

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose
Silje Lill 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. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er sjette rapport i den nye serien. 2015-2019 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken, men det vil være et brudd i statistikken i 2020 både på grunn av mange kommunesammenslåinger 1. januar 2020 og på grunn av koronasituasjonen som har vanskeliggjort rapporteringen for kommunene.

Generelt har datainnsamlingen høy oppslutning ute i kommunene, og i 2016 var det kun én kommune som ikke leverte årsverkstall. I 2017, 2018 og 2019 har alle kommunene levert årsverkstall. Men i 2020 er det 66 kommuner som ikke har rapportert, og vi har benyttet 2019-tall for disse. Fordi datainnsamlingen måtte pågå helt til 15. september 2020, har det vært lite tid til kvalitetskontroll. Det har også vært vanskelig å få tak i riktige personer i kommunene, blant annet på grunn av omdisponeringer.

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

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

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet det siste året har vært seniorrådgiver Solfrid Lilleeng, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 5. november 2020



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON **11**

NASJONALE ÅRSVERKSTALL	12
ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK	12
ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING	12
ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP	13
REKRUTTERINGSPROBLEMER	13
STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	13
PAKKEFORLØP	15
SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	16
KJØP FRA PRIVATE AKTØRER/ANDRE KOMMUNER	17
OPPSØKENDE VIRKSOMHET	17
DØGNOPPHOLD I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL PASIENTER OG BRUKERE MED BEHOV FOR ØYEBLIKKELIG HJELP	18
ARBEIDSTILTAK	18
BRUKERMEDVIRKNING	19
BOLIGSITUASJONEN	19
OPPFØLGING BARN OG UNGE	20
OPPFØLGING AV ELDRE	20
PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	21
BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI	21
ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	22
ANNET	22
KONKLUSJON	23

1 KUNNSKAPSGRUNNLAG **25**

1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE	26
1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET	28
PRIORITERINGSUTFORDRINGER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNENE UNDER COVID-19-PANDEMIEN	29
RAPPORT OM ERFARINGER MED INDIVIDUELL PLAN	29
ERFARINGSMEDARBEIDERE SOM AKTØRER I UTDANNING AV PSYKISK HELSEARBEIDERE	30
BRUK AV ERFARINGSKOMPETANSE I KOMMUNENE	30
BRUKERTILFREDSHETSEVALUERINGER I KOMMUNALE RUSTJENESTER	31
INTEGRERE ELLER ISOLERE? LEDERES IVARETAKELSE AV SAMFUNNSANSVAR I PRIVATE VIRKSOMHETER SOM PRODUSERER OFFENTLIGE VELFERDSTJENESTER	32
EVALUERING AV FORSØK MED VARIG TILRETTELagt ARBEID I KOMMUNAL REGI	33
HVORDAN FORMIDLE FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP FRA RUSFELTET TIL ALLE INTERESSERTE?	33
JAKTEN PÅ ENDRINGSSNAKKET – HVORDAN INTEGRERE MOTIVERENDE INTERVJU I KLINISK PRAKSIS	33
PLANLEGGING AV RECOVERYPROSESSER UNDER INNLEGGELSE	34
Å SKRIVE UT PASIENTER TIL KOMMUNENE – FAGLIG RASJONALITET UNDER PRESS?	34
FASTLEGERES VURDERING AV DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE. RESULTATER I 2018 OG UTVIKLING OVER TID	34
EFFEKTSTUDIER AV RASK PSYKISK HELSEHJELP	35

«Å GJØRE NOE SAMMEN VI IKKE KUNNE GJORT ALENE»: RASK PSYKISK HELSEHJELP SOM ET INTERKOMMUNALT PSYKISK HELSETJENESTETILBUD	35
FOR NOEN BEBOERE ER BOFELLESKAP EN GOD LØSNING	36
INVOLVERING AV PÅRØRENDE TIL PASIENTER MED RUSAVHENGIGHET – MED RELASJONEN TIL PASIENTEN SOM UTGANGSPUNKT	36
BRUKERSTYRTE BEHANDLINGSFORLØP – ET EKSEMPEL FRA ROP-FELTET	36
FAMILIETERAPEUTISK ARBEID I ET KOMMUNALT VEILEDNINGSTEAM. EN SAMARBEIDS-ORIENTERT OG FORSKNINGSBASERT BESKRIVELSE	37
ETABLERING AV 19 NYE HELSEFELLESKAP – BEDRE SAMHANDLING ELLER ØKT BYRÅKRATISERING?	37
SAMMENHENGEN MELLOM BEHANDLINGSFORNØYDHET OG EFFEKT AV KOGNITIV ATFERDSTERAPI	37
TILBAKEMELDINGSVERKTØY: THE TILLER FEEDBACK PROJECT	38
VIRKER DET NÅ? PSYKOLOGEN TRENGER HJELP – DEBATT OM BRUK AV TILBAKEMELDINGS-VERKTØY I TJENESTENE	40
«PÅFUNNET NÅ ER FIT». SOSIALT ARBEID I MØTE MED FEEDBACKINFORMERTE TJENESTER (FIT)	41
PSYKOLOGER I KOMMUNEN: SLITER MED Å REKRUTTERE, VELGER DIGITAL LØSNING	41
LIVSKVALITET I NORGE	42
1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET	45
COVID-19 OG ENDRINGER I HELSETJENESTENE TIL MENNESKER MED PSYKISK HELSE- OG RUSPROBLEMER	46
VIRKNINGEN AV VIRUSEPIDEMIUTBRUDD PÅ PSYKISK HELSE HOS HELSEPERSONELL (RASK SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING OG META-ANALYSE)	47
PSYKISK HELSE-INTERVENSJONER OG OPPFØLGING UNDER COVID-19 OG ANDRE MEDISINSKE PANDEMIER: EN RASK KUNNSKAPSOPPSUMMERING	47
VIRKNINGEN AV OFFENTLIG PUBLISERING AV AKTIVITETSDATA PÅ ATFERDEN TIL BÅDE HELSEPERSONELL OG BRUKERE/PASIENTER (SYSTEMATIC COCHRANE-REVIEW)	48
ENDRING I HELSETJENESTENE SOM FØLGE AV EKSTERNT TILSYN (SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG)	49
SAMMENHENGEN MELLOM KOMPETANSESAMMENSETNING BLANT SYKEPLEIERE I PSYKISK HELSEVERN OG PASIENTUTFALL (REINNLEGGELSER OG HENVISNING TIL AKUTT-TILBUD). EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG	50
EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG METAANALYSE AV RECOVERY-RELATERTE UTDANNINGSINTERVENSJONER FOR PSYKISK HELSEPERSONELL	50
ALVORLIG PSYKISK SYKDOM OG HELSETJENESTEBRUK FOR SOMATISKE LIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG META-ANALYSE	50
SAMFUNNSØKONOMISKE EVALUERINGER AV FOLKEHELSEINTERVENSJONER FOR Å BEDRE PSYKISK HELSE OG FOREBYGGE SELVMORDSTANKER OG SELVMORDSATFERD: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG	51
BRUK AV PSYKISKE HELSETJENESTER BLANT BARN OG UNGE. SYSTEMATISK LITTERATUR-GJENNOMGANG OG META-ANALYSE	52
HVORFOR SØKER (IKKE) BARN OG UNGE PROFESJONELL HJELP FOR SINE PSYKISKE HELSEPROBLEMER? EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG AV KVANTITATIVE OG KVALITATIVE STUDIER	53
IDENTIFISERING AV FØRSKOLEBARN MED PSYKISKE HELSEPROBLEMER I PRIMÆRHELSE-TJENESTEN: SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG META-ANALYSE	53
ERFARING MED Å VÆRE EN HYPPIG BRUKER AV KOMMUNEHELSETJENESTEN OG AKUTTE HELSETJENESTER: EN KVALITATIV SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG TEMATISK SYNTSE	54
INTERVENSJONER SOM SKAL REDUSERE AVVIK MELLOM ANTALL HENVISTE BRUKERE OG ANTALLET SOM FAKTISK MØTER OPP I KOMMUNALE TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG	55
INTERVENSJONER FOR FORBEDRING AV UTSKRIVELSE FRA AKUTTINNLEGGELSER TIL KOMMUNEN FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER: SYSTEMATISK LITTERATUR-GJENNOMGANG OG NARRATIV SYNTSE	55

EFFEKTEN AV TVERRFAGLIG PSYKIATRISK HJEMMEBEHANDLING FOR PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG AV EMPIRISKE STUDIER.	56
STRATEGIER FOR Å INVOLVERE PASIENTER OG PÅRØRENDE I SAMARBEIDENDE TJENESTER RETTET MOT ANGST- OG DEPRESJONSLIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATUR-GJENNOMGANG	57
VOLD MOT ELDERE KVINNER: SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING AV KVALITATIV LITTERATUR	57
EFFEKTEN AV FAST BOLIG OG INNTEKTSINTERVENSJONER FOR HJEMLØSE I HØYINNTEKTS-LAND: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG	58
SAMMENHENGEN MELLOM PASIENTSENTRERT BEHANDLING OG UTFALL I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG	59
1.4 OPPSUMMERING	59
<u>2 DATAGRUNNLAG</u>	<u>61</u>
2.1 INNLEDNING	61
2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	62
2.2 DATAINNSAMLING	62
2.3 REPRESENTATIVITET	67
2.4 OM UTFYLLINGEN	70
2.5 DATAKVALITET OG USIKKERHET	71
EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS	71
VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL	71
2.6 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL	72
2.7 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	72
2.8 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR	72
2.9 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	72
<u>3 NASJONALE TALL</u>	<u>75</u>
3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	75
1.1 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK	76
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	76
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER	78
1.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	81
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	81
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE	83
3.2 REKRUTTERINGSPROBLEMER	87
3.3 OPPSUMMERING	92
<u>4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK</u>	<u>93</u>
4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	93
4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE	94
4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE	96
4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	100

4.5	TI STØRSTE KOMMUNENE	101
4.6	OPPSUMMERING	102
5	HOVEDFORLØP	103
5.1	DATAGRUNNLAG	104
5.2	RESPONS	104
5.3	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)	105
5.4	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	105
5.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	107
5.6	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	108
5.7	OPPSUMMERING	110
6	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	111
6.1	KARTLEGGING 2020	113
6.2	PLANER FOR VIDEREFORING	113
6.3	DE STØRSTE UTFORDRINGENE PÅ RUSFELTET FOR ULIKE MÅLGRUPPER	115
	BARN/UNGE MED MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER	115
	BARN/UNGE MED KORTVARIGE ALVORLIGE PROBLEMER OG LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER	115
	BARN/UNGE ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER	115
	VOKSNE MED MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER	117
	VOKSNE MED KORTVARIGE ALVORLIGE PROBLEMER OG LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER	118
	VOKSNE MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER	119
6.4	OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET	122
6.5	KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE	124
6.6	SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING	128
6.7	SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER	129
6.8	KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN	131
6.9	BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE	133
6.10	SIKRING AV BRUKERMEDVIRKNING	133
6.11	KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD	135
6.12	INVOLVERING AV KOMMUNEOVERLEGENE	136
6.13	FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET	138
6.14	OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER	139
6.15	SAMARBEIDSAVTALENE MELLOM KOMMUNEN OG HELSEFORETAKET INNEN RUSFELTET	142
6.16	OPPSUMMERING	144
7	PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	147
7.1	INNLEDNING	147
7.2	DATAGRUNNLAG	149
7.3	FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	149
7.4	ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN	151

