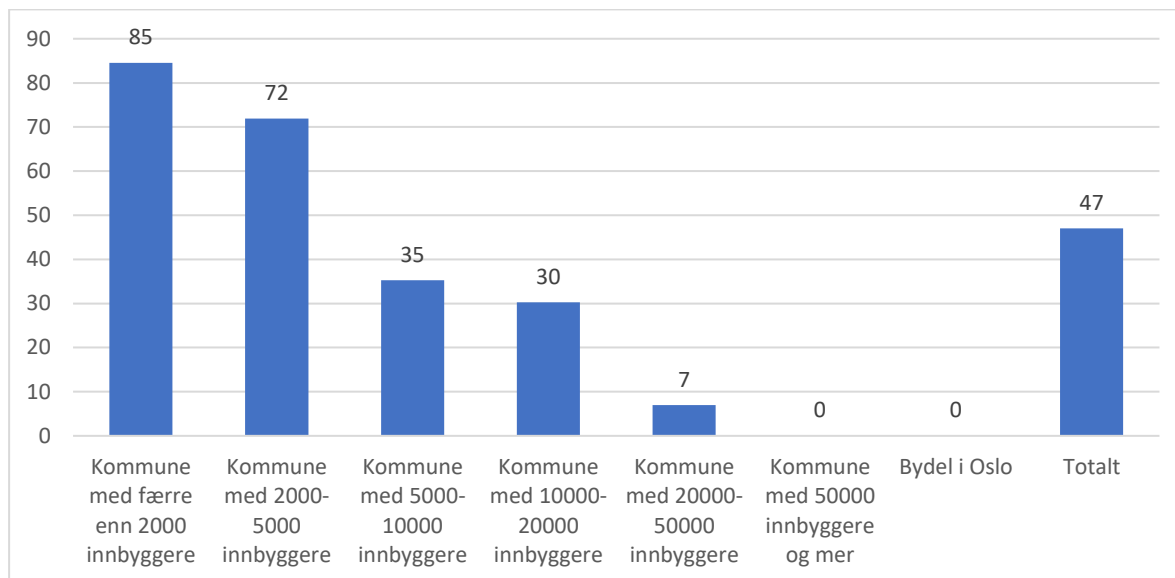
8.1 OVERDOSEDØDSFALL SISTE FEM ÅR

Som vist i tabell 8.1, er det nesten halvparten av kommunene (47 prosent) som oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år, mens rundt hver tredje kommune har hatt overdosedødsfall siste fem år (34 prosent). Det er 19 prosent av kommunene som oppgir at de ikke vet om de har hatt det.

Tabell 8.1 Antall og andel som svarer på om de har hatt overdosedødsfall siste fem år, 2023.

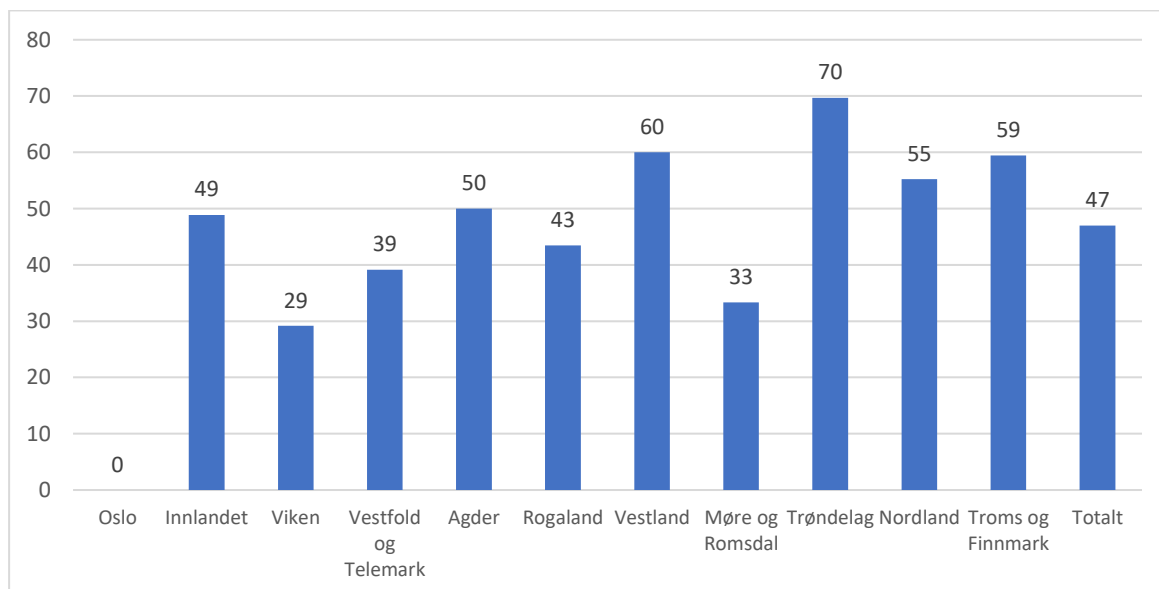
	Antall	Prosent
Ja	117	34
Nei	164	47
Vet ikke	67	19
Total	348	100

Vi ser først nærmere på de 47 prosentene som oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall de siste fem årene. Naturlig nok er andelen høyest som ikke har opplevd overdosedødsfall siste fem år i de minste kommunene, fordi det er færre innbyggere som kan ha dødsfall generelt. Men det er ikke slik at de små kommuner aldri opplever det, det skjer bare sjeldnere. Fra figur 8.1 ser vi at det er ingen kommuner med over 20 000 innbyggere som svarer at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år.



Figur 8.1 Prosent av kommunene som oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år. Kommunestørrelse, 2023.

Det meste av den observerte variasjonen mellom fylker forklares med kommunestørrelse, med unntak av den høye andelen i Trøndelag, som består som signifikant forskjellig fra de andre også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 8.2 Prosent av kommunene som oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år. Fylke, 2023.

Det er kun de 117 kommunene/bydelene som har svart på om de har hatt overdosedødsfall som har svart på spørsmålet om de har gjennomgått overdosedødsfallet/ene og kartlagt de lokale omstendigheter som medførte overdosefare med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene. Som vist i tabell 8.2, er det 64 prosent av disse som svarer ja, mens hver fjerde svarer nei og 12 prosent svarer at de ikke vet om det har vært gjort slike gjennomganger.

Tabell 8.2 Antall og andel som svarer på om de har gjennomgått overdosedødsfallet/ene og kartlagt de lokale omstendigheter som medførte overdosefare med formål å forbedre kvaliteten på tjenestene, 2023.

	Antall	Prosent
Ja	75	64
Nei	28	24
Vet ikke	14	12
Total	117	100

Det er ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i sannsynligheten for å ha gjennomgått overdosedødsfallene når vi betinger på at de har hatt overdosedødsfall siste fem år.

Tabell 8.3 Antall og andel som svarer på hvorvidt kommunen gitt tilbud til barn og unge som er etterlatte etter overdosedødsfall, 2023.

	Antall	Prosent
Ingen barn og unge som har vært etterlatte	142	41
Ja	48	14
Nei	89	26
Vet ikke	69	20
Total	348	100

Det er 48 kommuner/bydeler som har gitt tilbud, og de har fått spørsmålet om hvilket tilbud dette har vært. 45 av disse har svart og fra svarene ser vi at dette dreier seg om:

- Samtaletilbud (individuell/gruppe, pårørendesamtaler/familietjeneste/familieterapeut)
- Fulgt opp av kriseteam/psykososialt kriseteam
- Fulgt opp av barnevern/barnevernsvakt
- Fulgt opp av helsestasjon/skolehelsetjeneste/ungdoms helsestasjon/helsesykepleier

Flere oppgir at det er ofte behov for langvarig oppfølging

Oppfølging gjennom skolehelsetjenesten i helsestasjon- starter ofte i kriseteam, og ofte behov for videre oppfølging over tid.

Noen presiserer at dette tilbudet er lovbestemt:

Kommunen fokuserer på barn som pårørende, de skal gi samtaletilbud til alle barn, dette etter loven er kommunens ansatte pliktig til å gi dette tilbudet til barn og unge, ved behov. Kommunens psykososiale kriseteam er de som tar akutte henvendelser ved slike hendelser.

På spørsmål om kommunen/bydelen har gitt tilbud til voksne etterlatte etter overdosedødsfall, er det 30 prosent som oppgir at de ikke har hatt voksne som har vært etterlatte, mens 111 kommuner/bydeler (32 prosent) svarer at de har gitt et slikt tilbud. Det er ingen systematikk etter kommunestørrelse eller fylke blant de som svarer ja når vi betinger analysen på de som har hatt overdosedødsfall siste fem år.

Tabell 8.4 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har gitt tilbud til voksne etterlatte etter overdosedødsfall, 2023.

	Antall	Prosent
Ingen voksne som har vært etterlatte	102	30
Ja	111	32
Nei	72	21
Vet ikke	60	17
Total	345	100

Av disse 111 er det 100 som har beskrevet hvilket tilbud dette har vært, og det er mange av de samme svarene som for oppfølging av barn og unge som er etterlatte etter overdosedødsfall:

- Samtaletilbud individuelt og for familier/støttesamtaler
- Individuell oppfølging fra psykososialt kriseteam/kriseteam og aktuelle/relevante tjenester
- Ved kjente brukere av tjenesten bistår psykisk helse og rustjenesten, mens andre får bistand fra psykososialt kriseteam/kriseteam
- Pårørendegrupper/pårørendesenter
- Årlige markeringer med minnesamvær/etterlattkafe

Noen beskriver litt mer:

Kontaktpunkt, FACT og Flexbo har gitt tilbud til etterlatte. Samtale - møte for å informere om tjenestetilbud, vurderinger og hvilke tiltak/lærdom bydelen har, hvor det settes inn forbedringstiltak

Tett oppfølging i krisefase, oppfølging i påfølgende periode så lenge behovet har vært tilstede. Overdoser/Suicid.

Noen kan trenge langvarig oppfølging:

Vedkommende fikk tilbud om oppfølging fra psykisk helse- og rusteam- har fortsatt oppfølging

Andre ønsker ikke mer oppfølging:

Samtaler med primærkontakt til bruker som døde. De ønsket ikke ytterligere oppfølging

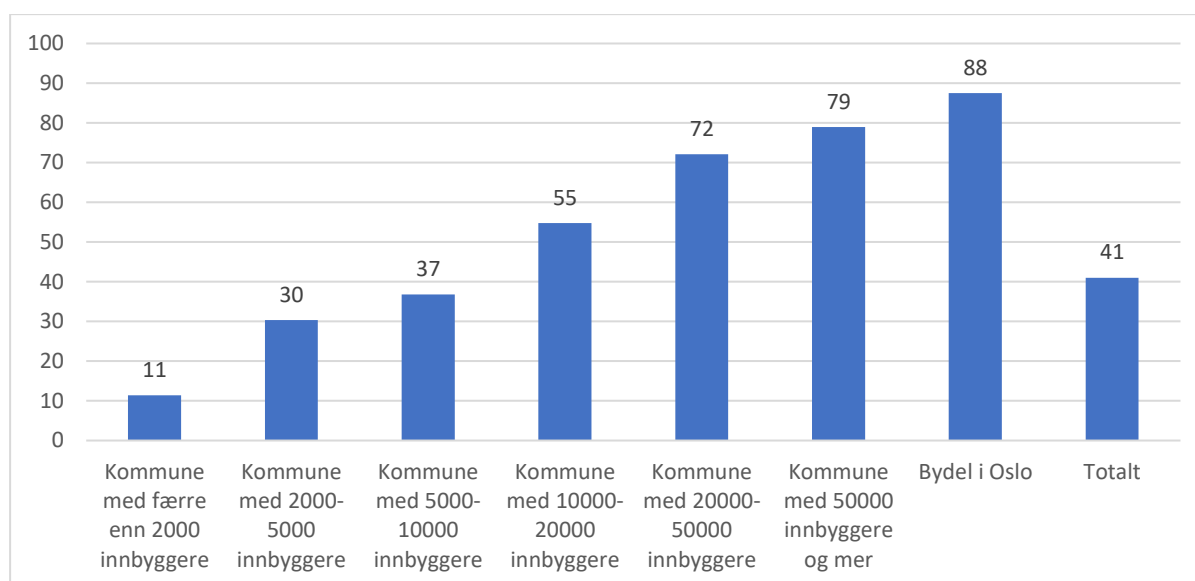
8.2 KONTAKT MED KORUS (REGIONALE KOMPETANSESENTRE PÅ RUSFELTET) I FORBINDELSE MED UTVIKLING/UTPRØVING AV OVERDOSEFOREBYGGENDE TILTAK

Det er 143 kommuner/bydeler (41 prosent) som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak.

Tabell 8.5 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen vært i kontakt med KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet) i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak, 2023

	Antall	Prosent
Ja	143	41
Nei	173	50
Vet ikke	31	9
Total	347	100

Om vi ser på de som svarer ja, er det kommunestørrelsen som i stor grad forklarer variasjon mellom kommuner, og det er ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. De som har hatt overdosedødsfall siste fem år, har høyere sannsynlighet for å ha hatt kontakt med KOURS om dette temaet, enn de som ikke har hatt det – og forskjellene består om vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 8.3 Prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet) i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak. Kommunestørrelse, 2023

8.3 OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

Det er videre spurt om i hvor stor grad kommunalt psykisk helse- og rusarbeid følger opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper:

- Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)
- Hovedsakelig psykiske lidelser
- Hovedsakelig rusmiddelproblem

Det ble det også spurt om i 2019 og 2021 og vi tar her med alle tre årene. Som vist i tabell 8.6 er det svært små endringer fra 2019 til 2022 for alle brukergruppene (tabell 8.6-8.8).

Tabell 8.6 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP). 2019, 2021 - 2023.

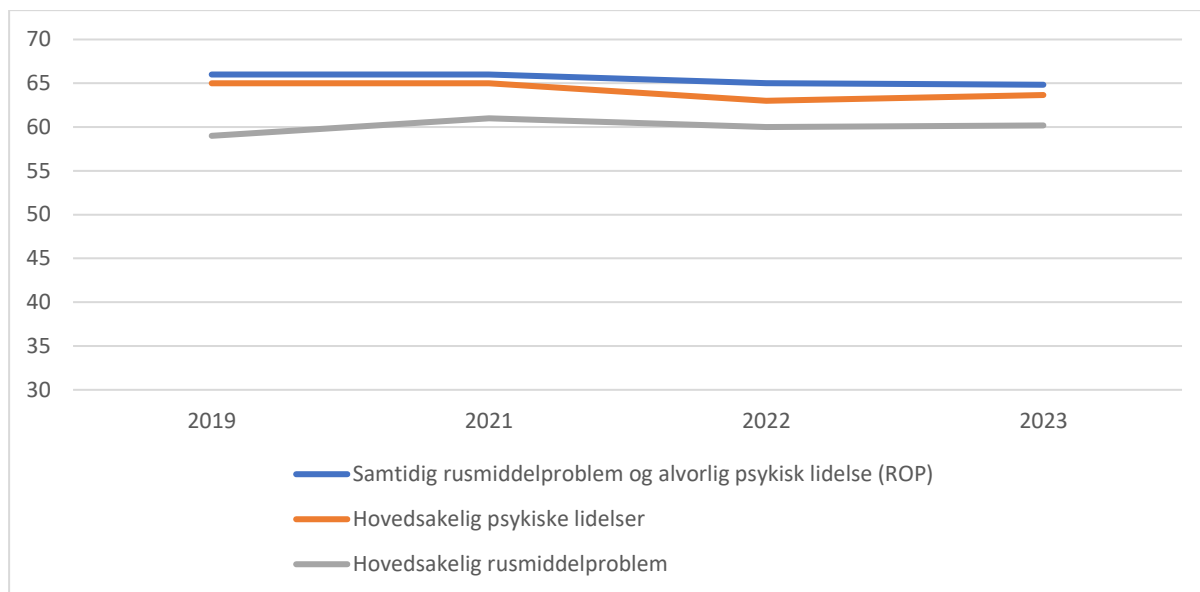
	2019	2021	2022	2023
I svært liten grad	2	1	1	3
I liten grad	4	3	5	3
I noen grad	28	30	30	29
I stor grad	55	55	53	54
I svært stor grad	11	11	12	10
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner/bydeler som har svart	419	332	310	344

Tabell 8.7 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med hovedsakelig psykiske lidelser. 2019, 2021 - 2023.

	2019	2021	2022	2023
I svært liten grad	1	1	2	1
I liten grad	5	4	5	3
I noen grad	29	29	31	32
I stor grad	58	56	52	54
I svært stor grad	7	9	11	9
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner/bydeler som har svart	417	329	318	344

Tabell 8.8 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med hovedsakelig ruslidelser. 2019, 2021 - 2023.

	2019	2021	2022	2023
I svært liten grad	2	2	3	3
I liten grad	5	5	5	4
I noen grad	34	33	33	33
I stor grad	51	51	52	52
I svært stor grad	8	10	8	8
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner/bydeler som har svart	417	328	318	344



Figur 8.4 Prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad følger opp somatiske helseproblemer for ulike brukergrupper, 2019-2023

Det ble også gitt mulighet for å gi en kommentar til spørsmålet og det har 77 av kommunene som svarte valgt å gjøre (21 prosent). Vi tar med noen av kommentarene som viser at kommunene har kommet ulikt i dette arbeidet:

Tre ansatte fra kommunen skal delta på Fagseminar Overdoseforebyggende arbeid» i høst

Alle kjente somatiske problemer følges opp. Oppstår det somatiske utfordringer bistår en med hjelp til lege. Her også egen felt sykepleier som gir oppfølging.

Alle som faller inn under hovedforløp 1 og 2 mottar oppfølging i lavterskeltilbudet i kommunen, når det gjelder hovedforløp 3 samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten- hovedsakelig mottar man da miljøtiltak

Hjemmetjenesten følger opp på de fleste somatiske problemer, men vi følger med og hjelper dem til lege eller annen helsehjelp ved behov

I større grad i FACT enn i tjenestene for øvrig. Svært varierende mellom tjenestene og mellom ansatte. I noen tilfeller tett samarbeid med fastlege.

Kan i enkelte tilfeller være krevende å motivere brukere til å ta imot hjelp for sin tilstand.

Kommunen mangler legeressurser til målgruppen

Mange som mottar tjenester fra oss er i en situasjon hvor de ikke ønsker at vi involverer oss i den somatiske helsen. Vi samarbeider med fastlege om tjenestemottaker ønsker det.

Mangler systematikk og regelmessighet. Personavhengig pr no.

Me følger ikkje opp dette i vår teneste, men ved kartleggingssamtale fangar me opp om det er somatiske helseproblem. I dei tilfella oppfordrar me til at personen tek kontakt med sin fastlege, eller me tek på vegne av brukar kontakt med fastlegen.

Motiverer for kontakt med lege, organiserer legebesøk ved behov, drar med brukerne til legebesøk, fysioterapi, sykehus og tannlegebesøk. Er til stede ved legebesøkene der det er ønskelig.

Ofte blir det avtalt at fastleger følger opp somatisk helse, men tjenestene kan følge/ motivere brukere til å ta imot somatisk helsehjelp. I tillegg har kommunen feltsykepleier.

Rus- og Psykisk helse tjeneste har fokus på det, men mangler egen kompetanse på feltet.

Samarbeid med hjemmetjeneste som har ansvar for all medisinalutdeling. Samarbeid med fastlege om oppfølging av avtaler, bestilling av timer m.m.

Sistnevnte har vært særlig fokusområder de siste tre år, bl.a som følge av avvik som følge av tilsyn og handlingsplan.

Somatiske helseproblemer følges godt opp i døgnbemannet bolig og de som har hjemmesykepleie..

Somatiske helseproblemer har høyt fokus i kommunens Feltpleie og ROP team og i bolig for ROP brukere. Som kommune er vi kanskje ikke like flinke for pasienter med "bare" psykisk lidelse.

Starter opp nytt tiltak i 2023 for å øke samarbeid med fastleger og kommunale tiltak for å gi bedre somatisk helsehjelp.

Vi har blitt bedre til å se helheten og spesielle somatiske utfordringer.

Vi samarbeider med spesialisthelsetjenesten om denne brukergruppen. Pakkeforløp er i stor grad til hinder for at spesialisthelsetjenesten kan jobbe samtidig med de ulike lidelsene!

Men det er ikke alle som mener at dette er helt relevant for deres brukere, eller at dette er fastlegens ansvar:

Ikke relevant på første spørsmål (ROP). Vi gir råd i spørsmål to, men andre må følge det opp. Spørsmål tre ikke relevant, kun vært rusproblematikk og ikke somatiske problemer (stort sett unge folk)

Somatiske problemer/rus følges opp av fastlege.

I 2024 forslår vi at tannhelsetilbud til målgruppen inngår spesifikt, så vi får kartlagt hvilke utfordringer målgruppen har med å få dekket behovene innen tannhelse.

8.4 OPPSUMMERING

Det er nesten halvparten av kommunene (47 prosent) som oppgir at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år, mens rundt hver tredje kommune har hatt overdosedødsfall siste fem år (34 prosent). Det er 19 prosent av kommunene som oppgir at de ikke vet om de har hatt det. Naturlig nok er andelen høyest som ikke har opplevd overdosedødsfall siste fem år i de minste kommunene, fordi det er færre innbyggere som kan ha overdosedødsfall. Men det er ikke slik at de små kommuner aldri opplever det, det skjer bare sjeldnere. Det er ingen kommuner med over 20 000 innbyggere som svarer at de ikke har hatt overdosedødsfall siste fem år.

Det er 143 kommuner/bydeler (41 prosent) som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med utvikling/utprøving av overdoseforebyggende tiltak og andelen øker systematisk med størrelsen på kommunen målt med antall innbyggere. Det er ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Kommunene/bydelene som har hatt overdosedødsfall siste fem år, har høyere sannsynlighet for å ha hatt kontakt med KORUS om dette temaet, enn de som ikke har hatt det – og forskjellene består om vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er få kommuner 4-7 prosent som svarer at de i svært liten eller i liten grad følger opp somatiske helseproblemer avhengig av målgruppe. I noen kommuner er det hjemmetjenesten som hovedsakelig følger opp somatiske helseproblemer, mens ansatte i psykisk helse og rusarbeid typisk følger de til lege eller annen helsehjelp ved behov. Ansatte arbeider også med å motivere brukere med somatiske problemer til å ta kontakt med fastlege. De større kommunene som har etablerte ROP- tjenester, kan ha lavterskel helsetjenester tilgjengelig for målgruppen.

9 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

I september 2020 la Regjeringen fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.^{vi} Handlingsplanen styrer etter en nullvisjon for selvmord som skal gjelde for hele samfunnet og i alle sektorer. Tiltakene i handlingsplanen skal bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord, tidlig og god hjelp for personer i selvmordsrisiko, bedre hjelp til etterlatte ved selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Planen inneholder seks mål med tilhørende tiltak:

- Mål 1: Systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet
- Mål 2: Trygg kommunikasjon om selvmord
- Mål 3: Begrenset tilgang til metode for selvmord
- Mål 4: God hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko
- Mål 5: Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte ved selvmord
- Mål 6: Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Handlingsplanen følges opp med årsrapporter som dokumenterer hva som er gjort på hvert av tiltakene.^{vii}

Norge var tidlig på 1990-tallet blant de første landene som utarbeidet en nasjonal strategi for forebygging av selvmord ¹¹⁹. 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)^{viii}.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord^{ix}. Dette materialet gir 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:

^{vi}<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

^{vii} <https://www.regjeringen.no/contentassets/3ca981a7408c4491a67a77f85d469e89/arsrapport-etter-andre-driftsar-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025-ingen-a-miste-.pdf>

^{viii}<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

^{ix}<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>

- 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.

RVTS-ene lanserte høsten 2020 en ny ressurside som kan være til nytte i kommunenes arbeid med forebygging av selvmord og selvskading: <https://kommunalhandlingsplan-mal-selvsmord.no/>. Her kan kommunene få hjelp med å utarbeide og iverksette sin kommunale handlingsplan om selvmord og selvskading.

Som beskrevet i kunnskapsoppsummeringen publiserte vi i 2023 en fagfelleurdert artikkel i tidsskriftet *Suicidologi* med tittelen "Kartlegging av arbeidet med selvmord, selvmordsforsøk, overdoser og selvskading i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i perioden 2015-2022"². Her sammenstilte vi data fra kapitlet om selvmordsoppfølging i IS-24/8 over de siste åtte årene. Temaene inkluderte blant annet om tjenestene har etablert skriftlige rutiner for håndtering av ulike situasjoner, hvordan de involveres etter selvmordsforsøk, bruk av veiledende materiell som er utviklet for kommunene, ivaretagelse av pårørende og om de gjennomfører kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging.

I sammendraget av artikkelen skriver vi at resultatene viste at noen kommuner har kommet langt, mens andre har en lengre vei å gå for å få på plass planer, rutiner og prosedyrer. Kommunene må først og fremst øke kompetansen blant de ansatte på disse temaene, og forbedre samarbeidet med spesialisthelsetjenestene. Selv om fagpersoner oppga knapphet på ressurser som hovedutfordring, er det i dagens arbeidsmarked vanskelig å se at kommunene skal få mange flere ansatte i årene fremover. Dermed blir det viktig å få til god organisering av tjenestene og etablere gode sammensetninger av tverrfaglige team og utnytte fagkompetansen som finnes i kommunene på tvers av tjenestene. Vi påpekte at det er en stor oppgave for kommunene å skulle styrke forebyggingsarbeidet samtidig som de ivaretar og følger opp mennesker med alvorlige og kroniske psykiske lidelser og/eller rusproblemer med store tjenestebehov. De samme spørsmålene er inkludert i datainnsamlingen fra 2023, som presenteres i neste delkapittel.

9.1 DATAGRUNNLAG

I 2023 er følgende spørsmål inkludert i kartleggingen:

- Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte etter selvmord?
 - Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam
 - Involveres gjennom oppfølgende virksomhet
 - Involveres om bruker tar kontakt
 - Involveres om andre tjenester tar kontakt
 - Involveres om det kommer en henvisning
 - Involveres på annen måte, hvordan?
- Har kommunen/bydelen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
 - Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?
 - Oppfølging av etterlatte etter selvmord

- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk?
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep?
- Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
- Forebygging av overdose?
- Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose?
- Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep?
- Oppfølging av personer som har utøvet vold
- Oppfølging av personer som har utøvet seksualisert vold
- Oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge
- Oppfølging av innbyggere med psykisk utviklingshemming? (nytt i 2023)
- Oppfølging av innbyggere med demens eller nedsatt kognitiv funksjon? (nytt i 2023)
- Å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester?
- Har kommunen/bydelen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk?
- Har kommunen/bydelen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?
- Har kommunen/bydelen et system for håndtering av vold i nære relasjoner?
- Er kommunalt psykisk- helse og rusarbeid direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner?
 - Hvordan er dere involvert?
- Har kommunen/bydelen registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene?
 - Dersom dere har kommentarer til svaret, skriv her:
- I hvilken grad har kommunen/bydelen lyktes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk?
 - Beskriv eventuelle utfordringer i arbeidet med proaktiv oppfølging (åpent)

9.2 INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2020 inkluderte vi et åpent spørsmål om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord. Basert på disse svarene laget vi svaralternativer på spørsmålet som vises i tabell 9.1. og som ble tatt med både i 2021, 2022 og 2023. Det er relativt små endringer i svarfordelingen fra 2021 til 2023.

Tabell 9.1 Antall og andel som svarer på hvilken måte tjenestene blir involvert på i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%
Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam	315	96	294	89	326	96
Involveres gjennom oppfølgende virksomhet	212	65	215	65	227	67
Involveres om bruker tar kontakt	268	82	260	79	283	83
Involveres om andre tjenester tar kontakt	277	85	258	78	285	84
Involveres om det kommer en henvisning	268	82	249	75	278	82
Involveres på annen måte	23	7	22	7	21	6
Antall kommuner/bydeler som har svart	327	100	331	100	341	100

Under "Annet" nevnes at de involveres om familien tar kontakt, melding fra spesialisthelsetjenesten, via lege eller samarbeid med politi eller legevakt, ved bekymringsmeldinger, eller at naboer eller pårørende tar kontakt.

9.3 SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER

Det er endringer i tidsserien i løpet av årene 2018-2023, men for noen av punktene kan vi se utviklingen, se tabell 9.2. I 2023 er det 50 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent, så det er en økning på 11 prosentpoeng på fem år. Det er en nedgang i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer på oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk på fire prosentpoeng fra 2022 til 2023. Ellers er det små endringer fra 2022 til 2023.

Tabell 9.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018-2023.

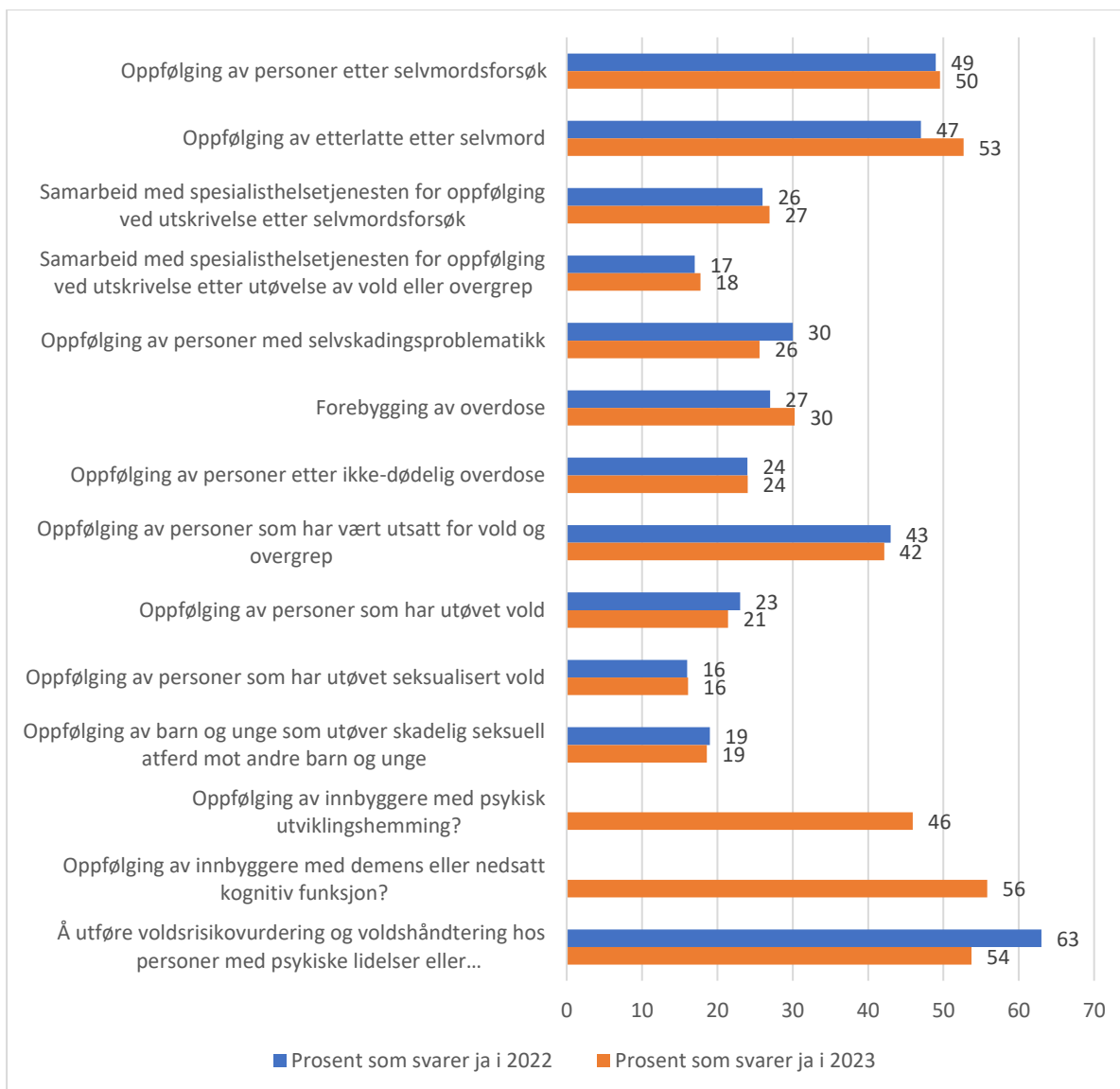
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	39	43	46	43	49	50
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	*	28	26	27	26	27
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	22	24	24	27	30	26
Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	21	25	23	26	24	24
Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	*	*	44	46	43	42

Tabell 9.3 viser alle temaene som inngikk i kartleggingen i 2022 og 2023, og resultatene viser at det er mange kommuner som mangler skriftlige rutiner/prosedyrer for disse situasjonene. Årsaken er trolig at mange ikke er i kontakt med tjenestene i utgangspunktet når handlingen skjer eller situasjonen oppstår. Siste rad viser at det er 63 prosent som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester.

Det er særlig skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten mange mangler, og for oppfølging av personer som har utøvet vold, seksualisert vold og skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge.

Tabell 9.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2023.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Prosent som svarer ja i 2023
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	167	133	37	337	50
Oppfølging av etterlatte etter selvmord	178	122	38	338	53
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	91	191	56	338	27
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep	60	208	70	338	18
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	86	188	62	336	26
Forebygging av overdose	102	184	51	337	30
Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	80	194	59	333	24
Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	142	142	53	337	42
Oppfølging av personer som har utøvet vold	72	195	69	336	21
Oppfølging av personer som har utøvet seksualisert vold	54	205	76	335	16
Oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge	62	153	118	333	19
Oppfølging av innbyggere med psykisk utviklingshemming?	153	79	101	333	46
Oppfølging av innbyggere med demens eller nedsatt kognitiv funksjon?	187	58	90	335	56
Å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester	180	119	36	335	54



Figur 9.1 Prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike tema. 2022 og 2023.

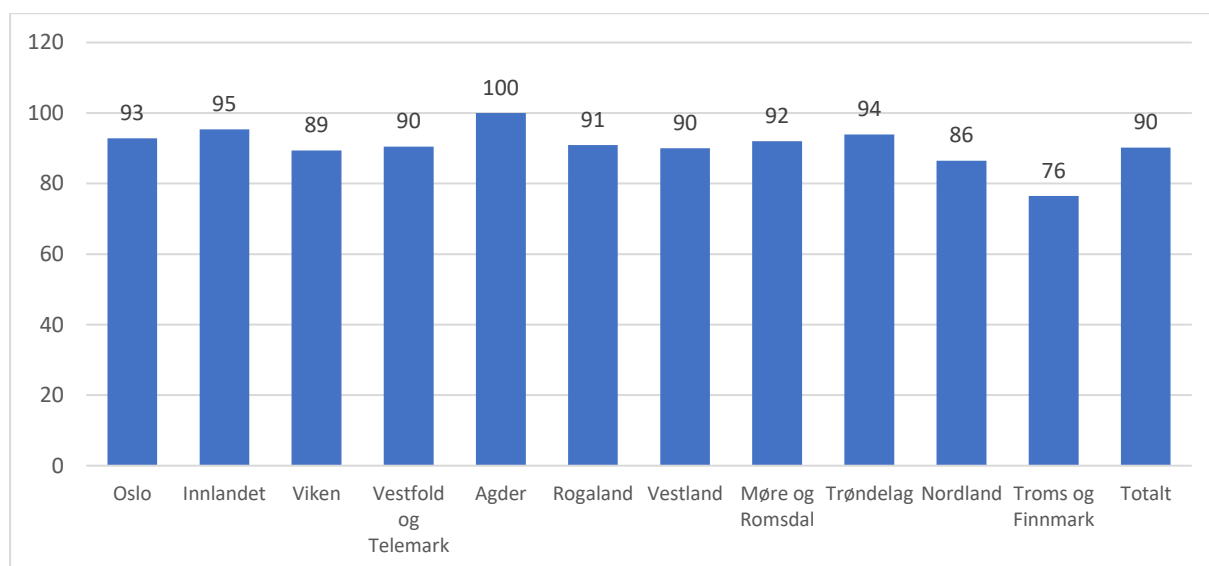
9.4 KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i siste rad i tabell 9.4 svarer totalt 90 prosent av kommunene/bydelene at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk (nederste rad) i 2023. Dette er en økning fra 77 prosent i 2018. Men det er også noen som svarte at de hadde gjort seg kjent med materialet i 2022, men som ikke svarer det i 2023, da det er nedgang i andel for flere av kommunestørrelsesgruppene.

Tabell 9.4 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskaading og selvmordsforsøk. Kommunestørrelse, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	73	77	85	85	74	88
Kommune med 2000-5000 innbyggere	75	81	86	88	91	87
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	70	86	84	87	92	88
Kommune med 10 000-20 000 innbyggere	85	83	95	91	98	93
Kommune med 20 000-50 000 innbyggere	79	93	97	97	94	95
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	93	93	100	100	95	100
Bydel i Oslo	94	100	82	100	93	93
Totalt	77	84	89	90	89	90

Som vist i figur 9.2 er ligger kommunene i Troms og Finnmark litt lavere enn kommunene i de andre fylkene i 2023.



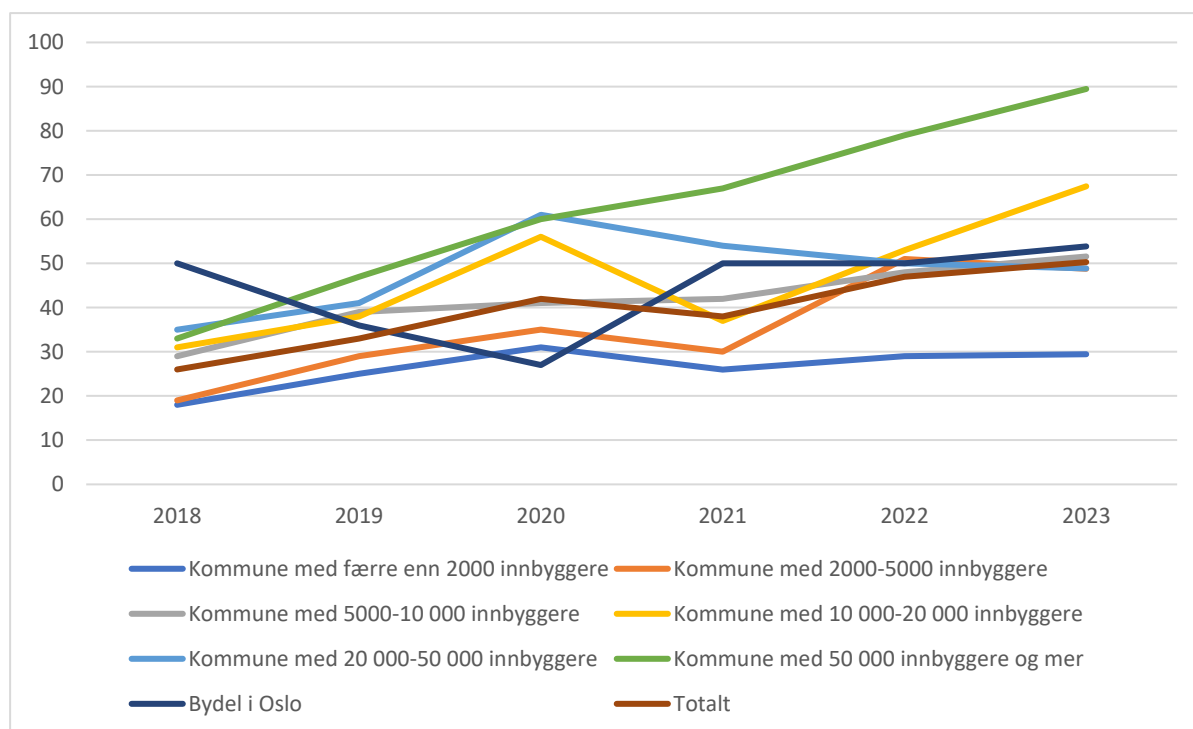
Figur 9.2 Prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskaading og selvmordsforsøk. Fylke, 2023.

9.5 PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT

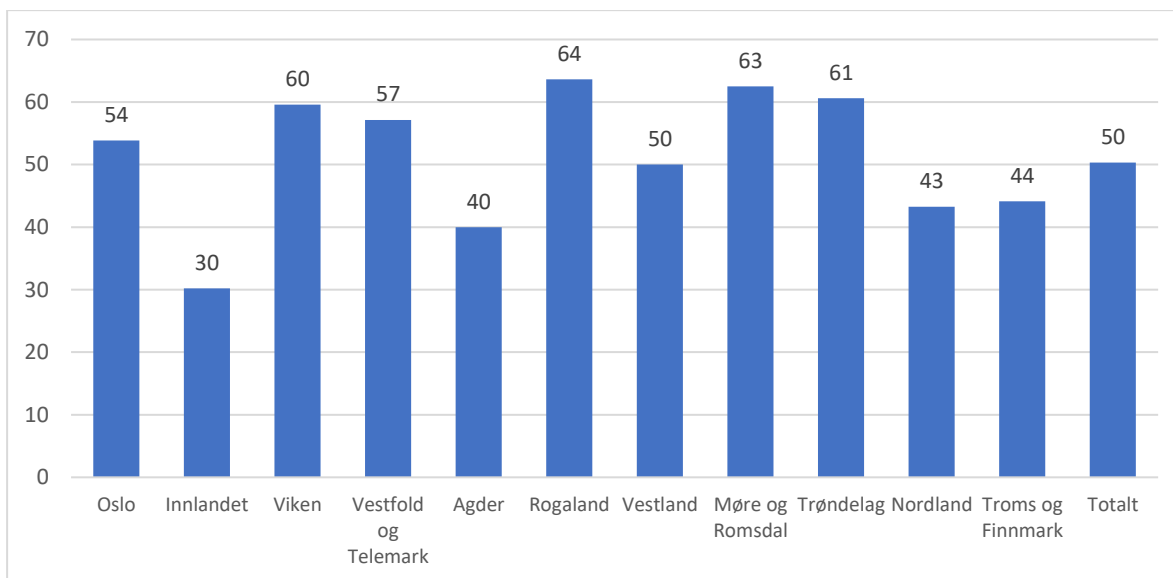
Som vist i siste rad av tabell 9.5, er det en økning fra 26 til 50 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2023, som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Som vist i figur 9.3, er det særlig de kommuner med over 50 000 innbyggere som har en tydelig økning. Fylkesfordelingen for 2023 er vist i figur 9.3.

Tabell 9.5 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant helsepersonell. Kommunestørrelse, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	18	25	31	26	29	29
Kommune med 2000-5000 innbyggere	19	29	35	30	51	49
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	29	39	41	42	48	52
Kommune med 10 000-20 000 innbyggere	31	38	56	37	53	67
Kommune med 20 000-50 000 innbyggere	35	41	61	54	50	49
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	33	47	60	67	79	89
Bydel i Oslo	50	36	27	50	50	54
Totalt	26	33	42	38	47	50



Figur 9.3 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant tverrsektorielt samarbeid. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 9.4 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant tverrsektorielt samarbeid, 2023.

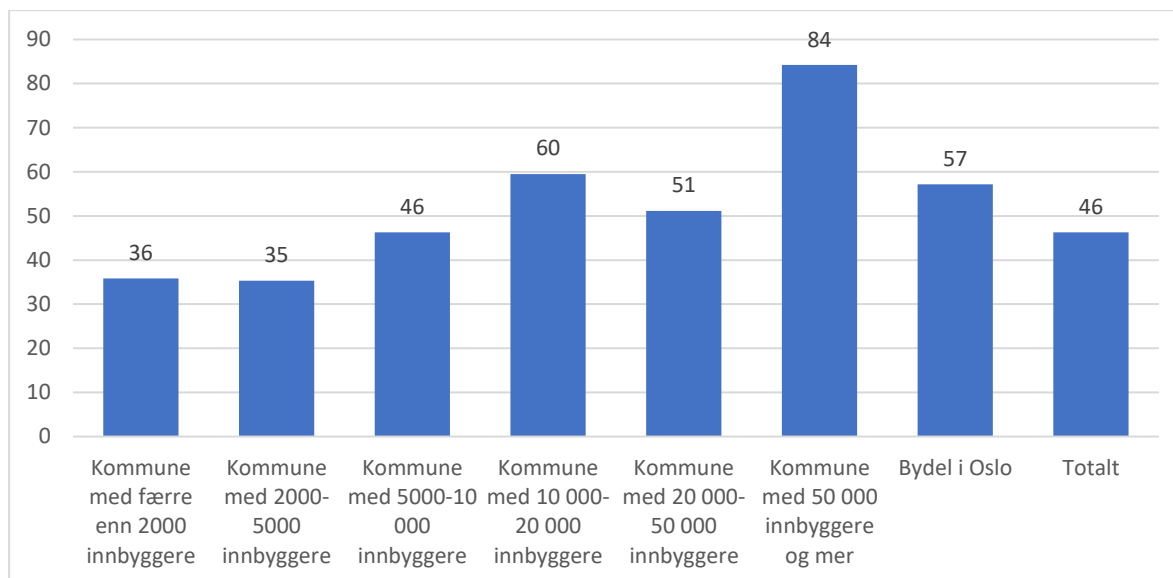
Det er vanskelig ut ifra dette å si at de som svarer at de har lagt en plan det ene året, faktisk har gjort materialet kjent for relevant helsepersonell.

9.6 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFOREBYGGING

De to siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2023 var det 46 prosent som hadde gjennomført tiltak. Men det er store forskjeller mellom de største og minste kommunene, se figur 9.5.

Tabell 9.6 Antall og andel etter om de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	131	40	141	45	156	46
Nei	150	46	137	43	123	37
Vet ikke	46	14	38	12	58	17
Total	327	100	316	100	337	100



Figur 9.5 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Kommunestørrelse, 2023.

Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Tabell 9.7 viser at blant de som har gjennomført kompetansehevende tiltak har flest (65 prosent) gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs og 51 prosent har hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) og 17 prosent oppgir å ha gjennomført kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) i løpet av siste år.

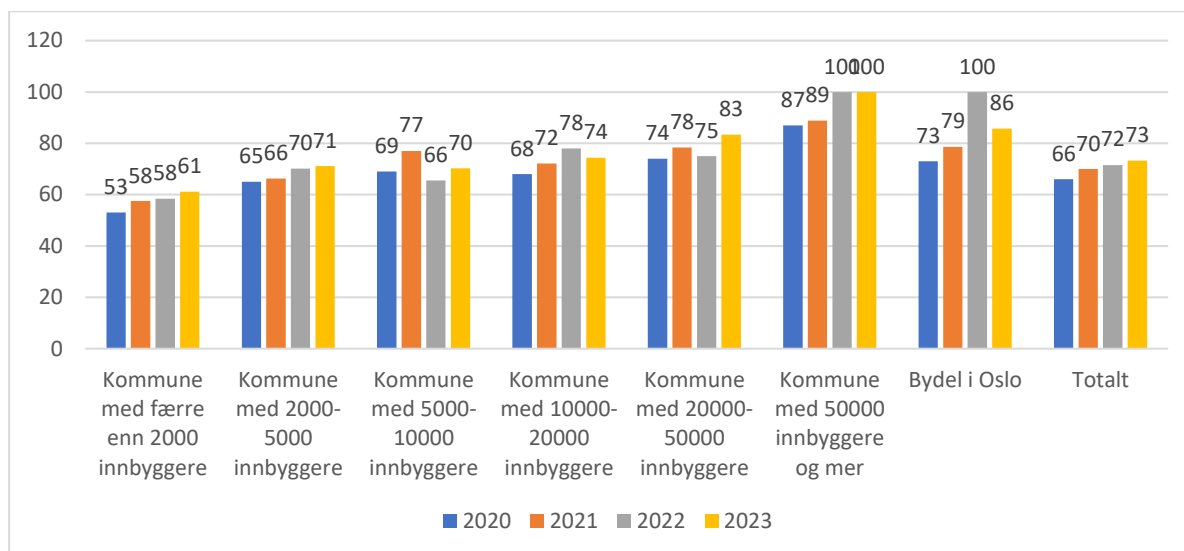
Tabell 9.7 Hvilke kompetansehevende tiltak har ansatte gjennomført når det gjelder arbeid med personer med selvmordsatferd, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%
VIVAT selvmordsforebygging	70	53	80	57	102	65
Kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)	79	60	86	61	80	51
Kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)	20	15	16	11	26	17
Annet	27	21	23	16	27	17
Antall kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak	131	100	141	100	156	100

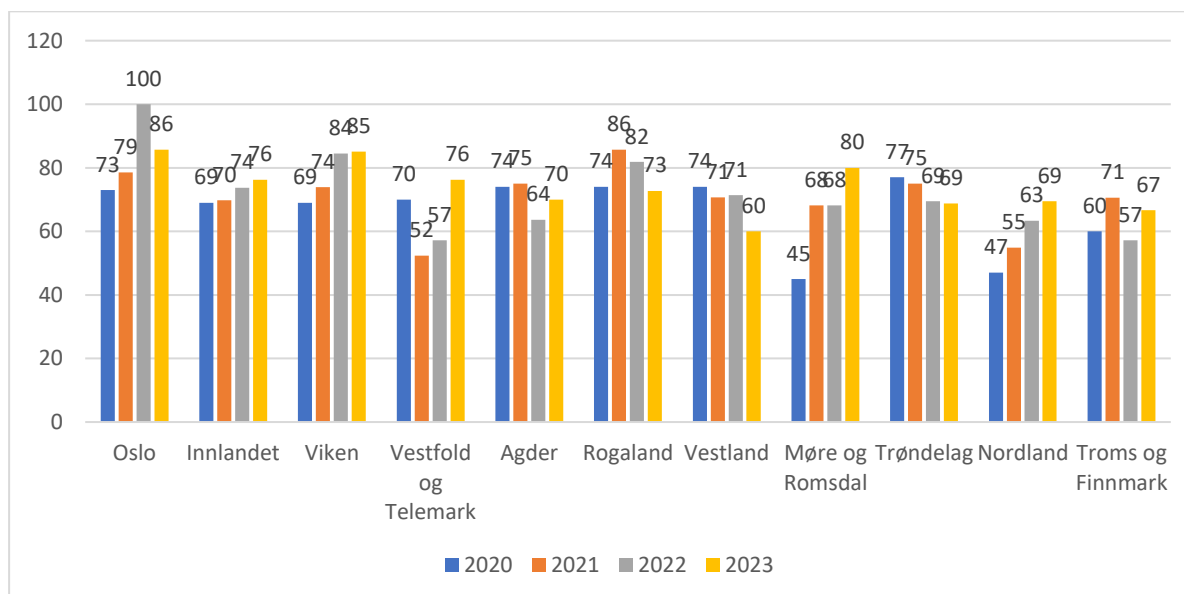
De 27 som svarer annet, kommenterer de at de har vært på andre kurs som ABC, CAMS, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, e-læringskurs, SEPREP eller interne kurs.

9.7 SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER

De siste fire årene har vi spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 332 kommunene/bydelene som har svart (89 prosent av alle), er det 243 (73 prosent) som har svart at de har et slikt system. I 2020 var andelen 66 prosent. Fra figur 9.6 ser vi at de største kommunene, med unntak av Oslo, nå er oppe i 100 prosent. I Oslo er det noen færre som svarer at de har et slikt system på plass i 2023 enn i 2022. Det er bydel St. Hanshaugen og Alna bydel som nå svarer at de ikke har et slikt system. Men det er også manglende svar fra bydelene Sagene og Nordre Aker.



Figur 9.6 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020 - 2023.



Figur 9.7 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Fylke, 2020 - 2023.

9.8 KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEIDS INVOLVERING I ARBEID MED Å FOREBYGGE VOLD I NÆRE RELASJONER

Fra 2022 har vi tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner. Det er 340 kommuner/bydeler som har svart (91 prosent), og 58 prosent av disse svarer at de er direkte involvert. Det er små forskjeller i svarfordelingen i 2022 og 2023.

Tabell 9.8 Om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner, 2022 og 2023.

	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	179	57	196	58
Nei	107	34	108	32
Vet ikke	29	9	36	11
Total	315	100	340	100

De som har svart ja, har i tillegg fått et spørsmål om hvordan de er involvert. Det er gitt 177 beskrivelser og det tilsvarer 90 prosent av de som har svart at de er direkte involvert.

- Deltar i møter/arbeidsgrupper/nettverk/ressursgrupper
- Det utarbeides strategi og handlingsplaner
- Noen utarbeider interkommunale handlingsplaner
- Noen arbeider både med forebygging og håndtering/prosedyrer
- Handlingsplaner vedtas politisk, men utarbeides av tjenestene
- Noen samarbeider med politiet, SLT.
- Noen kommuner har også etablert TryggEst^x
- Noen kommuner har egen voldskordinator
- Samarbeid med krisesenter
- Noen nevner Tryggere start - Tidlig inn i familier som lever med vold (Alternativ til Vold stiftelsen)

Noen beskriver nærmere hvordan de organiserer arbeidet:

Gjennom deltakelse rundt handlingsplan "vold i nære relasjoner". Deltar i holdningsskapende arbeidsgruppe i kommunen. Her deltar kultur, skole, politi, nav, barnevern, helsestasjon, ung i midtdalen, PPT og psykisk helse. Månedlige møter i lokal gruppe, 2 møter i året i den interkommunale gruppa (3 kommuner). Deltar i styringsråd rundt tidlig innsats for barn og unge. Krisesenteret er på barneskolene årlig, i 3. og 6. klasse. Da er helsesjukepleier alltid med.

Jordmødre gjør kartlegging av alle gravide og identifiserer risikofaktorer. Vold som tema under konsultasjoner med barna og at skolehelsetjenesten har opplegg om kropp, grenser og hva som er lov og ikke lov på tredje trinn.

^x <https://www.bufdir.no/vold/tryggest/>

Gjennom helsesirkelsamtaler med barn i 3., 8., og 10. klasse. Gjennom deltagelse i tverrfaglig team. Samarbeidsmøter med skole, fastlegene, barnevern samt egen ressursgruppe for ungdom.

Men det er ikke alle som har en plan, selv om de arbeider med å forebygge vold i nære relasjoner:

Det er ikke laget en systematisk plan på dette. Hvis det oppdages at barn er utsatt for vold i nære relasjoner, vil samarbeidsparter som barnevern/skolehelsetjeneste/lege etc. henvise de voksne inn til psykisk helse og psykisk helse vil da ta kontakt med eksterne samarbeidspartnere. Det samme gjelder hvis psykisk helse får informasjon om vold i nære relasjoner vil de ta kontakt med aktuelle samarbeidspartnere. Både intern og eksternt.

Andre har vært involvert, men oppgir at planen ikke er implementert. Noen har innført BTI:

Kommunen har innført BTI - Betre tverrfagleg innsats, som skal bidra til at alle tilsette som møter gravide, barn, unge og familiar, skal handle ved uro og samhandle ved behov. Kommunen har forpliktet seg til å følge "Handlingsplan mot vald i nære relasjonar - Sunnmøre 2021-2025", som både har ein kunnskapsdel og handlingsdel.

Vi har tidligere spurt om hva som er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep, og kommunene/bydelene meldte da om følgende punkter:

- Avdekking av problemer/identifisering
- Få de utsatte til å ta gode valg og motivere til endring
- Vold og overgrep i rusmiljø er utfordrende
- Å komme i kontakt med de som utøver vold
- Sosiale problemer og sårbare grupper
- Taushetsplikt kan hindre samarbeid
- Frykt for barnevern om de oppsøker hjelp
- Tid, ressurser og kapasitet

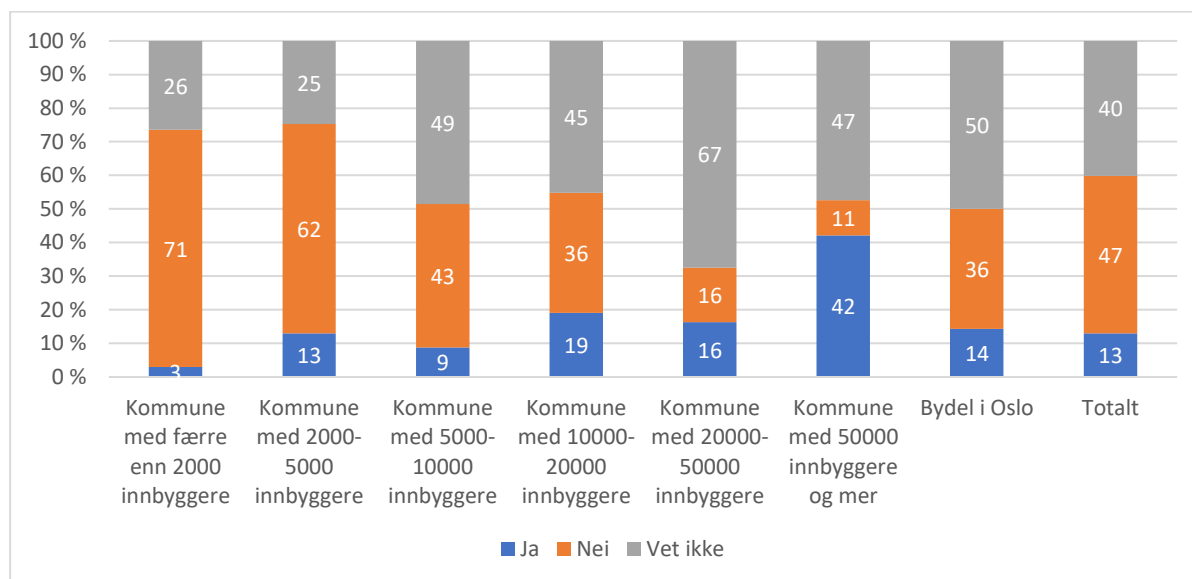
9.9 ENDRING AV AVDEKKING AV VOLD I NÆRE RELASJONER I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE

Fra 2021 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og svarfordelingen er vist i tabell 9.9. I 2023 er det 40 prosent som svarer at de ikke vet, og dette kan bety at kommunene ikke har oversikt over antall tilfeller fordi ansvaret er spredt på ulike enheter eller fordi det ikke registreres systematisk. Det er 13 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene i 2023.

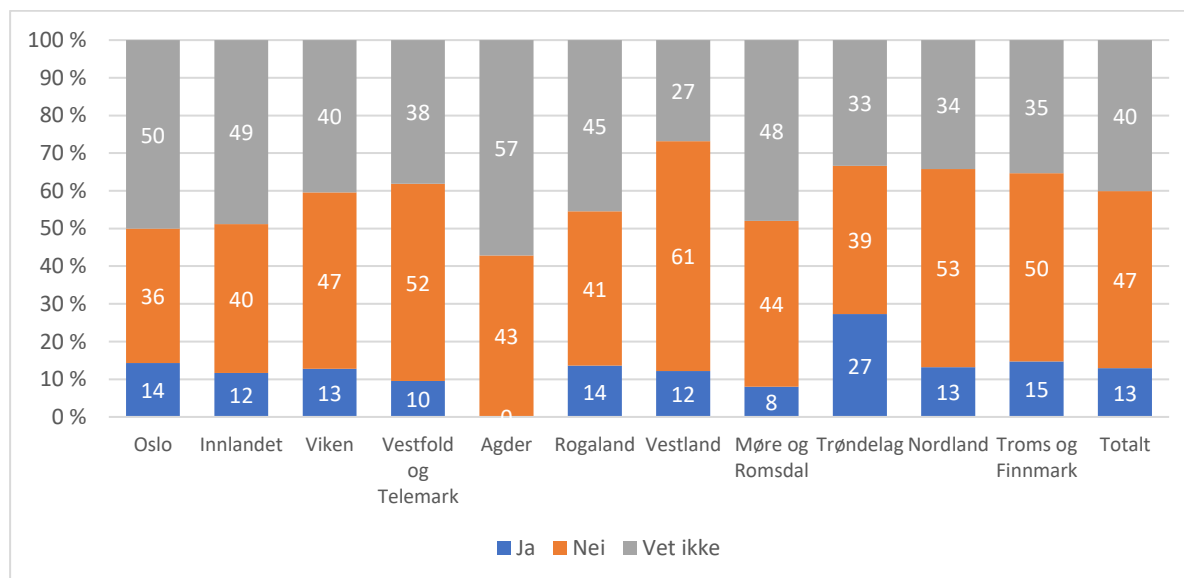
Tabell 9.9 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. 2021 – 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	59	18	49	16	44	13
Nei	176	54	136	43	159	47
Vet ikke	93	28	130	41	136	40
Total	328	100	315	100	339	100

Som vist i figur 9.8 er det de mellomstore kommunene (med 20000 – 50000 innbyggere) som i minst grad har oversikt over utviklingen (to av tre svarer 'Vet ikke'), mens de minste kommunene oftere svarer at det ikke har vært en økning. Det er særlig i kommuner med over 50 000 innbyggere mange har registrert en økning, der 53 prosent svarer at de har registrert en økning i avdekking.



Figur 9.8 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 9.9 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Fylke, 2023.

Det er 40 som har gitt en kommentar til svaret sitt og noen oppgir at de ikke har oversikt over utviklingen, andre at enkelte tjenester har opplevd økt pågang (som krisesenter og barnevern), mens noen også oppgir at det er nedgang i antall avdekkinger.

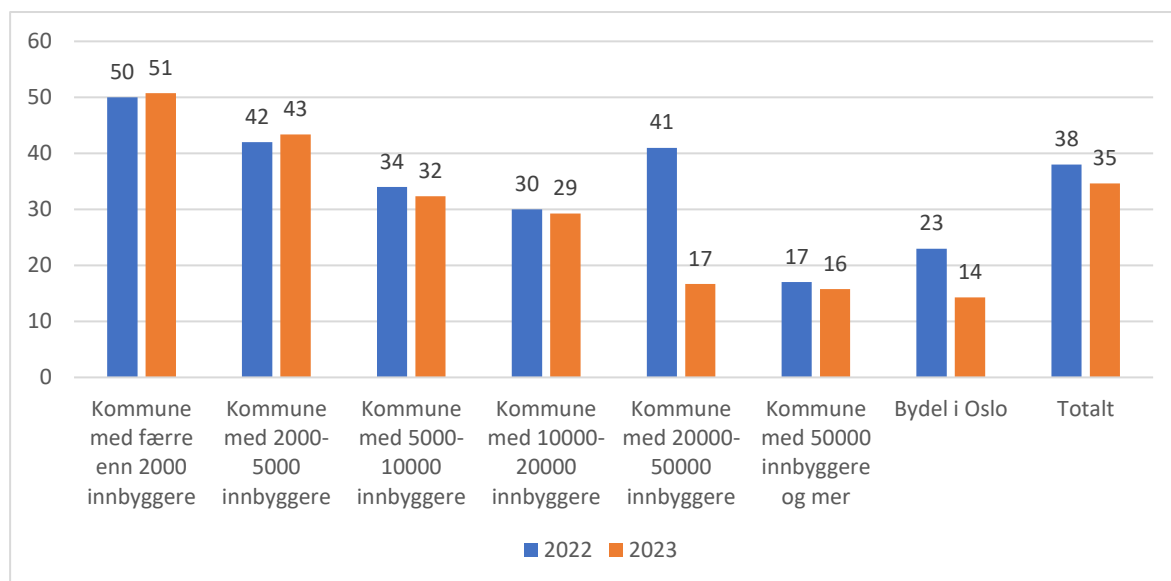
9.10 PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK

Det er fortsatt få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (18 prosent), se tabell 9.10. Det er økning fra 7 til 18 prosent fra 2021 til 2023 i andel som svarer i svært stor eller i stor grad, og en nedgang i andel som svarer i liten eller i svært liten grad.

Tabell 9.10 I hvilken grad har kommunen/bydelen lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	3	1	5	2	12	4
I stor grad	19	6	32	11	47	14
I noen grad	152	48	145	50	158	48
I liten grad	92	29	71	24	82	25
I svært liten grad	48	15	39	13	33	10
Total	314	100	292	100	332	100

Fordi det fortsatt er få som svarer i stor eller svært stor grad, ser vi på andel som svarer i liten eller svært liten grad og sammenlikner kommuner av ulik størrelse (figur 9.12).



Figur 9.10 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i liten eller svært liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Kommunestørrelse, 2023.

Det er ikke systematiske fylkesforskjeller når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er gitt 76 kommentarer til utfordringer med proaktiv oppfølging i 2023 og de oppgir blant annet følgende utfordringer i arbeidet med proaktiv oppfølging:

- At personer ikke ønsker kontakt med kommunens tjenester (frivillig)
- Vanskelig å vurdere voldsrisiko
- Trenger mer støtte fra spesialisthelsetjenesten
- Får ikke beskjed fra spesialisthelsetjenesten at det foreligger voldsrisiko
- Uklare ansvarsområder mellom sykehus, kommune og politi
- Samarbeider med politiet/SLT
- Har ikke god nok kompetanse
- Mangler kapasitet/ressurser

En av kommunene svarer slik:

Tjenestebrukere med utfordrende atferd kan få tilbud om frivillige tjenester i form av psykisk helse og rustjeneste (andre tjenester som personlig assistanse etc.). Dette forutsetter at tjenestebruker mestrer å regulere egen atferd da kommunale tjenester er basert på frivillighet og ikke kan benytte tvungent helsevern.

Vanskelig å gi tjenester til brukere som ikke vil ta imot hjelp og er til fare for seg selv og andre.

En bydel oppgir at kompetansen er spredt:

Bydel kan per i dag ikke tilby et team med oppfølging til målgruppen. Kompetanse ligger spredd i ulike tjenestesteder. Kompetansen er i hovedsak tilgjengelig på dagtid i ukedager. Ikke kvelder/helger eller røde dager. Gjennomføring av kommunale vedtak gjøres noen ganger i samarbeid med privat aktør (Flexbo) eller med spesialisttjenesten APAS/Fact.

At det er vanskelig å vurdere voldsrisiko beskrives av flere:

Det er en utfordring å avklare om en person er i en psykisk stabil eller ustabil periode. Dette innebærer at det alltid vil være en viss usikkerhet om vedkommende kan utøve vold. Vi har lang erfaring med at brukere, særlig med ROP lidelser, ofte er ustabile i perioder. Det vil da være utfordrende å komme i posisjon til å kartlegge den psykiske helsa. Dette er oftest krevende når det er aktiv rus som følges opp.

Å ta opp temaet kan i seg selv føre til voldsrisiko:

Høy voldsrisiko knyttet til samtaler om tematikken.

Dette jobbes det aktivt med gjennom 2023. Svært krevende problemstilling. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten i enkelt saker.

Liten kommune, personer må følges opp individuelt, noe som byr på utfordringer i tilnærmingen. Oppfattes fort som direkte anklager mot utøver.

Vanskelig å være tett på i noen tilfeller da personene takler dette dårlig.

Det kan også være vanskelig å komme i posisjon:

Oppnå kontakt med, og samtykke fra personene det gjelder for å kunne gi proaktiv oppfølging

Komme i posisjon og at den enkelte er trygg på seg selv.

Tilbudene er frivillige, og det er vanskelig å komme i posisjon til å gi hjelp.

Erkjennelse er ikke alltid til stede:

De voksne erkjenner ikke at dette skjer/har skjedd, når barna forteller om vold.

Det er heller ikke alltid tjenestene får beskjed:

Kommunens rus og psykisk helsetjeneste får ikke alltid informasjon om risiko for vold av spesialisthelsetjenesten, som f.eks kopi av voldsrisikovurderinger når det foreligger.

I noen kommuner ser dette ut til å være mer innarbeidet:

Foretar risikovurderinger og utarbeider tiltak i fht. enkeltbrukere. Det gjøres i ambulante tjenester, bofellesskap og på lavterskel helsetilbud mm. Risikovurderinger gjøres også på lokasjoner for å forebygge voldsutøvelse

Det er stort fokus på å vurdere voldsrisiko for mennesker med psykisk lidelse og/eller rusavhengighet.

Noen oppgir at dette er vanskelige oppgaver for en kommune og at de trenger mer hjelp fra spesialisthelsetjenesten:

Det er vanskelig å ivareta både pasient, omgivelser og personell. Vi opplever at dette ofte er personer som spesialisthelsetjenesten bør ta med ansvar, for vi ser ikke disse pasientene hele døgnet og har liten kontroll på hvilken tilstand de er i til enhver tid.

Vi jobber nå med å bedre kartlegging, sikre bedre oppfølging av ansatte og et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Jobbar opp mot spesialisthelsetjenesten for å få dei til å forstå kva kommunen kan gjera, og kva kommunen ikkje kan gjera i samband med utskriving av personar med kjent valdshistorikk.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten og ulike vurderinger i forhold til farekriterier og samfunnsvern.

Det er også noen kommuner som trekker frem samarbeid med politiet på dette området:

Her samarbeider vi mye med politiet. Utfordringen er at politiet deler vakt med nabokommune som er 7 mil unna og ofte vinterstengt vei. Dette skaper stor utrygghet blant personalet som skal yte helsehjelp da man vet at politi er minimum en time unna eller utilgjengelig ved vinterstengt vei.

Kommunen har ingen oversikt og kjennskap til alle saker. Vi er avhengige av at politiet tar kontakt og ber om bistand. Vi er også avhengige av at involverte ønsker hjelp selv.

Tett systematisk samarbeid med politi, PST, Kripos, ACT etc (det som er aktuelt i aktuell sak)

Vi har et samarbeid med SLT-koordinator og politiet.

Vi har tett samarbeid med politiet via SLT - arbeid og spesialisthelsetjenesten. Utfordringer er at personer ikke ønsker oppfølging selv, så det er vanskelig å få samtykke i enkeltsaker.

Andre sier at de ikke har tilbud som er tilpasset dette arbeidet, eller at de ikke har proaktiv oppsøkende virksomhet. En av kommunene forteller at de har etablert prosjekt med Nav, politi, spesialisthelsetjeneste. En del mindre kommuner svarer at de ikke har personer med kjent risiko i tjenestene eller at de som oppsøker hjelp, må ha ønske om oppfølging. TryggEst nevnes av noen mens en kommune forklarer utfordringene med for lang tid mellom handling og dom:

Jobber tett på brukere med utfordringer knyttet til vold. Dette kan medføre at vi blir utsatt for frustrasjon og sinne. Det kan ende med mange avvik, anmeldelser, tidkrevende runder i rettsapparatet (som gjerne kan bruke år på å gjøre sitt). Krevende å stå i, men også veldig givende når vi er så heldig og ofte se gode resultater av denne jobbingen. Gøy å registrere adferdsendring til det bedre men frustrerende at rettsapparatet kommer med oppfølging kanskje ett år etter at vi har klart å snu situasjonen til noe bra. Det vil si at dommen gjerne avsies etter at pasienten er blitt behandlet, fungerer godt i samfunnet for så å bli dømt til noe gjennomført for kanskje 2 år siden. Dette burde vært en annen responstid på, som ville kunne hjelpe med å redusere bruk av vold og mer terapeutisk riktig.

Andre erkjenner at de har utfordringer med kunnskap og kapasitet

Lite personellressurser.

Lite kunnskap om hvordan jobbe proaktivt med gruppen

Kapasitet og kompetanse

Mangler et systematisk arbeid rundt den problematikken.

Ressurskrevende. Det kommunale hjelpesystemet er mer og mer presset på kapasitet.

En av kommunene beskriver situasjonen slik:

Ofte opplever vi at det er så stort stigma og tabuområde mot å snakke om egen voldsutøvelse at det er vanskelig å få tak på dette. Men vi jobber kontinuerlig med å avdekke slike forhold og opplever at vi får flere som forteller om egen voldelige atferd.

Flere oppgir at dette er adferd som skjules:

Ofte skjult. Viktig at alle som er i kontakt, særlig med barn ser etter endret adferd og sjekker ut den

Skjer i den grad vi har kunnskap om hvem det gjelder, og atferdsutfordringer.

Rusproblemer har ofte sammenheng med voldsproblematikk:

Personen har begrenset selvinnsett og tar ikke inn over seg at vedkommende er til fare for andre. En lykkes gjerne dersom personen har en relasjon til en eller flere i behandlingsapparatet som har tillit til og som i større grad kan motivere til å ta imot behandling/oppfølging/hjelp. Utfordringer ligger gjerne i saker der det er rusutfordringer. Grensesnittet mellom behandling og straff.

Personer med kjent risiko for voldsproblematikk, kan også ha samtidige rus- og psykisk helseutfordringer. Utfordring kan da være relatert til ansattes sikkerhet mtp tilbud om tjenesteyting. I enkelte tilfeller har det vært behov for bistand fra politi og vaktelskap for å utføre tjenesteyting forsvarlig mht sikkerhet til den det gjelder, eller i nabolag til vedkommende. Proaktiv oppfølging må ivareta sikkerhets/forsvarlighetsvurdering, som kan være utfordrende i seg selv. Samhandling med spesialisthelsetjenesten kan også være, (har i noen tilfeller vært), utfordrende mht å gi helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Noen beskriver tiltak for å øke kompetansen:

Samhandling med spesialisthelsetjenesten, som i noen tilfeller har en annen oppfatning av voldsrisiko enn det kommunen har. Kommunen har et prosjekt for å øke kompetansen til saksbehandlere som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten om utskrivingsklare, slik at de kan vurdere voldsrisikovurderinger og be om bistand til å lage risikohåndteringsplaner.

VEL har innført kompetansehevende tiltak overfor alle ansatte med systematisk trening på både forebygging og håndtering av vold og trusler om vold for ansatte ved rusinstitusjoner og tiltak.

Vi har det på rusfeltet gjennom KoRus vest.

Det nevnes fokus på sinnemestring, utfordringer med små bygdemiljø og at det er utfordrende når spesialisthelsetjenesten har forventninger om at kommunen kan bruke tvang eller at de ikke alltid får vite om at det er voldsrisiko:

Vanskelig å få tilgang til opplysninger fra andre instanser om kjent voldshistorikk, både fra politi og sykehus. Økt oppmerksomhet det siste halvår.

9.11 OPPSUMMERING

Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de involveres i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte etter selvmord gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam eller annet kriseteam. Det er 84 prosent som oppgir at de involveres om andre tjenester tar kontakt, 83 prosent at de involveres om bruker tar kontakt, og 82 prosent om det kommer en henvisning. Det er 67 prosent som svarer at de involveres gjennom oppfølgende virksomhet. Svarfordelingen i 2023 er omtrent som i 2021.

I 2023 er det 50 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent, så det er en økning på 11 prosentpoeng på fem år. Det er en nedgang i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer på oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk på fire prosentpoeng fra 2022 til 2023. Ellers er det små endringer fra 2022 til 2023.

Det veiledende materialet for forebygging av selvskading og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet har god spredning til kommunene. I 2023 er det 90 prosent av kommunene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

De tre siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2023 var det 46 prosent som hadde

gjennomført tiltak, og det er særlig de store kommunene som svarer at de har gjennomført slike tiltak.

System for håndtering av vold i nære relasjoner oppgis å være på plass i 73 prosent av kommunene og dette er en økning fra 66 prosent i 2020. De største kommunene nå er oppe i 100 prosent, og dermed har alle kommuner i Norge med mer enn 50 000 innbyggere et system på plass for håndtering av vold i nære relasjoner, med unntak av noen bydeler i Oslo.

I 2022 og 2023 er det med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner og 58 prosent svarer at de er direkte involvert, omtrent uendret fra 2022 (57 prosent). De oppgir at deltar i møter, nettverk, arbeidsgrupper eller ressursgrupper for å utarbeide strategi og handlingsplaner. Noen utarbeider interkommunale handlingsplaner, andre har etablert TryggEst eller har egen voldskordinator.

I 2021-2023 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og det er 13 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene. Mange oppgir at de ikke vet (40 prosent) og dette kan skyldes at kommunen ikke fører noen samlet statistikk på avdekking av vold i nære relasjoner.

Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (18 prosent), og til sammenlikning var andelen 7 prosent i 2021. Kommunene oppgir følgende hovedutfordringer når det gjelder proaktiv oppfølging av personer med kjent voldsproblematikk: at personer ikke ønsker kontakt med kommunens tjenester fordi det er frivillig å motta tjenester fra kommunene, at det er vanskelig å vurdere voldsrisiko, de trenger mer støtte fra spesialisthelsetjenesten, får ikke alltid beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at det foreligger voldsrisiko, at det er uklare ansvarsområder mellom sykehus, kommune og politi eller at de mangler kompetanse, kapasitet og ressurser til å gjøre proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk.

10 HELSEFELLESSKAP OG PRIORITERING

Etableringen av helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de som er mest sårbare i forhold til de organisatoriske skillene i helsetjenesten, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan, som gjelder fra 2020 og for en fireårsperiode. Regjeringen og KS inngikk en avtale om å etablere 19 helsefellesskap i oktober 2019. Et helsefellesskap er en samarbeidsarena mellom hvert helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. Nasjonal helse- og sykehusplan angir fire prioriterte grupper for helsefellesskapenes arbeid: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Fellesskapene er organisert på tre nivåer, et overordnet årlig partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og flere faglig samarbeidsutvalg. For å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning er det anbefalt at lokale fastleger skal være representert på alle nivåene. Flere av helsefellesskapene har valgt å bruke kompetansebroen.no som digital samhandlingsplattform.^{xi}

Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres, antar vi at det er aktuelt for tjenesteutøvere/ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid å delta aktivt i helsefellesskapene.

Målgruppene for helsefellesskapene er ikke nødvendigvis de mest sårbare pasientene som sådan, men pasienter som er sårbare i forhold til de organisatoriske skillene i helsetjenesten. De prioriterte pasientgruppene er pasienter med stort behov for samhandling.

I 2022 fant vi at 40 prosent av kommunene/bydelene svarte at ansatte i tjenestene hadde deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, og dette var en økning fra 27 prosent våren 2021. Det er også en liten økning i andel som svarer at helsefellesskapene har ført til bedre samarbeid og økt prioritering av voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet, og noen færre svarer at de ikke vet om helsefellesskap har ført til bedre samarbeid eller økt prioritering til de som trenger det mest i 2023 enn i 2022. Det er stort behov for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene når det gjelder målgruppene for tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og helsefellesskapene har et potensial for å bidra til forbedring i samarbeidet rundt de prioriterte målgruppene. Det er viktig at det ikke blir spesialisthelsetjenesten alene som setter agendaen for helsefellesskapene, men at kunnskap om, og erfaring med, de inkluderte målgruppene som de kommunale tjenestene har, inkluderes på en systematisk måte i samarbeidet.

^{xi} Se f.eks. helsefellesskapene Ahus: <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/helsefellesskapene-ahus?o=ahus>

I 2023 har vi tatt med følgende spørsmål i årets kartlegging:

- Har ansatte i tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap?
 - Hvis ja, hvilke(n) aktivitet(er) har dette vært og hva har ev. vært tema?
 - Har helsefellesskapet igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer?
 - Hvis ja, hvilke tiltak har dette vært?
 - I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen til de pasientene/brukerne som trenger det mest?
 - I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å bedre samarbeidet med psykisk helsevern for voksne?
 - Om dere har kommentarer til dette, skriv her:
 - I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å bedre samarbeidet med psykisk helsevern for barn og unge?
 - Om dere har kommentarer til dette, skriv her:
 - I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å bedre samarbeidet med TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling)?
 - Om dere har kommentarer til dette, skriv her:
 - Om dere har andre kommentarer/erfaringer med helsefellesskap, kan dere skrive her:
- Prioriteringer:
- Er det noen personer eller grupper av personer dere må/kan prioritere bort når dere vurderer hjelpebehov?
 - Hvis ja, hvilke personer eller grupper av personer er dette?
 - Opplever dere at det er noen personer eller grupper av personer som har behov for bistand, men som ikke ber om det?
 - Hvis ja, hvilke personer eller grupper av personer er dette?

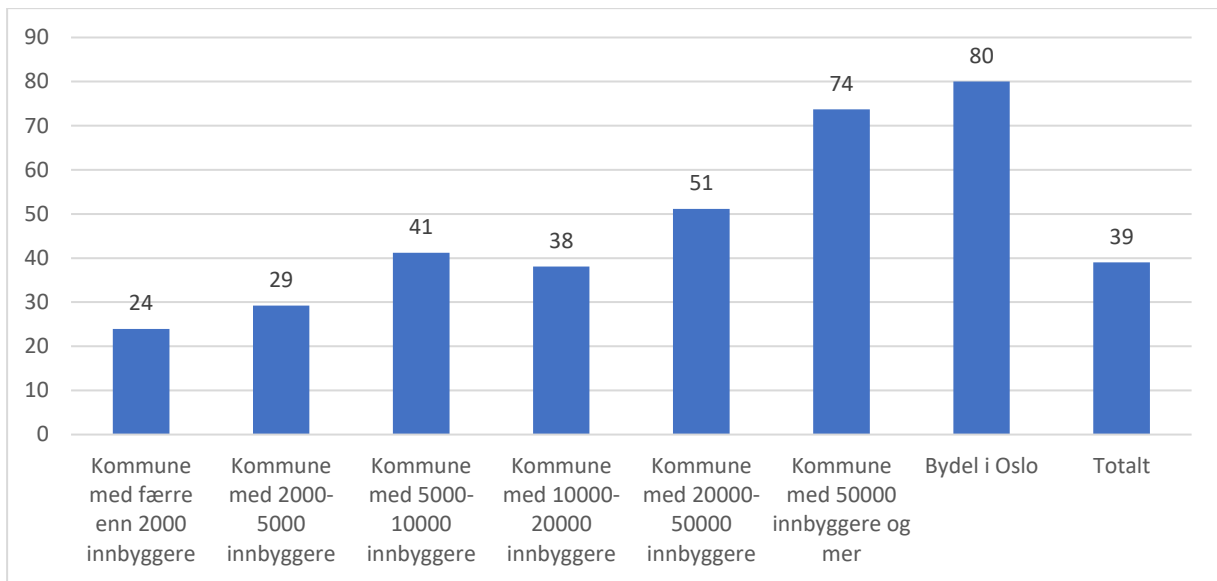
10.1 DELTAKELSE I AKTIVITETER I REGI AV HELSEFELLESKAP

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte har deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap.

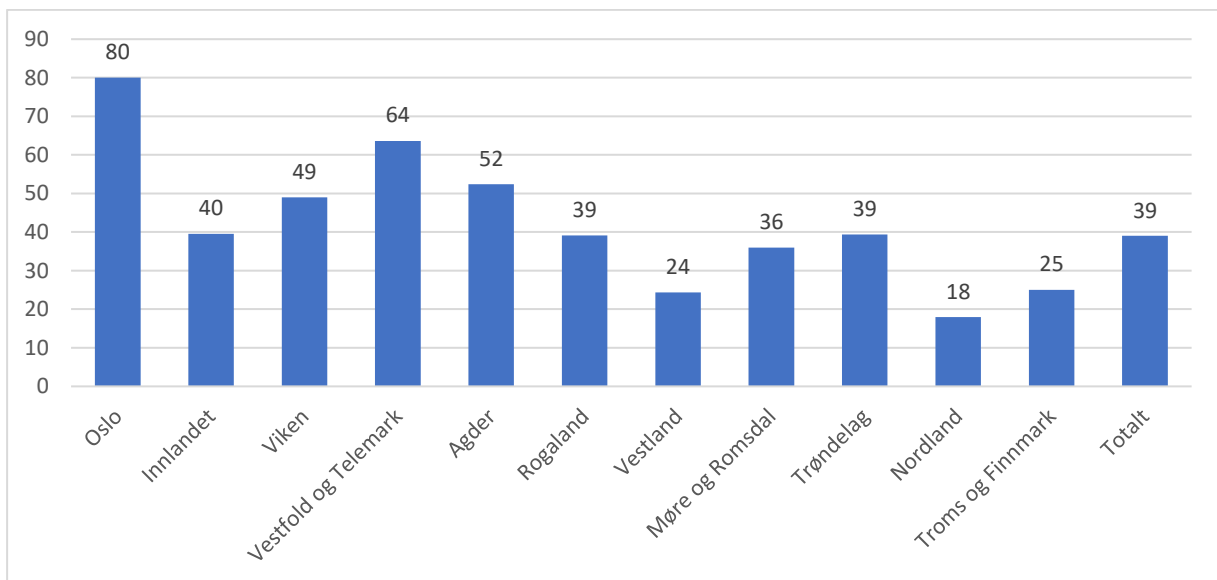
Tabell 10.1 Antall og andel som har svart at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap, 2023.

	Antall	Prosent
Ja	135	39
Nei	162	47
Vet ikke	50	14
Total	347	100

Her er det interessant å se på andel som svarer ja i forhold til kommunestørrelse (figur 10.1) og geografisk spredning (figur 10.2).

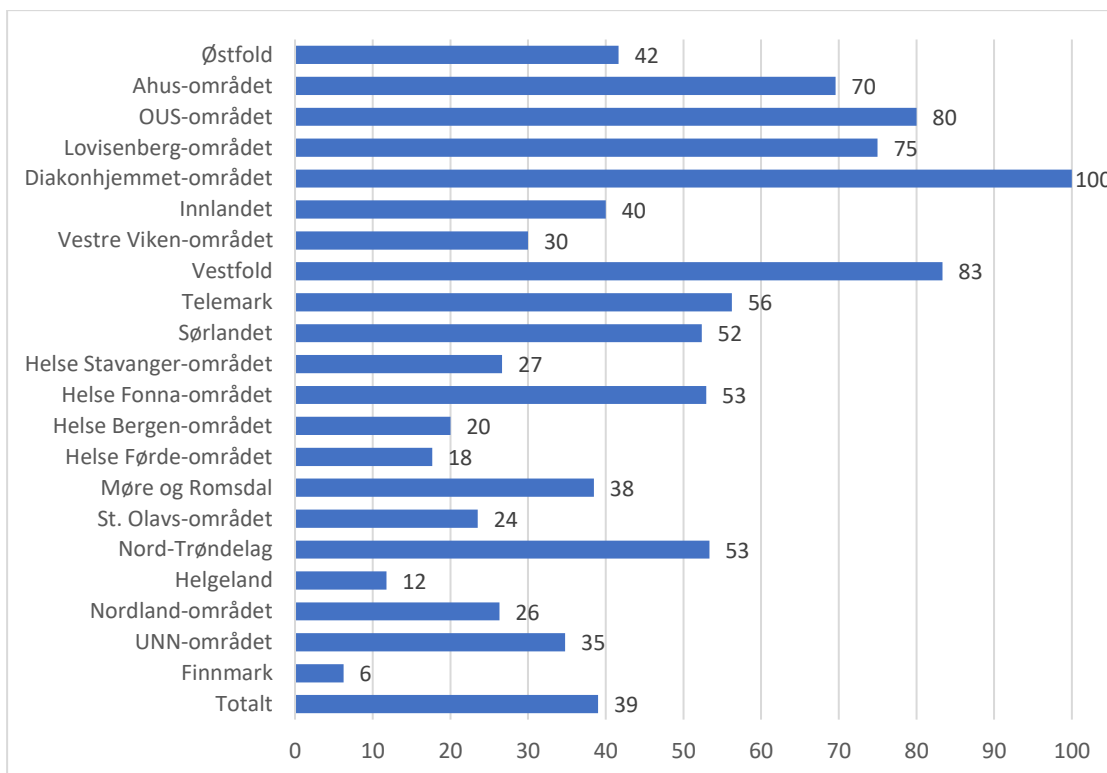


Figur 10.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 10.2 Andel kommuner/bydeler som svarer at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Fylke, 2023.

Her er det helseforetak som er det mest interessante, og som vist i figur 10.2 er det variasjon mellom opptaksområdene i andel av kommunene som har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap.



Figur 10.3 Prosent av kommuner/bydeler i opptaksområdet som svarer at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Helseforetak, 2023.

Av de 135 som har svart at de har deltatt i slike aktiviteter, er det 131 som har beskrevet hva de har deltatt på.

Fra svarene ser vi at dette dreier seg om ulike møter, seminarer, deltakelse i arbeidsgrupper, nettverk og fagdager. Noen har beskrevet mer utfyllende hva de har vært med på:

Barnekoordinator er meldt inn som representant samarbeid "barn som pårørende" i regi av helsefelleskapet, Ressursnettverk kompetansebroen.

Deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg, medarbeidere i barne- og familietjenestene har deltatt i flere delprosjekter, søsken som pårørende og dialogbasert inntak evaluering. FACT - samarbeidet, jevnlig faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten, faglig samarbeidsutvalg.

Deltakelse på 2 dagers erfaringskonferanse med samhandling som hovedtema. Vår erfaringskonsulent har deltatt som brukerrepresentant inn i arbeidsgruppe for å etablere en samarbeids/samhandlingsprosedyre mellom spesialisthelsetensta (nærmeste DPS) og kommunene tilknyttet DPSet.

Det er etablert kontaktmøte mellom spesialisthelsetjenesten St. Olavs hospital for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og Trondheim kommunes psykisk helse- og rustjenester, saksbehandlingstjeneste og tjenester til personer med utviklingshemming. Tema for møtene er informasjon om hverandres tjenester, hvordan vi skal samarbeide for å løse floker, utskrivingsklare pasienter, etablering og samarbeid om FACT team.

Fagansvarleg i tenesta deltek i Forum for psykisk helse- og rusarbeid i Telemark og arbeidsgruppa for psykisk helse- og rus i Vest-Telemark. Desse nettverka kan orientere helsefelleskapet om arbeidet sitt på forespørsel.

Fagutvalg for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer - Arbeidsgruppe som utreder muligheter for FACT-team i Grenland - Vi har et forum for psykisk helse og rus i Telemark hvor vi er med og dette forumet er tilknyttet til fagutvalget og rapporterer til dette.

Dialogsamling med Sykehuset innlandet og tilhørende kommuner der helsefelleskapet ble presentert og diskutert. Men, vi ser behov for mer informasjon rundt helsefelleskapet, og hvordan dette skal styrke samarbeid/ samhandling mellom helseforetakene og kommunene. På dialogsamlingen ble forslag til fagutvalg psykisk helse barn og unge presentert, som et forslag - dette skal behandles til høsten

Barn og unges helsetjeneste i Møre og Romsdal. Seminar i sikkerhetspsykiatrien m.m. Deltagelse i lokalt samarbeidsutvalg.