7.5	FORLØPSKOORDINATORENS ROLLE	151
7.6	GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV KOMMUNAL INFORMASJON	153
7.7	ERFARTE ENDRINGER ETTER INNFØRING AV PAKKEFORLØP	154
7.8	INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP	159
7.9	OPPSUMMERING	161
8	<u>SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP</u>	163
8.1	DATAGRUNNLAG	164
8.2	INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	165
8.3	SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER	165
8.4	KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL	167
8.5	PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT	167
8.6	SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER	168
8.7	STØRSTE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED VOLD OG OVERGREP	170
	AVDEKKING AV PROBLEMER	170
	FÅ DE UTSATTE TIL Å TA GODE VALG OG MOTIVERE TIL ENDRING	170
	VOLD OG OVERGREP I RUSMILJØ	171
	KOMME I KONTAKT MED DE SOM UTØVER VOLD	171
	SOSIALE PROBLEMER	171
	SÅRBARE GRUPPER	171
	MANGLENDE SAMARBEID	172
	BARNEVERN OG POLITI	172
	TID, RESSURSER OG KAPASITET	172
8.8	OPPSUMMERING	172
9	<u>KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER OG INTER-KOMMUNALT SAMARBEID</u>	175
9.1	KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE	175
9.2	KJØP FRA ANDRE KOMMUNER	178
9.3	INTERKOMMUNALT SAMARBEID	178
9.4	OPPSUMMERING	180
10	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET</u>	181
10.1	OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	184
	MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET	185
10.2	TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM	185
10.3	OPPSUMMERING	186
11	<u>ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD</u>	187
11.1	TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT	187
11.2	ÅRSAK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT	189

11.3	BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?	189
11.4	OPPSUMMERING	191
12	ARBEIDSTILTAK	193
12.1	DATAGRUNNLAG	194
12.2	SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV	194
12.3	IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	195
12.4	IPS/SE INNEN RUSARBEID	196
12.5	FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE	198
12.6	SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV	198
12.7	OPPSUMMERING	200
13	BRUKERMEDVIRKNING	201
13.1	DATAGRUNNLAG	202
13.2	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	202
13.3	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING	204
13.4	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	206
13.5	ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE	208
13.6	ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING I TJENESTER TIL BARN OG UNGE	210
13.7	OPPSUMMERING	210
14	BOLIGSITUASJONEN	211
14.1	DATAGRUNNLAG	212
14.2	STØRSTE UTFORDRINGER RUNDT BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN	212
	TILGANGEN PÅ BOLIGER	212
	BELIGGENHET PÅ TILGJENGELIGE BOLIGER	213
	ØKONOMISKE UTFORDRINGER	214
	SVAK BOEVNE OG MANGEL PÅ BOVEILEDNING	215
	MANGLER BEMANNEDE BOLIGER ELLER MED PERSONALBASER	215
	BOLIGER TIL MÅLGRUPPEN ROP	216
	FOR LANGT UNNA ANDRE TJENESTER	217
	KOMMUNALE BOLIGER	217
	KVALITET PÅ BOLIGENE	218
	VANSKELIG Å ETABLERE NYE BOTILBUD	219
	IKKE DIFFERENSIERT BOTILBUD	219
	SLIPPER IKKE INN BEMANNING	220
	LOVVERK OG SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	220
	OVERGANG ETTER BEHANDLING	221
	MANGLER PLANER	221
	ANDRE UTFORDRINGER	222
	INGEN UTFORDRINGER I ANDRE KOMMUNER	223

14.3	HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG	223
14.4	HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON	226
14.5	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPENE	227
14.6	OPPSUMMERING	228
15	OPPFØLGING AV BARN OG UNGE	229
15.1	TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING	229
15.2	RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIET SAMARBEID FOR BARN OG UNGE	231
15.3	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	232
15.4	VIKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	233
15.5	OPPSUMMERING	235
16	OPPFØLGING AV ELDRE	237
16.1	DATAGRUNNLAG	237
16.2	KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV	238
16.3	SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE	238
16.4	GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK	240
16.5	OPPSUMMERING	242
17	PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	243
17.1	DATAGRUNNLAG	245
17.2	RUTINER, DOKUMENTASJON OG OPPFØLGING	245
17.3	SYSTEMATISK OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE	247
17.4	TILTAK/TJENESTER FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR	248
17.5	SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE	249
17.6	IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKER-GRUPPER	250
17.7	VOKSNE PÅRØRENDE	252
17.8	OPPSUMMERING	254
18	BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI	257
18.1	TATT I BRUK VELFERDSTEKNOLOGI	257
18.2	TYPE TEKNOLOGI	258
18.3	OPPSUMMERING	258
19	ANNET	259
19.1	UTFORDRINGER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE	259
19.2	KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTERS ROLLE/OPPGAVER I KOORDINERENDE ENHET	261
19.3	PSYKISK HELSE OG RUSARBEID SOM EN LIKEVERDIG DEL AV DET LOKALE FOLKEHELSE-ARBEIDET	261

19.4	KOMMUNENS OVERORDNEDE KOMPETANSEPLAN	261
19.5	NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN	262
19.6	FORANKRING HOS RÅDMANNEN	262
19.7	OPPSUMMERING	263
20	ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	265
20.1	DATAGRUNNLAG	265
20.2	NAPHA	266
20.3	KoRus	269
20.4	RBUP/RKBUE (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)	271
20.5	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDS-FOREBYGGING)	274
20.6	NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	277
20.7	NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)	280
20.8	NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)	283
20.9	KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE	286
20.10	OPPTRETER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?	287
20.11	OPPSUMMERING	288
	REFERANSER	289
	VEDLEGG A: NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I KOMMUNENE	293
	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"	293
	OPPTRAPPINGSPLAN FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (2019-2024)	294
	OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE	295
	PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	296
	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020	297
	NASJONAL OVERDOSESTRATEGI 2019-2022	298
	DET VIKTIGSTE FØRST – PRINSIPPER FOR PRIORITERINGER I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE	299
	SAMMEN OM MESTRING OG VEILEDER OM OPPFØLGING AV PERSONER MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV	299
	PILOT FOR INNFØRING AV OPPFØLGINGSTEAM I KOMMUNENE	300
	KOMPETANSELØFT 2020	301
	BOLIGSOSIALT ARBEID	301
	KOMMUNALE HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER	301
	HANDLINGSPLAN FOR FOREBYGGING AV SELVMORD (2020-2025) – INGEN Å MISTE	302
	NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN (2020-2023) – OG NY MASTER I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	304
	VEDLEGG B: FORKORTELSER	305
	VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2020	307
	VEDLEGG D: GRUNNLAGSDATA 2020	319

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

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

Rapporten inkluderer årsverksdata for perioden 2007-2020. På tema der de samme spørsmålene er inkludert tidligere år, har vi tatt med alle årene som er aktuelle for å følge med på utviklingen.

I 2020 har datainnsamlingen vært komplisert på grunn av koronasituasjonen som inntraff to uker før vi vanligvis sender e-post til alle kommunene for å forberede de på datainnsamlingen. Vi avventet situasjonen og bestemte at vi måtte gjøre en forundersøkelse for å se når kommunene ville ha anledning til å svare. De fikk fem ulike datoer å velge mellom, den 15. i hver måned fra mai til september. I tillegg spurte vi om de kunne gi en kort beskrivelse (åpen) av konsekvensene av koronasituasjonen for målgruppene til kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Det kom inn 285 svar fra kommuner/bydeler og dette tilsvarer 77 prosent av alle kommunene/bydelene. Vi analyserte svarene og leverte funnene i form av et notat i mai 2020 (78i14030/notat 1_2020).¹ I forundersøkelsen oppgav kommunene hvilken svarfrist de ønsket og de fleste ønsket da å rapportere innen 15. juni.

Vi avsluttet datainnsamlingen 16. september og det er 65 kommuner som ikke har rapportert i 2020. Det er i tillegg 13 kommuner som delvis har fylt ut skjemaet. Det vil si at det er 294 kommuner/bydeler som har deltatt i årets kartlegging. Det utgjør 79 prosent av alle kommuner/bydeler. For årsverksstatistikken er ikke dette et betydelig problem da vi har 2019-tall som vi kan bruke. Det er små endringer i årsverk fra år til år på kommunenivå, så vi vurderer at dette ikke vil være en stor feilkilde. Det er mer problematisk at vi ikke har svar på de øvrige spørsmålene, hvor det vanligvis er svar fra over 90 prosent av kommunene. Fordi vi ikke vet hvordan den enkelte kommune er påvirket av koronasituasjonen, har vi valgt å ikke purre mer enn én gang for ikke å belaste kommunene mer enn nødvendig. Det ble tidlig klart at 2020 ville bli et krevende år å få inn rapporteringen fra kommunene. Vi er likevel fornøyd med at 294 kommuner har svart på hele skjemaet, i tillegg til de 13 kommunene som delvis har svart. Totalt er vi da på 83,5 prosent av kommunene, og det må vi si oss fornøyd med.

Kapittel 1 er utvidet i forhold til tidligere rapporter, og inneholder nå tre deler; nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet (kapittel 1.1 og Vedlegg A), forskning og evaluering fra Norge siste år (kapittel 1.2) og internasjonale kunnskapsoppsummeringer siste år (kapittel 1.3). Målet med dette er å bidra til at kommunene og tjenestene lettere kan holde oversikt over de nasjonale føringene og få tilgang til ny forskningskunnskap. Det er foreløpig relativt lite forskning på kommunale eller lokale tjenester innen psykisk helse og rusarbeid, både nasjonalt og internasjonalt. Vi finner mer forskning på psykisk helsefeltet enn på rusfeltet.

¹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/notat_12mai2020.pdf/

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

NASJONALE ÅRSVERKSTALL

Summen av årsverk rapportert i 2016-2020 er vist i tabellen under. Totalt er det i 2020 rapportert 16 569 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner, og situasjonen gjelder i uke 5, altså før koronasituasjonen inntraff i uke 11.

Det er rapportert en økning på 170 årsverk fra 2019 til 2020, hvorav 94 årsverk i tjenester og tiltak til voksne og 76 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det rapportert en økning på en prosent, fordelt på 0,7 prosent økning i tjenester og tiltak til voksne og 2,2 prosent økning i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2019 til 2020.

	2016	2017	2018	2019	2020	Endring i antall årsverk	Endring i %
Voksne	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	94	0,7
Barn og unge	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	76	2,2
Totalt	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569	170	1,0

Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2019 til 2020, finner vi en økning fra 31 til 32 årsverk pr. 10 000 innbyggere i tjenester rettet mot barn og unge, og ingen endring i tjenester rettet mot voksne.

ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK

I tjenester til voksne går det flest årsverk til boliger med fast personell (41 prosent), og 27 prosent av årsverkene går til kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse, mens 20 prosent går til hjemmetjenester/ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. Videre går 12 prosent av årsverkene til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Dette er kun marginale endringer i den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne fra 2019 til 2020.

I tjenester til barn og unge, går 46 prosent av årsverkene til kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid", og like mange til helsestasjon og skolehelsetjeneste og åtte prosent til aktiviteter, kultur og fritidstiltak. Det rapporteres om 56 nye årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenester (økning på 3,5 prosent) og 16 nye årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak (økning på 5,9 prosent).

ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (55 prosent). Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Psykologene og psykologspesialistene utfører nå to prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot voksne, hvorav 1,2 prosent er psykologer og 0,8 prosent er psykologspesialister.

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er som i tjenester til voksne høyskoleutdannede med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (62 prosent). Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,4 prosent er psykologspesialister og seks prosent er psykologer.

ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP

De siste årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligget stabilt de siste fire årene (2017-2020):

Hovedforløp 1: 10-11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-52 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

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

Hovedforløp 3: 63-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 16-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

I tjenester til barn og unge er det en økning i andel årsverk som går til hovedforløp 1 og en nedgang i hovedforløp 3 og 2 siste år. Det er foreløpig for tidlig å si om dette er starten på en trend eller om det er tilfeldig variasjon mellom år.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til henholdsvis voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. I tjenester for voksne ligger fornøydhetsandelen på 85 prosent for hovedforløp 1 og på 83 prosent for hovedforløp 2, og på rundt 67 for hovedforløp 3.

I tjenester for barn og unge er det små endringer fra 2019 til 2020 i hvordan kommunene/bydelene vurderer de ulike forløpene. Det er 80 prosent som mener at tilbudet er godt eller svært godt for hovedforløp 1, 65 prosent mener det samme for hovedforløp 2 og 44 prosent for hovedforløp 3.

REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 er det også kartlagt om tjenestene har rekrutteringsproblemer. Det er særlig mange kommuner som oppgir at det er utfordrende (meget/ganske) å rekruttere psykologer (54 prosent) og psykologspesialister (35 prosent). Det er også mange som oppgir at de har problemer med å rekruttere helsesykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (36 prosent).

STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

2020 er siste året av Opptrappingsplanen for rusfeltet og det er 55 prosent av kommunene som svarer at videreføring av den kapasiteten og kompetansen som planen har medført, er omtalt i kommunens planverk. Jo større kommunen er, jo større sannsynlighet er det for at de har omtalt planer for videreføring i planverket. De kan likevel ha planer for videreføring uten å ha forankret det i planverket.

Vi har også spurt hva de største utfordringene på rusfeltet er for de ulike målgruppene, fordelt både etter forløp og etter barn/unge og voksne. For barn og unge med milde og kortvarige rusproblemer er det blant annet svart at det er vanskelig å komme tidlig nok inn og å komme i posisjon til å hjelpe, at de unge bagatelliserer rusbruket sitt, at legaliseringsdebatten om cannabis bidrar til ufarliggjøring og dermed til at flere prøver, at foreldre ikke tar situasjonen alvorlig nok og ikke følger opp, at utenforskap fører til lavere terskel for å prøve rusmidler for å bli en del av et miljø og at fastlegen spør om rusbruk for sjelden. For barn og unge med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere rusproblemer, kommer i tillegg eksempler på at denne gruppen er lite motivert til å søke hjelp, manglende arenaer for å møte ungdom og svak samhandling mellom tjenestenivå. For den tredje gruppen barn og unge, de med alvorlige og langvarige problemer, er det mye av de samme utfordringene, i tillegg til for eksempel mangel på gode støttetjenester, for sen henvisning til spesialisthelsetjenesten og at de unge faller mellom BUP, som i liten grad gir rusbehandling, og TSB som i liten grad behandler pasienter under 18 år.

For voksne med milde og kortvarige problemer er det mange som ikke ønsker tjenester fra kommunen, for eksempel fordi de blir fratatt førerkortet eller generelt opplever stigma knyttet til rusproblemer. For voksne med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer handler det mer om at sakene blir mer komplekse, og at de utvikler langsamt større utfordringer på flere livsområder som arbeidstilknytning, familierelasjoner og dårlig økonomi. Mange får avslag på behandling og situasjonen kan forverres. For voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser er det mange som mangler meningsfulle aktiviteter i hverdagen, og selv om kommunen tilbyr dette kan det være vanskelig å få motivert de med størst behov til å delta. Mange får avsluttet behandlingen i spesialisthelsetjenesten på tross av at de har alvorlig rusproblematikk, og de blir dermed kommunens ansvar. Andre peker på mangler i lovverket og at det er en uklar arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rusfeltet.

Videre finner vi liten økning i andel kommuner som oppgir at de økte midlene som de har mottatt gjennom opptrappingsplanen har blitt benyttet til formålet fra 38 prosent i 2019 til 41 prosent i 2020. Men i 2018 var andelen 46 prosent, så det er ikke en tydelig trend utover planperioden. Jo større kommunen er, jo mer sannsynlig er det at de svarer at midlene har blitt benyttet til formålet, men det er ikke tydelige geografiske forskjeller.

Det er nedgang i andel kommuner som erfarer at opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser (for eksempel flere årsverk) utover i perioden. Fra 60 prosent i 2018, 48 prosent i 2019 og til 45 prosent i 2020. Også her er øker andel som opplever direkte konsekvenser med kommunestørrelse, mens den geografiske variasjonen er mindre tydelig. Gjennom hele perioden er de vanligste konsekvensene av opptrappingsplanen at de har fått flere årsverk, og totalt er det rapportert om 896 nye årsverk fra 2017 til 2020 som en direkte følge av opptrappingsplanen.

Gjennom perioden har det vært økning i andel kommuner som oppgir at de har systemer på tvers for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen oppe i 51 prosent og i 2019 på 64 prosent, og i 2020 på 83 prosent. Dette kan være en effekt av opptrappingsplanen og det er særlig vekst i andel kommuner som har system på tvers både for unge og voksne.

Det er få kommuner (fem prosent) som i 2020 svarer at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, mens andelen var ti prosent i 2017. Det er

videre 72 prosent av kommunene som i 2020 rapporterer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Denne andelen har vært stabil siden 2017 og i tillegg til BrukerPlan (71 prosent), er det mange kommuner som bruker Ungdata (58 prosent), og det er disse to kartleggingsmetodene som brukes av de fleste kommunene. Begge metodene har hatt en jevn økning utover i planperioden.

Det er en betydelig økning i andel kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet fra 2019 til 2020, fra ti prosent til 27 prosent i 2020, og det er begge år systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, og i 2020 fra 13 prosent i de minste kommunene til 57 prosent i de største kommunene, med unntak av Oslo der de fleste svarer at de i noen grad sikrer brukermedvirkning. Disse forskjellene gir rom for tolkning, og én hypotese er at Oslo har større forventninger til å få til brukermedvirkning i tjenesteutviklingen enn andre kommuner, eller at de prioriterer brukermedvirkning i driftsarbeid heller enn i utviklingsarbeid.

Videre er det i 2020 nå 32 prosent av kommunene som svarer at de i stor grad har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, og dette er en økning fra 21 prosent i 2018 og 26 prosent i 2019, så det er viss økning utover i perioden.

I 2020 har vi for første gang spurt om kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid. Det var noen flere kommuner som svarer at kommuneoverlegen er tilstrekkelig involvert i psykisk helsearbeid enn i kommunalt rusarbeid, men det er ikke store forskjeller mellom de to fagfeltene i fordelingen av svarene. Generelt er det slik at 42 prosent av kommunene/bydelene mener at kommuneoverlegene ikke er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innen rusarbeid, og tilsvarende 39 prosent innen psykisk helsearbeid. Det er derfor et potensial for økt involvering i mange kommuner og bydeler.

I 2020 var det 82 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette er kun marginale endringer fra 2018 og 2019.

Vi kan også observere en liten økning i andel kommuner som svarer at de i stor grad følger opp somatiske helseproblemer fra 2019 til 2020 blant tjenestebrukere med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) og blant de med hovedsakelige psykiske lidelser. Men det er ingen økning, og samtidig lavest andel som svarer at de i stor grad følger opp somatiske helseproblemer, blant de med hovedsakelige ruslidelser.

Rundt ti prosent av kommunene/bydelen erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket fungerer dårlig for voksne med rusmiddelproblemer, og 15 prosent mener avtalene for unge med rusmiddelproblemer fungerer dårlig.

PAKKEFORLØP

I 2020 svarer 70 prosent av kommunene/bydelene at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en stor økning fra 2019 da 55 prosent hadde en slik koordinator på plass. Det mest vanlige er at forløpskoordinatoren er organisert i koordinerende enhet/tildelingskontor (69 prosent), mens andre har organisert forløpskoordinatoren i enhet for psykisk helse og rus (46 prosent). Noen har krysset av begge, og da kan det bety at koordinerende enhet eller tildelingskontoret er organisert i enhet for psykisk helse og rus. Kun fire kommuner har organisert forløpskoordinatoren i NAV-kontoret i 2020. Rollen til forløpskoordinatoren er oftest å ha oppgaver på

systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten (75 prosent), og dernest individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp (52 prosent). Hver fjerde kommune/bydel svarer at forløpskoordinatoren gjør begge deler.

Fra 2019 til 2020 er det en betydelig økning i andelen kommuner/bydeler som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, og det er nå 33-44 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene.

Når vi spør om kommunene/bydelene opplever endringer etter innføringen av pakkeforløp, er det få som svarer at det har vært endringer på noen av områdene vi har spurt om. Færrest er det som svarer at de i stor grad opplever forbedringer i det kommunale tilbudet (fire prosent), mens noen flere svarer at de i stor grad opplever forbedring i tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten, økt samarbeid med fastlegen og bedre samarbeid med fastlegen (seks prosent). Det er videre åtte prosent som i stor grad opplever forbedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ti prosent som i 2020 opplever at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er tydeligere.

I 2020 svarte 44 prosent av kommunene at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, dette er nær en dobling fra 2019, og økningen gjelder i kommuner i alle størrelser målt etter folketall.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

I 2020 er det 46 prosent av kommunene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, og det er en økning fra 2018 på syv prosentpoeng. Det er også en økning i andel kommuner som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, fra 36 prosent i 2018 til 41 prosent i 2020. Ellers er det ikke betydelige endringer i andel kommuner som har skriftlige rutiner og prosedyrer på de ulike områdene i perioden.

Videre er det i 2020 totalt 89 prosent av kommunene/bydelene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

Det er også en økning i andel av kommunene/bydelene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell, fra 26 prosent i 2018 til 42 prosent i 2020. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre kommunene har en slik plan, men det er økning i andel kommuner av alle størrelser.

I 2020 er det også spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 290 kommunene/bydelene som har svart på dette er det 192 (66 prosent) som har svart at de har et slikt system.