Jevnlige samhandlingsmøter mellom DPS, TSB, Fredrikstad kommune. Det har også vært møter mellom BUP og tjenester for barn og unge. Samhandlingsforum arrangert med 86 deltakere fra sykehus og kommuner i helsefelleskapet. Prioritering av innsats til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer Psykiatri og rus er et felt der det kreves samordnet innsats fra helsefelleskapet for å sørge for gode tjenester til en gruppe pasienter med store behov. Det er bedt om innspill både til vår egen handlingsplan og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Samhandlingssjef for kommunene har hatt møte med kommunerepresentanter (SSU m.fl.) for å diskutere og forankre prioriteringer. SSU inviteres til diskusjon om hvilke områder helsefelleskapet bør prioritere.

Det er blant annet etablert arbeidsgruppe med representanter fra spesialisthelsetjeneste psykisk helse og avhengighet, brukerrepresentant og en fra hver av kommunene i Vestfold som har fått et klart oppdrag om å utarbeide rutiner for forbedring av samarbeid rundt brukergruppen ROP-pasienter (herunder eks oppgavefordeling/samhandling rundt TUD)

Ledersamarbeidsforum med BUP og kommune 4 ganger i året samt brukerrettet samarbeidsforum med BUP og kommune 6 ganger i året: skolefraværworkshop, analyse av henvisningsårsak og diagnoser i egen kommune. For voksne: Faste møter i SLT med ulike fagtemaer. Fagdager på tvers - ulike fagtemaer fra gang til gang.

Samarbeidsmøter jevnlig gjennom året. Tema er hvordan vi best kan gi tjenester til de med behov. Det har vært problematisert oppfølging av TUD-pasienter, hvordan best følge de opp nå når DPS'et har overtatt ansvaret for disse pasientene.

Det har vært gjennomført møter der frivillige har jobbet med gruppens mandat. Pr tid innhentes kunnskap fra samarbeidsparter som f.eks. ambulanse, legevakt, politi, brann og redning, frivillige organisasjoner og stiftelser som alle møter mennesker med ROP-utfordringer. Gruppen skal deretter utarbeide en forsøksmodell for bedre samhandling mellom kommunale tjenester og helseforetak.

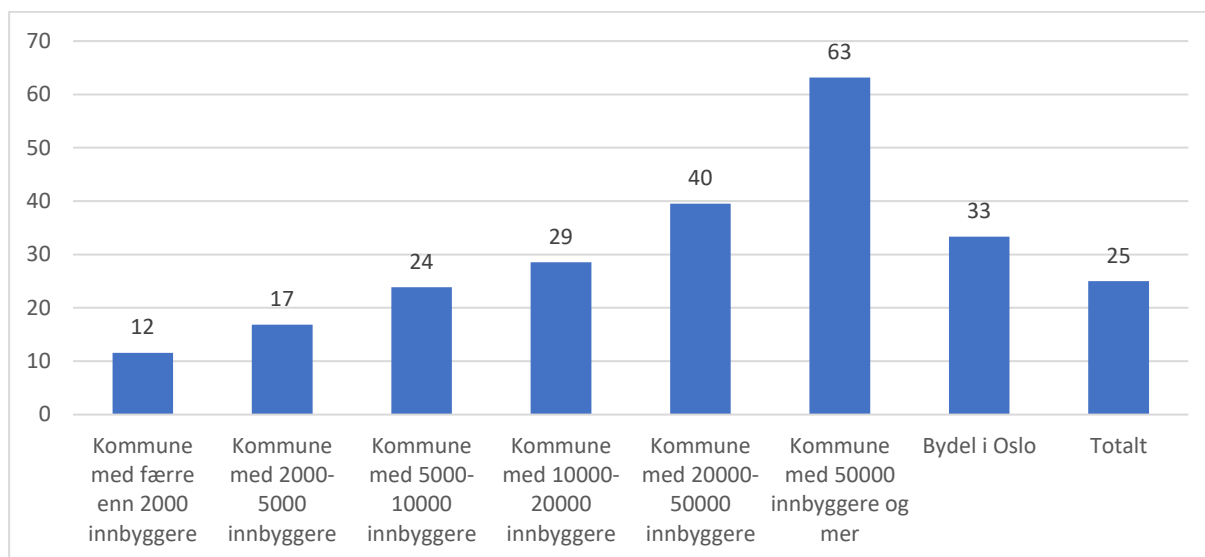
10.2 OM HELSEFELLESSKAPET HAR IGANGSATT KONKRETE TILTAK FOR Å STYRKE SAMARBEIDET OM PASIENTER MED ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDDELPROBLEMER

Det er én av fire kommuner/bydeler som oppgir at helsefellesskapet de er en del av har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

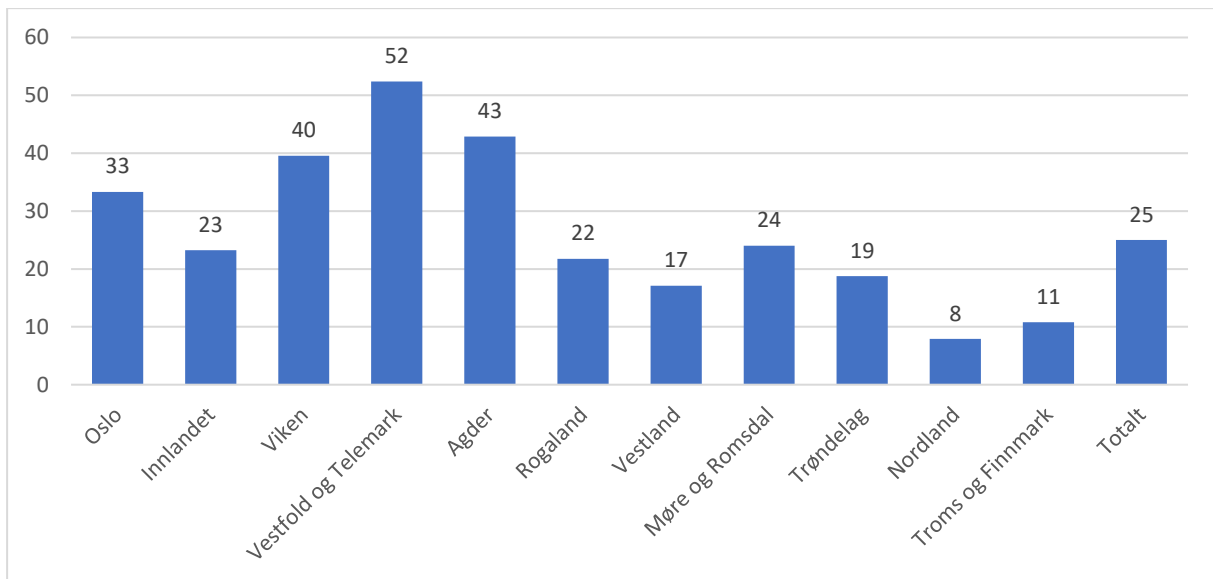
Tabell 10.2 Antall og andel som har svart på om helsefellesskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, 2023

	Antall	Prosent
Ja	85	25
Nei	118	34
Vet ikke	141	41
Total	344	100

Andelen som svarer ja øker systematisk med kommunestørrelse, og det er de samme fylkene som ligger høyt som for aktiviteter i regi av helsefellesskap.

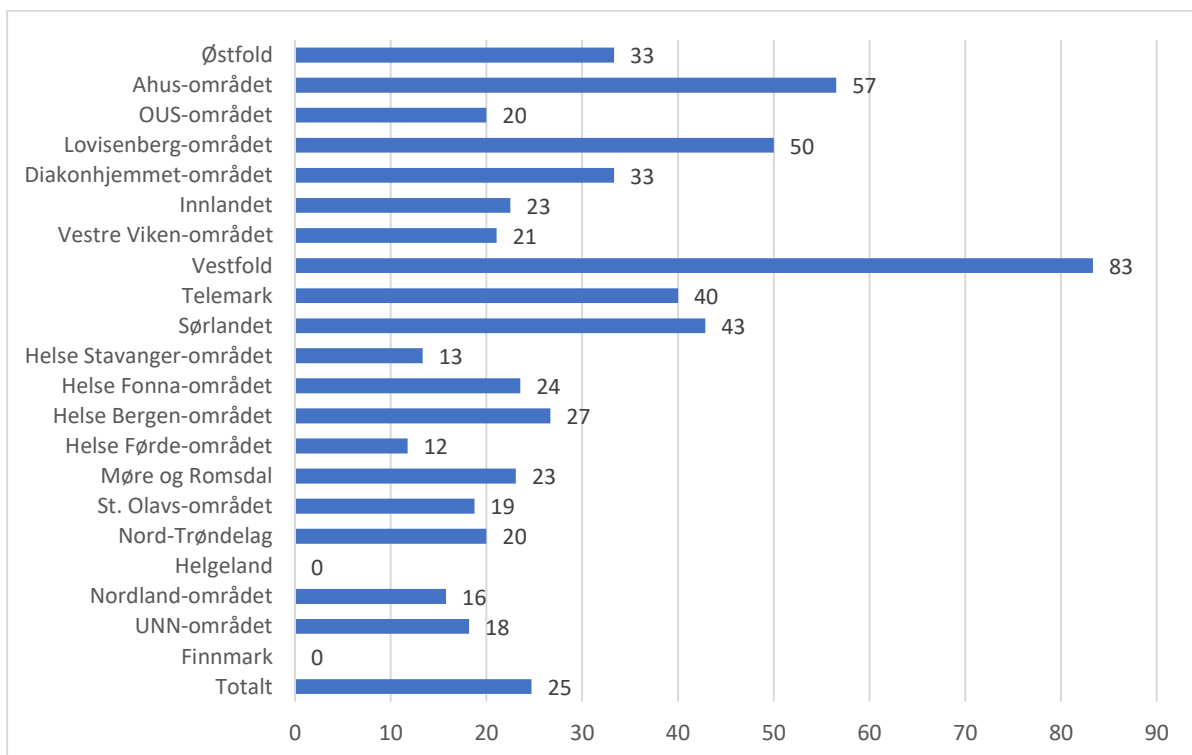


Figur 10.4 Antall og andel som har svart på om helsefellesskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunestørrelse, 2023



Figur 10.5 Prosentandel som har svart på om helsefelleskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Fylke, 2023.

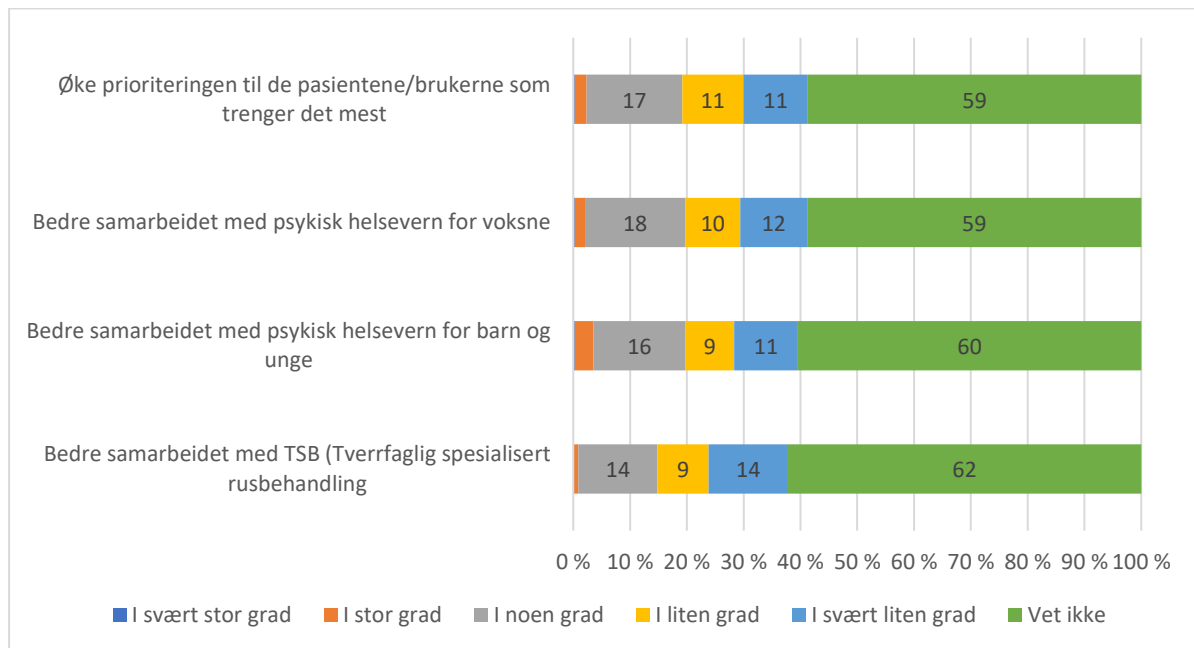
Også her er det mest relevant å se på variasjon i opptaksområdene for helseforetakene.



Figur 10.6 Prosentandel som har svart på om helsefelleskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Helseforetak, 2023.

Når vi spør hvilke tiltak dette er, nevnes samarbeid rundt FACT-team, ROP-nettverk eller bruk av tvang. Noen oppgir at tiltakene handler om barn og unge, men de aller fleste tiltakene ser ut til å handle om voksne målgrupper. Men som vist i neste figur er det foreløpig flest som svarer at de ikke vet om helsefelleskapet de er en del av har bidratt til økt prioritering av de som strenger det mest

eller om samarbeidet er forbedret. Det er ingen av disse målgruppene som skiller seg ut, men det er noen færre som svarer at samarbeidet med TSB har blitt bedre gjennom bidrag fra helsefelleskapet enn for psykisk helsevern.



Figur 10.7 Prosentandel som har svart på i hvilken grad helsefelleskapet har bidratt økt prioritering eller bedre samarbeidet, 2023

Fra kommentarene som er lagt inn ser vi at mange svarer at de har kommet i gang, men at dette vil ta tid. Noen svarer at samarbeidet har vært godt fra før, og at det derfor ikke kan forventes at helsefelleskapet skal bidra til bedre samarbeid. Men det er også noen som svarer at de ikke hører noe om helsefelleskap og at dette er noe som foregår på et høyere nivå enn på kommunalt enhetsnivå.

Når det gjelder samarbeid med psykisk helsevern for voksne, har det kommet noen kommentarer som vi tar med:

Arbeidet er i gang, men tar tid. Samarbeidet spesialisthelsetjeneste og kommune er i ferd med å bli bedre.

De ulike avdelingene blir gjennom møtene mer kjent med de faktiske forholdene rundt brukerne, og de vil derfor få en bedre tilrettelagt behandling.

Foreløpig ligger det overordnet, oppleves byråkratisk og lite praksisnært

Foreløpig liten endring i samarbeidet, men fått ein kanal til å meldebehov/ønsker.

Gjennom helsefelleskapet og samhandlingsrådet for psykisk helse og rus (nedsatt av helsefelleskapet) har blant annet bidratt til bedre samhandling.

Gjennom interkommunal rådgiver som har oversikt og passer på å gi gjensidig informasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med FACT

Helsefellesskapet er fortsatt i tidlig fase og følgelig for tidlig å stadfeste effekt av arbeidet, men det oppleves på ledernivå at kommunikasjonen er god, samt at det er etablert interkommunale nettverk som skal samhandle med spesialisthelsetjenesten rundt ulike utfordringer.

Helsefellesskapet er relativt ferskt. Pandemien har nok også bremsset noe på utviklingsrommet. FACT teamet er for vår del en satsing som avhjelper samarbeidet med spesialisthelsetjenesten noe.

Vi opplever at det fortsatt er i oppstartsfasen, og stort behov for informasjon som beskriver klart "hva som skal gjøres hvor". Det er fortsatt noe uklart for oss i kommunen hvordan dette skal fungere annerledes enn tidligere oppbygging/organisering.

Vi opplever at spesialisthelsetjenesten er lite lydhør for kommunens behov og muligheter for ivaretagelse av pasienten

Når det gjelder barn og unge, er for eksempel følgende kommentarer gitt:

Barn og unge hadde fagnettverk i forkant av helsefellesskapet sin oppstart, og ein har vidareutvikla den strukturen.

Det er mye kommunene skal håndtere på egen hånd, spørsmålet er om kommuner i Innlandet greier det alene, eller om tjenester bør bli mer interkommunale for å være robuste nok.

Det er opprettet samarbeidsmøter mellom de i kommunen og helseforetaket som jobber direkte mot tjenestemottakerne.

Det konkrete arbeidet i helsefellesskapet er ikkje kome så langt enno. Mandat for fagutval psykisk helse barn og unge er under utarbeiding.

Er i gang med felles prosjekt, samt planlegger samarbeid om psykologstilling

Helsefellesskapet her har prosjekt for å se på fagutvalg for barn og unge psykisk helse, og dette tror vi blir bra. Ut over dette opplever vi at det fortsatt er i oppstartsfasen, og stort behov for informasjon som beskriver klart "hva som skal gjøres hvor". Det er fortsatt noe uklart for oss i kommunen hvordan dette skal fungere annerledes enn tidligere oppbygging/organisering.

Samarbeidet er kommet for kort til at dette har fått effekt. Barn og unges psykiske helse er et av satsingsområdene i helsefellesskapet vårt, så det kommer.

Unge mennesker med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og kommunal oppfølging er tema i møter mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Dette er en målgruppe som utfordrer tjenestene på flere områder, og er en viktig prioritering.

Når det gjelder samarbeid med TSB, er det gitt noen kommentarer om FACT, at de er i oppstartsfasen eller at de ikke har noen fra kommunen som får behandling i TSB.

Det har også kommet 62 kommentarer på helsefellesskap generelt, og der er det flere som er inne på at dette foregår på et høyere nivå:

Øverste leder og leder for pleie og omsorg har deltatt på noe ift. helsefellesskap - men ingenting av dette er delt med Rus og psykisk helsetjeneste.

Det er utfordringer ved at helsefellesskapet ikke kan vedta hva kommunene skal følge opp. Selv om noe blir vedtatt i helsefellesskapet så betyr det ikke at alle kommuner følger opp. Dette gjør det av og til skjer lite med det som vedtas eller at det kun følges opp av noen kommuner.

Det oppleves i kommunene som om det er meir tilrettelagt for samarbeid med spesialisthelsetenesta når det kjem til arbeid med vaksne, enn det er for samarbeid med born.

Usikkerhet knyttet til kva helsefellesskapet er, ihvertfall på barne og ungsomsfeltet. Og heller ikkje på voksefeltet.

Fastlege er med på helsefellesskapsmøtene som vidare informerer fastleger i de tre sektorene om kommunale tilbud. Flere pasienter har søkt seg inn til tjenester på bakgrunn av dette.

Fokuset blir ofte stort på utskrivningsklare pasienter og økt press på tjenestene på begge nivå. Fokuserer også på hvordan vi kan samarbeide bedre om utskrivningsklare pasienter gjennom felles forståelse. I tillegg spørsmål om endringer i organisasjon og organsiering av tjenester.

Helsefellesskap bidrar til at personalet kan holde seg faglig oppdatert, hente råd og yte en bedre tjeneste.

Vi er ikke kjent med at det er igangsatt noe arbeid på dette området.

Vi har ikke erfaring med helsefellesskapet - har ikke kjennskap til hva det gjør/skal gjøre.

Vi hører ingenting om helsefellesskapet ute i tjenestene.

10.3 GRUPPER SOM IKKE PRIORITERES

I 2023 har vi forsøkt å finne ut om det er noen personer eller grupper av personer kommunene prioriterer bort når de vurderer hjelpebehov, og det er 94 prosent av kommunene/bydelene som har svart (n=348). Det er 106 kommuner (30 prosent) som svarer at det er noen som ikke må/kan prioriteres. Det mest interessante er hvilke grupper dette er.

Tabell 10.3 Er det noen personer eller grupper av personer dere må/kan prioritere bort når dere vurderer hjelpebehov?

	Antall	Prosent
Ja	106	30
Nei	195	56
Vet ikke	47	14
Total	348	100

Når vi går gjennom svarene ser vi at det er stor variasjon mellom kommunene. Noen presiserer at de ikke «prioriterer bort», men at de prioriterer de ned ved å sette de på venteliste. Dersom de vurderes å ikke ha behov for psykisk helse- og/eller rustjenester, kan de henvise til andre tilbud som frisklivssentralen og ulike tilbud drevet av frivillige organisasjoner. De som har lavterskeltjenester, som RPH, oppgir at de henviser til dette tilbudet dersom det ikke er høy grad av alvorlighet eller stort

funksjonsfall. Andre oppgir at alle får tilbud om kartlegging, og at resultatet av kartleggingen viser hvilket tilbud de skal få. Det virker også å være en del kommuner som nå opplever stor pågang, som kanskje for første gang har måttet diskutere prioriteringer.

Det er ingen grupper som systematisk kan prioriteres bort. Det avhenger av individuelle vurderinger, tidvis vurdert opp mot alvorlig, kostnad og nytte. Kommunen har et beskrevet ansvar i alle hovedforløp, fra mild og moderat, til langvarig og komplekse. Det jobbes med å se om det er ulike oppgaver som kan ivaretas av andre enn kommunalt ansatte, slik som bruker selv, pårørende, frivillige eller organisasjoner. Dette handler mer om individuelle vurderinger av nivå på tjenester og hva den enkelte selv må sørge for, fremfor å prioritere bort grupper av personer.

Noen oppgir hvilke grupper som får høyest prioritering:

Gravide, småbarnsforeldre, barn/unge under 18 år og alvorlige tilstander blir prioritert først

Personer med kortvarige og midlere forløp prioriteres lavere, når det ikke er barn involvert. Man kan ikke i like stor grad som før følge opp med "støttesamtaler" over tid. Det gjøres en betydelig hardere prioritering av hvem som kan få bistand fra kommunal tjeneste. Man forsøker å guide inn til lavterskeltilbud som f.eks. støttekontakt eller gruppetilbud der det er mulig.

Det er også en del som oppgir at de ikke kan prioritere følgende grupper:

Personer med lette psykiske helseutfordringer uten mindreårige barn.

Brukere som tilhører hovedforløp 1 - terskelen er hevet og det brukes venteliste.

De med milde og minst symptomer med minst hjelpebehov

Dersom deres symptomtrykk ikke medfører nedsatt funksjonsevne i hverdagen, og disse kan tilbys for eksempel kurs eller lignende for å mestre sine symptomer bedre

Normale hendelser og livskriser og sorg oppgis av flere:

Brukarar som er i livskrise og sorg.

Barn med påregnelige og forbigående plager knyttet til normale hendelser og normale livsfasereaksjoner. Der veiledes foreldre, barnehager/skoler ved sosiallærere/pedagoger slik at de kan støttes barnet/ungdommen. Tilbyr regelmessig foreldrestøttende grupper, gir tips om selvhjelp, validering, men normalisering.

De med lettere psykiske helseplager, som naturlige livsløpsplager, (sorg, tapssituasjoner) Henviser til selvhjelpstiltak og lag/foreninger, frisklivssentre.

For voksne gjelder det personer med normalutfordringer innenfor et livsløp.

Men om de ikke har et tilbud å henvise de videre til, er det vanskeligere:

Me møter personar som har ei formeining om at dei har psykiske utfordringar, men som me (saman med dei) kjem fram til at er normalreaksjonar på belastning, livssituasjon eller anna. Men vanskeleg å seie at dei skal prioriterast bort.

Mennesker med lettere helseutfordringer så som søvnevansker, angst, depresjon. Gode selvhjelpsløsninger trengs.

Milde og moderate psykiske plager. Sorg. Personer som står i fare for å bli sykemeldt som følge av stress og utbrenthet.

Ensomhet og sosiale problemer nevnes av noen:

Henvisninger som utelukkende er begrunnet i ensomhet eller økonomiske forhold kan bli prioritert bort og få avslag på søknad om tjenester i psykisk helse og rustjenester

Autisme nevnes også av noen kommuner:

Familier med barn innen autismespekteret som søker om veiledning direkte inn i hjemmet, her har vi ikke et tilbud. Ellers diskuterer vi prioriteringer for tiden da pågangen er stor. Det er ikke alltid vi klarer å gi tilbud om det de ønsker. Noen søker for eksempel om samtaler, men får tilbud om Assistert selvhjelp.

Noen kommuner har ikke tilbud utover miljøtjenester til voksne i forløp 3:

Alle som faller inn under hovedforløp 3 blir henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten, men kan få miljøtiltak i kommunen.

Andre oppgir hvem de ikke prioriterer uten å beskrive nærmere:

Hovedforløp 1 og 3 - barn og unge. Hovedforløp 2 - voksne

Dersom de får behandling i spesialisthelsetjenesten eller har behov for andre tilbud, kan kommunene prioritere å heller hjelpe andre:

Alt ettersom behovet er. Har dei teneste i 2. linje, så kan det hende dei greie seg med det utan kommunalteneste. Vi pleie å samarbeide med dei. Må sjå på funksjon/funksjontap, alder, nettverk, arbeid. Vurdere totalbelastning.

Der andre helsetjenester er inne blir dette noe nedprioritert. Kortere oppfølgingsperiode ved milde/moderate utfordringer, med informasjon om at ved behov kan tjenestene søkes på nytt senere.

Der me ser at dei treng hjelp av spesialisthelsetenesta eller der me vurderer at dei treng eit anna hjelpetilbod.

Eller at de har andre kommunale tjenester eller henvises til annen oppfølging:

Brukere som har fått bolig i bemannet bofellesskap mister ofte muligheten til å benytte kommunens hjelpeapparat på lik linje med andre innbyggere. Det ligger en forventning i at "boligen" er selvforsynt.

Brukere som har tjenester fra flere tjenesteområder

Eldre (over 70?) med psykiske lidelser får ordinære hjemmetjenester

Høy alder - overføres hjemmesykepleien

Vi ser også iblant at dersom vi må nedprioritere noen pasienter, er det de som har tjenester hos andre enn psykisk helsearbeid f.eks hjemmetjenesten.

Eller de ser at det er andre som klarer å følge opp:

De med mildere og mindre alvorlig, og kortvarige lidelser, samt det som vi ser har flere tilbud og instanser inne som kan ivareta dette i en periode.

De med moderate psykiske helseplager som har andre tjenester som dekker behovet, eller som kan få dekket sitt behov på et lavere nivå

Dei som har andre tenesteytingar og som dermed har forsvarleg helsehjelp/tenester

Men noen må prioritere ned eldre:

Eldre der ensomhet er utfordringen.

Eldre over 70 år

Eldre som bor i bemannede boliger (omsorgsboliger/sykehjem)

I en periode med fravær og høyt arbeidspress, er eldre som mottar heldøgnsomsorg/ hjemmetjenester prioritert ned.

Kun en av kommunene nevner personlighetsforstyrrelser:

FACT psykisk helsetilbud: Personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse gis begrenset tilbud

Noen henviser til prioriteringsveilederen:

Benytter oss av prioriteringsveilederen slik at en sikrer at pasient får behandling på riktig nivå.

Større kommuner har mange tilbud de kan henvise videre til om de ikke kan prioritere de:

For å ta unna viser vi ofte kjapt videre, om forsvarlig/ mulig: - Samlivsbrudd/ foreldrekonflikter må til familievern i byen (stiftelse), - milde symptomer går til helsesykepleier og får veiledning av Psykisk helseteam BF, - støtte/ hjelp/ veiledning til pårørende til pårørendesenteret (Sanitetsforeningen), - voldsproblematikk til Krisesenteret

Henvisninger vedrørende ektepar/samboere som ikke har barn og som har samlivsutfordringer. Anbefaler de andre typer tiltak. Ved sorg, har vi et godt samarbeid med Diakonene i kommunen og de tar ofte disse sakene. De med fysiske utfordringer, der hovedutfordringen er isolasjon, samarbeider vi med besøkstjenesten og frivillige organisasjoner.

En av kommunene vil ta i bruk nytt verktøy for å kunne prioritere bedre:

Fram til nå har vi ikke gjort det. Kommunen vil i løpet av 2023 bruke ressurskalkulator som vil bidra til å gjøre prioriteringer, samt at det er utarbeidet en tjenesteguide som presiserer kriteriene for å utløse rettighet på ulike vedtakstjenester

Noen oppgir at de må prioritere ned de med størst hjelpebehov, og at tilbud til noen handler om behovet til andre:

Dei som har rett på hjelp frå spesialisthelsetenesta skal hovudsakleg få sitt tilbod der. Tidsavgrensa tilbod etter behov til dei som ikkje treng oppfølging over lang tid. Ved avgrensa ressursar må me nokre gonger prioritere bort kjende brukarar med kjende problemstillingar. Får då berre hjelp til det mest nødvendige.

Det hender ofte at vi må flytte avtaler for å prioritere de med mest akutte behov og dermed flytte på de med mindre alvorlige og ikke-akutte problemer

Dette er en løpende vurdering - når det er krise for en, må vi velge bort en som er i en stabil periode.

Forebygging oppleves å ikke kunne prioriteres høyt nok av noen:

Nedprioriterer noe i forløp 1, samt forløp 0, forebygging. Bruker veiledet internettbehandling, gruppeterapi og kurs for å bidra til bedre kapasitet i forløp 1.

Normalbefolkning når det gjelder helsefremmende forebygging.

Normalreaksjoner, livsbelastninger, utmattelse/utbrenthet. Forebygging.

Noen prioriterer etter behov:

Må prioritere ned de med milde forløp for å kunne tilby de med store behov.

Man må prioritere ned tjenester som ikke er lovpålagte.

Noen gjør som spesialisthelsetjenesten, og sier at de som ikke nyttiggjør seg av tilbudet prioriteres ned:

Kroniske pasienter med samme utfordringsbilde som ikke nyttiggjør seg behandling/oppfølging.

Langvarige alvorlige lidelser som ikke responderer på samtaleterapi

Det er kanskje ikke overraskende at noen kommuner nå begynner å benytte samme språk som spesialisthelsetjenesten («nyttiggjør seg behandling/oppfølging»), men da er det stor fare for at de sykeste ikke får hjelp, hverken av spesialisthelsetjenesten eller av kommunene.

Noen nevner også barn av flykninger som en gruppe som de ikke får prioritert:

Mulig at vi ikke gir god nok oppfølging til barn av flykninger, pga. språkproblemer og mangel på kompetanse om traumer PTSD.

Kapasitetsutfordringer fører til lavere prioritering på flere områder:

Det er ikkje kapasitet til å hjelpe dei som får hjelp andre plassar, då slappar ofte kommunen av i staden for å ha nok ressurser til å få til intensivt og godt arbeid ilag med td spesialisthelsetenesta evt barnevern. Presset er så stort på dei få som jobbar i tenesta, så det gir sjukmelding og lite kapasitet til oppfølging. Det er heller ikkje kapasitet til å hjelpe dei med mindre symptom, slik at ein får forebygge.

10.4 UDEKKEDE BEHOV FOR TJENESTER

Det er 255 kommuner/bydeler som har beskrevet grupper som har udekkede behov for tjenester. Det som kommer fram av svarene er særlig følgende grupper:

- Ungdommer, gutter spesielt, som har mistet retning og mål i livet.
- Menn i alle aldre som ikke søker hjelp.
- Vold og overgrep i nære relasjoner, unge gutter, også fra etniske minoriteter.
- Barn og unge uteblir fra skolen, men som ikke opplever det som et problem å være hjemme.
- Personer med alkohol- og rusavhengighet som ikke søker hjelp
- Barn i konfliktfylte hjem med skilte foreldre
- Barn og unge som ikke ber om hjelp, men som opplever skam knyttet til for eksempel barnefattigdom og lav sosioøkonomisk status
- Enslige mindreårige flyktninger og flykninger generelt
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk (ROP) som ikke ønsker hjelp og som er samtykkekompetent
- Alvorlig syke som ikke vil plage andre, typisk eldre.

10.5 OPPSUMMERING

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap. Det er betydelig variasjon i hvor stor andel av kommunene som oppgir å ha deltatt i ulike HF-opptaksområder. Det er én av fire kommuner/bydeler som oppgir at helsefellesskapet de er en del av har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

I 2023 har vi forsøkt å finne ut om det er noen personer eller grupper av personer kommunene prioriterer bort når de vurderer hjelpebehov, og det er 30 prosent som svarer at det er noen som ikke må/kan prioriteres.

Når vi går gjennom svarene ser vi at det er stor variasjon mellom kommunene. Noen presiserer at de ikke «prioriterer bort», men at de prioriterer de ned ved å sette de på venteliste. Dersom de vurderes å ikke ha behov for psykisk helse- og/eller rustjenester, kan de henvise til andre tilbud som frisklivssentralen og ulike tilbud drevet av frivillige organisasjoner. De som har lavterskeltjenester, som RPH, oppgir at de henviser til dette tilbudet dersom det ikke er høy alvorlighet eller stort funksjonsfall. Andre oppgir at alle får tilbud om kartlegging, og at resultatet av kartleggingen viser hvilket tilbud de skal få. Noen oppgir at de ikke kan prioritere det som kan være normale hendelser i et liv, livskriser, sorg, ensomhet og sosiale problemer. Andre oppgir at de prioriterer ned de som får tjenester fra andre, slik at de kan hjelpe de uten annet tilbud først. Andre igjen, opplever å ikke kunne prioritere forebygging pga. stor pågang. Andre oppgir at kapasitetsutfordringer fører til at noen må prioriteres ned. Det er også noen som forklarer at dersom én tjenestebruker får store utfordringer, må andre tjenestebrukere vente på bistand – dvs. en klassisk prioriteringssituasjon.

11 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

I proposisjon 121 (2018-2019) fremla den forrige regjeringen Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019-2024. 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 framsettes som hovedmålsetninger for planen. Ifølge en nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid ¹²⁰, 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 fram i Opptappingsplanen som viktige tiltak, som svar på denne etterspørselen fra kommunen.

Barnevernsreformen trådte i kraft 1.1.2022.^{xii} Målene i reformen blir kun oppnådd gjennom endringer i hele oppvekstsektoren. Derfor blir barnevernsreformen i tillegg omtalt som en oppvekstreform. Den flytter mer ansvar til kommunene på barnevernsområdet. Reformen skal bidra til å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats, og fra og med høsten 2022 gis barn og unge som trenger koordinerte tjenester, rett til en barnekoordinator. Reformen er forankret i Prop. 73 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreform). Innstillingen Innst. 354 L (2016–2017).

Bakgrunnen for reformen er at ansvaret for barnevernet er delt mellom stat og kommune, og at dette har ført til utfordringer:

- denne ansvarsdelingen har bidratt til utfordringer
- enkelte beslutninger tas langt fra brukerne
- uklare ansvarsforhold kan føre til uforutsigbarhet i tilbudet og samhandlingsutfordringer

Mål med reformen er:

- Kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging.
- Hjelpen skal bli bedre tilpasset barn og familiers behov.
- Rettsikkerheten til barn og familier skal bli godt ivaretatt.
- Ressursbruken og oppgaveløsningen i barnevernet skal bli mer effektiv.

Den nye Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033) presentert i Meld. St. 23 (2022-2023) har også flere resultatmål som handler om barn og unge. Blant annet skal barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager reduseres med 25 prosent i planperioden, andelen unge som blir uføre med psykiske plager og lidelser skal reduseres, ventetiden i spesialisthelsetjenesten skal ned for barn og

^{xii} <https://ny.buudir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/hva-er-barnevernsreformen/>

unge, og barn og unge som henvises til psykisk helsevern skal få tilbud om vurderingssamtale for avklaring. I 2023 er følgende spørsmål om barn og unge tatt med i IS-24/8:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)?
- Har kommunen/bydelen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?
- Har kommunens/bydelens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?
- Hvilke tjenester i kommunen/bydelen er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem?
- Er dere kjent med at det er innført Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus?
- Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022?
 - Hvordan var dere involvert?
- Har kommunen/bydelen egen/egne barnekoordinator(er)?
- I hvilken grad samarbeider kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med barneverntjenesten?
 - Beskriv eventuelle utfordringer i samarbeidet med barnevernstjenestene
 - Har dere forslag til hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom barnevernstjenestene og kommunalt psykisk helsearbeid?

11.1 DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING

Som vist i tabell 11.1 er det 73 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen, en liten økning fra 66 prosent i 2022. Det er 6 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2023, mot 9 prosent i 2022.

Tabell 11.1 Antall og andel som svarer på i hvilken grad kommunen/bydelen har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021-2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	66	20	73	23	81	25
I stor grad	162	50	135	43	158	48
I noen grad	75	23	79	25	67	20
I liten grad	18	6	22	7	17	5
I svært liten grad	4	1	5	2	4	1
Total	325	100	314	100	327	100

Vi har analysert de som svarer i stor eller svært stor grad og finner ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke, og dette er som i 2022.

11.2 LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Om vi antar at de som har svart i svært stor eller stor grad har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, er det 70 prosent av kommunene som har dette, se tabell 11.2. Videre kan svarfordelingen bety at 11 prosent ikke har et tilbud utover fastlegetilbudet og helsestasjon, mens 19 prosent har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen.

Tabell 11.2 Grad av lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, 2021 og 2022.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	71	22	81	26	78	24
I stor grad	152	47	129	41	149	46
I noen grad	66	20	78	25	63	19
I liten grad	22	7	12	4	24	7
I svært liten grad	14	4	13	4	13	4
Total	325	100	313	100	327	100

Det er ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse i 2023, men det er noen forskjeller mellom fylker, som består også når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Bydelene i Oslo, kommunene i Viken, Rogaland og i Trøndelag har litt høyere andel med lavterskeltilbud enn de andre kommunene.

11.3 TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Nær halvparten av kommunene/bydelene (49 prosent) svarer at de i stor eller i svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 34 svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2023. Det er relativt små endringer i svarfordelingen fra 2021 til 2023.

Tabell 11.3 I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021 - 2022.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	32	10	35	11	44	14
I stor grad	122	38	101	32	114	35
I noen grad	113	35	124	39	110	34
I liten grad	47	15	45	14	48	15
I svært liten grad	9	3	9	3	8	2
Total	323	100	314	100	324	100

Det er ingen systematiske forskjeller i andel som svarer i svært stor grad eller i stor grad etter kommunestørrelse eller fylker i 2023.

11.4 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

Det er få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, se tabell 11.4. Andel som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 71 prosent i 2022. Det er marginale endringer i svarfordelingen fra 2022 til 2023.

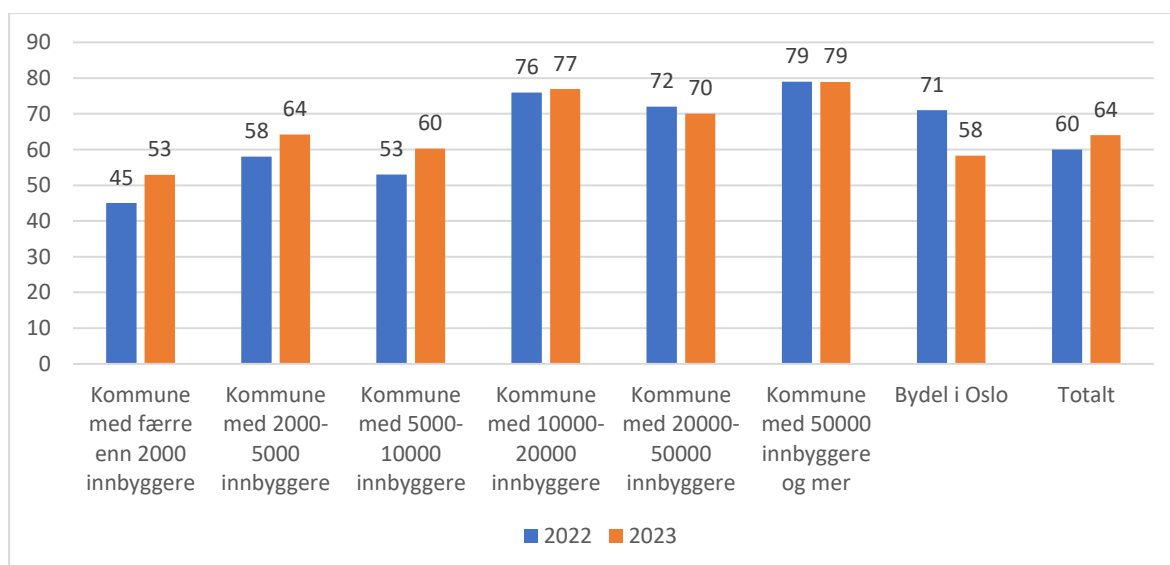
Tabell 11.4 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2018-2023.

	2018		2019		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0	5	1	3	1	2	1	4	1
I liten grad	8	2	6	1	7	2	12	4	17	5
I noen grad	76	19	72	17	75	23	74	23	75	23
I stor grad	235	57	241	59	167	51	146	46	146	45
I svært stor grad	90	2	88	21	73	22	81	26	85	26
Totalt	409	100	412	100	325	100	315	100	327	100

Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i svarene på dette spørsmålet i 2023, som i 2022.

11.5 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2022 hadde denne andelen økt til 60 prosent og i 2023 var det 64 prosent som svarte at de har en slik overordnet handlingsplan/strategi. Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 11.1, men det er ikke fylkesforskjeller når vi kontrollerer for størrelsen på kommunene. Det er ikke stor variasjon mellom 2022 og 2023 når vi grupperer kommunene etter kommunestørrelse.



Figur 11.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Kommunestørrelse, 2022 - 2023.

11.6 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. I 2019 hadde andelen sunket til ni prosent, og i 2020 og i 2022 var andelen åtte prosent. I 2023 er andelen 7 prosent, så det går sakte, men sikkert, nedover med antall kommuner som ikke har slike prosedyrer. Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner av ulike størrelse eller i ulike fylker.

Det er også gitt anledning til å gi en åpen kommentar til spørsmålene om barn og unge, og der har noen oppgitt at de holder på å utarbeide en handlingsplan eller oppvekstplan, mens andre oppdaterer planer eller har innført BTI.

11.7 KARTLEGGING, IDENTIFISERING OG OPPFØLGING AV UNGE MED RUSMIDDEL-PROBLEM

I 2022 og 2023 har vi tatt med et spørsmål om hvilke tjenester i kommunen/bydelen som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem.

Det er 298 kommuner/bydeler (80 prosent av alle) som har beskrevet hvilke tjenester dette er. Det som kommer frem, er en lang rekke tjenester:

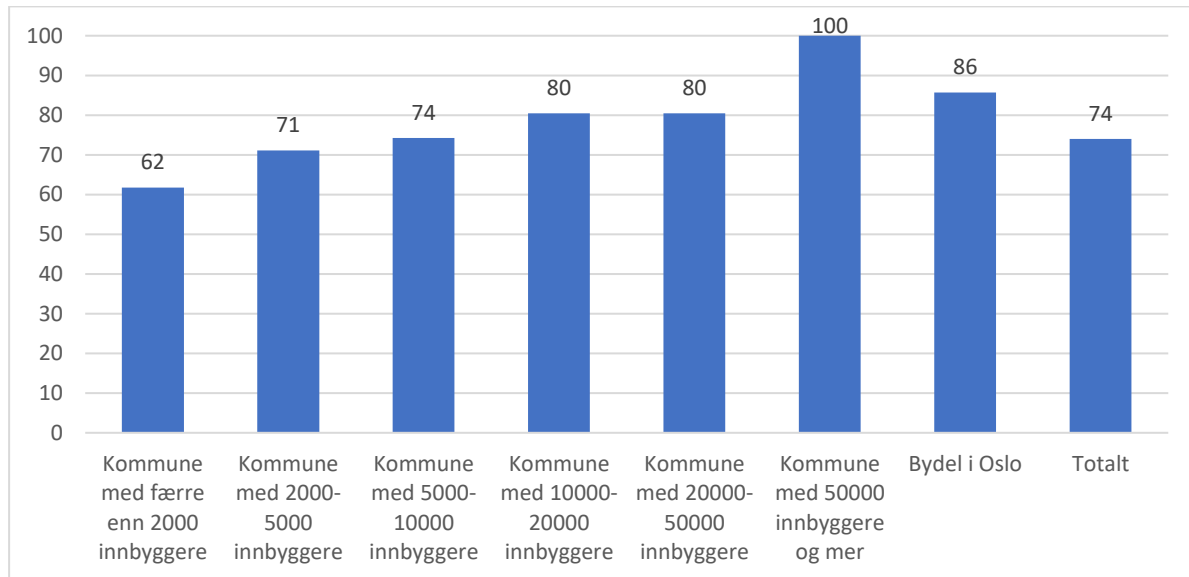
- Alle som arbeider med barn og unge jf. BTI-veileder.
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- SLT-koordinator
- Legetjenester, fastleger, legevakt
- Utekontakter, ungdomskontakt
- Familieteam, barne- og familietjeneste
- Barnevern
- Ruskoordinator
- Folkehelsekoordinator
- NAV
- Politiet
- Kriminalitetsforebyggende rådgiver
- Psykisk helse- og rustjenester
- Fængselslege
- Barnehage
- Skole, sosiallærere
- Kommunepsykolog
- PPT
- Miljøterapeuter
- Omsorgsboliger
- Familiens hus
- Forebyggende helsetjenester
- RPH
- Fritidskonsulent/fritidsklubber/Fritidstilbud

- OBS-team
- Los-tjeneste/Los-koordinator
- Ung Data
- Flyktningetjeneste
- Lavterskel oppsøkende rusteam
- Lokalsamfunn
- Brannvesenet
- Koordinerende team barn og unge
- Ambulant team voksne
- Rop-tjenester
- Ung arena
- Ungdomsbase
- Stangehjelpa

Dette er det samme som kom frem fra samme spørsmål i 2022.

11.8 KJENT MED NASJONALT FORLØP FOR BARNEVERN - KARTLEGGING OG UTREDNING AV PSYKISK, SOMATISK OG SEKSUELL HELSE, TANNHELSE OG RUS

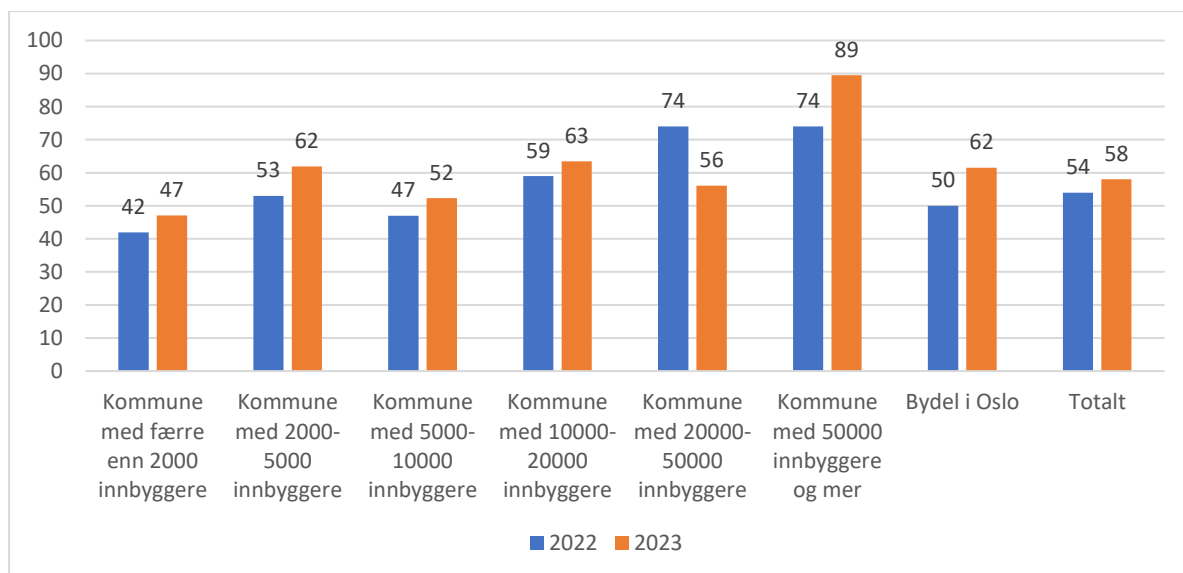
Det er 332 kommuner/bydeler (89 prosent) som svarer på spørsmålet om de er kjent med at det innføres et nasjonalt forløp for barnevern. Av disse er det 74 prosent som svarer at de er kjent med dette, og andelen er høyest blant de største kommunene (se figur 11.2). Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.



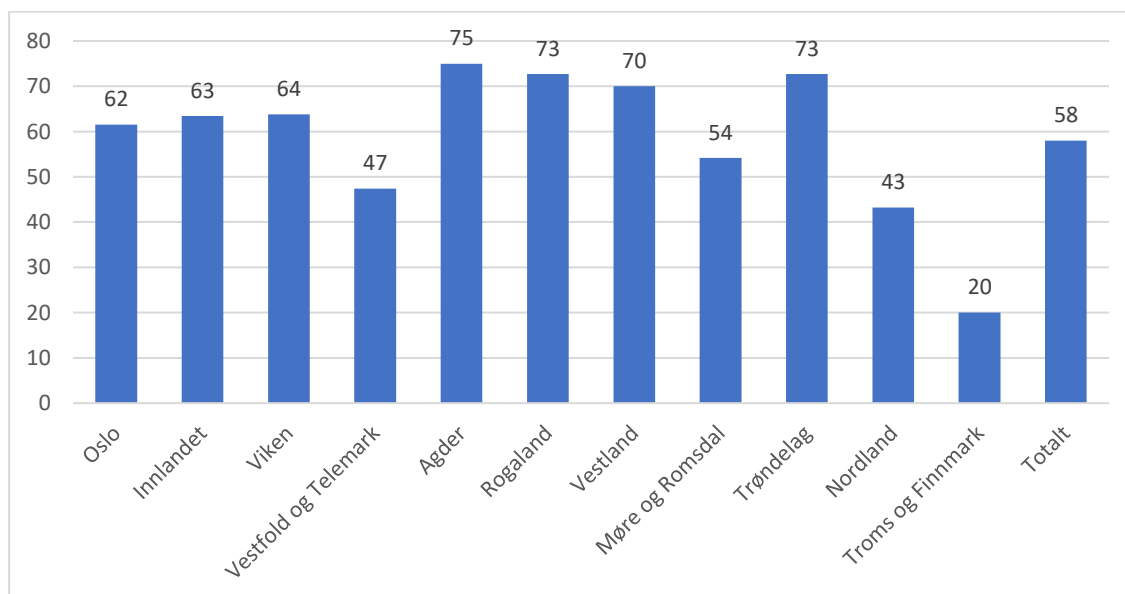
Figur 11.2 Andel kommuner som svarer at de er kjent med at det er innført Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus, 2023.

11.9 VÆRT INVOLVERT I DISKUSJONER OG PLANARBEID I FORBINDELSE MED BARNEVERNREFORMEN

Det er 331 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (89 prosent), og 58 prosent av disse (n=192) har svart at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. Andelen er høyest i de største kommunene, se figur 11.3. I 2023 var det også noen systematiske forskjeller mellom fylker (se figur 11.4), der særlig få av kommunene i Troms og Finnmark har vært involvert.



Figur 11.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 11.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. Fylke, 2023.

Det er også tatt med et spørsmål om hvordan de var involvert. Det er 169 som svarer på hvordan de var involvert, og her kommer følgende frem:

- Deltakelse på møter (informasjonsmøter/personalmøter, tverrfaglige samarbeidsmøter etc.)
- Deltakelse i arbeidsgrupper
- Deltakelse i planarbeid
- Ledere for psykisk helse – og rusarbeid samarbeider med ledere for barnevern
- Gjennom diskusjoner
- Gjennom høringsrunder
- Gjennom ulike prosjekter

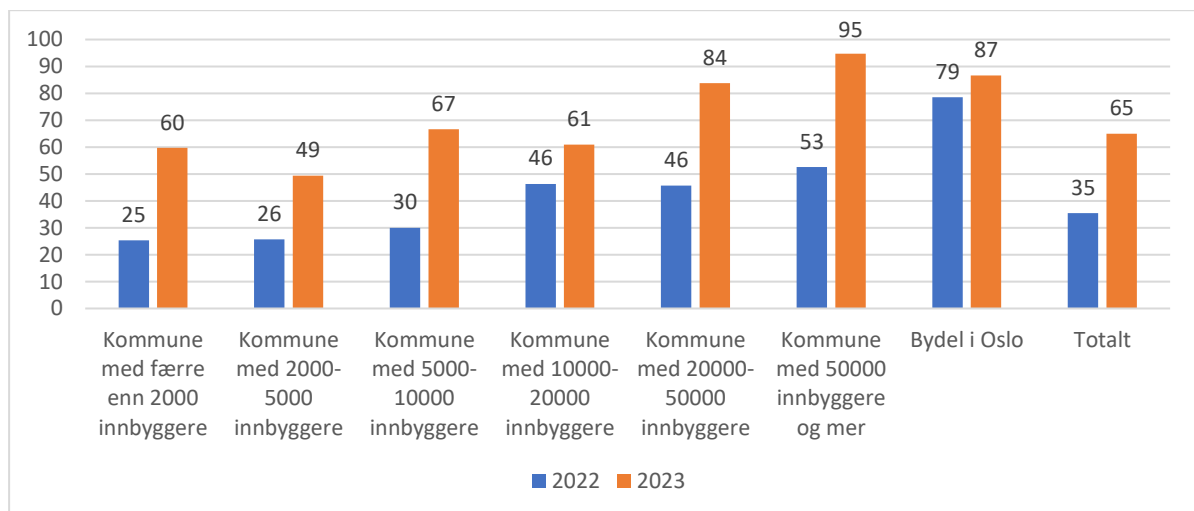
11.10 BARNEKOORDINATORER

Det er også spurt om kommunen/bydelen har egen/egne barnekoordinator(er), og det er 339 kommuner/bydeler som har svart på dette (91 prosent). Av disse, er det 65 prosent som svarer at de har egen barnekoordinator, se tabell 11.5. Dette er en stor økning fra 2022, da andelen var 35 prosent.

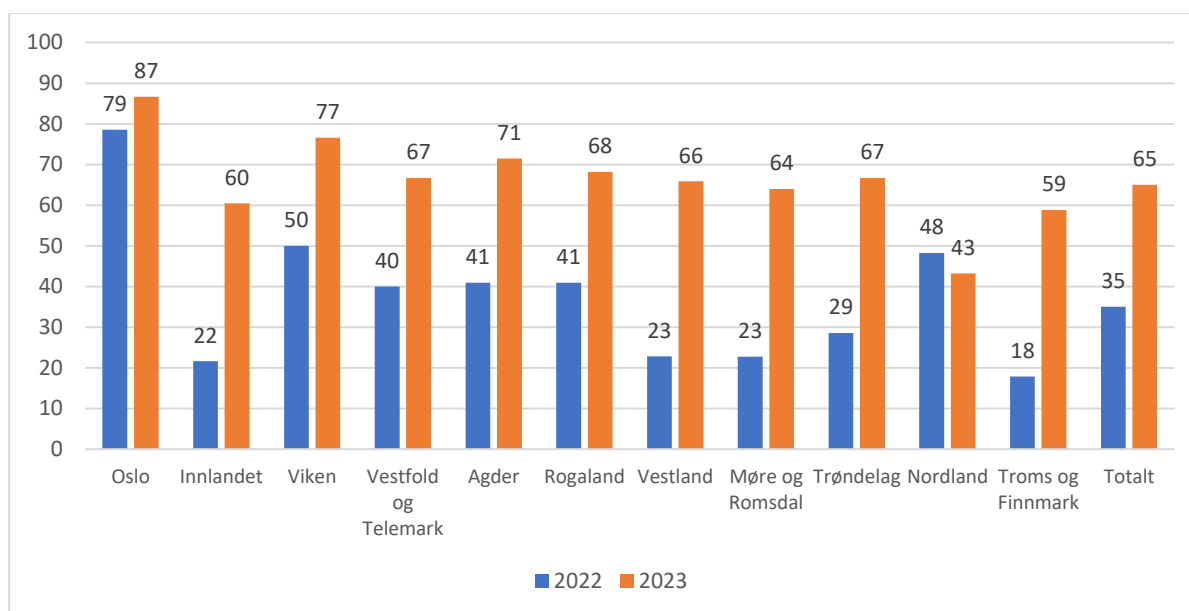
Tabell 11.5 Antall og prosent av kommunene som svarer på om de har egen/egne barnekoordinator(er), 2022 - 2023.

	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	110	35	220	65
Nei	200	65	102	30
Vet ikke			17	5
Total	310	100	339	100

Det er betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, og mellom fylker, også når vi kontrollerer for størrelse.



Figur 11.5 Prosent av kommunene som svarer at de har egen/egne barnekoordinator(er). Kommunestørrelse, 2022 og 2023



Figur 11.6 Prosent av kommunene som svarer at de har egen/egne barnekoordinator(er). Fylke, 2022 og 2023.

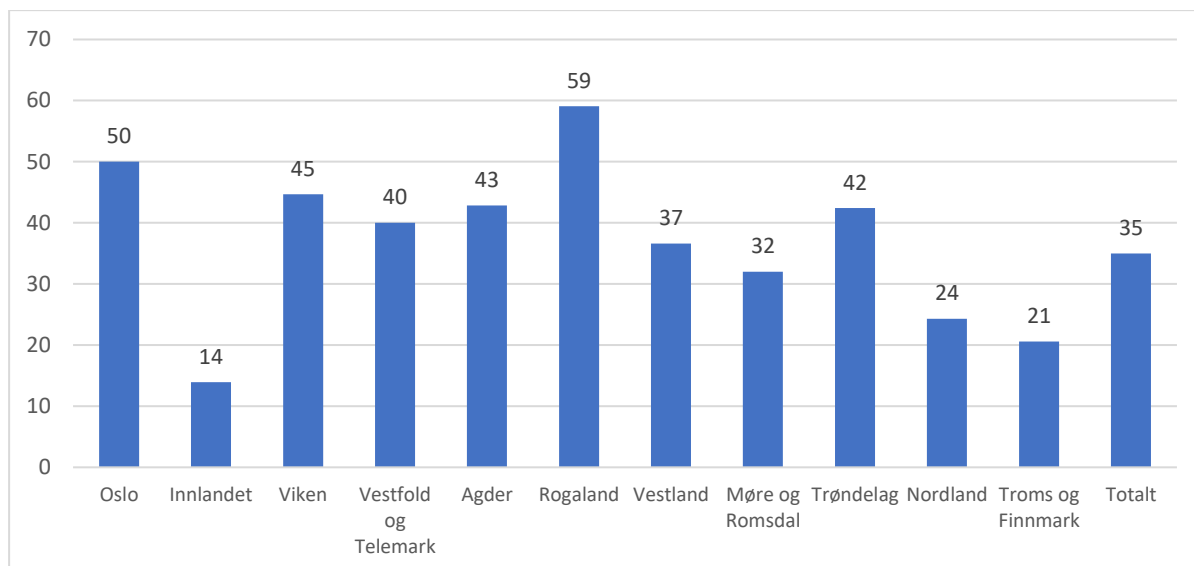
11.11 SAMARBEID MED BARNEVERNTJENESTEN

Fra 2021 det også tatt med et spørsmål om samarbeid med barneverntjenesten og tabell 11.6 viser at de fleste svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten (53 prosent) og 35 prosent svarer at de i stor, eller i svært stor grad samarbeider i 2023. Det er 11 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2023. Svarfordelingen er relativt lik i 2023 og 2021, men det er noen færre som svarer i svært liten grad.

Det er ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men det er noe fylkesvariasjon, se figur 11.7 og det er særlig mange kommuner i Rogaland som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barnevernet, mens andelen er lavest blant kommunene i Innlandet (14 prosent).

Tabell 11.6 Antall og andel kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	18	6	17	5	19	6
I stor grad	91	28	108	34	98	29
I noen grad	172	53	148	47	180	53
I liten grad	26	8	37	12	35	10
I svært liten grad	15	5	8	3	5	1
Total	322	100	318	100	337	100



Figur 11.7 Andel kommuner som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med barnevernstjenesten. Fylke, 2023.

11.12 UTFORDRINGER I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET

Det er også gitt anledning til å beskrive utfordringer i samarbeidet med barnevernet, og 152 kommuner/bydeler har skrevet inn en kommentar. Der kommer blant annet følgende utfordringer frem:

- Det er en utfordring hvem som skal hjelpe barn over 16 år som ikke ønsker hjelp selv.
- Vanskelig å oppå kontakt med barnevernet, mye sykefravær og høy turnover
- Lite dialog. Barnevernstjenesten oppleves som lukket og lite tilgjengelig.
- Taushetsplikt, utfordrende å få til et samarbeid når det ikke foreligger et samtykke
- Barnevern deltar i få kommunale samarbeidsfora
- Relasjon til brukere ødelegges om de tar kontakt med barnevern
- Ansvarsfordelingen er vanskelig
- Lite tid til samarbeid om å utarbeide gode rutiner.
- Høy turnover i barnevernet gir dårlig tilgjengelighet og sårbare tjenester
- Utfordringer med interkommunalt barnevern når det er store avstander
- Barnevernet arbeider i liten grad forebyggende
- Får ikke tilbakemeldinger fra barnevern til bekymringsmelder om saken blir fulgt opp eller avsluttet.
- Barnevernet tar i liten grad kontakt med helsestasjon – og skolehelsetjeneste
- Barnevernet innhenter informasjon heller enn å dele informasjon
- Det kan ta lang tid fra bekymringsmelding blir meldt til tiltak blir gjennomført
- Foresatte ønsker ikke samarbeid med barnevern.

11.13 FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET

Det er i tillegg spurt om de har forslag til hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom barnevernstjenestene og kommunalt psykisk helsearbeid. Det er skrevet inn 124 forslag og disse handler om:

- Etablere faste møtearenaer
- Felles kompetanseheving, med rom for drøfting og erfaringsutveksling.
- Å kunne snakke mer åpent i ulike saker og drøfte hva som vil være gode tiltak uten at det må sendes bekymringsmelding.
- Omforent praksis av hva som ligger i avvergeplikten og meldeplikten.
- Tettere samarbeid i enkeltsaker og på systemnivå. En dør inn til Familiens hus
- At fullmaktsrutiner som gir barnevernet mulighet til å kontakte andre tjenester innarbeides som en del av det systematiske arbeidet til barneverntjenesten.
- Barnevernet må delta i forebyggende arbeid
- Mer kunnskap om hverandres tjenester og tiltak
- Tettere systematisk samarbeid mellom helsestasjon og barnevernet

11.14 OPPSUMMERING

Det er 73 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen, og 6 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2023.

70 prosent av kommunene oppgir å ha et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, men det er usikkert hva som er inkludert her. Noen steder kan for eksempel fastlegen være vurdert som et lavterskeltilbud, eller at helsesykepleier er på skolene én dag hver 14. dag.

Halvparten av kommunene/bydelene (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 34 prosent svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2023.

Det er få kommuner (seks prosent) som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Andelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 72 prosent i 2023.

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2023 er denne andelen 64 prosent.

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi og i 2023 var andelen sunket til syv prosent.

I 2021 var det 38 prosent som svarte at de var kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern, og i 2023 var andelen 74 prosent.

Det er også med et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022, og 58 prosent oppgir at de har vært involvert. Dette har typisk være deltakelse i ulike møter, arbeidsgrupper, i planarbeid, diskusjoner, høringsrunder og i ulike prosjekter.

I 2022 var det 35 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har egen barnekoordinator på nasjonalt nivå, og i 2023 var andelen kommet opp i 65 prosent.

Det er 35 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barneverntjenesten, mens 11 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2023. For å øke og forbedre samarbeidet foreslår de kommunale psykisk helse- og rustjenestene for eksempel å etablere faste møtearenaer og felles kompetansehevingstiltak.

12 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Alle kommuner yter tjenester gjennom oppsøkende virksomhet, for eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester og helsestasjonene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet). 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^{xiii} en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsikiatriske 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 er utviklet egne håndbøker i begge metodene. I følge NAPHA^{xiv}, 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 rusmiddelproblemer, 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. Teamene 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. FACT ung er ifølge Helsedirektoratet en tilpasning av FACT-modellen og retter seg mot ungdom mellom 12- 25 år. FACT ung er også utviklet i Nederland, der ett team skal gi alle tjenester til ungdommen. FACT ung ble utredet i 2021, og NAPHA følger med på implementeringen.

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT-team.

I dette kapitlet ser vi nærmere på antall kommuner som oppgir at de inngår i ulike team og hvilket samarbeid som er etablert rundt teamene. I 2023 inngår følgende spørsmål:

- Driver kommunen oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team)?
- Hvem er målgruppen for oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom? (flere kryss mulig)
 - Ungdommer
 - Unge med rusmiddelproblemer
 - Risikoutsatt ungdom generelt

^{xiii} <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

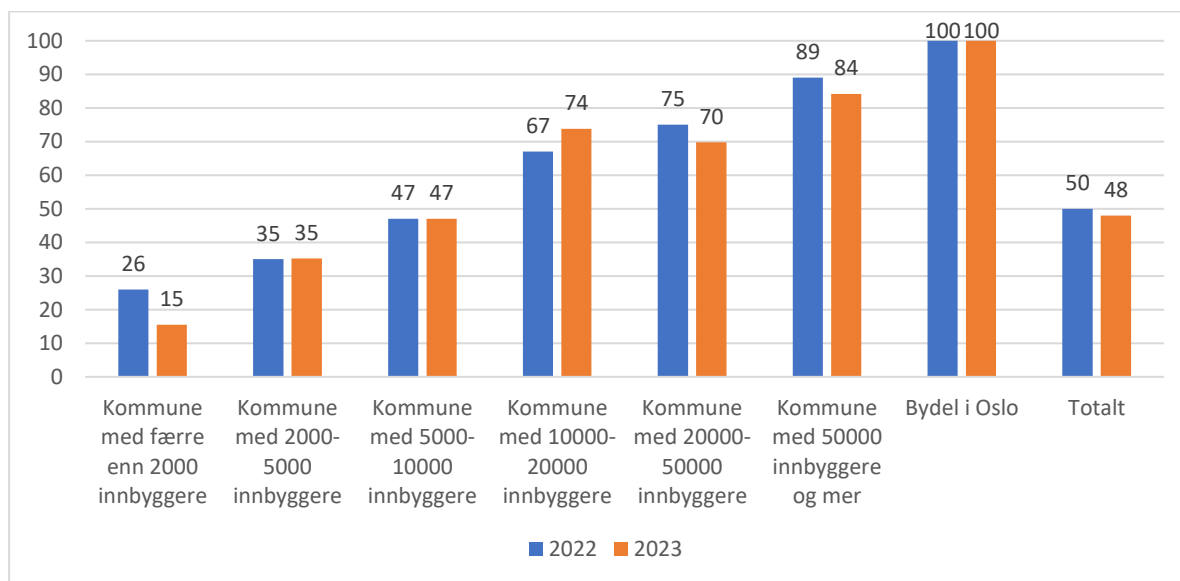
^{xiv} <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

- Unge som ikke møter til skole/undervisning (skolevegring eller annen årsak)
- Skoleelever i grunnskolen
- Skoleelever i videregående utdanning
- Elever på videregående skole som bor på hybel
- Unge som har kontakt med NAV
- Andre, hvem:
- For hvilken aldersgruppe drives det oppsøkende sosial- og/eller helsefaglig arbeid for ungdommer? - Alder fra: - Alder til:
- Har kommunen iverksatt spesielle tiltak eller tilbud rettet mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre tema dere vet unge sliter med?
 - Hvis ja, kan dere beskrive hvilke tema og tiltak dette er?
- Har kommunen, eller inngår kommunen/bydelen i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse? og rusarbeid? (ACT, FACT m.fl.)
 - Hvis ja, hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (se Helsedirektoratet.no for definisjoner av ACT/FACT)? - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten):
 - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT ung-team (opsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge, etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge
 - Andre typer team, hvilke
 - Hvis ja, hvor mange årsverk totalt (fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten) inngår i:
 - ACT-team
 - FACT-team
 - FACT ung-team
 - Hvis ja, hvor mange årsverk i finansierer kommunen/bydelen for:
 - ACT-team?
 - FACT-team?
 - FACT ung-team?
 - Hvis ja, har teamet kompetanse innen rusmiddelproblemer? (ACT-team, FACT-team og FACT ung-team)
 - Hvis ja, hvor godt vurderer dere at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer (ACT-team, FACT-team og FACT ung-team)
 - Hva skal til for at samarbeidet med ACT-teamet blir bedre?
 - Hva skal til for at samarbeidet med FACT-teamet blir bedre?
 - Hva skal til for at samarbeidet med FACT ung-teamet blir bedre?
 - Har dere andre kommentarer eller innspill til hvordan FACT/ACT-teamene fungerer?

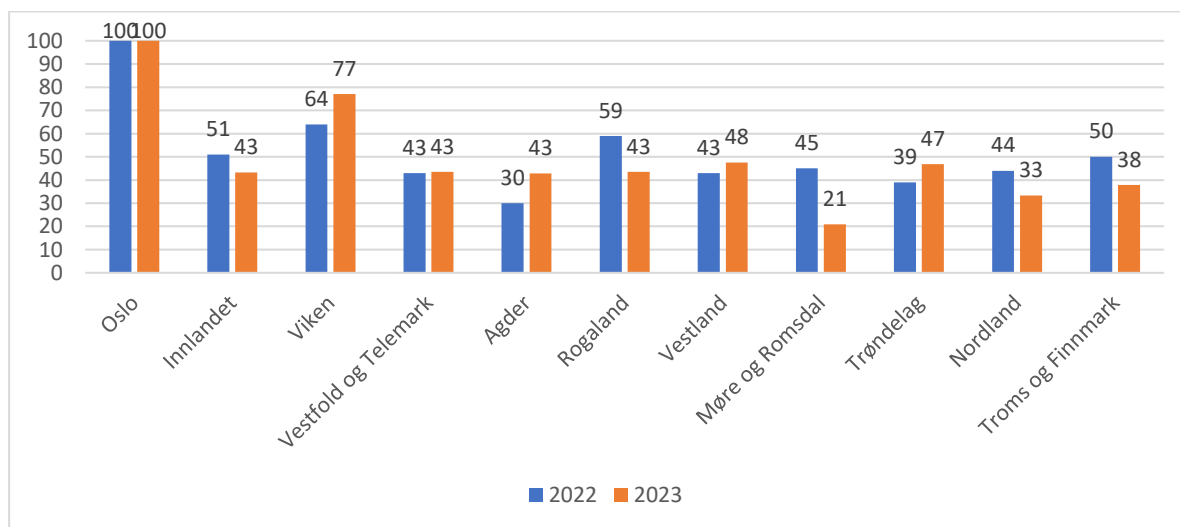
12.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 347 kommuner/bydeler som har svart (93 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ ungdomsteam, FACT/ACT team). Av disse har 167 kommuner/bydeler oppgitt at de har slik aktivitet, og dette utgjør 48 prosent av kommunene/bydelene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 og da var det 41 prosent som svarte at kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, så det er en liten økning.

Fordelingen etter kommunestørrelse og fylker er vist i hhv. figur 12.1 og figur 12.2 for 2022 og 2023, og som tidligere er det en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sannsynligheten for å drive oppsøkende arbeid rettet mot ungdom.



Figur 12.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Kommunestørrelse 2022 og 2023.



Figur 12.2 Andel kommuner/bydeler som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Fylke, 2022 og 2023.

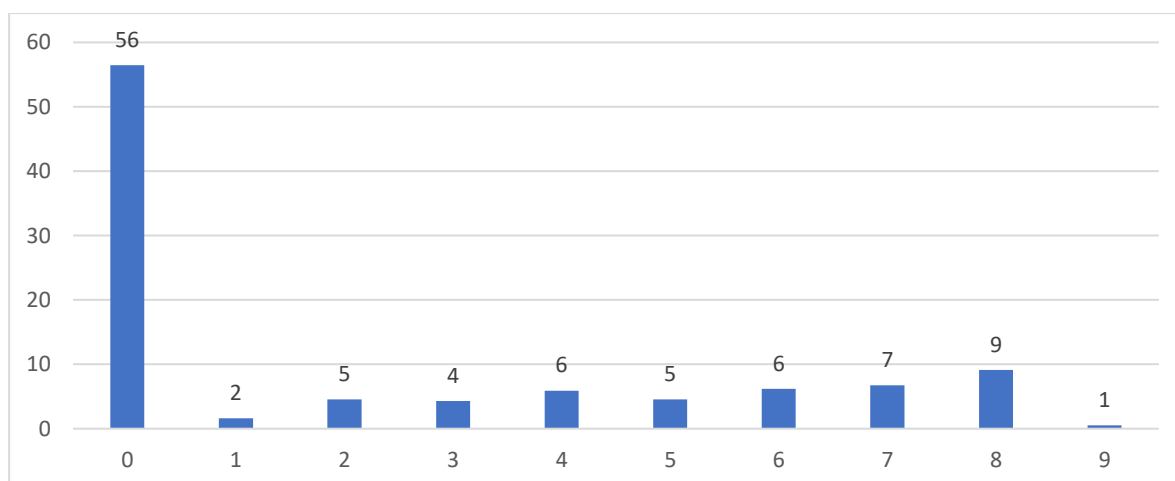
MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Basert på åpne svar i 2022 etablerte vi kategorier for å se omfang av ulike tilbud, se tabell 12.1. Av de 167 kommunen/bydelen som oppgir at de har oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom, er det flest som oppgir at de har det for risikoutsatt ungdom generelt. Totalt utgjør dette 35 prosent av alle kommuner/bydeler. Like mange har slikt oppsøkende arbeid rettet mot ungdommer generelt, 33 prosent har oppsøkende virksomhet rettet mot skoleelever i grunnskolen, mens 31 prosent har oppsøkende virksomhet rettet mot unge med rusmiddelproblemer. Det er kun to prosent som svarer «Andre», så kategoriene dekker svært godt.

Tabell 12.1 Antall og andel som svarer på hvem som er målgruppen for oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom? (flere kryss mulig) 2023.

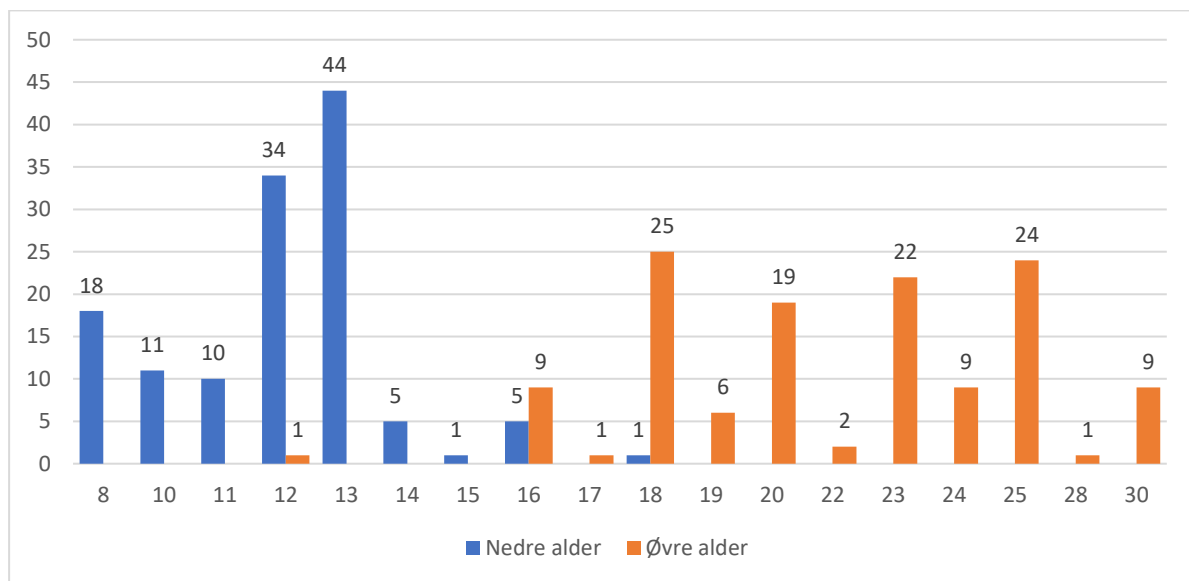
	Nei	Ja	Totalt	Prosent ja av de som har	Prosent ja av alle
Ungdommer	39	128	167	77	34
Unge med rusmiddelproblemer	50	117	167	70	31
Risikoutsatt ungdom generelt	37	130	167	78	35
Unge som ikke møter til skole/undervisning (skolevegring eller annen årsak)	58	109	167	65	29
Skoleelever i grunnskolen	43	124	167	74	33
Skoleelever i videregående utdanning	64	103	167	62	28
Elever på videregående skole som bor på hybel	108	59	167	35	16
Unge som har kontakt med NAV	81	86	167	51	23
Andre, hvem:	159	8	167	5	2

Det er sterk korrelasjon mellom målgruppene, dvs. de samme kommunene har tilbud til flere av målgruppene. Som vist i figur 12.3 er det 56 prosent av alle kommuner/bydeler som ikke har tilbud til noen av gruppene, og da 44 prosent som har tilbud til minst én av gruppene. Det er for eksempel 6 prosent som har tilbud til fire av gruppene i tabellen over.



Figur 12.3 Prosent som svarer på antall av gruppene som er i målgruppen for oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom. 2023.

Som vist i figur 12.4, er det flest som har en nedre aldersgrense på 12 år (n=34) og 13 år (n=44) og intervallet er 8-18 år, mens den øvre aldersgrensen er spredt fra 12 til 30, der flest har 18 år (n=25) og 25 år (n=24).



Figur 12.4 Antall kommuner/bydeler etter hvilken nedre og øvre alder de oppgir for oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom. 2023.

12.2 OM DE HAR IVERKSATT SPESIELLE TILTAK ELLER TILBUD RETTET MOT BARN OG UNGE NÅR DET GJELDER SKOLEVEGRING, SPISEFORSTYRRELSER ELLER ANDRE TEMA DE VET UNGE SLITER MED

Det er 205 kommuner/bydeler (60 prosent) som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak eller tilbud rettet mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre tema dere vet unge sliter med. Når vi spør hva dette er, er det 204 som gir en beskrivelse. Vi tar med noen eksempler:

- Mestringsgruppe og selvhjelpsgrupper
- Temakvelder med særlig fokus på ulike aktuelle temaer unge sliter med.
- Ressursteam 15-24 for å forebygge frafall fra skole, arbeid, og aktivitet.
- Ansatt ernæringsfysiolog i skolehelsetjenesten.
- Psykolog og miljøterapeut i skolen
- Har ungdomsteam med kommunepsykolog, skolehelsesykepleiere, miljøterapeut, og kliniske konsulenter.
- BTI-modellen implementeres for utsatte barn og unge.
- Temagrupper i skolen som gutte- og jentesnakk.
- Skolelos, Ungdomslos, LOS-funksjon, LOS-tilbud.
- Skolevegringsteam.
- Tverrfaglig samarbeid mellom helse og oppvekst og BTI.
- Drop-in helsestasjon og psykisk helse.
- Oppfølging av skolefravær og oppfølgingsteam.
- Elevtjenesta og individuelle tiltak mot skolevegring.

- Tilbud til ungdom som ikke fungerer på skolen, inkludert alternativ undervisning som BitFix Gaming.
- Prosjekt Ung for å hindre skolefravall og utenforskap.
- Robust ungdom-initiativ.
- Ruskonsulent med lavterskeltilbud på skolen.
- Opprettelse av FACT Ung og Friskliv Ung.
- Psykologer og utekontakt jobber sammen med fokus på psykisk helse og rusproblemer.
- Sammenhengende arbeid mellom skolehelsetjenesten og rus/psykiatri.
- Organisatoriske endringer som inkluderingsteam på alle skoler og barnehager.
- Økt stillinger til enhet Helse barn og unge.
- Tverrfaglig drøftingsteam/ressursteam

12.3 TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM

Det er 347 kommuner/bydeler (93 prosent) som har svart på spørsmålene om oppsøkende behandlings – og/eller oppfølgingsteam i 2023. Som vist i tabell 12.2 svarer 59 prosent av kommunene/bydelene at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette er omtrent som i 2022.

Tabell 12.2 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. 2020 - 2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	189	64	194	58	192	60	204	59
Nei	107	36	141	42	126	40	143	41
Total	296	100	335	100	318	100	347	100

Av de som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 68 prosent som oppgir at de har, eller er en del av, et FACT-team, mens 18 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 19 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 19 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 11 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Det er en liten økning i andel som oppgir at de har FACT-team, fra 61 prosent i 2021 til 68 prosent i 2023. For FACT ung, er det en økning fra 8 til 19 prosent i samme periode. Det er nedgang i de andre team-typene i samme periode.

Tabell 12.3 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse -og rusarbeid, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	28	15	25	13	21	10
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	118	61	121	63	139	68
FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge)	16	8	22	11	39	19
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	42	22	43	22	37	18
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	47	24	62	32	38	19
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	29	15	33	17	23	11
Andre typer team, hvilke	38	20	39	20	32	16
Har krysset for ett eller flere av alternativene	193	100	192	100	204	100

Under andre typer team, nevnes AAT, AFT og andre ambulante team/tjenester. Flere sier også at de er i gang med å etablere FACT Ung, FACT Eldre, D-FACT (digitalt) og FACT-S eller Ung Arena og andre team.

12.4 ÅRSVERK I ULIKE TEAM

I 2023 har vi forsøkt å finne ut hvor mange årsverk det er i ulike team. Totalt beregner vi at det i 2023 minst er 947 årsverk i ACT og FACT-team, der 81 prosent av disse årsverkene utgjør FACT-team. Kommunene finansierer 342 av disse årsverkene (36 prosent). Ifølge disse beregningene er det hvert tredje årsverk i FACT-team som finansieres av kommunene, 45 prosent av FACT ung-årsverkene og 56 prosent av ACT-årsverkene. Dette er de første anslagene, men de er for lave når vi ser på dekning, se tabell 12.5. Det er lavest dekning for ACT (67 prosent), og det er derfor der vi kan forvente at anslagene i størst grad er for lave.

Tabell 12.4 Antall og andel årsverk totalt i ulike team og antall og andel finansiert av kommunen, 2023.

	Totalt årsverk		Årsverk finansiert fra kommunene		% finansiert av kommunene
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	54	6	30	9	56
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	769	81	257	75	33
FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge)	124	13	55	16	45
Totalt	947	100	342	100	36

Det var totalt 21 kommuner som oppga å ha ACT-team, og av disse er det 14 som har svart på årsverk i ACT-team totalt og 17 som har svart på hvor mange årsverk som er finansiert av kommunen. Dette

betyr at vi har informasjon fra to av tre kommuner med ACT-team for antall årsverk, men 81 prosent dekning for kommunalt finansierte årsverk. Dette betyr at det sannsynligvis reelt sett er en del flere årsverk totalt i ACT-team enn de 54 som er oppgitt, og noen flere årsverk finansiert av kommunene enn de 30 som er oppgitt. Det er bedre dekning på FACT og FACT ung, men det er fortsatt en del som mangler, så antall årsverk er noe høyere enn det som fremkommer i tabell 12.5.

På den annen side kan antall årsverk totalt i ulike team være for høyt, dersom kommuner som har interkommunalt samarbeid om team alle har rapportert om totalt antall årsverk.

Tabell 12.5 Antall og andel årsverk totalt i ulike team og antall og andel finansiert av kommunen, 2023.

	Antall som oppgir å ha team	Antall som har svart på totalt årsverk i team	Antall som har svart på kommunale årsverk i team	Dekning totalt	Dekning kommunalt finansiert
ACT	21	14	17	67	81
FACT	139	116	123	83	88
FACT Ung	39	29	31	74	79

12.5 NAPHA OVERSIKT OVER FACT OG ACT

NAPHA har ansvar for å holde oversikt over ulike team og de oppgir at følgende oversikt er nær komplett:

Tabell 12.6 Antall team ifølge NAPHA sin oversikt, 2023.

	Antall team
FACT/ACT	83
FACT-Ung	24
Andre team som ikke følger FACT modellens krav	10
Totalt	117

12.6 OM ACT OG FACT HAR KOMPETANSE INNEN RUSMIDDELPROBLEMER

Det er ikke alle som kjenner teamene så godt at de kan si hva de har kompetanse på, og dette kan skyldes at det er tidlig i samarbeidet. 77 prosent svarer at ACT har kompetanse innen rusmiddelproblemer, 91 prosent svarer at FACT har det, og 68 prosent svarer at FACT Ung har det.

Tabell 12.7 Antall og andel som svarer at teamet kompetanse innen rusmiddelproblemer, 2023.

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Andel ja
ACT	17	1	4	22	77
FACT	123	3	9	135	91
FACT Ung	23	2	9	34	68

12.7 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN RUNDT FACT/ACT

Det rapporteres om godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt teamene i 77-84 prosent av kommunene. Det er svært få som svarer dårlig og ingen som svarer svært dårlig.

Tabell 12.8 Hvor godt vurderer dere at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer?

	Svært godt	Godt	Middels	Dårlig	Total	Andel svært godt eller godt
ACT	9	8	4	1	22	77
FACT	37	69	29	1	136	78
FACT Ung	8	18	5	0	31	84

Det er 71 kommuner som har lagt inn en kommentar om hvordan FACT/ACT-teamene fungerer.

Vår kommune har "gitt fra seg" 0,2 årsverk for å bemanne opp FACT-teamet. Vi er 6 kommuner som samarbeider sammen med DPS Lillehammer om FACT-teamet. Kostnadene til driften av teamet fordeles på alle parter etter fordelingsnøkkel.

Det er gitt kommentarer fra noen av de som ikke har svart på antall årsverk:

ACT er eit samarbeid mellom 7 kommuner på sunnmøre. Ikkje oversikt over årsverk. Vi betaler styk pris pr bruker med vedtak, 40 000 pr år

FACT-team for voksne er organisert i spesialisthelsetjenesten (Ringeriksregion). Kommunen yter tjenester inn, men det er ikke beregnet inn en bestemt stillingsbrøk. Tilsvarende er FACT-ung organisert i spesialisthelsetjenesten (Hallingdalskommunene). Det er øremerket 0,2 årsverk som har deltatt i opplæring, men vi har ikke hatt personsaker.

Flakstad kjøper sin del av tjenesten da vi har for lite ressurser til å kunne gå inn med årsverk.

Kommunen betaler ein sum pr person pr år for å få hjelp av ACT-teamet.

Kommunen kjøper tjenesten fra ACT. Pr. nå har vi kjøpt tjenester for 4 personer. Dette er et interkommunalt samarbeid

Vestnes inngår i FACT team saman med dei andre Romsdals kommunane og vert fakturert etter fordelingsnøkkel.

Noen kommenterer på om de har kompetanse innen rusmiddelproblemer:

Ansatt Fact-team starter på videreutdanning rus høst-23.

En del oppgir når FACT ble etablert, eller at de er i prosess med å etablere FACT-team.

Noen oppgir at samarbeidet har blitt bedre:

Bedre, og mer etter kommunens behov, inntak i FACT.

At behovet varierer:

Behovet og hyppighet for samarbeid varierer noe i perioder.

Bydelene i Oslo:

Bydelen opplever at spesialisthelsetjenesten er premissleverandør i FACT-samarbeidet. Bydelen opplever videre at andre deler av DPS fraskriver seg ansvar for ambulerende oppfølging og henviser til FACT.

De 11,5 årsverkene som er lagt som finansiert av kommunen, er kun de årsverkene Velferdsetaten finansierer. I tillegg finansierer bydeler og spesialisthelsetjenesten sin andel.

Litt utfordrende med ansatte med forskjellig ledertilknytning. Inntak styres fra spesialisthelsetjenesten, liten mulighet for påvirkning fra bydelen

En kommune ville ha mer detaljerte spørsmål fordi de har flere FACT-team:

Det er forskjell på samarbeidet innad i FACT og med akutt delen av spesialisthelsetjenesten. Det hadde vært ønskelig at det var mer spesifisert i spørsmålene. Fact er en god måte å jobbe med pasientgruppa på, men det tar tid å etablere god drift og få teamet til å fungere optimalt.

En del oppgir at samarbeidet fungerer godt

Det er jobbet godt med samarbeidet inn mot kommunene.

FACT teamene fungerer godt og en er likeverdige partnere mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. En ser gode resultater.

Ganske nyoppstartet, men ser ut til å fungere bra,

godt samarbeid - videre fokus på å få til noen sammen videre fremover

Godt samarbeid i de sakene vi har.

Samarbeidet fungerer godt, og det er en faglig trygghet for rus og psykisk helsetjeneste at det kan henvises til FACT

Noen erfarer at inntakskriteriene i FACT er for strenge:

Det er kun en relativ liten pasientgruppe som oppfyller vilkårene for å bli tatt opp i FACT-team.

FACT Østre Agder har kun psykose som inntakskriterier.

Inntakskriterier til FACT kan oppleves som svært avgrenset i forhold til hvilke pas som burde fått denne type oppfølging.

Smale inntaksvilkår. Flere i grenseland som kunne ha nyttiggjort seg tilbud

En av kommunene oppgir at det er viktig å bygge tillit og at FACT er bra, men at trenger mer samarbeid og økt tilgjengelighet:

FACT gir et godt tilbud til brukene/pasienten i FACT. Kunne vært bedre samarbeid mellom FACT og øvrige deler av kommunens psykiske helse og rustilbud.

Fungerer bra, men har begrensninger spesielt i forhold til tilgjengelighet (FACT er kun aktive på dagtid på hverdager).

Andre oppgir at FACT-teamet evalueres, eller at de har inngått interkommunalt samarbeid. Andre oppgir at det er mye tvang i FACT:

FACT-teamet har svært mange tvangssaker, TUD er lagt til dette teamet. Det medfører uønskede konsekvenser for kommunen som unødvendig ressursbruk, uavklarte ansvarsforhold og roller, ulike tilnærminger til brukere.

Noen steder er oppgavefordeling og finansieringen nødvendig å forbedre eller tydeliggjøre:

Hvilke oppgaver FACT skal gjøre og ikke må komme tydeligere frem, slik det er nå er det tidvis veldig forvirrende

Samarbeidet fungerer bra, men det må på plass en egen betalingsmodell. Det koster kommunene mye penger når vi skal betale for tre ulike team. I tillegg har spesialisthelsetjenesten organisert de ulike FACT-teamene i ulike enheter/avdelinger og det er vanskelig for kommunen å orientere seg i dette.

Ynskjer bedre organisering og forventningsavklaring.

Mangelen på arbeidskraft kan påvirke tilbudet:

Spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å rekruttere i sine spesialiststillinger, noe som påvirker tilbudet til innbyggerne.

Nye brukere kan nås gjennom team og de kan fungere som en god kobling mellom tjenestenivåene:

Vi ser at teamet når ut til de som ikke klarer å ta imot tjenester fra ROP-tjenesten

Viktig samarbeidspartner som er link inn mot spesialisthelsetjenesten.

12.8 OPPSUMMERING

Det er 167 kommuner/bydeler som oppgir at de driver oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team), og dette utgjør 48 prosent av kommunene/bydelene som har svart. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 og da var det 41 prosent som svarte at kommunen driver oppsøkende arbeid mot ungdom, så det er en liten økning.

Det er 205 kommuner/bydeler (60 prosent) som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak eller tilbud rettet mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre tema unge sliter med. Når vi spør hva dette er, er det 204 kommuner/bydeler som gir en beskrivelse. Eksempler er at psykisk helse samarbeider med skoler og skolehelsetjenesten, de har tverrfaglige samarbeidsteam

eller ungdomsteam, noen har forebyggende tiltak eller lavterskeltjenester, selvhjelpsgrupper eller inkluderingsteam.

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og nedlagte team. I 2023 var det 83 FACT-team for voksne i drift, 24 FACT-Ung team og ytterligere 10 team som ikke nødvendigvis følger kravene til FACT-modellen.

Av de 59 prosentene av kommunene/bydelene som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 10 prosent som oppgir ACT-team, 68 prosent FACT-team, 19 prosent FACT Ung-team, og 18 prosent som oppgir at de inngår i andre typer samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I 2023 har vi forsøkt å estimere hvor mange årsverk det er i ulike team. Totalt beregner vi at det i 2023 minst er 947 årsverk i ACT og FACT-team, der 81 prosent av disse årsverkene utgjør FACT-team. Kommunene finansierer 342 av disse årsverkene (36 prosent). Ifølge disse beregningene er det hvert tredje årsverk i FACT-team som finansieres av kommunene, og 45 prosent av FACT ung-årsverkene og 56 prosent av ACT-årsverkene. Dette er de første anslagene, som kan være litt for lave (ikke alle har oppgitt årsverk) og litt for høye (flere kommuner rapporterer samme tall fra interkommunale team).

13 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 foreldre 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 søsknene. Tredje ledd bokstav b) og c) gjelder tilsvarende.

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv.^{xv} Pårørendestrategien har tre hovedmål:

^{xv} <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs.
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Det finnes også en nasjonal pårørendeveileder på Helsedirektoratets hjemmesider^{xvi}.

13.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål om pårørende og barn som pårørende er tatt med i årets kartlegging:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom følgende innsatsområder i pårørendestrategien:
 - tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende
 - bedre informasjon, opplæring og veiledning
 - mer forutsigbare og koordinerte tjenester
 - tilstrekkelig støtte og avlastning for pårørende
 - mer familieorienterte tjenester
 - økt pårørendemedvirkning
- Hvem har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år?
 - Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret
 - Egen barneansvarlig
 - Psykologtjeneste
 - Egne barne- og familieveiledere/terapeuter
 - Annet hva
- Har kommunen/bydelen følgende tilbud/tiltak:
 - BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)
 - SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)
 - Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)
 - Annet
- Samarbeider kommunen/bydelen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende til foreldre eller søsken med psykiske lidelser og/eller rusproblemer?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Foresatte med rusmiddelproblemer
 - Foresatte som har tatt ikke-dødelig overdose
 - Foresatte med psykiske vansker/lidelser
 - Foresatte som har mistet livet ved selvmord
 - Foresatte med voldsproblematikk
- Kan dere beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Voksne med rusmiddelproblemer

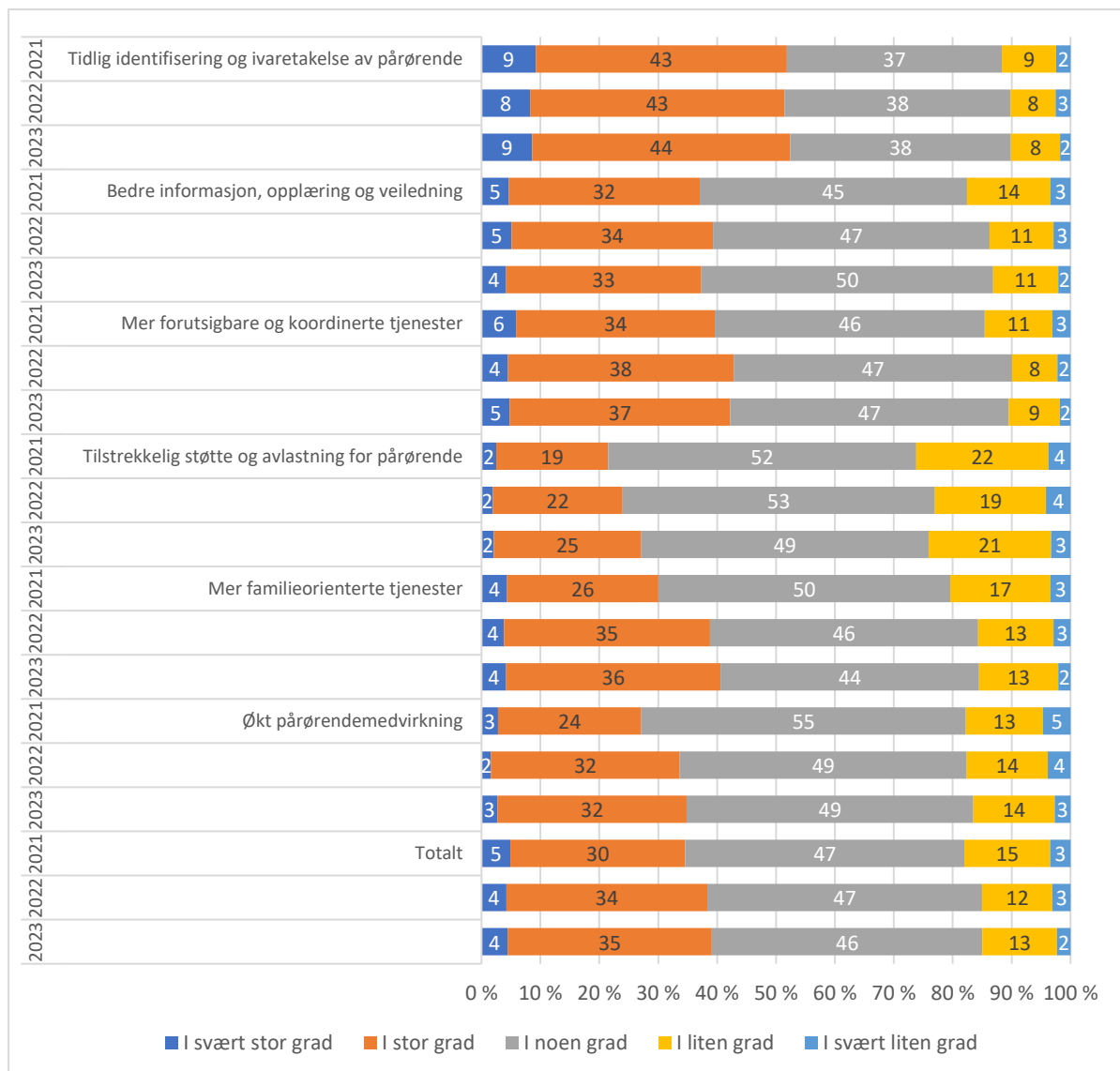
^{xvi} <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>

- 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 selvskadingsproblematikk
- Unge med rusmiddelproblemer
- Nærpersoner som utøver vold

Dette er de samme spørsmålene som inngikk i 2021 og 2022. Noen av spørsmålene var også med i 2019 og 2020.

13.2 PÅRØRENDESTRATEGIEN

Som vist i figur 13.1 er positiv utvikling på alle tiltakene ved at det er færre som svarer i liten eller svært liten grad. Det er minst utvikling på punktet 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', men det var på dette flest svarte i stor eller svært stor grad i 2021.



Figur 13.1 Prosent som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom ulike innsatsområder i strategien 2021 – 2023.

13.3 ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR

Det er 344 kommuner/bydeler (92 prosent) som har svart på spørsmålet om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år i 2023. Som vist i tabell 13.1 er det 78 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. Og det er 37 prosent som svarer at alle ansatte har ansvar, mens hver tredje kommune svarer at det er enhet for psykisk helse og rus som har ansvaret. Det er mulig å sette flere kryss og 24 prosent har svart at de har egen barneansvarlig og 19 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret. Det er 19 prosent som oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter og 12 prosent som svarer 'Annet'.

Tabell 13.1 Antall og prosent som svarer på hvem som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år, 2021 og 2022.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret	281	87	266	80	270	78
Egen barneansvarlig	64	20	65	20	82	24
Psykologtjeneste	63	20	49	15	66	19
Egne barne- og familieveiledere/terapeuter	65	20	68	21	67	19
Egne pårørendeansvarlige/koordinator					48	14
Enhet for psykisk helse og rus					115	33
Alle ansatte og alle fagområder som er i kontakt med familien har ansvar, ingen spesielt som har fått ansvaret					128	37
Annet	86	27	95	29	41	12
Totalt	322	100	331	100	344	100

Det er 41 kommuner/bydeler som har svart 'Annet', og de har beskrevet hvem dette er. Noen oppgir at barnevernet har ansvaret om de er inne i saken, at kommunelegen har ansvar for alle barn som pårørende, et eget kompetansesenter eller kreftkoordinator. BAPP- og SMIL-grupper og e-læring om barn som pårørende (KS)

Som vist i tabell 13.2 er det 7 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper, mens 9 prosent oppgir at de har SMIL-grupper. Det er to som oppgir at de har begge deler. Videre er det 34 prosent av kommunene som oppgir at ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS og 30 prosent oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/samlivsbrudd hos foreldre, og 84 prosent oppgir at de har foreldreveiledning. Det er nesten halvparten av kommunene som bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen og 21 prosent som samarbeider med kreftforeningen. I 2023 er det 19 prosent som svarer annet.

Men det er også færre som har svart enn tidligere, og dette trekker i retning av at det er behov for å ha en egen person som fyller ut IS-24/8 for barn og unge. Det er noen som nevner i kommentarer at de ikke lenger har ansvaret for barn og unge under 18 år, så noen steder blir det et større organisatorisk skille mellom voksne og barn/unge.

Tabell 13.2 Antall og prosent som svarer at de har BAPP- og SMIL-grupper og e-læring om barn som pårørende, 2021 og 2022.

	2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%
BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)	19	6	18	5	21	7
SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)	21	7	21	6	29	9
Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)	77	24	92	28	106	34
Grupper for barn som opplever skilsmisse/ samlivsbrudd hos foreldre					93	30
Foreldreveiledning (f.eks. ICDP)					260	84
Bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen					151	49
Samarbeid med kreftforeningen					66	21
Annet	48	15	76	23	59	19
Totalt	322	100	331	100	309	100

Under 'Annet' har de oppgitt COS-gruppe (Circle of security), Cos-P (foreldreveilednings-kurs), familietreff i regi av ROP-tjenesten og egne prosjekt i kommunen sin for eksempel "Sjå me".

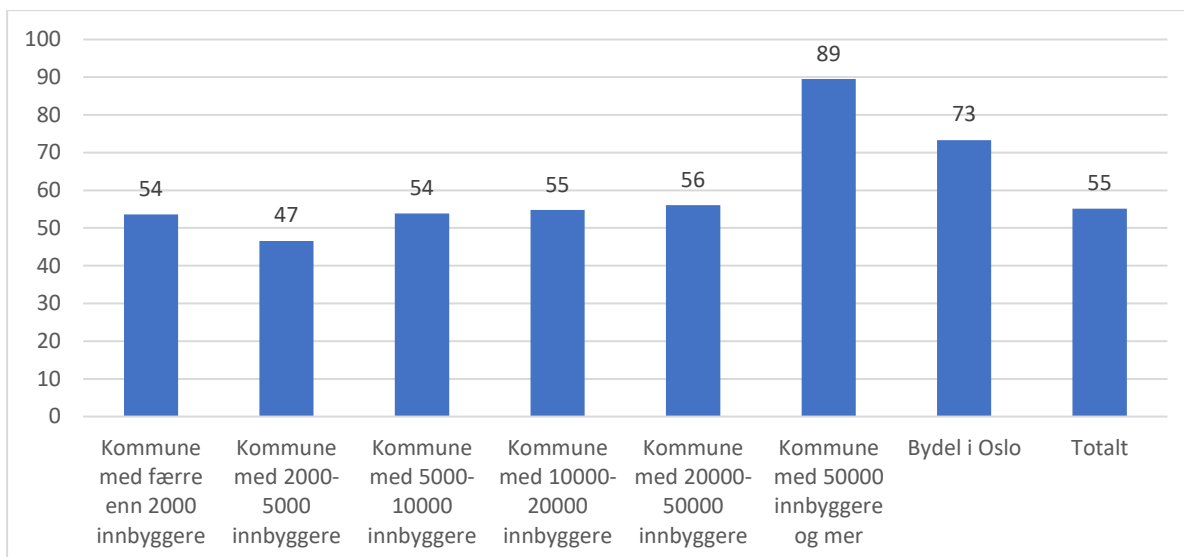
13.4 SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE

Som vist i tabell 13.3 svarer 55 prosent av kommunene at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2023. Det er lite variasjon over tid, men noen flere som svarer at de ikke har samarbeid med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen siste år enn tidligere, nå 36 prosent.

Tabell 13.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen. 2019 – 2023.

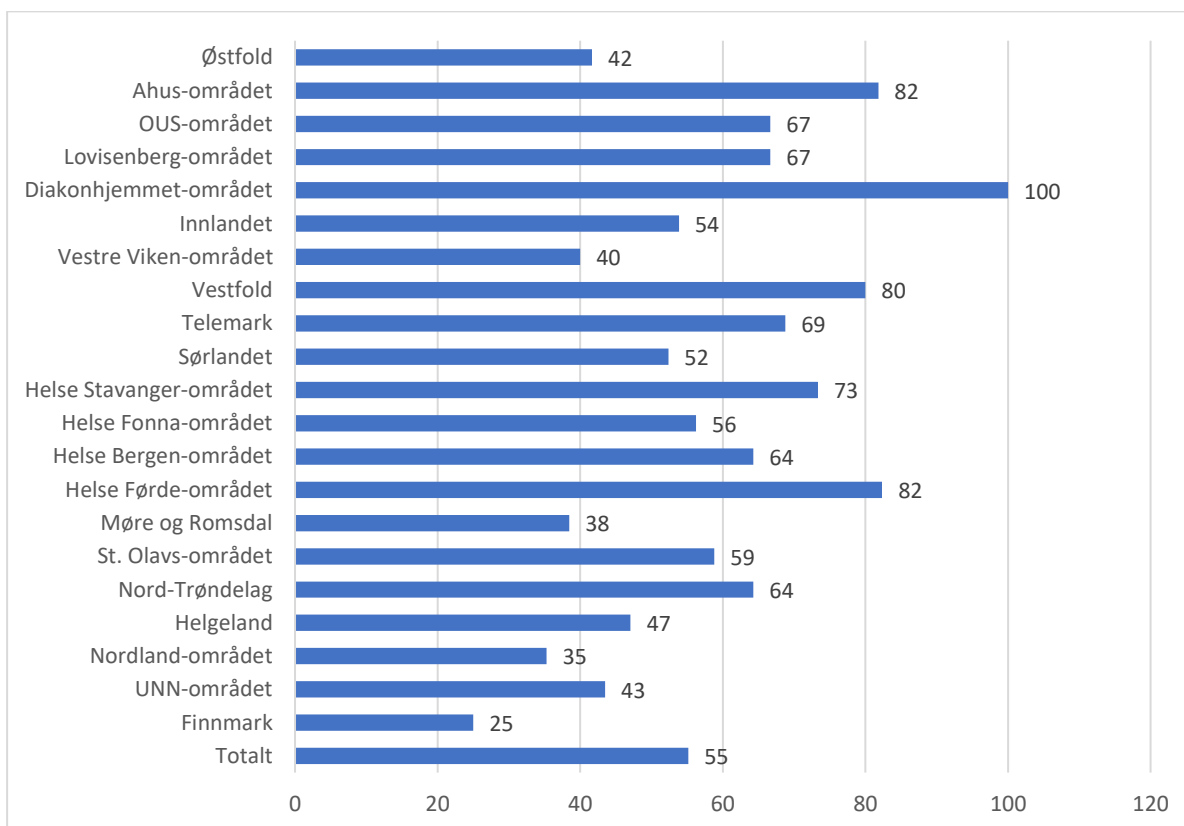
	2019	2020	2021	2022	2023
Ja	58	65	57	57	55
Nei	32	24	32	32	36
Under planlegging	10	12	11	10	9
Totalt	100	100	100	100	100
Antall kommuner	416	291	325	315	339

Det er flest av de store kommunene som har svart at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende, men det er små forskjeller mellom kommuner mindre enn 50 000 innbyggere, se figur 13.2.



Figur 13.2 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. Kommunestørrelse, 2023.

Det er kommunene i opptaksområdet Finnmark, Møre og Romsdal og Vestre-Viken området som i minst grad svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. De tre bydelene i opptaksområdet til Diakonhjemmet (Frogner, Ullern og Vestre Aker) og kommunene i Ahus og Helse Førde-området svarer oftest at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende.



Figur 13.3 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. HF, 2023.

13.5 IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKER-GRUPPER

Som vist i tabell 13.4 er det nedgang i andel som svarer at de svært godt eller godt ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med rusproblemer fra 2019 til 2023. Det er også flere som svarer middels og at de ikke har erfaring. Det er vanskelig å si om dette er en reell utvikling, eller om det er fokuset på pårørende, og kanskje kunnskapen som har økt, som gjør at det gjøres andre vurderinger i 2023 enn i 2019.

Tabell 13.4 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med rusmiddelproblemer, 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Svært godt	4	2	2	4	3
Godt	58	44	37	35	32
Middels	32	38	39	40	41
Dårlig	7	5	7	5	7
Svært dårlig	1	0	1	1	0
Ikke erfaring	3	10	14	14	16
Totalt	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	292	325	315	337

Tabell 13.5 viser at det er en stor økning i andel som svarer at de ikke har erfaring med barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt ikke-dødelig overdose, og en liten nedgang i andel som svarer 'Godt'.

Tabell 13.5 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt ikke-dødelig overdose, 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Svært godt	2	3	1	3	1
Godt	25	23	20	17	15
Middels	29	20	17	14	19
Dårlig	5	5	3	2	5
Svært dårlig	1	0	1	1	1
Ikke erfaring	37	49	59	63	60
Totalt	100	100	100	100	100
Antall kommuner	412	291	324	316	337

Tabell 13.6 viser at det er lite endring i hvordan kommunene vurderer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser i perioden 2019 til 2023. Det er fortsatt få kommuner som ikke har erfaring med tilfeller der barn og unge er pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser.

Tabell 13.6 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser, 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Svært godt	5	3	2	4	4
Godt	46	52	46	45	41
Middels	41	36	40	40	40
Dårlig	5	5	6	5	9
Svært dårlig	0	0	1	1	0
Ikke erfaring	2	2	4	5	6
Totalt	100	100	100	100	100
Antall kommuner	414	291	324	315	337

Fra tabell 13.7 ser vi at det heller ikke er store endringer i hvordan kommunene vurderer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord fra 2019 til 2023. Det er 47 prosent som svarer svært godt eller godt i 2023, mot 54 prosent i 2022.

Tabell 13.7 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, 2019-2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Svært godt	12	12	9	12	10
Godt	40	44	42	42	37
Middels	17	15	15	14	19
Dårlig	2	2	1	0	1
Svært dårlig	1	0	1	1	0
Ikke erfaring	29	27	32	31	32
Totalt	100	100	100	100	100
Antall kommuner	413	290	324	316	337

Fra 2022 er det også tatt med barn og unge som pårørende for foresatte med voldsproblematikk og det er 37 prosent som svarer at de ivaretar disse barn og unge godt eller svært godt og det er en liten nedgang fra 41 prosent i 2022.

Tabell 13.8 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med voldsproblematikk, 2022.

	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	13	4	12	4
Godt	118	37	109	33
Middels	105	33	119	36
Dårlig	11	3	24	7
Svært dårlig	4	1	2	1
Ikke erfaring	65	21	69	21
Totalt	316	100	335	100

13.6 TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD

På spørsmål om de kan beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord, er det 210 kommuner/bydeler som har svart. En gjennomgang av svarene viser, som i 2021 og 2022, at i akuttfasen er det psykososialt kriseteam som bistår, deretter kobles andre tjenester det er behov for på. Det kan være fastlege, helsestasjon, familievernkontor, familiesenter, familieterapeut, BUP, barneansvarlig, barnevern, psykiatrisk sykepleier, psykolog eller barne- og familieteam, psykisk helseteam for barn og unge, vernepleier, prest, diakon, veiledningssenteret for pårørende, sorggrupper, samarbeid med organisasjoner som LEVE. Eksempler som dekker mange av svarene er:

Det kommunale psykososiale kriseteamet er forankret i Familiebasen. Dersom et barn blir etterlatt ved selvmord vil kriseteamet ivareta barnet den første tiden. Vi har kontakt med skole/bh og støtter den første tiden. Etter hvert avslutter kriseteamet og det vil bli ordinær tjeneste. Dersom den ansatte i kriseteamet har etablert en god relasjon vil det være naturlig at samme person følger opp videre. Dersom det ikke er etablert en tett relasjon vil noen andre som står barnet nært følge opp dette videre og da gjerne med veiledning fra kommunepsykolog eller øvrig ansatte i Familiebasen.

Det psykososiale kriseteamet er ofte de som har kontakt med barna først. Helsesykepleier har samtaletilbud til barn som er pårørende på de ulike skolene. Skolehelsetjenesten driver sorggrupper v/ behov. Andre deler av systemet kobles på ved behov.

Der psykososialt kriseteam blir involvert, loser teamet rett til tjeneste for videre oppfølging. Både skolehelsetjeneste og psykisk helse og familiestøtte er aktuelle. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan være aktuelt, eksempelvis med Sorgstøttesenteret. Kirken og andre trossamfunn bistår der det er aktuelt.

Noen kommuner har tilbud som er tilpasset flere målgrupper:

Barn som pårørende vil få tilbud om samtaler hos skolehelsetjenesten. De blir ofte henvist veiledningscenteret for pårørende som er i nabokommunen, og som er kjent for å ha en god barnegruppe for de som har mistet en av sine foreldre uansett årsak.

Store kommuner eller bydeler i Oslo har mange tilbud som er aktuelle:

Friskliv og mestring har hovedansvar for oppfølging innen psykisk helse, hovedsakelig i alder 16+. Kommunen har imidlertid lavterskeltilbud på Pårørendesentret for alle pårørende uavhengig av alder. Her også tilbud; Treffpunkt for barn og unge som er pårørende eller etterlatte. Ellers deltar Friskliv og mestring med fire ansatte i kommunens psykososiale kriseteam. For yngre barn og tilbud til disse har kommunen Fredrikstadhjelpa 0-16

Barnevern, helsestasjon, koordinator barn og unge, kriseteam, etat for oppvekst. Dei forskjellige avdelingene har egne rutiner på dette.

Helsestasjonen og helsesykepleier er sentral i mange kommuner:

Barnet ivaretas i den tjenesten de har kontakt med, ofte helsestasjon.

Helsesykepleier som er kjent med barnet får hovedansvaret for oppfølging.

Noen holder på å utvikle rutiner for denne målgruppen:

Det arbeides med å utvikle rutiner for oppfølging av barn som etterlatte

Men det er ikke alle de får vite om:

Dersom vi får informasjon om barn som pårørende, kan vi ivareta disse barna nokså godt. Dessverre får vi nok ikke informasjon om alle som kunne ha hatt et hjelpebehov. Når det er etterlatte ved selvmord er det nok lettere å kunne gi et godt tilbud, da flere voksne rundt disse barna trolig melder fra til tjenestene for barn og unge.

Noen har kommet lenger:

Kommunen har fått laget klare retningslinjer for oppfølging av Barn som pårørende, og har etablert barnekontakt i hver tjeneste. Barn som pårørende har stort fokus i kommunen. Barnet følges opp lokalt av barnekontakt og evt. fastlege ved behov, og henvises til spesialisthelsetjenesten ved behov.

Varslingssystemet mellom kriseteam, skolehelsetjeneste/helsestasjon, skoler og barnehager. Sikrer kontakt og oppfølging av barn og unge.

Om helsetjenesten vet om og har fått kjennskap til barna som er pårørende, vil tilbudet kunne være godt. Det avhenger også av tillit fra foreldre/ foresatte, får tilgjengeliggjort tilbudet både praktisk og psykologisk. Barn som etterlatte vil få et individuelt tilbud for seg og eller sin familie. Det kan være psykososial krisestøtte, samtaler, familiesamtaler, veiledning og hjelp til nettverk/ familie/ barnehage/ skole, alt etter som er formålstjenlig og avklart med barnet og familien det gjelder

Lege og psykolog kan gi samtaler:

Samtale med lege og /eller psykolog.

Mens andre har flere faggrupper inn:

Tverrfaglig samarbeid rundt familien med samtaler og praktisk bistand i heimen. Bistand til å opprettholde deltagelse i aktivitetstilbud.

Noen er tydelige på at de vil være proaktive:

Ved selvmord vil psykososialt kriseteam i samarbeid med kommunal tjeneste, skole, barnehage, helsestasjon psykisk helse m.m. avklare med etterlatte behovet og ønske for oppfølging. Kommunen har som mål å være proaktive i sin oppfølging av etterlatte.

Noen nevner også at de følger nasjonale føringer:

Vi anvender i stor grad nasjonale føringer i veiledere som "etter selvmordet" og "Mestring, samhørighet og håp" ved oppfølging av etterlatte. Spesielt fokus ved barns behov og sørger for tilpasset kompetanse ift. barnets alder. Fastlege, helsesykepleier, spesialist, vernepleier og tett samarbeid med Veiledningssenter for etterlatte i Nord-Norge.

Noen har tilbud:

Vi har et psykososialt kriseteam, hvor kjernegruppen i teamet består av 6 psykologer/psykologspesialister som følger opp etterlatte over lengre tid. Noen blir fulgt opp over lang tid. Vi kommer tidlig inn, ofte brått, og forsøker å tilby at samme person som kommer inn i den akutte krisen følger opp over tid. Vi har svært gode tilbakemeldinger på denne oppfølgingen

En del av kommunene som ikke har hatt barn og unge som etterlatte etter selvmord, virker å ha en god plan om det skulle skje:

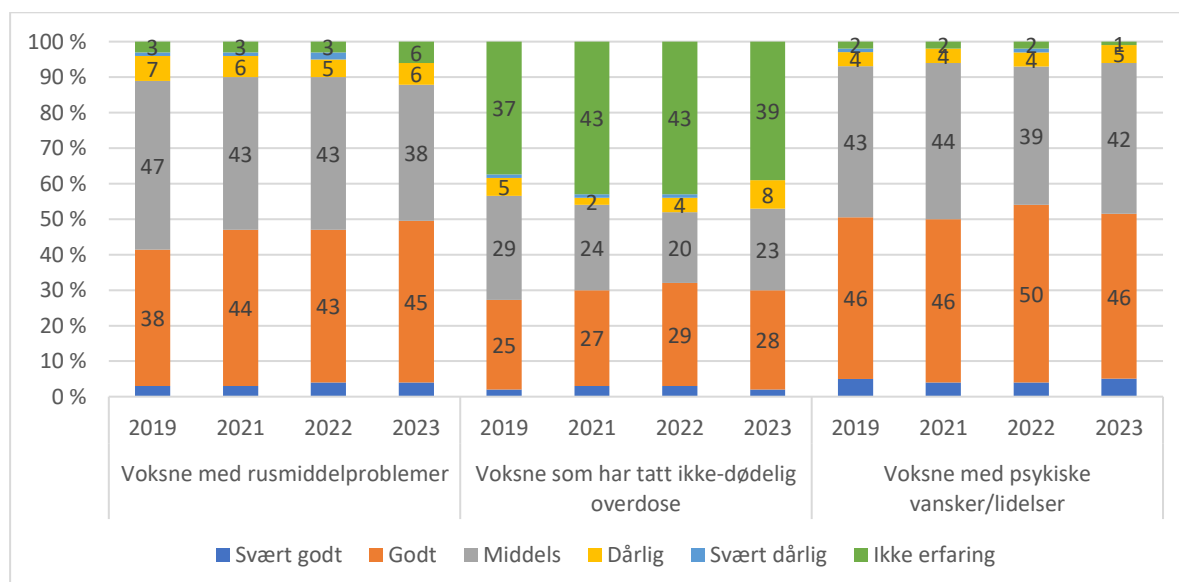
Vi har per i dag ikke opplevd dette. Hvis vi kommer i den situasjonen, så vil det være det psykososiale kriseteamet sammen med helse og sosialkonsulenten som vil ivareta barn som etterlatte ved selvmord.

13.7 VOKSNE PÅRØRENDE

Som vist i tabell 13.9 og figur 13.4 svarer de aller fleste at de har et middels eller et godt tilbud for voksne pårørende alle år, og vi ser en positiv utvikling (ved at flere svarer at de har et godt tilbud) fra 2019 til 2023 særlig for voksne pårørende for voksne med rusmiddelproblemer, mens det er relativt endret gjennom perioden for voksne pårørende for voksne som har tatt ikke-dødelig overdose og voksne med psykiske vansker/lidelser. I 2023 ble kategorien «voksne som har tatt overdose» endret til «voksne som har tatt ikke-dødelig overdose» for å skille mellom pårørende og etterlatte. Dette kan ha påvirket fordelingen i 2023.

Tabell 13.9 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019 – 2023-

	Voksne pårørende for:											
	Voksne med rusmiddelproblemer				Voksne som har tatt ikke-dødelig overdose				Voksne med psykiske vansker/lidelser			
	2019	2021	2022	2023	2019	2021	2022	2023	2019	2021	2022	2023
Svært godt	3	3	4	4	2	3	3	2	5	4	4	5
Godt	38	44	43	45	25	27	29	28	46	46	50	46
Middels	47	43	43	38	29	24	20	23	43	44	39	42
Dårlig	7	6	5	6	5	2	4	8	4	4	4	5
Svært dårlig	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0
Ikke erfaring	3	3	3	6	37	43	43	39	2	2	2	1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	330	315	339	412	329	316	339	413	330	312	337



Figur 13.4 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019 – 2023.

Som vist i tabell 13.10 er det i 2023 47 prosent som oppgir at de ivaretar voksne pårørende etter at voksne har gjort selvmordsforsøk svært godt eller godt, mens 17 prosent ikke har erfaring med voksne som har gjort selvmordsforsøk. Det er omtrent like mange (16 prosent) som oppgir at de ikke har erfaring med personer som har mistet livet ved selvmord, og 62 prosent oppgir at de ivaretar etterlatte på en god eller svært god måte.

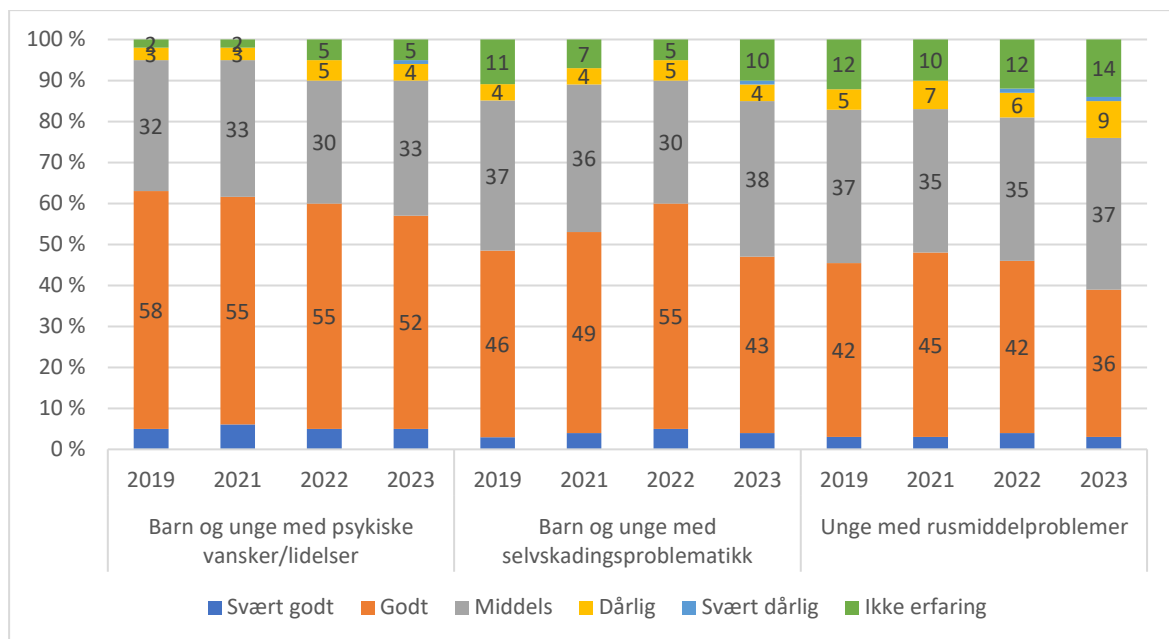
Tabell 13.10 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende etter selvmordsforsøk (2022 og 2023). Etterlatte ved selvmord (2019, 2021)

	Voksne pårørende/etterlatte for:		
	Voksne som har gjort selvmordsforsøk		Personer som har mistet livet ved selvmord
	2022	2023	2023
Svært godt	6	5	12
Godt	46	42	50
Middels	27	31	21
Dårlig	3	5	1
Svært dårlig	0	0	0
Ikke erfaring	18	17	16
Totalt	100	100	100
Antall kommuner	313	336	335

Når det gjelder voksne pårørende for barn og unge, ser vi liten endring for barn og unge med psykiske lidelser og rusproblemer i perioden 2019 til 2022, men en økning i andel som svarer svært godt eller godt for voksne pårørende for barn og unge med selvskadingsproblematikk frem til 2022, men en nedgang siste år. Se tabell 13.6 og figur 13.5. Utviklingen kan som nevnt skyldes at forventningen til egne tjenester øker utover i perioden med det økte fokuset på ivaretagelse av pårørende.

Tabell 13.11 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019-2023

	Voksne pårørende for:											
	Barn og unge med psykiske vansker/lidelser				Barn og unge med selvskadingsproblematikk				Unge med rusmiddelproblemer			
	2019	2021	2022	2023	2019	2021	2022	2023	2019	2021	2022	2023
Svært godt	5	6	5	5	3	4	5	4	3	3	4	3
Godt	58	55	55	52	46	49	55	43	42	45	42	36
Middels	32	33	30	33	37	36	30	38	37	35	35	37
Dårlig	3	3	5	4	4	4	5	4	5	7	6	9
Svært dårlig	0		0	1	0		0	1	0		1	1
Ikke erfaring	2	2	5	5	11	7	5	10	12	10	12	14
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	411	321	308	328	409	423	308	327	409	324	308	329



Figur 13.5 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019-2023

I 2021 - 2023 er det også tatt med voksne pårørende til nærpå personer som utøver vold, se svarfordeling i tabell 13.7. Vi observerte en svak økning i andel som svarte godt fra 2021 til 2022, men det er en liten nedgang siste år.

Tabell 13.12 Antall og andel kommuner etter svar på hvordan de ivaretar voksne pårørende til nærpå personer som utøver vold, 2021 – 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	9	3	11	4	7	2
Godt	99	31	118	38	106	32
Middels	116	36	92	29	115	34
Dårlig	28	9	23	7	25	7
Svært dårlig	2	1	3	1	6	2
Har ikke erfaring med tilfeller	70	22	65	21	76	23
Total	324	100	312	100	335	100

13.8 OPPSUMMERING

I desember 2020 lanserte Regjeringen Solberg en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs, og at de kan leve gode liv. På spørsmål om de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i pårørendestrategien, er det flest som svarer 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', og det er færrest som svarer at de har planlagt tiltak for å øke støtten og gi avlastning til pårørende (men det er en liten økning fra 2021 til 2023). Fra 2021 til 2023 er det blant tiltakene mest økning i andel kommuner med planer om å gjøre tjenestene mer familieorienterte.

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det 78 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. 33 prosent har svart at ansvaret ligger hos enhet for psykisk helse og rus, og 24 prosent oppgir at ansvaret ligger hos egen barneansvarlig. Det er også 37 prosent som svarer at alle ansatte og alle fagområder som er i kontakt med familien har ansvar, og at det ikke er noen spesielt som har fått ansvaret. Det er mange som har satt flere kryss, som kan innebære kombinasjoner av ansvar for eksempel mellom helsestasjon og alle ansatte i tjenester som er i kontakt med pårørende. 19 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret og like mange oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter.

Det er 30 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/ samlivsbrudd hos foreldre, og 84 prosent har foreldreveiledning (f.eks. ICDP). Nesten halvparten (49 prosent) oppgir at de bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen. 21 prosent oppgir at de samarbeider med kreftforeningen. Syv prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer), mens 9 prosent oppgir at de har SMIL-grupper (Styrket mestring i livet). 34 prosent av kommunene oppgir at ansatte har gjennomført e-læring om barn som pårørende (KS-læring).

55 prosent av kommunene/bydelen oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2023, og dette er omtrent som i 2019.

Under halvparten av kommunene (47 prosent) oppgir at de godt eller svært godt ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, og dette er omtrent samme andel som i 2019.

Kommunene har fortsatt et betydelig potensial i å forbedre tilbudet de gir til pårørende for ulike grupper, men det er ikke alltid de kommunale tjenestene får beskjed dersom det er barn som pårørende for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Helsestasjon- og skolehelsetjenestene har kanskje det største potensialet for å nå barn og unge som pårørende, og de har allerede har dette ansvaret i 78 prosent av kommunene.

14 BRUKERMEDVIRKNING

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 Opptappingsplanen 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 (fra høsten 2022 kalt "Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus") er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet helt sentrale mål^{xvii}. I 2021 publiserte Langøien et al. et forskningskart med 54 kunnskapsoppsummeringer på effekt av brukermedvirkning på psykisk helse- og rusfeltet ¹²¹. Et av hovedfunnene var at hovedvekten av oversiktene omhandlet brukermedvirkning på individnivå, få omhandlet tjenestenivå og én systemnivå.

Helsedirektoratet har engasjert forskere ved UiT Norges Arktiske Universitet for å gjennomgå den kvalitative forskningslitteraturen på brukermedvirkning innen psykisk helse og rus i Norden og Sápmi 2012-2022.^{xviii}

Hovedfunnene er presentert inn i følgende kategorier:

1. Individnivå og tjeneste- og systemnivå
2. Livsløpsperspektiv
3. Tema med tilhørende hovedstrømninger

Helsedirektoratet vil i 2024 komme med råd for brukermedvirkning.

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, og vi også har spurt om hvilken rolle disse personene har i jobben sin. Flere av spørsmålene er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid.

14.1 DATAGRUNNLAG

I 2023 er følgende spørsmål tatt med i kartleggingen:

- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid:
 - for den enkelte bruker (individnivå) i tjenesteutvikling?
 - på systemnivå i tjenesteutvikling?

^{xvii} <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

^{xviii} <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kvalitativ-forskning-pa-brukermedvirkning-innen-psykisk-helse-og-rus-i-norden-og-sapmi-2012-2022>

- gjennom systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
- gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
- 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.)
- Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker
 - "Hva er viktig for deg?" - skjema (PSFS)
 - Brukerråd
 - Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre?)
 - Bruker- og pårørendeorganisasjoner
 - Annet, hva.
- Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?
 - KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)
 - FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes)
 - 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?
 - Hva gjør at dere i stor grad arbeider recovery-orientert?
 - Hva gjør at dere i liten grad arbeider recovery-orientert?

Følgende spørsmål om årsverk med erfaringskompetanse ble også inkludert i 2023:

- Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for voksne ansatte med erfaringskompetanse/bruker- og/eller pårørendeerfaring med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk?
- Hvilken rolle har personen(e)/årsverkene med erfaringskompetanse i tjenestene til voksne?
 - Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere
 - Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten
 - Bidrar i prosjektarbeid
 - Kontakt med brukerorganisasjoner
 - Kontakt med pårørende
 - Annet, hva?
- Har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse?
 - Beskriv årsakene til at dere har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
 - Beskriv årsakene til at dere ikke har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
 - Beskriv årsakene til at dere er usikre på om dere vil ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
- Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for barn og unge ansatte med erfaringskompetanse/bruker- og/eller pårørendeerfaring innen psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk?

14.2 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

Som vist i tabell 14.1 er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

Tabell 14.1 Antall og andel kommuner/bydelere etter svar på i hvor stor grad de sikrer brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023		2021		2022		2023	
	Individnivå						Systemnivå					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I svært stor grad	74	22	78	25	76	22	14	4	13	4	13	4
I stor grad	196	59	180	57	207	60	100	30	84	27	104	30
I noen grad	44	13	48	15	53	15	147	44	168	53	147	43
I liten grad	13	4	9	3	7	2	57	17	43	14	66	19
I svært liten grad	5	2	2	1	2	1	13	4	9	3	15	4
Totalt	332	100	317	100	345	100	331	100	317	100	345	100

Det er ikke ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke, men det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning på begge nivå.

14.3 SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDE-ORGANISASJONER

Det ble fra 2021 tatt med to nye spørsmål om samarbeid med hhv. lokale/regionale og sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Som vist i tabell 14.2 er det 18 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med disse organisasjonene, mens 36 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse.

Det er noen færre som svarer at de ikke finnes lokalt/regionalt i 2023 enn i 2021, men det er vanskelig å si om dette skyldes at det etableres flere lokale eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Tabell 14.2 Antall og andel etter svar på grad av systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, 2021 - 2023.

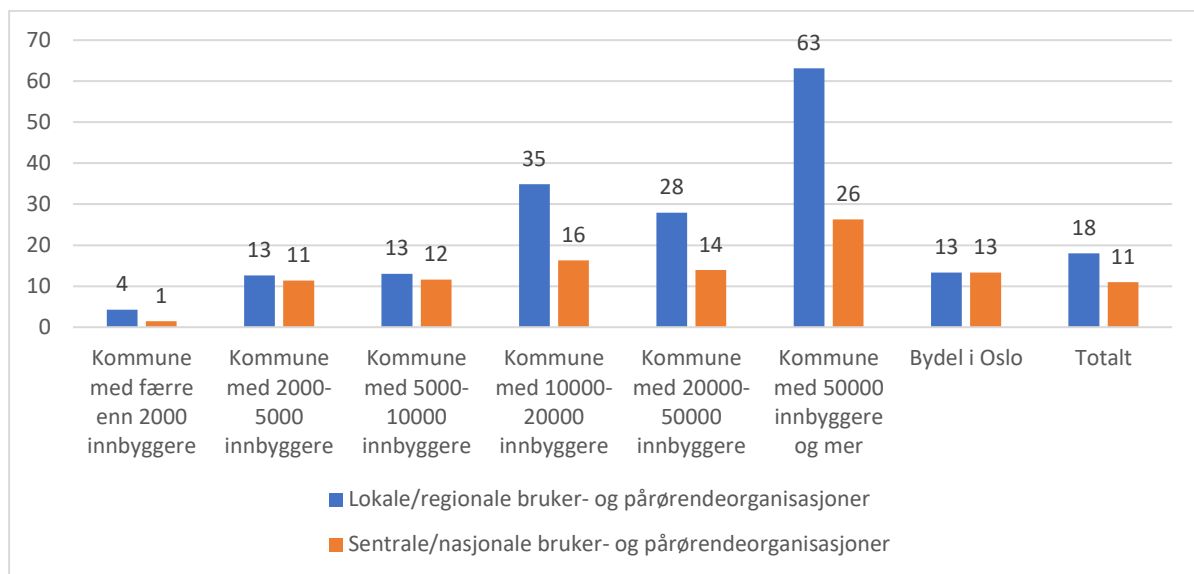
	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	1	0	7	2	11	3
I stor grad	45	14	52	16	53	15
I noen grad	114	34	137	43	126	36
I liten grad	73	22	86	27	92	27
I svært liten grad	55	17	35	11	40	12
Finnes ikke lokalt/regionalt	44	13			24	7
Totalt	332	100	317	100	346	100

Som vist i tabell 14.3 er det 11 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 33 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse. Det er særlig en stor andel av de største kommunene

utenom Oslo som oppgir å ha stor grad av samarbeid med lokale og regionale organisasjoner, se figur 14.2.

Tabell 14.3 Antall og andel etter svar på grad av systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, 2021 - 2023.

	2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	8	2	1	0	4	1
I stor grad	31	9	22	7	35	10
I noen grad	115	35	123	39	116	33
I liten grad	115	35	120	38	114	33
I svært liten grad	59	18	49	16	78	22
Totalt	328	100	315	100	347	100

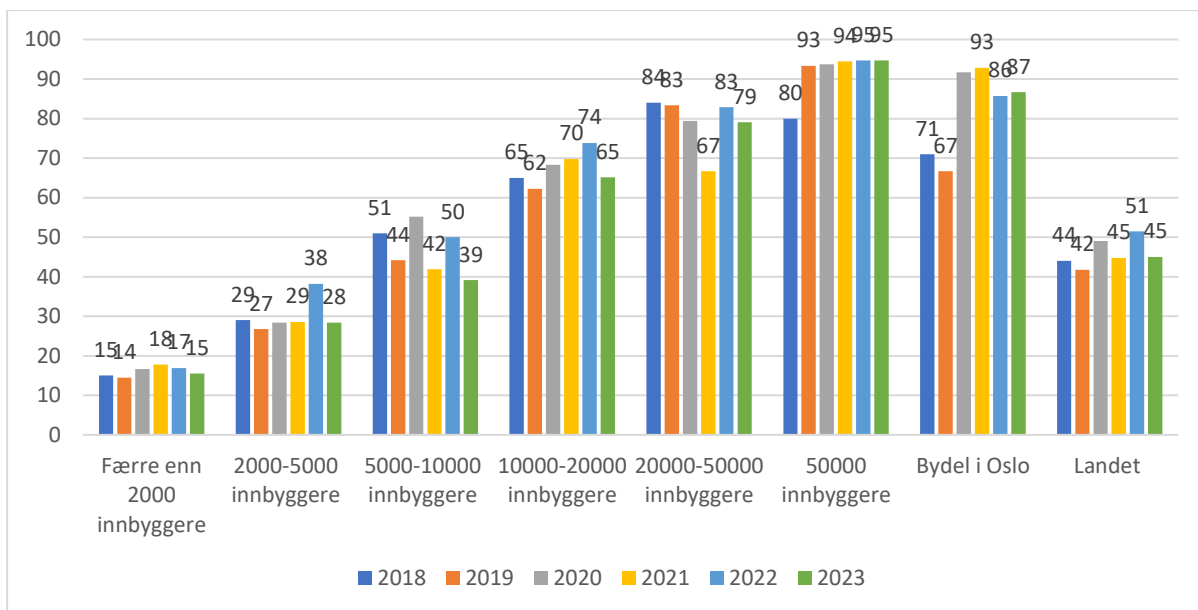


Figur 14.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor eller i stor grad har systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner på ulike nivå. Kommunestørrelse, 2023.

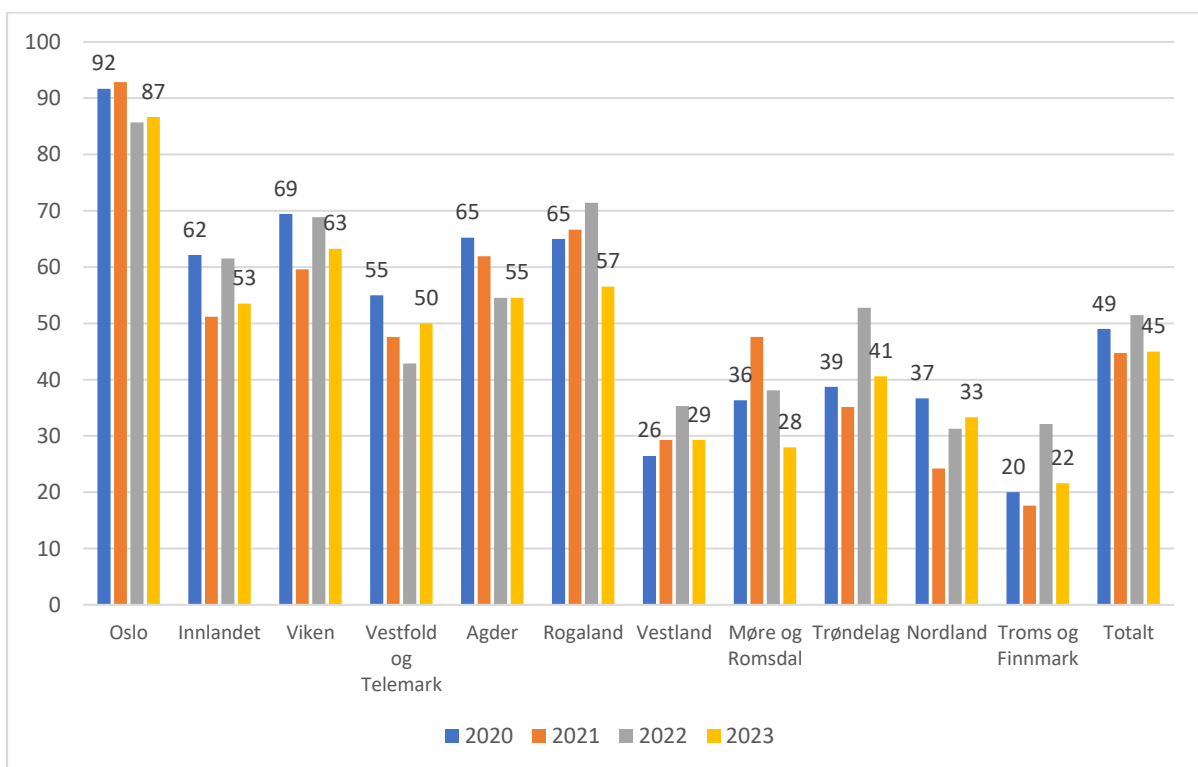
Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

14.4 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent (n=156) at de hadde det i 2023. Det er en liten nedgang fra 51 prosent i 2022, men tallene har ligget stabilt på mellom 42-45 prosent de siste seks årene.



Figur 14.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Kommunestørrelse, 2018-2023.



Figur 14.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Fylke, 2020-2023.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 14.4), og det er i 2022 totalt 71 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 21 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for

deg?"-skjema (PSFS), mens 39 prosent svarte at de har hatt brukerråd og 45 prosent har hatt brukerundersøkelse. Det er 37 prosent av kommunene som har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørende-organisasjoner. Dette var en ny svarkategori i 2021, og da var det 20 prosent som hadde benyttet slike. Gjennom perioden er det særlig økning i tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker, og i andel som henter inn brukererfaringer fra bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Tabell 14.4 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel, 2019 – 2023.

	2019		2020		2021		2022		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55	84	58	95	64	119	74	110	71
"Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS)	31	18	25	17	26	17	23	14	33	21
Brukerråd	80	46	56	39	52	35	60	37	61	39
Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre)	82	47	67	47	60	40	60	37	70	45
Bruker- og pårørendeorganisasjoner					30	20	48	30	57	37
Annet	48	28	37	26	35	23	36	22	35	22
Totalt	174	100	144	100	149	100	161	100	156	100

De 35 kommunene som har svart 'Annet', oppgir blant annet at de har bruker- og pårørendekvelder på lavterskeltilbud, at de bruker erfaringskonsulent eller at de har interkommunalt brukerpanel, at de har et eget spørreskjema som de har utviklet og noen nevner svar på neste spørsmål, for eksempel FIT.

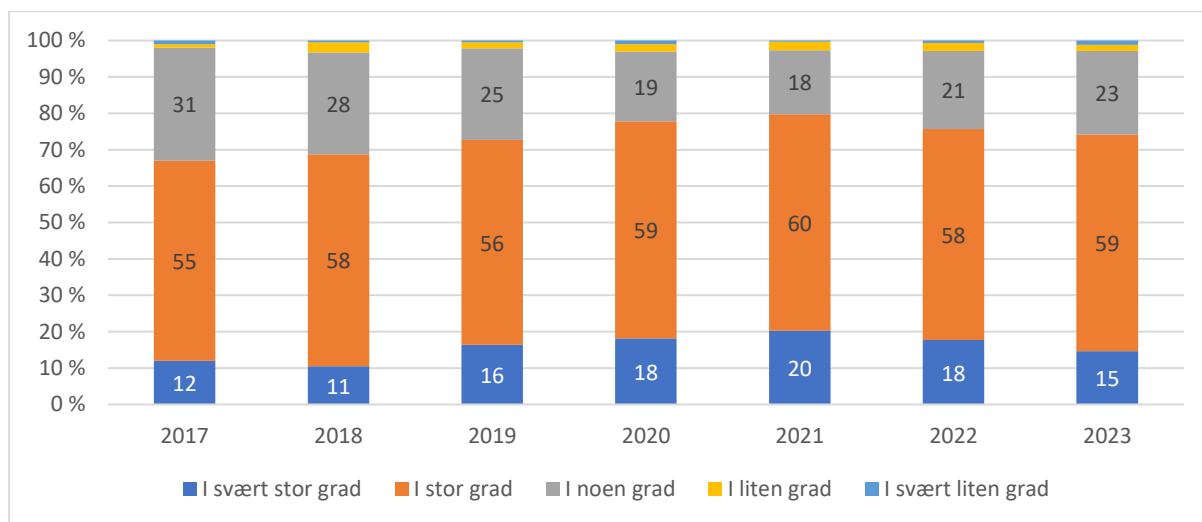
De 110 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Svarfordelingen er gitt i tabell 14.5 og viser at nettbasert FIT er det mest populære med 73 prosent. FIT i papirutgave er også krysset av hos 16 prosent av de 110 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 4 prosent. Det er 20 prosent som benytter NORSE Feedback og det er like mange kommuner som svarer det i 2022 og i 2023 (n=22).

Tabell 14.5 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? 2019 - 2023.

	2019		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%
KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)	16	17	5	4	3	3
FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes)	66	69	84	71	80	73
FIT, papir	19	20	26	22	18	16
NORSE Feedback	1	1	22	18	22	20
Annet	16	17	22	18	12	11
Totalt	95	100	119	100	110	100

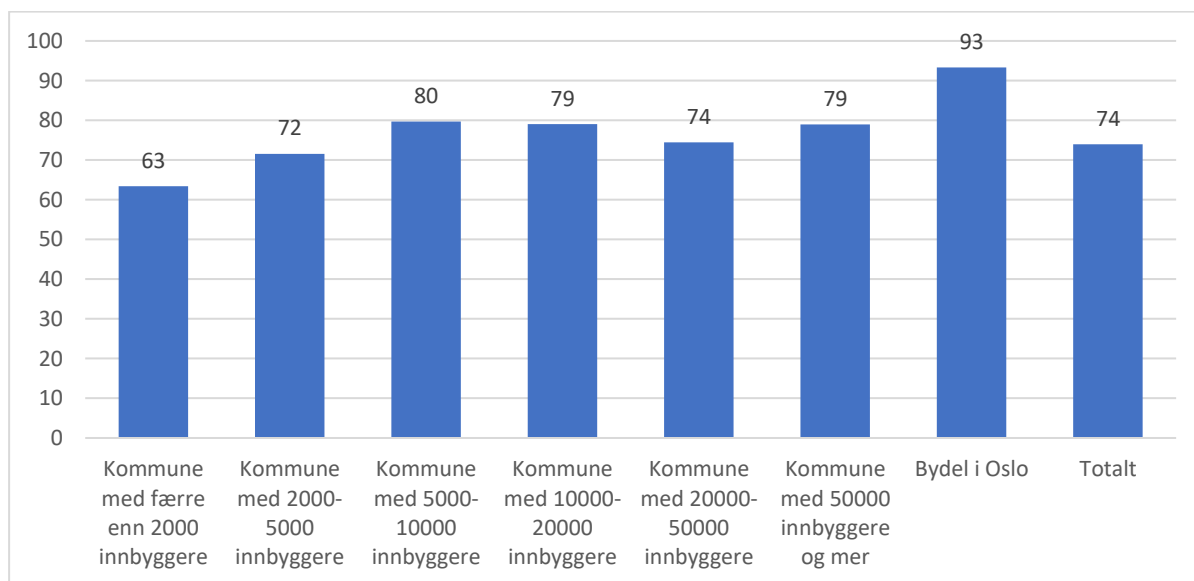
14.5 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

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 årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Resultatene er presentert for de syv siste årene i figur 14.4. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra frem til og med 2021, men det er en liten nedgang to siste år.

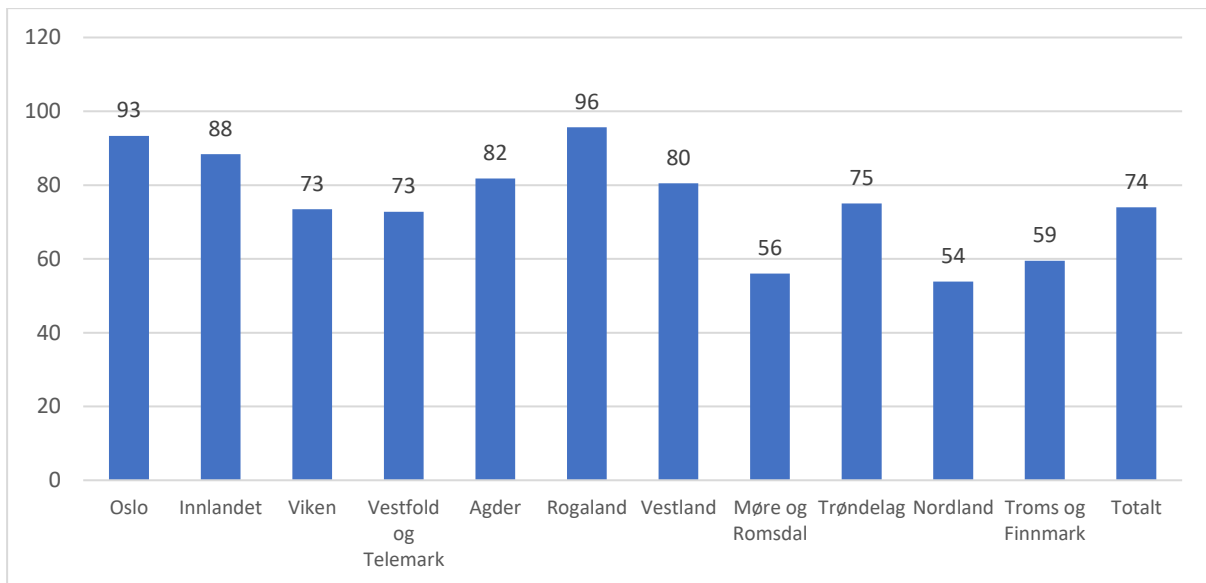


Figur 14.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 2017-2023.

Det er noen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (se figur 14.5) og noe variasjon etter fylke (figur 14.6) og færrest kommuner svarer slik i Møre og Romsdal og i Nordland, og flest i Rogaland.



Figur 14.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune i stor grad eller i svært stor grad er recovery-orientert. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 14.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune i stor grad eller i svært stor grad er recovery-orientert. Fylke, 2023.

14.6 HVA GJØR KOMMUNER SOM ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT

Det er 215 kommuner/bydeler som har beskrevet hva som gjør at de i stor grad arbeider recovery-orientert. Eksempler på svar er:

- "Hva er viktig for deg"? Systematiske kartleggingsverktøy, fokus på egne ressurser fremfor diagnose, målrettet miljøarbeid, KID og KIB-kurs, FACT som samarbeidsmodell og dertil tilhørende verktøy
- Alle medarbeidere fått opplæring som gikk over et år i 2018. Brukerens egen mestring og deltakelse er sentrale målsettinger i vårt arbeid.
- Bruker sine ønsker er alltid utgangspunkt for oppfølginga. Nokon tilsette jobbar meir med dette enn andre tilsette.
- Bruker er ekspert i eget liv, vi støtter i tilfriskningsprosessen jobber sammen med bruker slik at de skal kunne nå sine mål, ha en meningsfull og tilfredsstillende tilværelse styrkebasert kartlegging med fokus på livskvalitet tilbyr IMR kurs.
- Det er et høyt fokus på å tilby tjenester med bakgrunn i hva som er viktig for hver enkelt innbygger. Eks har vi opprettet en fase 2- oppfølging i en samlokalisert bolig. Beboere i gode bedringsløp motiveres til egenmestring for å kunne flytte til lavere omsorgsnivå, med i den visshet at de fortsatt har mulighet til oppfølging fra personalbasen eller komme til aktivitetssenteret ved behov. Bydelen har også de senere årene satset på å utvikle tjenestene slik at flere innbyggere som har hatt plass på institusjonen, har blitt bosatt i bydelen. Det er ikke mulig å lykkes uten å være recovery-orientert.
- Enkelte avdelinger bruker konsekvent FIT, andre ikke. Revurderinger skal skje i samarbeid med bruker. Vi er med i recovery-nettverk.
- Fokuset er brukerens ønske og behov/mål. At det er brukerens selv som vet hva som skal til og hvilken vei den må gå for å nå sitt mål. Det er ikke hjelperen som sitter på løsningen. Skal en lykkes med bedring/ending må vi ha fokus på ressursene til brukeren og la brukeren selv oppleve at hun/han tar styring/ansvar for sin egen bedring. Vi har stort fokus på en bærende relasjon som følger over tid, og gjennom den motivere og støtte for å jobbe med ending eller bedring.

- Jobber etter systemisk praksis. Plasserer problem i relasjoner, ikke i person. Jobber med systemet rundt bruker. Tilfører livet "noe" for å skape endring/bedring.
- Jobber i et salutogenetisk perspektiv med fokus på allianse, recovery og målrettet arbeid
- Kommunen har utviklet et eget fagprogram for recovery-basert og hverdagsmestrende praksis. Kommunen har også utviklet en egen håndbok for praksis.
- Pasientoppfølgingen har fokus på selvbestemmelse, bedring og med fokus på fremtidsplaner (aktivitet og meningsfylt hverdag)
- Som hjelpere søker vi å støtte den enkelte i sin personlige prosess, bidra til gode sosiale rammevilkår, støtte opp om meningsfulle hverdager og et godt liv.
- Teamene utfører tjenester ut fra en relasjonell tilnærming hvor hver bruker får en primær og en sekundærkontakt. Det gjøres en grundig kartleggingssamtale som heter «Hva er viktig for deg?» hvor man ønsker å avdekke ulike behov som eksempelvis psykisk uhelse, avhengighet, nettverk, fysisk helse, arbeid, aktivitet, økonomi og åndelighet. Det er ønskelig at bruker setter opp noen delmål og fremtidige mål som vedkommende med bistand av primærkontakt kan jobbe mot. Bruker signerer et samtykkeskjema utarbeidet av tjenesten hvor bruker selv kan velge om primærkontakt eksempelvis kan ta kontakt med pårørende, NAV etc. Bruker informeres tydelig om at tjenestene er frivillig og at det fordrer et samarbeid for å få til en bedringsprosess. Tjenestene er opptatt av å jobbe for at bruker skal bli trygg i relasjonen, bli mer selvstendig og gradvis klare ta mer og bedre ansvar for sitt liv.
- Vi bruker f.eks erfaringskonsulent.
- Vi involverer pårørende og brukerorganisasjoner, vi bruker FIT, vi har fokus på aktivitet og fellesskap (stort aktivitetshus med mange ulike aktiviteter) Inn på Tunet gårder, Uteliv (naturterapi) og musikkterapi. Vi samarbeider med flere kompetansesentre. Har noe fokus på arbeid, men her har vi et utviklingspotensial (særlig rus). Vi har fokus på kompetansebygging i tjenesten. de fleste har gått MI kurs, alle avdelinger har fått opplæring i traumesensitiv tilnærming, vi har flere ansatte med kognitiv videreutdanning, vi har en master i medborgerskap og samhandling, flere videreutdanninger innen rus. Åpen dialog og nettverksmetode - prøver å sette dette mer i system (ser dette i sammenheng med Oppvekstreformen og Familieråd som Barnevern bruker).
- Viktig å kartlegge hvilke ressurser/styrker brukeren har, for å finne mestringsorienterte fremgangsmetoder og dermed legge til rette for økt brukermedvirkning via bl.a. motivasjonsarbeid og bruk av aspekter fra positiv psykologi.

Analyser av disse svarene kunne være egnet som en masteroppgave i tillegg til gjennomføring av dybdeintervju i noen av kommunene. Det er mye interessant i disse svarene, og recovery-tenkningen virker å være dynamisk og kanskje i endring. Med knappe ressurser i mange kommuner kan tilnærmingen også brukes som argument for å gi mindre bistand, men det er også kommentarer som handler om at det nå er veldig vanskelig å stille krav til brukere i aktiv rus og dermed vanskeligere å bistå.

14.7 HVA GJØR KOMMUNER SOM I LITEN GRAD ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT

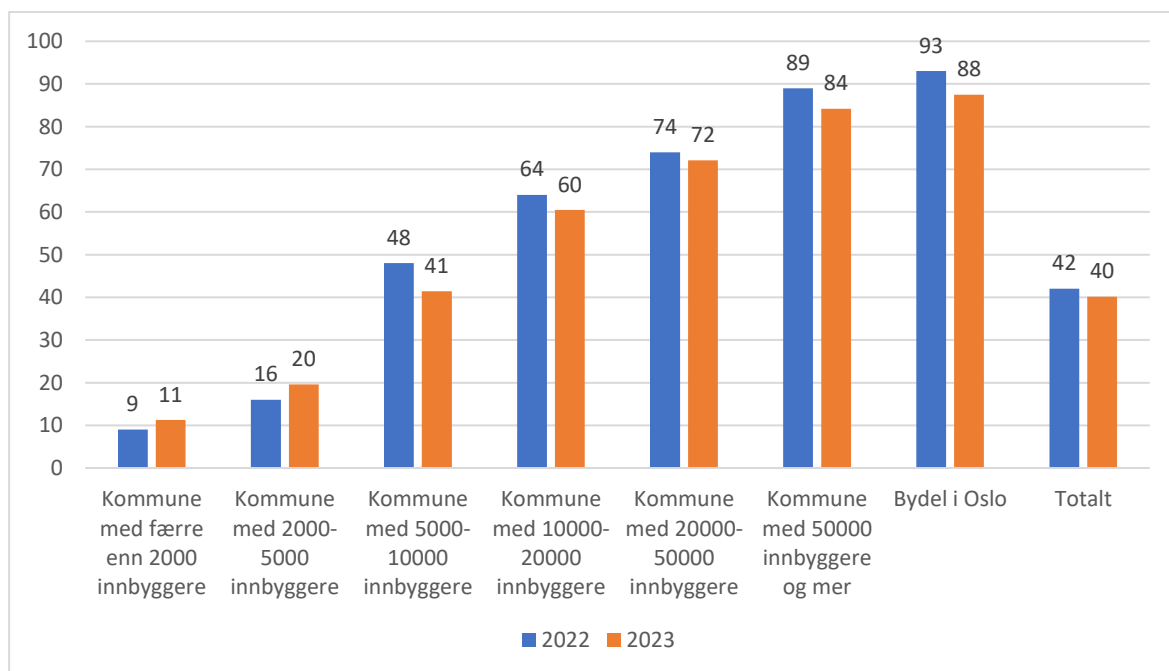
Det er seks kommuner som har svart på hvordan de ikke arbeider recovery-orientert og de har svart:

- Har ikke aktuelle pasienter på dette tidspunkt, mangler kompetansen.
- Kompetanse.
- Ukjent begrep for mange.
- Vi har lite eller ingen kandidater.
- Vi jobber ikke systematisk med dette.
- Vi jobber mer med kognitiv metode.

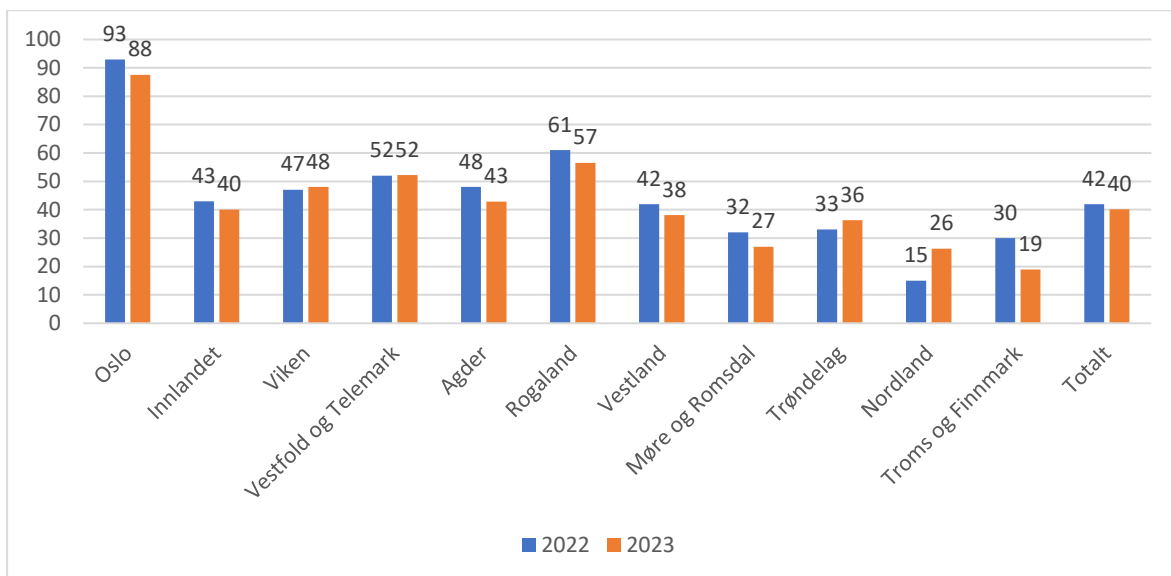
14.8 ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

Det var i 2019 totalt 27 prosent av alle kommunene som svarte at de hadde ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus, i 2020 var andelen 37 prosent og i 2021 totalt 38 prosent. I 2022 er det 42 prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse i tjenester rettet mot voksne. I 2023 er andelen 40 prosent (n=142 kommuner/bydeler svarer ja) og det er 354 som har svart (95 prosent).

Det betyr at det er en økning på 13 prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2023. Som vist i figur 14.7 er andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. Det er også betydelig variasjon mellom fylker, se figur 14.8.



Figur 14.7 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Kommunestørrelse, 2022.

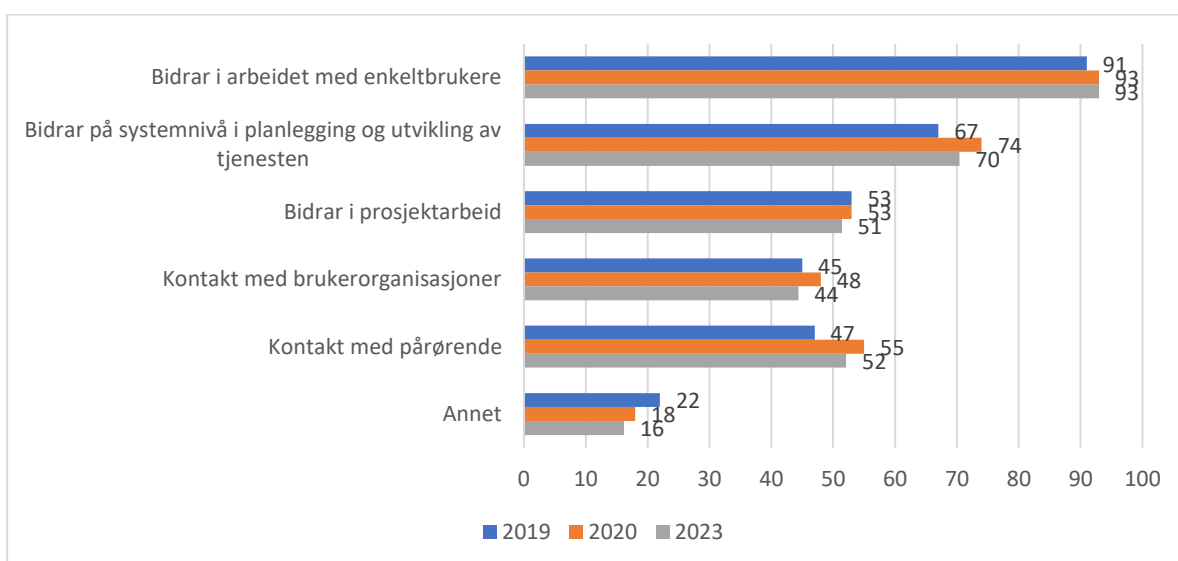


Figur 14.8 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Fylke, 2022.

I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring. I 2021 ble det rapportert om 205 årsverk, og i 2022 om 260 årsverk. I 2023 beregner vi at kommunene totalt har rapportert om 253 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til voksne. Fra 2019 til 2023 er det dermed en økning på 86 årsverk, eller 52 prosent.

Det er også spurt hvilken rolle de ansatte med erfaringskompetanse har i tjenestene, og denne fordelingen kan vi vise for perioden 2019 - 2023, men da kun som andel av de som svarer at de har ansatte med erfaringskompetanse det enkelt år. Det er små endringer, men vi ser en økning i andel som bidrar på systemnivå og i kontakt med brukerorganisasjoner og pårørende.

Under "Annet" nevnes det at erfaringskompetansen brukes i ulike aktivitetstilbud, dagsenter, arbeidstiltak, FACT, kollegaveiledning, selvhjelpsgrupper og i ulike kurs og treffpunkt/bålprat.



Figur 14.9 Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har i tjenester til voksne. 2019, 2022 og 2023.

Til kommunene som svarte at de ikke har ansatt personell med erfaringskompetanse, spurte vi om de hadde planer om dette framover. Og det var 58 prosent av disse som svarte at de ikke har planer om det i 2023, mens 11 prosent svarte at de har planer om å ansette personell med erfaringskompetanse, se tabell 14.6. Omtrent hver tredje kommune som ikke har ansatte med erfaringskompetanse, er usikker på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse.

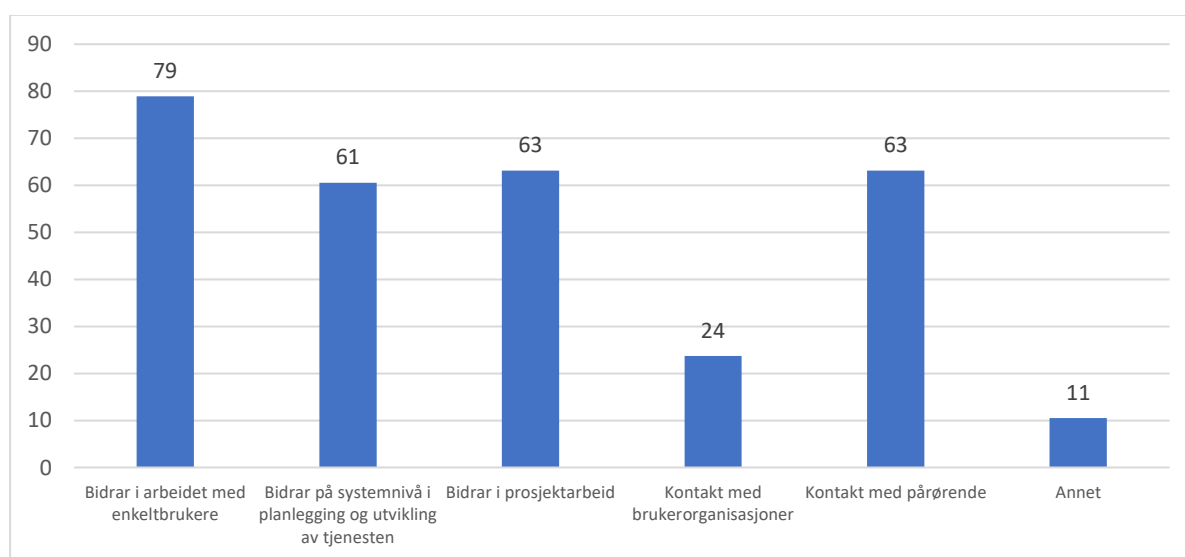
Tabell 14.6 Antall og prosent av kommunene som har svart på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse/-brukererfaring av de som ikke har det i dag, 2019 – 2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	56	18	31	16	40	19	22	12	23	11
Nei	149	48	106	56	121	57	104	55	122	58
Vet ikke	88	28	52	28	50	24	62	33	67	32
Ikke svart	17	5	0	0	1	0	0	0	0	0
Totalt	310	100	189	100	212	100	188	100	212	100

Av de 23 som har svart ja i 2023 er det 21 som oppgir en årsak, og 103 av de 122 som har svart nei har begrunnet det. Av de 67 som svarte at de ikke vet, er det 55 som har begrunnet svaret.

De som planlegger å ansette denne kompetansen, svarer at de ser behovet for dette og at de har tilbud der de planlegger at denne erfaringen skal inngå, for eksempel i lavterskeltilbud. Blant de som svarer nei, er det med begrunnelser at de ikke har økonomi til det, at de ikke har ledige stillinger og at det ikke er aktuelt på nåværende tidspunkt. Blant de som ikke vet om de har planer, svarer at dette ikke har vært diskutert, at det ikke er en lovpålagt stilling, at de ikke har økonomi til det og at de ikke vet om det er behov for det.

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid, og i 2023 var det 38 kommuner/bydeler som svarte at de hadde slik kompetanse (11 prosent). Til sammen er det rapportert 48 årsverk, en økning fra 16 årsverk i 2021.



Figur 14.10 Prosent av kommunene/bydelene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring (n = 38) etter hvilken rolle de har i tjenester til barn og unge, 2023.

Under "Annet" nevnes miljøarbeid og aktiviteter, deltar i driften av FACT Ung, nettverk og tverrfaglig team, barnevern, oppsøkende arbeid, besøke skoler og undervisning i skolen.

Det er 11 kommuner/bydeler som har svart at de har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til barn og unge, mens 193 svarer nei og 107 svarer at de ikke vet om de har slike planer. Det er 83 prosent som har svart på disse spørsmålene, og det kan tyde på at det er en del som svarer bare på vegne av tjenestene til voksne. I 2024 vil vi forsøke å få etablert to kontaktpersoner i hver kommune/bydel, én for voksne og én for barn og unge. I noen kommuner kan dette være samme person.

14.9 OPPSUMMERING

Når kommunene blir bedt om å gjøre en egen vurdering på om de sikrer brukermedvirkning, er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (34 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. Det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning enn små kommuner, men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse.

Det er 18 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 39 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse. Det er 11 prosent som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 55 prosent oppgir at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent at de hadde det i 2023. Det er omtrent som i 2018.

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 var recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 74 prosent i 2023.

I 2019 var det 27 prosent av alle kommunene som hadde ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i psykisk helse og/eller rustjenester, og i 2023 er andelen kommet opp i 40 prosent. Andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse er betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring og i 2023 beregnet vi 253 årsverk. Fra 2019 til 2023 er det dermed en økning på 86 årsverk, eller 52 prosent.

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid og i 2023 var det 38 kommuner/bydeler som svarte at de hadde slik kompetanse (11 prosent). Til sammen er det rapportert 48 årsverk, en økning fra 16 årsverk i 2021.

15 BOLIGSITUASJONEN

Den nasjonale strategien for den sosiale boligpolitikken (2021 – 2024) samler og målretter den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Den sosiale boligpolitikken skal forebygge at folk får boligproblemer, og gi hjelp til dem som ikke selv klarer å skaffe og beholde en egnet bolig. Målet er at alle skal kunne skaffe seg, og beholde, en egnet bolig.^{xix} Flere skal kunne eie sin egen bolig - og leie skal være et trygt alternativ. Strategien varsler følgende prioriterte innsatsområder:

- Ingen skal være bostedsløse.
- Barn og unge skal ha gode boforhold.
- Personer med nedsatt funksjonsevne skal på lik linje med andre kunne velge hvor og hvordan de bor.

I 2021 hadde vi med et åpent spørsmål om hva som er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen til psykisk helse- og rustjeneste. Basert på analyser av beskrivelser fra 71 prosent av alle kommunene/bydelen (n=264) formulerte vi i kartleggingen i 2022 et nytt gradsspørsmål for å kartlegge omfanget av det som kom opp i kvalitative beskrivelser i 2021.

Tidligere har vi funnet at det fra 2018 til 2021 ikke var store endringer i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid på nasjonalt nivå, men situasjonen kan ha blitt forbedret i noen kommuner, og forverret i andre. Det var i 2021 totalt 36 prosent som svarte at Husbankens ordninger i liten eller svært liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon, og dette var en liten økning fra 31 prosent i 2018.

Det var 85 prosent som svarte på spørsmålene om boligsituasjonen til målgruppen 2022. 10 prosent oppgav at dagens boligsituasjon for målgruppen innen psykisk helse er svært god, og flest (42 prosent) svarte at situasjonen er god. Nesten hver tredje kommune svarte at situasjonen for målgruppen var middels, mens 13 prosent svarte at den var dårlig, og 10 kommuner (3 prosent) svarte at situasjonen var svært dårlig. Det var færre som svarte at boligsituasjonen innen rusarbeid var svært god eller god (38 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (52 prosent). Hver femte kommune svarte at situasjonen var dårlig og 8 prosent svarte at situasjonen er svært dårlig innen rusarbeid. Det er flest som oppgav at utfordringen handler om boliger til målgruppen ROP (85 prosent).

I 2023 er det er 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som svarer på spørsmålene om boligsituasjonen.

^{xix} <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024/id2788470/>

15.1 DATAGRUNNLAG

Tre spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2023, og de samme spørsmålene var inkludert i 2022.

- Hvordan er dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid?
- Hvordan er dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt rusarbeid?
- I hvilken grad er følgende situasjoner årsak til at boligsituasjonen er slik?
 - Dårlig tilgang på boliger generelt
 - Beliggenhet på tilgjengelige boliger
 - Økonomien til brukerne muliggjør ikke leieavtaler pga. høye priser, dårlig betalingsevne
 - Mangel på ressurser til nødvendig botrening og booppfølging
 - Mangel på bolig/bofellesskap der bruker har nødvendig tilgang til personell
 - Mangel på små og rimelige boliger
 - Boliger til målgruppen ROP
 - Tilgjengelige boliger ligger for langt unna andre tjenester
 - Lav omløpshastighet på kommunale boliger
 - For dårlig kvalitet/standard på tilgjengelige kommunale boliger
 - Vanskelig å etablere nye botilbud (mangel på tomter, NIMB, barnefamilier)
 - For lite differensiert botilbud
 - Brukere ønsker ikke nødvendig bistand fra personell inn i sin bolig
 - Manglende finansieringsordninger
 - Manglende interesse fra kommunepolitikere
 - Annet

15.2 BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

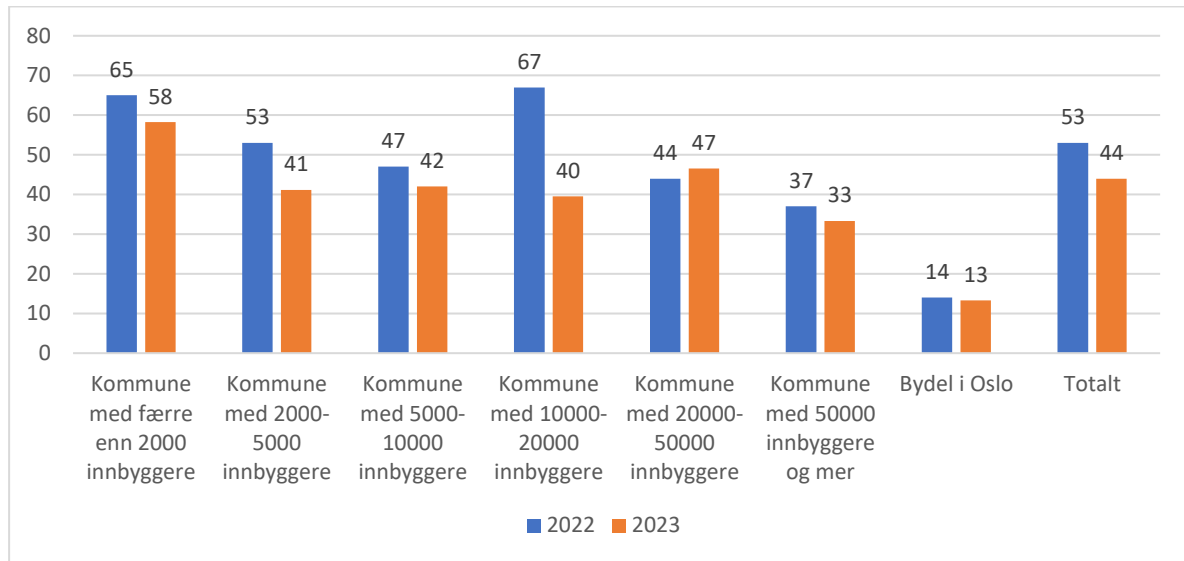
Det er 91 prosent som svarer på spørsmålet om boligsituasjonen (n=340) i 2023 og som vist i tabell 15.1, er det 7 prosent som svarer at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er svært god, og 36 prosent svarer at situasjonen er god og omtrent like mange at den er middels (37 prosent). Det er altså 20 prosent av kommunene/bydelen som melder om at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2022 var 16 prosent.

Tabell 15.1 Svar på hvordan dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er. 2022 - 2023.

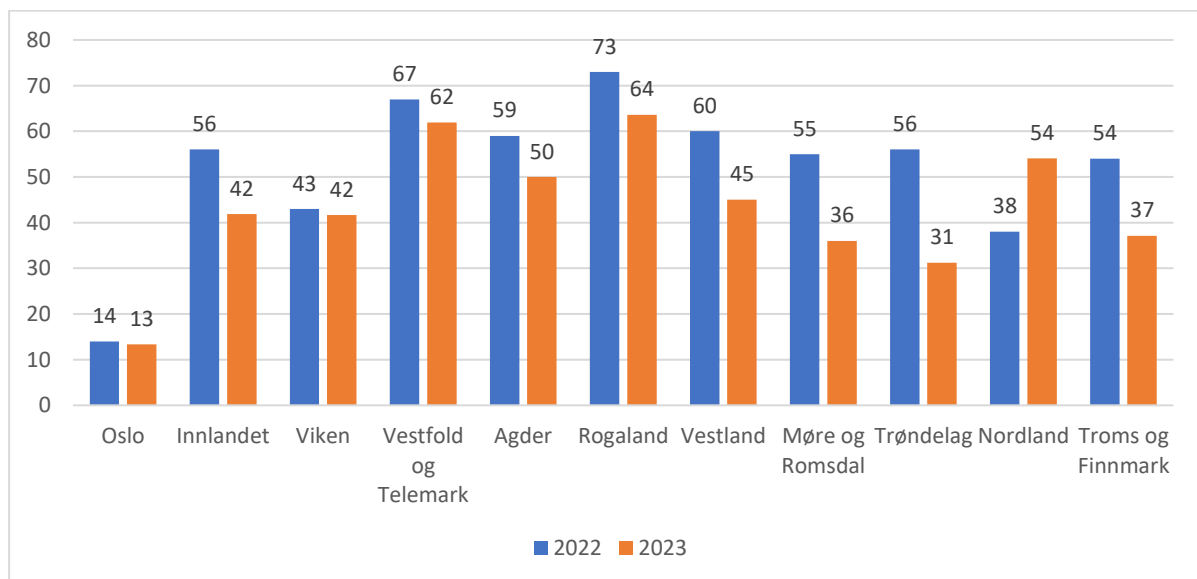
	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	32	10	24	7
God	135	42	124	36
Middels	99	31	127	37
Dårlig	42	13	53	16
Svært dårlig	10	3	12	4
Total	318	100	340	100

Her ser vi videre på de som svarer at boligsituasjonen er svært god eller god.

Figur 15.1 og figur 15.2 viser at det er betydelige forskjeller både etter kommunistørrelse og mellom fylker.



Figur 15.1 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er god eller svært god. Kommunistørrelse, 2022 - 2023.



Figur 15.2 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er god eller svært god. Fylke, 2022 - 2023.

15.3 BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT RUSARBEID

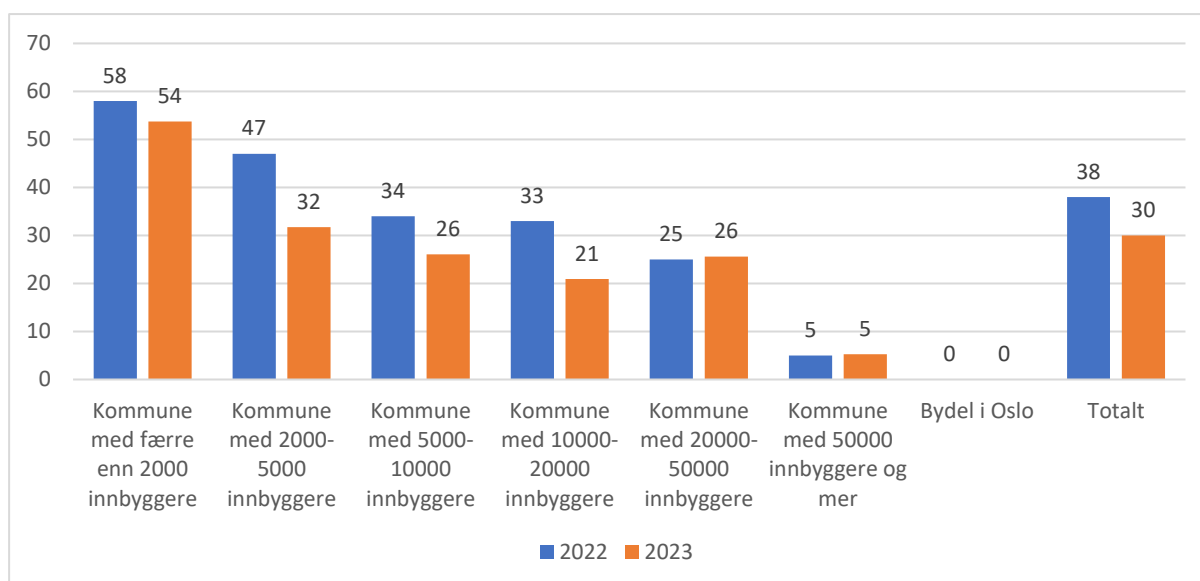
Som vist i tabell 15.2, er det noen færre som svarer at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god (30 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (43 prosent), og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig innen kommunalt rusarbeid.

Tabell 15.2 Svar på hvordan dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er. 2022 - 2023.