Det er også tatt med et åpent spørsmål til kommunene om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for å få mer kvalitativ informasjon om temaet. Det er 170 kommuner/bydeler som har svart på dette. Kommunene kommenterer blant annet at det er mest utfordrende å avdekke problemer, å få utsatte til å ta gode valg og motivere til endring, vold og overgrep i rusmiljø, komme i kontakt med de som utøver vold, og identifisering av sårbare grupper, manglende

samarbeid mellom kommunale tjenester og for eksempel med kriminalomsorg, utfordringer i forhold til de involverte og deres forhold til barnevern og politi, og at de mangler ressurser til forebygging av vold.

KJØP FRA PRIVATE AKTØRER/ANDRE KOMMUNER

Det er i underkant halvparten av kommunene/bydelene (43 prosent) som oppgir at de har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (24 prosent). Det er en nedgang på fem prosentpoeng i andel kommuner som kjøper slike tjenester fra private ideelle gjennom enkeltplasser fra 2019 til 2020, og en liten økning i andel som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private kommersielle aktører.

Av de som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, er det 21 prosent som også kjøper arbeids- og aktivitetstiltak og tre prosent som i tillegg kjøper psykologtjenester. Det kan være flere som kjøper disse tjenestene, men som ikke kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester. Dette er ikke kartlagt.

Av de kommunene som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, er det videre 84 prosent som svarer at de kjøper langtidstilbud, mens 27 prosent kjøper overgangstilbud og 20 prosent kjøper ulike former for akutt-tilbud.

Videre er det 15 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid. Av disse er det ni prosent av kommunene som oppgir at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid, mens seks prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse og under én prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Dette er omtrent uendret fra 2019.

Omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid er betydelig, og 63 prosent av kommunene svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020, og dette er omtrent det samme som i 2019. Det er flest kommuner som har interkommunalt samarbeid rundt en KAD-avdeling (31 prosent), men det er også en del som oppgir at de har interkommunalt samarbeid rundt psykologtjenester (19 prosent og tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (18 prosent). Det er 12 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid rundt arbeids- og/eller aktivitetstilbud, mens fem prosent har interkommunalt samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud til målgruppen.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Det er nå så mange team at det er lettere å se på de som ikke har slike team. Ut ifra NAPHAs oversikt ser det nå ut til å være 15 DPS-områder som ikke har startet planlegging av et slikt team. 14 prosent av kommunene rapporterer at de har, eller inngår i, samarbeid om ACT-team og 49 prosent at de har, eller inngår i, samarbeid om FACT-team. Det er 29 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har andre typer oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens 28 prosent oppgir at de har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er videre 48 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdoms-team). Det er ingen endring fra 2019 til 2020, og store kommuner har i større grad oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom.

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

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

Våren 2017 var det hver tredje kommune som oppgav at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp/døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 17 prosent som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp/døgnopphold for målgruppen. I 2020 var andelen ti prosent, så det er en økning i perioden.

Av alle kommunene har 37 prosent etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 22 prosent har etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem. Ti prosent har etablert tilbudet i forbindelse med legevakt og fire prosent i forbindelse med lokal- eller distriktsmedisinsk senter.

De ti prosentene som ikke har etablert et tilbud har ulike begrunnelser på hvorfor ikke tilbudet er etablert. Noen sier det har vært forsøkt, andre at det ikke har vært prioritert eller at det ikke har vært behov for et slikt tilbud.

Halvparten av kommunene svarer at plassene er brukt i *liten* grad, og plassene ser naturlig nok ut til å i *størst* grad bli brukt i kommuner med mange innbyggere. Det er ingen endring fra 2019 til 2020 i andel som svarer at plassene er brukt i *liten* grad.

ARBEIDSTILTAK

63 prosent av kommunene/bydelene 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 i 2020. Dette er uendret fra 2019, og en økning fra 58 prosent i 2017.

Det er i 2020 totalt 41 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette har vært en betydelig økning fra 2017 da 19 prosent svarte at de hadde tatt i bruk IPS for denne målgruppen.

Det er 34 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2020 og det er en økning fra 16 prosent i 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser, og det er en økning i andel som svarer både i *stor* grad og i *svært stor* grad fra 2019 til 2020. Men det vil være variasjon i hva som menes med "fokus", det kan være at de har stort fokus i oppfølging av noen brukere, men mindre i oppfølging av andre brukere.

Det er 60 prosent av kommunene/bydelene som svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er *god* eller *svært god*, og andelen er lavest i Oslo og Viken.

BRUKERMEDVIRKNING

I 2020 har vi spurt om i hvilken grad kommunen/bydelen sikrer brukarmedvirkning på individ- og systemnivå. 78 prosent svarer at de i *svært stor grad* eller i *stor grad* sikrer brukarmedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukarmedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. De små kommunene har i mindre grad sikret brukarmedvirkning på systemnivå enn større kommuner, men både små og store kommuner mener de i stor grad sikrer brukarmedvirkning på systemnivå.

Nær halvpartene (49 prosent) av kommunene/bydelene svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaring innen psykisk helse- og rusarbeid som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene i løpet av de siste 12 månedene. Dette er en økning fra 44 prosent i 2018. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse, og mens 94 prosent av kommunene oppgir å ha innhentet brukererfaring siste år, er andelen 17 prosent blant de minste kommunene. Den mest hyppige metoden som er brukt for innhenting av brukererfaringer er tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker (særlig FIT, nettbasert eller papir).

De fire siste årene er det spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor grad, fra 67 prosent i 2017 til 77 prosent i 2020. Andelen er ikke signifikant forskjellig i små og store kommuner.

I 2019 svarte 27 prosent av alle kommunene at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. I 2020 var andelen kommet opp i 37 prosent. Det betyr at det er en økning på ti prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2020. Av de som ikke har ansatte med denne erfaringen, er det over halvparten som ikke har planer om å ansette denne typen kompetanse. Andelen kommuner som har ansatte med brukererfaring øker systematisk med kommunestørrelse.

BOLIGSITUASJONEN

Det er i 2020 totalt 258 kommuner/bydeler (69 prosent) som har svart på et åpent spørsmål om hva de største utfordringene er når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen. Her kommer det fram at en av hovedutfordringene for mange kommuner er tilgang på egnede boliger som har riktig beliggenhet (nærhet til tjenester og butikker) fordi mange av brukerne ikke disponerer bil. Det er også en stor utfordring noen steder at mange personer i ulike faser plasseres i samme område og kan påvirke hverandres situasjon negativt. Det er også utfordringer knyttet til brukergruppen som gjør at boligsituasjonen blir vanskelig. Dette kan handle om svak økonomi som gjør at de ikke finner bolig i det private markedet, at de er ustabile leietagere som mange ikke ønsker å leie ut til, eller at de har dårlig boevne og at kommunen har for lite ressurser til å gi tilstrekkelig bo-oppfølging og ADL-trening. Dårlig kvalitet på boligene som er tilgjengelig for målgruppen trekkes fram som utfordringer av noen kommuner.

Rundt syv prosent av kommunene oppgir at de i *liten grad* (fem prosent) eller *svært liten grad* (to prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med psykiske helseproblemer. 71 prosent svarer at de i *stor grad* (59 prosent) eller i *svært stor grad* (12 prosent) gir et godt tilbud til personer med psykiske helseproblemer.

Det er også rundt syv prosent av kommunene oppgir at de i *liten* grad (fem prosent) eller *svært liten* grad (to prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer. Det er færre, 58 prosent som svarer at de i *stor* grad (48 prosent) eller i *svært stor* grad (ti prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer.

Det er likevel en økning i andel kommuner som rapporterer om forbedringer i boligsituasjonen for begge målgruppene det siste året. Det er også færre som rapporterer om forverringer, men det er likevel seks prosent av kommunene som oppgir at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har forverret seg fra 2019 til 2020.

32 prosent av kommunene/bydelene oppgir at Husbankens ordninger i svært liten eller i liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon, og dette er omtrent som i 2018. Det er særlig i de nest minste kommunene (2000-10 000 innbyggere) at få svarer at Husbankens ordninger bidrar i stor grad, og særlig ser det ut til å være potensial for forbedrede ordninger i kommunene i Viken og i Møre og Romsdal.

OPPFØLGING BARN OG UNGE

80 prosent svarer at de i *stor* eller *svært stor* grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, og dette er uendret fra 2018. Det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner etter størrelse.

Andel kommuner/bydeler som svarer at de i *stor* eller *svært stor* grad har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, har økt fra 59 prosent i 2018 til 84 prosent i 2020. Heller ikke på dette spørsmålet er det forskjeller i svarene mellom kommuner etter størrelse.

I 2020 er det 63 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og dette er en økning fra 54 prosent i 2018.

I 2018 oppgav 15 prosent av kommunene og bydelene i Oslo 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 er andelen åtte prosent.

OPPFØLGING AV ELDRE

Det er 293 kommuner/bydeler som har svart på om kommunen har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus (79 prosent). Det er 14 prosent av disse som svarer at behovene er kartlagt, men nesten like mange som svarer at de ikke vet om behovene er kartlagt. Dette kan være fordi det er andre tjenester som gjør denne kartleggingen, kanskje uten at psykisk helse- og rustjenester er involvert. De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er flest som svarer at dette er gjort gjennom BrukerPlan. Andre svarer at dette gjøres fortløpende gjennom den eldre sin kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre, og noen har også kartlagt dette ved hjemmebesøk eller når de eldre får behov for andre kommunale tjenester.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir systematisk spurt om alkoholvaner, og det er 285 (77 prosent) av alle kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet og én av tre av disse svarer at de eldre blir spurt systematisk om alkoholvaner, mens 41 prosent svarer nei.

Det er 103 kommuner/bydeler (35 prosent) som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant de eldre.

Det er flest kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre for de ansatte når det gjelder psykiske helseproblemer (28 prosent). Videre har 18 prosent gjennomført kompetansehevende tiltak når det gjelder eldre med rusproblematikk og 14 prosent om eldre med ROP-lidelser. Nesten hver femte kommune (19 prosent) oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for eldre utsatt for vold og overgrep siste år.

PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

I 2020 har 86 prosent av kommunene/bydelene rapportert at de har rutiner for å dokumentere barn som er pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Dette er en økning fra 80 prosent i 2019. Videre svarer 71 prosent av kommunene at de har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene om oppfølging av barn som pårørende, dette er en økning fra 70 prosent i 2019. Når det kommer til spørsmålet om kommunen har tillagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, familiekoordinator, personell i voksensjenestene eller lignende, svarer 59 prosent at de har gjort dette. Dette er en økning fra 49 prosent fra 2019.

Det er 34 prosent av kommunene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen, og dette er omtrent som i 2019.

Videre er det 65 prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2020. Dette er en økning fra 58 prosent i 2019. Det er også noen flere som har planer om dette i 2020 enn i 2019.

Det er en nedgang på 16 prosentpoeng i kommuner som svarer at de ivaretar barn og unge som pårørende for foresatte med rusproblemer *godt* eller *svært godt* fra 2019 til 2020. Men det er en økning i fem prosentpoeng som svarer dette for barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser, og fire prosentpoeng økning for barn og unge som pårørende for foresatte som har begått selvmord. For barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt overdose er det ingen endring.

Når det gjelder voksne pårørende svarer de aller fleste at de har et *middels* eller et *godt* tilbud både i 2019 og 2020. Det er en økning i andel som svarer *svært godt* eller *godt* fra 2019 til 2020, særlig i ivaretagelse av voksne pårørende etter voksne som har begått selvmord og pårørende til barn og unge med selvskadingsproblematikk.

BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI

293 kommuner/bydeler har svart på om de har tatt i bruk velferdsteknologi (trygghets-teknologi, mestringsteknologi etc.) innen psykisk helse og rusarbeid i 2020 (79 prosent). Det er nesten halvparten (48 prosent) som svarer at de har tatt i bruk denne typen teknologi, mens fem prosent svarer at de ikke vet om kommunen har tatt det i bruk eller ikke. Det er også spurt om hvilken type teknologi dette er, og

svarene tyder på at følgende teknologier benyttes: medisindispensere, digitale trykghetsalarmer, digitale konsultasjoner, assistert selvhjelp (apper, nettkurs), digitale samarbeids-møter (Teams, Skype), kriseplan på mobil og FIT på nett.

ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Det er bare én kommune i utvalget i 2020 som ikke har hørt om NAPHA, KoRus og RVTS og syv kommuner som ikke har hørt om RBUP/RKBU. 16 prosent av kommunene har ikke hørt om NKROP, men det kan være fordi de kjenner tjenesten som ROP-tjenesten. Henholdsvis åtte og ni prosent oppgir at de ikke har hørt om NKVTS og NSSF, men det er nedgang fra 2019.

Videre har 77 prosent av kommunene/bydelene vært i kontakt med eller brukt NAPHA, 93 prosent med KoRus, 69 prosent RBUP/RKBU, 90 prosent med RVTS, 24 prosent med NKVTS og 26 prosent har vært i kontakt med eller brukt NSSF. Den vanligste måten å ha kontakt med sentrene på er å besøke nettsiden, og/eller lese fagartikler fra sentrene og/eller delta på ulike kurs. Det er stor grad av fornøydhet blant de som har hatt kontakt med sentrene.

15-17 prosent av kommunene/bydelene svarer hvert år at sentrene i liten grad opptre samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene og dette gjelder særlig i de store kommunene.

ANNET

Det er ti prosent av kommunene/bydelene som svarer at kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Andelen øker med kommunestørrelse og flest rapporterer om utfordringer i hovedstadsområdet og færrest i helse Bergen området og i Nord-Trøndelag.

I 2020 er det også tatt med et åpent spørsmål om hvilken rolle/oppgaver kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har i kommunens koordinerende enhet. Noen skriver kort at de har samarbeid eller tett/nært samarbeid med koordinerende enhet, mens andre utdyper og forklarer litt mer. Noen steder har de faste møter, mens de andre steder blir trukket inn i enkeltsaker ved behov. Noen har en egen ansatt i koordinerende enhet som har ansvar for alle sakene innen psykisk helse- og rus, mens andre sier de er lite delaktig i koordinerende enhets arbeid eller at de ikke har noen tydelig rolle.

Det er i 2020 totalt 79 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at psykisk helsearbeid er en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag, mot 85 prosent i 2019. I 2020 er det 65 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at rusarbeid er en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag, mot 74 prosent i 2019.

62 prosent svarer at psykisk helse inngår, og 58 prosent svarer at rusproblematikk inngår i den overordnede kompetanseplanen. Men det er nesten 30 prosent som ikke vet om disse fagområdene inngår i planen.

I 2019 og 2020 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. I 2019 var andelen 39 prosent som hadde benyttet rapporten, mens den i 2020 er 49 prosent. Det er fortsatt slik at en noe større andel av de store kommunene benytter den, men forskjellene mellom kommunegrupper i bruk av rapporten var i 2020 ikke signifikant. Med ett unntak av kommunene i Agder som hadde lav andel som benyttet rapporten (30 prosent), er det heller ikke signifikante forskjeller mellom fylker. Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet den i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Det er ti prosent av kommunene som i liten

grad har nytte av rapporten og 26 prosent som har stor nytte (*stor grad* eller *svært stor grad*). Det er ikke systematisk variasjon etter kommunestørrelse eller fylke i rapportert nytte av rapporten.

Vi spør om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er en noe høyere andel som svarer at rapporteringen er godkjent gjennom delegasjon i 2020 (73 prosent) enn i 2019 (68 prosent), og tilsvarende færre som har fått godkjent rapporteringen ved direkte gjennomsyn av rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef.

KONKLUSJON

Koronasituasjonen våren 2020 førte til at kommunene var raske med å stenge ned mange av tilbudene innen psykisk helse og rusarbeid. Ansatte ble omdisponert til andre oppgaver for å håndtere pandemien i foreløpig ukjent omfang. Tilbud som samlet flere brukere ble stengt ned, og tjenestene gikk over til telefonkontakt eller videosamtaler med brukerne. I begynnelsen var det strenge vurderinger om hvem som fikk hjemmebesøk, og mat, medisiner og rent brukerutstyr ble prioritert. Så begynte kommunene å møte brukerne ute, eller tok samtaler på trappa. Mange begynte å gå turer der de kunne holde nødvendig avstand med noen av brukerne som hadde behov for, og ønsket det. Det er usikkert hvor mye av tilbudet til målgruppen som fortsatt er nedstengt av smittevern hensyn nå utpå høsten, men vi har vært i kontakt med kommuner som fortsatt ikke gjør hjemmebesøk, men har kontakt via telefon og eventuelt møter ute. Andre vi har snakket med oppgir at de egentlig ikke har endret så mye på tilbudet og at de følger opp brukerne på vanlig måte nå, selv om det stort sett bare var telefonkontakt i begynnelsen.

Årsverksveksten fra 2019 til 2020 er svakere enn veksten de to siste årene og det rapporteres om en vekst på totalt én prosent, fordelt på 2,2 prosent økning i tjenester til barn og unge, og 0,7 prosents økning i tjenester til voksne. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, beregner vi en økning fra 31 til 32 årsverk pr. 10 000 innbygger i tjenester rettet mot barn og unge, men ingen endring årsverk pr. innbygger i tjenester til voksne.

Opptappingsplanen for rusfeltet er nå inne i sitt siste år, og vi har derfor spurt kommunene hva som er de største utfordringene innen rusfeltet for de ulike målgruppene i 2020. Denne kartleggingen har gitt mer kvalitativ kunnskap, og beskrivelsene fra kommunene viser at det fortsatt er store utfordringer for de ulike målgruppene i mange kommuner. Det er nedgang i andel kommuner som erfarer at opptappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser utover i perioden. Fra 60 prosent i 2018 til 45 prosent i 2020. Gjennom hele perioden er de vanligste konsekvensene av opptappingsplanen at de har fått flere årsverk, og totalt er det rapportert om 896 nye årsverk fra 2017 til 2020 som en direkte følge av opptappingsplanen. Det har også vært en økning i andel kommuner som oppgir at de har systemer på tvers for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen oppe i 51 prosent og i 2019 på 64 prosent, og i 2020 på 83 prosent. Dette kan være en effekt av opptappingsplanen, og det er særlig vekst i andel kommuner som har system på tvers både for unge og voksne. Det er videre 72 prosent av kommunene som i 2020 rapporterer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging, i løpet av de to siste årene. Denne andelen har vært stabil siden 2017, og i tillegg til BrukerPlan er det mange kommuner som bruker Ungdata og det er disse to kartleggingsmetodene som brukes av flest kommuner. Begge metodene har hatt en jevn økning utover i planperioden. Rundt ti prosent av kommunene/bydelene erfarer fortsatt i 2020 at samarbeidsavtalene mellom kommunene og

helseforetaket fungerer dårlig for voksne med rusmiddelproblemer, og 15 prosent mener avtalene for unge med rusmiddelproblemer fungerer dårlig.

Det er generelt mer usikre tall i 2020 enn tidligere år, fordi vi i betydelig mindre grad har kontaktet kommunene med spørsmål om det som er rapportert – av hensyn til mulig høy arbeidsbelastning i tjenestene som følge av koronasituasjonen.

1 KUNNSKAPSGRUNNLAG

Det overordnede målet i prosjektet rapporten er basert på er å monitorere utviklingen i ressursinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid over tid – på vegne av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Kartleggingsskjemaet utvikles av forskere i SINTEF i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og en faglig referansegruppe med representanter fra både Fylkesmannen, kommuneledelse, KS, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet og spesialisthelsetjenesten. Rapporten dekker en rekke aktuelle tema innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere og ledere i kommunene, forskere, studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger rundt om i landet.

Det ligger utenfor rammene i prosjektet å gi en systematisk kunnskapsoppsummering på hvert enkelt tema (kapittel) i rapporten, og vi diskuterer i liten grad enkeltfunn opp mot internasjonal litteratur på feltet. Vi ønsker likevel at leserne av rapporten skal få et innblikk i eksempler på ny forskning som berører psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. I dette kapitlet, og i vedlegg til rapporten, oppsummerer vi de viktigste nasjonale føringene på feltet, samt nye vitenskapelige publikasjoner (hovedsakelig oppsummeringsartikler/systematiske review) 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. Systematiske sammenstillinger av litteratur inneholder en rekke sentrale referanser til litteratur på feltet, gjerne med en vurdering av kvalitet, og vi oppfordrer til å bruke Helsebiblioteket.no, PubMed, Google Scholar eller nærmeste medisinske bibliotek til å søke etter fulltekstartikler.

Vi har søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på tema kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed, i tillegg til å søke på norsk gjennom Google Scholar, Helsebiblioteket og Idunn (for eksempel Tidsskrift for psykisk helsearbeid) og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet (for eksempel Folkehelseinstituttet). Søkestrengene utgjøres av ulike kombinasjoner av ordene community mental health services/primary care/mental health/substance use/community drug treatment. Endnote X9.2 benyttes som referanseverktøy.

1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

I fjorårets rapport publiserte vi for første gang en liste med både gjeldende og kommende offentlige dokumenter som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet. Vi har tatt utgangspunkt i en liknende liste i opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018-2019)), og oppdatert denne med dokumenter som også dekker voksenpopulasjonen. Tabellen ble oppdatert i oktober 2020, hovedsakelig ved bruk av søkefunksjonene etter offentlige dokumenter (på helse- og velferdsfeltet) på www.regjeringen.no.

Tabell 1 Stortingsmeldinger, NOU-er, handlingsplaner, strategier og andre innsatser siste fem år på helse- og velferdsfeltet.