	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	29	9	19	6
God	91	29	83	24
Middels	106	33	127	37
Dårlig	66	21	81	24
Svært dårlig	25	8	31	9
Total	317	100	341	100

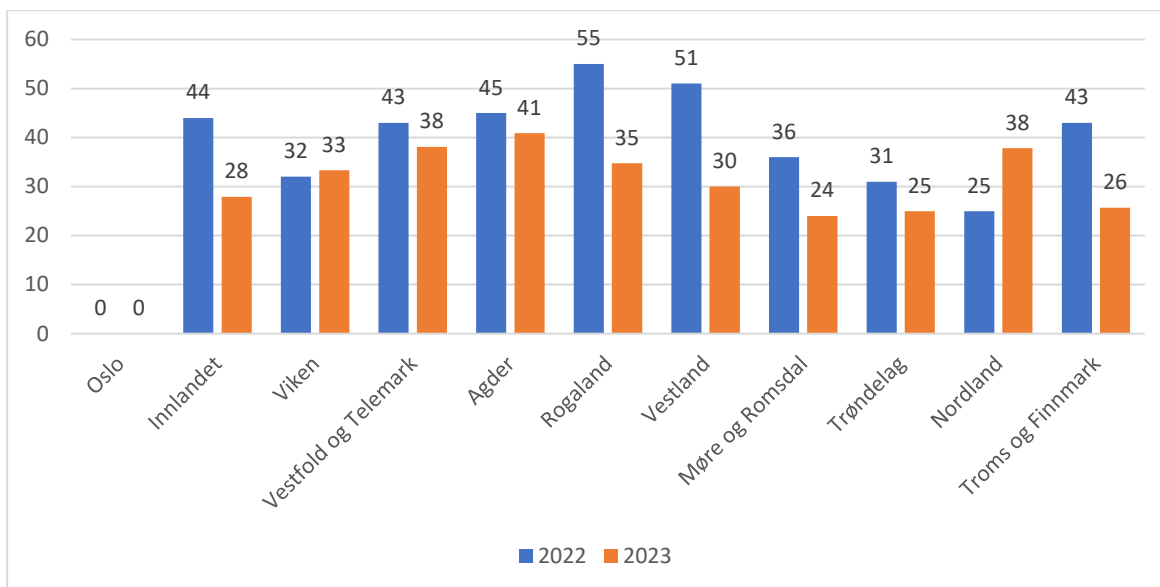
Det er 63 kommuner (19 prosent) som svarer at boligsituasjonen er dårlig eller svært dårlig for begge målgruppene.

Som vist i figur 15.3 er dette tydelig en større utfordring jo større kommunen er.



Figur 15.3 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2022 - 2023.

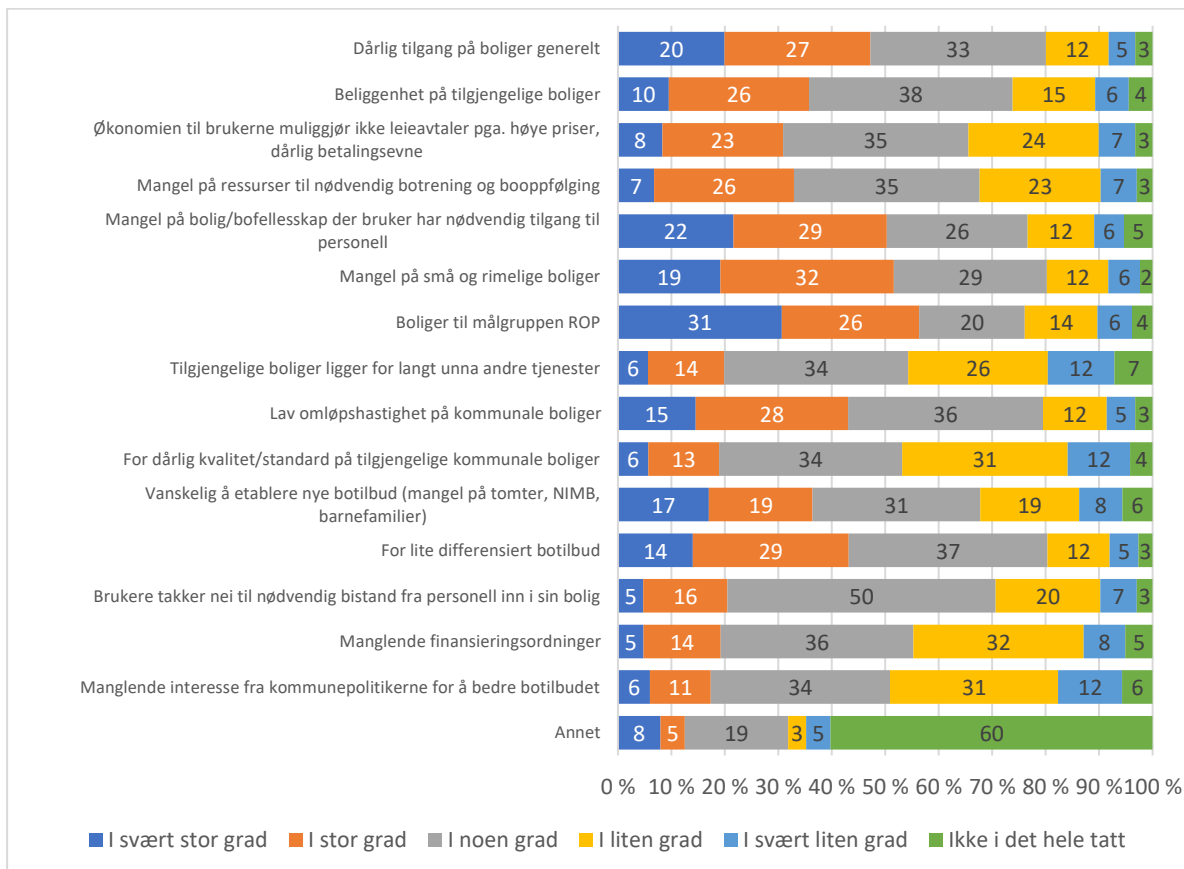
Det er ingen av bydelene i Oslo som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god, og det er kommunene i Agder, Vestfold og Telemark, og Nordland med høyest andel kommuner i 2023 som mener at situasjonen er god eller svært god.



Figur 15.4 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er god eller svært god. Fylke, 2022 - 2023.

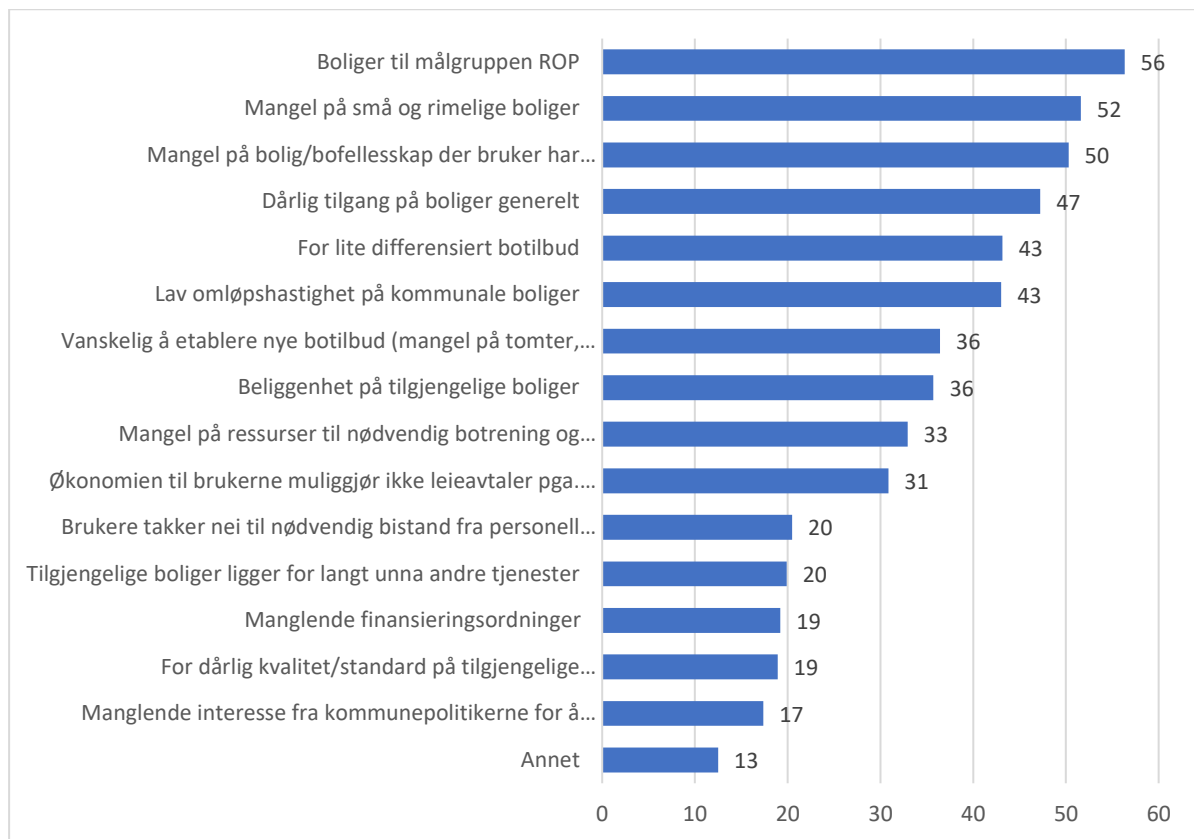
15.4 UTFORDRINGER SOM GIR EN DÅRLIG ELLER SVÆRT DÅRLIG BOLIGSITUASJON FOR MÅLGRUPPEN

I 2022 var det kun de som svarte at tilbudet var dårlig eller svært dårlig som fikk spørsmålene om i hvilken grad ulike situasjoner er årsak til at boligsituasjonen er slik. For å få til en mer komplett kartlegging, fikk alle kommunene svare på spørsmålet i 2023. Kartleggingen dekker 90-92 prosent av alle kommunene.



Figur 15.5 I hvilken grad er følgende situasjoner årsak til at boligsituasjonen er slik som den er, 2023.

For å gjøre det litt lettere å se resultatene, ser vi videre på prosent som svarer i stor eller i svært stor grad i figur 15.6. Boliger til målgruppen ROP, mangel på små og rimelige boliger og mangel på bolig/bofellesskap der bruker har nødvendig tilgang til personell eller dårlig tilgang på boliger generelt er de vanligste årsakene kommunene oppgir. Det er 17 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at det skyldes manglende interesse fra kommunepolitikerne for å bedre botilbudet.



Figur 15.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at ulike forhold i stor eller svært stor grad er årsak til at boligsituasjonen er slik som den er, 2023.

Her er det interessant å se på om det er forskjeller i årsaker mellom kommuner av ulik størrelse eller kommuner i ulike fylker, men det blir for store figurer til å inkludere i rapporten. Vi henviser derfor til kartfunksjonene i ressursportal.no som er mer egnet til å illustrere variasjonen.

15.5 OPPSUMMERING

Det var 91 prosent som svarte på spørsmålene om boligsituasjonen til målgruppen. 7 prosent oppgir at dagens boligsituasjon for målgruppen innen psykisk helse er svært god, 36 prosent svarer at situasjonen er god, og omtrent like mange at den er middels (37 prosent). Det er dermed 20 prosent av kommunene/bydelen som melder om at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2022 var 16 prosent.

Det er noen færre som svarer at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god (30 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (43 prosent), og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig innen kommunalt rusarbeid, en liten økning fra 29 prosent i 2022.

Boliger til målgruppen ROP, mangel på små og rimelige boliger og mangel på bolig/bofellesskap der bruker har nødvendig tilgang til personell, eller dårlig tilgang på boliger generelt, er de vanligste årsakene kommunene oppgir. Hver av disse årsakene oppgis av rundt halvparten av kommunene/bydelene.

16 OPPFØLGING AV ELDRE

Siden 2020 har IS-24/8-rapportene hatt oppfølging av eldre som et eget kapittel. I de foregående rapportene har vi blant annet skrevet om hvordan antall eldre øker både fordi forventet levealder øker og fordi de store etterkrigskullene har nådd pensjonsalderen¹²². Mens økningen i antallet yngre eldre (60 og 70 årsalderen) allerede er godt i gang, er vi nå i starten av økningen i antall eldre i 80-årsalderen. Forskning tyder på en stor forbedring i psykologisk funksjon blant eldre, og at eldre mennesker kognitivt og psykososialt har blitt yngre¹²³. Dette gjelder imidlertid spesielt yngre eldre i 60 og 70 årene, og i mindre grad de eldste eldre og i livets slutfase (ibid.). Når flere blir eldre og flere lever lenger vil derfor trolig antall personer med kognitiv svikt og psykososiale utfordringer øke. Basert på resultater fra HUNT4 70+ er det beregnet forekomst av demens og mild kognitiv svikt i Norge¹²⁴. Andelen med mild kognitiv svikt for personer over 70 år ble anslått til 35 prosent, mens andelen med demens ble beregnet til 15 prosent. Forekomst av kognitiv svikt og demens øker med alder og det ble anslått at hver tredje person i aldersgruppen 85-89 år hadde demens og halvparten av de over 90 år (ibid.). Beregnet antall med demens i 2020 og framskrevet antall fram mot 2050 er publisert på www.demenskartet.no. Over 100,000 anslås å ha demens i Norge i dag, og dette øker til nesten 140,000 i 2030, til over 190,000 i 2040 og til nesten 250,000 i 2050. Det er også mulig å finne tall på kommunenivå på nettsiden.

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. Å styrke den psykiske helsen hos eldre er også et eget mål i den nye Opptappingsplanen for psykisk helse 2023-2033 (Meld. St. 23 (2022-2023)).

16.1 DATAGRUNNLAG

2023-kartleggingen inneholder følgende spørsmål om eldre og psykisk helse- og rusarbeid:

- Har kommunen kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus?
 - Hvis ja, hvordan ble kartleggingen gjennomført?
- Blir eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk?^{xx}
- Gjennomfører kommunen systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre?
 - Tema i samtalene? - Psykisk helse
 - Tema i samtalene? - Alkoholvaner
 - Tema i samtalene? - Legemiddelbruk
 - Tema i samtalene? - Annet rusmiddelbruk
 - Tema i samtalene? - Vold og overgrep

^{xx} I perioden 2020-2022 ble det kun spurt om alkoholbruk.

- Har kommunen gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året?
 - Eldre med psykiske helseproblemer
 - Eldre med rusproblematikk
 - Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser)
 - Eldre utsatt for vold og overgrep

Dette er de samme spørsmålene som var inkludert i kartleggingen i 2020-2022, så vi inkluderer tidsserien.

16.2 KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV

Som vist i tabell 16.1 er det få kommuner som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, 11 prosent i 2023 og andelen er svakt fallende i perioden. Det er også en økende andel som ikke vet om dette er gjort, 18 prosent i 2023.

Tabell 16.1 Antall og andel som svarer på om de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus. 2020 – 2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	41	14	43	13	39	12	38	11
Nei	213	73	247	75	225	71	243	71
Vet ikke	39	13	40	12	52	16	60	18
Total	293	100	330	100	316	100	341	100

De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er 33 av 38 som har beskrevet hva de har gjort i kartleggingen. Vi tar med alle svarene:

- Helsesykepleier går hjem til alle eldre på hjemmebesøk.
- I eige prosjekt i heimetenesta, i samarbeid med TSB og 75+ samtalar
- Ved søknad om bistand vert også psykisk helse og rus kartlagt.
- Forebyggende hjemmebesøk, Brukerplan (ikke i år)
- Helsestasjon for eldre
- Vi har prøvd, men ikke fått noen respons tilbake.
- Forebyggende hjemmebesøk.
- Brukerplan. Kommunalt boligutvekslingsprogram for alvorlig rus og psykisk lidelse.
- Kartlegges ved tildeling av tjenester. Har ikke gjennomført noen generell kartlegging av alle f.eks. over 75 år.
- Oppsøkande team for eldre har dette som ein del av kartlegginga
- Individuelle samtaler på et utvalg av eldre som mottar hjemmetjenester
- I kartleggingssamtaler ved henvisninger
- Brukerplan

- Vi har ingen direkte kartlegging av alle eldre enda, men deltar i nettverk i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Fagnettverk psykisk helse og rus hos eldre. Har fått opplæring i kartleggingsskjema, samt vi har dette også allerede i våre egne kartleggingsskjema.
- Vi har et tett samarbeid med hjemmesykepleien og sykehjem. Det er ikke gjort noe konkrete kartlegginger, men vi blir kontaktet så fort det er et behov blant de eldre. Fastlegene henviser også til vår tjeneste.
- Kartlegging av behov, også innen psykisk helse og rus, gjennomføres ved søknad og tildeling av tjenester av tjenestekontoret i kommunen.
- Hjemmebesøk hos innbyggere over 80 år.
- Dette er en del av den individuelle kartleggingen når det søkes om tjenester.
- Helsefremmende hjemmebesøk gjort av avdeling for forebygging og utvikling.
- Temaet inngår i tjenesten oppsøkende hjemmebesøk fra hjemmetjenesten.
- Alle innbyggere som fyller 80 år, får tilbud om en forebyggende og helsefremmende samtale som gjennomføres av ansatte ved Infosenteret for seniorer. Dette gjennomføres oftest som hjemmebesøk, og psykisk helse og rus er en del av kartleggingen. Tilbudet er frivillig, og ikke alle tar imot tilbudet. Kommunen har derfor ikke en helhetlig oversikt over den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus.
- Forebyggende samtaler for alle 79 åringer (Tilbud)
- Alle personer i kommunen over 75 år får tilbud om en kartleggingssamtale med tildelingskontor/hjemmetjeneste, der de informerer om tjenestetilbudet m.m.
- Forebyggende hjemmebesøk 75+
- Gjennomføring av siste HUNT undersøkelse
- Forebyggende hjemmebesøk for befolkningen på over 75 år.
- Brukerplan fra 2015. Var planlagt ny kartlegging i 2020, den er fortsatt utsatt på ubestemt tid.
- Forebyggende hjemmebesøk for eldre v/helsesykepleier, gjennomgang av tjenester 2022
- Kartlagt av Fact eldre. Kartlagt gjennom Brukerplan.
- Gjennom meldte saker
- I forbindelse med boligbehovskartlegging, utvikling av handlingsplan og i et eget prosjekt mellom seksjon psykisk helse og rus og hjemmetjenesten.
- Alle nye brukere og brukere med endret behov kartlegges der problematikk utredes
- Mestring og omsorg og psykisk helse kartlegger

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. Det er små endringer fra 2020 til 2022, men fra 2022 til 2023 er det en økning i andel som svarer ja på 10 prosentpoeng, fra 32 prosent til 42 prosent. Det er 31 prosent som svarer at de ikke vet om dette gjøres i 2023 og det er en liten nedgang fra 36 prosent i 2022.

Tabell 16.2 Antall og andel som svarer på om eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk. 2020-2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	94	33	106	33	99	32	143	42
Nei	118	41	136	42	99	32	90	27
Vet ikke	73	26	83	26	113	36	106	31
Total	285	100	325	100	311	100	339	100

Som tidligere, finner vi ingen systematisk variasjon i svarene hverken etter kommunestørrelse eller fylke.

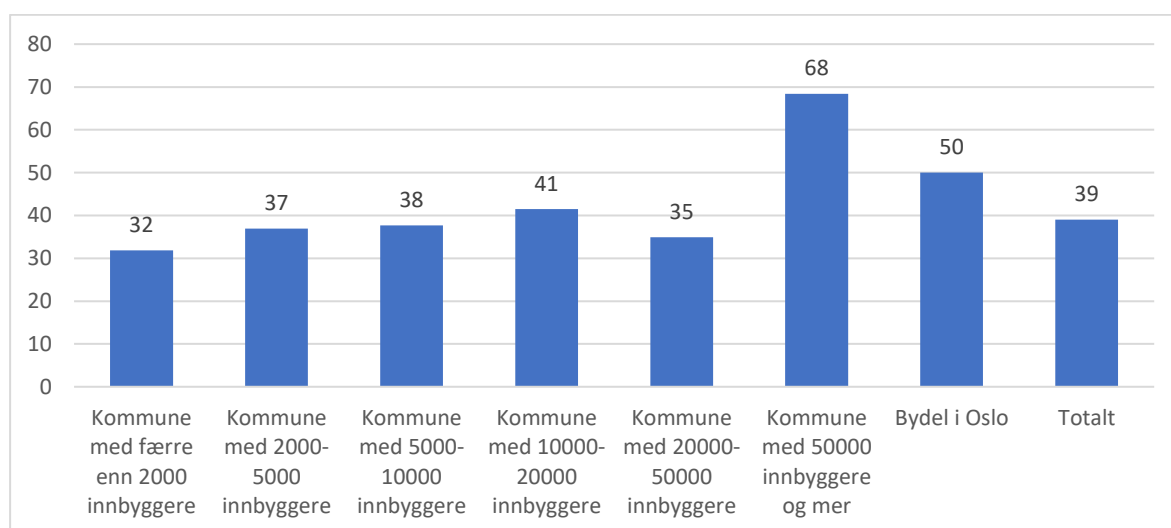
16.3 SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE

Som vist i tabell 16.3 er det liten endring fra år til år i svarfordelingen for om de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og det er 39 prosent som svarer at de gjennomfører slike besøk blant eldre i 2023, mens 46 prosent svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk.

Tabell 16.3 Antall og andel som svarer på om kommunen gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. 2020 – 2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	103	35	118	36	113	36	130	39
Nei	148	51	162	49	151	48	156	46
Vet ikke	42	14	48	15	49	16	50	15
Total	293	100	328	100	313	100	336	100

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 16.1), men ikke etter fylke i andel som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk.



Figur 16.1 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Kommunestørrelse, 2023.

Det er også kartlagt om ulike tema dekkes i samtalene i de forebyggende hjemmebesøkene, se tabell 16.4. Av de 130 kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk, er det 62 prosent som svarer at psykisk helse er et inkludert tema, og 62 prosent svarer at legemiddelbruk er tema i samtalene. Alkoholvaner er et tema i samtalene i 56 prosent av kommunene/bydelene som gjennomfører slike hjemmebesøk, mens 38 prosent svarer at vold og overgrep er et inkludert tema. 31 prosent svarer at annet rusmiddelbruk er blant temaene. Det er en liten økning på alle tema fra 2022 til 2023, og økningen er størst på alkoholvaner (8 prosentpoeng) og for vold og overgrep (7 prosentpoeng).

Tabell 16.4 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer om de ulike temaene er inkludert i samtalene i de forebyggende hjemmebesøkene, 2020 – 2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Psykisk helse	83	81	69	58	69	61	80	62
Alkoholvaner	62	60	60	51	54	48	73	56
Legemiddelbruk	77	75	61	52	68	60	80	62
Annet rusmiddelbruk	31	30	30	25	32	28	40	31
Vold og overgrep	43	42	40	34	35	31	49	38
Antall kommuner	103	100	118	100	113	100	130	100

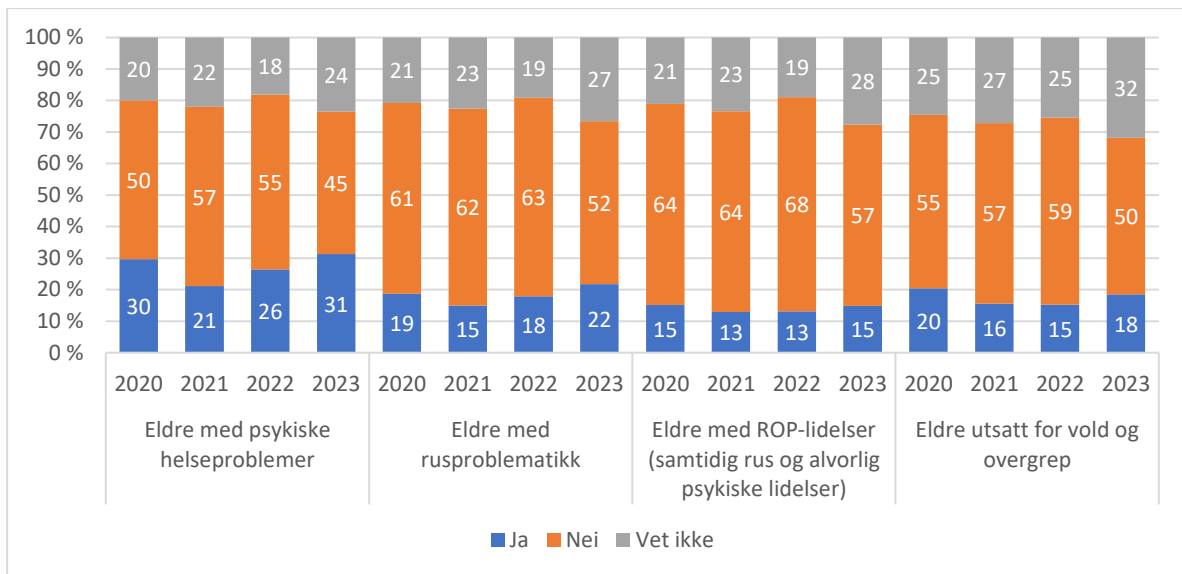
16.4 GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

Når det gjelder gjennomføring av kompetansehevende tiltak er fordelingen av svarene i 2023 vist i tabell 16.5. Det er flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder eldre med psykiske helseproblemer (31 prosent), færre for eldre med rusproblematikk (22 prosent) og eldre utsatt for vold og overgrep (18 prosent) og eldre med ROP-lidelser (15 prosent). Av de 337 kommunene/bydelene som har svart, er det 223 (66 prosent) som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2023.

Tabell 16.5 Antall kommuner etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året. 2023.

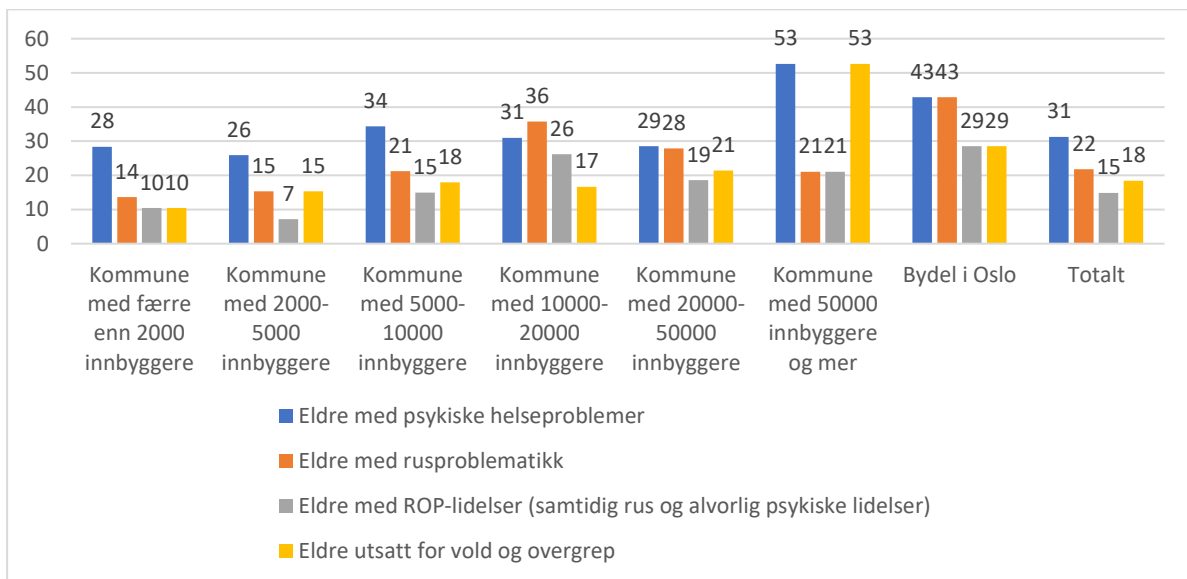
	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Andel ja
Eldre med psykiske helseproblemer	105	152	79	336	31
Eldre med rusproblematikk	73	173	89	335	22
Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser)	50	193	93	336	15
Eldre utsatt for vold og overgrep	62	167	107	336	18

Som vist i figur 16.2 er det en liten økning for alle målgruppene fra 2022 til 2023, men vi minner om at spørsmålet er formulert til å gjelde det siste året, og at dette betyr at kompetansehevende tiltak kan ha vært gjennomført tidligere.



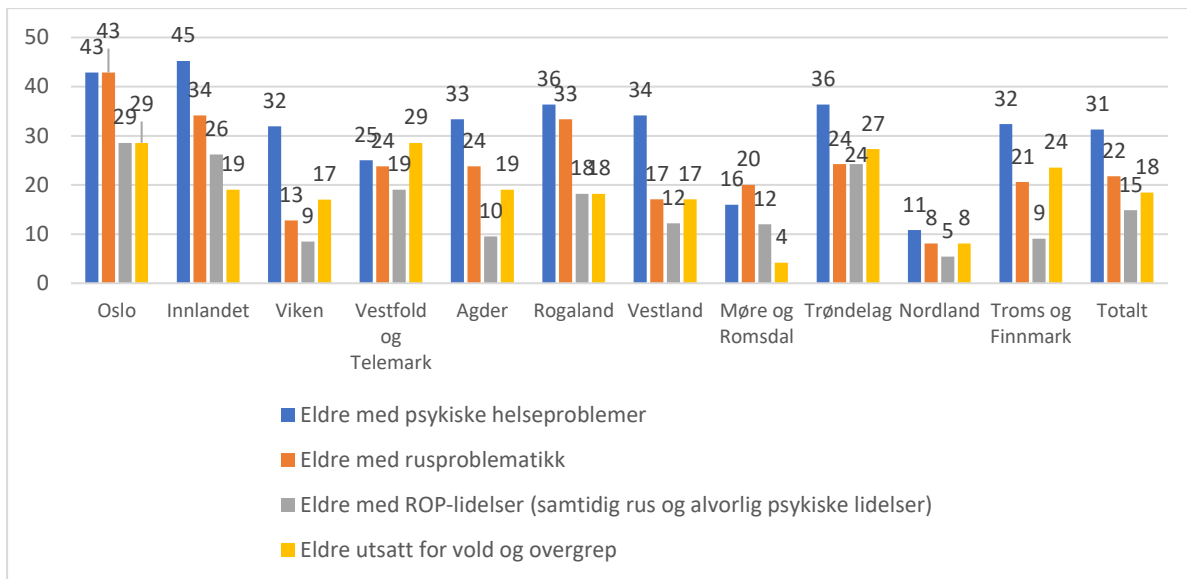
Figur 16.2 Prosentfordeling etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året, 2020 -2023.

Vi ser videre på andelen som har svart at de har gjennomført kompetansehevende tiltak på de ulike områdene og fordeler etter kommunistørrelse (figur 16.3) og etter fylke (figur 16.4).



Figur 16.3 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Kommunistørrelse, 2023.

I alle kommune grupper, med unntak av kommuner med 10000-20000 innbyggere, er det flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre innen psykiske helseproblemer.



Figur 16.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Fylke, 2023.

Det er særlig kommunene i Rogaland og Innlandet og bydelen i Oslo som rapporterer at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med rusproblematikk, mens bydelene i Oslo og kommunene i Innlandet også ligger høyt på andel som har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer. Det er flest kommuner i Vestfold og Telemark og i Trøndelag som oppgir at de har hatt kompetansehevende tiltak om eldre utsatt for vold og overgrep siste år.

16.5 OPPSUMMERING

I 2023 svarte 90 prosent av kommunene/bydelene (n=336) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 11 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er en liten nedgang på 14 prosent i 2020. Kartleggingen i disse kommunene gjøres typisk gjennom kartlegging av brukeren når det søkes bistand eller de har forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk til alle eldre over 75 eller 80 år, de har brukt Brukerplan, eller har eget FACT-team rettet mot eldre eller gjennom ulike prosjekt.

Det er 42 prosent som oppgir at de spør eldre som skal kartlegges for behov for tjenester systematisk om alkoholvaner, og dette er en økning på ti prosentpoeng fra 2022. Det kan derfor se ut som det er økt oppmerksomhet rundt eldre sine alkoholvaner siste år.

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, en økning på tre prosentpoeng fra 2022. Andelen øker med kommunestørrelse. 46 prosent svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk og resten (15 prosent) svarer at de ikke vet om kommunen gjennomfører slike besøk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 31 prosent av kommunene/bydelene, mens 22 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 18 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak eldre utsatt for vold og overgrep og 15 prosent om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige

psykiske lidelser). Det er 66 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2022.

Med tanke på at det i årene som kommer blir mange flere eldre i kommunene, og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, er det relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse. Det er fortsatt mange kommuner (46 prosent) som oppgir at de ikke foretar systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Målet er å bidra til at eldre kan bo lengst mulig i eget hjem, med økt trygghet og livskvalitet, og samtidig forebygge og utsette behovet for mer omfattende omsorgstjenester.

17 TVUNGET PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)

Tvunget psykisk helsevern kan gjennomføres enten med eller uten sykehusinnleggelse. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) vil si at man er under tvunget psykisk helsevern, men bor hjemme eller i en institusjon utenfor sykehuset. Pasienter på TUD må ha kontakt med helsevesenet, selv om de ikke nødvendigvis ønsker dette selv. Man må møte til avtaler med helsepersonell, og kan bli oppsøkt hjemme. Man kan måtte ta medisiner mot egen vilje (tvangsmedisinering), men det må da fattes et eget vedtak om behandling uten eget samtykke. TUD er hjemlet i følgende paragrafer:

Psykisk helsevernloven § 3-5, tredje ledd:

Tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om fram møte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvunget psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang.

Psykisk helsevernloven § 3-5, fjerde ledd:

Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

I 2023 er TUD tema for første gang i IS-24/8 og følgende spørsmål er inkludert:

- Har kommunen erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvunget psykisk helsevern /sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), for eksempel tvangsmedisinering?
 - Hvis ja, i hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD?
- Kan dere beskrive hvilke utfordringer dere har hatt når det gjelder personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD?
- Kan dere beskrive hva dere/spesialisthelsetjenesten har gjort for å få til god oppfølging av personer som gjennomfører TUD?

Det er 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmålene om TUD, og datagrunnlaget vil dermed gi et godt grunnlag for å analysere konsekvensene av TUD for kommunene.

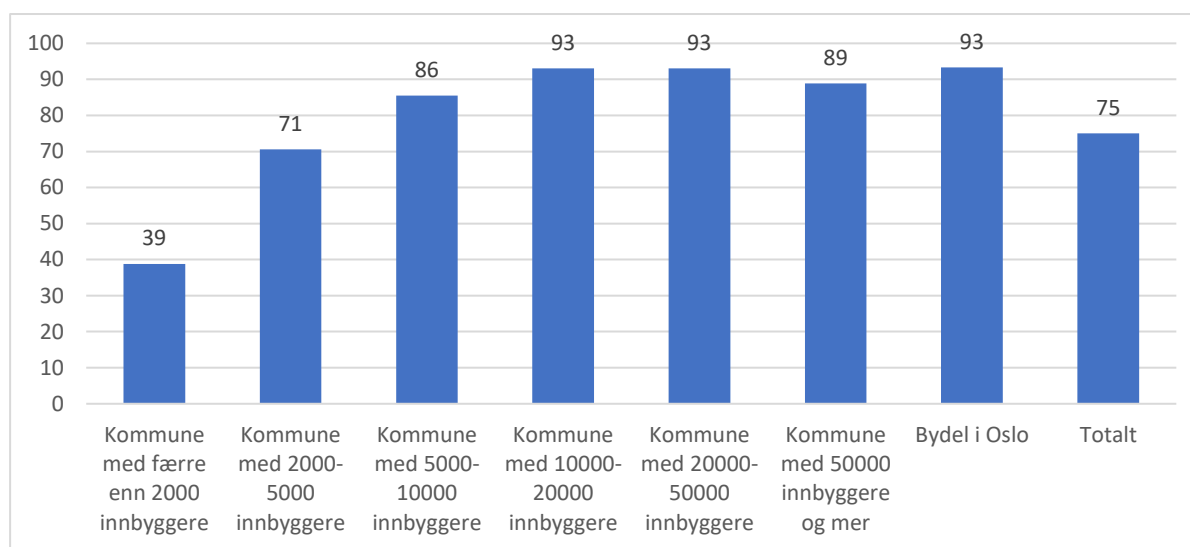
17.1 ERFARING MED TUD

Som vist i tabell 17.1, er det 75 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD.

Tabell 17.1 Antall og andel som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern /sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD, 2023.

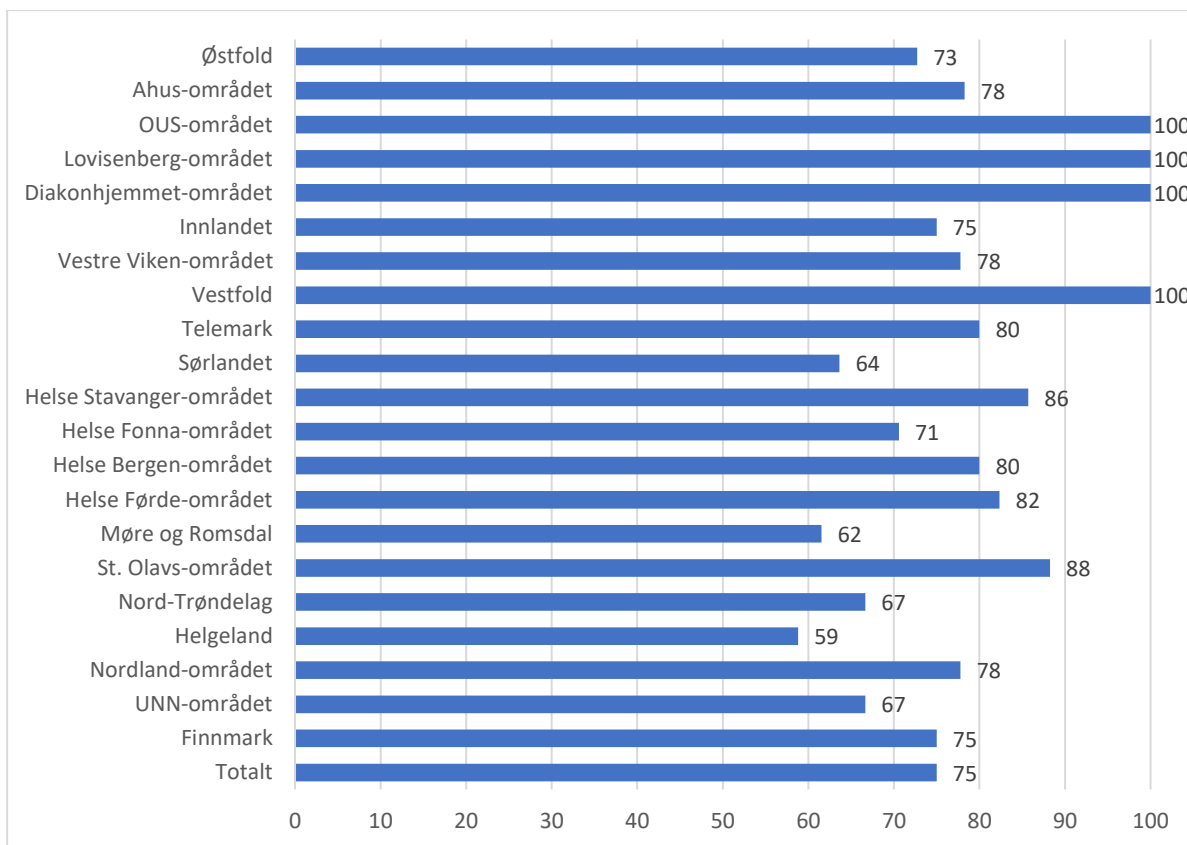
	Antall	Prosent
Ja	255	75
Nei	70	21
Vet ikke	15	4
Total	340	100

Vi ser videre på de som har svart ja, og det er her HF-område som er relevant. Det er særlig store forskjeller etter størrelsen på kommunene (se figur 17.1), men også en del variasjon når vi grupperer kommunene etter opptaksområdet



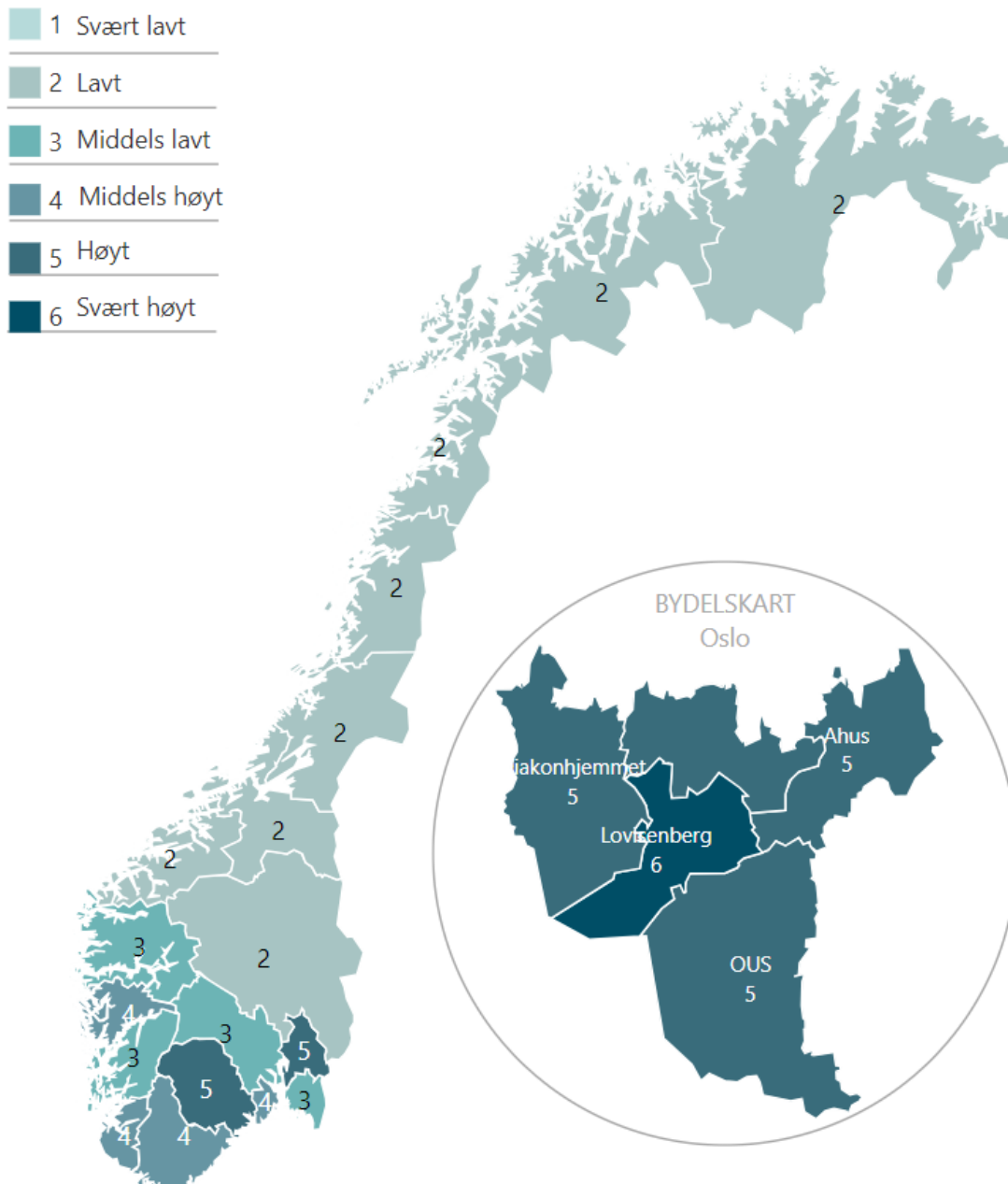
Figur 17.1 Prosent som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern /sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD. Kommunestørrelse, 2023.

Når vi kontrollerer for kommunestørrelse (sannsynligheten for å ha erfaring med personer som er underlagt TUD øker med antall innbyggere), er det ikke systematiske forskjeller mellom HF-områder. Forskjellene i figur 17.2 skyldes derfor primært at det er ulik størrelse på kommunene.



Figur 17.2 Prosent som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungen psykisk helsevern /sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD. HF-område, 2023.

Som vist i figur 17.3, viser tall fra spesialisthelsetjenesten at det er lavere bruk av TUD i Midt-Norge og i Nord-Norge enn sør i landet i 2022. Det er likevel et stort antall kommuner som har erfaring med gjennomføring av TUD, så det kan bety at pasientene kommer fra et stort antall kommuner om vi ser på flere år. Vi har ikke avgrenset til for eksempel siste år, så erfaringen kan ha kommet fra flere år tilbake.



Figur 17.3 Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold – geografiske forskjeller i rate per innbygger, 2022. Kilde: Samdata spesialisthelsetjeneneste, Helsedirektoratet.

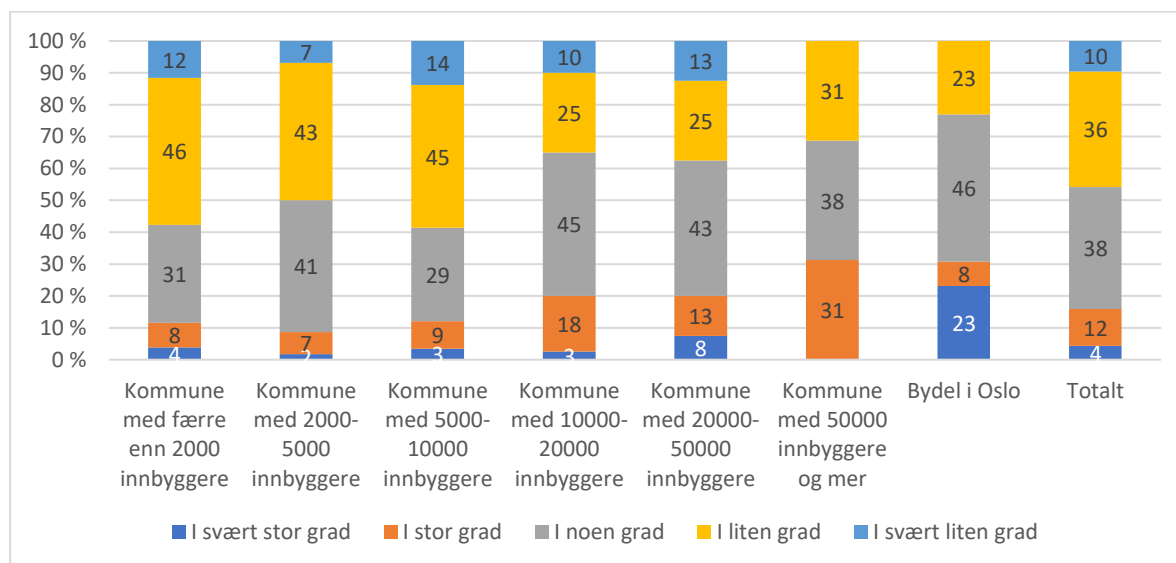
17.2 GRAD AV PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL PERSONER SOM GJENNOMFØRER / SKAL GJENNOMFØRE TUD

Det er 251 av de 255 kommunene/bydelen som har erfaring med TUD som oppgir grad av problemer. Det er 16 prosent av kommunene som har erfaring med TUD, svarer at de i stor eller svært stor grad har hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører/skal gjennomføre TUD. 46 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har hatt problemer. Resten, 38 prosent, svarer at de i noen grad har hatt problemer.

Tabell 17.2 Antall og andel som svarer på i hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD, 2023.

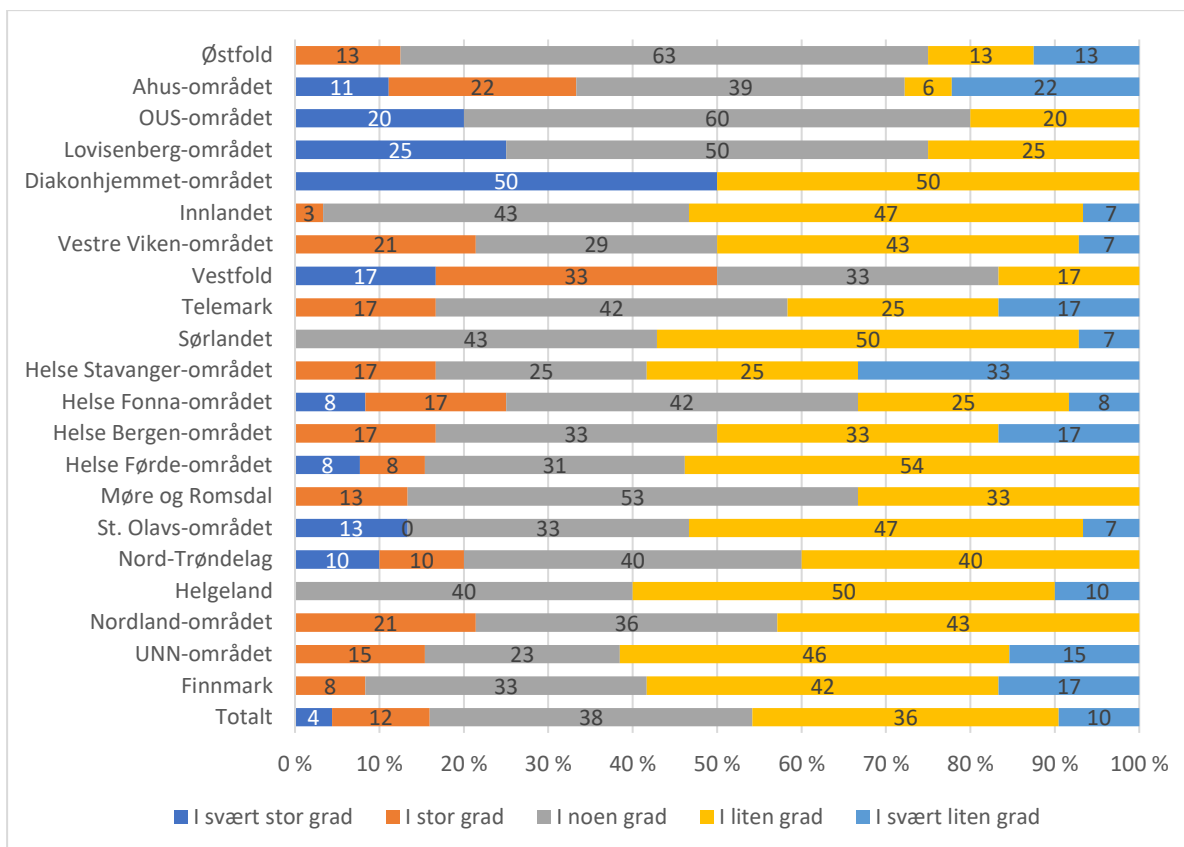
	Antall	Prosent
I svært stor grad	11	4
I stor grad	29	12
I noen grad	96	38
I liten grad	91	36
I svært liten grad	24	10
Total	251	100

Vi viser fordelingen etter kommunistørrelse (figur 17.4) og HF-områder (figur 17.5).



Figur 17.4 Prosent som svarer på i hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. Kommunistørrelse, 2023.

Figuren viser at det er særlige utfordringer i bydelene i Oslo, men også i mange av kommunene som har flere enn 10000 innbyggere. Omtrent hver femte av kommunene (21 prosent) med 10000-20000 og 20000-50000 innbyggere oppgir å ha stor eller svært stor grad av problemer, mens dette gjelder nesten hver tredje (31 prosent) kommune med over 50000 innbyggere og bydelene i Oslo.



Figur 17.5 Prosent som svarer på i hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. HF-område, 2023.

Minner om at Lovisenberg-området har 4 bydeler i opptaksområdet og Diakonhjemmet har to bydeler, men det ser ut som det er i Oslo de har størst problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. Dette kan også skyldes at det er særlig høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva store kommuner skal klare å tilby personer under TUD.

17.3 UTFORDRINGER I KOMMUNENE MED TILBUD TIL PERSONER SOM GJENNOMFØRER TUD

Det er gitt 149 beskrivelser av hvilke utfordringer de har hatt når det gjelder personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. En grundig gjennomgang av svarene viser at det handler om følgende forhold:

- Mangel på tilrettelagte boliger med oppfølging
- Utfordrende om personen på TUD ikke vil ta medisin
- Utfordrende om personen avviser hjelp fra kommunen
- Utfordrende om bruker/pasient ikke ønsker å bli observert
- Adferdsproblemer som følge av alvorlig psykisk lidelse
- Kompetanse på alvorlige psykiske lidelser
- Ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner
- Uklare regelverk som tolkes forskjellig av kommune og spesialisthelsetjeneste
- FACT-team ser ut til å fungere godt de fleste steder

Boligproblemer kan handle om at brukerne trenger et høyere omsorgsnivå enn det kommunen kan tilby, for eksempel heldøgnsbemannet bolig, tilrettelagte boliger og oppfølging i bolig. Voldsrisiko og rusproblematikk kan gjøre det særlig vanskelig å finne egnet botilbud:

Brukergruppen er ikke alltid tilgjengelig når tjenesten har laget avtaler. Vold og trusselbildet kan skape utfordringer i forhold til ansatte og sikre trygge forutsigbare rammer for involverte. Kommunene mangler tilpassede bolig som er egnet til brukergruppen. Kommunen har planer om å bygge egnede boliger, men disse er ikke oppført ennå.

Egna bolig sett i forhold til lokalisering og nærmiljø. Dette også i forhold til vurdering av uønsket adferd og voldsrisiko. Flere av personene eger seg ikke til å bo i heldøgnsbemannede bofellesskap, men trenger tett oppfølging.

Dersom brukerne på TUD ikke vil ta medisiner, kan de bli aggressive. De kan unnlate å møte opp på legekantoret for medisiner eller ikke åpne når ansatte i kommunen kommer. Eller at ansatte er utrygge:

Daglig medisinerer hvor personell som leverer medisiner er utrygge. Kommunen kan ikke tvangsmedisinere eller sette tiltak, men kun observerer/motivere og møter mye motstand/trusler.

Litt dårlig kommunikasjon mtp om bruker tar medisin eller ikke. Hvordan vi kan forvente å møte bruker osv.

Medisinerer utsettes, da pasienten ikke ønsker/vil ta medisin. Observerer gradvis forverring som kan gi utfordringer av ulik art.

Resultatet når de nekter å ta medisin, blir at de må på sykehuset:

Kan vere svært utfordrande for alle involverte når vedkomande personar ikkje ønsker å ta medisinen sin og må fraktast med ambulanse og politi til sjukehus kvar 14 dag.

Medisinerer går bra for andre, men noen avviser tilbud på ulike måter:

Får gitt medisin, men slipper ikke helt inni leiligheten. Får dermed ikke hjulpet personen med for eksempel vasking, ernæring o.l.

Bruker takker nei til tjenester etter utskrivning, medfører store utfordringer i lokalmiljø og for enkeltpersoner

Det er en utfordring når disse skrives ut på TUD fordi de ofte ikke ønsker bistand og oppfølging. Det er videre en stor bekymring rundt at medisinerings tiltak på TUD avsluttes for tidlig

Det kan være utfordrende når en takker nei til tilbud om tjenester fra kommunen.

Dei vil ofte ikkje ha hjelp før dei treng omfattande hjelp og det er krise. Veldig vanskeleg å hjelpe personar som ikkje er fråtekne sin samtykkekompetanse, men åpenbart ikkje klarer å ta gode valg for seg sjølv og andre.

Det er forståelig at det er vanskelig dersom ikke brukeren er enig og nekter å gjennomføre TUD:

Kan vere svært utfordrande for alle involverte når vedkomande personar ikkje ønsker å ta medisinen sin og må fraktast med ambulanse og politi til sjukehus kvar 14 dag.

Det kan også være utfordrende når pasient er uenig i TUD, og ROP skal motivere til/ yte øvrig helsehjelp/ oppfølging.

Når pasienten nekter å gjennomføre TUD og det da blir utfordringer med å få pasienten videre til spesialisthelsetjenesten

Flere kan ha svak sykdomsinnsikt som følge av alvorlig psykisk lidelse:

Ved flere anledninger opplever vi at personene ikke har sykdomsinnsikt og ser ikke selv at de har behov for tjenester.

Brukerne må selv samtykke til oppfølging fra kommunen, og dette oppleves utfordrende for oss da mange av disse har liten sykdomsinnsikt.

Noen beskriver også hvor ressurskrevende dette er og kombinasjonen lav bemanning og manglende kompetanse:

Kan vere svært utfordrande for alle involverte når vedkomande personar ikkje ønsker å ta medisinen sin og må fraktast med ambulanse og politi til sjukehus kvar 14 dag.

Lav bemanning, begrensa tenestetilbod, ikkje god nok kompetanse

Nok kompetanse, vanskelig å gjennomføre

Eksempler på uklare grenseganger og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og tolkning av regelverk forklares for eksempel slik:

Bruk av tvang ut over medisinerer, som skjerming, overvåkning, kontrolltiltak og fotfølging. Uklare grenseoppganger og tolkning av regelverk. Spesialisthelsetjenesten har en oppfatning av at vi kan utøve tvang i bydel ut over det lovverket tillater oss. Uklare grenseoppganger rundt medisinerer på tvang ute i bydel. Spesielt utfordrende der det foreligger sikkerhetsrisiko og ivaretagelse av samfunnsvernet. Kunnskap i befolkningen og spesialisthelsetjenesten om hvilke rammebetingelser kommunen har for å ivareta samsvarer ikke med realiteten. Begrenset kapasitet på langtidsplasser i 2.linje, fører til kortere innleggelse og kommunehelsetjenesten får svært syke personer ut som vi ikke har lovverk til å ivareta. Dette medfører også mange overliggerdøgn, og kostnadskrevende private kjøp.

Det oppleves som utfordrende at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forholder seg til to ulike lovverk. Det kan komme "bestillinger" fra spesialisthelsetjenesten til oppfølging som kommunen juridisk ikke kan etterkomme. Det at det ikke er felles forståelse for denne utfordringen bidrar til at samhandlingen i noen tilfeller blir vanskelig - Dette gjelder stort sett i enkeltsaker. Vi har saker hvor TUD blir opphevet uten at kommunen blir orientert eller involvert.

Noen er ikke godt nok avklart i spesialisthelsetjenesten før de skrives ut til kommunal oppfølging:

Det er ei utfordring at pasienter skrives ut før det er gjennomført voldsrisikokartlegging HCR-20. Det vert ikkje i stor nok grad vektlagt at kommunen ikkje har same verktøy/rammer og lovverk til sikre samfunnsvernet som i spesialisthelsetenesten.

Det er en utfordring når disse skrives ut på TUD fordi de ofte ikke ønsker bistand og oppfølging. Det er videre en stor bekymring rundt at medisineringsiltak på TUD avsluttes for tidlig

Ikke alltid psykisk helsevern følger opp:

Det kan være vanskelig å få pasienter til å møte opp og vanskelig å få til reinnleggelser ved behov. Samarbeidet med sykehuset er utfordrende.

Det viktigste er at samarbeidet mellom sykehus og kommune er godt og at alle er bevisst sitt ansvar. Sykehuset har hovedansvaret når tvang er inn i bildet.

DPS er mindre aktive i oppfølging enn det som ansees nødvendig.

For dårlig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det består av for dårlig planlegging og manglende forståelse for kommunale tjenester.

Vanskeleg å få til samarbeid med spesialisthelsetenester. Kjenner oss åleine i desse sakene, og har få tiltak å sette inn når risiko blir for stor (både pasient og tilsette) og kommunen ikkje har rammer/lovverk å ivareta pasienten.

Mangel på oppfølging frå spesialisthelsetenesta

Og noen beskriver hvorfor det kan være vanskelig for spesialisthelsetjenesten å følge opp brukere ute i kommunene:

Vanskelig for spesialisthelsetjenesten å rekruttere psykiater og dermed ikke tilfredsstillende oppfølging av bruker

Når Fact-team er inne, oppgir flere at det fungerer bedre:

Få utfordringer og godt samarbeid med Fact team om gjennomføringen. Vanskene kan komme med brukers atferd som kan gi utfordringer i boligmiljø, eller pga at historien til bruker virker stigmatiserende i nærmiljøet.

For pasienter utenfor FACT, for lite samarbeid, pasienter avvisende til helsehjelp/oppfølging, pasienter skrives for tidlig ut fra akuttinnleggelse.

Fraværende kommunikasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i enkelttilfeller, men FACT har vært en svært god støtte og hjelp.

God oppfølging av fact. Ingen utfordringer pga veldig godt samarbeid med fact team.

Det er i utgangspunktet uproblematisk. FACT følger pasienten i samarbeid med kommunen. Sykehuset og kommunen kan i noen tilfeller være uenige om boligtilbud, men vi pleier å løse det med god kommunikasjon.

I andre kommuner går det feil vei:

I utgangspunktet er det vanskelig å samarbeide med personar som er underlagt tvang. Mykje samarbeid med politi. Det ambulante tilbudet frå spesialisthelsetenesta kunne ha vore betre - er svekka dei siste åra.

Andre har godt samarbeid med DPS og andre som gjør at det fungerer bra:

Flyt godt, samarbeid med lokalt DPS fungera bra.

Har ikke hatt så mange utfordringer rundt dette da vi har hatt god kommunikasjon med DPS og politi rundt dette samt godt samarbeid med legekantor.

Andre skriver om at det ofte er vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe fordi det er en del personer på TUD som ikke ønsker, eller vil, ta imot kommunale helse og omsorgstjenester. Noen kommuner har lavterskel helsetjenester eller feltpleie der de kan få en arena for å motivere for å ta imot hjelp som kan bidra til økt livskvalitet. Noen opplever at det er lettere å komme i posisjon til å hjelpe uten TUD:

Kommunens psykiske helsetjeneste tilbyr oppfølging, men vi tar ikke hånd om administrering av TUD. Når psykisk helse kan følge opp utenom TUD, går det bedre.

Mens andre har helt omvendte erfaringer:

Når personer har vedtak om TUD så fungerer samarbeidet som regel godt. utfordringen oppstår rundt pasienter som ikke er på TUD, men som oppleves som psykotiske/farlige. For ofte må kommunen vente på at det skal skje en svært alvorlig hendelse før TUD kommer i stand.

Noen beskriver konkret problemene med lovverket:

Lovverk, ressurser, samhandlingsutfordringer, voldsrisiko og atferdsutfordringer. Mangel på tilgang til døgnplasser. Vurderinger av samtykkekompetanse. Bortfall av TUD fordi de etter loven vurderes som samtykkekompetente - fører på litt sikt til at folk blir meget alvorlig syke

Lovverket begrenser oss, vi kan ikke kontrollere mer - samfunnsvern er stort.

Mangel på gode overganger og informasjon mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Det hender at pasienter skrives ut, uten at kommunale tjenester får beskjed. Kommunen kan ikke bruke tvang - noen ganger utfordrende da det oppleves at spesialisthelsetjenesten ikke kjenner til lovverk kommuner må etterfølge - vanskelig å gi tjenester til TUD pasienter når de motsetter seg hjelp og tvang ikke er et alternativ.

Spesialisthelsetjenesten har i flere tilfeller forventet at kommunen skal fortsette tvangstiltak, som f.eks fotfølging, etter utskrivelse. Slike tiltak står i kriseplan samt er en forutsetning for utskrivelser. Annen utfordring er at kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulik forståelse av psykisk helsevernforeskrift §22, om økonomisk ansvarsfordeling. Det blir heller ikke inngått avtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som forskriften krever.

Andre kommer med konkrete forslag til forbedring:

Størst utfordring fra post og ut. Opplever at sykehus har en forestilling av kommunens myndighet som det ikke er hjemmel for og opplever at dette er vanskelig å få kommunisert. Savner at samhandlingskoordinatorene besitter bedre kunnskap om kommunens hjemler for igjen å forstå vedtakene bedre og kunne kommunisere disse til sine kollegaer og brukerne for å forberede alle rundt best mulig.

Utfordrende dersom personen avviser kommunal hjelp, mens spesialisthelsetjenesten mener dette skal gis av kommunen. Ofte personer der samtykkekompetansen ikke er vurdert av spesialisthelsetjenesten. Utfordrende når spesialisthelsetjenesten bestiller hva kommunen skal tilby uten at dette er drøftet med hva vi kan/klarer å tilby. Opplever stadig at svært syke ROP pasienter skrives ut uten tanke på plassering av samfunnsvernansvaret?

I noen kommuner handler det om avstand til spesialisthelsetjenesten:

Avstand til spesialisthelsetjenesten. Det er utfordrende å få med pasienten til avtale for medisiner og vanskelig for spesialisthelsetjenesten å reise ut. Spesialisthelsetjenesten er lite tilgjengelig. Savner et ambulant team i spesialisthelsetjenesten som kunne reise ut. Det er krevende å ha med noen av disse pasienter i bil da de i noen tilfeller er svært ustabile

Det har vært diskusjoner om av hvem og hvor pasient skal få medisinen sin. I kommunen eller må pasienten komme seg til DPS selv. Pga store avstander er dette en utfordring.

At det blir flere aktører, kan også skape nye utfordringer:

Hvem gjør hva, til hvilken tid? Utfordringen er at alle ledd til enhver tid er oppdatert og følger opp sin del av planen. Spesialisthelsetjenesten består også etter hvert av mange ledd, som kan være krevende for en kommune å holde tak i: flere FACT-team, LAR-behandler, behandler TUD/på DPS (men der er ingen tvang, bortsett fra medisinene, som kommunen administrerer), akuttposten må sørge for tvang ved utagering, kommunen skal ha tilgjengelig trygg bolig, men det er krevende å få til når de ytre rammene er åpent samfunn. Hvor ble fastlegen av, og hvem ordinerer de andre medisinene? Det har det blitt mange farlige situasjoner, voldelige hendelser, ødelagte leiligheter, og lang ventetid for å nødvendig innleggelse. Ikke er vi enige alltid heller, oss ulike hjelpere imellom, vi ser ting fra hver vår synsvinkel. Men det er i kommunen personen skal bo, og løsningene må finnes godt der ute.

Det ser ut til at det er startet et arbeid i bydelene i Oslo for å bedre tilbudet til målgruppen:

Det er utfordrende å gi tjenester til denne målgruppen - og det er derfor startet et arbeid for å lage en samarbeidsavtale mellom Ahus og bydelene Grorud, Alna og Stovner. Avtalen vil omhandle samhandling, ansvarsforhold og rolleavklaring. Det er et mål at denne samarbeidsavtalen legges frem for helsefelleskapet slik at avtalen kan inngå som en del av samarbeidet i hele Oslo kommune - og med alle fire sykehusene.

En av kommunene oppsummerer kjernen i kommentarene:

- *Utfordrende dersom personen avviser kommunal hjelp, mens spesialisthelsetjenesten mener dette skal gis av kommunen. Ofte personer der samtykkekompetansen ikke er vurdert av*

spesialisthelsetjenesten. Utfordrende når spesialisthelsetjenesten bestiller hva kommunen skal tilby uten at dette er drøftet med hva vi kan/klarer å tilby. Opplever stadig at svært syke ROP pasienter skrives ut uten tanke på plassering av samfunnsvernansvaret?

17.4 HVA GJØRES FOR Å FÅ TIL GOD OPPFØLGING AV PERSONER SOM GJENNOMFØRER TUD

Det er gitt 166 beskrivelser av hva som gjøres for å få til god oppfølging. Når vi analyserer svarene finner vi at de mest frekvente svarene handler om at samarbeidet fungerer godt og FACT-team trekkes frem som særlig viktig når TUD skal gjennomføres. Så er det en del kommuner som oppgir at samarbeidet fungerer dårlig, men at de nå setter inn ressurser for å bedre samarbeidet.

FUNGERER GODT I DAG

Noen skriver bare «godt samarbeid», «god samhandling og forventningsavklaring», «gode råd og veiledning», «godt samarbeid og informasjonsflyt» o.l. Andre beskriver mer utførlig hvorfor det fungerer å gjennomføre TUD i deres kommune:

Kommunen har forløpskoordinator og samarbeidssystemer for å fange opp utfordringer i samarbeidet. Drammen kommune har faste møter med de to FACT-teamene ved DPS hver andre uke. Der drøftes saker, og planlegges for videre oppfølging fra de ulike nivåene. Det planlegges veiledning til personalet i krevende saker, og samarbeid på andre områder der det er vurdert nyttig og hensiktsmessig. Dette er et eget prosjekt tilført midler fra Helsedirektoratet. Vi har tett samarbeid med FACT Sikkerhet ved psyk.avd. Blakstad, særlig i saker der det foreligger kap.5/dom til tvungen behandling. Dette tilbudet anser vi som meget godt, og en tydelig ansvarsfordeling av samfunnsvernet.

Gode planer og tett dialog rundt den enkelte pasient. Individuelle tiltak, tett oppfølging. Kriseplaner på legevakt og omsorgstjenesten for å trygge personalet. Tett dialog med pårørende og tett dialog med behandler i spesialisthelsetjenesten.

God planlegging og samarbeid rundt utskrivning. Felles utarbeidelser av risikohåndteringsplaner - detaljerte intervensjonsplaner

I samarbeid med pasienten, kommunen ved fastlege/r og rop-tjenesten/hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det etablert gode helsetjenester og rutiner med mål om at pasienten i størst mulig grad skal mestre sin hverdag.

En av kommunene oppgir at TUD har høy prioritet:

Svært tydelige rammer for pasienten som er på TUD. TUD går foran hensyn til personvern og personrettigheter.

FACT/ACT/AMBULANTE TEAM

Noen oppgir bare «Fact-team» eller «Act» eller at «ambulant oppfølgingsteam følger opp TUD». Noen beskriver litt mer:

Vi har lyktes i å etablere FACT-team Nord Helgeland. Dette teamet har ansvar for oppfølging av 6 - 7 TUD-saker. Lokalt DPS må ivareta behandlingsansvaret knyttet til et overskytende

antall TUD. (ut over 6 - 7 pas) Generelt har det blitt bedre kvalitet på TUD oppfølging etter at FACT ble etablert.

FACT følger godt opp i samarbeid med oss. Det gjennomføres stort sett flere samarbeidsmøter i forkant av utskriving, her er det viktig å avklare de ulike ansvarsområdene.

FACT teamet kommer regelmessig to ganger i måneden og har oppfølging av aktuelle pasienter. Teamet har ansvar for følge opp TUD medikament. Det er ukentlige tavlemøter hvor pasienter i FACT blir tatt opp.

I dag har TUD pas blitt lagt under D-FACT og Fact-koordinator lokalt med tettere oppfølging både av daglig fungering og ift. psykiater. Fungerer foreløpig veldig bra. Dvs. at denne pasientgruppen hovedsakelig er tatt ut av ROP-tjenesten.

Fortsatt behov for ansvarsavklaringer:

Innbyggere som skal gjennomføre TUD får tjenester i regi av FACT og evt. bolig. Det er fortsatt behov for ansvarsavklaringer mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

SPESIALISTHELSETENESTENE GJØR FOR LITE

Noen oppgir å få for lite støtte fra spesialisthelsetjenesten, og det kan være ulike årsaker til dette:

Dei tilbyr ikkje noko anna enn gjennomføring av tvungen medisiner og 3 mnd. vurdering/årsvurdering. Tilbyr ingen/svært lite tenester ut over dette. Har hatt opptil 18 TUD pasienter samtidig i kommunen, så lang erfaring med kommunale tenester for denne pasientgruppa.

Vi har prøvd å samarbeide så godt som overhodet mulig. Vi har dessverre en del dårlige erfaringer med spesialisthelsetjenesten da det er ofte utskiftninger av overleger, de oppdaterer seg ikke fra gang til gang, og vet ikke hva den andre har gjort. Ved et tilfelle har de unnlatt å videreføre TUD pga. fravær fra overlege, det gjorde at vi måtte sette i gang prosessen helt på nytt.

TILTAK FOR BEDRING AV SAMARBEIDET

Det virker som det nå tas tak en del steder for å gjøre samarbeidet mellom nivåene bedre. Noen svarer bare «innkalt til samarbeidsmøter», «kriseplaner», «digitale møter», «konkrete avtaler». Andre beskriver mer konkret hva de gjør:

Vi har etablert et månedlig møte med DPS for å drøfte samarbeid som ikke fungerer godt nok. Det er behov for et lignende møte med akuttavdelingene.

Invitert til tverrfagleg fagdag for å sette fokus på problemstillinga og korleis vi kan jobbe med utfordringa i lag.

Bruker mye tid fra kommunen på samarbeidsmøter og koordinering av tjenester. Avhengig av hvilket syn den ansatte i spesialisthelsetjenesten har på kommunalt ansvar og tilbud innen RPH.

Fastsatte møter for samarbeid. Veiledning. Behandlingsavtaler med lege, hjemmetjeneste, psykisk helse- og rustjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Deltatt i gjennomganger av enkeltsaker, og fått/gitt innføring i kommunalt lovverk versus sykehusets tvangsparagrafer

Forsøker å få til stabilitet i kontaktpersoner i ROP og spesialisthelsetjeneste; bidrar til trygghet og forutsigbarhet, jevnlig samarbeidsmøter og god dialog pr telefon styrker samarbeid og oppfølgingsarbeidet.

Jobbet for et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Hatt ansvarsgruppemøter.

Noen mobiliserer helsefelleskapene:

Problemstillingene er løftet til helsefelleskapet, og det er nylig etablert en arbeidsgruppe som skal se på utfordringer og løsninger knyttet til pasienter på TUD. Når det gjelder ulik forståelse av psykisk helsevernforeskriften §22, så har sykehus og kommune i fellesskap løftet denne problemstillingen til Helsedirektoratet.

ETABLERE GODE RELASJONER MED BRUKER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Flere fremhever viktigheten av å ha en god dialog med både bruker og spesialisthelsetjenesten:

Dialog med brukar for å få eit best mogleg samarbeid.

Forsøkt økt dialog med spesialisthelsetjenesten, særlig vedr. tidspunkt for eventuelt opphør av TUD. Dog uten å lykkes. Etablere gode relasjoner. Aktivt oppsøkende arbeid.

God dialog før og etter utskriving, kontakt med pårørende, fastlegen mye involvert.

Kommunale tjenester har opparbeidet gode relasjonelle bånd til brukere, som bidrar til at brukere bl.a. ikke motsetter seg medisinerer om ansatte fra kommunale tjenester kan være med til spesialisthelsetjenesten.

Forsøk på tidlig dialog. Skriftliggjøring av plan. Møtepunkter. IP og ansvarsgruppe.

ANNET

I tillegg er det mange som beskriver at de har jevnlig samarbeidsmøter. Andre oppgir at det er varierende hvordan det fungerer, mens noen oppgir at de har økt bemanningen og kompetansen. Noen oppgir at de har få brukere som gjennomfører TUD, andre at de har inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten og politi, mens andre har planer om nærmere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og ROP-team.

Noen har fått til en tydelig arbeidsdeling slik at de kan beholde relasjonen til bruker:

Tett dialog mellom kommune og spesialisthelsetjenesten - Ansatte ved rus og psykisk helse utfører ikke tvangsmedisinering - avklart at andre tjenester (legekontor eller spesialisthelsetjenesten) følger opp dette. Relasjon ivaretas da mellom bruker og behandler.

TUD administrert av fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Kommunens psykiske helsetjeneste tilbyr samtaler, veiledning. Samarbeid og god kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En av kommunene beskriver godt hvordan de får til et tett samarbeid og hvem som involveres:

Tett samarbeid, gradvis utskrivelse, kriseplan: Dette dreier seg ofte om tjenestebrukere som har tidligere dom og som mottatt oppfølging fra sikkerhetsavdeling/langtidsavdeling. Det etableres tett samarbeid i forhold til tildelingen av tjenester fra tjenestekontoret siden og man foretar ofte gradvise utskrivelser/utskrivelse med permisjoner/samarbeid for eksempel med aktuell kommunal bemannet bolig. I tilfeller hvor pasienten ikke bor i bolig med bemanning er det viktig at hjemmesykepleie er kjent med tvangsbehandling i forhold til legemidler og at det er fastsatt en klar kriseplan/plan ved utskrivelse fra sykehus siden kommunens tjenestetilbud er basert på frivillighet og derfor ikke kan utøve tvang. Hjemmesykepleie kan kun tilby legemidler og er derfor avhengig av forutsatte rammer og kontaktpersoner ved brudd på den medikamentelle behandlingen. I noen tilfeller behandles tjenestebruker ved poliklinikk i spesialisthelsetjenesten (for injeksjoner).

I Finnmark nevnes SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste -psykisk helsevern og rus) som nyttig:

Vi opplever at SANKS er veldig lett tilgjengelig og spesielt ved TUD. Vi har månedlige møter med psykiater, og hjemmebesøk med psykiater hver 3. mnd. for vurdering om TUD skal forlenges eller avsluttes.

17.5 OPPSUMMERING

Det er nå 75 prosent av kommunene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Blant de minste kommunene er det 39 prosent som har erfaring med TUD, mens andelen er over 90 prosent i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, fordi sannsynligheten for å ha erfaring med personer som er underlagt TUD øker med antall innbyggere, er det ikke systematiske forskjeller mellom HF-områder i sannsynligheten for å ha erfaring med TUD.

Det er 16 prosent av kommunene som har erfaring med TUD, som svarer at de i stor eller svært stor grad har hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som gjennomfører/skal gjennomføre TUD. 46 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har hatt problemer. Resten, 38 prosent, svarer at de i noen grad har hatt problemer.

Det er gitt 149 beskrivelser av hvilke utfordringer de har hatt når det gjelder personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD. En grundig gjennomgang av svarene viser at det handler særlig om mangel på tilrettelagte boliger med oppfølging, bruker nekter medisiner eller observasjon og avviser hjelp fra kommunen, adferdsproblemer, uavklart ansvarsfordeling og uklare regelverk som tolkes forskjellig av kommune og spesialisthelsetjeneste. Svarene tyder også på at FACT-team ser ut til å fungere godt de fleste steder når det gjelder gjennomføring av TUD.

Det er gitt 166 beskrivelser av hva som gjøres for å få til god oppfølging. Når vi analyserer svarene finner vi at de mest frekvente svarene handler om at samarbeidet fungerer godt og FACT-team trekkes frem som særlig viktig når TUD skal gjennomføres. Så er det en del kommuner som oppgir at samarbeidet fungerer dårlig, men at de nå setter inn ressurser for å bedre samarbeidet.

18 EGNE HELDØGNSTILBUD, KJØP AV HELDØGNSTILBUD

Helsedirektoratet har behov for oversikt over omfang og type heldøgntilbud kommunene yter til voksne personer (18 år og over) med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og om det samlede tilbudet ivaretar ulike gruppers behov.

Det samlede tilbudet inkluderer egne kommunale heldøgntjenester og kjøp av døgntilbud fra private kommersielle/ideelle aktører utenfor spesialisthelsetjenesten, samt døgntilbud som kjøpes fra andre kommuner, eller som inngår i interkommunale samarbeid. Tilbudene er kartlagt separat, først kommunenes egne heldøgns helse- og omsorgstjenester (kapittel 18.1), deretter kjøp fra private aktører (kapittel 18.2) og til slutt kjøp fra andre kommuner (kapittel 18.3). Kapitlet inneholder også informasjon om heldøgns helse- og omsorgstilbud spesifikt rettet mot kvinner (kapittel 18.4), egenvurdering av det samlede tilbudet (kapittel 18.5) og hva kommunene mener må til for å dekke behovene (kapittel 18.6).

Spørsmål som inngår i 2023 er:

- Tilbyr kommunen/bydelen egne heldøgns institusjonsplasser for å ivareta behov blant voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser? (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)?
 - Hvis ja, hvilke heldøgns institusjonsplasser har kommunen/bydelen til voksne i målgruppen?
 - Hvis ja, hvilke typer heldøgns institusjonsplasser er dette?
 - Hvor mange voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har hatt kommunal heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022?
- Hva er kommunes øvrige/alternative tilbud ved behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester?
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelens egne heldøgns helse- og omsorgstjenester ivaretar følgende voksne brukergruppers behov
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelens egne heldøgns helse- og omsorgstjenester ivaretar følgende voksne brukergruppers behov:
 - hovedsakelig rusmiddelproblem
 - hovedsakelig psykisk helseproblem
 - samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)
 - antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem)
 - Hva gjør at kommunen vurderer at døgntilbudet i svært stor/stor grad ivaretar brukergruppers behov? (åpent)
 - Hva gjør at kommunen vurderer at døgntilbudet i noen grad/i svært liten/liten grad ivaretar brukergruppers behov? (åpent)
- Kjøper kommunen private heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne personer med:
 - hovedsakelig rusmiddelproblem

- hovedsakelig psykisk helseproblem
- samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)
- antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem)
- Hvis ja, hvilke(t) heldøgns helse- og omsorgstjenester kjøpes fra private aktører til målgruppen? (flere kryss mulig)
- Hvis ja, hvor mange voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har kommunen kjøpt private heldøgns helse- og omsorgstjenester for i løpet av 2022?
- Hvis ja, hvor mange voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har kommunen kjøpt private heldøgns helse- og omsorgstjenester for i løpet av 2022?
- Kjøper kommunen/bydelen heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvilke typer heldøgns helse- og omsorgstjenester for voksne er dette
 - Hvilke(n) kommune(r) kjøpes det heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser fra?
- I hvilken grad vurderer kommunen at det samlede heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbudet (egne /kjøp fra private/andre kommuner/interkommunalt samarbeid) er tilstrekkelig for å dekke følgende brukergruppers behov:
 - hovedsakelig rusmiddelproblem
 - hovedsakelig psykisk helseproblem
 - samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)
 - antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem)
- Er noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene dere selv har eller som dere kjøper fra private/andre kommuner spesifikt rettet mot kvinner?
 - Hvis ja, hvilke(t) tilbud er dette?
- Hva mener dere må til for at det samlede heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbudet skal være tilstrekkelig for å dekke behovene til voksne med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer i kommunen? (åpent)

Ut ifra oppsettet (mulighet for å sette flere kryss, oppfølgingsspørsmål etc.) genereres det 89 variabler for disse spørsmålene.

18.1 EGNE HELDØGNSINSTITUSJONSPLASSER

Som vist i tabell 18.1 er det 30 prosent av kommunene/bydelene (102 kommuner/bydeler) som oppgir at de har egne heldøgns institusjonsplasser for å ivareta behov blant voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser.

Tabell 18.1: Antall og prosent som svarer på om de tilbyr egne heldøgns institusjonsplasser for å ivareta behov blant voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)

	Antall	Prosent
Ja	102	30
Nei	241	70
Total	343	100

Som vist i tabell 18.2 er det høyest andel av de store kommunene som har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen (47 prosent blant kommuner med flere enn 50 000 innbyggere og 88 prosent av bydelene i Oslo). Andelen for de andre kommunestørrelsesgruppene varierer mellom 21 og 31 prosent.

Tabell 18.2: Antall og prosent som svarer på om de tilbyr egne heldøgns institusjonsplasser for å ivareta behov blant voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c), kommunestørrelse.

	Ja	Nei	Total	Andel ja (%)
<2000	16	53	69	23
2000-5000	23	62	85	27
5000-10000	18	51	69	26
10000-20000	13	29	42	31
20000-50000	9	34	43	21
50000 og større	9	10	19	47
Bydeler i Oslo	14	2	16	88
Totalt	102	241	343	30

Tabell 18.3 viser at det er stor variasjon mellom fylker, og blant kommunene i Møre og Romsdal er det kun to av de 25 kommunene som oppgir at de har et slikt tilbud (8 prosent), mens 14 prosent av kommunene i Rogaland har slike tilbud. Foruten bydelene i Oslo, er det flest kommuner i Agder (41 prosent) og i Troms og Finnmark (34 prosent) som rapporterer at de har slike tilbud. Hver tredje kommune i Vestfold og Telemark og i Vestland oppgir at de tilbyr egne heldøgns institusjonsplasser for målgruppen.

Tabell 18.3: Antall og prosent som svarer på om de tilbyr egne heldøgns institusjonsplasser for å ivareta behov blant voksne personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c). Fylke, 2023.

	Ja	Nei	Total	Andel ja (%)
Oslo	14	2	16	88
Innlandet	12	31	43	28
Viken	11	37	48	23
Vestfold og Telemark	7	14	21	33
Agder	9	13	22	41
Rogaland	3	18	21	14
Vestland	13	27	40	33
Møre og Romsdal	2	23	25	8
Trøndelag	10	23	33	30
Nordland	9	30	39	23
Troms og Finnmark	12	23	35	34
Total	102	241	343	30

Tabell 18.4 viser at av de 102 kommunene/bydelene som rapporterer at de har heldøgns institusjonsplasser til målgruppen, er det 43 prosent (44 kommuner/bydeler) som oppgir at de har rehabiliterings- og/eller behandlingsplasser kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser, mens litt flere oppgir at de har sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (45 prosent, n=46). Men dette gjelder bare de 102 som har svart at de har heldøgns institusjonsplasser, og når vi beregner hvor stor andel dette gjelder om vi antar at de som ikke har svart ikke har slike institusjonsplasser, beregner vi at 27 prosent av kommune/bydelene i landet har heldøgns institusjonsplasser til voksne i målgruppen.

Tabell 18.4: Hvilke heldøgns institusjonsplasser har kommunen/bydelen til voksne i målgruppen? Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har rapportert at de har heldøgns institusjonsplasser til målgruppen, estimert andel (%) av alle kommuner/bydeler.

	Ant all	Andel (%)	Av alle kommuner/ bydeler (%)
Rehabiliterings- og/eller behandlingsplasser kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser	44	43	12
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen	46	45	12
Annet	32	31	9
Totalt	102	100	27

De 30 som svarer «Annet» har oppgitt ett av følgende tilbud:

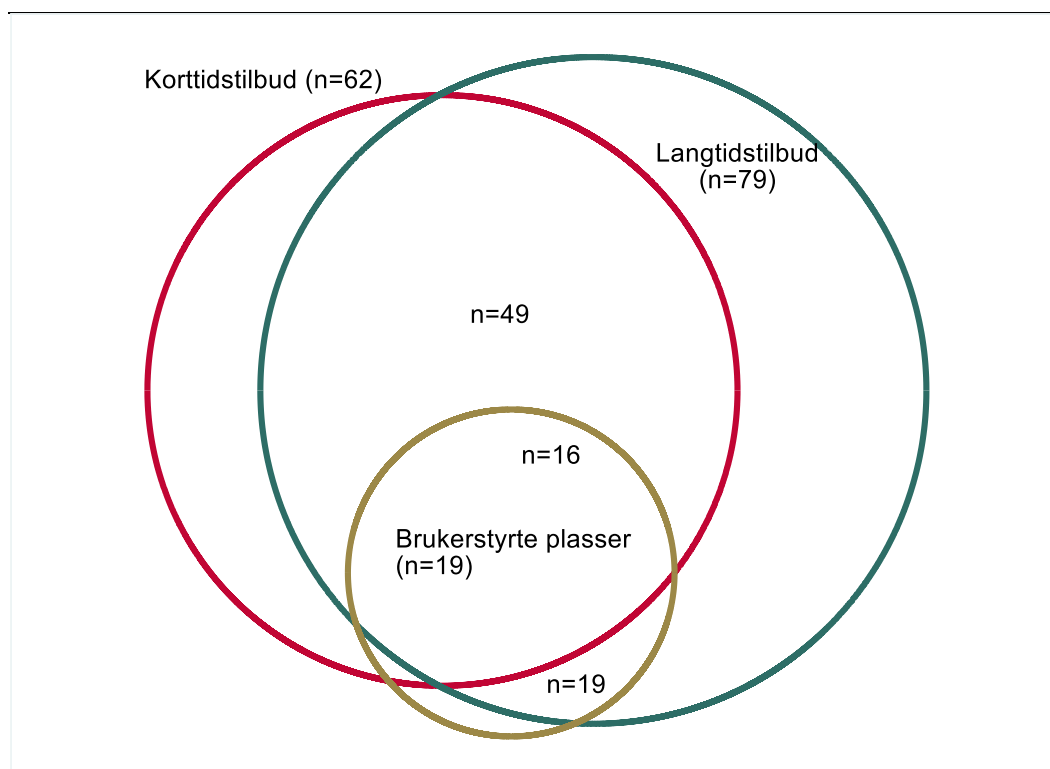
- Boliger/bofellesskap tilknyttet heldøgnsbemannet tjeneste
- KAD
- Heldøgns hjemmetjeneste
- Ordinære sykehjemsplasser
- Kjøper institusjonsplass
- Interkommunalt samarbeid
- ROP-boliger
- Sykehjem hvis det er somatiske helseutfordringer
- Tjeneste for funksjonshemmede med døgnbemannet bolig
- Omsorgsbolig med bemanning

Anslaget på at 27 prosent har egne institusjonsplasser kan være litt for høyt, fordi vi ser at noen kan ha svart at de har egne tilbud, men så oppgir de på senere spørsmål at dette er kjøpte plasser fra private eller fra andre kommuner. Men dette gjelder få kommuner, så feilmarginen er relativ liten.

Som vist i tabell 18.5, er det flest som oppgir at de har langtidstilbud av de som har heldøgns institusjonsplasser (77 prosent, n=79) og 21 prosent av landets kommuner beregnes å ha slike plasser til målgruppen. Mange av kommunene som oppgir at de har langtidstilbud, har også et korttidstilbud (49 prosent av de 102 kommunene/bydelene har begge, se figur 18.1). Brukerstyrte plasser er oppgitt å finnes i 19 kommuner/bydeler og dette utgjør 19 prosent av de med heldøgns institusjonsplass og 5 prosent av alle kommuner/bydeler.

Tabell 18.5: Antall og andel (%) av kommunene etter type heildøgns institusjonsplasser.