Meld. St. 26 (2014–2015)	Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
Meld. St. 18 (2015–2016)	Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet
Meld. St. 19 (2015–2016)	Tid for lek og læring
Meld. St. 24 (2015–2016)	Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter
Meld. St. 28 (2015–2016)	Fag – Fordypning – Forståelse – En fornyelse av Kunnskapsløftet
Meld. St. 30 (2015–2016)	Fra mottak til arbeidsliv – En effektiv integreringspolitikk
Meld. St. 15 (2017–2018)	Leve hele livet
Meld. St. 10 (2018–2019)	Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig. Den statlege frivillighetspolitikken
Meld. St. 13 (2018–2019)	Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft
Meld. St. 19 (2018–2019)	Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
Meld. St. 6 (2019–2020)	Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO
Meld. St. 7 (2019–2020)	Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
Meld. St. 24 (2019–2020)	Lindrende behandling og omsorg
NOU 2016: 16	Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse
NOU 2017: 6	Offentlig støtte til barnefamiliene
NOU 2017: 12	Svikt og svik – gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt
NOU 2017: 16	På liv og død
NOU 2018: 2	Fremtidige kompetansebehov I — Kunnskapsgrunnlaget
NOU 2018: 16	Det viktigste først - prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
NOU 2018: 18	Trygge rammer for fosterhjem
NOU 2019: 2	Fremtidige kompetansebehov II
NOU 2019: 10	Åpenhet i grenseland. Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen
NOU 2019: 14	Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten
NOU 2019: 19	Jenterom, gutterom og mulighetsrom — Likestillingsutfordringer blant barn og unge
NOU 2019: 20	En styrket familietjeneste
NOU 2019: 24	Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak
NOU 2019: 25	Med rett til å mestre. Struktur og innhold i videregående opplæring
NOU 2019: 26	Rusreform – fra straff til hjelp
NOU 2020: 1	Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom
NOU 2020: 2	Fremtidige kompetansebehov III (blant annet estimering av behov for helsepersonell i framtiden)
NOU 2020: 5	Likhet for loven. Lov om støtte til rettshjelp (rettshjelpsloven)
Regjeringens årlige meldinger "Kvalitet og pasientsikkerhet"	
Prop. 15 S (2015–2016)	Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020)

Prop. 12 S (2016–2017)	Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018)	
Handlingsplan for å bedre tilliten mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevernet (2016–2021)	
Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)	
Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023	
Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert	
Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025	
Handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025.	
Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020-2023	
Nasjonal overdosestrategi 2014-2017	
Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi (2015–2017)	
Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)	
Kompetanseløft 2020 – Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	
Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)	
Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)	
Kompetanse for fremtidens barnehage – Revidert strategi for kompetanse og rekruttering (2018–2022)	
Integrering gjennom kunnskap – Regjeringens integreringsstrategi (2019–2022)	
Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030	
Mer kunnskap – bedre barnevern – Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024)	
Partnerskap mot mobbing (2016–2020)	
Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026)	
Regjeringens inkluderingsdugnad	
Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)	
Trygge foreldre – trygge barn, strategi for foreldrestøtte (2018–2021)	
Trygghet, mangfold og åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)	
Ekspertergruppe om unge som etterlates i utlandet mot sin vilje (rapport publisert 2020: "Det var ikke bare ferie")	
#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)	
0–24-samarbeidet	
Kommende dokumenter:	
Barne- og ungdomskulturmelding (vår 2021)	
Stortingsmelding om utviklingshemmedes rettigheter	
Strategi mot internetrelaterte overgrep mot barn (høst 2020)	
Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (høst 2020)	

I rapportens vedlegg går vi nærmere inn på et utvalg av de nasjonale føringene som er, eller har vært, spesielt aktuelle for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. En av de viktigste lanseringene i 2020 var Regjeringens framlegging av ny handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025). I vedlegget kan du i år lese mer om følgende nasjonale føringer:

- Opptappingsplanen for psykisk helse og "Mestre hele livet"
- Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)
- Offentlige føringer for koordinerte og helhetlige tjenester til barn og unge
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Nasjonal overdosestrategi (2019-2022)
- Det viktigste først – prinsipper for prioriteringer i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Sammen om mestring og veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov
- Pilot for innføring av oppfølgingsteam i kommunene
- Kompetanseløft 2020

- Boligsosialt arbeid
- Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner
- Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025) – Ingen å miste
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) – og ny master i psykisk helse og rusarbeid

1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET

I dette delkapitlet presenterer vi korte sammendrag av utvalgte vitenskapelige rapporter og artikler fra Norge som er relevante for ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og for tema i denne rapporten. Vi har gjort tematiske søk på psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i Helsebiblioteket, Idunn-databasen og i enkelttidsskift (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Korus-tidsskriftet Rusfag, Fokus på familien, Tidsskrift for omsorgsforskning, Tidsskrift for Norsk psykologforening). Søket har vært tidsavgrenset til 2019 og 2020, for å kun dekke nyere publikasjoner. Funnene er i stor grad hentet fra sammendrag/abstract.

I fjorårets rapport² kunne man lese om følgende forskningstema:

- Psykisk helse i Norge (rapport fra Folkehelseinstituttet)
- Resultater fra helsetilsynets tilsyn med tjenester til personer med ROP-lidelser
- Oppsummert om brukermedvirkning og recovery i psykisk helse- og rus tjenester
- Brukererfaringer i kommunalt rusarbeid
- Evaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene
- Sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Betydningen av ufaglært personell i helse- og omsorgstjenestene
- Tilbudet i kommunene til voksne med lettere psykiske helseproblemer
- Rask psykisk helsehjelp (RPH)
- Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)
- Voldsrisiko blant pasienter som mottar helsetjenester for psykisk lidelse

I årets rapport har vi valgt å trekke fram følgende tema fra nye systematiske kunnskapsoppsummeringer, der sammendraget (abstract) fra artiklene presenteres under:

- Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten under covid-19-pandemien
- Erfaringer med Individuell plan
- Erfaringsmedarbeidere som aktører i utdanning av psykisk helse- og rusarbeidere
- Bruk av erfaringskompetanse i kommunene
- Ivaretagelse av samfunnsansvar i private virksomheter som leverer offentlige velferdstjenester
- Evaluering av varig tilrettelagt arbeid i kommunal regi
- Hvordan formidle forskningsbasert kunnskap fra rusfeltet?
- Hvordan integrere "Motiverende intervju" i klinisk praksis
- Planlegging av recoveryprosesser under innleggelse
- Utskriving av pasienter til kommunene – faglig rasjonalitet under press?

² https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf

- Fastlegers vurdering av DPS-ene
- Effektstudie av Rask psykisk helsehjelp (RPH) og artikkel om RPH som interkommunalt tilbud
- Bofellesskap for ROP-brukere
- Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet
- Brukerstyrte behandlingsforløp – eksempel fra ROP-feltet
- Familieterapeutisk arbeid i et kommunalt veiledningsteam – en samarbeidsorientert og forskningsbasert beskrivelse
- Helsefellesskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering?
- Sammenheng mellom behandlingsfornøydhet og effekt av kognitiv atferdsterapi
- Tilbakemeldingsverktøy (flere artikler om den pågående debatten)
- Psykologer i kommunen og bruk av digitale løsninger
- Livskvalitet i Norge

PRIORITERINGSUTFORDRINGER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNENE UNDER COVID-19-PANDEMIEN

Anne Kari Tolo Heggstad, Reidun Førde, Reidar Pedersen og Morten Magelssen i Tidsskrift for omsorgsforskning 01 / 2020 (Volum 6)

Artikkelen diskuterer prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunen generelt, og opp mot covid-19-situasjonen spesielt. Artikkelforfatterne innleder artikkelen slik: "Et viktig prinsipp i velferdsstaten er lik rett og tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor man bor (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Prinsippet utfordres ved ressursknapphet. Da blir det ekstra viktig å være bevisst på hvordan man prioriterer ressursene, for at fordelingen skal være så rettferdig som mulig. Å prioritere handler om at vi setter noe foran noe annet, for eksempel at vi anser en oppgave som viktigere enn en annen. For å hjelpe oss å prioritere best mulig, er det utarbeidet prioriteringskriterier for helsetjenesten. Prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten er kriteriene nytte, alvorlighet og ressurser.

I 2018 foreslo Blankholm-utvalget (NOU 2018:16) i "Det viktigste først" at de samme kriteriene, men med tillegg av hensynet til pasienters mestring, skulle gjelde også for kommunehelsetjenesten (NOU 2018: 16, s. 10–11). Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har i utgangspunktet vært presset på ressurser, og har de siste årene tatt over flere oppgaver som spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for, uten at de ansatte opplever at det følger økte ressurser med oppgavene. Belastningen av oppgaver er blitt ytterligere forsterket under covid-19-pandemien, ved at sykehusene har redusert sin sengekapasitet for andre lidelser enn covid-19. Kommunehelsetjenesten er bærebjelken i helsevesenet og skal avlaste spesialisthelsetjenesten slik at den har høyest mulig kapasitet til å håndtere alvorlig syke covid-19-pasienter. Det betyr at kommunene i enda større grad enn før må ivareta de mest sårbare og syke pasientene, ensomme, psykisk syke og mennesker med rusproblemer. I forbindelse med koronapandemien er det tegn til at mange av disse pasientene har fått et redusert helsetilbud og risiko for forverret helse." (Heggstad, Førde, Pedersen, & Magelssen, 2020).

RAPPORT OM ERFARINGER MED INDIVIDUELL PLAN

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Erfaringskompetanse.no) har høsten 2020 gjennomført en uformell nettbasert spørreundersøkelse om erfaringer med individuell plan (IP) og oppsummert funnene i rapporten "Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP)"

(Lauveng & Skjeldal, 2020). Av 200 respondenter, var det bare 13 prosent som oppgav at de hadde en godt fungerende og aktiv plan. Disse mente planen hadde stor betydning i livet deres. Hele 70 prosent opplyste at planen deres var helt eller nokså unyttig. Flertallet av respondentene fortalte om planer som ikke ble evaluert, at samarbeidet ikke fungerte og at de ikke fikk de tjenestene de trengte. Hele 39 prosent svarte at de aldri hadde fått tilbud om IP, selv om de var i målgruppen. Det tas forbehold om at dette er en uformell undersøkelse, der informantene har meldt seg selv. Det er rekruttert informanter både med og uten IP. Av de 200 respondentene hadde 137 pasienterfaring, 44 hadde pårørendeerfaring, og 19 hadde kombinert erfaring. Rapporten konkluderer blant annet med at det må forskes mer på IP og hva som skal til for å få det til å fungere bedre. Dessuten oppfordres det til bedre registrering av IP, kontinuerlig oppdatert registrering og vurdering av om det må bedre økonomiske insentiver til for å drive samarbeid på tvers av helsetjenestenivåene (Lauveng & Skjeldal, 2020).

ERFARINGSMEDARBEIDERE SOM AKTØRER I UTDANNING AV PSYKISK HELSEARBEIDERE

Åse Renolen, Christine Øye, Connie Straume og Tove Klepsvik i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04 / 2019 (Volum 16)

Brukerkunnskap er sentralt i utdanning av psykisk helsearbeidere. Artikkelen presenterer funn fra et pedagogisk aksjonsforskningsprosjekt hvor erfaringsmedarbeidere har vært deltagere i refleksjonsgrupper med studenter på tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Hensikten var å utforske på hvilken måte erfaringsmedarbeiderne bidro til studentenes læring knyttet til brukerkunnskap, samt hvilket utbytte erfaringsmedarbeiderne hadde av å delta i refleksjonsgruppene. Funnene viste at erfaringsmedarbeiderne kunne utfordre studentenes kunnskapsgrunnlag i psykisk helsearbeid hvis erfaringene ble formidlet på en troverdig og nyansert måte. Videre fant forfatterne at deltagelse i refleksjonsgruppene bidro til refleksjon omkring egen rolle hos erfaringsmedarbeiderne og økt selvinnsikt knyttet til egen personlig historie (Renolen, Øye, Straume, & Klepsvik, 2019).