	Antall	Andel (%)	Av alle kommuner/bydeler (%)
Korttidstilbud (under 60 dager per kalenderår)	62	61	17
Langtidstilbud (60 dager eller mer per kalenderår)	79	77	21
Brukerstyrte plasser	19	19	5
Annet	12	12	3
Totalt	102	100	27



Figur 18.1 Flere typer heildøgns institusjonsplasser, n=102

De 11 som svarer «Annet» oppgir at de har følgende tilbud til målgruppen:

- Avlastningsopphold, dag-og nattopphold
- Behandling i regi av VEL
- Etter behov
- Forsterkede boliger til ROP med husleiekontrakter
- Heildøgns butilbod tilknytt eige personal som skal vere tilgjengeleg 24/7
- KAD-seng i sykehjem
- Kjøpsplasser
- Langtidsboliger
- Leilighet i døgnbemannet bofellesskap
- Leiligheter med heildøgnsbemanning
- ØHD, og hybel til akutte behov hos kjente brukarar
- Trygghetsrom

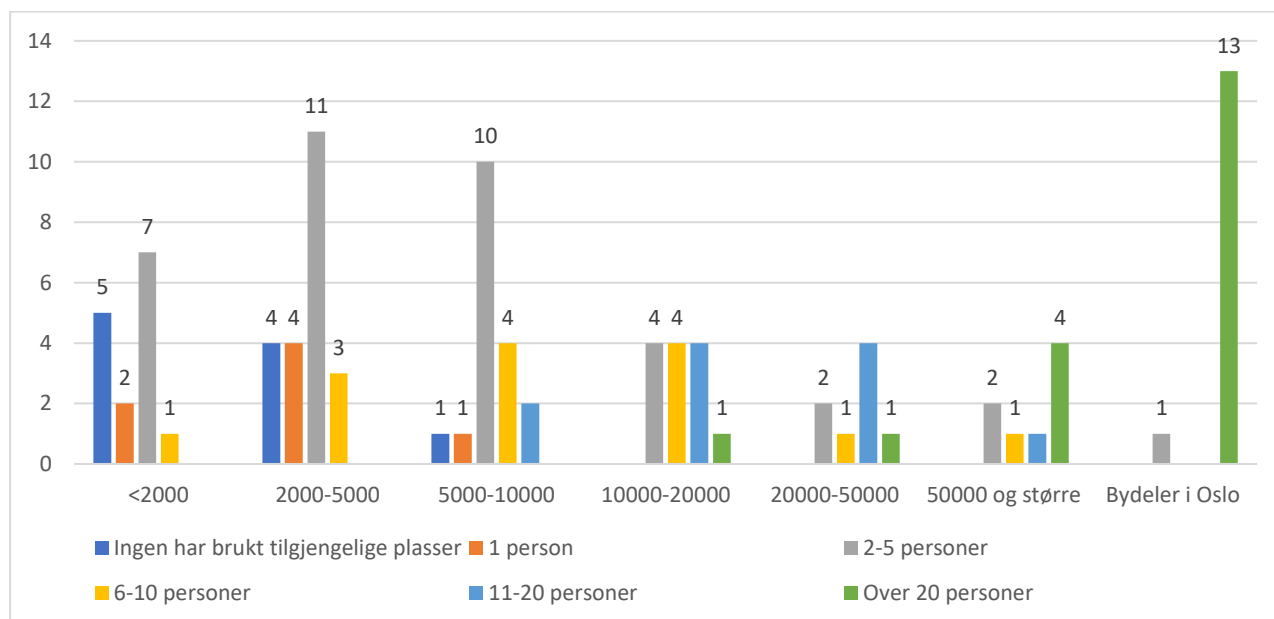
ANSLAG PÅ ANTALL PERSONER SOM HAR HATT KOMMUNAL HELDØGNS INSTITUSJONSPLASS I LØPET AV 2022

98 av de 102 kommunene/bydelene som svarer at de har heldøgns institusjonsplasser til målgruppen, svarer på hvor mange voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som har hatt kommunal heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022. Som vist i tabell 18.6 er det vanligste svaret 2-5 personer og 38 prosent av kommunene som har slike plasser oppgir dette.

Tabell 18.6: Hvor mange voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har hatt kommunal heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022? Antall og andel (%).

	Antall	Andel (%)
Ingen har brukt tilgjengelige plasser	10	10
1 person	7	7
2-5 personer	37	38
6-10 personer	14	14
11-20 personer	11	11
Over 20 personer	19	19
Total	98	100

Som vist i figur 18.2 er det særlig små kommuner (færre enn 10000 innbyggere) som oppgir 2-5 personer, mens de store kommunene naturlig nok har flere brukere som får tilbudet, og i Oslo svarer 13 av bydelene at over 20 personer har fått tilbudet.



Figur 18.2 Antall kommuner/bydeler som oppgir antallet voksne personer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har hatt kommunal heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022.

Dersom vi antar at antall brukere ligger midt i kategorien (Tilnærming i tabell 18.7), kan vi anslå antall personer som har hatt kommunal heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022. Usikkerheten er i størst grad knyttet til kategorien «Over 20 personer» fordi den ikke har noen øvre grense. Om vi for eksempel beregner at de 18 bydelene og kommunene som har svart «Over 20 personer» i gjennomsnitt har 40 personer som har brukt tilbudet, beregner vi et antall på 1179 personer som har fått et slikt tilbud i 2022. Om vi antar at de som har over 20 personer som har fått tilbud, for eksempel har gitt til 25 i gjennomsnitt, blir beregnet antall personer med tilbud 894.

Tabell 18.7: Anslag på antall voksne personer i målgruppen som har hatt heldøgns institusjonsplass i løpet av 2022

	Antall	Tilnærming	Anslag antall personer
Ingen har brukt tilgjengelige plasser	10	0	0
1 person	7	1	7
2-5 personer	37	3.5	130
6-10 personer	14	8	112
11-20 personer	11	15.5	171
Over 20 personer*	19	40	760
Total	98		1179

* Svært usikkert

ØVRIGE/ALTERNATIVE EGNE TILBUD

Det er halvparten av de 343 kommunene/bydelene som har svart som oppgir at de har botilbud med stedlig bemanning hele døgnet som øvrig/alternativt tilbud til heldøgns helse- og omsorgstjenester, og 46 prosent oppgir at de har botilbud uten stedlig bemanning. Av alle kommuner, om vi antar at de som ikke har svart, ikke har et slikt tilbud (minimumsanslag), er det 46 prosent som har botilbud med stedlig bemanning hele døgnet.

Tabell 18.8: Hva er kommunes øvrige/alternative tilbud ved behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester? (flere kryss mulig). Antall og andel (%) av de som har svart, og estimert andel (%) av alle kommuner.

	Antall	Andel (%)	Av alle kommuner/bydeler (%)
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	149	43	40
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	171	50	46
Botilbud med delvis stedlig bemanning	143	42	38
Botilbud uten stedlig bemanning	157	46	42
Annet	30	9	8
Antall	343	100	92

De som har svart «Annet» har oppgitt følgende tilbud:

- Botilbud i privat omsorg.
- Botilbud med oppfølging fra nærliggende bemannet bolig (base), kartleggingsleiligheter
- Det er etablert en miljøtjeneste og det planlegges bygging av flere kommunale boliger
- Samarbeid med spesialisthelsetjeneste (brukerstyrt seng)
- Hjemmetjenester
- Sykehjemsplasser
- Ingen
- Kjøp av private helsetjenester
- Kjøp av tjenester i andre kommuner
- Kommunale boliger og trygdeboliger
- Omsorgsbolig med døgnbemanning
- Krisesenter
- NAV kjøper plasser ved for eksempel campingplasser

Svarene tyder igjen på at noen har tatt med plasser de kjøper fra private eller fra andre kommuner. Det er også åpnet for å legge inn kommentarer under dette spørsmålet, og her har det kommet 68 kommentarer. Disse er handler om:

- At kommunen ikke har kommunale heldøgntilbud.
- Har omsorgsboliger med nærhet til sykehjem (for eksempel omsorgsleiligheter med bemanning fra kl. 0800-2200. Ved behov avtale tilsyn/kontakt fra sykehjem i tidspunktet 2200-0800).
- Noen botilbud har bemanning hele døgnet, for eksempel for mennesker med nedsatt funksjonsevne.
- Bolig uten bemanning er eneste alternativ til brukere med rusproblemer.
- Ulike former for botilbud med delvis stedlig bemanning:
 - Personal i nærliggende heldøgns omsorgsbolig som drar ut til den enkelte bruker i deres bolig
 - Boliger med base
 - Hjemmetjenester
- Botilbud med stedlig bemanning er bofellesskap, boliger til psykisk utviklingshemming og eldre.
- Da vi ikke har egnet tilbud i kommunen, har en bruker 1-1 tilbud i privat regi utenfor kommunen som tjenesten betaler for.
- Det er ikke noen brukere med behov for heldøgntilbud.
- Heldøgnsbemannet bofellesskap for flere målgrupper.

En kommune oppsummerer det slik:

Botilbud uten bemanning er ordinære kommunale boliger. Bolig med stedlig bemanning er bofellesskap. Bolig med delvis stedlig bemanning er boliger med base. Særskilt tilrettelagt er institusjon.

Flere etterlyser sterkere samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

Det er behov for tettere samarbeid med spesialisthelsetjeneste i forhold til de tjenestebrukere med alvorlig psykisk lidelse/rusproblematikk som ikke selv mestrer å ta imot/som ikke har innsikt i egen lidelse. De siste årene sees økende antall pasienter/tjenestebrukere med alvorlige lidelser som ikke kan håndteres i kommunen i tilstrekkelig grad på grunn av kommunens organisering, manglende rammer og at tjenester er basert på frivillighet. Samtidig effekt fra samhandlingsreform 2012 og nedleggelse av spesialisthelsetjeneste tilbud, - samt høyere terskel for å tre inn i tjenestebrukernes hjelpebehov (alvorlig psykisk lidelse som schizofreni med tilhørende rusproblematikk) har ført til en mer synlig brukergruppe som ikke mottar bistand da de selv vurderer seg for å ikke ha psykiske utfordringer og rusproblematikk.

Og andre ser behov for å utvide eksisterende tilbud til å dekke målgruppens behov:

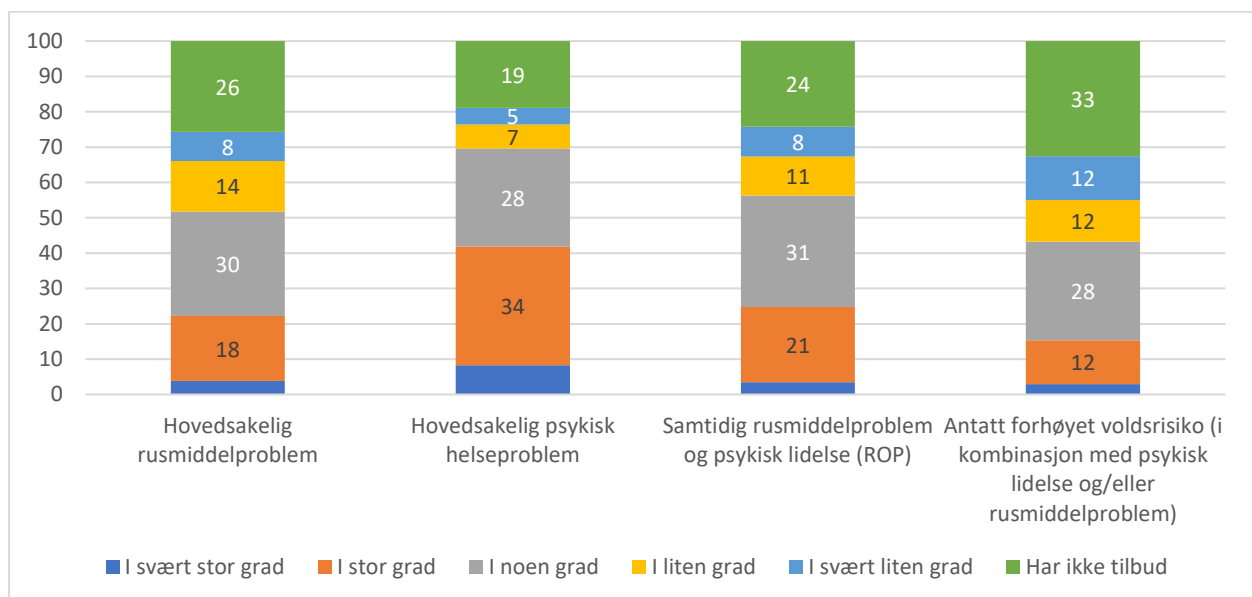
Vi har ingen konkrete boliger med dette tilbudet, men det jobbes med saken. Skulle det være helt krise har vi mulighet til å plasser i heldøgns bolig for utviklingshemmende. Der har vi ledige enheter pr. i dag. Kommunen har også slått sammen miljøarbeidertjenesten og psykisk helsehjelp/rus nettopp for å kunne i møte komme et behov om dette. Det jobbes nå med kompetanseheving ifht. psykisk helse og rus.

EGENVURDERING AV TILBUDET

Tabell 18.9 viser svarfordelingen på egenvurderingen av hvordan kommunen/bydelens egne heldøgns helse- og omsorgstjenester ivaretar ulike voksne brukergrupperes behov. Prosentfordeling er vist i figur 18.3.

Tabell 18.9: Antall kommuner som svarer i hvilken grad de vurderer dere at kommunen/bydelens egne heldøgns helse- og omsorgstjenester ivaretar følgende voksne brukergrupperes behov.

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Har ikke tilbud	Totalt
Hovedsakelig rusmiddelproblem	13	63	101	49	28	88	342
Hovedsakelig psykisk helseproblem	28	114	94	23	16	64	339
Samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)	12	73	108	38	29	83	343
Antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem)	10	42	94	40	42	110	338



Figur 18.3 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelens egne heldøgns helse- og omsorgstjenester ivaretar følgende voksne brukergrupperes behov.

Det er videre spurt om de kan beskrive hvorfor de svarer i stor/i svært stor grad, og i liten/i svært liten grad.

Hovedsakelig rusmiddelproblem

De som svarer at eget tilbud i stor eller i svært stor grad dekker behovene til brukere med hovedsakelig rusmiddelproblem, svarer at de har:

- Ansatte med høy kompetanse på målgruppen
- Botilbud med heldøgns helseoppfølging
- Brede tilbud inkludert lavterskel ambulerende oppfølging

- Brukerne får lovpålagte tjenester levert av kommunen og vedtak er faglig basert på individuelle behov
- Brukermedvirkning, slik at tilbudet er tilpasset den enkelte
- Gode bygninger som er tilpasset behovene
- Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, legevakt og fastleger

Noen presiserer også at de har et tilbud som dekker behovene til de som ønsker et tilbud, og at dersom bruker ikke ønsker å bo i institusjon, har ikke kommunen lov hjemler for bruk av tvang/kontroll.

Av de som svarer at ikke har tilbud, eller at tilbudene i svært liten eller i liten grad dekker behovet til personer med hovedsakelig rusmiddelproblem, oppgis årsakene å være at:

- Mangler kompetanse og erfaring i rusarbeid
- Mange ønsker ikke å ta imot botilbud med bemanning
- Har ikke døgnstilbud
- Har ikke akutt-tjeneste
- Har ikke godt differensierte tilbud som ivaretar ulike brukergruppers behov samtidig
- Har boliger samlet og dette kan skape utfordringer med getto-tendenser
- Kun oppfølging i boliger og ikke et heldøgntilbud
- Målgruppen har ikke vært prioritert i kommunen
- Vanskelig å gi tilbud til mennesker i målgruppen i generelle tilbud
- Døgnstilbud er begrenset til ØHD, KAD eller hjemmetjeneste
- Tilbudet til målgruppen er sammen med tilbudet rundt psykisk utviklingshemming
- Mangler forsterkede botilbud som eks. minibolig
- Mangler akutt-plasser, hvilerom, lavterskeltilbud, bo veiledning
- Har ikke brukere som er tildelt bolig med heldøgntjenester
- Spesialisthelsetjenesten må dekke behovet
- Eldre med demens og aldersbetingede problemer prioriteres på bekostning av andre grupper

Et sitat som kan passe for flere av kommunene er:

Vi har ikke egne boliger for denne gruppen. Vi har sykehjem, bemannet omsorgsbolig, ubemannet omsorgsbolig og boliger/oppfølging utenom det. Det vil klart være personer med rusmiddelproblemer i alle disse boligene, men ikke grunnet rusmiddelproblemet - men mer grunnet sammensatt problematikk evt. høy alder, somatisk sykdom.

Hovedsakelig psykisk helseproblem

De som svarer at tilbudet i stor eller svært stor grad dekker behovet til målgruppen som hovedsakelig har et psykisk helseproblem, oppgir at tilbudet dekker behovene fordi de har:

- Stort nok antall omsorgsboliger med dag, kveld og helgebemanning. Samarbeid med hjemmetjenesten på natt ved behov for tjenester
- Egne døgnbemannede boliger for personer med hovedsakelig psykisk helseproblem
- Ansatte med sterk kompetanse på psykisk helse
- Fokus på tjenesteutvikling og recovery
- Bofellesskap tilrettelagt for målgruppen
- Opprettelse av fleksibelt oppfølgingsteam har bidratt til at flere kan bo i selvstendig leiligheter, og at overgangene blir tryggere.

- Fleksible tjenester med boliger med bemanning og ambulerende tjenester.
- Brukermedvirkning slik at tilbudet er individuelt tilpasset
- Boligtilbud knyttet til kafetilbud og aktivitetssenter, får fulgt med på hvordan de har det
- Tett samarbeid med spesialisthelsetjeneste, fastlege og legevakt

Som en del kommuner har formidlet i tidligere kartlegginger, og som også flere kommenterer her:

Sykehuset definerer ofte brukers behov for døgntilbud annerledes enn brukere selv og kommunale tjenester

De som svarer at de ikke har tilbud, eller at tilbudene i svært liten eller i liten grad tilbud til målgruppen nevner følgende som årsak:

- Har ikke heldøgns bemannede botilbud til målgruppen
- Har ikke nødvendig kompetanse på målgruppen
- Yngre personer bør ikke være på sykehjem
- Mangler ambulante tjenester
- Gamle og slitte boliger
- Har ingen personer i målgruppa med behov for døgntilbud
- Kjøper plasser ved behov

Samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)

De som svarer at de i stor eller svært stor grad har tilbud som dekker behovet blant mennesker med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP), svarer mye likt som for andre målgrupper. Det handler om at de har etablert omsorgsboliger for målgruppen, at de har ambulante oppfølgingsteam og at bemanningen har riktig kompetanse og erfaring. Mange får til godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de får gitt tverrfaglig helhetlig oppfølging. Noen oppgir at de har egen hjemmetjeneste til målgruppen som er bemannet 24/7. En av kommunene beskriver situasjonen slik:

Mange med ROP-lidelse ønsker ikke å bo så tett innpå andre som en heldøgnsbolig som oftest er. Mange får ambulante tjeneste morgen og kveld og det fungerer best for noen. Brukere med omfattende komorbiditet; aktiv rus, psykiatri, kognitiv svikt og mange somatiske lidelser har vi vansker med å håndtere godt nok med egne tjenester/sykehjem.

Utfordringer når rusen tar for mye overhånd er at det kan være vanskelig å komme i posisjon for å gi hjelp. Vi er avhengige av at brukerne er motiverte selv for å motta hjelp.

De som svarer at de ikke har tilbud til denne målgruppen, eller at tilbudet i liten eller svært liten grad dekker behovet, oppgir samme årsak som for de andre målgruppene:

- Ikke alle ønsker å ta imot tilbud
- Ikke nok plasser
- Sykehjem eneste døgntilbud, utfordrende å tilpasse til målgruppen.
- Har ikke døgnbemannet ambulerende tjeneste
- Har ikke døgnplasser for brukergruppen. Psykisk helse - og rustjenesten er ikke på jobb etter kl. 16
- Har ingen i målgruppa med behov for døgntilbud
- Har ikke etablert tilbud til målgruppen
- Mangler kompetanse

Antatt forhøyet voldsrisiko

De som svarer at de i stor eller svært stor grad dekker behovet til personer med antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem) oppgir følgende årsaker:

- Har etablert botilbud med heldøgns helseoppfølgingstilbud
- Bygger opp kommunalt tilbud til personer på dom
- Byggets utforming gjør at de har oversikt og kan være i forkant av hendelser
- Kompetansehevende tiltak for ansatte for å forebygge og håndtere vold og trusler
- Døgntilbud til alle brukergrupper, uavhengig av diagnose
- Døgnbasert hjemmetjeneste
- Enetiltak
- Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- God kompetanse
- Kjøper tjenester fra krisesenter
- Ambulant og oppsøkende tilbud
- Samarbeid med FACT-team gir godt tilbud hele døgnet

De som svarer at de ikke har tilbud, eller at tilbudet i liten eller svært liten grad dekker behovet, svarer i mange tilfeller det samme som de svarte for de andre målgruppene. Det som kommer frem i tillegg er:

- Behov for mer personell med god kompetanse på forebygging og håndtering av vold og trusler
- Behov for flere døgntilbud/akutt-tjeneste
- Forbedre samarbeid med spesialisthelsetjenester og politi
- Har ikke noe tilbud til målgruppen
- Kan ikke bosettes i samlokaliserte boliger eller i sykehjem
- Kommunene har få virkemidler
- Politi er langt unna
- Kjøper plasser
- Få brukere med antatt forhøyet voldsrisiko
- Mangler ambulante tjenester
- Har interkommunalt tilbud
- Situasjonen blir ofte raskt akutt og da må spesialisthelsetjenesten som må involveres
- Mangler FACT-team
- Utfordringer med personalets sikkerhet
- Uklart hva et tilbud skal inneholde og hvem som henviser/etterspør tilbudet
- Problemer knyttet til naboskap
- Ikke et godt nok tilbud av fagpersoner på natt og i helg
- Voldssaker er først og fremst politisaker

18.2 KJØP AV HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE

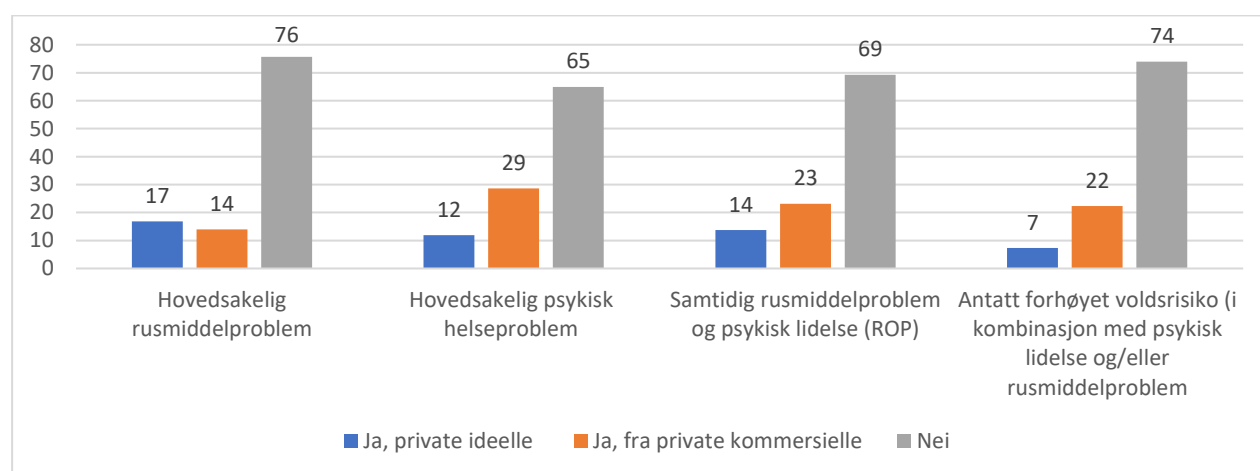
I dette kapitlet tar vi for oss kjøp av heldøgns helse- og omsorgstjenester fra private ideelle og private kommersielle aktører. I ledeteksten til spørsmålene i denne seksjonen i kartleggingsskjemaet var følgende spesifisert: "Vi skiller mellom private ideelle og private kommersielle aktører. De private ideelle inkluderer for eksempel Kirkens Bymisjon, Blå Kors, Norske kvinners sanitetsforening (NKS) og Frelsesarmeen mv. De private kommersielle inkluderer for eksempel Aleris, Stendi og Unicare mv."

MÅLGRUPPER

Som vist i tabell 18.10 og figur 18.4 er det flest som svarer at de kjøper tjenester fra private ideelle for voksne personer med hovedsakelig rusmiddelproblem (17 prosent), mens flest kjøper tjenester fra private kommersielle for voksne med hovedsakelig psykiske helseproblem (29 prosent).

Tabell 18.10: Antall kommuner/bydeler som svarer på om de kjøper private heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne personer etter målgruppe.

	Ja, private ideelle	Ja, fra private kommersielle	Nei	Svar
Hovedsakelig rusmiddelproblem	54	45	243	321
Hovedsakelig psykisk helseproblem	39	94	213	328
Samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse (ROP)	45	76	227	328
Antatt forhøyet voldsrisiko (i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem)	24	73	242	327



Figur 18.4 Prosent av kommunene/bydelene som kjøper kommunen private heldøgns helse og omsorgstjenester til voksne personer i følgende risikogrupper.

Av de 343 kommunene/bydelene er det 179 kommuner (52 prosent) som ikke kjøper fra private for noen av målgruppene som her er kartlagt. Dvs. at 48 prosent av alle kommuner/bydeler nå kjøper tjenester til en eller flere av målgruppen, fra enten private ideelle, private kommersielle eller fra begge. Tabell 18.11 viser for eksempel at fem kommuner kjøper tjenester til alle fire målgruppene fra private ideelle, men kjøper ikke fra private kommersielle. Åtte av kommunene som kjøper fra private ideelle til alle fire målgruppene, kjøper også tjenester fra private kommersielle til alle fire målgruppene.

Tabell 18.11 Antall kommuner/bydeler som ikke kjøper, eller kjøper fra private ideelle og kommersielle for 1 eller flere av målgruppene.

		Private ideelle					Total
		Kjøper ikke tjenester fra private ideelle	Kjøper til 1 målgruppe	Kjøper til 2 målgrupper	Kjøper til 3 målgrupper	Kjøper til 4 målgrupper	
Private kommersielle	Kjøper ikke tjenester fra private kommersielle	179	22	11	3	5	220
	Kjøper til 1 målgruppe	37	6	0	0	0	43
	Kjøper til 2 målgrupper	19	5	2	1	0	27
	Kjøper til 3 målgrupper	11	3	6	1	0	21
	Kjøper til 4 målgrupper	15	2	2	5	8	32
	Total	261	38	21	10	13	343

AKTØRER

Det er nesten halvparten (48 prosent) av alle som kommuner/bydeler som kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester fra private aktører til en eller flere av målgruppene (164 kommuner/bydeler). Det kan se ut som det ikke lenger er et tydelig skille mellom private ideelle og private kommersielle aktører, og kombinasjonene er mange fordi en del kommuner kjøper plasser for flere målgrupper. Vi må derfor se på de ulike aktørene samlet, og vi har forsøkt å lage en oversikt over aktører i markedet, og hvor mange kommuner som oppgir at de kjøper tjenester fra de ulike aktørene.

Vi har identifisert 70 ulike aktører som tilbyr heldøgnsomsorgstjenester til de 140 kommunene/bydelene som oppgir hvem de kjøper fra. Dette er ikke en totalkartlegging, fordi enkelte bydeler i Oslo bare har oppgitt «de private virksomhetene vi har rammeavtaler med». Men vi tror det gir et godt bilde på aktørene i dette markedet i dag, noen store og mange små som bare selger tjenester til en enkelt kommune.

Tabell 18.12 Aktører i privat heldøgns helse- og omsorgstjenester som selger til kommuner, 2023

	Antall kommuner/bydeler	Prosent
Stendi, Ambea AB	55	21.9
Ecura AS	22	8.8
Borger AS	15	6.0
Furukollen Psykiatriske Senter AS	11	4.4
Recoveryakademiet AS	11	4.4
Humana AB	9	3.6
Røysumtunet	8	3.2
Blå Kors	7	2.8
Kirkens bymisjon	7	2.8
Omsorgspartener AS	7	2.8
Aberia AS	6	2.4
Karmsund ABR-senter	6	2.4
Solstad bo- og omsorgssenter AS	6	2.4
Frelsesarmeen	5	2.0
Nøstret Bo- Og Omsorgsenter	5	2.0
Viken Bo og Omsorg AS	5	2.0
Sanita Omsorg AS	4	1.6
Aleris AS	2	0.8
Evangeliesenteret	2	0.8
Guts	2	0.8
Lukas	3	1.2
NKS Grefsenlia	2	0.8
RIBO	2	0.8
Skaar Omsorg AS	2	0.8
Stiftelsen Guts	2	0.8
Abri Dialogue AS	1	0.4
Absent AS	1	0.4
Angedal gard AS	1	0.4
AssisterMeg	1	0.4
Auris helse	1	0.4
Bjørkmo Bo og Omsorg AS	1	0.4
Bo og bistand	1	0.4
Bo- og Omsorgshjemmene i Lier	1	0.4
Bøen gard	1	0.4
Crux	1	0.4
Diakonistiftelsen	1	0.4
Dokka gård	1	0.4
Døgnbo	1	0.4
F-16	1	0.4
Fjellstø	1	0.4
Fløvik Omsorgsenter	1	0.4
Fredheim	1	0.4
HAVA	1	0.4
Helseforetaket Incita AS	1	0.4
Hålogaland Helse	1	0.4
Hålogaland Helse og Omsorg AS	1	0.4
Høyenhall Helse og Rehabilitering AS	1	0.4
Innlandet Bo og Omsorg AS	1	0.4
Jegersberg gård	1	0.4
Klippa	1	0.4
Kong Carl Johans Arbeidsstiftelse	1	0.4
Løvehjerte omsorg AS	1	0.4
Merlina AS	1	0.4
Mestringshusene	1	0.4
Phoenix House Haga	1	0.4

Ressursklinikken	1	0.4
Senter for omsorg	1	0.4
Shalam	1	0.4
Sjåstad bo- og omsorgssjhem	1	0.4
Skjelfoss	1	0.4
Team Olivia Norge AS	1	0.4
Tectus AS	1	0.4
Tilrettelagt omsorg	1	0.4
Torstad bo- og omsorgshjem	1	0.4
Unicare	1	0.4
Vakttjenester	1	0.4
Veien ut	1	0.4
WK-Omsorg	1	0.4
Walle og Karlsen consulting AS	1	0.4
West Omsorg AS	1	0.4
Totalt*	251	100.0

*Mange av de 140 kommunene/bydelene som oppgir at de kjøper tjenester fra private, kjøper fra flere aktører (gjennomsnitt 1,8 aktører hver).

TYPE TILBUD SOM KJØPES FRA PRIVATE

Av de som kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester fra private aktører, er det hver tredje som kjøper institusjonsplasser (34 prosent), og 39 prosent kjøper bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Flest (62 prosent) kjøper botilbud med stedlig bemanning hele døgnet. Det er få som kjøper botilbud uten stedlig bemanning (3 kommuner/bydeler).

Tabell 18.13 Type heldøgns helse- og omsorgstjenester som kjøpes fra private aktører. Antall og andel (%) av de som kjøper slike tjenester, og andel (%) av totalt utvalg.

	Antall	Andel (%) av disse	Andel (%) av alle
Institusjonsplasser innen rehabiliterings- og/eller behandling kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	54	34	15
Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	23	14	6
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	12	8	3
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	62	39	17
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	99	62	27
Botilbud med delvis stedlig bemanning	16	10	4
Botilbud uten stedlig bemanning	3	2	1
Annet	5	3	1
Totalt	160	172*	43

* Kan kjøpe flere tilbud

Vi kan ikke være sikre på at de ikke krysser for samme tilbud på ulike alternativer, og vi burde ha presisert at hvert tilbud skal kun tilhøre én kategori.

De fem kommunene/bydelene som svarer «annet», oppgir at dette er

- 2 til 1 bemanning i egen bolig
- BPA

- Midlertidig bolig med stedlig bemanning
- Nattevakt i eget hjem
- Rammeavtaler med botilbud med stedlig bemanning hele døgnet og delvis stedlig bemanning

Vi har videre kartlagt hvilket tilbud det er som kjøpes, dvs. om det er korttidsplasser, langtidsplasser, brukerstyrte plasser eller andre typer plasser.

Av de 54 kommunene/bydelene som kjøper institusjonstilbud er det 51 som kjøper langtidstilbud, og av de 99 som kjøper botilbud med stedlig bemanning hele døgnet, er det 85 som kjøper langtidstilbud. Den prosentvise fordelingen av tallene i tabell 18.14 er vist i figur 18.5.

Tabell 18.14 Antall kommuner som oppgir type plass de kjøper fra private aktører.

	Antall	Korttidstilbud (under 60 dager per kalenderår)	Langtidstilbud (60 dager eller mer per kalenderår)	Brukerstyrte plasser	Annet
Institusjonsplasser innen rehabiliterings- og/eller behandling kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	54	8	51	4	1
Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	23	7	18	1	0
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	12	3	11	0	0
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	62	2	58	0	3
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	99	14	85	0	5
Botilbud med delvis stedlig bemanning	16	0	15	0	0
Botilbud uten stedlig bemanning	3	0	3	0	0
Totalt	160	34	241	5	9

For de som har svart «Annet» er følgende oppgitt:

Institusjonsplasser:

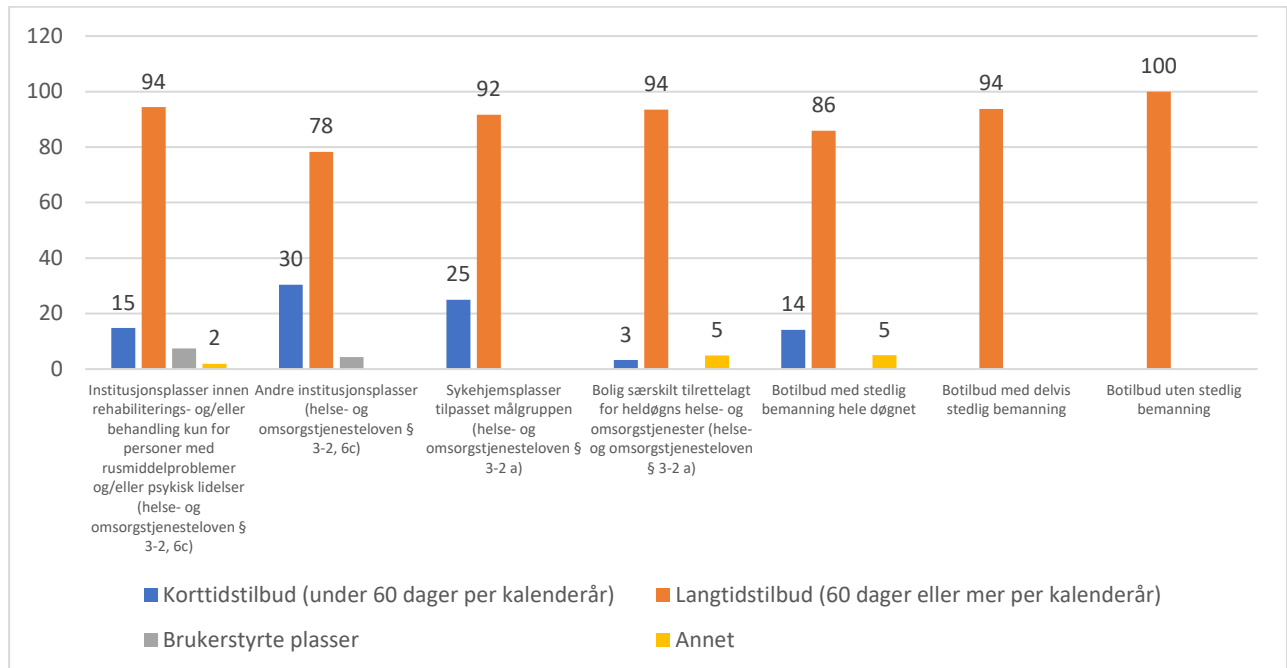
- Alt etter bruker sitt behov

Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester:

- Botilbud tilrettelagt og individuelt tilpasset over år
- Bolig med bemanning

Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet:

- Bofellesskap
- boliger med felles rom - måltider - aktivitet mm
- Inn på tunet tilbud
- Kun en plass over mange år
- Tvinget psykisk helsevern, dom



Figur 18.5 Prosentvis fordeling av hvilke tilbud innen hver kategori som kjøpes fra private aktører. Flere typer kan kjøpes innen hver kategori.

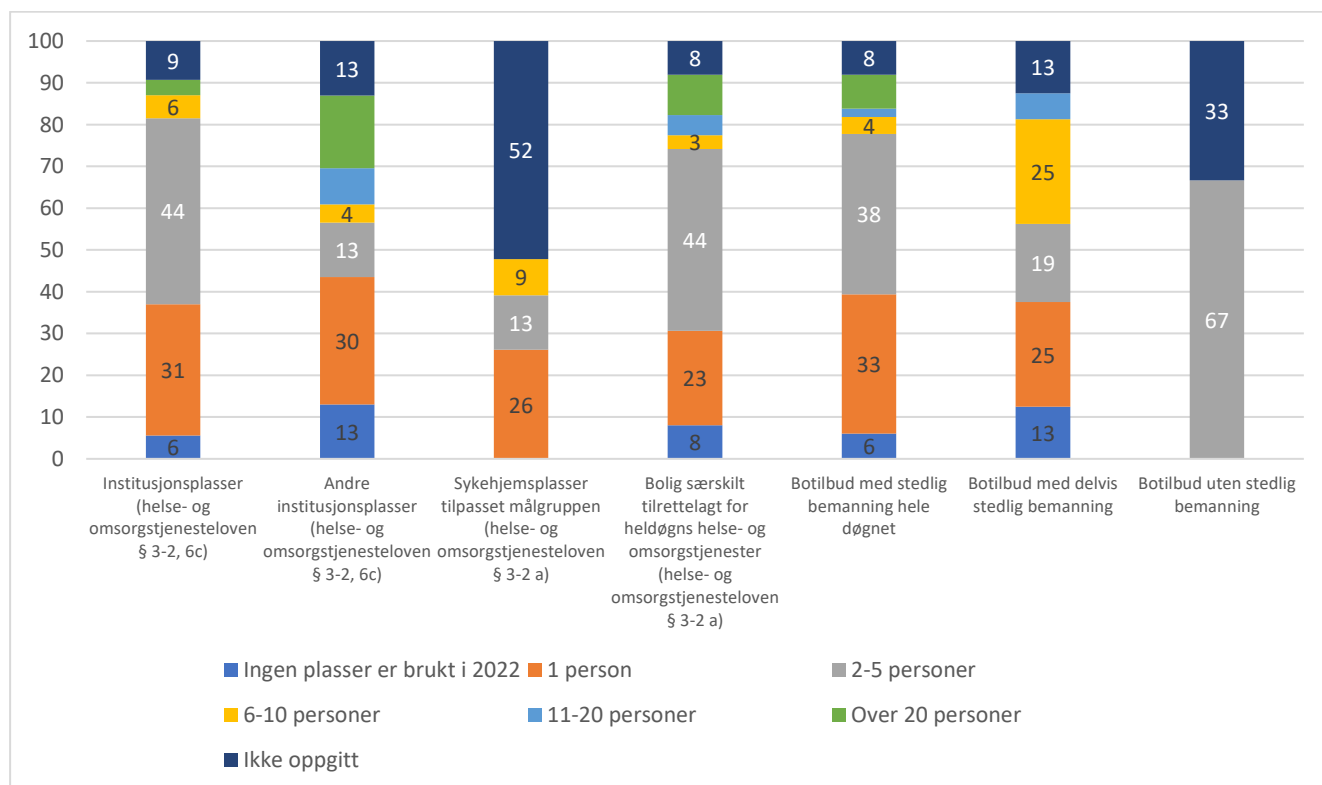
De fleste av plassene som kjøpes innen alle kategorier er langtidstilbud (60 dager eller mer per kalenderår), men det er også en del korttidstilbud (under 60 dager per kalenderår) som kjøpes, for eksempel kjøper 25 prosent av de som kjøper sykehjemsplasser tilpasset målgruppen, korttidstilbud, og de fleste som kjøper korttidstilbud, kjøper også langtidstilbud.

ANTALL BRUKERE DET KJØPES Plasser FOR

Antall brukere det kjøpes plasser for er presentert i tabell 18.15 under. Også her kan vi gjøre beregninger på hvor mange dette gjelder nasjonalt, men vi får igjen utfordringer med kategorien «Over 20 personer». I tabell 18.15 har vi beregnet at det kjøpes heldøgns helse- og omsorgstjenester for mellom 1100 til 1500 brukere, men anslagene er usikre.

Tabell 18.15 Antall kommuner som svarer på hvor mange personer det kjøpes plasser for innen hver kategori

	Antall personer det er kjøpt plass til						Ikke oppgitt	Totalt
	0	1	2-5	6-10	11-20	Over 20		
Institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	3	17	24	3		2	5	54
Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	3	7	3	1	2	4	3	23
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)		6	3	2			12	23
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	5	14	27	2	3	6	5	62
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	6	33	38	4	2	8	8	99
Botilbud med delvis stedlig bemanning	2	4	3	4	1		2	16
Botilbud uten stedlig bemanning			2				1	3



Figur 18.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på hvor mange personer det kjøpes plasser for innen hver kategori

Tabell 18.16 Beregning av antall brukere det er kjøpt tilbud til, 2022

Beregning, midt i kategorien	Antall personer det er kjøpt plass til					Alt 1	Alt 2
	1	2-5	6-10	11-20	20+*		
Institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	17	84	24	0	80	205	175
Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	7	11	8	31	160	217	157
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	6	11	16	0	0	33	33
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	14	95	16	47	240	411	321
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	33	133	32	31	320	549	429
Botilbud med delvis stedlig bemanning	4	11	32	16	0	62	62
Botilbud uten stedlig bemanning	0	7	0	0	0	7	7
Totalt**	81	350	128	124	800	1483	1183

* Alt 1=40, Alt 2=25, ** Usikkert anslag

ÅRSAK TIL AT DET IKKE KJØPES HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER

Av de 179 kommunene/bydelene som rapporterte at de ikke kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester fra private aktører, har 167 oppgitt årsak. Flest av disse (43 prosent) oppgir at årsaken er at kommunen har egne heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker behovet 37 prosent oppgir at årsaken er at spesialisthelsetjenesten har tilbud/tilbyr tjenester som dekker behovet.

Tabell 18.17 For de som ikke kjøper tjenester fra private, antall og prosent som har oppgitt årsak til at kommunen ikke kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester fra private aktører til målgruppen.

	Antall	Prosent
Kommunen har egne heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker behovet	71	43
Politiske/administrative føringer i kommunen om å redusere kjøp fra private aktører	23	14
Geografisk avstand til aktører som tilbyr slike tjenester	22	13
Tilgjengelige aktører har ikke tilbud/tilbyr ikke tjenester som dekker behovet	11	7
Tilgjengelige aktører kan ikke levere tjenester av tilstrekkelig kvalitet	8	5
Spesialisthelsetjenesten har tilbud/tilbyr tjenester som dekker behovet	62	37
Annet, hva:	47	28
Totalt	167	146*

* Flere årsaker kan oppgis.

Annet-kategorien er stor (28 prosent), og vi må derfor se hva som kommer opp under annet. Her kommer det frem følgende årsaker:

- Er ikke behov
- Brukere ønsker ikke tilbud
- Kommunen har ikke økonomiske ressurser/høye kostnader på tilgjengelige tilbud
- Faglig satsning på å bosette i ordinære boliger og gi tjenester etter behov
- Noen har fått dom knyttet til tvungen behandling i psykiatrien. Bor der.

- Tilbud fra samarbeidskommune

Mange oppgir at de ikke har hatt behov for å kjøpe tjenester, dette bør være et svaralternativ i videre kartlegging.

18.3 KJØP AV HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER FRA ANDRE KOMMUNER

Det er noen færre som har svart på spørsmålene om kjøp fra andre kommuner, og dekkningen er 90 prosent (335 kommuner/bydeler). Det er få kommuner, kun 21 (totalt 6 prosent) som oppgir at de kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, se tabell 18.18.

Tabell 18.18 Antall og prosent som svarer på om de kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid.

	Antall	Prosent
Ja, innen psykisk helse	10	3
Ja, innen rusarbeid	3	1
Ja, både innen psykisk helse- og rusarbeid	8	2
Nei	314	94
Total	335	100

Tabell 18.19 Antall og prosent som svarer på hva som kjøpes fra andre kommuner

	Antall	Prosent
Institusjonsplasser innen rehabiliterings- og/eller behandling kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	5	24
Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c)	4	19
Sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	1	5
Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a)	7	33
Botilbud med stedlig bemanning hele døgnet	3	14
Botilbud med delvis stedlig bemanning	2	10
Botilbud uten stedlig bemanning	1	5
Annet	2	10
Totalt	21	119*

* Noen kjøper flere tilbud

Vi kan ikke være sikre på at de ikke krysser for samme tilbud på ulike alternativer, og vi burde derfor presisert at hvert tilbud skal kun tilhøre én kategori. Men uansett er omfanget lavt når det gjelder kjøp fra andre kommuner.

De fem kommunene som kjøper institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c), oppgir at dette er langtidstilbud. Av de fire som oppgir Andre institusjonsplasser (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c), svarer tre at dette er langtidsplasser, mens 1 oppgir at dette er brukerstyrte plasser. Den som oppgir at de kjøper sykehjemsplass tilpasset målgruppen, oppgir at dette er en langtidsplass.

De sju kommunene som oppgir at de kjøper bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a), oppgir at dette er langtidstilbud. Av de som kjøper botilbud med stedlig bemanning hele døgnet, oppgir 1 at dette er et langtidstilbud og en

annen «Annet» og oppgir et interkommunalt tilbud. For øvrige er ett langtidstilbud og ett korttidstilbud.

Kommuner/bydeler det oppgis å kjøpe fra er:

- Oslo
- Alver kommune
- Bergen
- Halså
- Nesna
- Søndre Land
- Ullensvang
- Kristiansand kommune

18.4 HELDØGNS HELSE- OG OMSORGSTILBUD SPESIFIKT RETTET MOT KVINNER

Det er tatt med et spørsmål om noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene kommunen/bydelene selv har, eller som de kjøper fra private/andre kommuner, er spesifikt rettet mot kvinner. Som vist i tabell 18.20 er det totalt 12 prosent av kommunene/bydelene som har heldøgns helse- og omsorgstjenester spesifikt rettet mot kvinner, og andelen er høyest i de største og i de aller minste kommunene.

Tabell 18.20 Antall og andel (%) som oppgir om noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene de selv har eller som de kjøper fra private/andre kommuner spesifikt rettet mot kvinner, kommunestørrelse.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	13	53	66	20
2000-5000	6	78	84	7
5000-10000	5	63	68	7
10000-20000	1	40	41	2
20000-50000	2	40	42	5
50000 og større	5	14	19	26
Bydeler i Oslo	8	6	14	57
Total	40	294	334	12

Som vist i tabell 18.21, er det i tillegg til bydelene i Oslo, en del kommuner i Trøndelag som har eller kjøper tilbud spesifikt rettet mot kvinner (22 prosent), og lavest andel finner vi i Viken (4 prosent).

Tabell 18.21 Antall og andel (%) som oppgir om noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene de selv har eller som de kjøper fra private/andre kommuner spesifikt rettet mot kvinner, fylker.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	8	6	14	57
Innlandet	3	40	43	7
Viken	2	44	46	4
Vestfold og Telemark	1	20	21	5
Agder	3	19	22	14
Rogaland	1	20	21	5
Vestland	2	39	41	5
Møre og Romsdal	2	23	25	8
Trøndelag	7	25	32	22
Nordland	6	30	36	17
Troms og Finnmark	5	28	33	15
Total	40	294	334	12

Kommunene/bydelene som svarer at de har et slikt tilbud til kvinner, oppgir følgende tilbud:

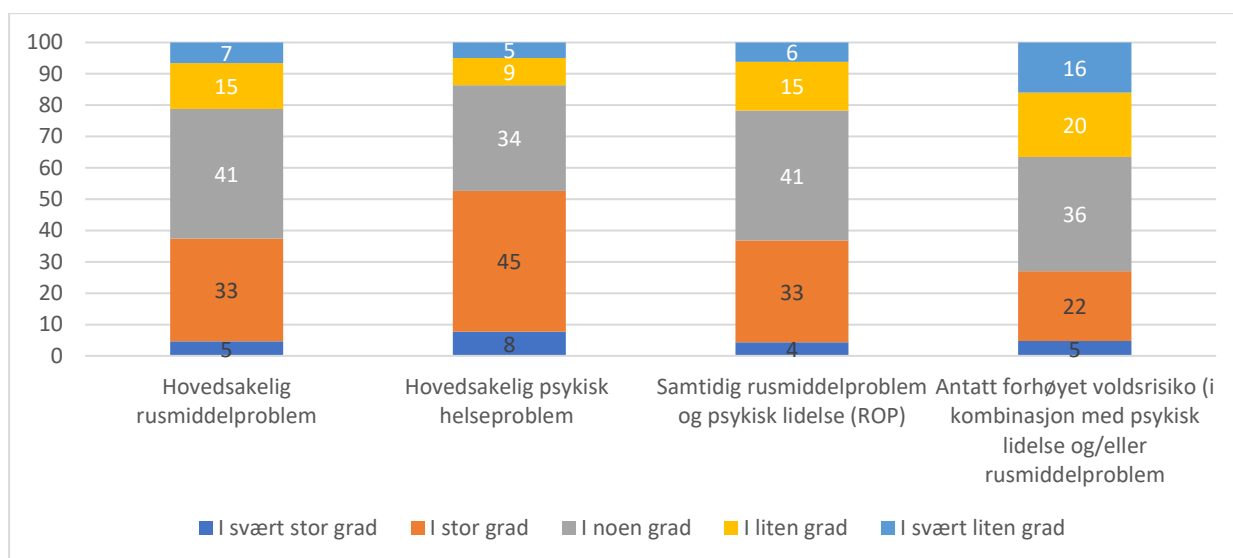
- Thereses hus og Østensjøveien hus er begge institusjoner for kun kvinner, der Thereses hus også har krisesentermandat for kvinner i aktiv rus. I tillegg er det skjermede plasser for kvinner ved Liakollen mestringsenhet.
- Arken kvinnekollektiv i Oslo
- Kvinnehuset på Bryn (Svingen)
- Babettes hus (nødbolig og krisesenter driftet av Shalam)
- Bemanningen er kun kvinner da bruker kun kan forholde seg til dette
- Dette gjelder avtalen om krisesenter hvor vi inngår i et samarbeid.
- Eget bofellesskap for kvinner - "Kvinnehuset" - drevet av Frelsesarmeen etter anbudsavtale med kommunen.
- En fysisk adskilt del av et botiltak er forbeholdt kvinner.

Ulike former for krisesenter nevnes av flest.

18.5 EGENVURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET

Vi har spurt om i hvilken grad kommunene/bydelene vurderer at det samlede heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbudet (egne /kjøp fra private/andre kommuner/interkommunalt samarbeid) er tilstrekkelig for å dekke ulike brukergruppers behov.

Resultatene viser at tilbudet har forbedringsbehov i mange kommuner, og særlig når det gjelder målgruppen med antatt forhøyet voldsrisiko i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer, der mer enn hver tredje kommune (36 prosent) svarer at tilbudene i liten eller i svært liten grad er tilstrekkelig for å dekke behovene.



Figur 18.7 Vurdering av om det samlede heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbudet er tilstrekkelig for å dekke ulike brukergrupper behov er tilstrekkelig for å dekke ulike brukergrupper behov. N=318-323

18.6 HVA SKAL TIL FOR AT BEHOVENE SKAL DEKKES?

Et åpent spørsmål er inkludert til slutt: Hva mener dere må til for at det samlede heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbudet skal være tilstrekkelig for å dekke behovene til voksne med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer i kommunen? Det har totalt kommet inn 237 kommentarer og alle er oversendt til Helsedirektoratet uten informasjon om hvilken kommune som har svart hva, slik at de har hatt mulighet til å lese de direkte fra kommunene.

Det som kommer frem i innspillene handler blant annet om å få på plass et mer differensiert botilbud til målgruppen, mer ressurser til fagfeltet, se målgruppen i sammenheng med tilbud til andre målgrupper, bedre kompetanse, mer ambulante tjenester som dekker flere målgrupper, bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre, boliger med bemanning til innbyggere med dårlig boevne og stort omsorgsbehov, øke døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, økt behov for interkommunalt samarbeid og at de får nok tilgang på fagfolk.

18.7 OPPSUMMERING

Det er 102 kommuner/bydeler som oppgir at de har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen (30 prosent). Det er høyest andel av de store kommunene som har egne heldøgns institusjonsplasser til målgruppen (47 prosent av kommuner med flere enn 50 000 innbyggere og 88 prosent av bydelene i Oslo). Andelen for de andre kommunestørrelsesgruppene varierer mellom 21 og 31 prosent.

Av de 102 kommunene/bydelene er det 43 prosent (44 kommuner/bydeler) som oppgir at dette er rehabiliterings- og/eller behandlingsplasser kun for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk lidelser, mens litt flere oppgir at de har sykehjemsplasser tilpasset målgruppen (45 prosent, eller 46 kommuner/bydeler). Men dette gjelder bare de 102 som har svart at de har heldøgns institusjonsplasser, og når vi beregner hvor stor andel dette gjelder om vi antar at de som ikke har svart ikke har slike institusjonsplasser, beregner vi at 27 prosent av kommune/bydelene i landet har heldøgns institusjonsplasser til voksne i målgruppen.

179 av de 343 kommunene/bydelene (52 prosent) kjøper ikke tjenester til noen av målgruppene fra private, mens resten (48 prosent, n=164) kjøper tjenester fra private til en eller flere av målgruppene. Dette betyr at nesten halvparten av kommunene kjøper tjenester fra private ideelle eller fra private kommersielle for ulike målgrupper innen psykisk helse- og rusarbeid. De fleste av plassene som kjøpes innen hver kategori er langtidstilbud (60 dager eller mer per kalenderår).

Det er få kommuner, kun 21 (totalt 6 prosent) som oppgir at de kjøper heldøgns helse- og omsorgstjenester til voksne fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid.

På spørsmål om noen av heldøgns helse- og omsorgstjenestene kommunen/bydelene selv har, eller som de kjøper fra private/andre kommuner, spesifikt er rettet mot kvinner - er det totalt 12 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har det. Andelen er høyest i de største og i de aller minste kommunene, og i mange tilfeller ser tilbudet ut til å være i form av krisesenter.

Egenvurderingen av det samlede heldøgns helse- og omsorgstilbudet til målgruppen tilsier at tilbudet har forbedringsbehov i mange kommuner, og særlig når det gjelder målgruppen med antatt forhøyet voldsrisiko i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer, der over hver tredje kommune (36 prosent) svarer at tilbudene i liten eller i svært liten grad er tilstrekkelig for å dekke behovene.

Det er også 237 kommuner som har gitt innspill til hva som skal til for at tilbudet i større grad skal dekke behovet til voksne med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer i kommunen. Det som kommer frem i innspillene handler blant annet om å få på plass et mer differensiert botilbud til målgruppen, mer ressurser til fagfeltet, se målgruppen i sammenheng med tilbud til andre målgrupper, bedre kompetanse, mer ambulante tjenester som dekker flere målgrupper, bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre, boliger med bemanning til innbyggere med dårlig boevne og stort omsorgsbehov, øke døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, økt behov for interkommunalt samarbeid og at de får nok tilgang på fagfolk.

19 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD

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 ble plikten utvidet til å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller 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."

I innledningen til veileder om Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, står det ellers:

"Når det gjelder tilbudet til voksne pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, legges det til grunn et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen slik tilfellet er innenfor somatikken. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevende døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter. Når det gjelder finansieringen av plassene vil de økonomiske rammene komme i de ordinære budsjettprosessene."

Det har kommet inn 346 svar på spørsmålene om Øyeblikkelig hjelp døgnilbud i 2023, og dette tilsvarer 93 prosent av alle kommuner/bydeler. Spørsmålene som er tatt med rundt øyeblikkelig hjelp døgnilbud:

- Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk?
- Hva er årsaken(e) til at tilbudet ikke er etablert?
- I hvilke situasjoner/tilfeller benyttes typisk øyeblikkelig hjelp døgnilbud?
- Vennligst oppgi hvilke kommuner dere har interkommunal KAD-avdeling med:
- I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet?
- Hva tror dere er årsaken til at plassene i liten grad benyttes?

19.1 TYPE TILBUD

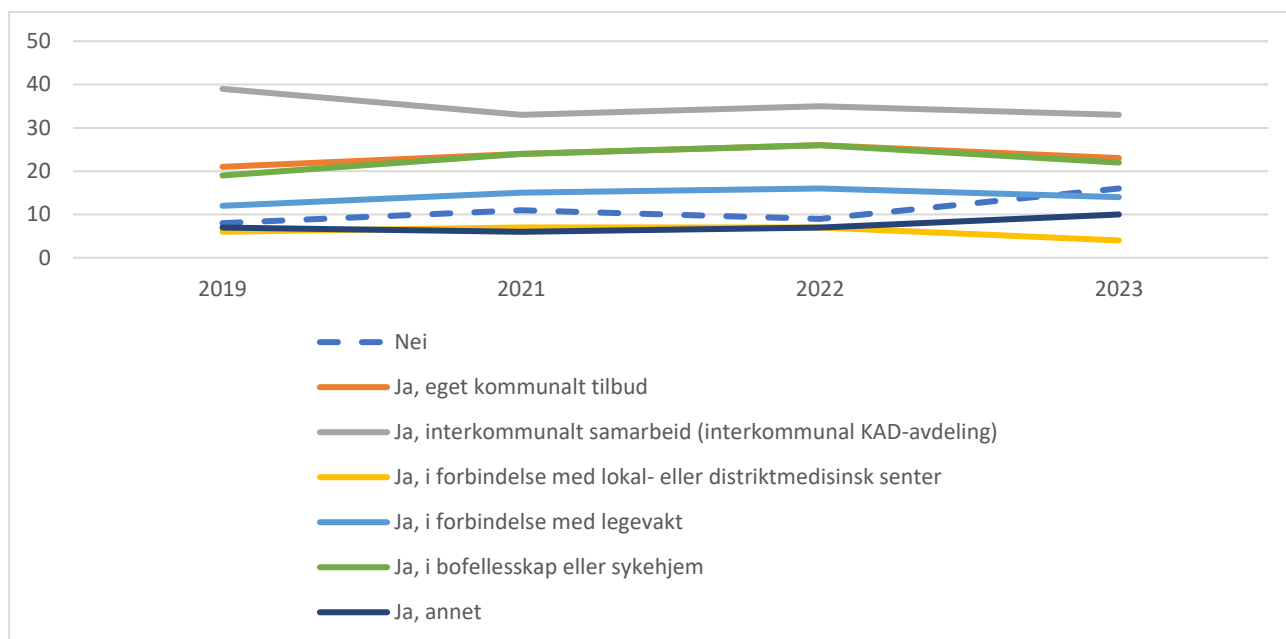
Det er 84 prosent av kommunene/bydelene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, og hver tredje kommune har interkommunal KAD-avdeling. 23 prosent oppgir å ha eget kommunalt tilbud, flest i forbindelse med bofellesskap eller sykehjem (22 prosent) og hver tredje kommune har interkommunal KAD-avdeling.

Tabell 19.1 Antall og andel (%) av kommunene som svarer på om de har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, 2023.

	Antall	Andel (%)
Nei	56	16
Ja, eget kommunalt tilbud	78	23
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	113	33
Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter	14	4
Ja, i forbindelse med legevakt	48	14
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	75	22
Ja, annet	34	10
Antall svar	346	121*

* Det kan settes mer enn ett kryss (kan ha flere tilbud).

Vi kan også se på utviklingen fra 2019 til 2023, se figur 19.1. Det er en økning i andel som svarer nei, og en nedgang i de andre. En liten økning ja kommuner som svarer «Ja, annet», kan bety at flere kommuner finner andre måter å organisere tilbudet eller at tverrfaglige, oppsøkende team forebygger bruk av KAD.



Figur 19.1 Antall og andel (%) av kommunene som svarer på om de har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk.

De 34 som svarer «Ja, annet» har blant annet skrevet følgende:

- KAD-plass/seng
- Akuttleilighet med døgnbemanning (interkommunalt)
- Ambulant akutt team
- Avklaringsseng og brukarstyrt seng på Lokalmedisinsk senter for psykiatripasienter
- Har to ØHD-senger i kommunen, men tilbudet er ikke i tilstrekkelig grad tilpasset personer med rus/psykisk lidelser
- I forbindelse med Helsehuset
- I korttids/rehabiliterings avdeling
- Korttidsavdeling på sjukeheim
- Øyeblikkelig hjelp tilbud
- Kjøp hos privat helseforetak og krisesentret tilbud
- Kommunal akutt døgnavdeling (KAD) i tilknytning til legevakt
- Lavterskel hjemmetjenesten
- Hjemmesykepleie
- Lokal sykestue
- Samarbeid med Orkide
- Spesialisthelsetjenesten
- Trygghetsrom for somatisk og psykisk syke

19.2 ÅRSÅK TIL AT NOEN KOMMUNER IKKE HAR ETABLERT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

Årsaker til at de ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, oppgis å være:

- Begrenset behov, få aktuelle brukere
- Dårlig økonomi, ikke prioritert i kommunen
- Benytter private tilbud
- Det er ikke prioritert
- Ivaretas igjennom ordinært ø-hjelpstilbud
- Er under utarbeidelse gjennom interkommunalt samarbeid.
- Kapasitetsproblemer
- Samarbeid med DPS
- Strategi om at brukere skal ivaretas i hjemmet
- Har KAD på institusjon og dermed utelukker det en del tilbud til våre mest psykiske syke.
- Kan benytte senger ved legevakten og vi har ei kommunal ØH seng

19.3 I HVILKE SITUASJONER/TILFELLER BENYTTES TYPISK ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD?

Det har kommet inn 244 svar på dette spørsmålet, og en gjennomgang av svarene viser at det handler om følgende situasjoner:

- Somatiske helseproblemer som følge av psykiske helseproblemer og/eller rusbruk
- Akutt bostedsløshet og personer som er for syke til å bo hjemme, men som ikke kvalifiserer til sykehusopphold
- Akutt forverring av psykisk helse og eventuelt somatisk helse hvor innleggelse i sykehus ikke er aktuelt

- For å observere/følge med på personer etter endring i medisiner
- Akutt psykose
- Selvmordsforebygging
- Alkoholforgiftning
- Avrusing vurderinger i forhold til samtykkekompetanse
- Akutte angst- og depresjonstilfeller med behov for støtte
- Alkoholisk delirium
- Akutte og alvorlige hendelser og helseutfordringer som kan håndteres av kommunen
- Ernæringsmessige behov
- Overdose
- Akutte kriser
- Avlastning for spesialisthelsetjenesten
- Brukerstyrt seng
- Avslag på behandling i DPS
- Avvente innleggelser
- Innlegging fra legevakt
- Utskriving fra spesialisthelsetjenesten
- «Sove ut rusen»
- Observasjon av funksjonsnivå/symptomovervåking
- Ved behov for medisinsk vurdering av smertestillende
- Når egen bolig ikke kan benyttes (brann, vannlekasje etc.) eller de er uten bolig – mangler «tak over hodet», tilreisende med utenbys tilhørighet
- Sosiale saker innen psykisk helse og rus
- Sikkerhetsnett for ustabile brukere – vet at det er der om behov, men benytter det ikke nødvendigvis
- Kjente brukere med behov for trygge rammer, hvile og mat
- Ved akutte/ alvorlige infeksjoner, sterkt redusert allmenntilstand, store ernæringsproblemer, behov for lindring

Noen oppgir også at plassene ikke benyttes av målgruppen innen psykisk helse- og rus. Andre oppgir at det nå er behov for disse plassene fordi de i distriktene har mistet brukerstyrte plasser.

En av kommunene er inne på årsak til at plasser ikke benyttes:

Det er opprettet en KAD seng for mennesker med psykisk helse og rus-problematikk. Benyttes imidlertid sjelden, da sengen er tilknyttet palliativ avdeling og slik sett egner seg dårlig til mennesker med psykose og/eller rus.

Vi opplever kriteriene for innleggelse på KAD som smale, og av den grunn at vi får benyttet KAD i liten grad.

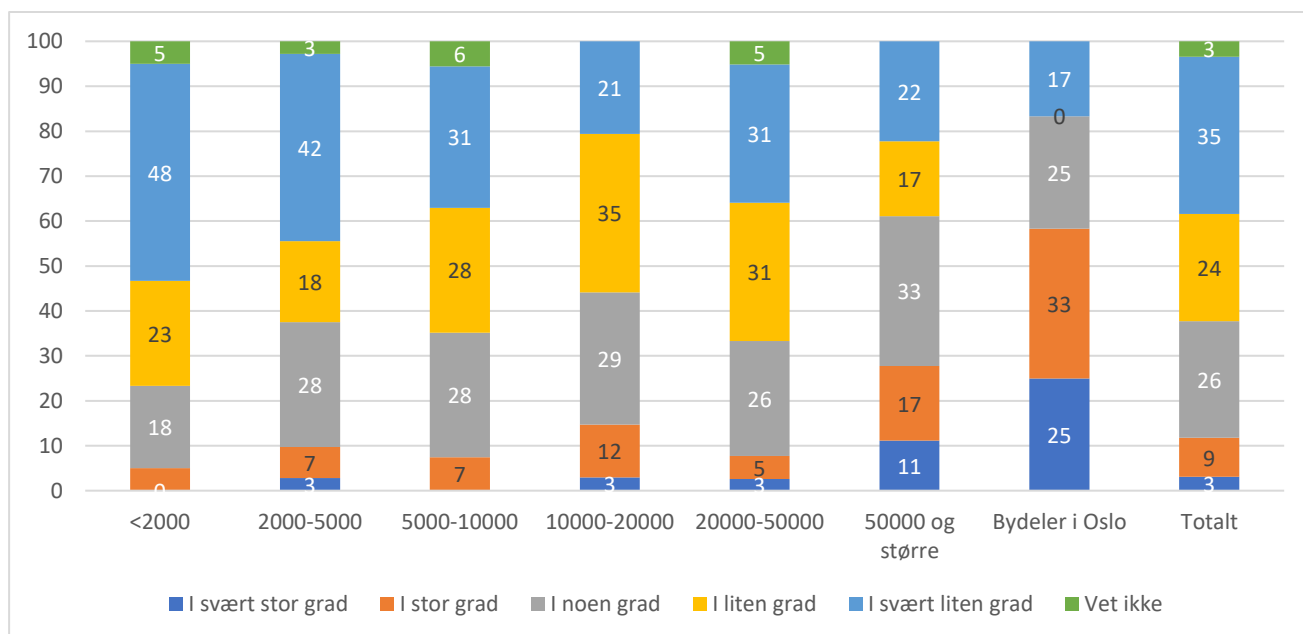
19.4 MÅLGRUPPENS BRUK AV TILBUDET

Det er 289 som har svart på spørsmålet om i hvilken grad de erfarer at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet.

Tabell 19.2 Antall kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes av målgruppen, 2023.

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke	Totalt
<2000	0	3	11	14	29	3	60
2000-5000	2	5	20	13	30	2	72
5000-10000	0	4	15	15	17	3	54
10000-20000	1	4	10	12	7	0	34
20000-50000	1	2	10	12	12	2	39
50000 og større	2	3	6	3	4	0	18
Bydeler i Oslo	3	4	3	0	2	0	12
Totalt	9	25	75	69	101	10	289

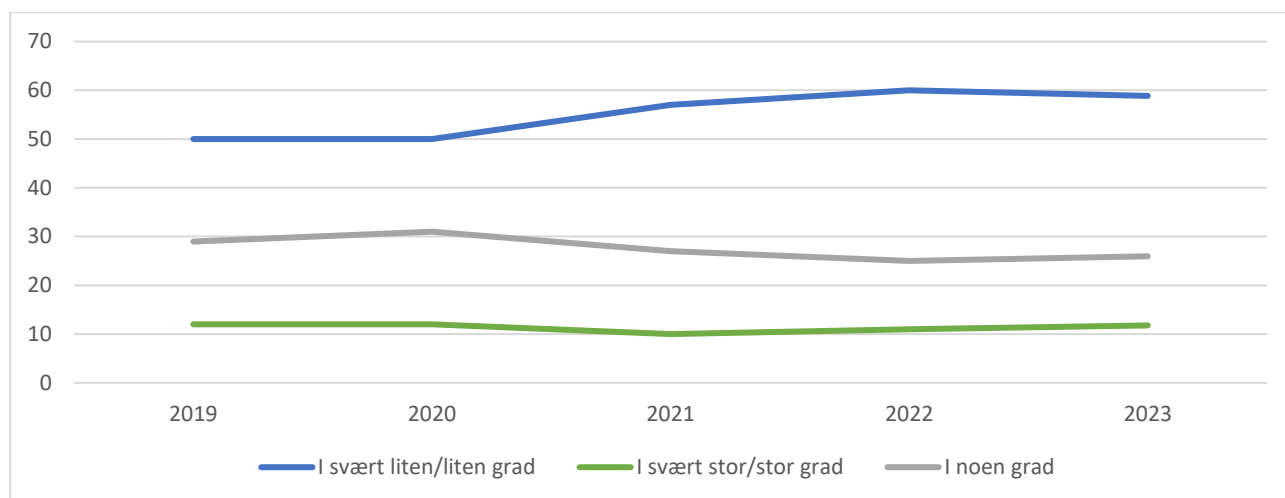
Den prosentvise fordelingen er vist i figur 3.1. Totalt sett er det 59 prosent av kommunene som svarer at plassene i liten grad eller svært liten grad blir benyttet, mens 11 prosent svarer i stor eller svært stor grad. Plassene er i større grad benyttet i store enn i små kommuner, og særlig i de største kommunene (over 50 000 innbyggere). Men det er også 18 prosent av de minste kommunene som svarer at de benyttes i noen grad, og kanskje særlig der tilbudet er tilpasset målgruppen.



Figur 19.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes av målgruppen. Kommunestørrelse, 2023.

Dette spørsmålet har vært med siden 2019, så her kan vi se på utvikling i perioden. Vi slår sammen de to øverste og nederste kategoriene, for å lettere se om det er en tydelig utvikling. Det var en

økning i andel som svarte at tilbudet ble brukt av målgruppen fra 2020 til 2022, men det er utflating siste år. Det er også en mulig trend fra 2022 i andel som svarer at målgruppen i stor grad bruker.



Figur 19.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes av målgruppen, 2019-2023.

19.5 ÅRSAKER TIL AT PLASSENE I LITEN GRAD BENYTTES

Det er gitt 139 kommentarer, og fra disse ser vi at det handler om følgende forhold:

- Blir heller innlagt i spesialisthelsetjenesten
- Akutthjemmehjelp er mer aktuelt
- Bygger heller opp bistand rundt egen bolig
- Bruker brukerstyrte plasser ved DPS
- Lang reisevei
- Tilbudet er ikke godt nok tilpasset denne målgruppen
- Har behov for mer langvarig oppfølging, på høyere behandlingsnivå
- Tilbudet er ikke godt nok kjent blant legene
- Tilbudet har lite kompetanse på målgruppen
- Eksklusjonskriter som gjør at målgruppen ikke får tilgang
- Få personer som har behov
- Prioriterer eldre med somatiske helseproblemer
- Rammene i tilbudet rommer i liten grad avvikende eller utfordrende atferd
- Lite behov for tilbudet. Ved alvorlig akutt psykisk sykdom benyttes ofte innleggelse i spesialisthelsetjenesten.
- Behovene ivaretas av kommunens øvrige tjenestetilbud
- For små forhold i små kommuner, vil heller innlegges i spesialisthelsetjenestetilbud

19.6 OPPSUMMERING

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, og fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å også gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Det er 84 prosent av kommunene/bydelene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, og hver tredje kommune har

interkommunal KAD-avdeling. 23 prosent oppgir å ha eget kommunalt tilbud, flest i forbindelse med bofellesskap eller sykehjem (22 prosent).

De 16 prosentene som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud oppgir at årsakene er at det ikke er behov for et slikt tilbud, at de holder på å etablere det, at de kan benytte KAD-plasser ved behov, at de er for liten som kommune for å kunne ha et slikt tilbud, at tilbud ivaretas i hjemmet, eller at de benytter ordinær legevakt eller DPS ved behov. Det er en økning i andel som svarer at de ikke har et slikt tilbud fra 2022 (9 prosent).

Det er 230 kommuner/bydeler som har svart på i hvilke situasjoner/tilfeller øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes. Fra svarene ser vi at plassene både brukes i akutte situasjoner der innleggelse på sykehus ikke er nødvendig eller mulig, men også til observasjon av mennesker som av ulike årsaker må følges opp tett over en kortere periode (alkoholisk delirium, ved endring i medisiner, akutt angst, ernæringsbehov) eller dersom en person av ulike grunner ikke har plass å bo (brann i leilighet, bostedsløs eller innreisende fra annen kommune). Det er også mange som sier at plassene i liten grad benyttes av målgruppen, ofte fordi plassene i liten grad er tilpasset deres behov.

Totalt sett er det 59 prosent av kommunene som svarer at plassene i liten grad eller svært liten grad blir benyttet, mens 11 prosent svarer i stor eller svært stor grad. Plassene er i større grad benyttet i store enn i små kommuner, og særlig i de største kommunene (med mer enn 50 000 innbyggere). Når vi spør om hvorfor de tror plassene ikke benyttes av målgruppen, svarer de at andre tilbud er mer aktuelt (innleggelse i spesialisthelsetjeneste, oppfølging fra hjemmetjeneste), at tilbudet ikke er godt kjent blant legene eller at reiseveien er for lang. Men det er også kommentarer om at det er eldre med somatiske helseproblemer som prioriteres, at det ikke er kompetanse på målgruppen i tjenestene og at kriteriene som er lagt til grunn ekskluderer målgruppen. Men det er også en del som svarer at det ikke har vært behov for tjenesten i målgruppen.

20 TILGJENGELIGHET TIL TILBUD OG LAVTERSKELTILBUD

I dette kapitlet undersøker vi om kommunene har tilgang på et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende), og hvilket tilbud dette evt. er. Vi undersøker også om kommunene har tilbud som er tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid, og i helger utover legevakt og personell knyttet til boliger. RPH og andre lavterskeltilbud er tatt med på slutten av dette kapitlet.

- Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende)?
 - Beskriv kort tilbudet som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser:
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags og kveldstid? (utover legevakt og personell knyttet til boliger)
 - Hvilke tjenester er dette?
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger? (utover legevakt og personell knyttet til boliger)
 - Hvilke tjenester er dette?
- Har kommunen/bydelen informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider?
- Er det etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk er knyttet til Rask psykisk helsehjelp (RPH)? Antall årsverk:
- Har kommunen/bydelen etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk er knyttet til dette/disse lavterskeltiltaket i kommunen/bydelen? Antall årsverk:
 - Kan dere beskrive målgruppe for lavterskeltiltaket og beskrive kort tilbudet?

20.1 TILGANG TIL EGET TILBUD SOM HÅNDBERER AKUTTE PSYKISKE LIDELSER/RUSMIDDELPROBLEMER OG KRISER (PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKNENDE)

Det er 348 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (94 prosent), og det er 23 prosent av disse som svarer at de har et slikt tilbud, men det er ikke slik at andelen øker systematisk med kommunestørrelse, se tabell 20.1. Dette kan for eksempel skyldes at kommunene mellom 10 000 og 50 000 har andre vurderinger om hva de burde hatt, sammenliknet med mindre kommuner. Om de minste kommunene har legevakt som gjelder alle målgrupper, svarer de kanskje at de har et eget tilbud. Men om kommuner med over 20 000 innbyggere har samme tilbud, svarer de kanskje nei fordi de mener de burde hatt egen psykiatrisk legevakt.

Tabell 20.1 Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har tilgang til eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Kommunestørrelse, 2023.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	12	59	71	17
2000-5000	17	71	88	19
5000-10000	17	52	69	25
10000-20000	6	37	43	14
20000-50000	7	36	43	16
50000 og større	6	13	19	32
Bydeler i Oslo	14	1	15	93
Totalt	79	269	348	23

Som vist i tabell 20.2 er det særlig få kommuner som har et slikt tilbud i Troms og Finnmark (8 prosent) og i Agder (9 prosent). Bydelene i Oslo har i stor grad et slikt tilbud (93 prosent) og nesten hver tredje kommune i Møre og Romsdal oppgir å ha et slikt tilbud.

Tabell 20.2 Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har tilgang til eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Fylke, 2023.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	14	1	15	93
Innlandet	12	31	43	28
Viken	12	37	49	24
Vestfold og Telemark	3	19	22	14
Agder	2	20	22	9
Rogaland	4	19	23	17
Vestland	10	31	41	24
Møre og Romsdal	8	17	25	32
Trøndelag	5	27	32	16
Nordland	6	33	39	15
Troms og Finnmark	3	34	37	8
Total	79	269	348	23

Det er 75 av de 79 som har beskrevet tilbudet de har. Fra svarene ser vi at dette er tilbud som:

- Ulike ambulante akutt-team i spesialisthelsetjenesten
- Kriseteam, kommunale og interkommunale
- Vanlig legevakt
- Interkommunal legevakt på ettermiddag, natt og helg
- Kriseplasser på kommunale tilbud
- Livskrisetelefon
- Ø-hjelps seng
- Ø-hjelpstime på DPS
- Brukerstyrt seng på akuttpsykiatrisk post
- Korttidsplass i kommunalt sykehjem.

Mer utfyllende forklaringer er gitt av noen kommuner:

Avdeling for psykososial beredskap (PSB) er organisert under legevaktens virksomhet og samlokalisert der, med dedikert personell som inngår i vaktordning med tilstedevakt fra 16:00 til 24:00 daglig året rundt. I øvrige tider på døgnet ligger ansvaret for varsling til øvrige tjenester hos legevaktens personell. Psykososial Beredskap gir psykososial hjelp ved kriser av mindre omfang, de kartlegger behov og henter inn videre ressurser til psykososialt kriseteam når det er behov. Mange kommer innom eller ringer selv, henvendelser kan også komme fra politiet. De sitter alltid to sammen, en «PSB sykepleier» fra legevakta og en medarbeider fra PSB. De kan tildele nødpenger og hotellovernatting etter visse kriterier når NAV er stengt.

Forsterket oppfølgingstjeneste som er et kommunalt tilbud for voksne i akutt psykisk krise, og hvor det er vurdert at det ikke er behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og hvor oppfølging ikke kan avventes til neste virkedag. Tilbudet forutsetter vurdering fra legevakt eller spesialisthelsetjenesten i forkant.

I Oslo er det Sosial og ambulant akuttjeneste (legevakten): Sosial og ambulant akuttjeneste tilbyr hjelp innenfor blant annet: Psykososial rådgivning og oppfølging etter seksuelle overgrep, relasjonsvold og sosial kontroll Overgrepsmottaket Vold i nære relasjoner Rådgivning til mennesker i livskriser og familiekrise Rådgivning til mennesker utsatt for dramatiske hendelser (f.eks. ran, overfall og ulykker) Vurdering av psykisk helsetilstand og kartlegging av selvmordsfare Vurdering og tiltak ved sviktende evne til å ta vare på seg selv Rådgivning og henvisning i forhold til rusavhengighet Ungdom og rus Kommunens kriseteam ved brå død, selvmord, ulykker og katastrofer Sosialtjenestefunksjon på kveld og natt og helg <https://www.oslo.kommune.no/dognapne-tjenester/sosial-og-ambulant-akuttjeneste>.

Kun i sykehusets tjenester Ambulant akutt-team, med begrenset åpningstid og med responstid innenfor ett døgn.. ergo ikke særlig akutt I tillegg har vi etablert en ROP-beredskapsvakt internt, dvs at vi har alltid to personer på jobb frem til kl 21:00 som kan bistå kollegaer kjente brukere med ROP-lidelser som har behov med funksjonsfall.

20.2 TJENESTER TILGJENGELIG PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID

Det er 42 prosent av kommunene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig til målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, og andelen øker systematisk med kommunestørrelse, se tabell 20.3.

Tabell 20.3 Antall og andel (%) som oppgir om de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	21	49	70	30
2000-5000	25	63	88	28
5000-10000	24	45	69	35
10000-20000	22	20	42	52
20000-50000	28	15	43	65
50000 og større	15	4	19	79
Bydeler i Oslo	11	3	14	79
Totalt	146	199	345	42

Det er særlig i Oslo (79 prosent) og i Vestfold og Telemark (64 prosent) og i Rogaland (52 prosent) mange oppgir å ha tjenester tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, mens hver tredje kommune oppgir å ha slik tilgang i Vestland og i Møre og Romsdal.

Tabell 20.4 Antall og andel (%) som oppgir at kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Fylke, 2023.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	11	3	14	79
Innlandet	15	28	43	35
Viken	19	30	49	39
Vestfold og Telemark	14	8	22	64
Agder	9	13	22	41
Rogaland	12	11	23	52
Vestland	14	27	41	34
Møre og Romsdal	8	17	25	32
Trøndelag	15	17	32	47
Nordland	15	23	38	39
Troms og Finnmark	14	22	36	39
Total	146	199	345	42

Vi har også spurt hvilke tjenester dette er, og en gjennomgang av svarene viser at dette typisk er:

- Ambulante/ambulerende team (akutt, miljøtjeneste, hjemmetjeneste)
- ROP-team
- FACT-team
- Hjemmetjenester
- Telefontjenester (krisetelefon, mestringstelefon, RPH-telefon)
- Ungdomskontakt/ungdomsarenaer
- Aktivitetstilbud/dagsenter på kveldstid
- Døgnbemannet rus- og psykiatritjeneste
- Eget døgnbasert team i egen enhet
- Helsestasjon for ungdom åpent på kveldstid
- Døgnbemannet ROP-tjeneste
- Lavterskeltilbud på kveldstid

20.3 TILBUD TILGJENGELIG I HELGER

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene (n=131) som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Andelen øker med kommunestørrelse, men det er mange i de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud, se tabell 20.5.

Tabell 20.5 Antall og andel (%) av kommunene som har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger), kommunistørrelse.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	17	53	70	24
2000-5000	26	63	89	29
5000-10000	22	47	69	32
10000-20000	17	25	42	40
20000-50000	24	19	43	56
50000 og større	15	4	19	79
Bydeler i Oslo	10	5	15	67
Total	131	216	347	38

Det er særlig en lav andel av kommunene i Møre og Romsdal (20 prosent), i Vestland (32 prosent) og i Innlandet (33 prosent) som har tjenester tilgjengelig i helger. Andelen er høyest blant bydelene i Oslo (67 prosent) og blant kommunene i Rogaland (52 prosent), se tabell 20.6.

Tabell 20.6 Antall og andel (%) av kommunene som har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger), fylke.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	10	5	15	67
Innlandet	14	29	43	33
Viken	23	26	49	47
Vestfold og Telemark	11	11	22	50
Agder	8	14	22	36
Rogaland	12	11	23	52
Vestland	13	28	41	32
Møre og Romsdal	5	20	25	20
Trøndelag	12	21	33	36
Nordland	10	29	39	26
Troms og Finnmark	13	22	35	37
Total	131	216	347	38

Vi har videre spurt om hvilke tjenester dette er, og fra svarene finner vi at dette i stor grad er de samme som tilbudene som er tilgjengelig på ettermiddag- og kveldstid:

- Ambulante/ambulerende team/tjenester (akutt, miljøtjeneste, hjemmetjeneste)
- ROP-team/tjeneste
- FACT-team
- Hjemmetjenester/hjemmesykepleie
- Telefontjenester (krisetelefon, mestringstelefon, RPH-telefon)
- Brukerrom, lavterskel tjenester inkludert helsetjenester og smittevern
- Brukerstyrt senter
- Krisesenter
- Ungdomskontakt/ungdomsarenaer
- Aktivitetstilbud/dagsenter på kveldstid

- Døgnbemannet rus- og psykiatritjeneste
- Eget døgnbasert team i egen enhet
- Mestringsteam kveld og helg
- Helsestasjon for ungdom åpent på kveldstid
- Døgnbemannet ROP-tjeneste
- Lavterskeltilbud på kveldstid

En del kommuner oppgir at de benytter personell i heldøgnsbemannede boliger for å kunne være tilgjengelig for målgruppen på telefon gjennom døgnet, både i ukedager og i helger.

20.4 INFORMASJON OM TILBUD OG ÅPNINGSTIDER PÅ KOMMUNENS NETTSIDER

Som vist i nederste rad i tabell 20.7 er det 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse (tabell 20.7) eller mellom fylker (tabell 20.8).

Tabell 20.7 Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider, kommunestørrelse.

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Andel (%) ja
<2000	58	10	2	70	83
2000-5000	80	5	3	88	91
5000-10000	62	4	3	69	90
10000-20000	36	4	3	43	84
20000-50000	41	2	0	43	95
50000 og større	18	1	0	19	95
Bydeler i Oslo	13	2	0	15	87
Total	308	28	11	347	89

Tabell 20.8 Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider, fylke.

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Andel (%) ja
Oslo	13	2	0	15	87
Innlandet	40	2	1	43	93
Viken	45	3	1	49	92
Vestfold og Telemark	19	1	2	22	86
Agder	22	0	0	22	100
Rogaland	22	1	0	23	96
Vestland	35	2	4	41	85
Møre og Romsdal	22	3	0	25	88
Trøndelag	29	2	1	32	91
Nordland	31	6	1	38	82
Troms og Finnmark	30	6	1	37	81
Total	308	28	11	347	89

20.5 RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)

Det er 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og som vist, er det 26 prosent av de som har svart som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 36 kommuner eller 11 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

Tabell 20.9 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp. 2022 og 2023.

	2022		2023	
	Totalt	Prosent	Totalt	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	79	25	89	26
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	10	3	13	4
Nei	188	59	202	59
Under planlegging	40	13	36	11
Antall svar	317	100	340	100

Det er 89 kommuner/bydeler som oppgir at de har etablert RPH og dette stemmer godt med NAPHA sin oversikt som viser at i overkant rundt 85 kommuner og bydeler har etablert et RPH-tilbud.^{xxi}

Det er også spurt om hvor mange årsverk som er knyttet til Rask psykisk helsehjelp, og totalt rapporteres det om 383 årsverk i 2023, og det er opp nesten 100 årsverk fra 2022 da kommunene rapporterte om 287 årsverk til RPH. .

20.6 ANDRE LAVTERSKEILTILTAK ENN RPH SOM ER RELEVANT FOR MÅLGRUPPEN INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Det er 48 prosent som oppgir at de har et eget tilbud, mens 3 prosent har et interkommunalt tilbud. Kommunene/bydelene har oppgitt at det totalt er 666 årsverk knyttet til slike lavterskeltiltak.

Tabell 20.10 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse- og rusarbeid, 2023.

	2022	2023
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	161	48
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	9	3
Nei	137	41
Under planlegging	31	9
Total	338	100

Det er 151 av de 161 kommunene/bydelene som beskriver målgruppen for lavterskeltilbudet. Fra svarene ser vi at det handler om mange ulike typer tilbud, som for eksempel:

- Tjenesten er et lavterskeltilbud, der alle kan ta kontakt uten henvisning
- Drop-in timer for samtaler
- Telefon som betjenes til faste tider
- Assistert selvhjelp

^{xxi} <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

- Ulike former for møteplasser/treffsteder/aktivitetssenter
- Lavterskel helsetjeneste for rusmiddelbrukere
- Gruppetilbud/individuelle tilbud (kurs i bekymringsmestring, tilbud om assistert selvhjelp, KIB, KID, hverdagsglede, tankevirus, bekymringsmestring, frisklivkurs, livsstryketrening)
- Ambulerende ROP-tjeneste (leverer brukerutstyr, mat)
- Brukerstyrte tilbud med mat og aktiviteter (for eksempel lunsjgruppe/turgruppe)
- Dagsenter, støttesamtaler, turer, trening
- Spedbarnsteam og småbarnsteam
- Fritidskoordinator, aktiviteter for de som ikke har ordinært tilbud
- Tilbud til ungdom og unge voksne gjennom frisklivUng
- Gjenbruksbutikk
- Frisklivssentral
- Kartleggingssamtaler
- Alle som henvender seg til tjenesten, får et tilbud
- Kortvarig psykisk helsehjelp (etter modell fra Porsgrunn)
- Lavterskel bistand til andre ansatte i kommunen som arbeider med oppfølging av personer med ulike utfordringer
- Tilbud til barn og unge (helsesykepleier/psykiatrisk sykepleier)

Noen beskriver ganske brede aktivitetstilbud:

Bruket- aktivitetstilbud til mennesker som opplever å ha utfordringer med psykisk helse og /eller rus. Aktiviteter som tur, quiz, IMR, sygruppe, strikkekafe- meningsfylte aktiviteter på dagtid

Gruppetilbud for ensomme, isolerte og med dårlig/ lite nettverk - interkommunale gruppekurs gjennom Frisklivssentral som søvnkurs, hverdagsglede, mm - interkommunale gruppekurs i KIB, KID og angstmestring

Noen beskriver også hvorfor de ikke har RPH:

Har etablert innsats team. Både innen barn og unge, psykisk helse og rus. Har ikke rask psykisk helsehjelp, pga de stiller noen krav som utelukker noen grupper.

Kortvarig psykisk helsehjelp (KPH) beskrives slik av en kommune:

KPH er et gratis tilbud til personer over 18 år som har lette til moderate psykiske plager. Henvvisning fra lege er ikke nødvendig. Hensikten er å tilby rask hjelp, og man får første samtaletime i løpet av kort tid. Man kan få hjelp med plager som bekymring og angst, lett til moderat depresjon, lav selvfølelse og søvnvansker. Tilbudet omfatter også de som har opplevd vanskelige hendelser, som tap av nære, er i sorg eller har opplevd andre livskriser. Tilbudet gjelder også pårørende. Mål for hjelpen er å øke den daglige livskvaliteten og å bedre arbeidsevnen. Det gis tilbud om inntil 5 samtaler uten vedtak.

Og en annen slik:

KPH (kortvarig psykisk helsehjelp) er et tilbud om behandling i en avgrenset periode. I hovedsak vil det dreie seg om 1-10 samtaler og/eller ved internettbasert veiledning (assistert selvhjelp) for personer med rus og/eller psykiske helseproblemer av mild til moderat grad som forventes

å være kortvarige (hovedforløp 1). I tillegg inkluderer tilbudet hjelp og støtte ved andre plager der en ser at kortvarig intervensjon kan forhindre mer alvorlig problematikk. Disse inkluderer blant annet stressrelaterte plager, søvnvansker, tilbud til pårørende etter suicid og tilbud til brukere i andre akutte livskriser. LRP (lavterskel rus og psykisk helsehjelp) er et lavterskeltilbud som intenderer å imøtekomme behov hos brukere med omfattende rus- og/eller psykiske helseproblemer, som har en så ustabil livssituasjon at de ikke klarer å følge opp ordinære vedtaksbaserte tjenester. Tjenesten er ment å være skadereduserende. Det er et eksplisitt mål å hjelpe og motivere brukere til å klare ta imot, samt/og nyttiggjøre seg mer ordinære tilbud om vedtaksbaserte kommunale tjenester og/eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Større kommuner har flere lavterskeltilbud:

RPH er for mennesker med lett til moderat depresjon, angst, søvnproblemer og begynnende rusproblemer. Metode kognitiv terapi. Lavterskel rus og psykisk helse er kortvarig behandling, avklaring av behov for helsehjelp og vurdering. Jobber med utfordringer her og nå. Livskriser etc. Andre metoder -eklektisk tilnærming - hva er viktig for deg her og nå. Alternativ behandling til de som RPH ikke passer for - og motsatt.

Som vist i tabell 20.11 er det 62 kommuner/bydeler som har både RPH og annet lavterskeltilbud til målgruppen, mens 109 kommuner/bydeler har ingen lavterskeltilbud til målgruppen.

Tabell 20.11 Krysstabell av antall kommuner/bydeler med RPH og andre lavterskeltiltak enn RPH, 2023.

Er det etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen?	Har kommunen/bydelen etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse- og rusarbeid?						Totalt
	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	Nei	Under planlegging	Missing		
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	62	1	17	8	1	89	
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	4	2	7	0	0	13	
Nei	75	4	109	12	2	202	
Under planlegging	19	2	4	11	0	36	
Missing	1	0	0	0	31	32	
Total	161	9	137	31	34	372	

20.7 OPPSUMMERING

Det er 348 kommuner/bydeler (94 prosent), som har svart på spørsmål om de har eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). 23 prosent svarer at de har et slikt tilbud, men det er ikke slik at andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Det er særlig få kommuner som har et slikt tilbud i Troms og Finnmark (8 prosent) og i Agder (9 prosent). Bydelene i Oslo har i stor grad et slikt tilbud (93 prosent) og nesten hver tredje kommune i Møre og Romsdal oppgir å ha et slikt tilbud.

Det er 42 prosent av kommunene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig til målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, og andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Det er særlig bydelene i Oslo (79 prosent) og kommunene i Vestfold og Telemark (64 prosent) og i Rogaland (52 prosent) mange oppgir å ha tjenester tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid, mens hver tredje kommune oppgir å ha slik tilgang i Vestland og i Møre og Romsdal. Dette kan være ulike team eller døgnbemannede tjenester, men også ulike aktivitetstilbud eller lavterskeltilbud som er åpent noen kvelder i uken. Det rapporteres også om ulike telefontjenester som krisetelefon og mestringstelefon, mens noen gjør bruk av ordinære hjemmetjenester med heldøgnsbemanning.

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Andelen øker med kommunestørrelse, men det er mange i de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud. Det er særlig en lav andel av kommunene i Møre og Romsdal (20 prosent), i Vestland (32 prosent) og i Innlandet (33 prosent) som har tjenester tilgjengelig i helger, og andelen er høyest blant bydelene i Oslo (67 prosent) og blant kommunene i Rogaland (52 prosent). Tjenestene er i stor grad de samme som har åpent på ettermiddag og kveldstid, men i tillegg nevnes brukerrum, brukerstyrte senter eller at de bruker personell i heldøgnsbemannede boliger for å kunne være tilgjengelig for målgruppen på telefon gjennom hele døgnet, både i ukedager og i helger.

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse eller mellom fylker.

Det er 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og i 2023 er det 26 prosent som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 36 kommuner, eller 11 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

21 ARBEIDSTILTAK

Arbeidsrettet rehabilitering for personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har utviklet seg mye i løpet av de siste 20 årene. De siste 10 årene har den evidensbaserte varianten av "Supported Employment" (SE) - "Individual Placement and Support" (IPS) blitt utprøvd og tatt i bruk i Norge. SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". IPS har den sterkeste støtten i internasjonal forskning når det gjelder gode resultater på arbeidsdeltakelse for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det har vært flere satsinger på arbeidsrettet oppfølging og rehabilitering i Norge, blant annet gjennom nasjonale planer og strategier for arbeid og psykisk helse, opptrappingsplanen for rusfeltet, Inkluderingsdugnaden og omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten ¹²⁵.

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar, etter NAV-reformen. I 2016 spurte vi derfor for første gang eksplisitt om kommunene hadde tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helse- og rusarbeid. Den gang hadde 48 kommuner og åtte bydeler i Oslo tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid, og 36 kommuner og fem bydeler innen rusarbeid.

21.1 DATAGRUNNLAG

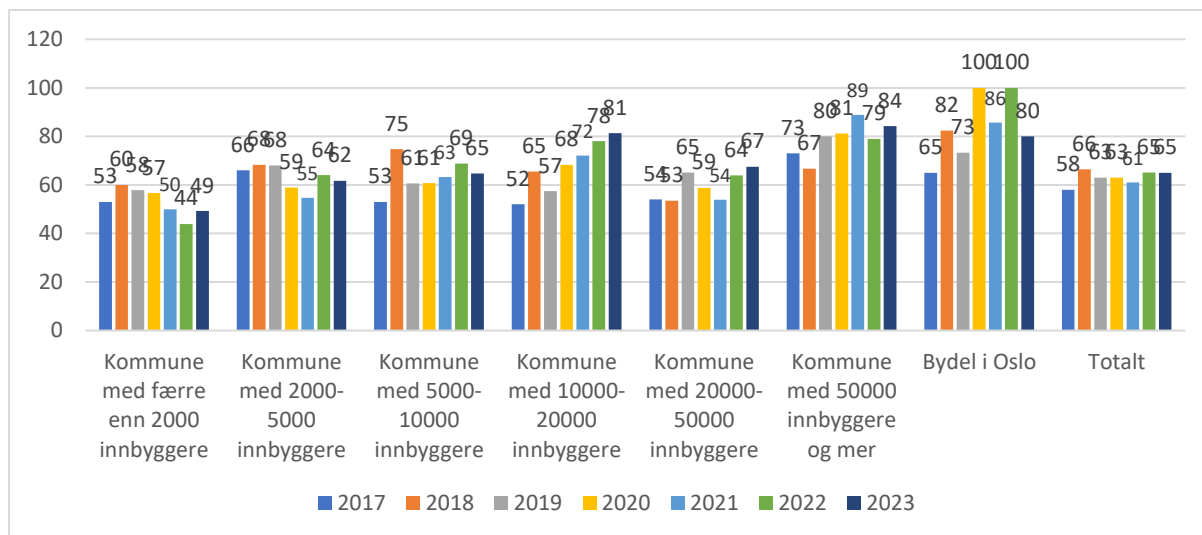
I 2023 er følgende spørsmål om arbeidstiltak inkludert i kartleggingen, og dette er de samme spørsmålene som tidligere:

- Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen psykisk helsearbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen rusarbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/-utdanning i sin kontakt med personer med
 - psykiske lidelser?
 - rusmiddelproblemer?
- 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?

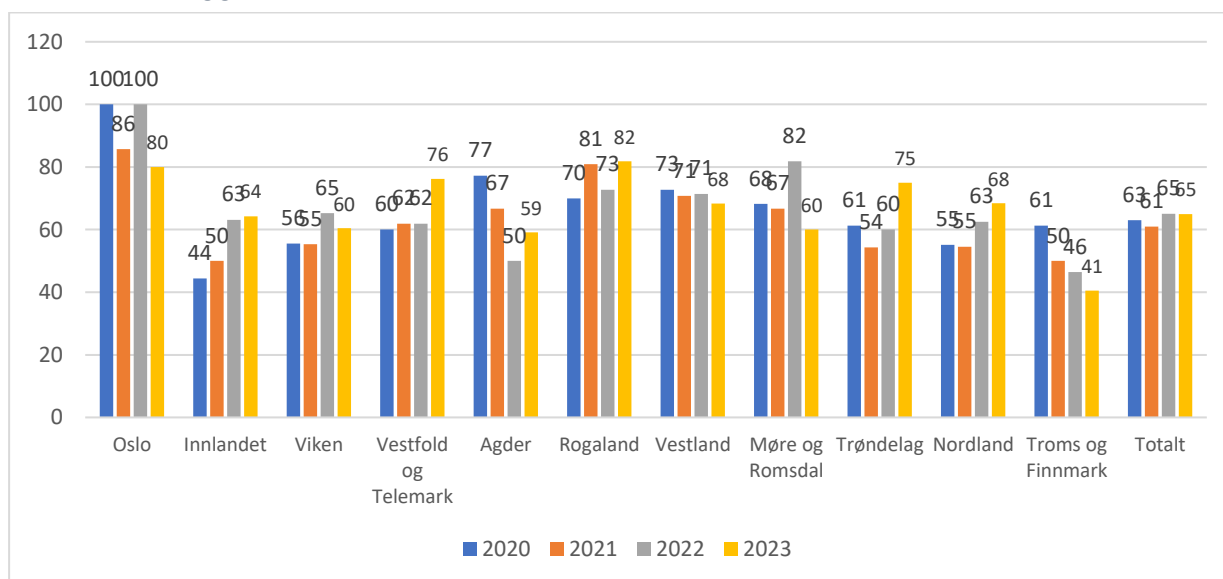
Det er 343 kommuner/bydeler (92 prosent) som har svart på spørsmål om arbeidstiltak i 2023.

21.2 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer 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 dette er en økning fra 58 prosent i 2017, se figur 21.1. Det er ingen endring i andelen som svarer ja fra 2022 til 2023. Det er systematiske forskjeller både etter kommunistørrelse og mellom fylker. Fylkesfordelingen for 2020 - 2023 er vist i figur 21.2.



Figur 21.1 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. Kommunistørrelse, 2017-2023.

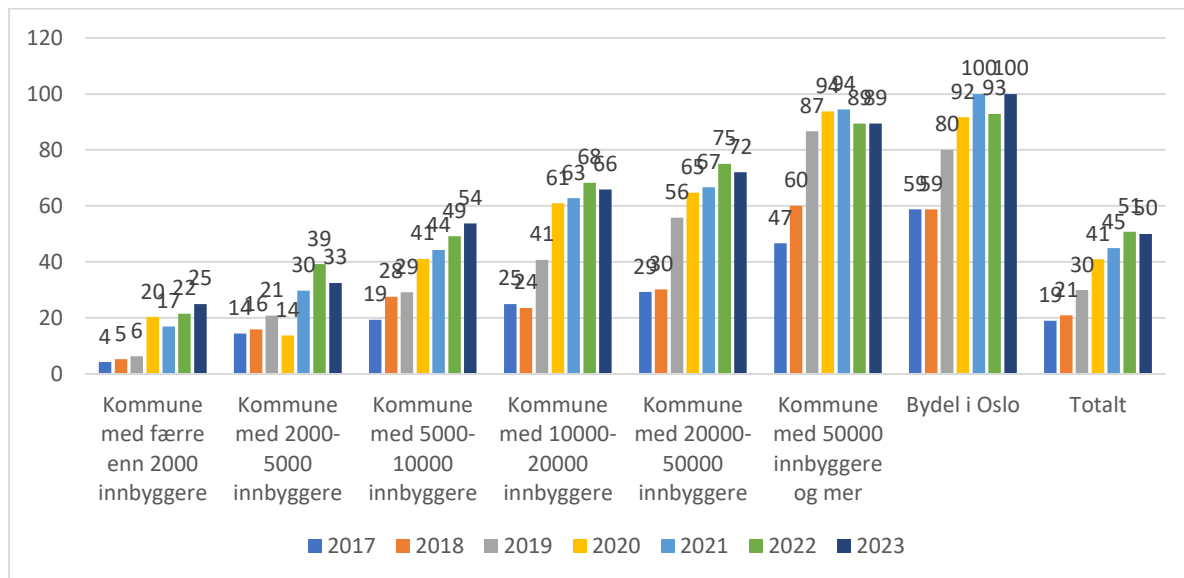


Figur 21.2 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2020-2023.

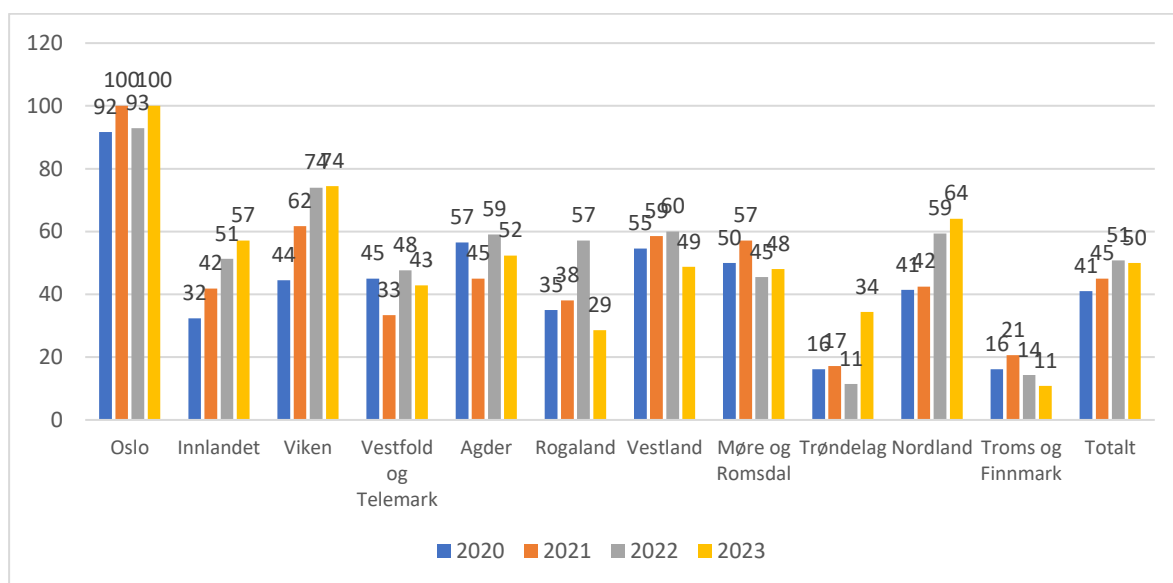
Vi har også spurt om spesialisthelsetjenesten er involvert i dette samarbeidet, og vi finner at av de 223 kommunene/bydelene som svarer at det er etablert et samarbeid, er det 177 som har svart på om spesialisthelsetjenesten er involvert. Av disse er det 72 som svarer ja (41 prosent). Dette er omtrent det samme som tidligere år.

21.3 IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

I 2023 er det totalt 50 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid, og dette er en økning fra 19 prosent i 2017. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden, se figur 21.3.



Figur 21.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017-2023.

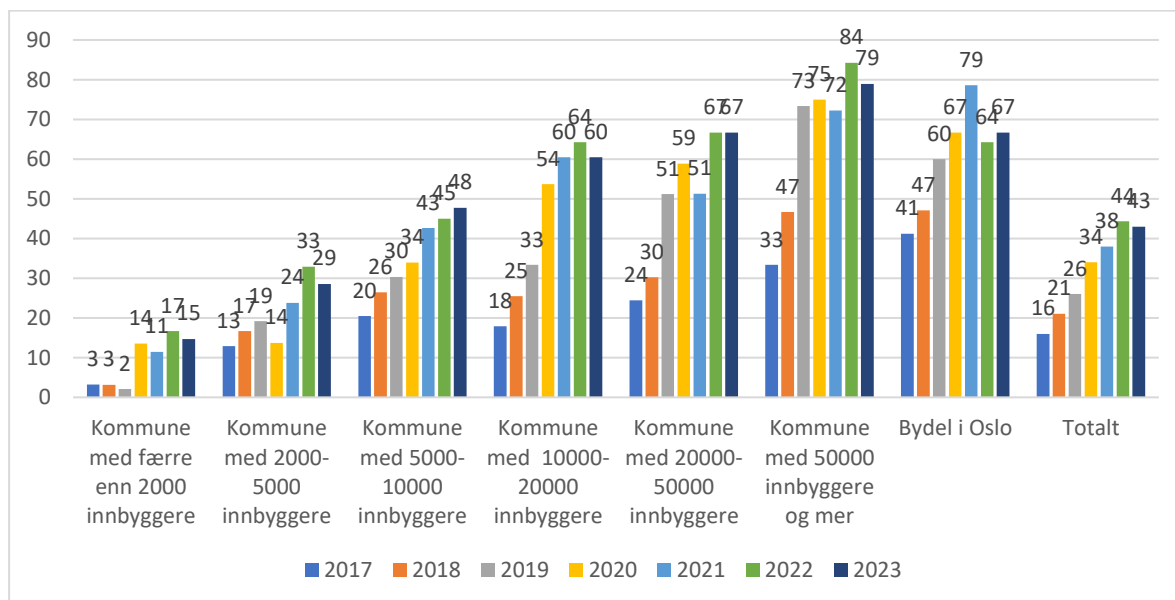


Figur 21.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Fylke, 2020-2023.

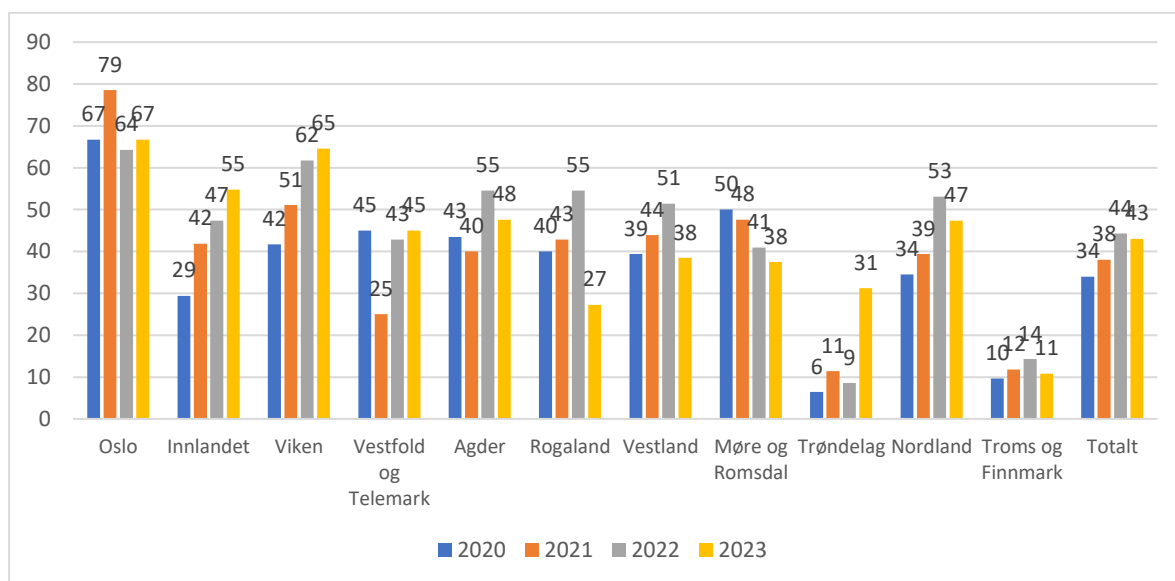
Av de 171 kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid, svarer 48 prosent at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om dette.

21.4 IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 43 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2023 og dette er en økning fra 16 prosent i 2017. Det er en betydelig økning i alle kommunestørrelsesgrupper (figur 21.5) og i de fleste fylker (figur 21.6).



Figur 21.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid. Kommunestørrelse, 2017-2023.



Figur 21.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2020-2023.

Av de 145 kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det 42 prosent av disse som svarer at dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

21.5 FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE

Vi har forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 21.1, er det få kommuner som opplever at de i liten grad har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser, og det er en liten økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 2019 til 2023.

Tabell 21.1 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med psykiske lidelser. 2019 – 2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	1	0	0	0	1	0	1	0	2	1
I liten grad	12	3	5	2	7	2	7	2	7	2
I noen grad	146	35	73	25	103	31	80	25	91	26
I stor grad	221	53	184	63	190	57	184	58	189	55
I svært stor grad	39	9	31	11	32	10	46	14	57	16
Totalt	419	100	293	100	333	100	318	100	346	100

Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer, men det er noen kommuner som sier de i liten grad har fokus på utdanning og arbeid. Dette kan for eksempel skyldes at få av brukerne er aktuelle for arbeid og utdanning. Fra 2019 til 2023 er det en økning i andel kommuner som svarer at de i svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning, fra 7 prosent til 14 prosent.

Tabell 21.2 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 2019 – 2023.

	2019		2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	4	1	0	0	1	0	3	1	3	1
I liten grad	20	5	15	5	16	5	12	4	21	6
I noen grad	170	41	90	31	123	37	104	33	112	33
I stor grad	189	46	157	53	161	49	157	49	158	46
I svært stor grad	31	7	32	11	28	9	42	13	49	14
Totalt	414	100	294	100	329	100	318	100	343	100

21.6 SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV

Det er 64 prosent av kommunene som svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er god eller svært god, se tabell 21.3. Det er relativt lite endring fra 2020 til 2023 i svarfordelingen, og det virker som samhandling om arbeidstiltak for målgruppen fungerer greit i de fleste kommuner.

Tabell 21.3 Antall og andel kommuner/bydeler som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV. 2020-2023.

	2020		2021		2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	34	12	40	12	44	14	40	12
God	141	48	169	51	146	46	179	53
Verken god eller dårlig	100	34	99	30	102	32	102	30
Mindre god	15	5	18	5	16	5	15	4
Dårlig	4	1	7	2	7	2	4	1
Totalt	294	100	333	100	315	100	340	100

Når vi analyserer sannsynligheten for å svare svært god eller god, finner vi ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke. Med unntak av at det ser ut som kommunene i Agder har litt høyere sannsynlighet for å svare at samhandlingen er god eller svært god.

Det var også mulig å legge inn kommentarer til temaet arbeidstiltak og det er lagt inn 68 kommentarer. Kommentarene viser følgende:

- De fleste steder fungerer det greit
- Kommunene er fornøyd med IPS
- Behov for fleire og bedre tilpassa arbeids- og/eller aktivitets tilbud til målgruppa
- En del kommuner trenger tettere samarbeid med NAV om målgruppen
- Pasienter som er uføre kommer sjelden tilbake i arbeid via NAV. Dette blir veldig ofte psykisk helse lokalt som må ordne.
- Fungerer godt om NAV har eget psykisk helse- og rusteam som følger opp målgruppen
- Fungerer dårligere når det er rusmiddelproblemer involvert enn psykisk lidelse
- I jobb - i samarbeid med Kirkens Bymisjon
- Noen har bygget opp egne kommunale tilbud for de som faller utenfor NAV sitt tilbud
- Flere har samhandlingsdropin med NAV, DPS og IPS.
- Noen har stillinger som er delt mellom NAV og psykisk helse
- NAV inngår med jobbspesialist i FACT-team
- Faste møter mellom NAV og psykisk helse- og rustjenestene kan bedre samarbeidet
- Samarbeidet blir vanskelig om bruker motsetter seg utveksling av informasjon
- Noen oppgir at de trenger mer kapasitet i IPS-ung
- NAV-systemet er ikke rigget de med omfattende problem som står langt fra jobb

Noen oppgir at det har blitt lettere å samarbeide med NAV enn tidligere, andre at det burde vært lettere å komme i kontakt med riktige personer på NAV eller at det fortsatt er personavhengig. En av kommunene beskriver litt detaljert om samhandlingen:

Vil være ulikt ut ifra de ulike enhetene og målgruppen. Størst fokus hos alle i forløp 1 og 2, i større grad individuelt tilrettelagt i forløp 3. Det oppleves at samhandling er god i de saker det er etablert samarbeid, men at det i større grad kan etableres samarbeid.

21.7 OPPSUMMERING

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Dette er på samme nivå som i 2022 og en økning fra 58 prosent i 2017.

I 2023 er det totalt 50 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette er omtrent som i 2022 (51 prosent), men det er en økning fra 19 prosent i 2017. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden.

Det er 43 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2023, og dette er omtrent som i 2022 (44 prosent), men en økning fra 16 prosent i 2017. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I 2023 er det 71 prosent som svarer i stor eller i svært stor grad når det gjelder psykiske lidelser, og dette er omtrent som i 2022 (72 prosent) og er en økning fra 62 prosent i 2017. Det er 60 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med rusmiddelproblemer. Dette er omtrent som i 2022 (62 prosent) og er en økning fra 53 prosent i 2017.

Det er 65 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er en liten økning fra 60 prosent i 2022. Det virker som samhandling om arbeidstiltak for målgruppen fungerer greit i 95 prosent av kommunene/bydelene. Men det er fortsatt et forbedringspotensial i mange kommuner.

22 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra spørsmålene som omhandler kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I 2023 er følgende spørsmål inkludert:

- Har kommunen/bydelen mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året?
 - Fra psykisk helsevern for voksne?
 - Fra psykisk helsevern for barn og unge?
 - Fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling?
 - Fra andre?
- I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rustjenester problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten?
- Hvis i noen, stor eller svært stor grad, hva skyldes disse problemene?

Dette er de samme spørsmålene som inngikk i 2022.

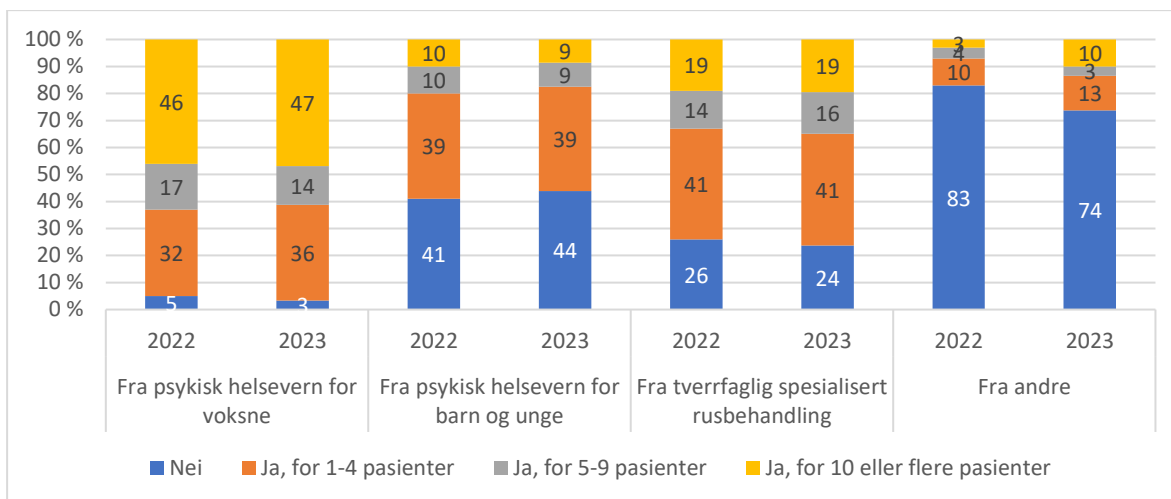
Det er 336 kommuner/bydeler (90 prosent) som har svart på spørsmålene om utskrivningsklare pasienter.

22.1 HAR MOTTATT MELDING FRA ULIKE SEKTORER

Nesten alle kommuner som har svart oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året (97 prosent), mens 66 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 76 prosent fra TSB. Som vist i figur 22.1 er det liten endring fra 2022 til 2023.

Tabell 22.1 Prosent av kommunene som svarer på om kommunen/bydelen mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året. 2023.

	Fra psykisk helsevern for voksne	Fra psykisk helsevern for barn og unge	Fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Fra andre
Nei	3	44	24	74
Ja, for 1-4 pasienter	36	39	41	13
Ja, for 5-9 pasienter	14	9	16	3
Ja, for 10 eller flere pasienter	47	9	19	10
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner	335	303	329	179
Dekningsgrad (svarprosent)	90	81	88	



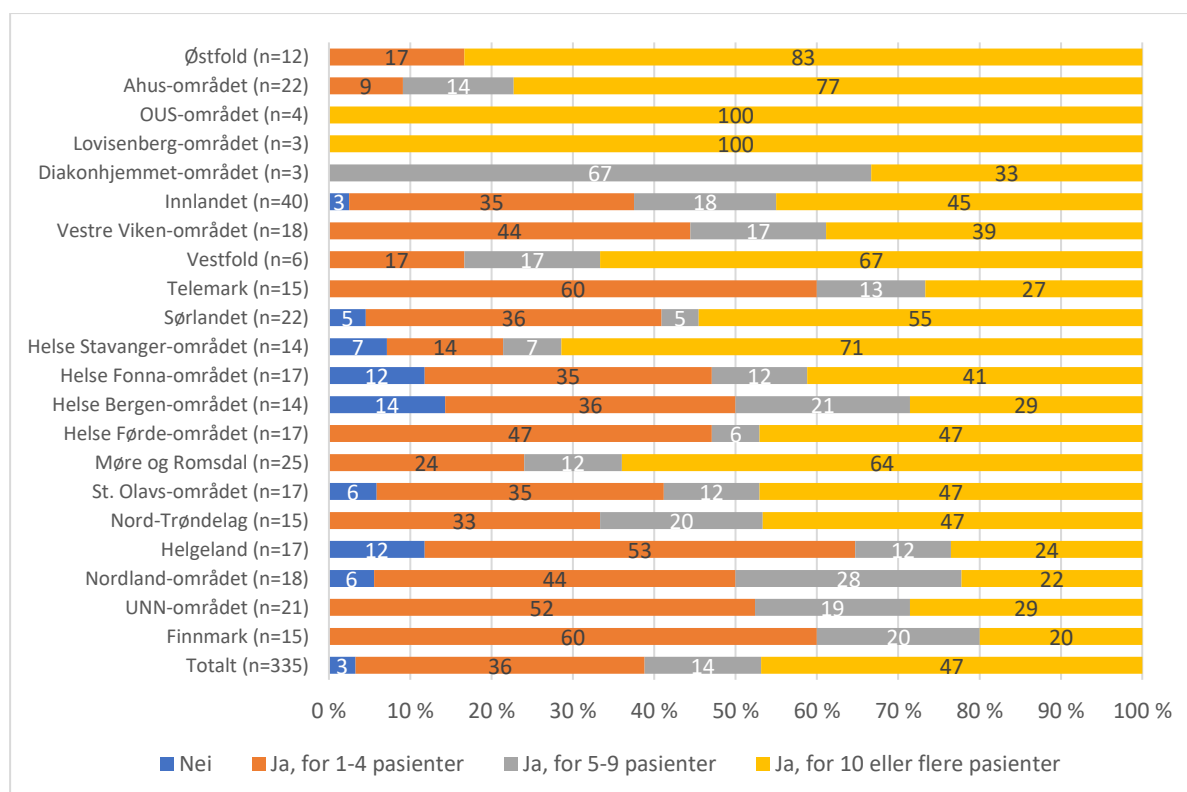
Figur 22.1 Prosent av kommunene som svarer på om kommunen/bydelen mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året. 2022 og 2023.

Under "Andre", kommer det frem at dette gjelder somatiske pasienter fra sykehus, noen fra privat langtidsbehandling rus og fra rehabilitering.

Vi ser videre på utskrivningsklare fra psykisk helsevern og TSB, og vi grupperer kommunene etter opptaksområde for hvert helseforetak.

22.2 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

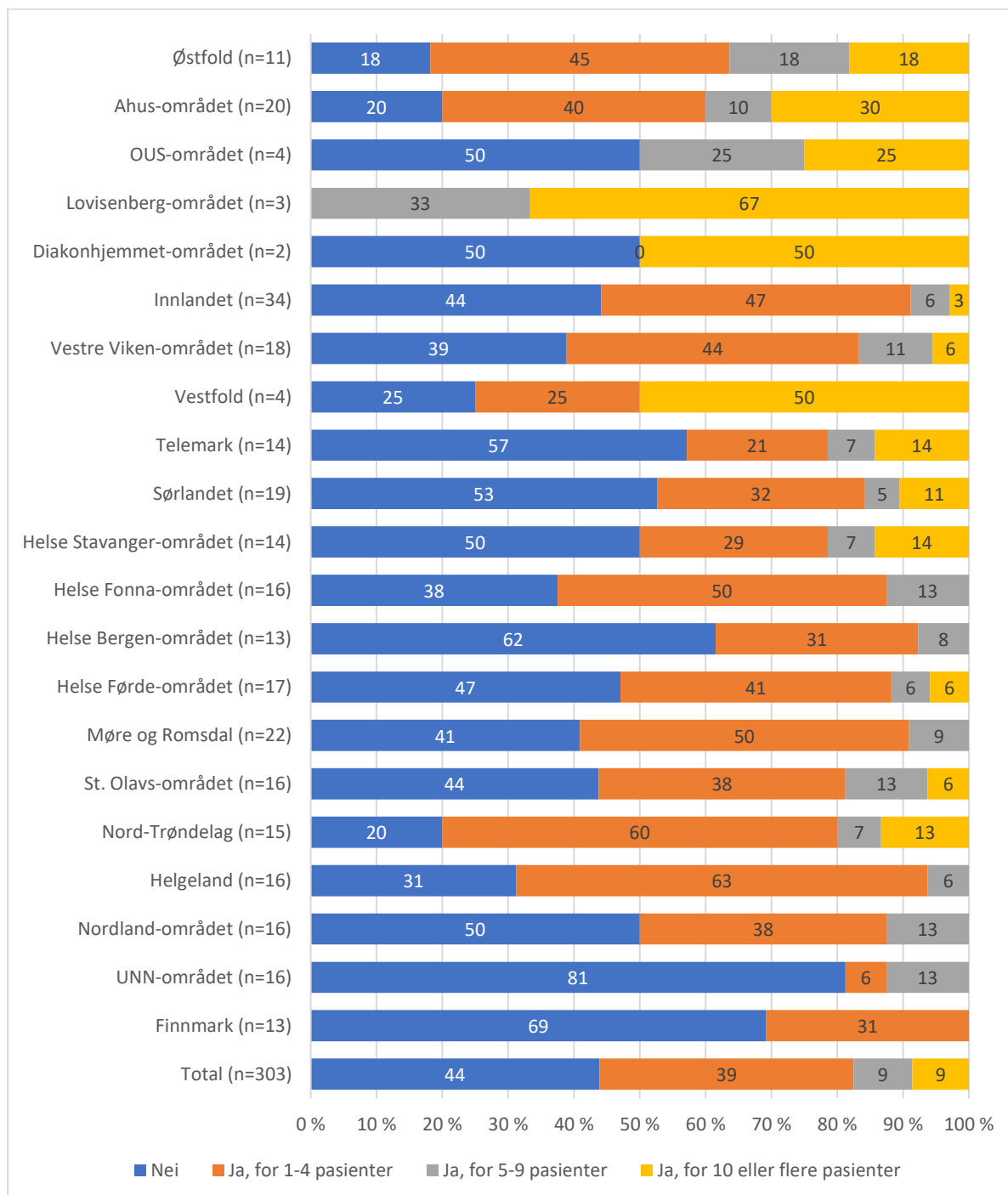
Det er flest kommuner/bydeler som svarer at de ikke har mottatt slike meldinger i Helse Bergen-området, Helse Fonna og Helgeland.



Figur 22.2 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året. HF-område, 2023.

22.3 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

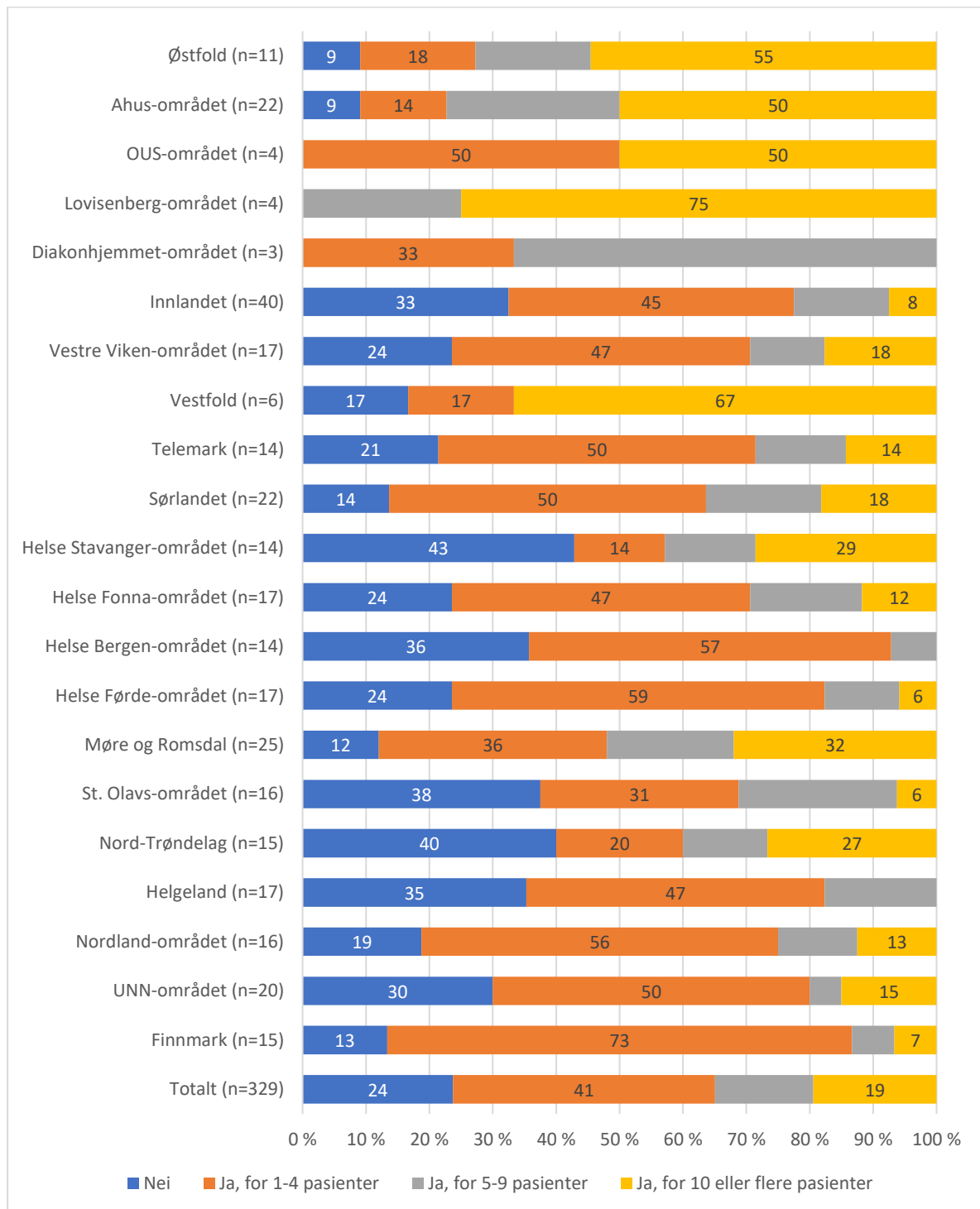
Det er en stor andel kommuner som ikke har fått melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern fra barn og unge, særlig i UNN-området og Telemark. Dette kan for eksempel skyldes at en del små kommuner ikke nødvendigvis har barn og unge som er innlagt i psykisk helsevern.



Figur 22.3 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for barn og unge i løpet av det siste året. HF-område, 2023.

22.4 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Innen TSB er det mange kommuner i opptaksområdet til Helse Stavanger og i Nord-Trøndelag som svarer at de ikke har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra TSB.



Figur 22.4 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling i løpet av det siste året. HF-område, 2023.

22.5 PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

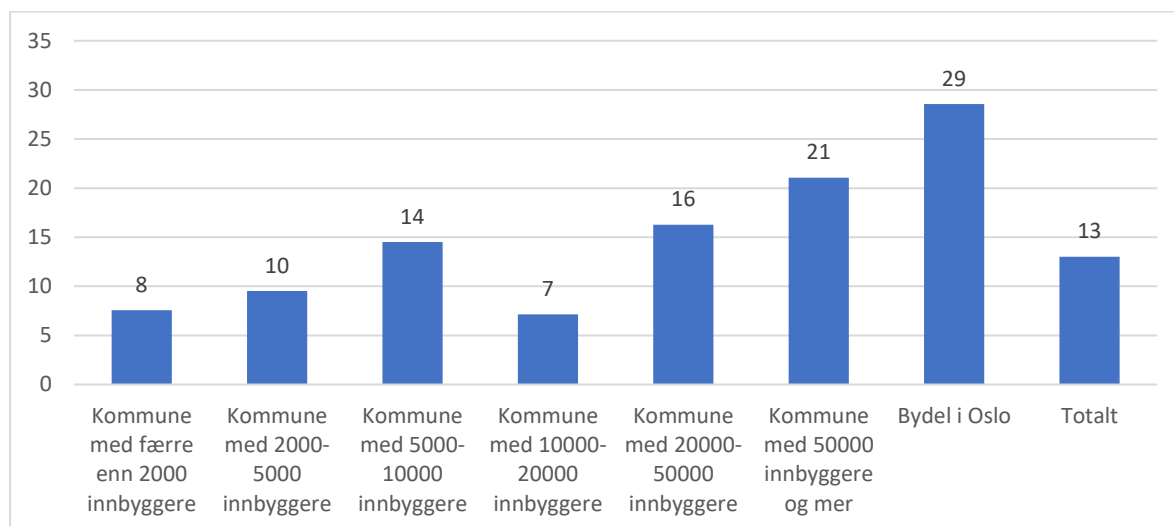
Vi har spurt om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Svarfordelingen er vist i tabell 22.2. Det er 337 som svarer, det betyr en dekningsgrad på 91 prosent.

Av de som har svart er det 41 kommuner/bydeler (13 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Men det er også 39 prosent som svarer i noen grad, så totalt er det 52 prosent som oppgir at de har visse problemer. Tilsvarende andel for 2022 var 54 prosent.

Tabell 22.2 Antall og prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. 2022 og 2023.

	2022		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	5	2	9	3
I stor grad	31	10	32	10
I noen grad	131	42	133	39
I liten grad	112	36	122	36
I svært liten grad	33	11	41	12
Total	312	100	337	100

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men når vi kontrollerer for kommune- størrelse finner vi ikke forskjeller mellom ulike opptaksområder i andel som svarer i stor eller svært stor grad. Dette ser dermed ut til å først og fremst være en utfordring for store kommuner, se figur 22.5.



Figur 22.5 Prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Kommunestørrelse, 2023.

De som svarer i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad er spurt om hva disse problemene skyldes, er det 154 av 174 som har gitt en beskrivelse (89 prosent). Ut ifra svarene, ser vi at problemene handler om:

- Kommunen har ikke døgnbemannet botilbud
- Mangel på egnede boliger
- Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak
- Voldsrisiko vanskeliggjør prosessen med å finne riktig bosted
- Har ikke tjenester med bemanning utover vanlig kontortid
- Varsel om utskrivning som kommer på fredag
- For kort tid fra varsel til utskrivning
- Ønsker ikke å motta kommunale tjenester selv om spesialisthelsetjenesten mener de trenger det, det er frivillig å motta kommunale tjenester
- For høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby

Det er forskjellig i hva som mangler i ulike kommuner når det gjelder bolig:

I stor grad der det handla om eit heildøgntilbod. Dette er i dei fleste tilfeller noko som må byggast opp, då vi har lite tilgjengelige bustader. Treng kartleggings/ akutt bustader

Vi har ikke bolig med bemanning og må ha private anbudsrunder

De skrives ut til tross for at de fremdeles fungerer dårlig. Kommunen har ikke institusjonsplasser for å ta imot de.

Det kan vere at brukar treng høgare omsorgsnivå, og det ikkje er ledig sjukeheimplass eller omsorgsbustad når pasient er meldt utskrivningsklar.

Noen oppgir også at de ikke har tilbud utover vanlig kontortid:

Vi har ikke døgnbemennende tjenester.

Vi har ikkje midlertidig bustad til dei, td etter avrusing. Vi har teneste 8-16, ingenting resten av døgnet.

Det innebærer også at det ikke er bemanning i helger, noe som gir utfordringer om utskrivningene kommer på fredag:

At utskrivning ofte skjer rett før helg da ingen av oss har kontortid. At utskrivningsvarsel kommer brått på.

Det kan være utfordrende å finne egnet bolig. De kan ha satt dem utskrivningsklar litt sent på dagen og da gjerne i forbindelse med helg.

Det kan være vanskelig å gi et tilstrekkelig tilbud om pas. skrives ut rett før det er helg. Vår tjeneste arbeider man-fred kl. 08.00-15.30, og da kan vi risikere at en syk pas. kommer hjem til ingenting før hen får besøk av oss førstkommende virkedag igjen.

Vi har kun tjeneste på dagtid, mellom kl 08.00 - 15.30. Ofte opplever vi at pasientene blir utskrevet på ettermiddagen og gjerne i forbindelse med helg. Vi opplever også at det ikke gis

beskjed om at pasientene skrives ut, vi får ofte beskjed av pasientene selv at de er kommet hjem.

Det er flere som oppgir at de får beskjed om utskrivning for sent:

Får for kort beskjed om utskrivningsklare og spesialisthelsetjenesten ønsker at kommunen skal gjøre oppgaver fra dagen etter, noe som kan være vanskelig å organisere i små kommuner.

For brå overganger

For kort varsel til kommunen.

For korte frister, for lite oppbyggede tjenester

Dette kan også skyldes at kommunen ikke har vært involvert tidligere i forløpet eller manglende opplysninger:

Ikke god nok involvering under innleggelse, kort tid til å planlegge aktuelle tiltak

Manglende opplysninger på utskrivningstidspunktet og kort frist frem til utskrivning

For barn og unge er det kommuner som oppgir at de ikke har tjenester som er tilpasset alvorligheten i de som skrives ut:

Alvorlighetsgraden i behandlingsbehovet - spesielt for barn/unge

Ifht barn og unge skyldes det kapasitet

De er ofte for syke til at det kommunale tjenesteapparatet kan yte gode nok tjenester.

For barn/unge med komplekse/store behov og rask utskrivning er det utfordrende å finne gode løsninger innen kort tid.

Men også for voksne vurderes det at noen fortsatt burde vært spesialisthelsetjenestens ansvar:

Pasienter skrives ut mens de fortsatt er svært dårlige og har behov for et tjenestenivå som er vanskelig å gi utenfor spesialisthelsetjenesten

Stor økning i utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med sammensatte og komplekse tilstander. Mangel på særskilt tilrettelagte bo- og tjenestetilbud, samt mangel på kapasitet i tjenestene. Kommunen har derfor måttet kjøpe tilbud fra private leverandører i stort omfang. Det oppleves at kommunen mangler juridiske rammer for å kunne tilby spesialiserte bo- og omsorgstilbud på det nivå som etterspørres fra spesialisthelsetjenesten. Dette er en utfordring mht samfunnsvern. Barne- og familietjenesten opplever i stor grad å kunne tilby nødvendig hjelp til de som skrives ut.

For voksne, er hovedproblemet i noen kommuner at de ikke ønsker å motta tjenester fra kommunen:

At de ikke ønsker å ha tjenester.

En del ønsker lite bistand selv om behovet vurderes til å være der av helsepersonell, vanskeligere å etablere tvang enn tidligere.

Ulik vurdering av hva som er utskrivningsklare. Kommunen opplever ofte pas som mer syk enn spesialisthelsetjenesten. Den kommunale ROP-tjenesten tilbyr tiltak på frivillig basis, og vi opplever ofte at pas som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten ikke ønsker oppfølging på tross av at det foreligger anbefalinger.

Men det er forskjeller i hva som ønskes, og en kommune beskriver det slik:

Vi har en som ønsker mye hjelp, der vi ikke klarer å bistå med alt som ønskes. Så har vi en annen som ønsker svært lite hjelp, der vi vurderer behovet til å være større.

Andre oppgir at de har en del på plass, men ikke alt:

De kan få en del kommunale tjenester, ruskonsulent og/eller psykolog, men kommunen mangler lavterskel dagtilbud/aktivitet til denne gruppen.

En del kommuner oppgir at de har for lite ressurser i tjenestene til å dekke de store behovene som utskrivningsklare pasienter ofte har:

Det skyldes at vi har stor pågang og for lite ressurser og må sette pasienter på utsatt oppstart av tiltak.

Kapasitet (kort varsel på utskrivningsklare pasienter, ansatte i psykisk helse jobber kun dagtid, ikke kveld og helg)

Noen mangler både kapasitet og kompetanse:

Kapasitet i tjenesten, kompetanse blant ansatte

Kapasitetsproblemer, stort trykk på tenestene. Sykmelding i tenesta.

I perioder har vi venteliste på vedtaksbaserte tjenester i ROP

Noen har få årsverk, og da er det vanskelig å få nok kapasitet:

Begrenset kapasitet i psykisk helse, med kun ett årsverk for dedikert psykisk helsearbeid.

Flere kommuner erfarer at spesialisthelsetjenesten har for store forventninger til hva kommunen kan tilby av tjenester:

For høye forventninger til hva som kan ytes i kommunen. Lite ressurser.

For lite og for sen kommunikasjon. Prosedyrer ved utskrivelse følges ikke (manglende overføringsamtale osv). Og det oppleves en forestilling om at kommunen bare kan kaste seg rundt med et hvilket som helst tilbud - manglende kunnskap om hva kommunen kan gjøre og ikke.

Forventninger fra spesialisthelsetjenesten til omfang av tjenester.

Graden av rus og dårlig psykisk helse. ROP, TPH uten døgn (TUD). Mangler kompetanse. Mangler tilstrekkelig tilbud for målgruppen.

Det kan også være diskrepans mellom det spesialisthelsetjenesten vurderer er behovet og oppfølgingen pasienten selv ønsker:

Ikke tilgjengelige boliger feks med bemanning. Ikke samsvar med det utskrivende enhet beskriver som nødvendig oppfølging, og det pasienten selv ønsker av oppfølging

En kommune beskriver det kommunale tilbudet de har slik:

Kommunen har ingen akutte tjenester for rus og psykisk helse. Det betyr at ikke alltid hjelpeapparatet i kommunen er tilgjengelig samme dag som pasienter skrives ut. Tjenestebrukere skrives fortere enn før ut fra sykehus (eller velge selv å avslutte for eksempel rusbehandling før tiden) og kommunen har ikke tilsvarende ressurser for å følge opp på samme nivå som sykehuset. Spesialisthelsetjenesten kan ha for høye forventninger i forhold til hva kommunen kan bidra med og i forhold til hvilket tilbud som finnes. Blant annet ser tildelingskontoret at sykehusavdelinger kan tro at boliger med bemanning i kommunens regi har rammer som ved institusjon. Dette er en feiloppfatning da alle som bor i kommunal bolig (med og uten bemanning) leier sin bolig av kommunen og er fortsatt under frivillig tiltak.

En annen kommune beskriver situasjonen på følgende måte:

Svingdørspasienter som blir utskrevet i samme psykiske forfatning som de ble innlagt for dagen før. Opplevs ofte fortsatt som psykotiske, ikke i stand til å ta vare på seg selv på en god måte og av til som aggressive og farlige. Spesialisthelsetjenesten tar i for liten grad innover seg rammene kommunal psykisk helse og rus jobber under. Kommunal psykisk helse og rus er frivillige tjenester - kommunal psykisk helse og rustjenester har ingen hjemmel for tvang eller grensesetting i hjemmet. Pasienter viser ofte en helt annen fungering i rammene av sykehusavdeling enn ute i egen bolig.

En tredje kommune beskriver situasjonen slik:

I de fleste tilfeller kan kommunen ivareta utskrivningsklare pasienter på en forsvarlig måte, men det er enkeltsaker som oppleves svært krevende. Det er ofte knyttet til tidsperspektivet, særlig i tilfeller der det er behov for spesielle tilbud som ikke finnes fra før, eller som ikke har ledig kapasitet. Det er imidlertid mange saker som utfordrer og der tilbudene ikke er tilstrekkelig sammenhengende eller koordinerte på tvers av forvaltningsnivåer. Det er også manglede forståelse av kommunale rammer og hvilke muligheter kommunen har til å sette inn tjenester dersom bruker ikke ønsker å ta imot disse tjenestene. Oftere enn råd og veiledning kommer det en henvisning til kommunale tjenester med en bestilling på konkrete tiltak. Det er ikke spesialisthelsetjenesten som tildeler kommunale tjenester, slik at dette vurderes og tildeles etter gjeldende lovverk og kommunens standarder på hva som ansees for forsvarlig. Lovverket setter også begrensinger for tjenester og tilbud hjelpeapparatet kan se at ville vært hensiktsmessig, men som det ikke er lovhjemmel for å iverksette. Dette oppleves utfordrende, både for hjelpeapparat, pårørende og bruker selv. Tilgangen og mulighet for innleggelse på døgnplasser oppleves mangelfull. Muligheten for akutte innleggelser er svært begrenset, og vurderingene tar for lang tid. Medisinsk avdeling blir i flere tilfeller alternativer, og deretter en rask utskrivning. Da kan det være svært vanskelig å ha et forsvarlig kommunalt tilbud klart, og det kan medføre overliggedøgn på sykehus, eller nødvendig kjøp av plass utenfor kommunen

som trekker ressurser ut av kommunen og svekker handlingsrommet, både økonomisk og faglig.

En fjerde kommune beskriver noe tilsvarende:

Vi klarer å tilby tjenester til de fleste som er utskrivningsklare. Når vi har problemer med å tilby tjenester har det ofte sammenheng med spesielle behov, gjerne i form av at pasient har utøvd vold og har en spesiell atferd som anses utfordrende for andre som bruker skal bo sammen med eller i ordinære nabolag. I det siste har det også vært utfordrende å skaffe et tilstrekkelig antall ordinære kommunale boliger for brukere med spesielle behov ift. nabolag. Dette kan ha sammenheng med at brukere ikke ønsker å ta imot oppfølging i bolig.

22.6 OPPSUMMERING

Nesten alle kommuner (97 prosent) oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året, mens 66 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 76 prosent fra TSB.

På spørsmål om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, er det 41 kommuner/bydeler (13 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Det er i tillegg 39 prosent som svarer at de i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til de som ifølge spesialisthelsetjenesten er utskrivningsklare. Dermed er det rundt halvparten av kommunene (53 prosent) som har store eller visse problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten.

De som har problemer med å tilby nødvendige tjenester, oppgir ulike årsaker til at de har problemer. Noen steder er det mangel på døgnbemannede botilbud, andre steder generell mangel på boliger, manglende kapasitet, kompetanse og ressurser, eller at varsel om utskrivning kommer rett før helga, at det er frivillig å motta kommunale tjenester og at det er ikke alltid pasienten som skrives ut ønsker kommunal oppfølging, og at spesialisthelsetjenesten har for store forventninger til hva kommunene kan tilby.

23 ANNET

I dette kapitlet inkluderer vi diverse tema som ikke har omfattende nok til å utgjøre egne kapitler. I år handler det om psykisk helse- og rusarbeids involvering i bosetting av flyktninger, teknologi, tilgang til digitale behandlingsverktøy, selvhjelpsverktøy og kompetansehevende tiltak.

23.1 OM TJENESTENE INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID INVOLVERT I KOMMUNENS ARBEID MED BOSETTING/INTEGRERING AV FLYKTNINGER

Alle flyktninger med opphold i Norge skal bo i en kommune. Bosetting og integrering av flyktninger er en kommunal oppgave, og kommuner som bosetter flyktninger mottar tilskudd fra staten. 35 700 flyktninger ble bosatt i 2022 ifølge Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Dette er uten sammenligning det høyeste antallet flyktninger som Norge har tatt imot i løpet av et år, og skyldes først og fremst flyktningstrømmen fra Ukraina. I oktober 2023 ankommer det omtrent 1000 flyktninger fra Ukraina hver uke til Norge, og det opprettes flere asylmottak. Kommunene må nå være forberedt på å få nye mottak på kort varsel.

Vi har fått tall fra IMDi på kommunenivå som viser at det er 354 forskjellige kommuner har bosatt flyktninger, dvs. at nærmest alle norske kommuner bosetter flyktninger. Dette betyr at det kan være behov for å involvere mange kommunalt ansatte i bosettingsarbeidet i alle kommunene.

I 2023 inngår følgende to spørsmål om flyktninger:

- Er tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid involvert i kommunens arbeid med bosetting/integrering av flyktninger?
 - Hvis ja, hvordan har dere vært involvert?

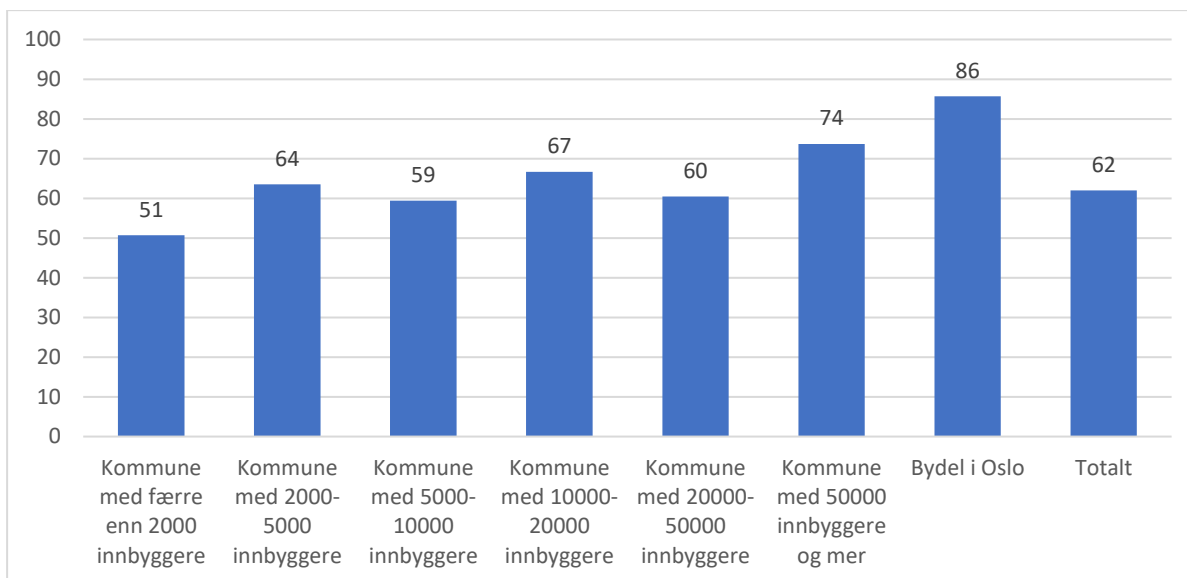
Det er 341 kommuner/bydeler (92 prosent) som har svart på spørsmål om involvering i kommunens arbeid med bosetting/integrering av flyktninger.

Av disse, er det 210 som oppgir at tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid involvert i kommunens arbeid med bosetting/integrering av flyktninger, og dette tilsvarer 62 prosent av de som har svart.

Tabell 23.1 Antall og prosent som svarer på om hvorvidt tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid involvert i kommunens arbeid med bosetting/integrering av flyktninger, 2023.

	Antall	Prosent
Ja	210	62
Nei	119	35
Vet ikke	12	4
Total	341	100

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men ikke mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 23.1 Prosent av kommunene som svarer at tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i kommunens arbeid med bosetting/integrering av flyktninger. Kommunestørrelse, 2023.

Det er 193 kommuner/bydeler som svarer på hvordan de har vært involvert. Fra svarene ser vi at dette handler om:

- De kontaktes av flyktningstjenesten/flyktningskoordinator om det er flyktninger som har behov for samtale/oppfølging
- De kan være organisert i felles tjeneste og ha samarbeid
- Det kan være enkeltansatte innen psykisk helse- og rusarbeid som jobber med flyktninger
- Ansatte kan være en del av flyktning-team
- Medikament håndtering
- Gjennom at de tilbyr undervisning og refleksjonsgrupper til flyktninger
- De involveres gjennom skolehelsetjenesten
- Veileder ansatte ved flyktningmottak og andre
- Deltar i tverrfaglige team/grupper

23.2 TEKNOLOGI INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

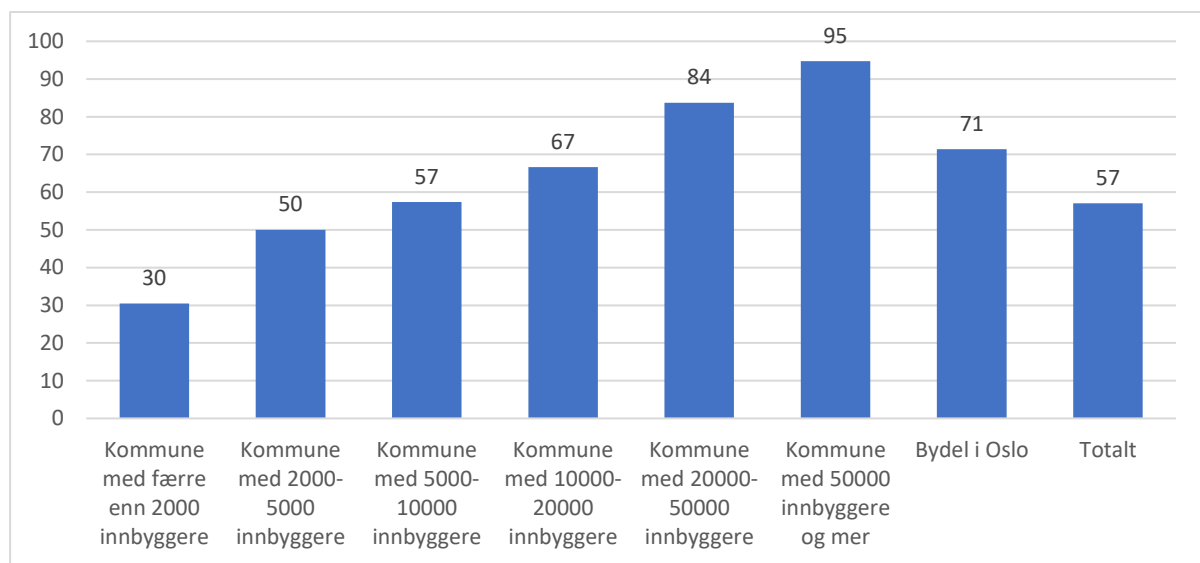
Følgende spørsmål er tatt med i 2023:

- Har kommunen/bydelen tatt i bruk teknologi innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?
 - Om ja, hvilke type(r) teknologi er dette?
- Har kommunen tilgang på digitale behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene?
- Informerer tjenestene innbyggere med behov for psykisk helse- og rusarbeid om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no?

Det er 57 prosent som svarer at de har tatt i bruk teknologi i tjenestene. Det er systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse (se figur 23.2), men det er ingen systematisk mellom kommuner i ulike fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Tabell 23.2 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har tatt i bruk teknologi i tjenestene, 2023.

	Antall	Prosent
Ja	194	57
Nei	136	40
Vet ikke	9	3
Total	339	100



Figur 23.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tatt i bruk teknologi innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2023.

De har også beskrevet hvilke teknologiske verktøy de bruker, og her kommer det frem følgende:

- Assistert selvhjelp
- Digitale møter/digital oppfølging/kurs
- Medisindispensere
- FIT-digital
- Norse feedback
- Remarkable notepad
- DigiHelsestasjon
- Trygghetsalarmer
- Digitale dørlåser
- VR-briller

To kommuner oppgir at de har tatt i bruk VR-teknologi innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det pågår forskning for å finne ut mer om hvordan dette virker og hvordan det kan implementeres i kommunale tjenester ^{34, 126}

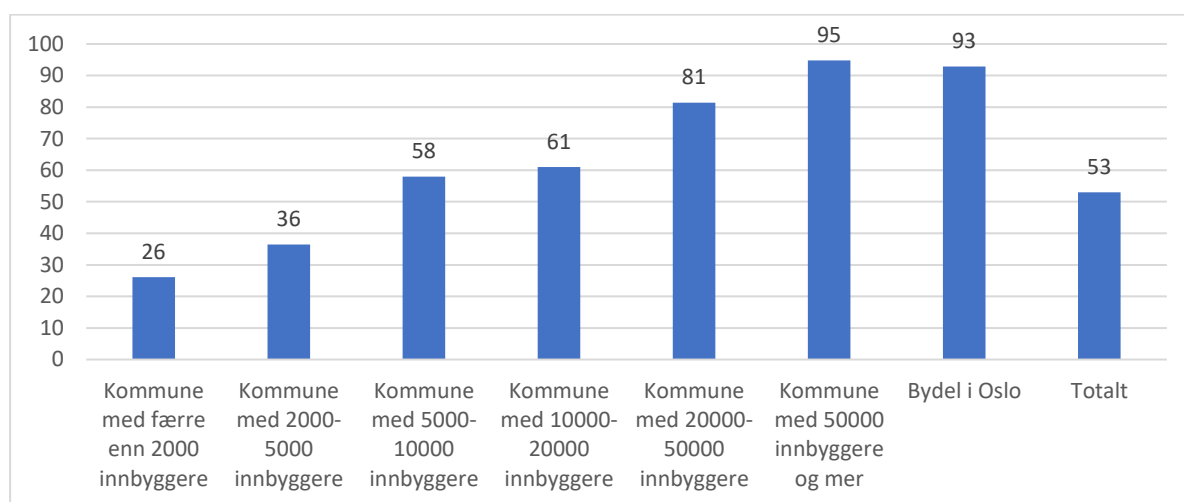
23.3 TILGANG PÅ DIGITALE BEHANDLINGSVERKTØY FOR FORLØP 1

Det er 180 kommuner og bydeler (53 prosent) som svarer at de har tilgang på digitale behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene.

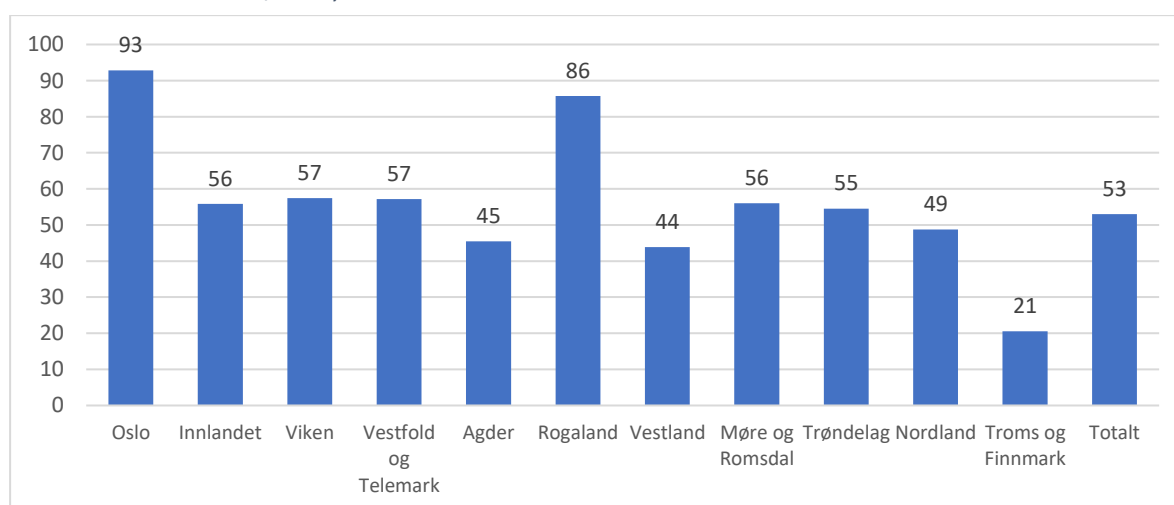
Tabell 23.3 Antall og prosent som svarer på om de har tilgang på digitale behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene. 2023.

	Antall	Prosent
Ja	180	53
Nei	145	43
Vet ikke	15	4
Total	340	100

Det er systematiske forskjeller i svarene både etter kommunestørrelse (figur 23.3) og fylke (figur 23.4).



Figur 23.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tilgang på digitale behandlingsverktøy. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 23.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tilgang på digitale behandlingsverktøy. Fylke, 2023.

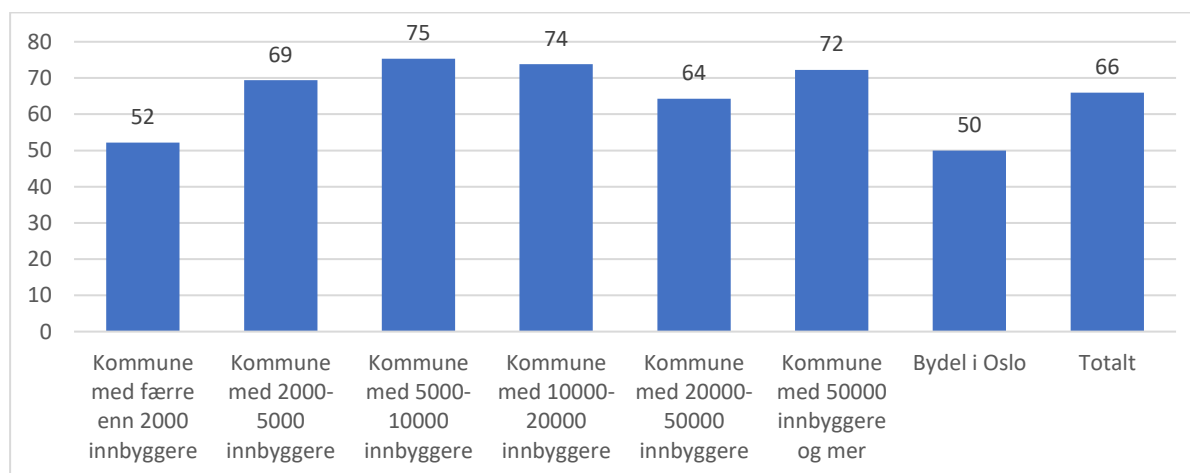
23.4 INFORMASJON OM RELEVANTE SELVHJELPSVERKTØY SOM LIGGER PÅ HELSENORGE.NO

På spørsmålet om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no, bekreftet 66 prosent av kommunene dette. 21 prosent svarte at de ikke gir slik informasjon, mens 13 prosent svarte "Vet ikke".

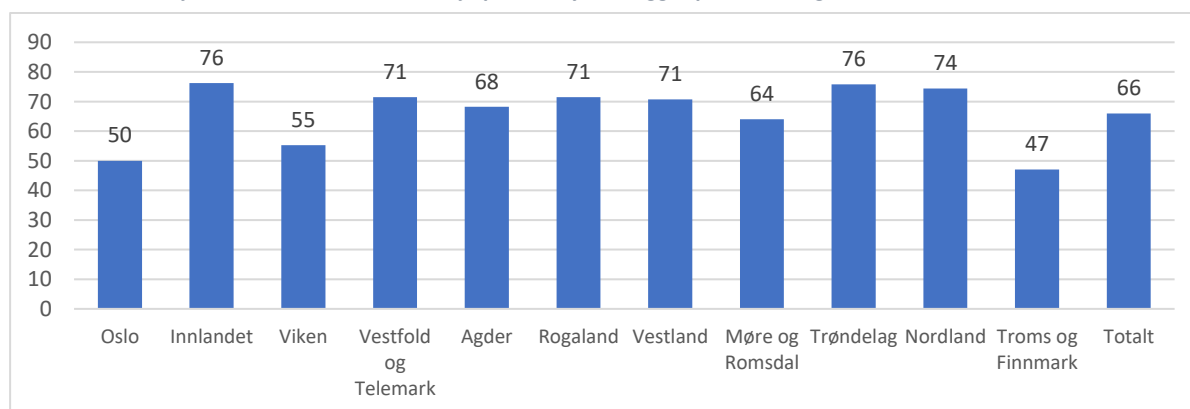
Tabell 23.4 Antall og prosent etter hvorvidt tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no

	Antall	Prosent
Ja	225	66
Nei	70	21
Vet ikke	44	13
Total	339	100

Det er systematiske forskjeller i svarene både etter kommunestørrelse (figur 23.5) og fylke (figur 23.6).



Figur 23.5 Prosent av kommunene/bydelene som informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 23.6 Prosent av kommunene/bydelene som informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no. Fylke, 2023.

23.5 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK IKKE OMTALT TIDLIGERE

I dette avsnittet ser vi på to spørsmål kommunene har svart på som ikke tidligere i rapporten er vist resultater fra fordi de ikke tydelig faller inn under andre tema.

- Har kommunen gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året?
 - Personer med lettere psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
 - Personer med rusmiddelproblemer som utøver vold

Det er 26 prosent som svarer ja, og mange som ikke vet om det er gjennomført kompetansehevende tiltak når det gjelder de to målgruppene. Dette kan tyde på at mange ikke har oversikt over hvilke kompetansehevende tiltak som gjennomføres i kommunen, og i store kommuner kan det være mange enheter som gjennomfører ulike tiltak uten at andre vet at de gjør det.

Tabell 23.5 Antall og prosent som svarer på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året for to målgrupper.

	Personer med lettere psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer		Personer med rusmiddelproblemer som utøver vold	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	88	26	86	26
Nei	145	43	172	51
Vet ikke	103	31	78	23
Totalt	336	100	336	100

23.6 OPPSUMMERING

Tall fra IMDi viser at det nesten alle kommuner i landet bosetter flykninger, og vi finner at i 62 prosent av kommunene er tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid involvert i arbeidet med bosetting/integrering av flykninger.

Det er 57 prosent som svarer at de har tatt i bruk teknologi i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og andelen øker med kommunestørrelse og det er ikke betydelig variasjon mellom fylker. Hvilken teknologi som brukes varierer stort, fra digitale medisindispensere, digitale dørlåser og trygghetsalarmer, til digitale tilbakemeldingsverktøy, selvhjelpsapper og VR-briller.

Det er 180 kommuner og bydeler (53 prosent) som svarer at de har tilgang på digitale behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse, og det er særlig bydelene i Oslo og kommunene i Rogaland som oppgir at de har tilgang på slike verktøy.

På spørsmålet om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no, bekreftet 66 prosent av kommunene dette.

24 ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTRE FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene som er relevant for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Følgende sentre, tjenester og nettverk er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene)
- KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)
- NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)
- NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)
- SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus)
- SIFER (Nasjonalt kompetansesenternetnettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri)
- Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse)

SANKS var med for første gang i 2021, mens SIFER, NUBU og Erfaringskompetanse var med for første gang i 2022. NUBU (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) ble tatt ut i 2023 fordi de ikke lenger mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

Sentrene har til dels ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene i forhold til kontakt med kommunene. Formålet med kartleggingen er derfor ikke å sammenlikne sentrene, men å følge utviklingen innad i hvert senter.

24.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra 198 enkeltvariabler i datasettet, basert på følgende spørsmål om hvert enkelt kompetansesenter:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: (liste over sentre)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig). Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
 - 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? Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.

Det er ikke uproblematisk å få til en god kartlegging uten å gjennomføre en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. En opplagt svakhet med ett svar fra hver kommune eller bydel, er at det kan være enkeltpersoner eller mindre grupper som har kontakt med ressurscenterne heller enn hele tjenesten. Den første delen av kartleggingen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i årene 2016-2023. Vi tar derfor med alle åtte årene i fremstillingene.

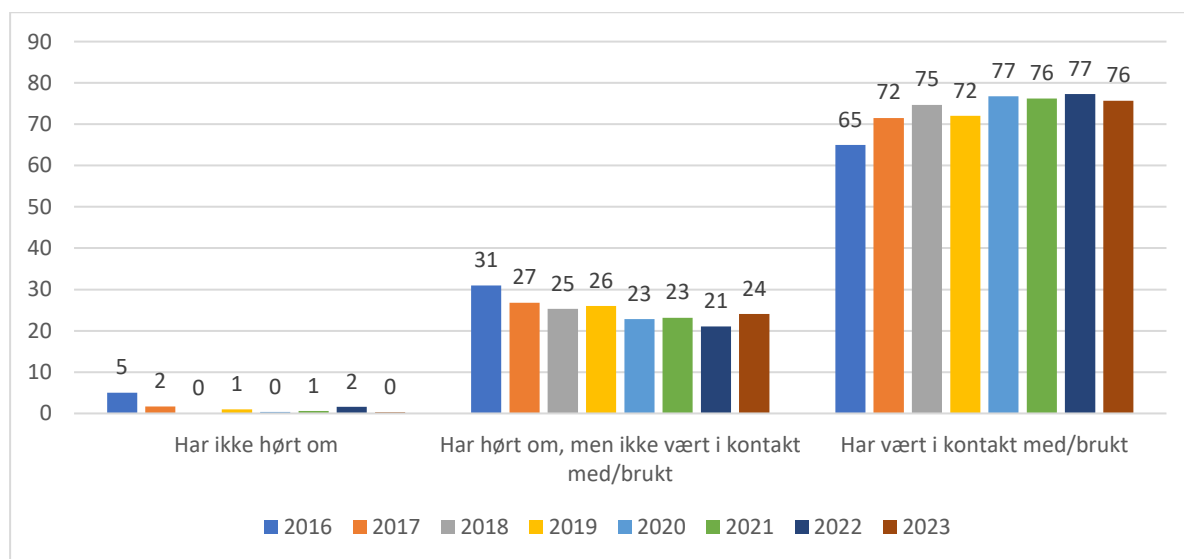
24.2 NAPHA

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. NAPHA er inndelt i fem regionale team:

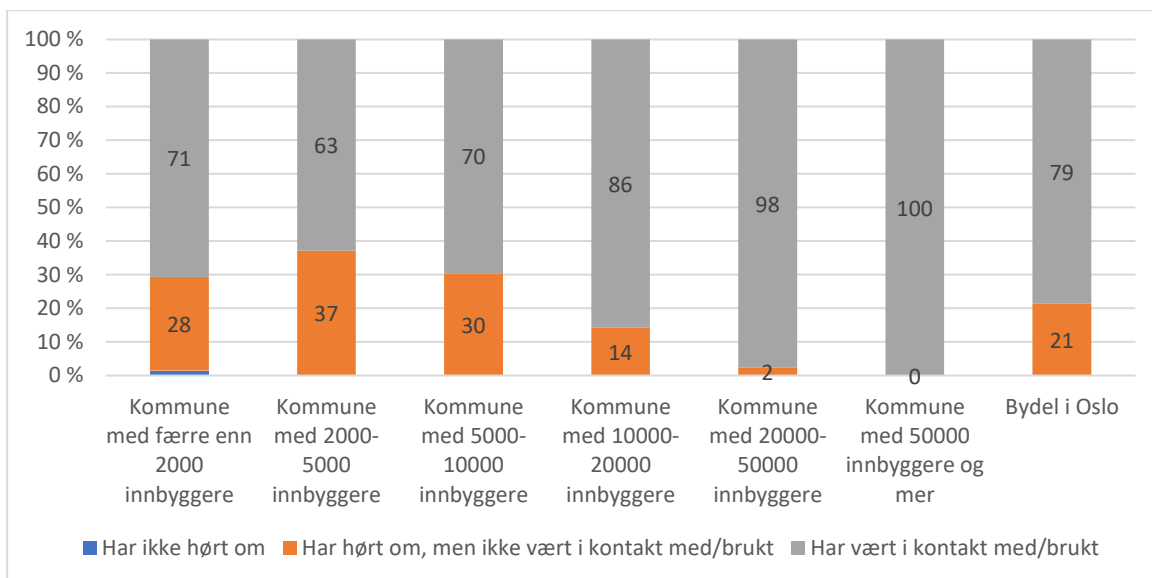
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark
- Team Midt dekker Trøndelag og Møre og Romsdal
- Team Vest dekker Vestland og Rogaland
- Team Sør dekker Agder, Vestfold og Telemark og tidligere Buskerud
- Team Øst dekker tidligere Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 30 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

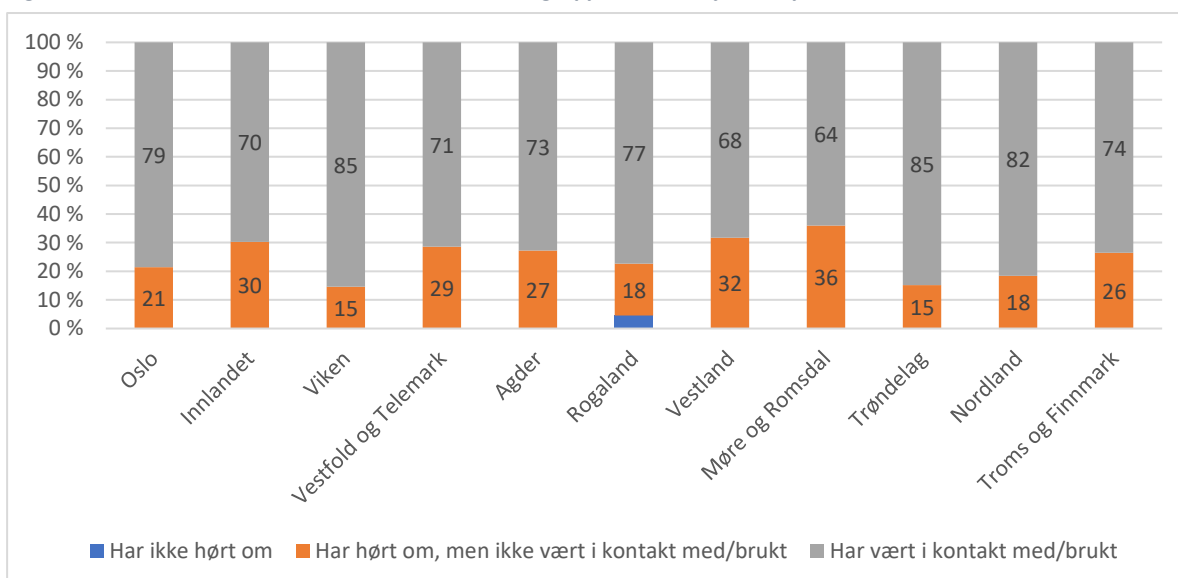
Det er 341 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålene om NAPHA (92 prosent). Fra figur 24.1 ser vi at det er 76 prosent av kommunene som i 2023 oppgir at de har vært i kontakt med/brukt NAPHA (n=258), og det er en økning fra 65 prosent i 2016. Det er kun én kommune som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA i 2023.



Figur 24.1 Prosent av kommunene som kjenner til NAPHA, 2016–2023.



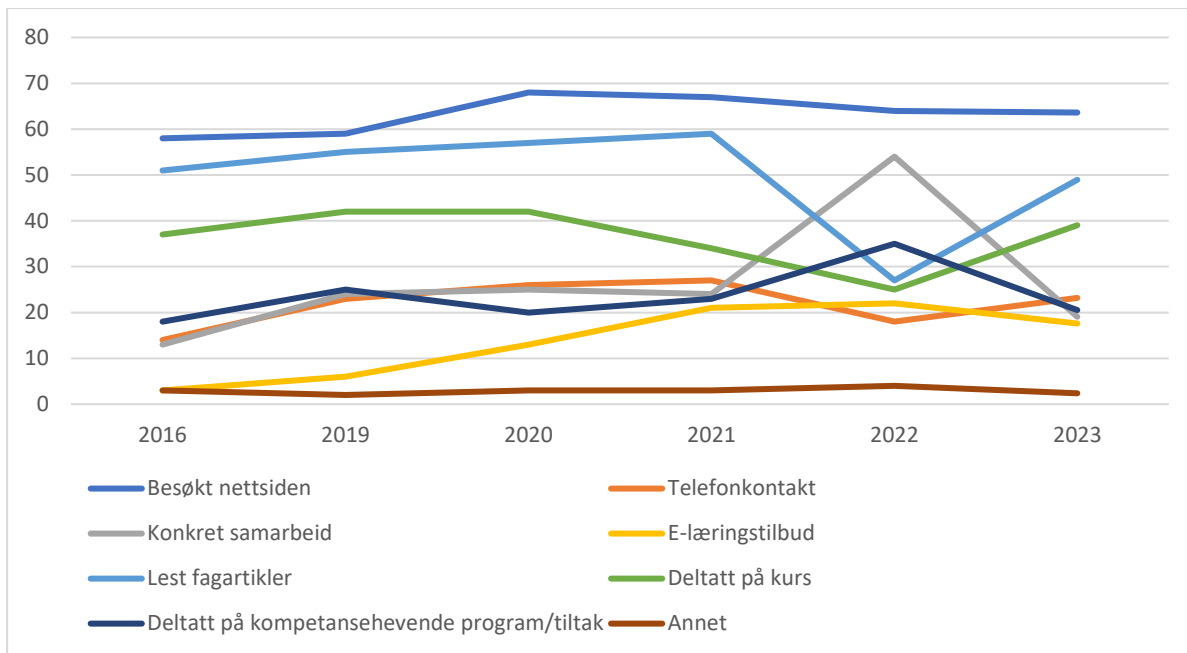
Figur 24.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 24.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Fylke, 2023.

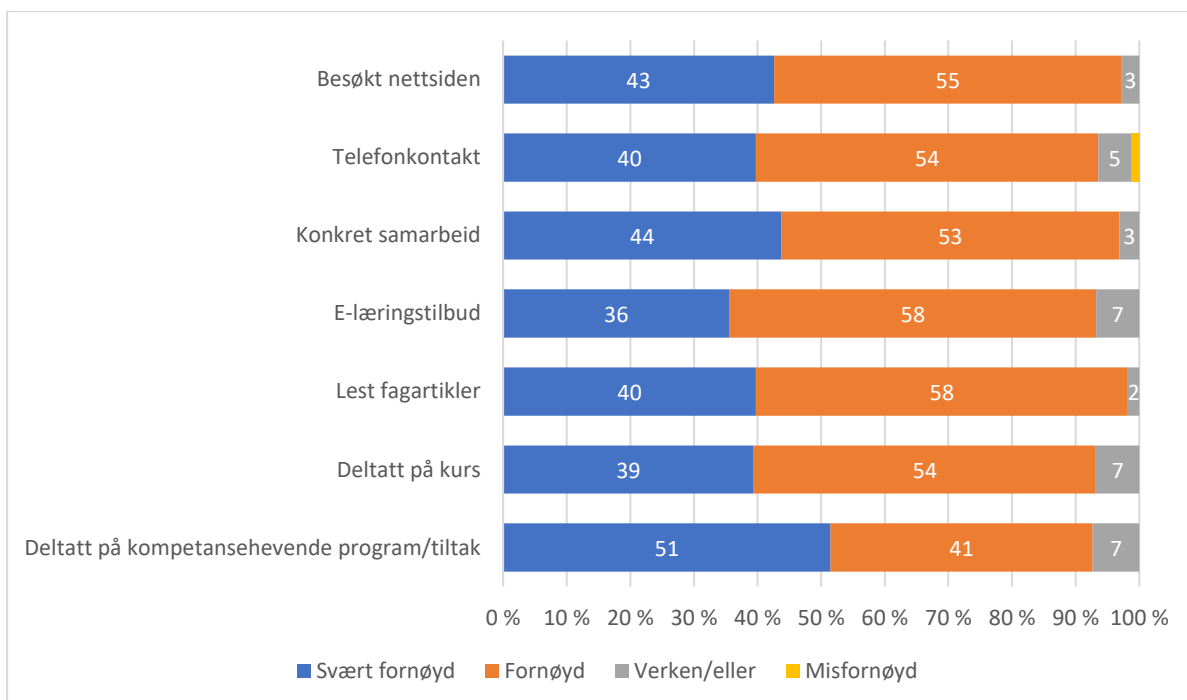
Tabell 24.1 Kontakt med NAPHA, 2023 (n=341)

	2023	
	Antall	%
Besøkt nettsiden	217	64
Telefonkontakt	79	23
Konkret samarbeid	65	19
E-læringstilbud	60	18
Lest fagartikler	167	49
Deltatt på kurs	133	39
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	70	21
Annet	8	2

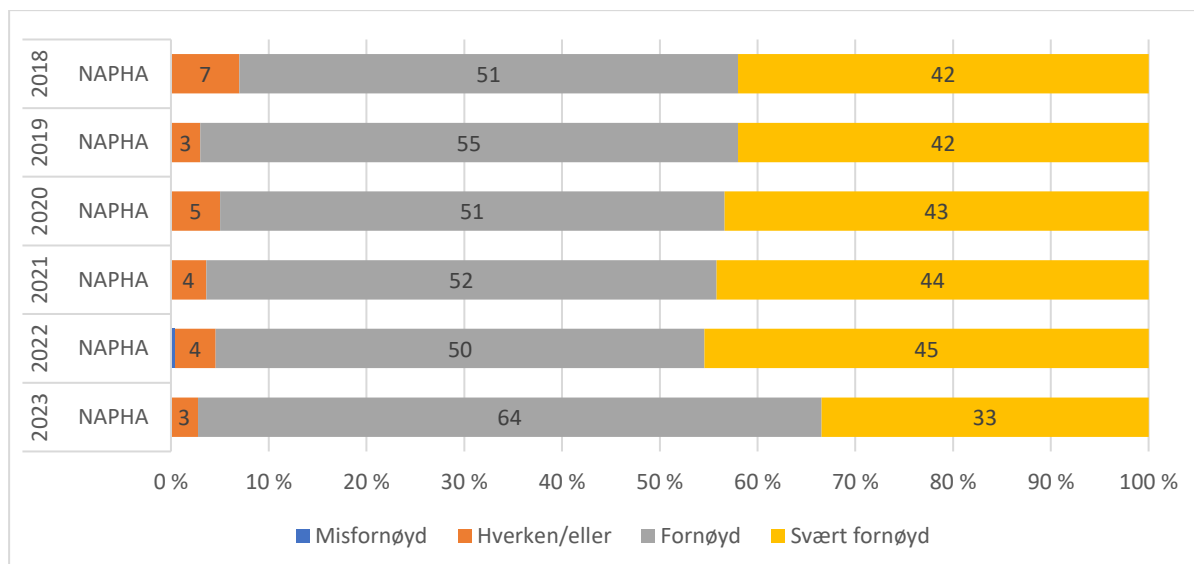


Figur 24.4 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=293) og 2021 (n=328), 2022 (n=313), 2023 (n=341)

De 8 som har svart "Annet" i 2023, har svart at de har vært i kontakt og har blitt intervjuet, deltatt i Storkommunenettverket, og samarbeidet om RPH og Cool kids.



Figur 24.5 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med NAPHA etter hvilket tilbud de brukte, 2023.