BRUK AV ERFARINGSKOMPETANSE I KOMMUNENE

Solveig Osborg Ose og Marian Ådnanes (2019): Notat utarbeidet av SINTEF på oppdrag fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

I fjor ble det utarbeidet et notat fra SINTEF til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse på utbredelse og bruk av erfaringskompetanse i kommunene. Med erfaringskompetanse/brukererfaring mener vi i denne sammenheng at en av årsakene til at de ble ansatt i tjenesten var at de selv har erfaringer med å ha, eller har hatt, psykiske og/eller rusrelaterte problemer, eller har vært pårørende til noen med psykiske og/eller rusrelaterte problemer.

Ved summering av antall årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring, finner forskerne at det var 167,4 årsverk i tjenester til voksne og 13,5 årsverk i tjenester til barn og unge våren 2019. 27 prosent av alle landets kommuner (n=112) hadde ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. Det er kun 16 kommuner som hadde rapportert at de hadde erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid. Andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring øker betydelig med størrelsen på kommunen målt med antall innbyggere. Blant kommuner med færre enn to tusen innbyggere, er det syv prosent som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, mens andelen blant kommuner med over femti tusen innbyggere er 94 prosent. Det er få forskjeller mellom kommuner i ulike fylker, noe som betyr at det stort sett er størrelsen på kommunen som påvirker sannsynligheten for å ha ansatte med slik

kompetanse/erfaring. Et anslag fra erfaringsundersøkelsen på 300 nasjonalt synes derfor å være rimelig om ca. 60 prosent av årsverkene med slik kompetanse/erfaring er ansatt i kommunene.

Ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring bidrar i arbeidet med oppfølging av enkeltbrukere i 91 prosent av kommunene med slik kompetanse/erfaring. Tre av fire kommuner svarer at de bidrar på systemnivå med planlegging og utvikling av tjenesten, og over halvparten av kommunene svarer også at de bidrar i prosjektarbeid og i kontakt med pårørende. I halvparten av kommunene, bidrar de også i kontakt med brukerorganisasjoner (S. O. Ose & Ådnanes, 2019).

BRUKERTILFREDSHETSEVALUERINGER I KOMMUNALE RUSTJENESTER

Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus Midt) (2020)

Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus Midt) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en nasjonal undersøkelse av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester (KoRusMidt, 2020a, 2020b, 2020c). Oppdraget er en del av det samlede evalueringsprogrammet for Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Delrapport 1 inneholder en kvantitativ kartlegging fra 2019 med 1336 respondenter fra 45 kommuner. Denne viser at 6 av 10 opplever at de kommunale tjenestene i stor grad er tilfredsstillende. Brukerne gir gjennomgående positive vurderinger av ansatte i tjenestene, der relasjonene er preget av tillit, forståelse og respekt. Når det gjelder forbedringsområder rapporterer brukerne om lite hjelp og støtte til deres pårørende. Det er forbedringer fra 2017 når det gjelder innflytelse på tjenestene de mottar, hjelp i samsvar med behov, samt hjelp til å mestre boforhold og økonomi. Videre har en høyere andel av brukerne i 2019 enn 2017 fått hjelp til å komme i gang med meningsfulle fritidsaktiviteter, og fått bedre oppfølging fra kommunen i etterkant av døgnopphold i rusbehandling. Vurderingene fra LAR-brukerne er mer negative sammenlignet med svarene fra øvrige brukere innenfor alle tema som undersøkelsen kartlegger. Delrapport 2 for 2020 omhandler eldre på 65+ og analysen er basert på datamaterialet fra dybdeintervjuer med 23 eldre brukere. Delrapport 3 2020 er knyttet til yngre brukere (18-23 år) og analysen bygger på dybdeintervjuer med 21 informanter, som ble rekruttert fra tre større kommuner i tre regioner. Følgende forbedringsområder ble identifisert knyttet til de yngste brukerne:

- Arbeide for å styrke tilgjengeligheten av de kommunale tjenestene og samarbeid mellom ulike instanser.
- Sikre at de ansatte griper inn i rusrelaterte problemer på et tidlig stadium, på en måte som ikke oppleves som straffende eller disiplinerende.
- Arbeide for å forhindre at rehabiliterings- og avrusningsinstitusjoner blir en arena hvor unge mennesker med rusproblemer stifter bekjentskaper med tunge rusmiljøer, som kan senke terskelen for å prøve andre stoffer etter endt behandling.
- Bygge trygge relasjoner som gjør det enklere for brukerne å åpne seg om personlige utfordringer og vanskelige erfaringer, og arbeide for å fjerne opplevelser av skyld og skam i møtet med kommunale aktører.
- Gjøre formidlingen av informasjon mer systematisk, mindre komplisert og mer tilpasset ulike aldersgrupper, særlig i NAV.
- Arbeide for å fremme sosiale relasjoner som kan være en kilde til praktisk og emosjonell støtte i oppfølgingen.
- Sikre oppfølging etter rusbehandling, rom for individuelle bedringsprosesser, aktivisering i rehabilitering og arbeidsrettede tiltak og andre aktiviteter som oppleves som

meningsfylte. Unge brukere kan også ha særlig behov for hjelp til å etablere seg med jobb, bilsertifikat og bosted. Hjelpeapparatet bør kunne møte unges behov for å uttrykke seg utover den tradisjonelle samtalen (gjennom for eksempel musikkterapi).

I rapporten om eldre personer med rusproblemer ble følgende anbefalinger gitt i rapportens oppsummering:

- Styrke kontinuiteten og kvaliteten i hjemmetjenesten, ved å redusere tidspress og utskiftning mellom de ansatte. Dette kan bidra til å styrke hjemmetjenestens sosiale funksjon, og redusere følelser av ensomhet blant de eldre brukerne.
- Sikre at de ansatte møter brukeren med forståelse, også i forbindelse med rusepisoder. Her kan det være aktuelt med kompetansetiltak overfor de ansatte for å ivareta individuelle behov i ulike faser av en ruslidelse, men også mer strukturelle inngrep som forandrer de formelle rammene for oppfølgingen.
- Styrke metoder for avdekking og oppfølging av alkohol- og rusproblemer hos eldre i tjenestene.
- Jobbe for å styrke den enkeltes medbestemmelse, og ta grep for å sikre at brukerne føler at de kan påvirke sin egen hverdag på en meningsfull måte.
- Sørge for at informasjon blir gjort tilgjengelig i en form og språkdrakt som brukeren kan tilegne seg på en meningsfull måte. Her inngår det også å være bevisst på variasjoner i digital kompetanse, og tilby opplæring eller alternative informasjonskilder til de som ikke kan eller ønsker å benytte seg av digitale systemer.
- Være bevisst på og jobbe aktivt med brukernes nettverk, sosiale relasjoner og ressurser, og motvirke sosiale skjevheter som oppstår ved at brukerens egne ressurser blir bestemmende for kvaliteten i oppfølgingen. Her er det også viktig å ivareta de pårørendes behov, og være bevisst på at disse ikke alltid vil være de samme som brukerens.
- Sikre at alle får en god inngang til de kommunale tjenestene og til rusbehandling, og gjøre informasjon om tjenestetilbudet og den enkeltes rettigheter lettere tilgjengelig i starten av prosessen. For å sikre at rettighetene og kravene man har i systemet ikke blir rent formelle, er det også viktig at informasjonen gjøres tilgjengelig i et format og i en språkdrakt som er tilgjengelig og kan forstås av alle.

INTEGRERE ELLER ISOLERE? LEDERES IVARETAKELSE AV SAMFUNNSANSVAR I PRIVATE VIRKSOMHETER SOM PRODUSERER OFFENTLIGE VELFERDSTJENESTER

Stephen Sirris og Torunn Aalerud Hansen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 03 / 2019 (Volum 16).

Artikkelens mål er å utforske hvordan ledere ivaretar samfunnsansvar i private virksomheter som leverer bo- og omsorgstjenester til det offentlige. I et ledelsesfaglig perspektiv undersøker vi gjennom en intervjustudie samfunnsansvar innenfor psykisk helsearbeid. Vi analyserer økonomiske, juridiske, etiske og filantropiske dimensjoner av samfunnsansvar. Lederne integrerer dimensjonene ved å utvikle fleksible og tilpassede tjenestetilbud for brukerne, sikre kvalitet i tjenestene, tilstrebe refleksjon omkring problemstillinger i praksis, samt bidra i lokalmiljøet. Samfunnsansvarsdimensjonene representerer ifølge lederne organisatoriske kjerneoppgaver, men spenninger mellom dimensjonene gir lederutfordringer. Lederne beskriver samfunnsansvar som en etisk grunnlagstenkning hvor verdibevissthet ikke isoleres, men preger daglig ledelsespraksis (Sirris & Hansen, 2019).

Geir Møller og Erik Magnussen, rapport fra Telemarksforskning.

I denne rapporten har Telemarksforskning evaluert forsøket med kommunalt ansvar for tiltaket Varig tilrettelagt arbeid (VTA). Forsøket startet opp i 2018 og har blitt gjennomført i kommunene Ullensaker, Skedsmo (nå Lillestrøm), Oslo, Stavanger, Fjell (nå Øygarden) og i Indre Fosen. I evalueringen har forskerne sammenlignet forsøkene med dagens tiltaksarrangører. Hovedformålet med evalueringen har vært å undersøke hvorvidt en overføring av ansvaret for tiltaket vil gi et VTA-tilbud til like mange eller flere i målgruppa for tiltaket, og om kvaliteten på tilbudet er minst like god eller bedre enn dagens tilbud.

Evalueringen viser at forsøkskommunene har gjennomført tiltaket med ulike lokale tilpasninger. I hovedsak er det etablert tiltaksplasser innenfor kommunal sektor, men de har også benyttet ordinære tiltaksbedrifter og private virksomheter. De VTA-ansatte i forsøkene er godt fornøyd med arbeidet og arbeidsoppgavene, og vel så fornøyd som de VTA-ansatte i de ordinære tiltaksbedriftene. Evalueringen viser likevel at de ordinære tiltaksbedriftene både er billigere (målt etter antall VTA-stillinger) og har kvaliteter på flere områder som man ikke finner i forsøkene (Møller & Magnussen, 2020).

HVORDAN FORMIDLE FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP FRA RUSFELTET TIL ALLE INTERESSERTE?

Thomas Solgård Svendsen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04 / 2019 (Volum 16).