Figur 24.6 Generell fornøydhet med NAPHA, 2018-2023

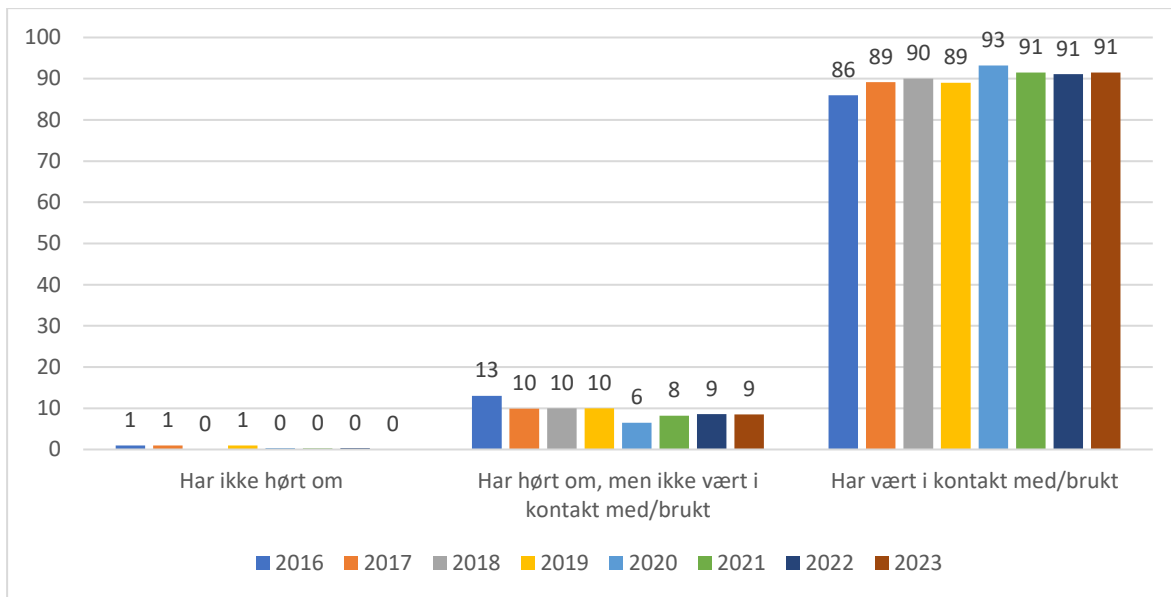
24.3 KORUS

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.

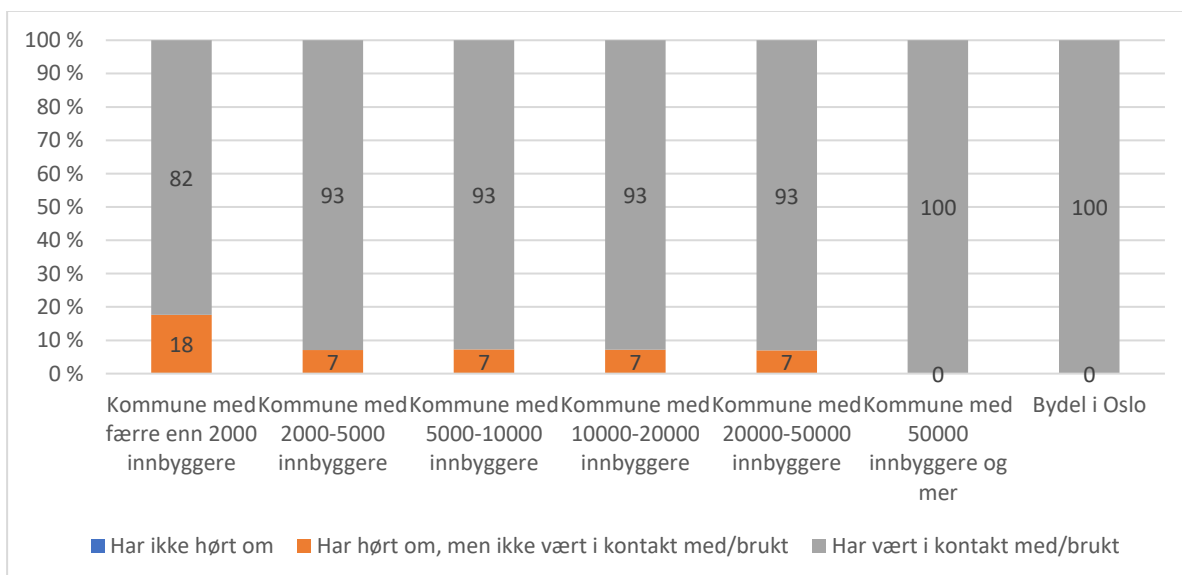
Sentrene bidrar til kompetanseheving ute i tjenestene gjennom undervisning, veiledning og nettverksarbeid. Det er syv KORUS:

- KORUS – Midt-Norge (St. Olavs hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin)
- KORUS – Vest Bergen (Helse Bergen, Avdeling for rusmedisin)
- KORUS – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KORUS – Sør (Blå kors Borgestadklinikken)
- KORUS – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KORUS – Øst (Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern)
- KORUS – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

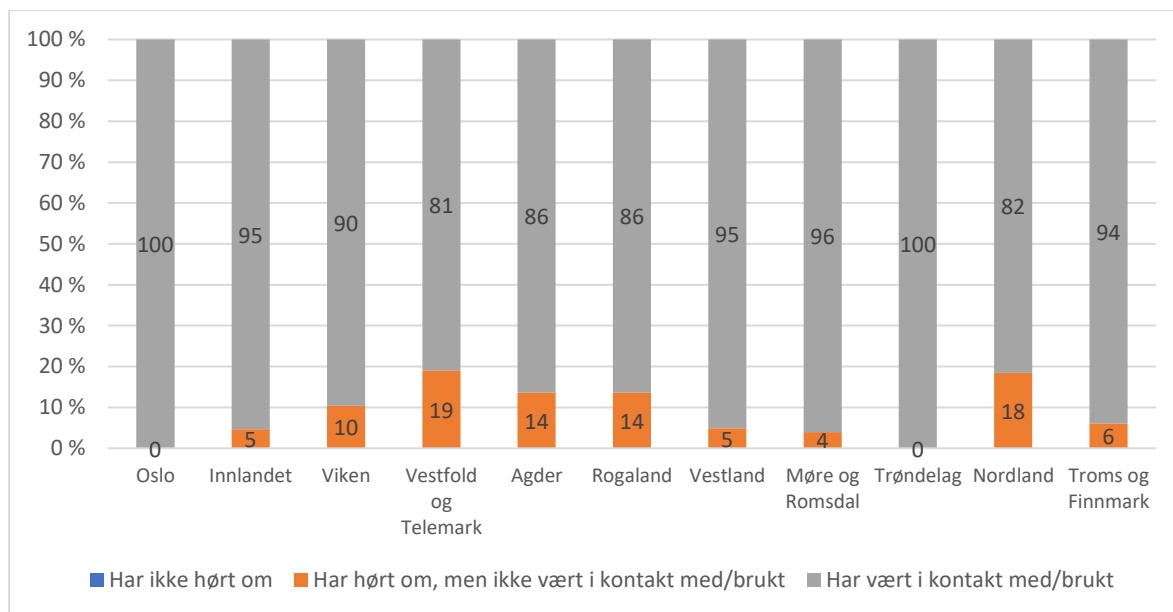
Det er 341 kommuner/bydeler (92 prosent) som har svart i 2023. Fra figur 24.7 ser vi at 91 prosent av kommunene/bydelene (n=312) oppgir å ha vært i kontakt med KORUS i 2023. Det er ingen kommuner som oppgir at de ikke har hørt om KORUS i 2023.



Figur 24.7 Prosent av kommunene som kjenner til KORUS, 2016–2023.



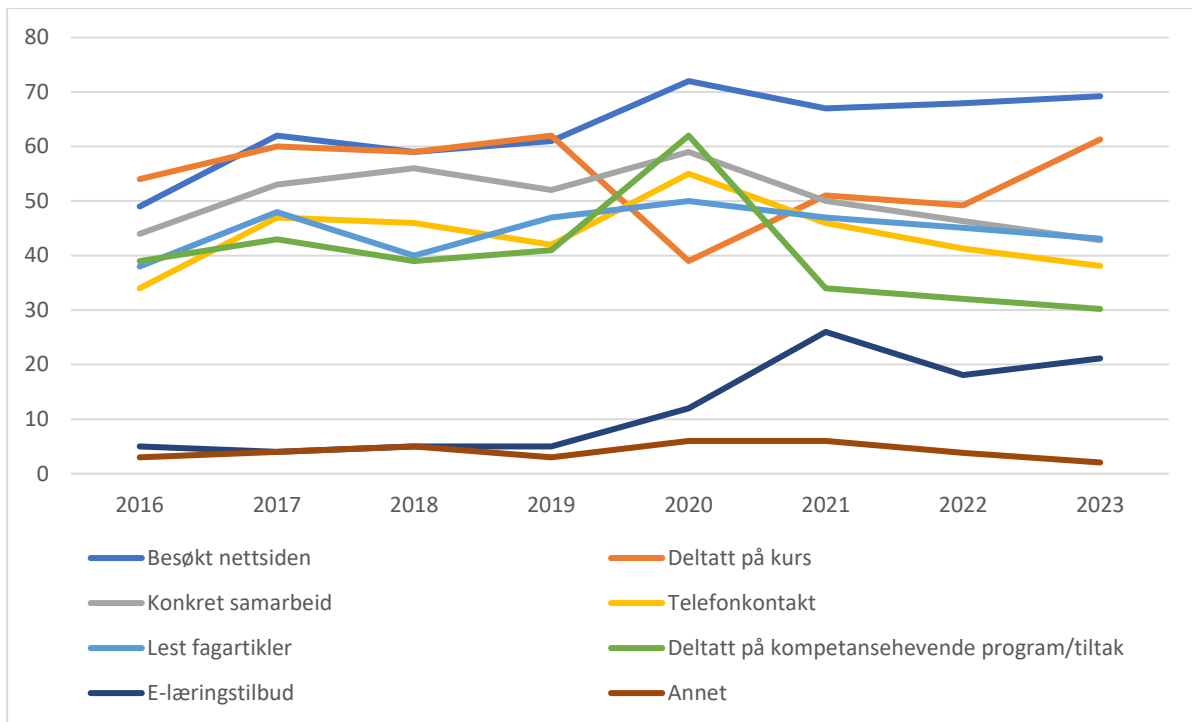
Figur 24.8 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KORUS. Kommunestørrelse, 2023.



Figur 24.9 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KORUS. Fylke, 2023.

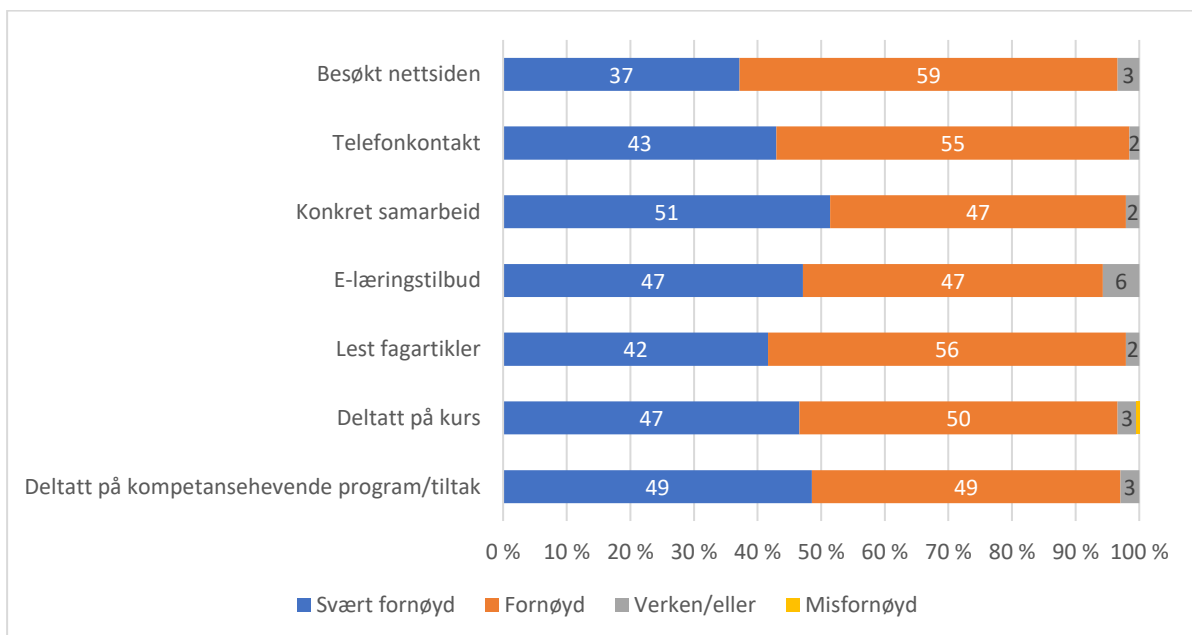
Tabell 24.2 Kontakt med KORUS, 2023 (n=341)

	2023	
	Antall	%
Besøkt nettsiden	236	69
Deltatt på kurs	209	61
Konkret samarbeid	146	43
Telefonkontakt	130	38
Lest fagartikler	147	43
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	103	30
E-læringstilbud	72	21
Annet	7	2

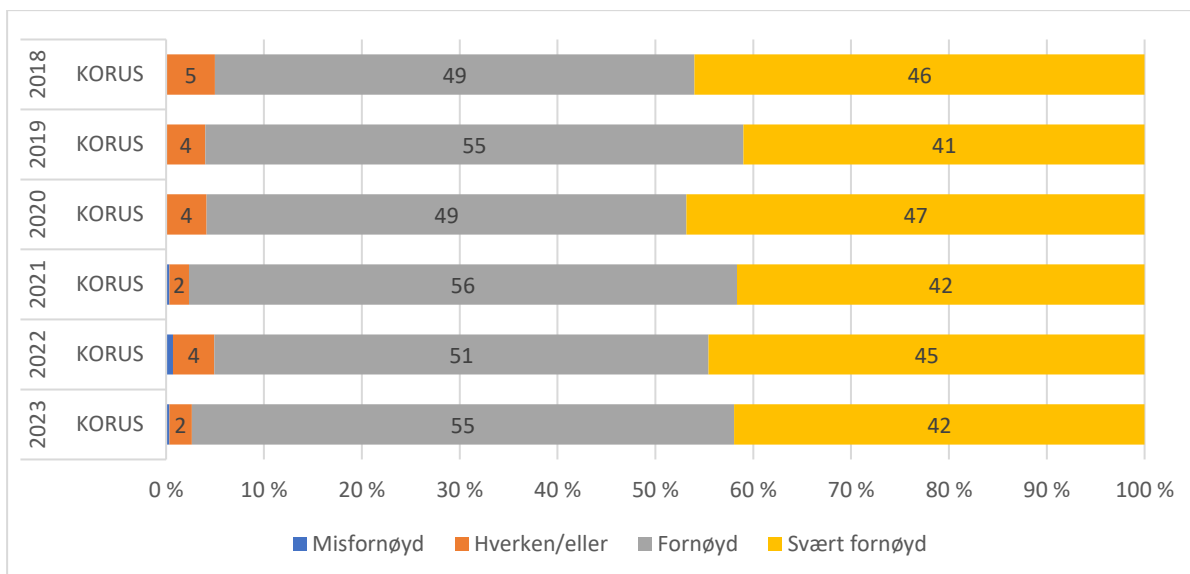


Figur 24.10 Kontakt med KORUS, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=421), 2020 (n=294), 2021 (n=329), 2022 (n=315), 2023 (n=341)

Under annet nevnes BTI, fagnettverk, epost, veiledning, kartlegging, prosjekt og interne fagdager.



Figur 24.11 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med KORUS etter form for bruk, 2023.

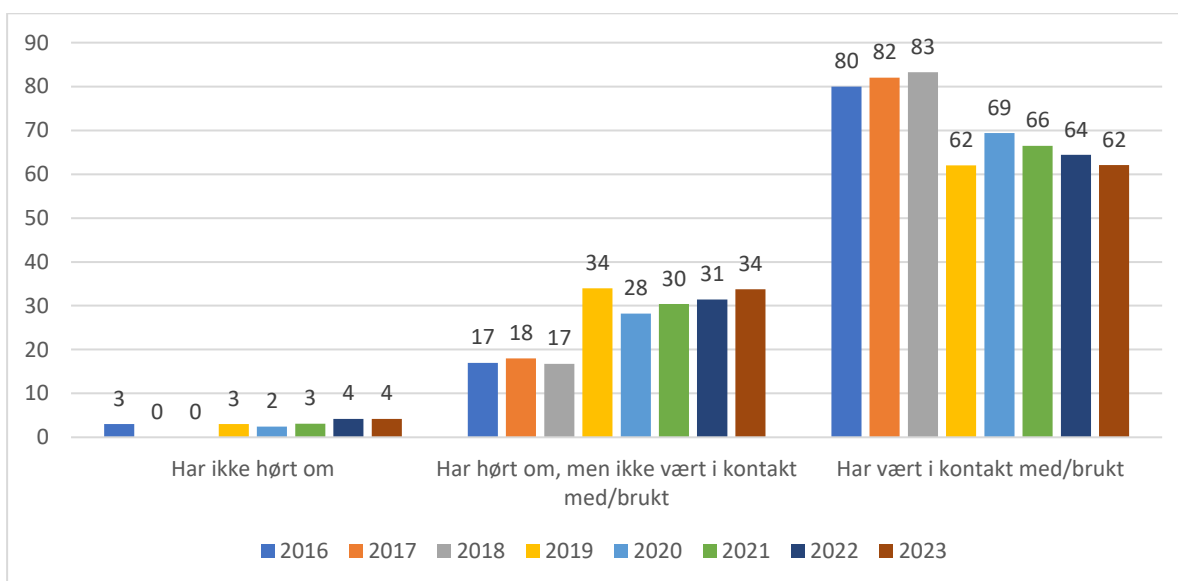


Figur 24.12 Generell fornøydhet med KORUS, 2018–2023.

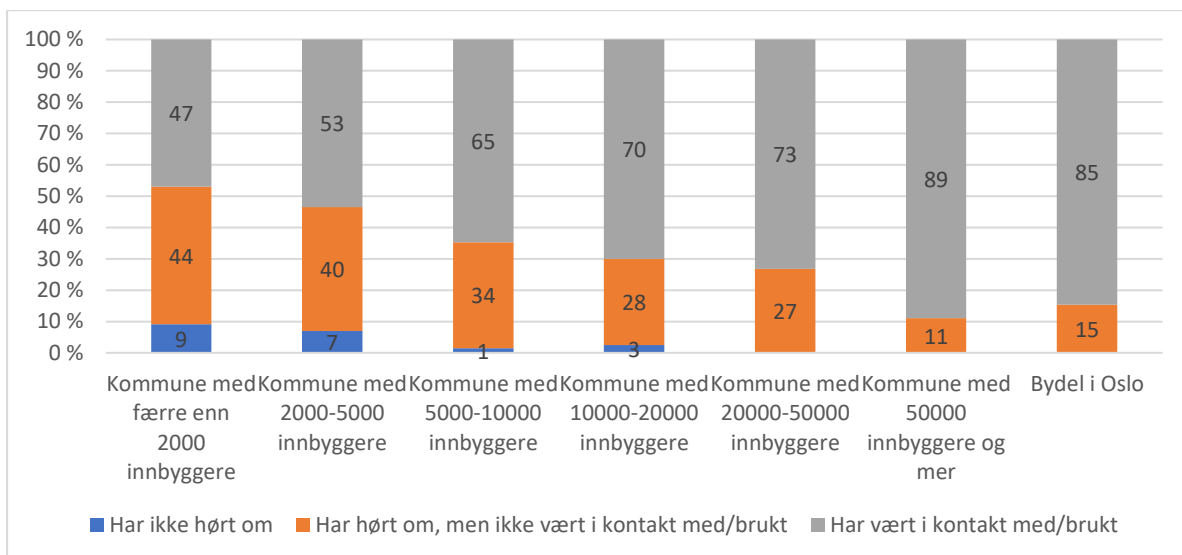
24.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)

Det er fire regionale RBUP/RKBU, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern. Sentrene er eid av hhv. NORCE AS, Stiftelsen Pilar, NTNU og Norges arktiske universitet.

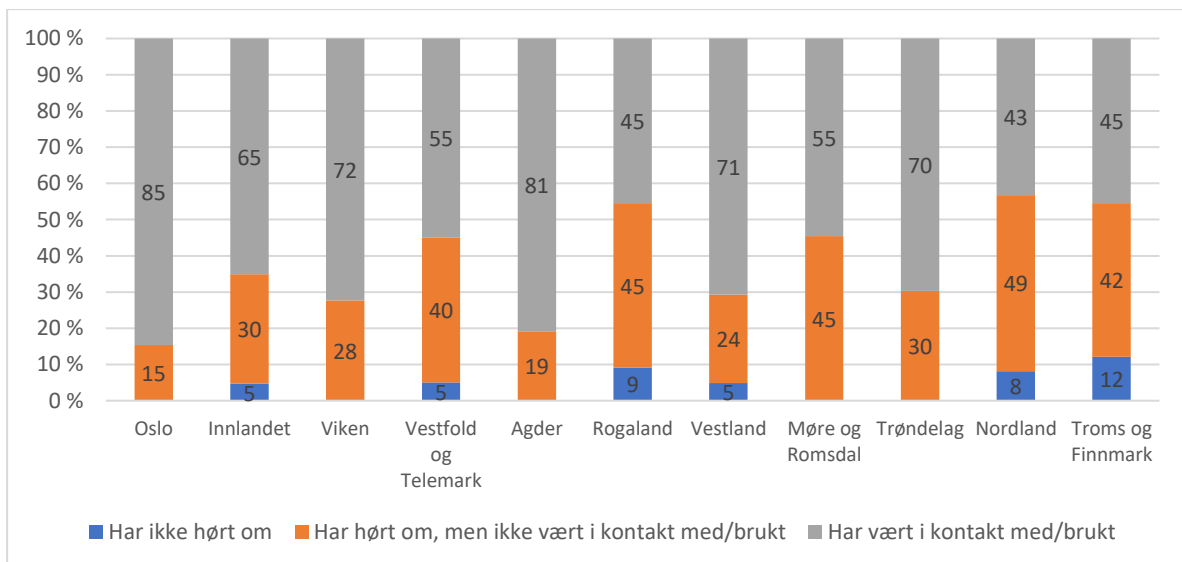
Det er 332 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på spørsmålene om RBUP/RKBU. Som vist i figur 24.13, er det i 2023 totalt 62 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP/RKBU, en reduksjon på to prosentpoeng fra 2022. Fire prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om tilbudet, mens 34 prosent har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt RBUP/RKBU.



Figur 24.13 Prosent av kommunene som kjenner til RBUP/RKBU, 2016–2023.



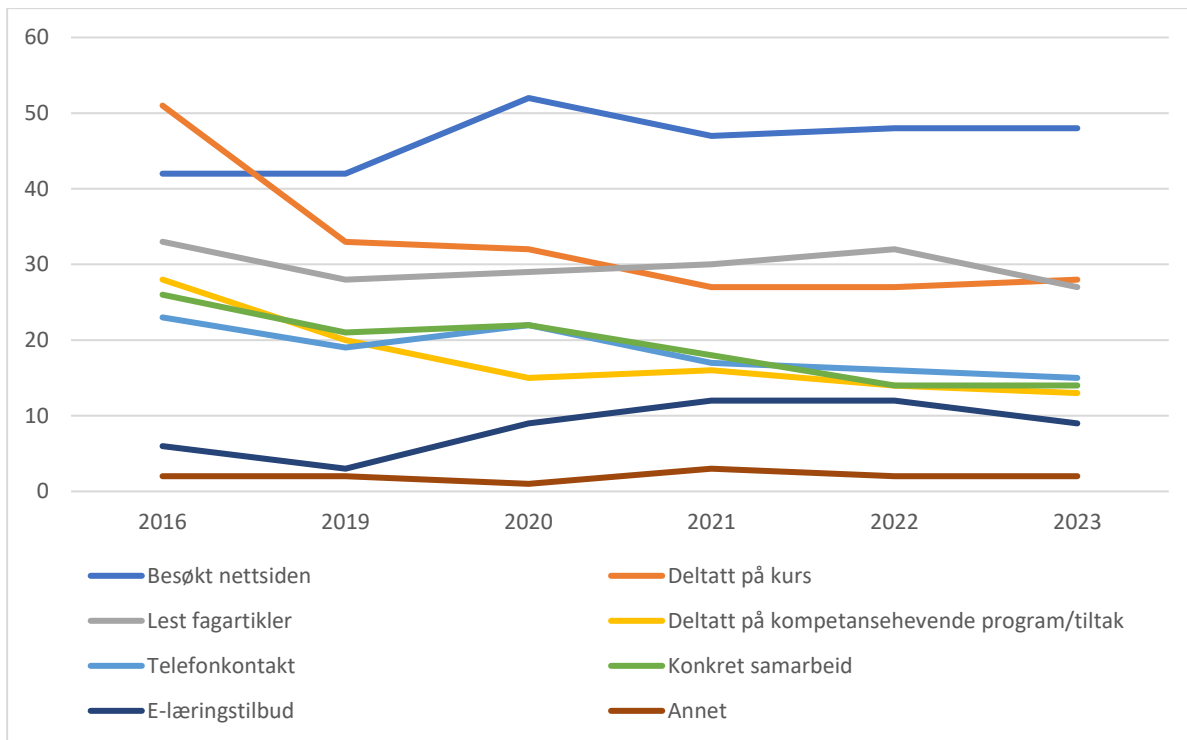
Figur 24.14 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU. Kommunestørrelse, 2023.



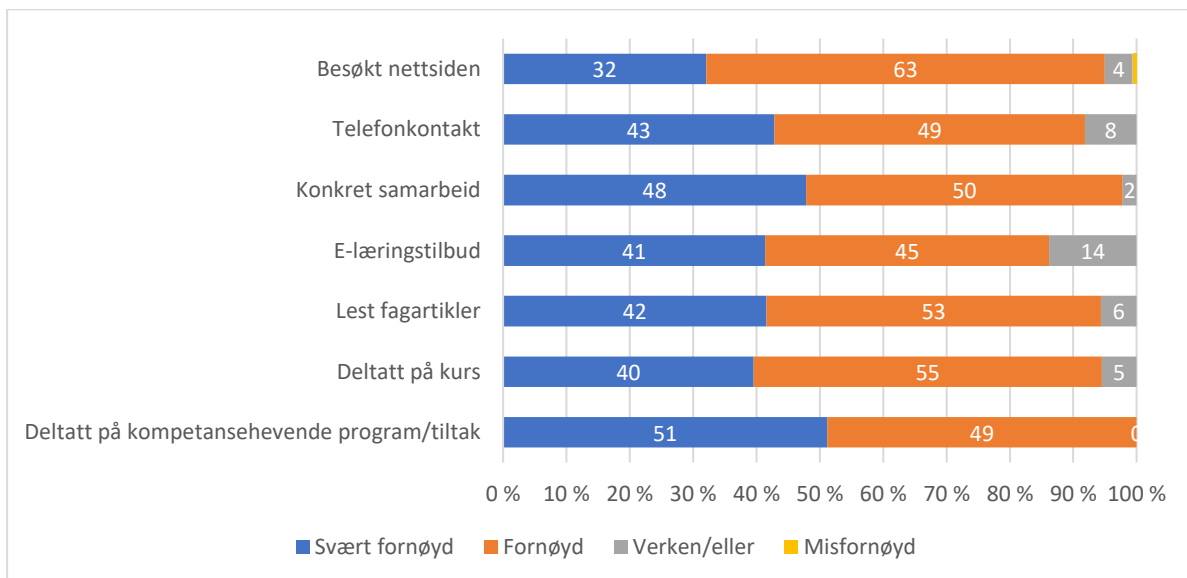
Figur 24.15 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2023.

Tabell 24.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2023 (n=332)

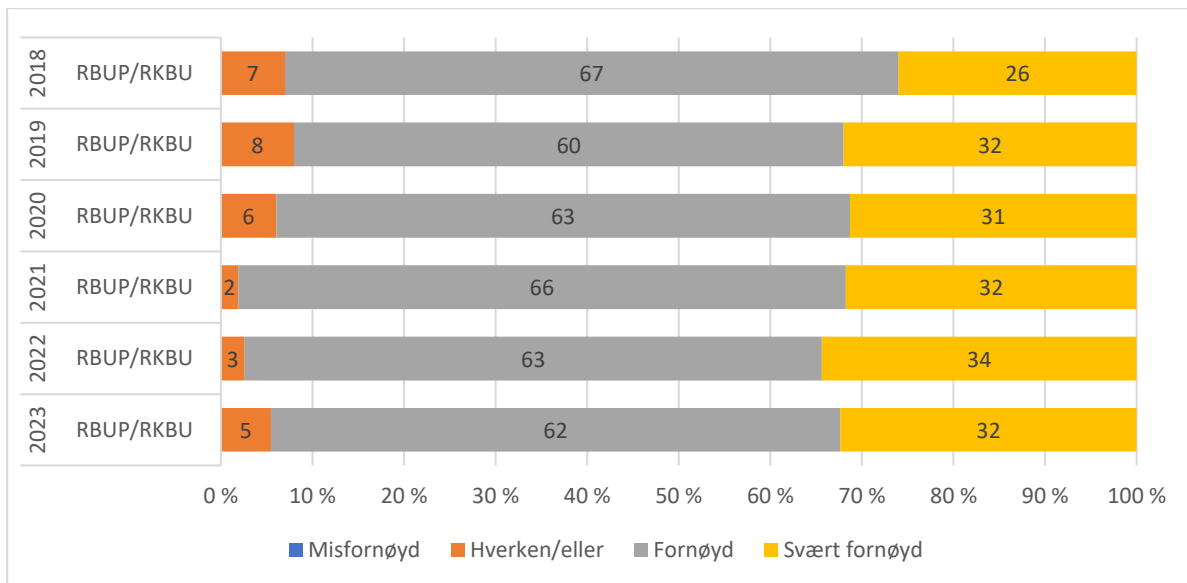
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	160	48
Telefonkontakt	50	15
Konkret samarbeid	47	14
E-læringstilbud	30	9
Lest fagartikler	90	27
Deltatt på kurs	93	28
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	44	13
Annet	6	2



Figur 24.16 Prosent av kommunene/bydelene som har kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=291), 2021 (n=319), 2022 (n=309) og 2023 (n=332)



Figur 24.17 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RBUP/RKBU, 2023.



Figur 24.18 Generell fornøydhet med RBUP/RKBU, 2018-2023.

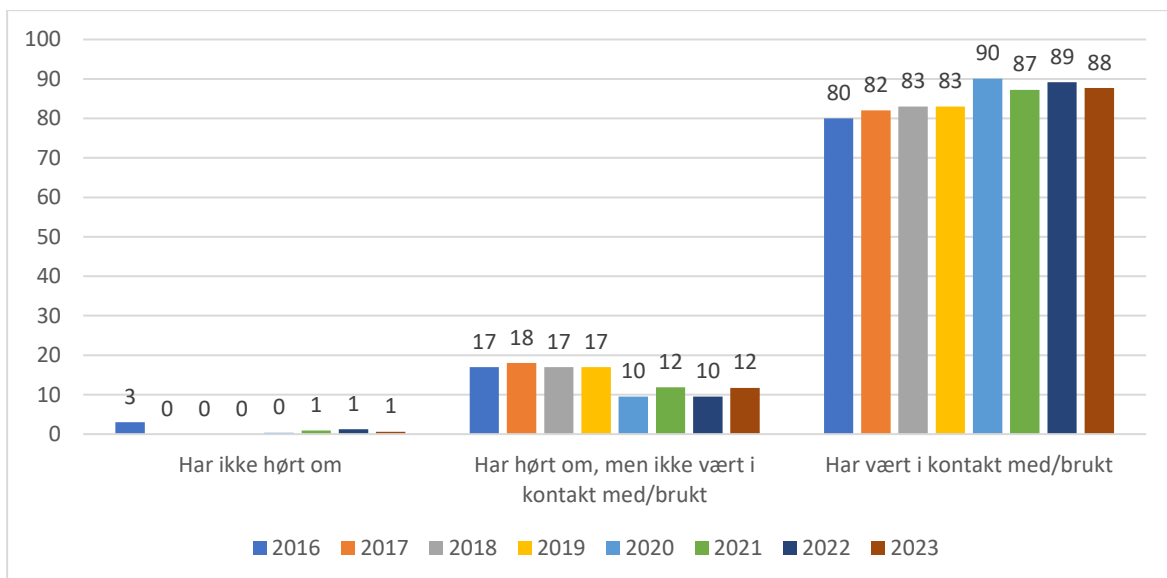
24.5 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING)

Det finnes fem regionale ressursentre 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 bidra til forebygging, avdekking, avverging og oppfølging, og på denne måten reduksjon av negative helsemessige og sosiale konsekvenser for utsatte, utøvere, pårørende og etterlatte

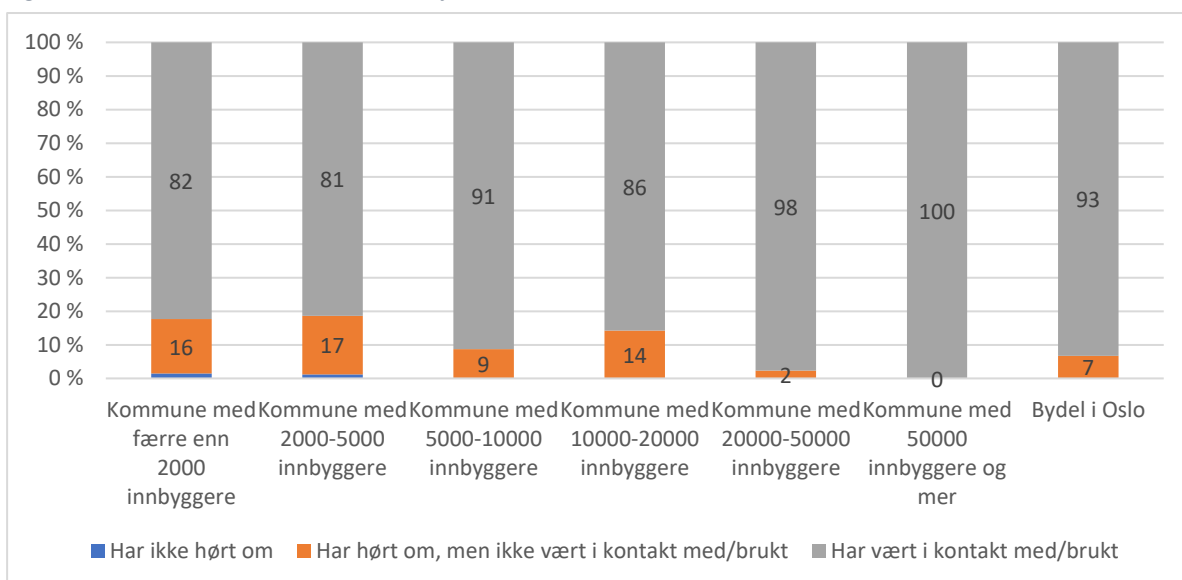
Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

- RVTS Øst, lokalisert i Oslo (Stiftelsen Pilar)
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand (Stiftelsen Pilar)
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen (Helse Bergen HF)
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim (Helse Midt-Norge RHF)
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø (Helse Nord RHF)

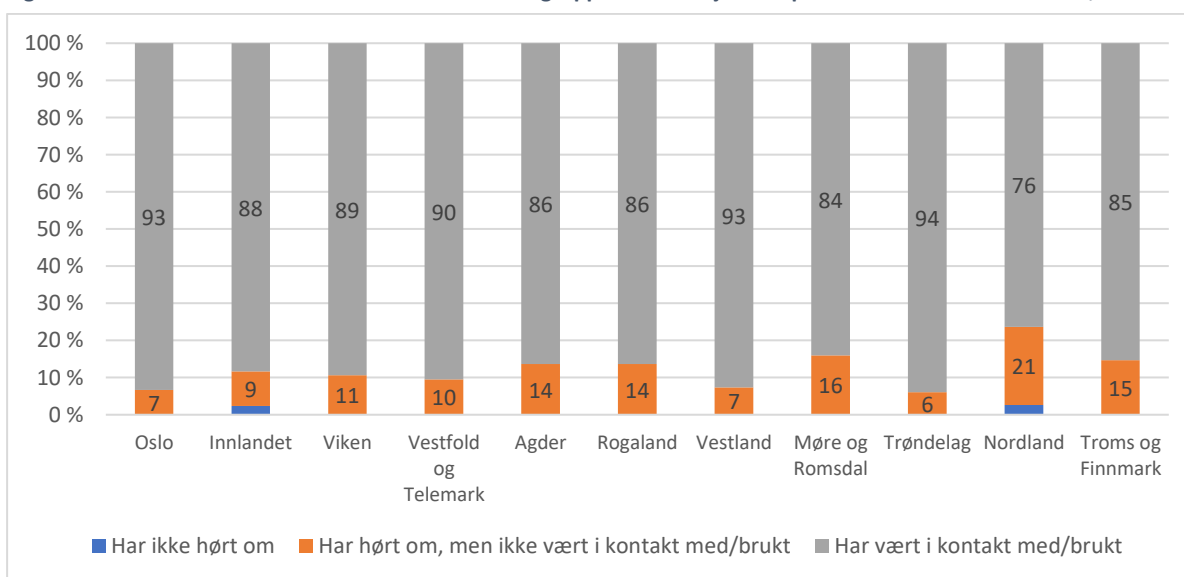
341 kommuner/bydeler (92 prosent) har svart på spørsmålene om RVTS. Som vist i figur 24.19 er det i 2023 totalt 88 prosent av disse som svarer at de har vært i kontakt med RVTS, og dette er en økning på 8 prosentpoeng fra 2016. To kommuner (1 prosent) oppgir at de ikke kjenner til RVTS.



Figur 24.19 Prosent av kommunene som kjenner til RVTS, 2016–2022.



Figur 24.20 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Kommunestørrelse, 2023.

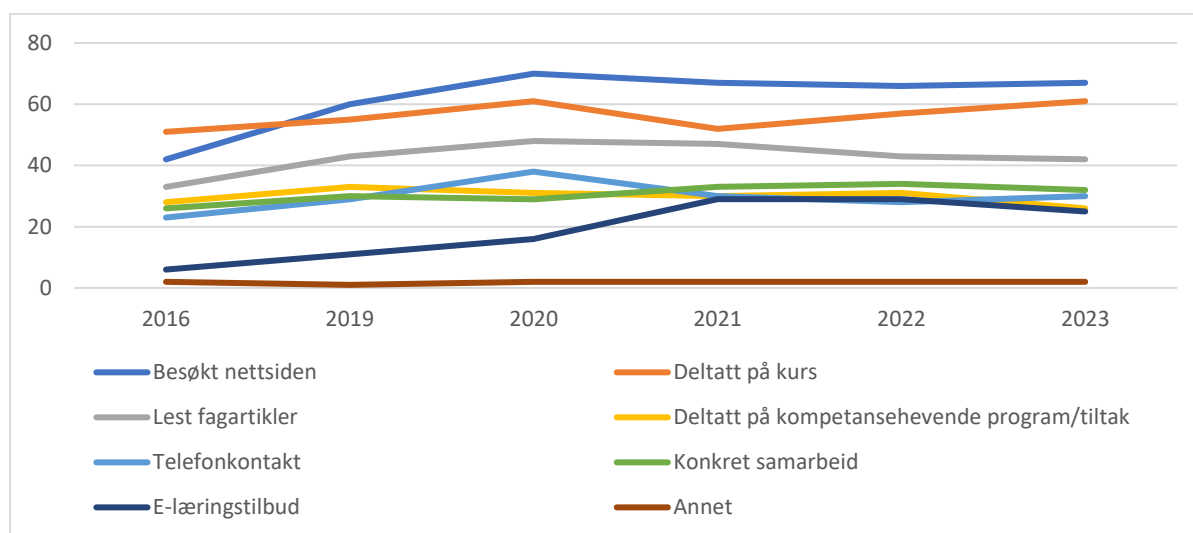


Figur 24.21 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Fylke, 2023.

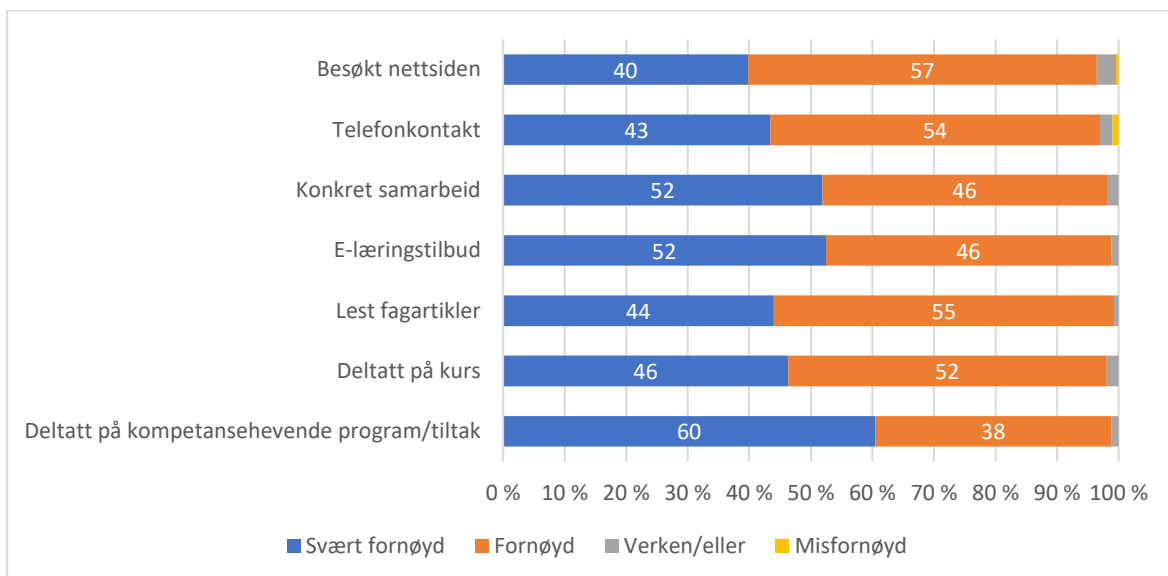
Tabell 24.4 Kontakt med RVTS, 2023 (N=341),

	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	228	67
Telefonkontakt	101	30
Konkret samarbeid	108	32
E-læringstilbud	84	25
Lest fagartikler	144	42
Deltatt på kurs	208	61
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	90	26
Annet	6	2

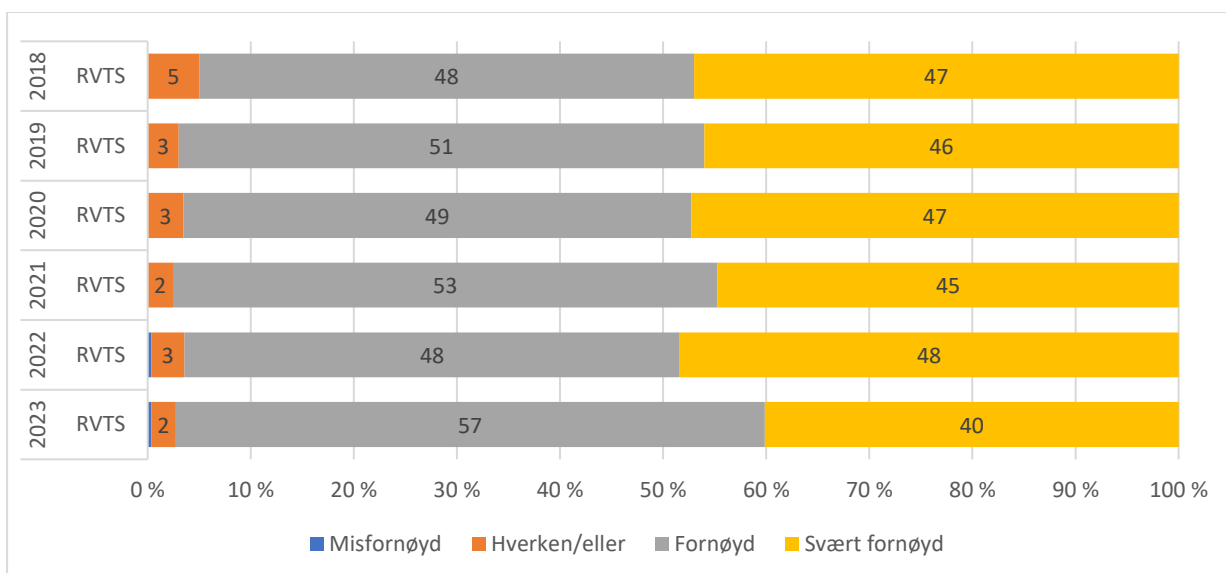
Under annet nevnes kriseteam-samarbeid, flyktninger, nettverkssamling og veiledning.



Figur 24.22 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2019 (n=419), 2020 (n=293), 2021 (n=328), 2022 (n=315) og 2023 (n=341)



Figur 24.23 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, 2023.



Figur 24.24 Generell fornøydhet med RVTS, 2018-2023.

24.6 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 samtidige 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. Satsningsområder for 2019-2024 er:

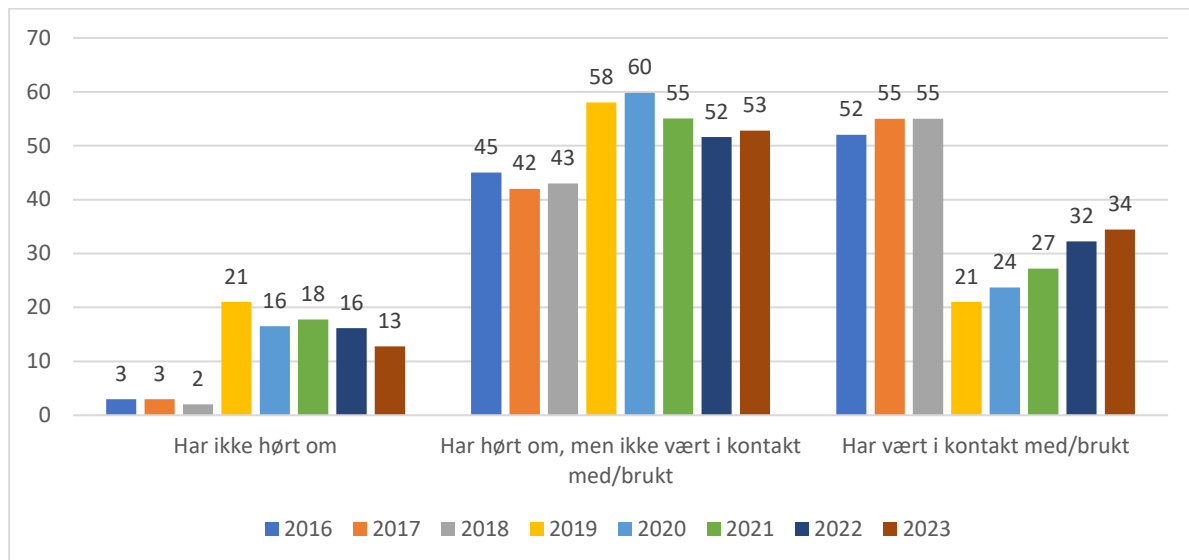
1. Videreutvikling og etablering av samhandlings- og tjenestemodeller på tvers av sektorer og forvaltningsnivå.

2. Styrking av helhetlig og integrert behandling slik at både psykiske og somatiske helseproblemer og rusproblemer utredes og behandles samtidig innenfor helhetlige og samhandlende tjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Samarbeid, samordning og regionale nettverk.

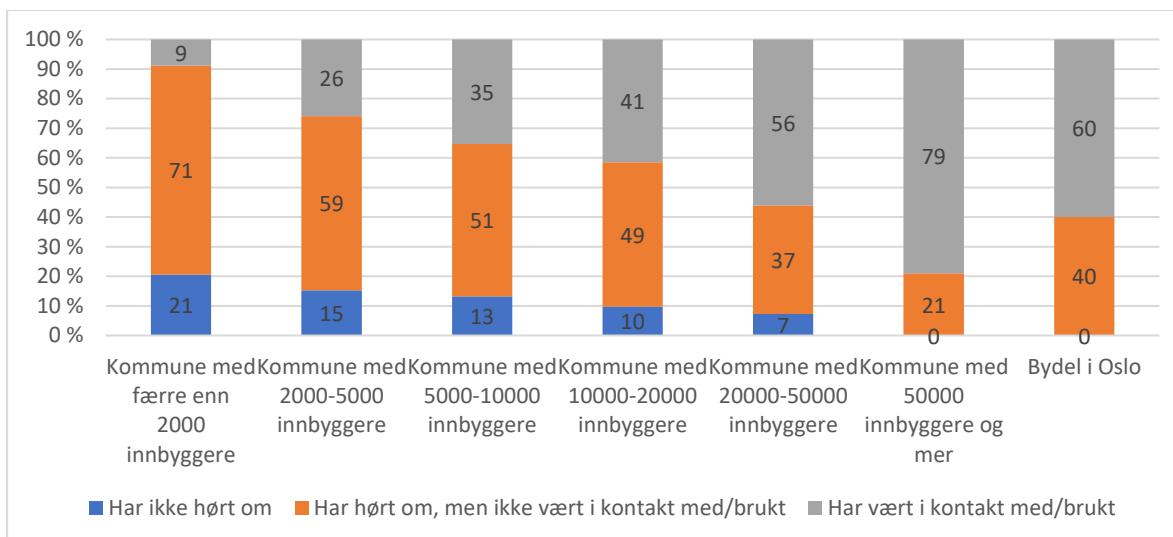
Kompetansetjenesten skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Det er 337 kommuner/bydeler (91 prosent) som har rapportert på kontakt med NKROP, og de fleste av disse har hørt om, men ikke vært i kontakt med tjenesten (53 prosent) i 2023, se figur 24.25. Det er 34 prosent som har vært i kontakt med/brukt kompetansetjenesten i 2023, og det er 43 kommuner (13 prosent) som oppgir at de ikke har hørt om NKROP.

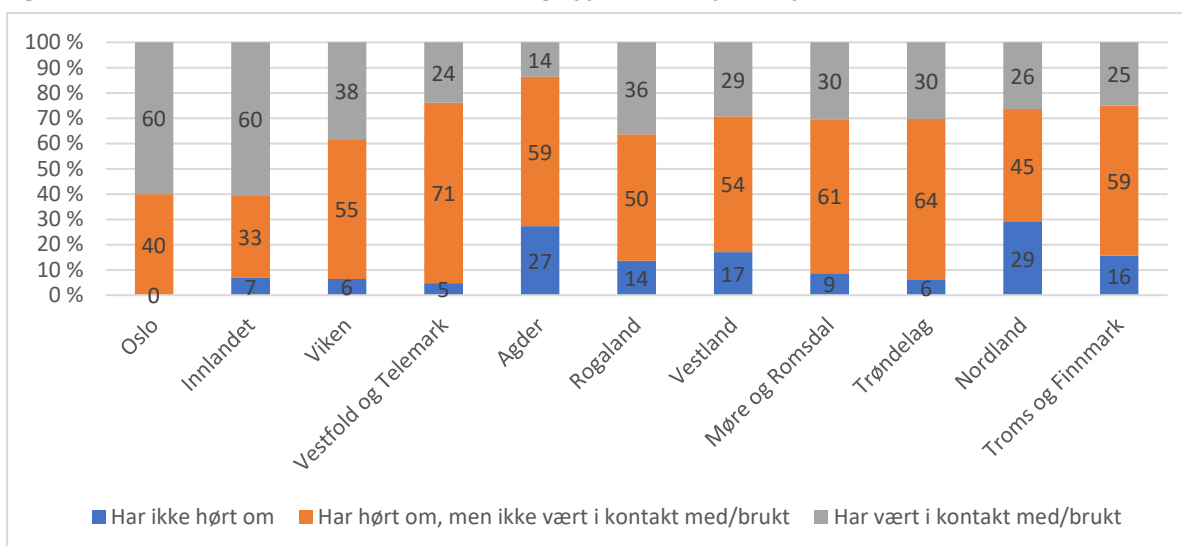
Det har vært en endring i spørsmålet ved at det før 2019 ble spurt om ROP-tjenesten, mens fra 2019 spørres det om kjennskap til NKROP med navnet på tjenesten også skrevet helt ut. Ved at det var få kommuner som ikke hadde hørt om ROP-tjenesten i 2018, er det kanskje nødvendig å informere om det formelle navnet da det er dette som nå brukes selv om nettsiden rop.no nok er kjent for mange.



Figur 24.25 Prosent av kommunene som kjenner til ROP-tjenesten (før 2019) og NKROP (fra 2019), 2016–2023.



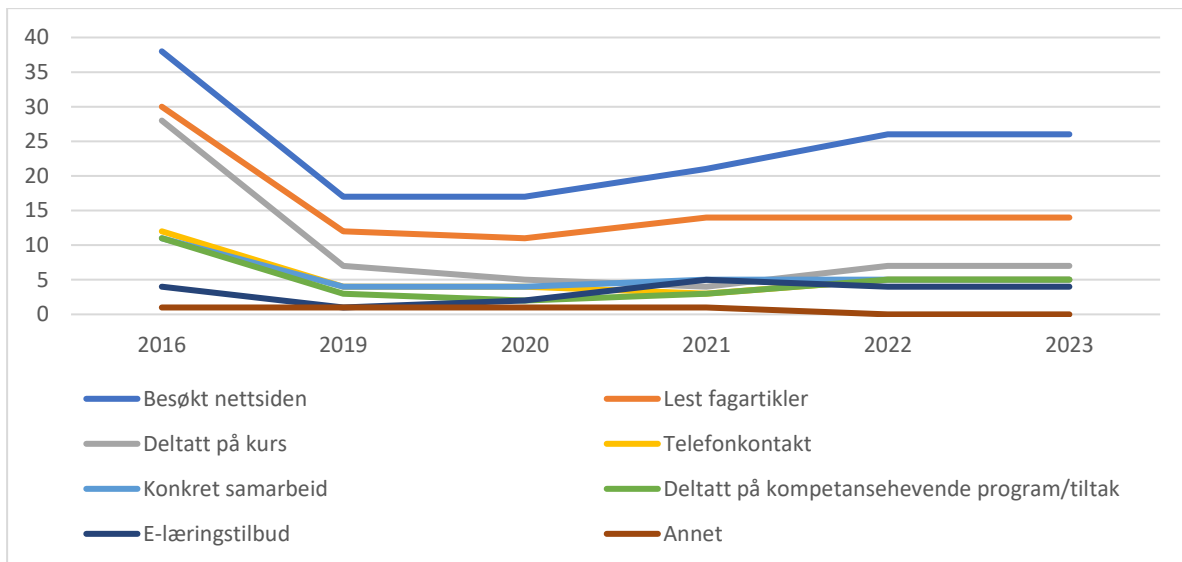
Figur 24.26 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Kommunestørrelse, 2023.



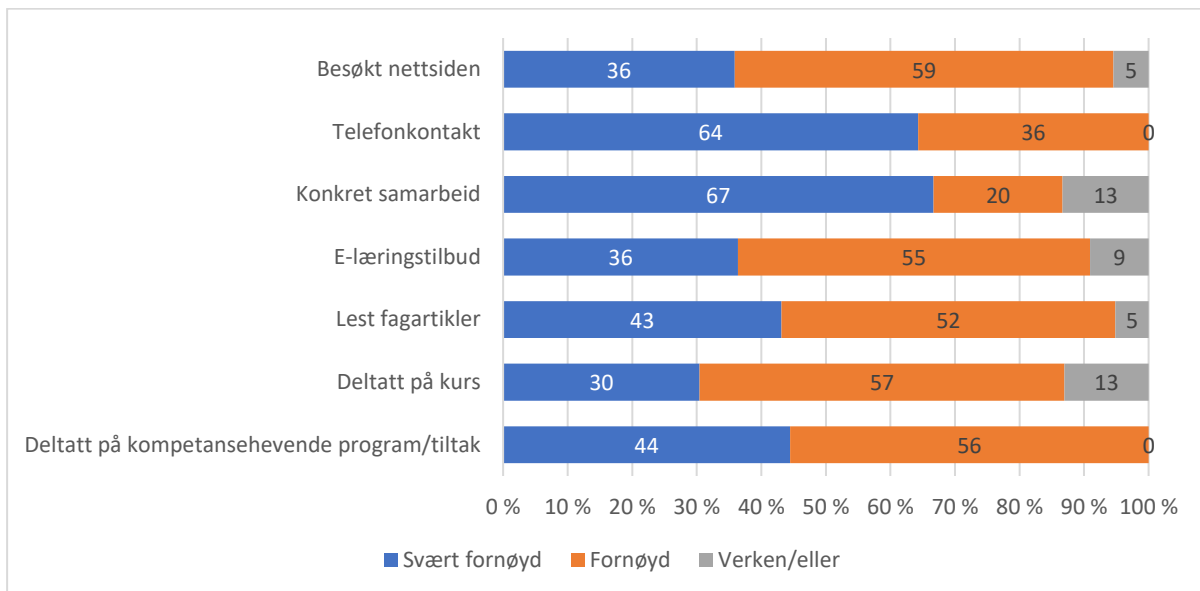
Figur 24.27 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Fylke, 2023.

Tabell 24.6 Kontakt med NKROP-tjenesten, 2023 (n=337)

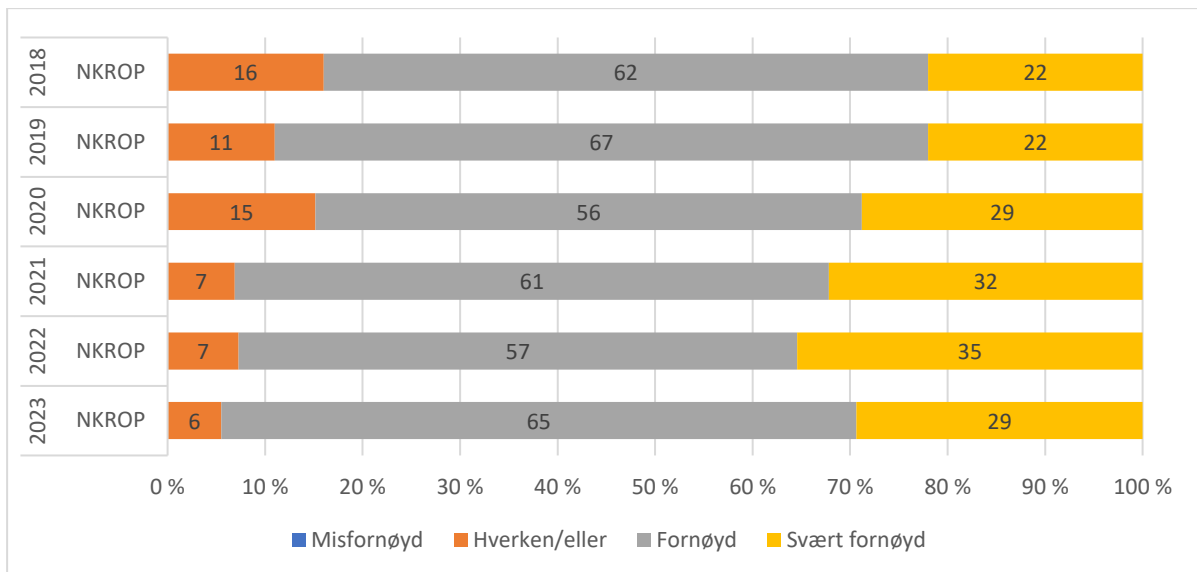
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	93	28
Telefonkontakt	14	4
Konkret samarbeid	16	5
E-læringstilbud	12	4
Lest fagartikler	59	18
Deltatt på kurs	24	7
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	10	3
Annet	1	0



Figur 24.28 Kontakt med NKROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419), 2020 (n=291), 2021 (n=327), 2022 (n=315) og 2023 (n=337)



Figur 24.29 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKROP, 2023.



Figur 24.30 Generell fornøydhet med NKROP, 2018-2023.

24.7 NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)

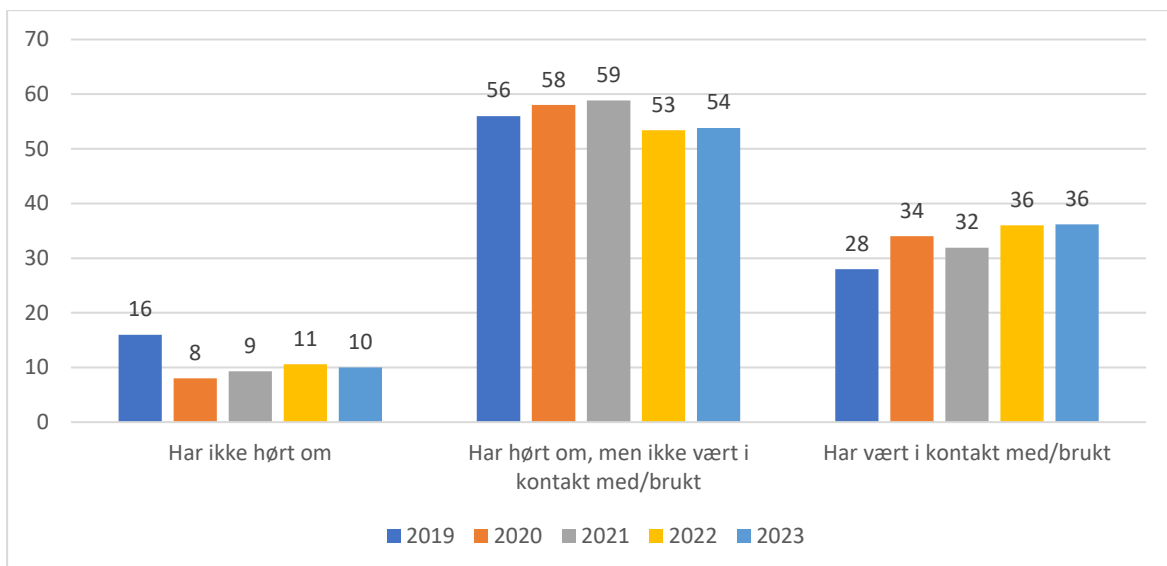
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Deres hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling og kompetanseutvikling. Senteret oppgir å ha et tverrfaglig perspektiv, og forskningen omfatter flere ulike forhold, blant annet medisinske, psykologiske, kulturelle og sosiale.

Senteret legger vekt på forhold rundt etnisitet, alder og kjønn og temaene de arbeider med kan kategoriseres etter følgende inndeling:

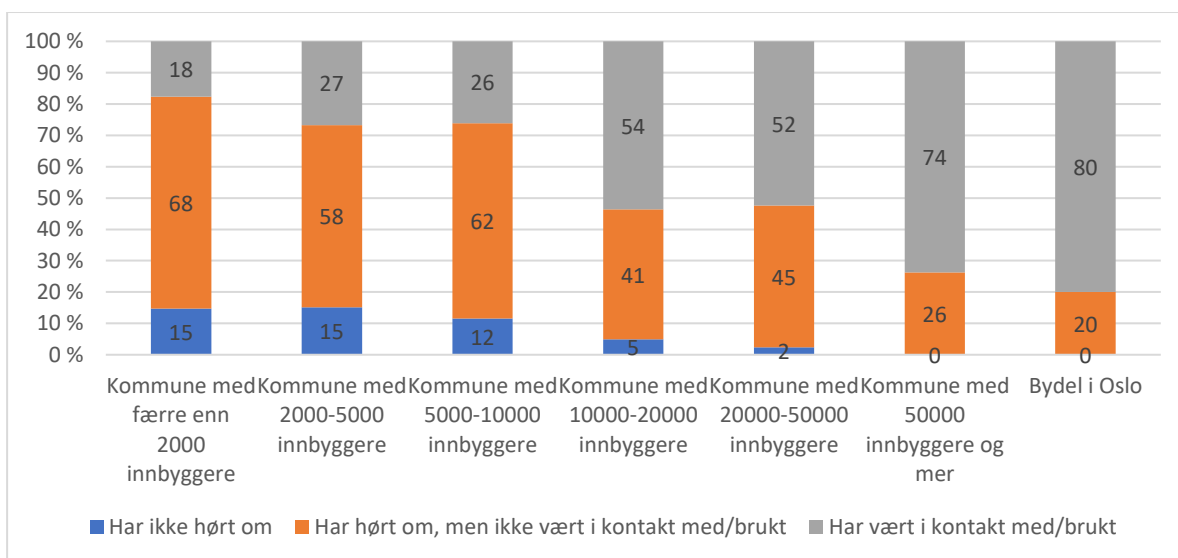
- vold og overgrep i og utenfor nære relasjoner
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktningehelse

De samarbeider med regionale ressursmiljøer innen vold- og traumefeltet, samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt. NKVTS driver ikke klinisk virksomhet, men kunnskapen som produseres ved senteret skal komme praksisfeltet, i vid forstand, til nytte. NKVTS kom med i kartleggingen i 2019. Senteret er i dag eid av NORCE AS.

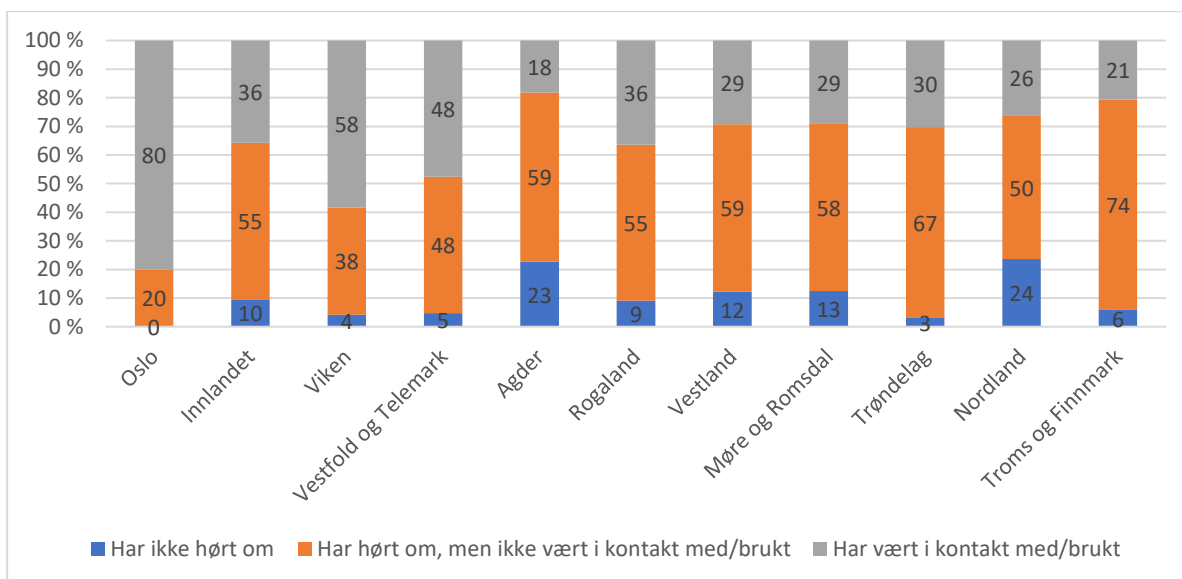
I 2022 var det 340 kommuner/bydeler (91 prosent) som svarte på om de hadde kjennskap til senteret, og av disse var det 123 kommuner/bydeler (36 prosent) som svarte at de hadde vært i kontakt med NKVTS, se figur 24.31. Dette er en økning fra 28 prosent i 2019.



Figur 24.31 Prosent av kommunene som har kjennskap til NKVTS, 2019–2023



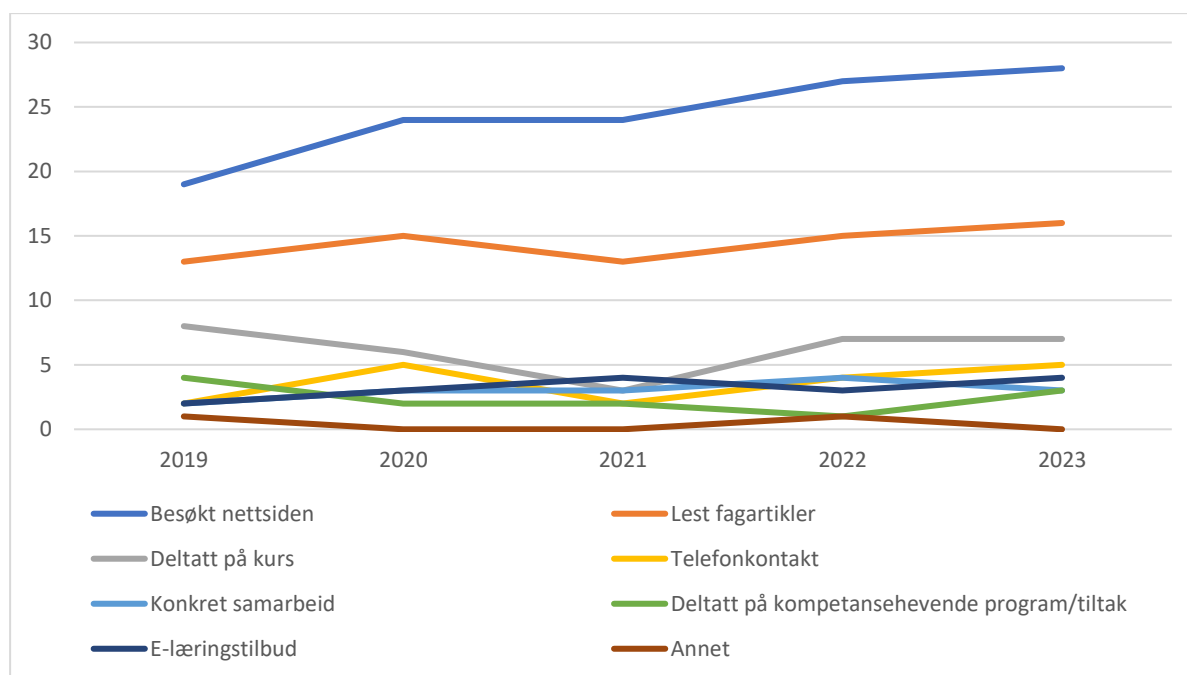
Figur 24.32 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS. Kommunestørrelse, 2023.



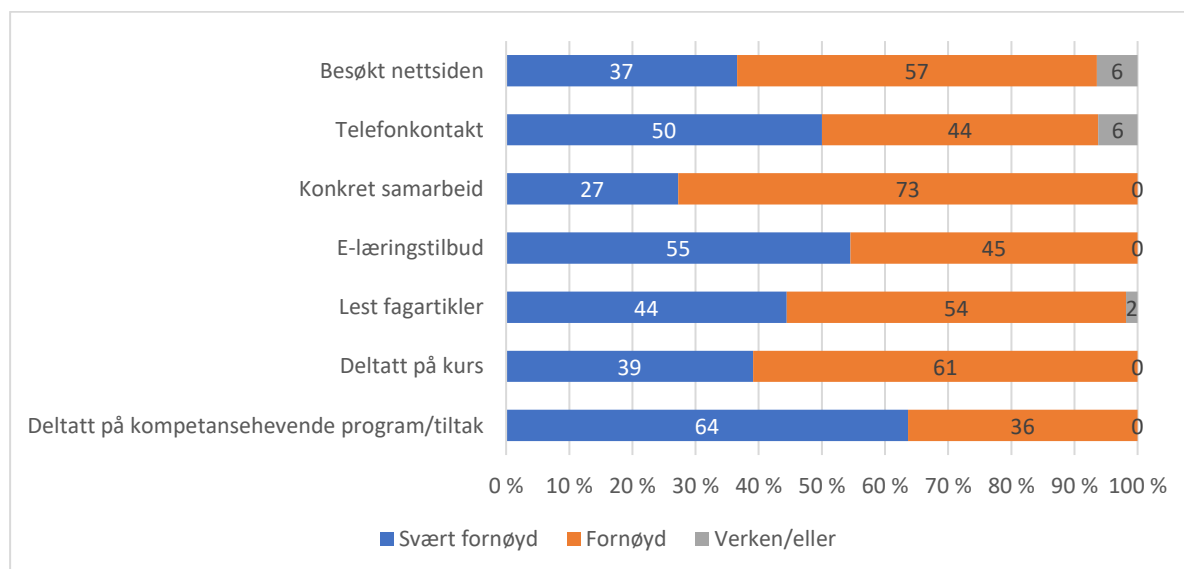
Figur 24.33 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NKVTS. Fylke, 2023.

Tabell 24.5 Antall og prosent av kommunene/bydelene etter type kontakt med NKVTS, 2023 (n=349)

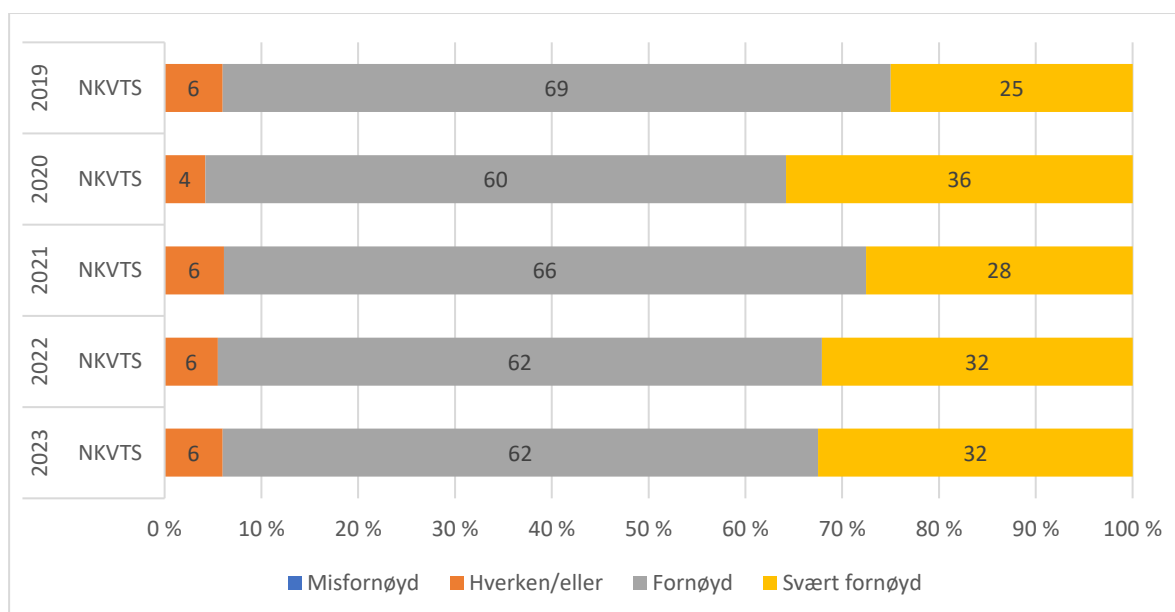
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	96	28
Telefonkontakt	16	5
Konkret samarbeid	11	3
E-læringstilbud	12	4
Lest fagartikler	55	16
Deltatt på kurs	24	7
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	11	3
Annet	1	0



Figur 24.34 Prosent av kommunene/bydelene etter type kontakt med NKVTS. 2021 (n=323), 2022 (n=311) og 2023 (n=340)



Figur 24.35 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKVTS, 2023.



Figur 24.36 Generell fornøydhet med NKVTS, 2019-2023.

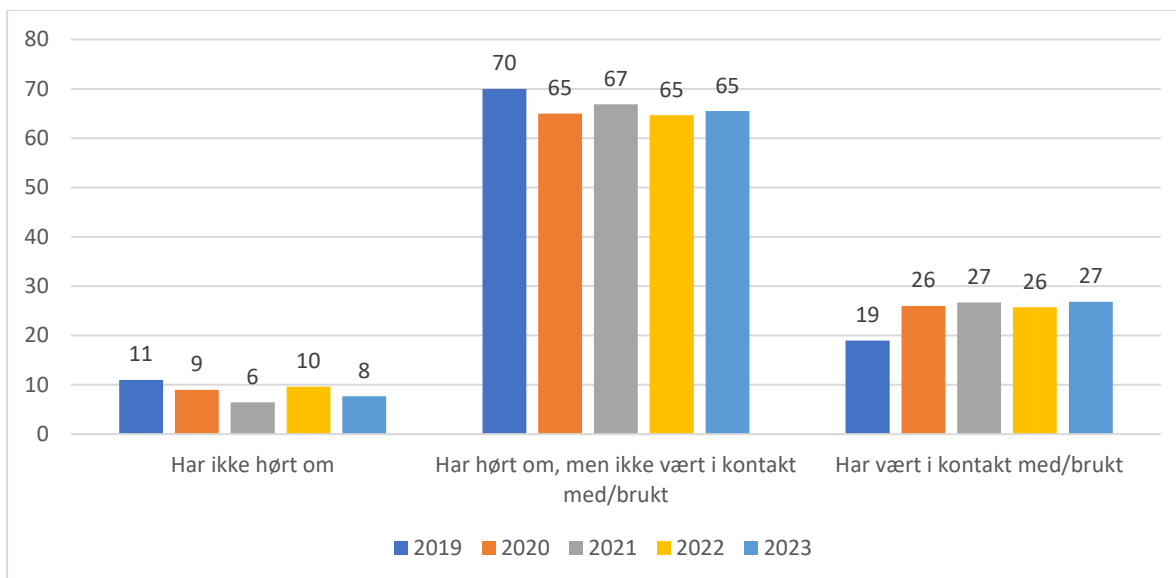
24.8 NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Formålet med senteret er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. Kjerneoppgavene til senteret er:

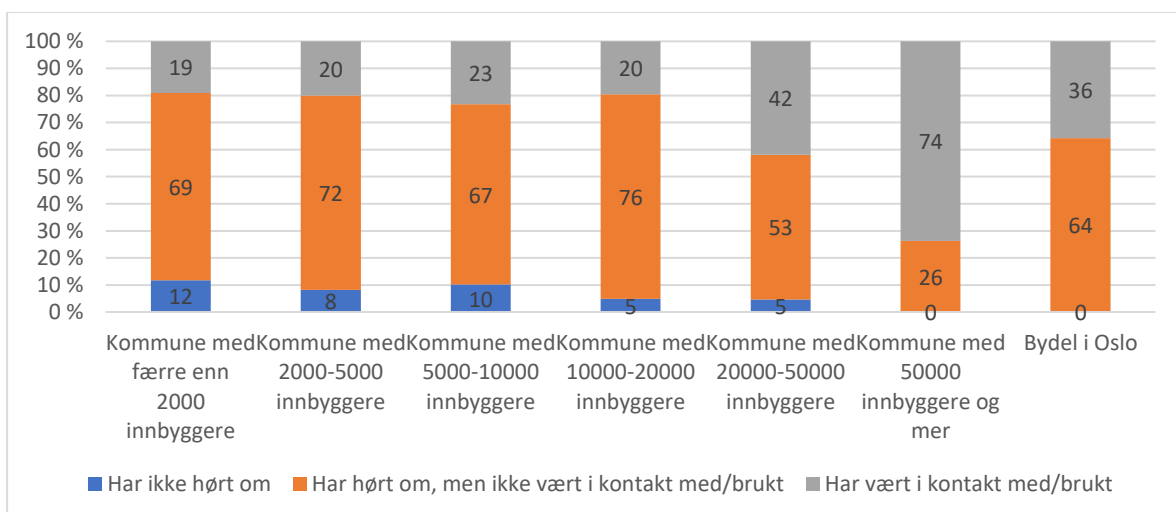
- Forskning og utviklingsarbeid
- Kunnskapsformidling
- Kompetanseutvikling

NSSF kom med i kartleggingen i 2019.

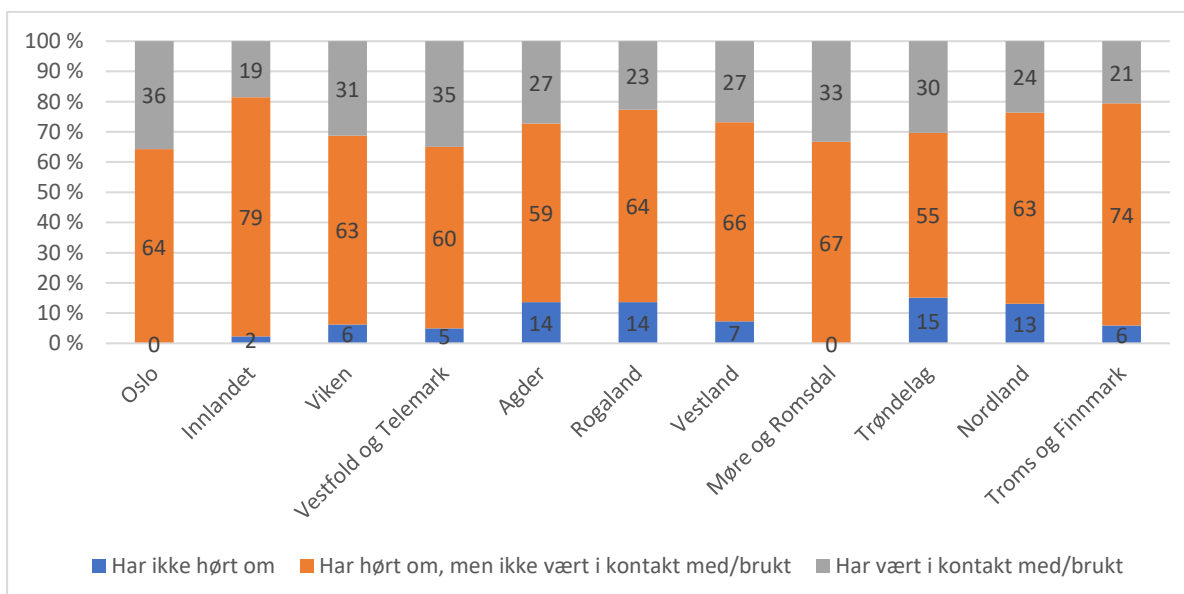
Det er 339 kommuner/bydeler (91 prosent) som svarer på spørsmålene om NSSF. Fra figur 24.37 ser vi at 8 prosent av kommunene svarer at de ikke har hørt om NSSF i 2023, og 27 prosent svarer at de har vært i kontakt med/brukt senteret, mens 65 prosent har hørt om senteret, men ikke vært i kontakt med/brukt NSSF.



Figur 24.37 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NSSF, 2019–2023.



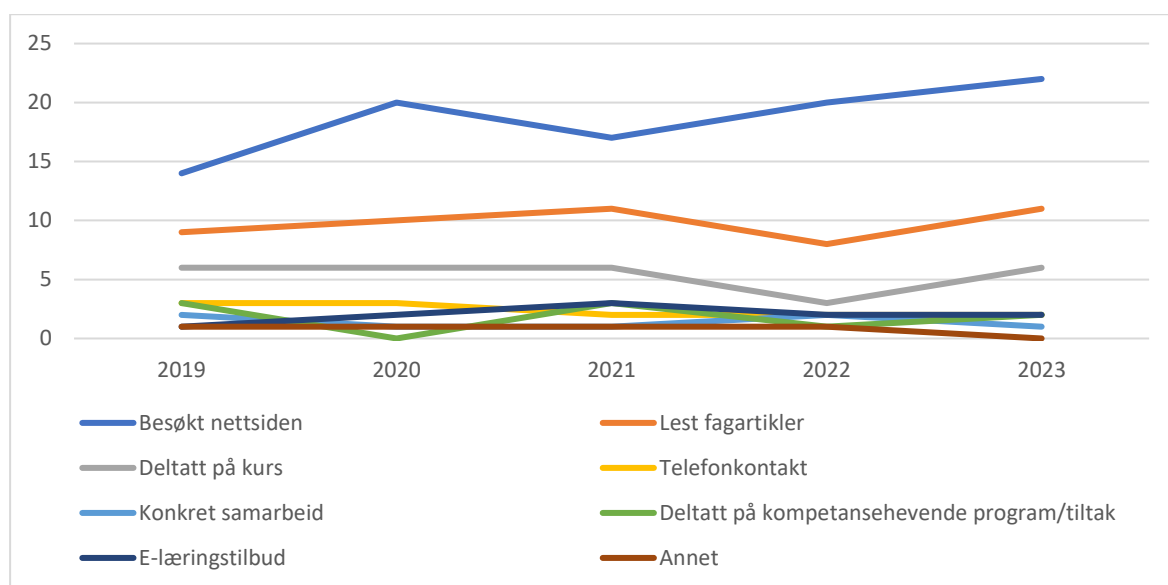
Figur 24.38 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Kommunestørrelse, 2023.



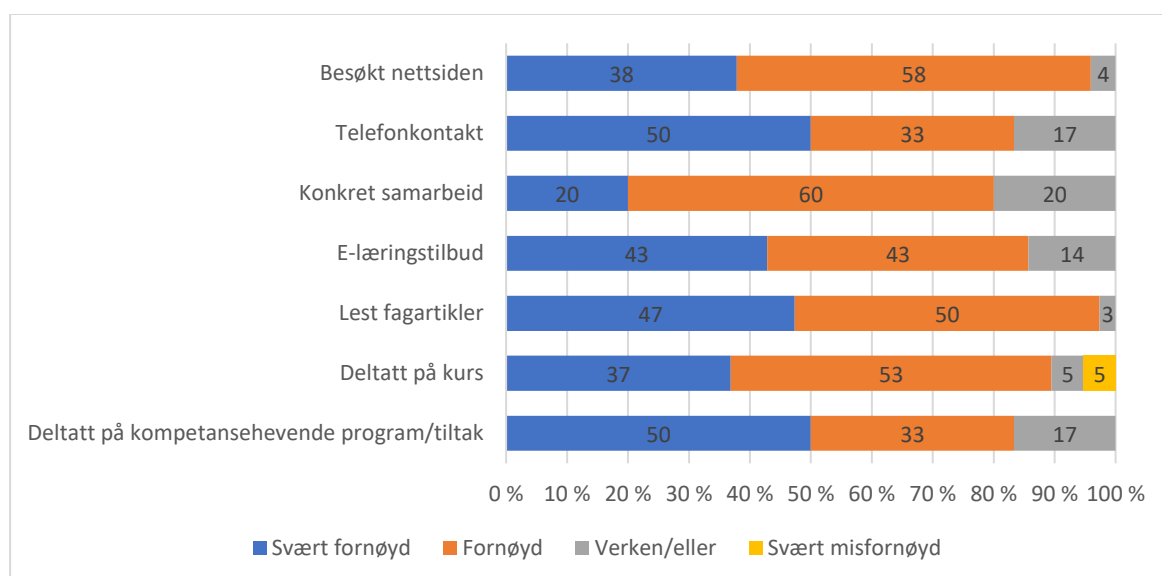
Figur 24.39 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Fylke, 2023.

Tabell 24.6 Kommunenes kontakt med NSSF, 2023 (n=339)

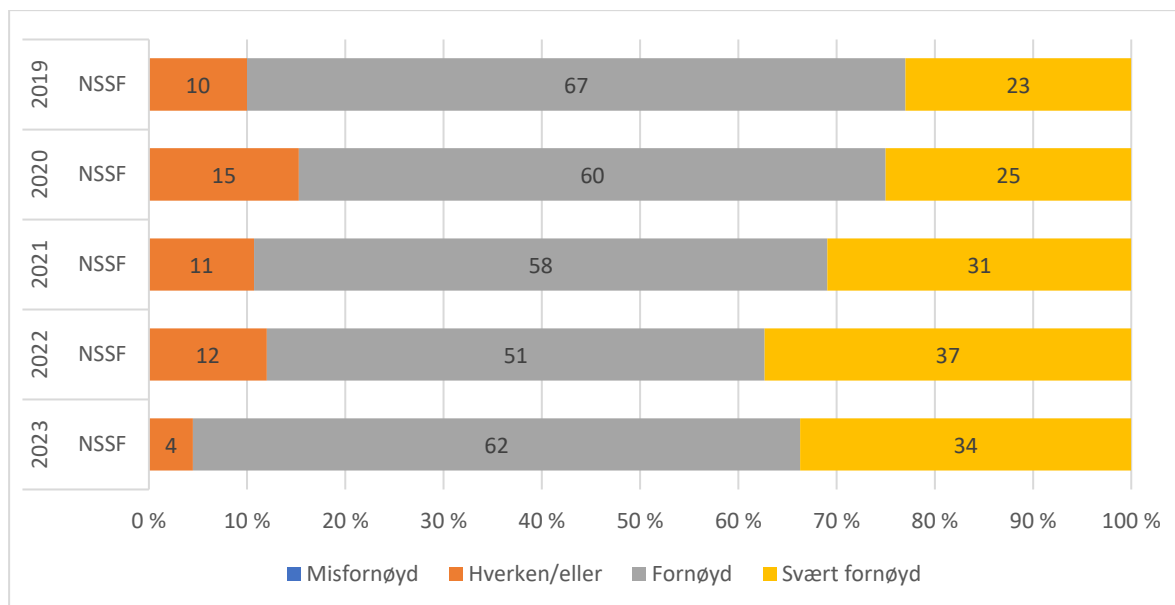
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	74	22
Telefonkontakt	6	2
Konkret samarbeid	5	1
E-læringstilbud	7	2
Lest fagartikler	38	11
Deltatt på kurs	19	6
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	6	2
Annet, hva	1	0



Figur 24.40 Kommunenes kontakt med NSSF, 2021 (n=326), 2022 (n=311) og 2023 (n=339)



Figur 24.41 I hvilken grad kommunene var fornøyde med de ulike kontaktformene med NSSF, 2023.



Figur 24.42 Generelt fornøydhet med NSSF, 2019–2023.

24.9 SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS)

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) ble i 2014 godkjent som nasjonal kompetansetjeneste og er lokalisert ved Finnmarkssykehuset HF.

SANKS tilbyr utredning og behandling for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern og avhengighet. SANKS har også nasjonale kompetansetjenestefunksjoner og målet er å bidra til at den samiske befolkningen får et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og avhengighet. SANKS er organisert i sju kliniske enheter som er lokalisert i Karasjok og Lakselv. I tillegg har SANKS et Nasjonalt team. Teamet er organisert under kompetansetjenesten i tillegg til teamets kliniske oppgaver som er å tilby behandling spesielt til samer bosatt utenfor Finnmark.

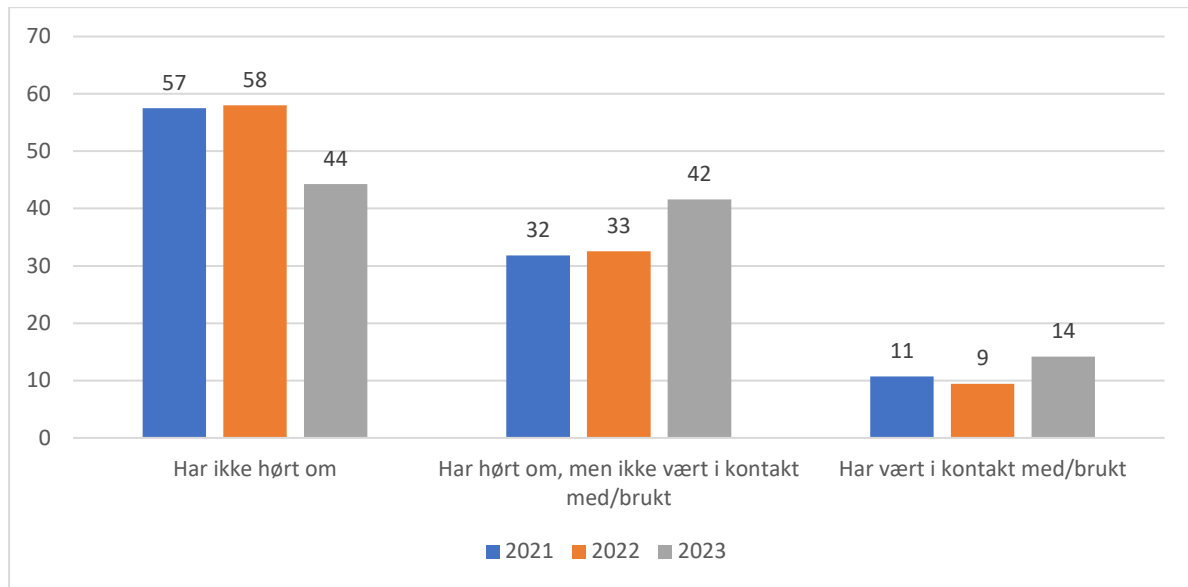
SANKS sin enhet for forskning og utvikling (FoU) koordinerer og ivaretar den nasjonale kompetansetjenestefunksjonen. Kompetansetjenesten i SANKS skal bygge opp og formidle kompetanse innen psykisk helsevern og rus når det gjelder samiske pasienters særskilte behov for kultursensitiv diagnostikk og kulturelt tilrettelagde behandlingstilbud. Det er et mål at kompetansen skal gi økt kvalitet og pasientsikkerhet for samiske pasienter i et helhetlig behandlingsforløp, og bidra til å hindre «drop-out».

Kompetansetjenesten omfatter forsknings- og fagutviklingsvirksomhet, oppbygging og deltakelse i forskningsnettverk, spredning av forskningsresultater, undervisning, veiledning og rådgivning. Målgruppen er helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, brukere, pårørende og allmenheten.

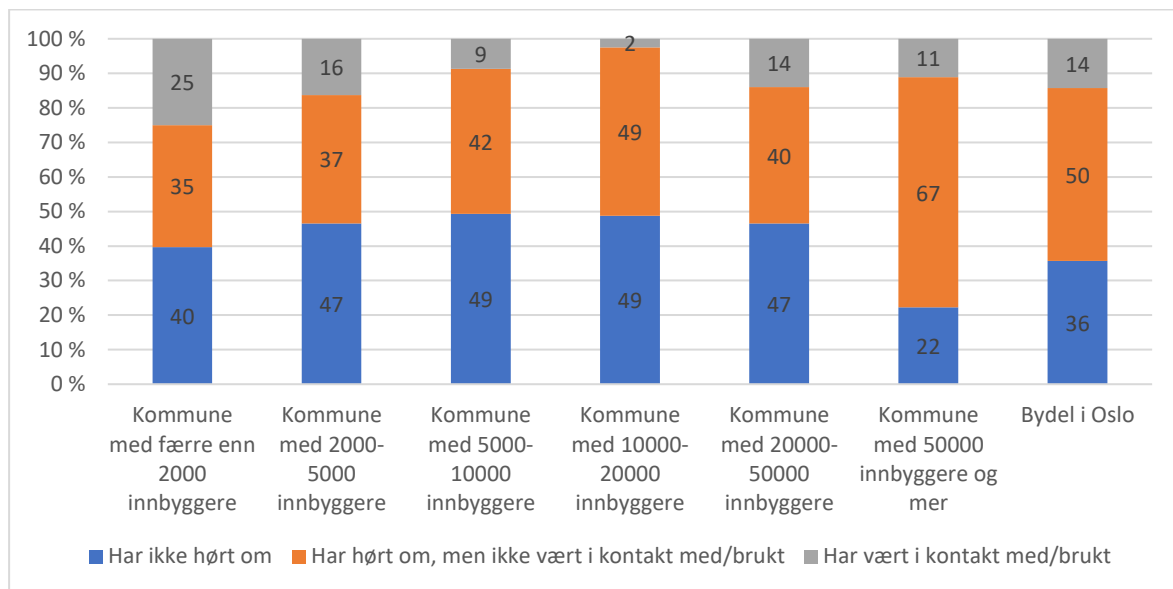
Kompetansetjenesten har som mål å bygge opp kompetansen i alle helseregioner for å sikre bedre kvalitet og at det etableres faglige nettverk som på sikt kan overta og videreføre dette arbeidet lokalt. SANKS inngår i kartleggingen for første gang i 2021.

Det er 339 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmål om SANKS i 2023. Fra figur 24.43 ser vi at det er 44 prosent som svarer at de ikke har hørt om SANKS i 2023, 42 prosent som har

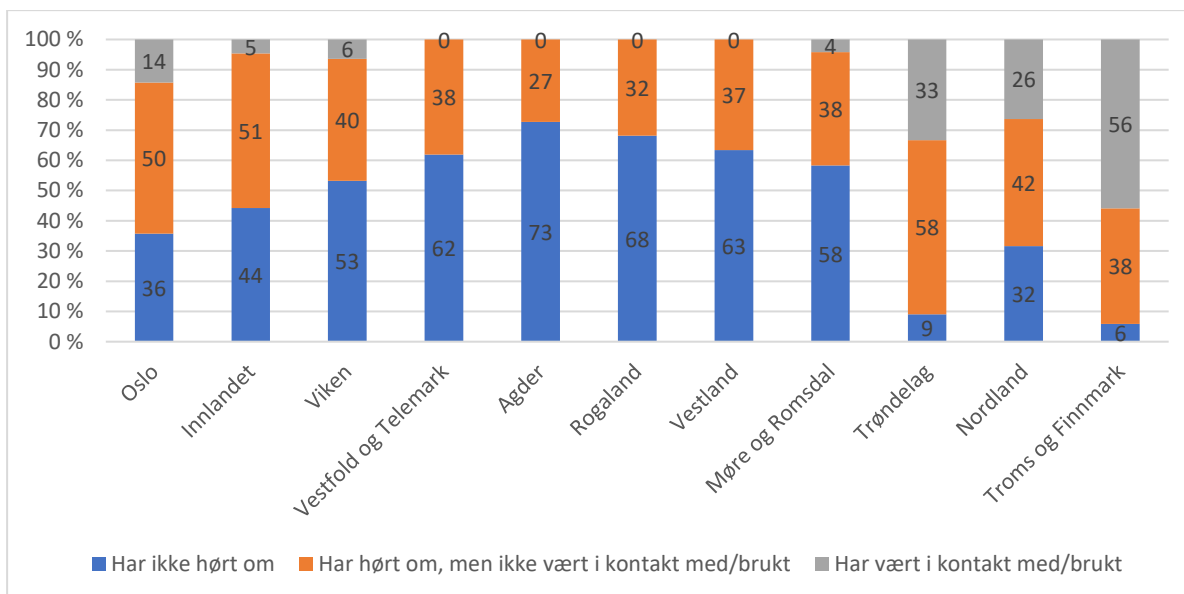
hørt om, men ikke vært i kontakt med/brukt og 14 prosent som har vært i kontakt med eller brukt senteret. Det er en betydelig fremgang fra to første år.



Figur 24.43 Andel kommuner som kjenner til SANKS, 2021 - 2023.



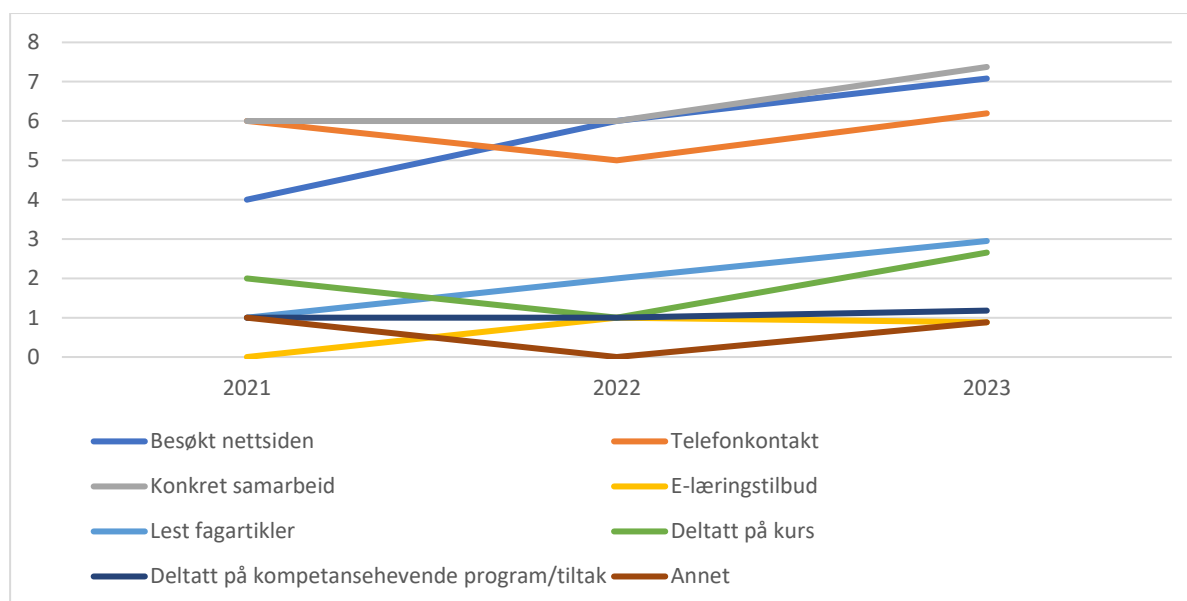
Figur 24.44 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Kommunestørrelse, 2023.



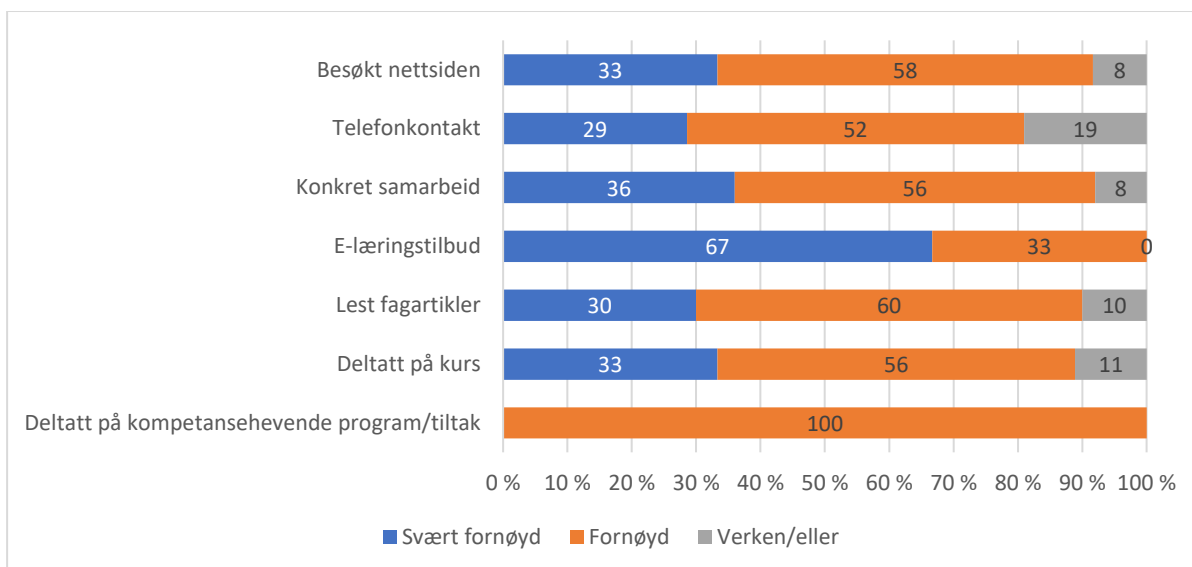
Figur 24.45 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Fylke, 2023.

Tabell 24.7 Kommunenes kontakt med SANKS, 2023 (n=339)

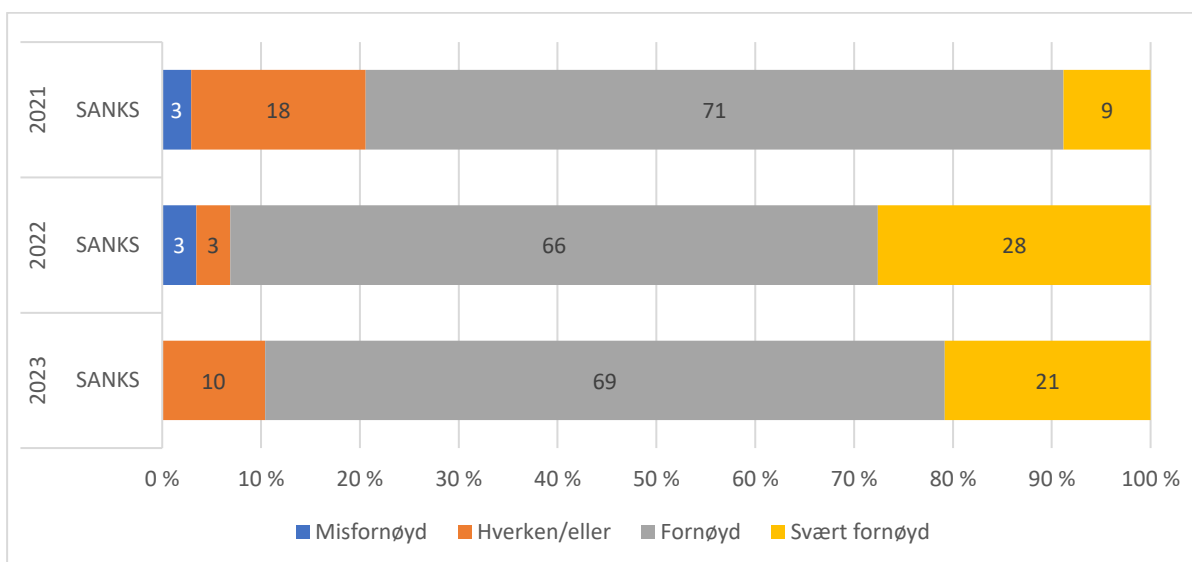
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	24	7
Telefonkontakt	21	6
Konkret samarbeid	25	7
E-læringstilbud	3	1
Lest fagartikler	10	3
Deltatt på kurs	9	3
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	4	1
Annet	3	1



Kommunenes kontakt med SANKS, 2021 (n=327), 2022 (n=307) og 2023 (n=339)



Figur 24.46 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med SANKS, 2023.



Figur 24.47 Generelt fornøydhet med SANKS, 2021 - 2023.

24.10 SIFER (NASJONALT KOMPETANSESENTERNETTVERK I SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI)

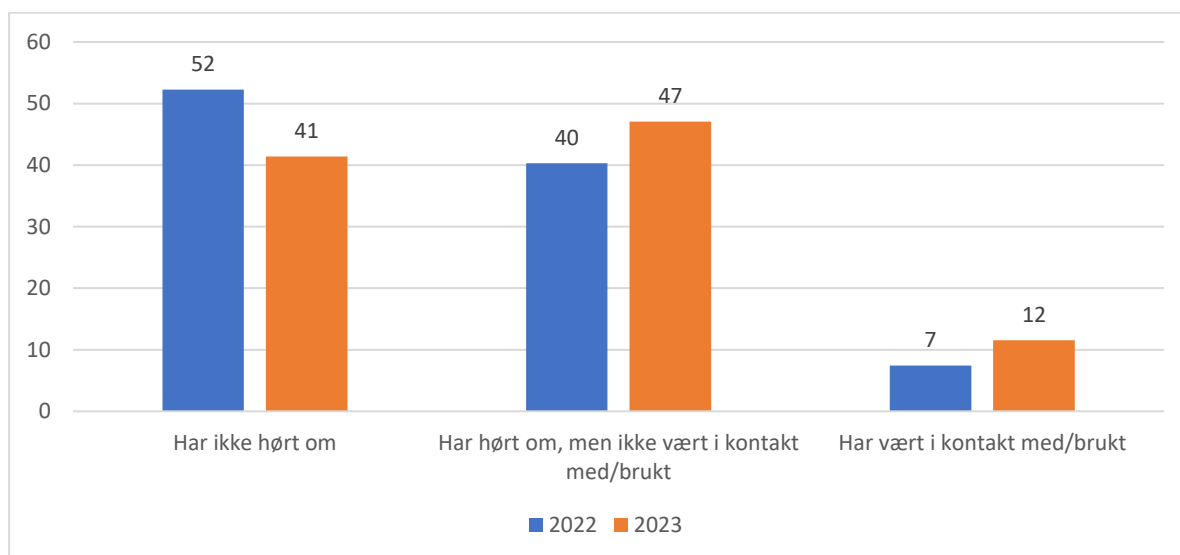
SIFER er et nasjonalt kompetansesenternetverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri.^{xxii} De har regionale kompetansesentre i:

- Helse Bergen for Helse Vest
- St. Olavs hospital i Trondheim for Helse Midt-Norge
- Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø for Helse Nord
- Oslo universitetssykehus for Helse Sør-Øst

Formål for SIFER er å legge til rette for samarbeid om forskning, fagutvikling og formidling mellom kompetansesentrene for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri. Samfunnsoppdraget er å bidra til et bedre tjenestetilbud for pasientene og brukere i sikkerhetspsykiatrien, fengselspsykiatrien og rettspsykiatrien, samt spre kunnskap om fagområdene til beslutningstagere, forvaltning, eiere, media og allmennheten for øvrig.

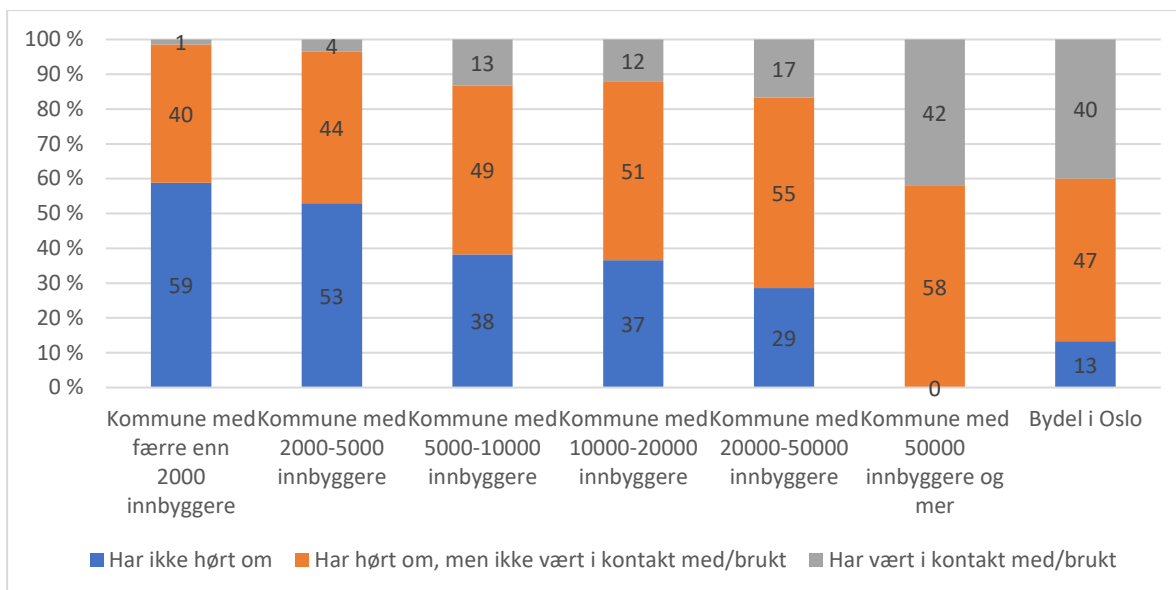
SIFER har et nært og formelt samarbeid med helsedirektoratet, justis- og politimyndigheter, brukerorganisasjoner, høyskoler, universitet og kriminalomsorgen. De organiserer en etterutdanning i rettspsykiatri for psykiatere og psykologer, og underviser blant annet for allmennpsykiatrien og for fengselsvesen.

Det er 338 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålene om SIFER (91 prosent). Som vist i figur 24.48, er det i 2023 totalt 41 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har hørt om SIFER, mens 12 prosent oppgir å ha vært i kontakt med/brukt SIFER.



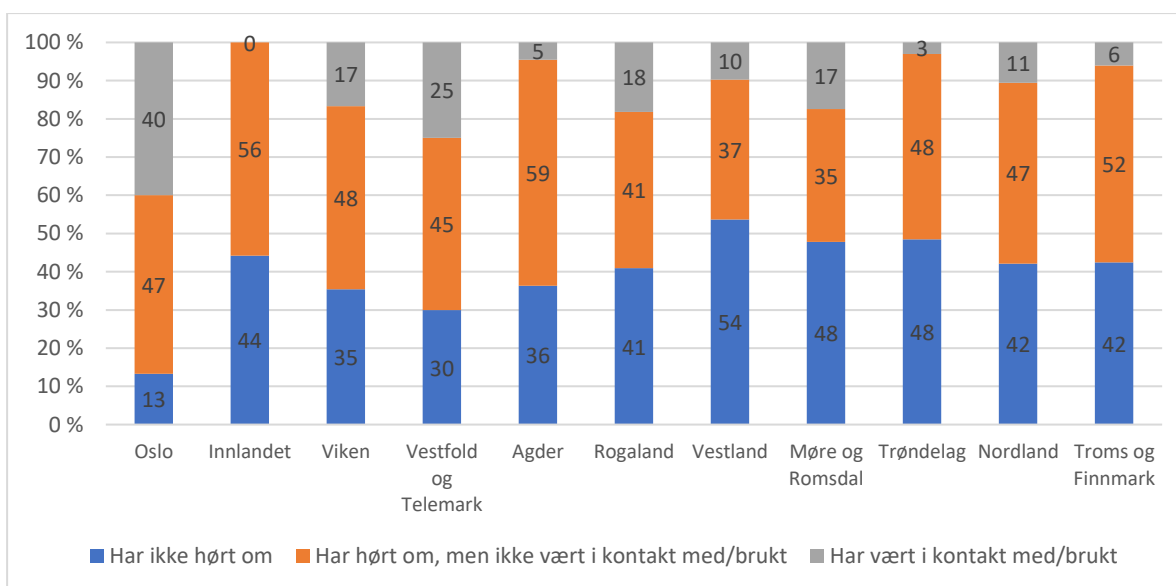
Figur 24.48 Andel kommuner som kjenner til SIFER, 2022.

^{xxii} www.sifer.no



Figur 24.49 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SIFER. Kommunestørrelse, 2023.

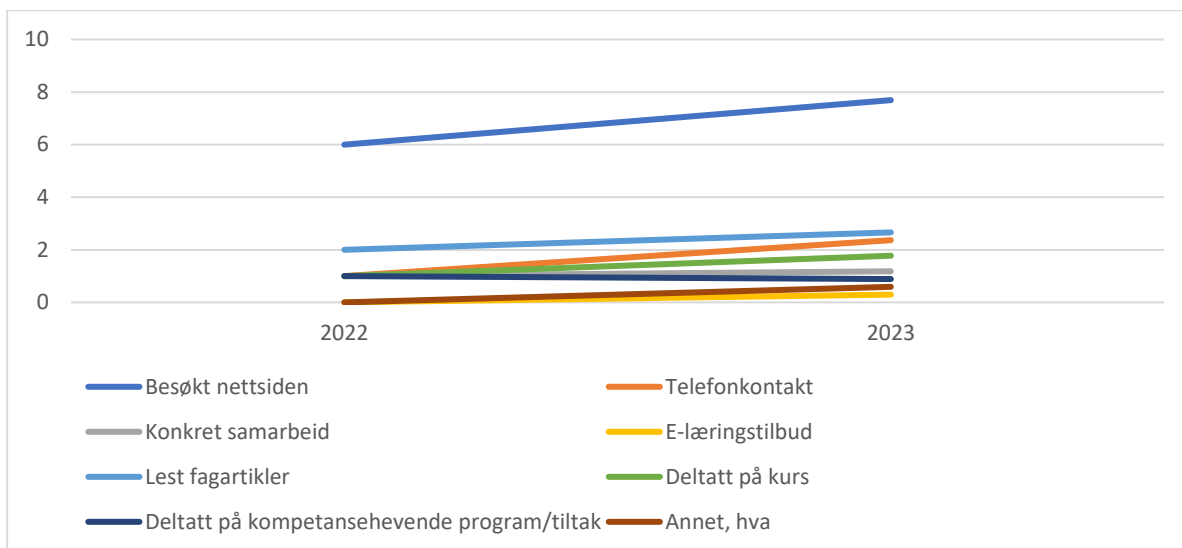
Færre små kommuner har vært i kontakt med SIFER sammenliknet med store kommuner, og i Agder, Møre og Romsdal og i Trøndelag er det ingen kommuner som har vært i kontakt med/brukt SIFER.



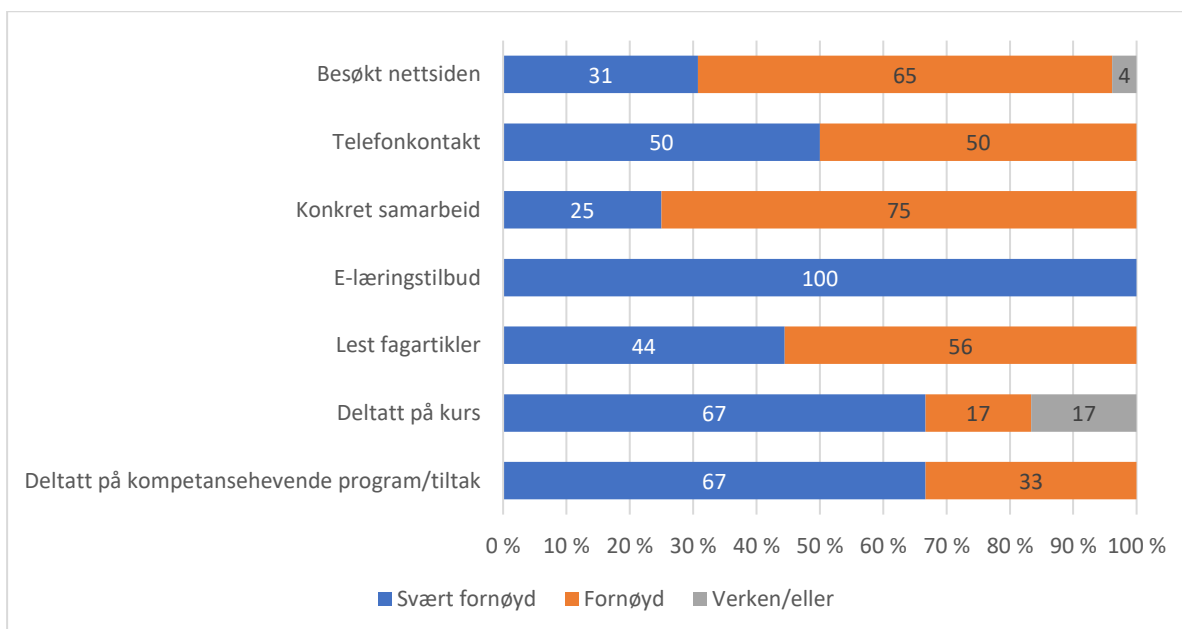
Figur 24.50 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SIFER. Fylke, 2023.

Tabell 24.8 Kommunenes kontakt med SIFER, 2023 (n=338).

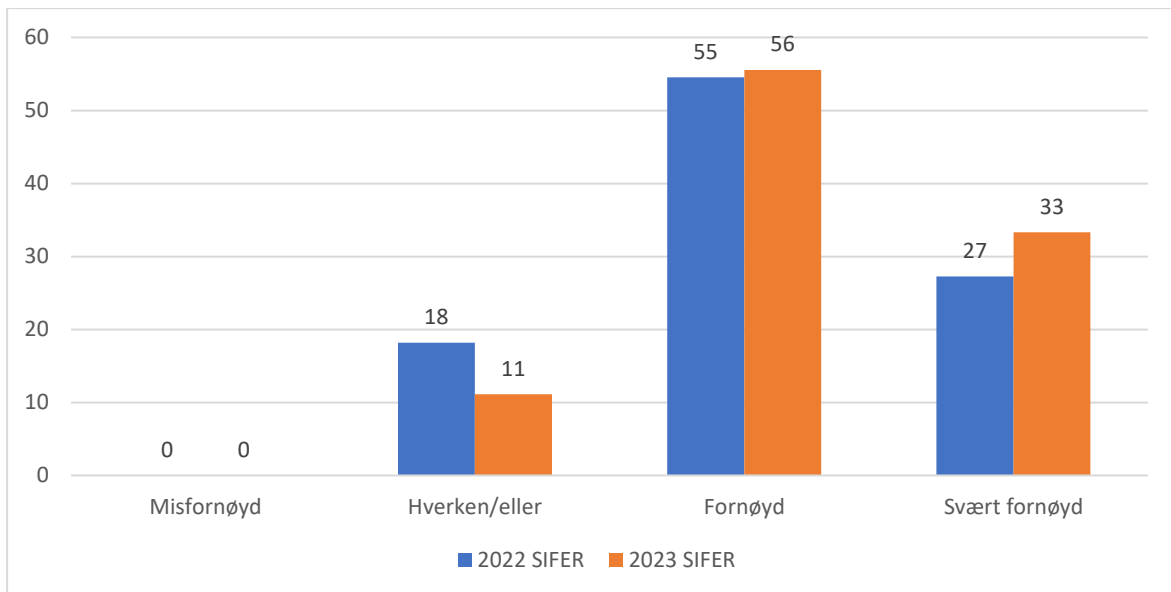
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	26	8
Telefonkontakt	8	2
Konkret samarbeid	4	1
E-læringstilbud	1	0
Lest fagartikler	9	3
Deltatt på kurs	6	2
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	3	1
Annet	2	1



Figur 24.51 Kommunenes kontakt med SIFER, 2022 (n=310) og 2023 (n=338).



Figur 24.52 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med SIFER, 2023.



Figur 24.53 Generelt fornøydhet med SIFER, 2022 og 2023.

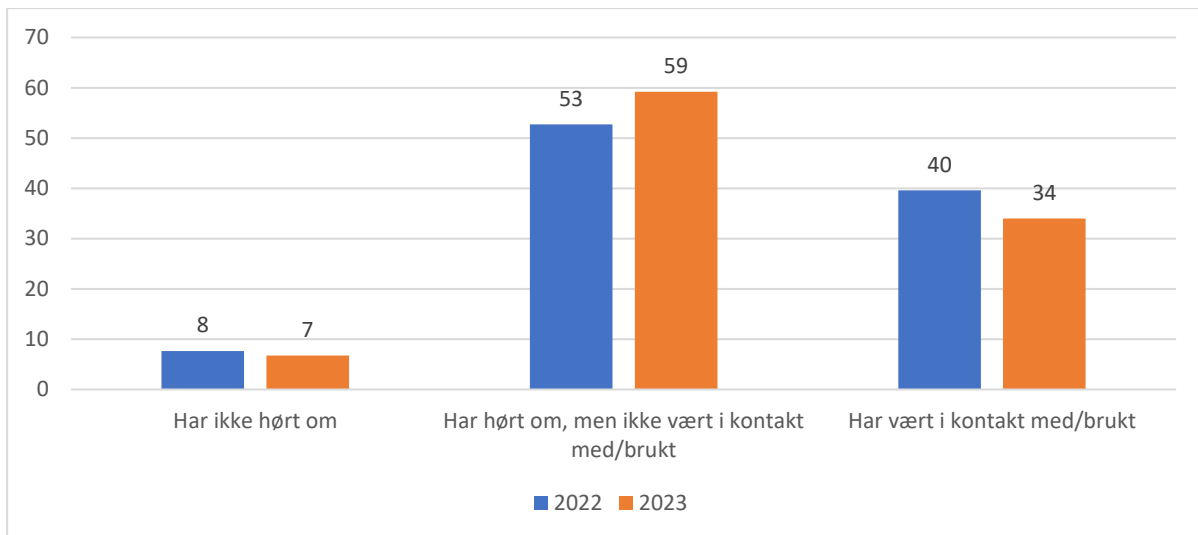
Det store flertallet av kommunene er generelt fornøyd eller svært fornøyd med SIFER.

24.11 ERFARINGSKOMPETANSE (NASJONALT SENTER FOR ERFARINGSKOMPETANSE INNEN PSYKISK HELSE)

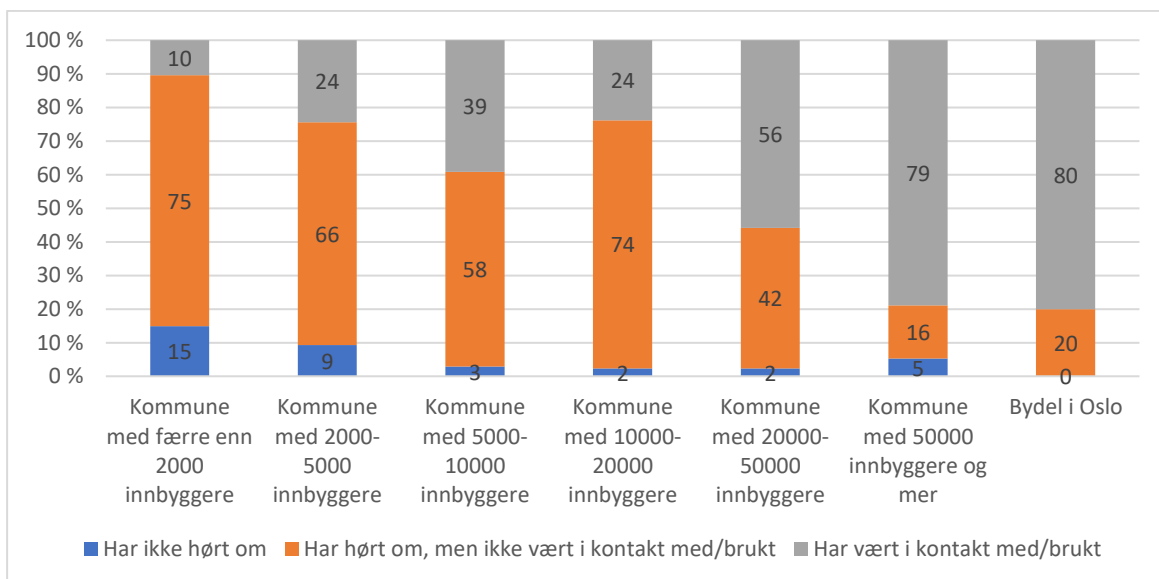
Senteret skal være en pådriver for brukermedvirkning, og for at brukere og pårørendes erfaringer tas i bruk i tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Det skal senteret gjøre ved å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendeerfaringer. Erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende kan bidra til gode individuelt tilpassede tjenester, og til videreutvikling av tjenestene på systemnivå.

Senteret skal jobbe tematisk og prosjektbasert med de kunnskapshull som avdekkes i kontakten med enkeltpersoner, brukermiljøer, interessegrupper og fag- og forskningsmiljøer. Det innebærer blant annet å tilrettelegge for møteplasser og dialog med og mellom ulike aktører på feltet, delta i samfunnsdebatten, ta initiativ til erfaringsinnsamling på ulike nivå og ta initiativ til ny forskning. Erfaringer og erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende skal bli gjort tilgjengelig og kjent gjennom publikasjoner, artikler, nettsaker og foredrag. Senteret er eid av Mental Helse.

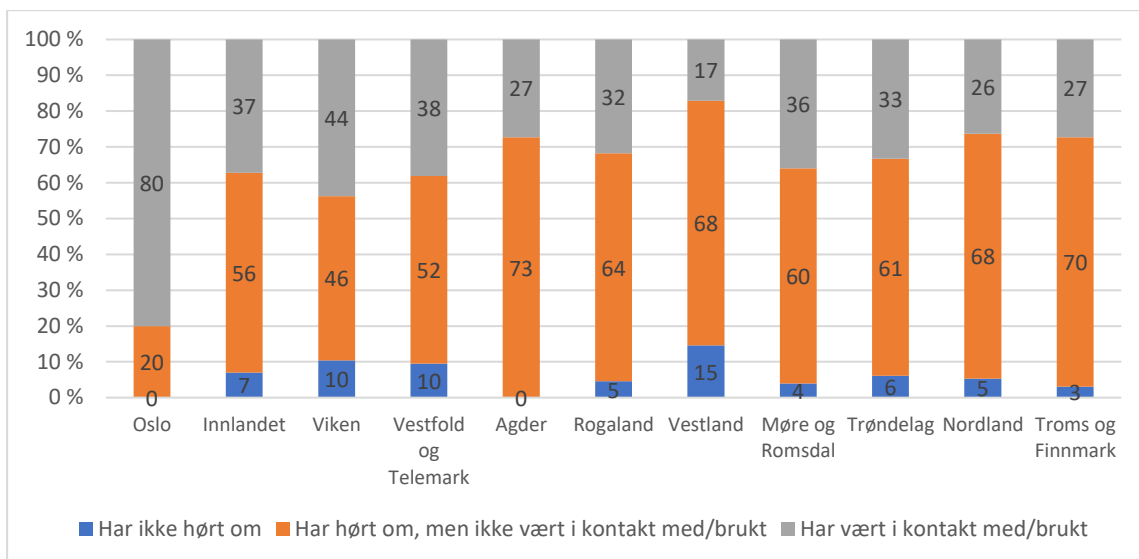
Det er 341 kommuner/bydeler som i 2023 har svart på spørsmål om Erfaringskompetanse (92 prosent). Det er 7 prosent av disse som oppgir at de ikke ha hørt om Erfaringskompetanse, mens 34 prosent oppgir å ha vært i kontakt med/brukt de.



Figur 24.54 Andel kommuner som kjenner til Erfaringskompetanse, 2022 og 2023.



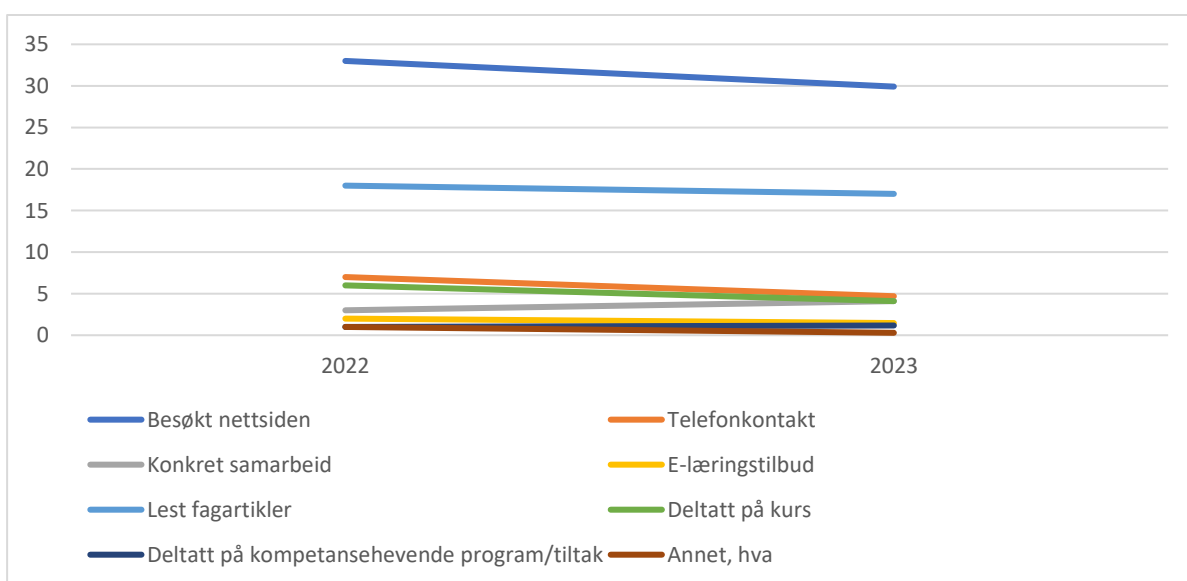
Figur 24.55 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med Erfaringskompetanse. Kommunestørrelse, 2023.



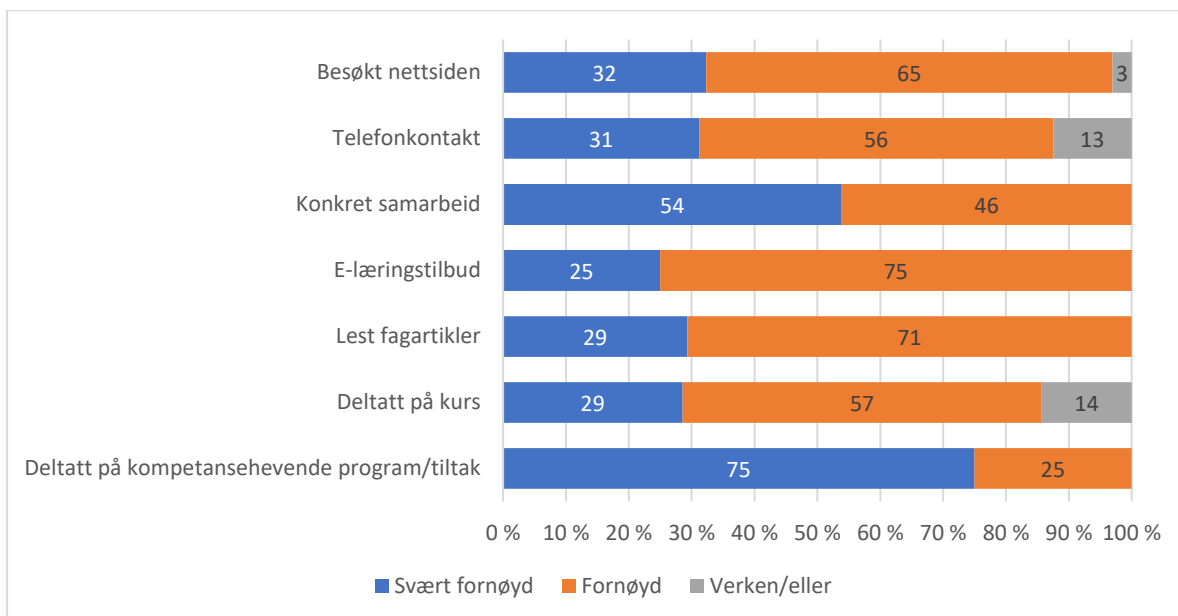
Figur 24.56 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med Erfaringskompetanse. Fylke, 2023.

Tabell 24.9 Kommunenes kontakt med Erfaringskompetanse, 2023 (n=341).

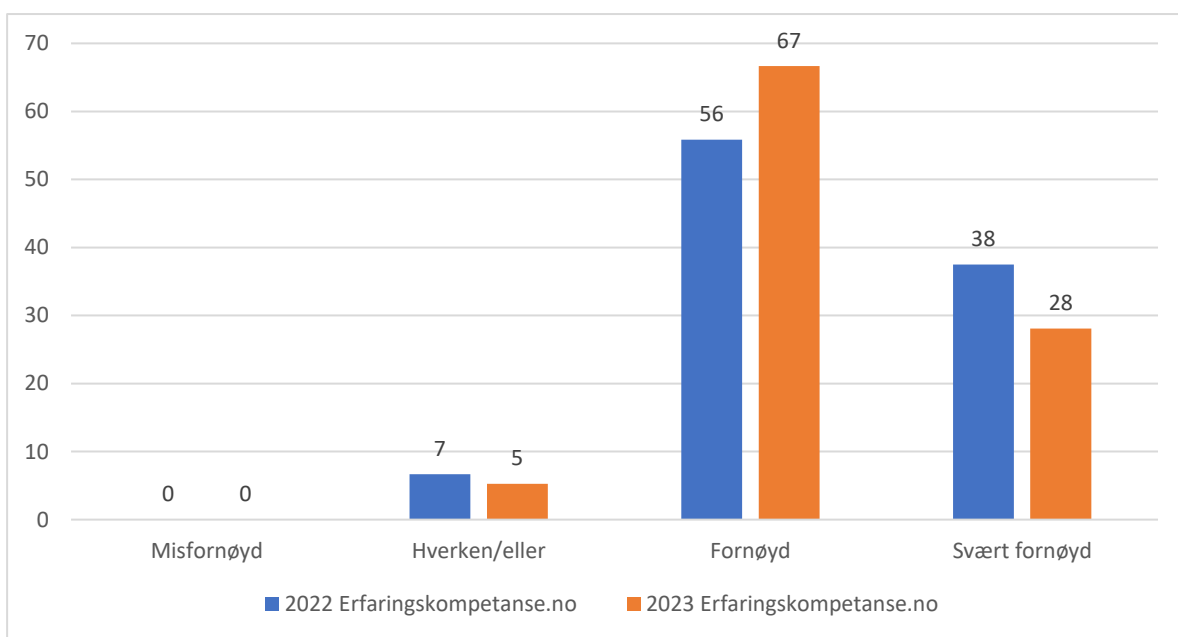
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	102	30
Telefonkontakt	16	5
Konkret samarbeid	14	4
E-læringstilbud	5	1
Lest fagartikler	58	17
Deltatt på kurs	14	4
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	4	1
Annet, hva	1	0



Figur 24.57 Kommunenes kontakt med Erfaringskompetanse, 2022 (n=327) og 2023 (n=341).



Figur 24.58 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med Erfaringskompetanse, 2023.



Figur 24.59 Generelt fornøydhet med Erfaringskompetanse, 2022 og 2023.

24.12 OPPSUMMERING

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter innenfor psykisk helse- og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen siden 2018. I 2023 er det innhentet informasjon om kommunalt psykisk helse- og rusarbeids bruk og fornøydhed med 10 sentre, tjenester eller nettverk. Dette er NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene), KORUS (Regionale kompetansesenter på rusfeltet), RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse/barnevern), RVTS (Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse), NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging), SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus), SIFER (Nasjonalt kompetansesenternetverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) og Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). KORUS, RVTS, NAPHA og RBUP/RKBU er særlig godt kjent, men Erfaringskompetanse, NSSF, NKVTS og NKROP også er godt kjent. Ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester er i stor grad fornøyd med de tilbudene de har fått fra alle kompetanse- og ressurscenterne som er inkludert i kartleggingen.

REFERANSER

1. Ose SO, Kaspersen SL, Pettersen I. Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2012;9(3):226-239.
2. Ose SO, Kaspersen SL. Kartlegging av arbeidet med selvmord, selvmordsforsøk, overdoser og selvskadning i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i perioden 2015–2022. *Suicidologi*. 2023;28(01).
3. Ose SO, Kaspersen SL. *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Trondheim 2022.
4. Goldblatt P, Castedo A, Allen J, et al. Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014. *Institute of Health Equity*. 2023.
5. Aarre TF, Nøstdal AK. Korleis kan vi gje miljøterapi retning og innhald? Røynsler frå eit avklaringsprosjekt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(1):64-71.
6. Aamodt HA, Olkowska A. «Det er som om det er naboens barn som er på besøk». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):212-225.
7. Åkerblom KB, Mohn-Haugen T. Utviklingen av erfaringskonsulentrollen, fra et lederperspektiv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(2-3):195-201.
8. Young D, Bates G. Maximising the health impacts of free advice services in the UK: A mixed methods systematic review. *Health Soc Care Community*. Sep 2022;30(5):1713-1725.
9. Ye X, Zeng F, Wang Y, et al. Effectiveness of Community-Based Rehabilitation Interventions on Symptoms and Functioning for People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q*. May 30 2023.
10. Wray A, Pickwell-Smith B, Greenley S, et al. Parental death: a systematic review of support experiences and needs of children and parent survivors. *BMJ Support Palliat Care*. Nov 16 2022.
11. White SJ, Sin J, Sweeney A, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. Feb 24 2023;15248380231155529.
12. Weightman AL, Kelson MJ, Thomas I, et al. Exploring the effect of case management in homelessness per components: A systematic review of effectiveness and implementation, with meta-analysis and thematic synthesis. *Campbell Syst Rev*. Jun 2023;19(2):e1329.
13. Verhoog S, Eijgermans DGM, Fang Y, Bramer WM, Raat H, Jansen W. Contextual determinants associated with children's and adolescents' mental health care utilization: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Sep 21 2022:1-15.
14. Vatnøy I. Veiledning og kultur for samarbeid i samarbeidsbasert forskning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(1):77-85.
15. Tippens JA, Erwin S, Eller K, et al. Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *J Immigr Minor Health*. Jul 15 2023.
16. Thorslund K, Axberg U, Boström PK. Universal support groups for parents of adolescents—a thematic analysis of parents' requests in terms of content and form. *Fokus på familien*. 2023/06/14 2022;51(2):120-142.
17. Thomas T, Aggar C, Baker J, et al. Social prescribing of nature therapy for adults with mental illness living in the community: A scoping review of peer-reviewed international evidence. *Front Psychol*. 2022;13:1041675.
18. Thapa Bajgain K, Amarbayan M, Wittevrongel K, et al. Patient-reported outcome measures used to improve youth mental health services: a systematic review. *J Patient Rep Outcomes*. Feb 14 2023;7(1):14.

19. Tandberg AG, Kalsaas BT. Smerten som ressurs: Transformativ læring i selvhjelpsgruppearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(2):124-135.
20. Sommer M, Folkvord GAB, Tveitstulen LM, Seyffarth L. «Det at vi kan si vi». En kvalitativ studie i hvordan erfaringsmedarbeidere opplever å bidra i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):237-248.
21. Solli S-M. Boligsosialt arbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):333-335.
22. Solberg M. Om hvorfor vi fremdeles ikke benytter sosiale roboter i omsorg: innsikter fra antropologiske studier av språkbruk. *Norsk antropologisk tidsskrift*. 2023;34(1):7-23.
23. Siqveland J, Jensen P. Helsepersonells bruk av personlige erfaringer med psykiske lidelser og rusproblem i arbeidet (HEPRA): En undersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 2022.
24. Simpson T, Sistas R, Brooks JT, Newberger NG, Livingston NA. Seeking care where they can: A systematic review of global trends in online alcohol treatment utilization among non-veteran and veteran women. *Drug Alcohol Depend Rep*. Dec 2022;5:100116.
25. Sherif Y, Azman AZF, Awang H, Mokhtar SA, Mohammadzadeh M, Alimuddin AS. Effectiveness of Life Skills Intervention on Depression, Anxiety and Stress among Children and Adolescents: A Systematic Review. *Malays J Med Sci*. Jun 2023;30(3):42-59.
26. Savaglio M, Yap MB, O'Donnell R, Skouteris H. Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature. *Aust N Z J Psychiatry*. Feb 2023;57(2):197-212.
27. Savaglio M, O'Donnell R, Hatzikiriakidis K, Vicary D, Skouteris H. The Impact of Community Mental Health Programs for Australian Youth: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Sep 2022;25(3):573-590.
28. Sachidanandan G, Bechard LE, Hodgson K, Sud A. Education as drug policy: A realist synthesis of continuing professional development for opioid agonist therapy. *Int J Drug Policy*. Oct 2022;108:103807.
29. Russell K, Rosenbaum S, Varela S, Stanton R, Barnett F. Fostering community engagement, participation and empowerment for mental health of adults living in rural communities: a systematic review. *Rural Remote Health*. Mar 2023;23(1):7438.
30. Reilly J, Meurk C, Heffernan E, Sara G. Substance use disorder screening and brief intervention in routine clinical practice in specialist adult mental health services: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. Jun 2023;57(6):793-810.
31. Priftis A, Cruickshank M, Smith SMS. Methods used to assess sleep in children who attend community-based mental health programmes: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. Jun 9 2023.
32. Pedersen L-ML. Nav-ansattes grensearbeid: Å opprettholde og utfordre grenser i samarbeidets navn. *Mot bedre samarbeid? Betragtninger fra studier av norske velferdstjenester*: Universitetsforlaget; 2022:88-103.
33. Peck CKH, Thangavelu DP, Li Z, Goh YS. Effects of peer-delivered self-management, recovery education interventions for individuals with severe and enduring mental health challenges: A meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Feb 2023;30(1):54-73.
34. Ose SO, Thaulow K, Færevik H, et al. Development of a social skills training programme to target social isolation using virtual reality technology in primary mental health care. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 2023;10:20556683231187545.
35. Olesen ESB. Unges erfaringer med samtaletjenester driftet av studentterapeuter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(2):101-112.
36. Nowak AC, Nutsch N, Brake TM, Gehrlein LM, Razum O. Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*. Jul 5 2023;23(1):1289.
37. Nord-Baade S, Rowe M. Homeless at heart, and in mind: Exploring Citizenship and Mattering. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*. 2023;2(1):34-41.

38. Nguyen PY, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *Lancet Planet Health*. Apr 2023;7(4):e313-e328.
39. Mørland L. Empati og tillit i møte med unge som sliter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):316-321.
40. Myrvold TM, Møller GH, Krone-Hjertstrøm H. Evaluering av opptrappingsplanen mot vold og overgrep. Sluttrapport. 2022.
41. Mundy SS, Kudahl B, Bundesen B, Hellström L, Rosenbaum B, Eplov LF. Mental health recovery and creative writing groups: A systematic review. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*. 2022;4(1):1-18.
42. Mousavizadeh SN, Jandaghian Bidgoli MA. Recovery-Oriented Practices in Community-based Mental Health Services: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry*. Jul 2023;18(3):332-351.
43. Morttjernet H, Diesen KAB, Bonsaksen T. Ansatte i helsehus må ha kompetanse i psykisk helsearbeid. *Sykepleien*. 2022;110(87808):87808.
44. Morillo H, Lowry S, Henderson C. Exploring the effectiveness of family-based interventions for psychosis in low- and middle-income countries: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Sep 2022;57(9):1749-1769.
45. Moore A, Bertotti M, Hanafiah A, Hayes D. Factors affecting the sustainability of community mental health assets: A systematic review. *Health Soc Care Community*. Nov 2022;30(6):e3369-e3383.
46. Moloi H, Daniels K, Brooke-Sumner C, et al. Healthcare workers' perceptions and experiences of primary healthcare integration: a scoping review of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 11 2023;7(7):Cd013603.
47. Moen EÅ, Larsen IB, Walseth LT. Employment and mental health recovery: Revealing unused potential in multi-agency meetings. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*. 2023;2(1):5-19.
48. Marshall CA, Boland L, Westover LA, et al. Effectiveness of employment-based interventions for persons experiencing homelessness: A systematic review. *Health Soc Care Community*. Nov 2022;30(6):2142-2169.
49. Markowitz FE. Community-Level Relationships Between Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes in Finland. *Nordic Journal of Criminology*. 2023;24(1):1-21.
50. Marcus N, Stergiopoulos V. Re-examining mental health crisis intervention: A rapid review comparing outcomes across police, co-responder and non-police models. *Health Soc Care Community*. Sep 2022;30(5):1665-1679.
51. Manskow US, Mebust TH, Muravez MS, Trondsen MV. Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtalerapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(1):15-27.
52. Mamo N, van de Klundert M, Tak L, Hartman TO, Hanssen D, Rosmalen J. Characteristics of collaborative care networks in functional disorders: A systematic review. *J Psychosom Res*. Sep 2023;172:111357.
53. Magallón-Botaya R, Méndez-López F, Oliván-Blázquez B, Carlos Silva-Aycaguer L, Lerma-Irureta D, Bartolomé-Moreno C. Effectiveness of health literacy interventions on anxious and depressive symptomatology in primary health care: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2023;11:1007238.
54. M PI, Walpola R, Harris-Roxas B, et al. Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches. *Health Expect*. Oct 2022;25(5):2065-2094.
55. Lima-Rodríguez JS, de Medina-Moragas AJ, Fernández-Fernández MJ, Lima-Serrano M. Factors Associated with Quality of Life in Relatives of Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Community Ment Health J*. Oct 2022;58(7):1361-1380.

56. Lam EHY, Lai ESK, Lai ECL, et al. Effect of Community Treatment Orders on Mental Health Service Usage, Emergency Visits, and Violence: a Systematic Review and Meta-Analysis. *East Asian Arch Psychiatry*. Jun 2023;33(2):37-43.
57. Kydland R, Biringer E. Erfaringsmedarbeideres erfaringer med opplæring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):305-315.
58. Krane V, Sommer M, Kippenes M, Karlsson B. 'It's like there's no staff here – we're all a friendly bunch of people' – Young service users' experiences of peer support in a youth-friendly service. *Nordisk välfärdsvetenskap | Nordic Welfare Research*. 2022;7(2):121-132.
59. Krakouer J, Savaglio M, Taylor K, Skouteris H. Community-based models of alcohol and other drug support for First Nations peoples in Australia: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. Sep 2022;41(6):1418-1427.
60. Knutsen B, Kvello Ø. En analyse av forskningsgrunnlaget for HelseDirektoratets anbefalinger av tiltak for personer med ADHD. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):270-279.
61. Kiely B, Croke A, O'Shea M, et al. Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open*. Oct 17 2022;12(10):e062951.
62. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2023/07/13 2023;23(1):750.
63. Khatib HE, Alyafei A, Shaikh M. Understanding experiences of mental health help-seeking in Arab populations around the world: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*. May 9 2023;23(1):324.
64. Katakis P, Schlieff M, Barnett P, et al. Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. Jan 21 2023;23(1):57.
65. Kaspersen SL, Kalseth J, Ose SO, Stene-Larsen K, Hauge LJ. *Kunnskapsgrunnlag for forebygging av selvmord i Vestland fylkeskommune*. Trondheim: SINTEF; 2023.
66. Karlsson B, Nesse L, Borg M. «Det er ingen terskel her»: Erfaringer med meningsfulle aktiviteter, medborgerskap og livskvalitet i Psykiatriliansen. 2023.
67. Jones KA, Freijah I, Brennan SE, et al. Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. *Cochrane Database Syst Rev*. May 4 2023;5(5):Cd014874.
68. James H, Morgan J, Ti L, Nolan S. Transitions in care between hospital and community settings for individuals with a substance use disorder: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. Feb 1 2023;243:109763.
69. Iyahan EO, Omoruyi OO, Rowa-Dewar N, Dobbie F. Exploring the barriers and facilitators to the uptake of smoking cessation services for people in treatment or recovery from problematic drug or alcohol use: A qualitative systematic review. *PLoS One*. 2023;18(7):e0288409.
70. Isdahl PJ. Spiseforstyrrelser. Forståelse og behandling. En håndbok. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):326-328.
71. Høgh Egmo C, Heinsvig Poulsen C, Hjorthøj C, et al. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*. Aug 1 2023;74(8):847-858.
72. Howlett N, García-Iglesias J, Bontoft C, et al. A systematic review and behaviour change technique analysis of remotely delivered alcohol and/or substance misuse interventions for adults. *Drug Alcohol Depend*. Oct 1 2022;239:109597.
73. Horverak MO, Helmersen M. Helsefremmende kompetanser og helsefremming i skolen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*. 2023;107(2):152-165.
74. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H, Hynnekleiv T. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nord J Psychiatry*. Nov 2022;76(8):565-574.

75. Henriksen Ø. Et OG som kobler og skiller. En studie av samordning i kommunale rus- og psykiske helsetjenester. *Mot bedre samarbeid? Betragtninger fra studier av norske velferdstjenester*: Universitetsforlaget; 2022:72-87.
76. Heidari O, Tormohlen K, Dangerfield DT, 2nd, Tobin KE, Farley JE, Aronowitz SV. Barriers and facilitators to primary care engagement for people who inject drugs: A systematic review. *J Nurs Scholarsh*. May 2023;55(3):605-622.
77. Hansen ILS, Olsen T. Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. *Ulikhetens drivere og dilemmaer*: Universitetsforlaget; 2023:211-225.
78. HaGani N, Surkalim DL, Clare PJ, Merom D, Smith BJ, Ding D. Health Care Utilization Following Interventions to Improve Social Well-Being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. Jun 1 2023;6(6):e2321019.
79. Gunawardena H, Voukelatos A, Nair S, Cross S, Hickie IB. Efficacy and Effectiveness of Universal School-Based Wellbeing Interventions in Australia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. Aug 2 2023;20(15).
80. Guerrero Z, Iruretagoyena B, Parry S, Henderson C. Anti-stigma advocacy for health professionals: a systematic review. *J Ment Health*. Mar 15 2023:1-21.
81. Glover-Wright C, Coupe K, Campbell AC, et al. Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. Jul 2023;42(5):1195-1219.
82. Galvin E, Desselle S, Gavin B, et al. Patient and provider perspectives of the implementation of remote consultations for community-dwelling people with mental health conditions: A systematic mixed studies review. *J Psychiatr Res*. Dec 2022;156:668-678.
83. Fredwall TE, Antonsen AJ. Alkoholbruk blant eldre: En oppsummering av kunnskap. 2023.
84. Fernández V, Gausereide-Corral M, Valiente C, Sánchez-Iglesias I. Effectiveness of trauma-informed care interventions at the organizational level: A systematic review. *Psychol Serv*. Jan 23 2023.
85. Femdal I, Antonsen EB, Lepp M. Å reflektere over praksiserfaringer fra psykisk helsearbeid ved bruk av dramapedagogikk. *Dramaforskning i Sverige (DiS)*. 2022:10.
86. Eriksen CU, Kamstrup-Larsen N, Birke H, et al. Models of care for improving health-related quality of life, mental health, or mortality in persons with multimorbidity: A systematic review of randomized controlled trials. *J Multimorb Comorb*. Jan-Dec 2022;12:26335565221134017.
87. Eather N, Wade L, Pankowiak A, Eime R. The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the 'Mental Health through Sport' conceptual model. *Syst Rev*. Jun 21 2023;12(1):102.
88. Duden GS, Gersdorf S, Stengler K. Global impact of the COVID-19 pandemic on mental health services: A systematic review. *J Psychiatr Res*. Oct 2022;154:354-377.
89. Cutillas-Fernández MA, Jiménez-Barbero JA, Herrera-Giménez M, Forcén-Muñoz LA, Jiménez-Ruiz I. Attitudes and Beliefs of Mental Health Professionals towards Trans People: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. Aug 1 2023;20(15).
90. Coughlin LN, Salino S, Jennings C, et al. A systematic review of remotely delivered contingency management treatment for substance use. *J Subst Use Addict Treat*. Apr 2023;147:208977.
91. Colin C, Prince V, Bensoussan JL, Picot MC. Music therapy for health workers to reduce stress, mental workload and anxiety: a systematic review. *J Public Health (Oxf)*. May 5 2023.
92. Chen KL, Miake-Lye IM, Begashaw MM, et al. Association of Promoting Housing Affordability and Stability With Improved Health Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. Nov 1 2022;5(11):e2239860.
93. Chang E, Ali R, Seibert J, Berkman ND. Interventions to Improve Outcomes for High-Need, High-Cost Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. Jan 2023;38(1):185-194.

94. Baadsvik H, Kongsli K, Sverdrup S. Lederes handlingsrom: i spenningsfeltet mellom helselovenes og organisasjonens verdier. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):291-304.
95. Bunn M, Zolman N, Smith CP, et al. Family-based mental health interventions for refugees across the migration continuum: A systematic review. *SSM Ment Health*. Dec 2022;2.
96. Briseid KM, Madsen L. Problemer, taushet og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. *Norsk antropologisk tidsskrift*. 2023;34(1):24-44.
97. Bringedal N, Selseng LB, Dyregrov K. Når pårørende til personer med narkotikaproblem blir etterlatte – betydningen av tydelig begrepsbruk for korrekte hjelpetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):249-259.
98. Borge L. Samfunnsdeltakelse i første rekke. Psykisk helse i hverdagsliv og lokalsamfunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):329-332.
99. Bond L, Simmons E, Sabbath EL. Measurement and assessment of fidelity and competence in nonspecialist-delivered, evidence-based behavioral and mental health interventions: A systematic review. *SSM Popul Health*. Sep 2022;19:101249.
100. Beyene LS, Rørtveit K. Samvalg som helsefremmende relasjonsarbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(1):4-14.
101. Bergsmark LPS. Samfunnet på briksen – Potensialet i sosial-materialistisk psykologi for å håndtere økt psykisk mistrust i Norden. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(1):52-63.
102. Bergheim B. Bokanmeldelse: Hvis psykisk helsevern ikke fantes. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(2):166-169.
103. Averill P, Vincent C, Reen G, Henderson C, Sevdalis N. Conceptual and practical challenges associated with understanding patient safety within community-based mental health services. *Health Expect*. Feb 2023;26(1):51-63.
104. Andvig E, Ekelund BZ, Kobro LU, Bongaardt R. Peer support for housing challenges: Experiences of parents in low-income families in Norway. *Nordisk velfærdsforskning | Nordic Welfare Research*. 2022;7(2):96-107.
105. Andenes E, Dahl SL. Oppfølging av foreldre med vansker knyttet til psykisk helse og/eller rus på forsterket helsestasjon: Hva har bidratt til mestring av foreldrerollen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2022;19(4):226-236.
106. Almås E, Alstad B, Jørgensen BB, et al. Behandling av traumatisert seksualitet via PLISSIT-modellen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2023;20(2):147-158.
107. Al-Ghafri Q, Radcliffe P, Gilchrist G. Barriers and facilitators to accessing inpatient and community substance use treatment and harm reduction services for people who use drugs in the Muslim communities: A systematic narrative review of studies on the experiences of people who receive services and service providers. *Drug Alcohol Depend*. Mar 1 2023;244:109790.
108. Abufarsakh B, Kappi A, Pemberton KM, Williams LB, Okoli CTC. Substance use outcomes among individuals with severe mental illnesses receiving assertive community treatment: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. Jun 2023;32(3):704-726.
109. Aarre TF. *Hvis psykisk helsevern ikke fantes*. Oslo: Fagbokforlaget; 2022.
110. Solstad AKATBILSHMIAKVNJS. *Boligsosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
111. Almvik A, Moe CF, Grav S. *Samfunnsdeltakelse i første rekke. Psykisk helse i hverdagsliv og lokalsamfunn.*: Fagbokforlaget; 2021.
112. Breimo JP, Anvik CH, Lo C, Olesen Er. *Mot bedre samarbeid? Betragtninger fra studier av norske velferdstjenester* Universitetsforlaget 2022.
113. Wangensteen T, Dalsrud MK. *Når foreldre ruser seg*: Universitetsforlaget; 2023.
114. Gunnarsdottir HM, Haugstvedt H. Tilpasning innenfor kjente rammer: Oppsøkende sosialarbeideres erfaring med og tilpasning av arbeidet under COVID-19 i Norge. *forebygging.no*. 2023.

115. Forskningsrådet. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer* Oslo: Norges Forskningsråd; 2004.
116. Forskningsrådet. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009): Sluttrapport*. Oslo: Norges Forskningsråd; 2009.
117. Rossow I. Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. *forebygging.no* 2023.
118. Ose SO. Using Excel and Word to Structure Qualitative Data. *Journal of Applied Social Science*. 2016;10(2):147-162.
119. Mork E. Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. *Suicidologi*. 2014;19(2).
120. Helgesen M, Abebe D, Schou A. *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. . Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, By- og regionforskningsinstituttet NIBR; 2017.
121. Langøien LJ, Hestevik CH, Jardim PSJ, Nguyen HL. Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet: Et forskningskart: Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester; 2021.
122. Gleditsch RF, Thomas MJ, Syse A. *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2020: modeller, forutsetninger og resultater*: Statistisk sentralbyrå; 2020.
123. Gerstorf D, Hülür G, Drewelies J, Willis SL, Schaie KW, Ram N. Adult development and aging in historical context. *American Psychologist*. 2020;75(4):525.
124. GjØra L, Heine Strand B, Bergh S, et al. Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021(Preprint):1-14.
125. Kaspersen SL, Gunnes M, Ose SO. Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt " Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. 2022.
126. Ose SO, Færevik H, KaasbØll J, et al. 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 formative research*. 2019;3(2):e13633.

VEDLEGG A: 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 (www.napha.no/fit/)
FRIENDS-kurs	Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge
HAP-kurs	Hasjavenningsprogrammet
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 16 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 16-17 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 B: GRUNNLAGSDATA 2023

Kommunenavn med fet skrift har ikke rapportert i 2023, og de med kursiv skrift har stort sett kun rapportert årsverk.

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester		Totalt	Tjenester	
			for voksne	barn og unge		for voksne	barn og unge
1101	Eigersund kommune	87	71	16	58	60	48
1103	Stavanger kommune	570	447	123	39	39	39
1106	Haugesund kommune	171	134	37	45	44	49
1108	Sandnes kommune	292	234	59	35	37	29
1111	Sokndal kommune	5	3	2	14	11	24
1112	<i>Lund kommune</i>	10	6	3	30	26	41
1114	Bjerkreim kommune	7	4	4	25	17	51
1119	Hå kommune	66	56	10	34	39	19
1120	Klepp kommune	53	40	13	25	26	25
1121	Time kommune	46	42	4	23	28	9
1122	Gjesdal kommune	29	23	6	24	25	19
1124	Sola kommune	88	66	22	31	31	32
1127	Randaberg kommune	44	24	21	38	26	75
1130	Strand kommune	37	27	10	28	27	30
1133	Hjelmeland kommune	6	5	1	22	24	16
1134	Suldal kommune	15	10	5	39	34	53
1135	Sauda kommune	15	12	3	33	35	28
1144	Kvitsøy kommune	1	1	1	22	11	73
1145	Bokn kommune	2	1	1	22	14	59
1146	Tysvær kommune	28	24	4	24	28	14
1149	Karmøy kommune	147	112	35	34	34	36
1151	Utsira kommune	2	1	1	91	46	314
1160	Vindafjord kommune	35	30	5	40	43	28
1505	Kristiansund kommune	76	67	9	31	34	19
1506	Molde kommune	80	52	28	25	20	44
1507	Ålesund kommune	253	223	30	37	42	21
1511	Vanylven kommune	8	5	3	27	21	57
1514	Sande kommune	8	6	2	32	27	55
1515	Herøy kommune	20	13	8	23	18	41
1516	<i>Ulstein kommune</i>	19	15	4	21	21	22
1517	Hareid kommune	11	6	5	21	15	40

1520	Ørsta kommune	30	24	6	27	28	24
1525	Stranda kommune	21	18	3	48	49	41
1528	Sykkylven kommune	15	9	6	20	15	36
1531	Sula kommune	37	29	8	39	39	36
1532	Giske kommune	21	14	7	24	21	33
1535	Vestnes kommune	23	12	11	33	22	81
1539	Rauma kommune	16	10	6	23	18	43
1547	Aukra kommune	6	5	2	17	17	18
1554	Averøy kommune	13	8	5	21	16	42
1557	Gjemnes kommune	2	1	1	7	7	11
1560	<i>Tingvoll kommune</i>	8	7	2	27	27	30
1563	Sunndal kommune	13	10	4	19	17	28
1566	Surnadal kommune	35	32	4	60	66	31
1573	Smøla kommune	3	2	1	12	10	21
1576	Aure kommune	5	4	1	15	14	21
1577	Volda kommune	31	29	2	28	33	9
1578	Fjord kommune	5	2	3	21	11	66
1579	Hustadvika kommune	25	20	5	19	19	19
1804	Bodø kommune	107	78	29	20	18	27
1806	Narvik kommune	56	43	13	26	24	33
1811	Bindal kommune	15	13	2	108	114	79
1812	Sømna kommune	5	2	3	24	14	70
1813	Brønnøy kommune	18	13	5	23	21	31
1815	Vega kommune	3	3	1	26	26	27
1816	<i>Vevelstad kommune</i>	1	1	1	22	13	66
1818	Herøy kommune	16	14	2	88	98	49
1820	Alstahaug kommune	13	13	0	18	22	0
1822	Leirfjord kommune	4	3	1	15	17	10
1824	Vefsn kommune	41	29	12	31	27	47
1825	Grane kommune	6	4	3	43	31	98
1826	Hattfjelldal kommune	5	4	1	39	36	55
1827	Dønna kommune	6	5	0	41	47	12
1828	Nesna kommune	22	19	3	122	129	91
1832	Hemnes kommune	8	7	1	18	19	12
1833	Rana kommune	90	74	16	35	35	31
1834	Lurøy kommune	2	1	1	10	7	24
1835	Træna kommune	2	0	2	50	11	261
1836	Rødøy kommune	3	1	2	29	14	93
1837	Meløy kommune	22	19	3	35	37	26
1838	Gildeskål kommune	7	4	2	34	27	66
1839	Beiarn kommune	6	4	2	54	42	118
1840	Saltedal kommune	22	19	4	48	49	42

1841	Fauske kommune / Fuosko suohkan	14	11	3	15	14	19
1845	Sørfold kommune	11	4	7	57	26	218
1848	Steigen kommune	19	16	3	71	73	63
1851	Lødingen kommune	14	11	3	72	66	106
1853	Evenes kommune	2	2	0	14	13	16
1856	Røst kommune	1	1	1	21	13	70
1857	Værøy kommune	4	2	2	64	39	176
1859	Flakstad kommune	5	4	0	39	41	22
1860	Vestvågøy kommune	18	15	3	15	16	13
1865	Vågan kommune	28	23	5	29	29	27
1866	Hadsel kommune	29	24	6	36	36	37
1867	Bø kommune	19	15	4	73	70	90
1868	Øksnes kommune	14	12	2	31	32	25
1870	Sortland kommune	27	23	4	26	28	18
1871	Andøy kommune	14	10	4	30	26	48
1874	Moskenes kommune	13	13	0	136	152	9
1875	Hábmera Suohkan - Hamarøy kommune	7	6	1	27	27	25
3001	Halden kommune	77	62	15	24	24	25
3002	Moss kommune	173	157	16	34	38	16
3003	Sarpsborg kommune	183	135	49	31	29	40
3004	Fredrikstad kommune	264	223	41	31	33	25
3005	Drammen kommune	285	229	56	28	28	27
3006	Kongsberg kommune	62	43	19	22	19	33
3007	Ringerike kommune	50	40	11	16	15	18
3011	Hvaler kommune	31	26	5	65	64	69
3012	Aremark kommune	1	1	0	9	7	18
3013	Marker kommune	8	6	1	21	21	22
3014	Indre Østfold kommune	122	106	16	26	29	17
3015	Skiptvet kommune	12	4	8	32	14	96
3016	Rakkestad kommune	22	16	6	26	23	36
3017	Råde kommune	21	16	5	26	24	31
3018	Våler kommune	25	18	8	42	39	51
3019	Vestby kommune	48	24	24	25	16	54
3020	Nordre Follo kommune	164	96	68	26	20	47
3021	Ås kommune	64	44	20	30	26	44
3022	Frogn kommune	45	35	10	28	27	33
3023	Nesodden kommune	58	31	27	29	20	58
3024	Bærum kommune	355	294	61	27	29	21
3025	Asker kommune	238	170	68	24	22	31
3026	Aurskog-Høland kommune	36	14	22	20	10	62
3027	Rælingen kommune	31	25	7	16	16	15

3028	Enebakk kommune	24	15	9	21	16	35
3029	Lørenskog kommune	75	54	21	16	15	21
3030	Lillestrøm kommune	158	114	44	17	16	22
3031	Nittedal kommune	73	54	19	29	28	32
3032	Gjerdrum kommune	10	10	0	13	17	0
3033	Ullensaker kommune	108	87	21	25	26	21
3034	Nes kommune	44	26	19	18	14	36
3035	Eidsvoll kommune	58	41	17	21	19	28
3036	Nannestad kommune	26	18	8	17	15	23
3037	Hurdal kommune	5	2	3	15	8	49
3038	Hole kommune	20	15	5	28	28	31
3039	Flå kommune	5	3	2	47	35	109
3040	Nesbyen kommune	17	15	1	50	55	26
3041	<i>Gol kommune</i>	13	8	5	27	21	56
3042	Hemsedal kommune	9	6	4	35	27	68
3043	Ål kommune	13	8	5	26	20	53
3044	<i>Hol kommune</i>	18	15	4	40	39	48
3045	Sigdal kommune	14	12	2	41	42	36
3046	Krødsherad kommune	5	3	2	24	17	53
3047	Modum kommune	50	28	22	34	23	81
3048	Øvre Eiker kommune	40	23	18	20	14	42
3049	Lier kommune	88	70	18	31	32	29
3050	Flesberg kommune	7	2	5	25	11	83
3051	Rollag kommune	3	2	1	25	21	47
3052	Nore og Uvdal kommune	5	3	2	19	13	49
3053	Jevnaker kommune	12	8	5	18	14	33
3054	Lunner kommune	22	16	5	23	22	27
3401	Kongsvinger kommune	48	38	10	27	26	32
3403	Hamar kommune	98	84	14	30	32	23
3405	Lillehammer kommune	65	50	15	23	21	29
3407	Gjøvik kommune	103	90	13	34	36	23
3411	Ringsaker kommune	53	47	6	15	16	8
3412	Løten kommune	14	9	4	17	15	28
3413	Stange kommune	64	43	21	30	25	49
3414	Nord-Odal kommune	10	6	3	19	15	44
3415	Sør-Odal kommune	36	35	1	45	53	6
3416	Eidskog kommune	35	28	7	57	54	77
3417	Grue kommune	37	32	4	80	82	67
3418	Åsnes kommune	29	26	4	40	42	34
3419	Våler kommune	14	8	6	37	26	99
3420	Elverum kommune	67	51	16	31	29	39
3421	Trysil kommune	22	19	3	33	35	25
3422	Åmot kommune	5	4	1	11	11	12

3423	Stor-Elvdal kommune	4	4	1	18	18	23
3424	Rendalen kommune	4	4	0	23	24	16
3425	Engerdal kommune	2	2	1	17	16	25
3426	<i>Tolga kommune</i>	9	5	5	59	37	144
3427	Tynset kommune	6	5	2	11	10	13
3428	Alvdal kommune	4	3	1	14	13	18
3429	Folldal kommune	2	2	0	16	16	17
3430	Os kommune	3	2	1	17	15	29
3431	Dovre kommune	15	6	8	59	29	213
3432	Lesja kommune	7	4	4	38	24	94
3433	Skjåk kommune	12	10	2	54	55	49
3434	Lom kommune	16	15	1	73	81	30
3435	Vågå kommune	10	8	2	28	27	34
3436	Nord-Fron kommune	9	6	3	16	13	32
3437	<i>Sel kommune</i>	8	7	1	14	15	10
3438	Sør-Fron kommune	5	3	2	16	12	33
3439	Ringebu kommune	12	7	5	26	20	58
3440	Øyer kommune	14	10	5	27	23	45
3441	Gausdal kommune	29	26	3	47	52	23
3442	Østre Toten kommune	36	31	6	24	25	20
3443	Vestre Toten kommune	31	25	6	23	22	26
3446	Gran kommune	56	32	24	41	29	98
3447	Søndre Land kommune	30	25	6	54	53	60
3448	Nordre Land kommune	15	13	2	22	24	15
3449	Sør-Aurdal kommune	11	9	3	40	36	61
3450	Etnedal kommune	5	3	2	37	27	94
3451	Nord-Aurdal kommune	16	9	7	25	17	57
3452	Vestre Slidre kommune	9	7	2	42	41	46
3453	Øystre Slidre kommune	8	4	4	23	14	66
3454	Vang kommune	4	3	1	23	20	34
3801	Horten kommune	103	55	49	37	24	93
3802	Holmestrand kommune	72	44	27	27	21	52
3803	Tønsberg kommune	235	184	51	40	39	43
3804	Sandefjord kommune	148	114	34	23	22	26
3805	Larvik kommune	127	98	29	26	25	31
3806	Porsgrunn kommune	136	98	37	37	33	52
3807	Skien kommune	200	139	61	36	31	55
3808	Notodden kommune	48	39	9	37	37	37
3811	Færder kommune	62	52	10	23	24	18
3812	Siljan kommune	11	8	3	47	43	65
3813	Bamble kommune	42	29	13	30	25	48
3814	Kragerø kommune	37	27	11	36	31	59
3815	Drangedal kommune	12	10	2	29	30	21

3816	Nome kommune	19	18	1	29	34	5
3817	Midt-Telemark kommune	30	25	6	28	29	26
3818	Tinn kommune	31	26	5	56	56	54
3819	Hjartdal kommune	2	1	1	15	9	41
3820	<i>Seljord kommune</i>	10	6	4	32	24	66
3821	Kviteseid kommune	5	3	1	19	16	33
3822	<i>Nissedal kommune</i>	2	2	1	14	13	18
3823	Fyresdal kommune	3	2	1	24	15	58
3824	Tokke kommune	7	4	3	32	24	67
3825	Vinje kommune	15	12	3	39	40	38
4201	Risør kommune	21	17	3	31	31	29
4202	Grimstad kommune	76	60	16	31	31	31
4203	Arendal kommune	183	126	56	40	34	61
4204	Kristiansand kommune	557	487	69	48	54	28
4205	Lindesnes kommune	65	46	19	28	25	38
4206	Farsund kommune	50	42	8	51	54	37
4207	Flekkefjord kommune	44	33	11	48	46	54
4211	Gjerstad kommune	13	12	2	54	58	36
4212	Vegårshei kommune	3	3	1	14	16	11
4213	Tvedestrand kommune	18	17	1	30	34	10
4214	<i>Froland kommune</i>	14	10	4	23	20	31
4215	Lillesand kommune	56	46	10	49	52	39
4216	<i>Birkenes kommune</i>	19	16	3	35	39	22
4217	Åmli kommune	6	5	1	34	34	34
4218	Iveland kommune	3	2	1	23	21	30
4219	Evje og Hornnes kommune	10	7	3	25	23	32
4220	Bygland kommune	6	5	1	52	54	43
4221	Valle kommune	4	2	2	36	21	111
4222	Bykle kommune	3	1	2	34	14	136
4223	Vennesla kommune	68	51	16	44	43	46
4224	Åseral kommune	4	3	1	40	37	49
4225	Lyngdal kommune	28	20	8	26	24	31
4226	Hægebostad kommune	3	2	1	19	16	30
4227	Kvinesdal kommune	37	28	8	61	60	64
4228	Sirdal kommune	4	3	1	20	22	13
4601	Bergen kommune	1075	847	228	37	36	41
4602	Kinn kommune	50	34	17	29	25	46
4611	Etne kommune	8	4	3	19	13	38
4612	Sveio kommune	23	18	5	41	41	39
4613	Bømlo kommune	34	25	8	28	27	28
4614	Stord kommune	62	39	23	33	27	53
4615	Fitjar kommune	6	4	2	18	16	25
4616	Tysnes kommune	8	5	3	27	20	56

4617	Kvinnherad kommune	94	60	35	72	57	130
4618	Ullensvang kommune	56	49	6	50	54	31
4619	Eidfjord kommune	3	1	2	27	13	86
4620	Ulvik herad	8	2	6	78	26	286
4621	Voss herad	39	27	12	24	21	37
4622	Kvam herad	33	24	9	38	36	47
4623	Samnanger kommune	10	8	2	39	40	37
4624	Bjørnafjorden kommune	94	76	18	37	39	30
4625	Austevoll kommune	9	4	5	18	10	40
4626	Øygarden kommune	114	77	37	29	26	40
4627	Askøy kommune	136	109	26	45	49	35
4628	Vaksdal kommune	8	3	4	20	11	54
4629	Modalen kommune	3	2	1	74	68	93
4630	Osterøy kommune	28	19	9	34	29	51
4631	Alver kommune	100	85	16	34	37	23
4632	Austrheim kommune	10	8	3	36	33	46
4633	Fedje kommune	2	2	0	39	41	31
4634	Masfjorden kommune	6	6	1	38	42	24
4635	Gulen kommune	7	4	3	33	24	75
4636	Solund kommune	4	3	1	56	46	107
4637	Hyllestad kommune	3	3	0	22	23	16
4638	Høyanger kommune	13	7	7	34	21	98
4639	Vik kommune	17	16	1	66	76	22
4640	Sogndal kommune	34	28	6	28	29	23
4641	Aurland kommune	11	11	0	63	73	13
4642	Lærdal kommune	13	13	1	62	72	18
4643	Årdal kommune	24	22	2	46	51	22
4644	Luster kommune	16	15	1	29	35	7
4645	Askvoll kommune	10	8	2	33	34	29
4646	Fjaler kommune	9	5	4	31	21	61
4647	Sunnfjord kommune	101	79	22	46	46	44
4648	Bremanger kommune	22	22	0	63	76	6
4649	Stad kommune	51	45	6	53	59	32
4650	Gloppen kommune	30	24	6	51	52	44
4651	Stryn kommune	27	23	3	37	41	22
5001	Trondheim kommune	908	728	181	43	42	44
5006	Steinkjer kommune	86	80	6	36	42	13
5007	Namsos kommune	53	39	14	36	33	47
5014	Frøya kommune	43	38	5	79	87	47
5020	Osen kommune	2	2	0	21	20	26
5021	Oppdal kommune	15	10	4	20	18	29
5022	Rennebu kommune	6	3	3	26	16	66
5025	Røros kommune	15	10	6	27	21	59

5026	Holtålen kommune	5	5	1	27	28	23
5027	Midtre Gauldal kommune	12	8	4	19	16	31
5028	Melhus kommune	37	32	5	21	24	13
5029	Skaun kommune	28	21	7	33	34	32
5031	Malvik kommune	66	46	19	45	42	55
5032	Selbu kommune	5	3	2	11	9	20
5033	Tydal kommune	2	1	1	24	19	55
5034	Meråker kommune	9	4	4	35	22	96
5035	Stjørdal kommune	87	45	42	35	23	79
5036	Frosta kommune	7	2	4	25	11	85
5037	Levanger kommune	103	58	45	51	37	103
5038	Verdal kommune	39	26	12	26	22	41
5041	Snåsa kommune	10	8	2	48	51	39
5042	Lierne kommune	3	2	1	22	18	39
5043	<i>Røyrvik kommune</i>	1	1	1	26	17	65
5044	Namsskogan kommune	2	1	1	23	15	64
5045	Grong kommune	15	9	6	64	48	127
5046	Høylandet kommune	3	2	1	27	23	43
5047	Overhalla kommune	9	4	5	23	13	57
5049	Flatanger kommune	3	3	0	31	33	17
5052	Leka kommune	2	1	1	29	21	66
5053	Inderøy kommune	12	8	3	17	16	22
5054	Indre Fosen	26	19	7	26	24	37
5055	Heim kommune	41	35	7	70	72	62
5056	Hitra kommune	40	34	6	76	79	62
5057	Ørland kommune	34	21	13	32	25	59
5058	Åfjord kommune	29	22	8	68	62	95
5059	Orkland kommune	63	50	13	34	33	35
5060	Nærøysund kommune	90	72	19	91	92	87
5061	Rindal kommune	5	2	3	27	13	91
5401	Tromsø kommune	233	178	55	30	28	36
5402	Harstad kommune	71	61	10	28	30	21
5403	Alta kommune	47	47	0	22	28	0
5404	Vardø kommune	6	5	1	31	28	52
5405	Vadsø kommune	16	10	7	29	21	66
5406	<i>Hammerfest kommune</i>	54	38	16	48	42	74
5411	Kvæfjord kommune	33	30	3	116	127	65
5412	Tjeldsund kommune	20	14	6	48	41	80
5413	Ibestad kommune	5	4	1	36	37	30
5414	Gratangen kommune	6	5	1	55	52	68
5415	Lavangen kommune	12	12	1	123	146	30
5416	Bardu kommune	23	19	4	57	59	50
5417	Salangen kommune	19	14	4	91	84	126

5418	Målselv kommune	26	16	10	38	29	76
5419	Sørreisa kommune	12	11	1	35	40	12
5420	Dyrøy kommune	10	8	2	98	90	138
5421	Senja kommune	38	38	0	26	32	1
5422	Balsfjord kommune	21	17	4	38	38	37
5423	Karlsøy kommune	9	6	3	41	32	95
5424	Lyngen kommune	14	9	5	51	39	117
5425	Storfjord kommune	14	12	2	77	79	68
5426	Kåfjord kommune	6	5	1	32	32	32
5427	Skjervøy kommune	16	14	2	57	63	29
5428	Nordreisa kommune	11	9	2	22	24	16
5429	Kvænangen kommune	5	3	2	40	32	85
5430	Kautokeino kommune	6	5	1	19	20	17
5432	Loppa kommune	2	2	0	24	25	20
5433	Hasvik kommune	3	2	1	30	26	50
5434	Måsøy kommune	4	3	1	38	31	74
5435	Nordkapp kommune	9	9	0	31	36	0
5436	Porsanger kommune	9	6	3	23	19	47
5437	Karasjok kommune	13	9	4	52	44	95
5438	Lebesby kommune	3	2	0	22	23	16
5439	Gamvik kommune	4	1	2	35	15	164
5440	Berlevåg kommune	4	3	1	47	38	111
5441	Deatnu - Tana kommune	8	6	1	27	26	28
5442	Nesseby kommune	6	5	1	65	64	67
5443	Båtsfjord kommune	7	6	1	34	34	34
5444	Sør-Varanger kommune	22	19	4	22	23	20
30101	Gamle Oslo	152	96	56	24	18	57
30102	Grünerløkka	114	75	39	18	13	45
30103	Sagene	116	104	11	24	25	18
30104	St.Hanshaugen	115	87	28	29	25	64
30105	Frogner	112	84	28	19	16	42
30106	Ullern	65	40	25	18	14	34
30107	Vestre Aker	72	46	26	14	12	21
30108	Nordre Aker	103	61	42	19	14	36
30109	Bjerke	75	56	19	20	20	23
30110	Grorud	73	54	19	26	24	33
30111	Stovner	123	91	32	36	35	41
30112	Alna	100	63	37	20	16	35
30113	Østensjø	129	93	36	25	23	31
30114	Nordstrand	63	42	21	12	10	18
30115	Søndre Nordstrand	92	60	32	23	20	34
30116	Velferdsetaten	482	482	0			
30117	Helseetaten	14	10	4			

Totalt ble det i 2023 rapportert 17 436 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner og dette er en økning fra 2022 på 362 årsverk, eller 2,1 prosent.

Tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er i endring. Det kommer ikke mange nye årsverk fra år til år, men mange kommuner legger om tjenestene for å kunne gi bedre tilbud til målgruppen. Halvpartene av kommunene har de siste årene gjort endringer i bruk av personalressurser i tjenestene til målgruppen de siste årene, andelen øker systematisk med kommunestørrelse. Ytterligere 21 prosent oppgir at de har planer om å gjøre endringer. Trenden ser ut til å være overgang fra ikke-mobile tjenester som bemannede boliger og baser til mer ambulante og oppsøkende tjenester. Det er etablert ulike tverrfaglige team, særlig FACT-team, og lavterskeltjenester til ulike målgrupper - store kommuner bygger et bredt tilbud. Men det er fortsatt under halvparten av kommunene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig til målgruppen på ettermiddags- og kveldstid.