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) laget i 2018 et kveldsskole-konsept, med mål om å nå alle som er interesserte i forskningskunnskap om rusfeltet. I denne artikkelen beskrives hvordan kveldsskolen ble utviklet, hvorfor arrangementene har truffet bredt og hvordan konseptet kan utvikles for å tilby flere mennesker forskningsbasert kunnskap, brukerkunnskap og kunnskap fra praksis. Forfatteren har vært ansatt ved KORFOR siden 2012, og har blant annet utviklet en Facebook-side³ kalt "Rusmiddelforskning og avhengighet" for å spre oppdatert forskningskunnskap til alle interesserte (Svendsen, 2019).

JAKTEN PÅ ENDRINGSSNAKKET – HVORDAN INTEGRERE MOTIVERENDE INTERVJU I KLINISK PRAKSIS

Hilde N. Nymoene i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01 / 2020 (Volum 17).

Artikkelen presenterer en modell for hvordan man kan implementere Motiverende intervju i klinisk praksis. Motiverende intervju er en samarbeidsbasert samtalemetode som har til mål å styrke personens indre motivasjon og forpliktelse for endring. Modellen er basert på kunnskap fra forskning og mange års erfaringer fra helseforetaket Vestre Viken. Hovedbudskapet (Nymoene, 2020) er at den viktigste læringen skjer i etterkant av grunnkurs i Motiverende intervju. Over en lengre periode bør det settes av tid til innlæring og praktiske øvelser. Veiledning og korrigerende feedback er da sentrale suksessfaktorer. Siden artikkelen tar for seg generelle utfordringer ved implementeringsprosesser, kan den også være nyttig for innføring av andre metoder og tilnærminger (Nymoene, 2020).

³ <https://www.facebook.com/Rusmiddelforskning-og-avhengighet-469846056400498>

Solveig Bartun Rob i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01 / 2020 (Volum 17).

I denne artikkelen skriver erfaringskonsulent ved Kronstad DPS, Solveig Bartun Rob, om sine erfaringer fra innleggelser i psykisk helsevern og viktigheten av planlegging av videre oppfølging. En nyttig artikkel for tjenestene i et pakkeforløpsperspektiv, der bedre samhandling mellom tjenestenivåene er et uttalt mål. Hun skriver blant annet at: "Bedringsprosesser er ulike fra person til person, men veldig mange trenger planlegging av utskrivelse og recoveryprosesser. Det er for sent å starte denne planleggingen ved utskrivelse. Den må starte ved innleggelse. Alt for ofte skrives pasienter i psykisk helsevern ut til «ingenting». Jeg har selv opplevd akkurat det, og jeg fikk høre jeg var heldig som hadde familie der ute. Det er jeg, men når jeg skrives ut fra DPS eller klinikk trenger jeg noe og noen der ute som kan bidra i min recoveryprosess, noen jeg kan snakke med, og noe jeg kan delta i som får tankene mine vekk fra grubling og angst. Jeg trenger også å møte mennesker som forstår hvordan jeg har det." (Rob, 2020).

Å SKRIVE UT PASIENTER TIL KOMMUNENE – FAGLIG RASJONALITET UNDER PRESS?

Inger Cecilie Frisvoll, Turid Aarseth og Ralf Kirchhoff i Tidsskrift for omsorgsforskning 03 / 2020 (Volum 6).

Artikkelen tar opp hvordan beslutninger fattes om når en pasient kan utskrives fra sykehus for å få oppfølging i hjemkommunen. Bakgrunnen er samhandlingsreformens forventning om økt behandlingsansvar for kommunene, økt formalisering av hvordan utskrivning skal skje og observert nedgang i liggetid. Hovedtyngden av forskningslitteraturen omhandler hvordan samhandlingsreformen har påvirket kommunehelsetjenesten. Forfatterne ser på hva som skjer på sykehusene, før pasientene meldes utskrivningsklare til kommunene. Med grunnlag i kvalitative intervju og en kvantitativ spørreundersøkelse, ses kjennetegn ved legenes utskrivningsbeslutninger i lys av regel- og konsekvens-orienterte beslutningsmodeller.

Samlet bekrefter svarene fra legene, både i den kvalitative og kvantitative undersøkelsen, deres muligheter til å fatte individuelle og faglig baserte utskrivningsbeslutninger. Forsterkningen av formelle rammer for utskrivningsbeslutninger synes å ha liten betydning. Prosedyrekravene forvaltes av sykepleierne; legene synes ikke å oppfatte at reguleringene begrenser suvereniteten til de rent faglige vurderingene. Samtidig tyder funnene på at individuelle faglige vurderinger er under press og at forhold internt i sykehuset kan ha betydning for hvilke utskrivningsbeslutninger som fattes. Flertallet mener pasientene skrives ut på riktig tidspunkt, men mange kjenner seg igjen i situasjoner der pasienter har blitt skrevet ut for tidlig (Frisvoll, Aarseth, & Kirchhoff, 2020).

FASTLEGERS VURDERING AV DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE. RESULTATER I 2018 OG UTVIKLING OVER TID

Folkehelseinstituttet, PasOpp-rapport 2019:3.

I 2018 var det 77 distriktspsykiatriske sentre (DPS) i Norge. Fra høsten 2018 til våren 2019 gjennomførte Folkehelseinstituttet en nasjonal undersøkelse som handler om fastlegers vurdering av virksomheten ved DPS-ene. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 2006, 2008, 2011 og 2014. Formålet er å samle inn systematisk informasjon som kan brukes i kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring på ulike nivå, til samfunnsmessig legitimering og av pasienter eller helsepersonell som skal velge hvilken tjenesteyter de vil benytte. Undersøkelsen inngår blant målingene som er oppgitt som

styringsparametere i oppdragsdokumentene i spesialisthelsetjenesten. Alle fastleger var inkludert i undersøkelsen og ble bedt om å vurdere DPS-et med ansvar for generell voksenpsykiatri i det aktuelle opptaksområdet. 2509 av 4684 (53,6 prosent av fastlegene ga et anvendelig svar på undersøkelsen. I rapporten er svarene ordnet under nasjonalt nivå, RHF- og HF-nivå.

I rapportens konklusjon skriver forfatterne at resultatene tyder på at det har skjedd en negativ endring på nasjonalt nivå, når det gjelder samhandlingen mellom fastlegene og DPS-ene, og når det gjelder tilgjengeligheten til spesialiserte helsetjenester. Bildet viser også at noen DPS skårer bra og andre mindre bra, og fastlegenes svar antyder dermed at det er geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen. Samtidig viser disse forskjellene mellom DPS-ene at mange har etablert gode løsninger for sin virksomhet, og disse kan være eksempler til inspirasjon for andre (Sjetne, Holmboe, & Danielsen, 2019).

EFFEKTSTUDIER AV RASK PSYKISK HELSEHJELP

Knapstad, M. et al. (2020): Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial.

Myrtveit et al. (2020): Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial.

Nylig ble det publisert to internasjonale artikler fra effektstudien av Rask psykisk helsehjelp (Knapstad, Lervik, Sæther, Aaro, & Smith, 2020; Myrtveit Sæther, Knapstad, Grey, Rognerud, & Smith, 2020), som har tatt utgangspunkt i tilbudene i Kristiansand og Sandnes kommune. Forskerne undersøkte effekten av RPH seks og tolv måneder etter at tiltaket var avsluttet, og sammenliknet det med resultatene hos brukere som fikk vanlig behandling. Studien var satt opp som en randomisert kontrollert studie, med 463 voksne (>18 år) brukere av RPH og 218 voksne kontroller (vanlig behandling). Hovedutfallsmål var symptomer på angst og depresjon, sekundærutfallsmål var arbeidsdeltakelse, funksjonsnivå, livskvalitet og mentalt velvære (mental well-being). Resultatene av den første oppfølgingsstudien etter seks måneder viste at 58.8 prosent av de som fikk RPH ble bedre, mot 31.9 prosent i kontrollgruppen. Sensitivitetsanalyser støttet opp om hovedfunnene, og var noe mer robuste for effektene på depresjon enn på angst. RPH var også mer effektivt enn vanlig behandling på alle sekundærutfallsmål, bortsett for arbeidsdeltakelse. Studien konkluderer med at RPH ga betydelig bedre resultat enn vanlig behandling for å lette symptomtrykket når det gjaldt angst og depresjon. Effekten på arbeidsdeltakelse bør studeres nærmere (Knapstad et al., 2020). I oppfølgingsstudien som fulgte deltakerne i 12 måneder var det også slik at RPH var mer effektivt når det gjaldt funksjon, livskvalitet og symptomtrykk for angst og depresjon, sammenliknet med vanlig behandling. Det var ikke tilsvarende effekt på arbeidsdeltakelse (Myrtveit Sæther et al., 2020).

I statsbudsjettet for 2021 (Prop. 1 S (2020-2021)) foreslås det en gradvis omlegging av tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp for å sørge for at flere kommuner etablerer tilbudet om lavterskel behandling av angst, depresjon og søvnproblemer. Omleggingen innebærer blant annet å satse mer på opplærings- og utdanningspakken, slik at metoden spres i flere kommuner. Det ble i 2020 bevilget 2,1 mill. kroner til utvikling av Rask psykisk helsehjelp. Det foreslås å bevilge 12,1 mill. kroner til dette formålet i 2021.

«Å GJØRE NOE SAMMEN VI IKKE KUNNE GJORT ALENE»: RASK PSYKISK HELSEHJELP SOM ET INTERKOMMUNALT PSYKISK HELSETJENESTETILBUD

Elin Sivertsen, Arve Almvik og Ottar Ness i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02-03 / 2020 (Volum 17).

Kommunestørrelse har betydning for hvilke psykisk helsetjenester som er tilgjengelige for befolkningen, og det er få kommuner som samarbeider om psykisk helsetjenester for personer med lettere og moderate psykiske vansker. Studien undersøker ansattes erfaringer med interkommunal organisering av lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp (RPH). Datamaterialet består av kvalitative intervjuer av fagpersoner tilknyttet et interkommunalt RPH-tilbud. Tematisk analyse ble benyttet for analyse av datamaterialet. Funnene viser at det interkommunale samarbeidet skapte organisatorisk og faglig robusthet, og bidro til økt fleksibilitet i tjenestetilbudet. Forutsetninger og muligheter, samt utfordringer med slike løsninger blir diskutert (Sivertsen, Almvik, & Ness, 2020).

FOR NOEN BEBOERE ER BOFELLESSKAP EN GOD LØSNING

Gunnar Vold Hansen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02-03 / 2020 (Volum 17).

Hvorvidt bofellesskap er en boform som passer for mennesker med alvorlig rus- og psykisk lidelse (ROP-brukere), er gjenstand for diskusjoner. I denne artikkelen stilles spørsmålet om bofellesskap kan framstå som et godt tilbud for ROP-brukere. Artikkelen bygger i hovedsak på intervjuer og observasjoner av beboere i ulike bofellesskap. Flere av beboerne gir et entydig positivt svar på dette spørsmålet, og det danner så grunnlag for en diskusjon om hvilke konsekvenser dette bør få for utvikling av boligtilbud til denne brukergruppen (G. V. Hansen, 2020).

INVOLVERING AV PÅRØRENDE TIL PASIENTER MED RUSAVHENGIGHET – MED RELASJONEN TIL PASIENTEN SOM UTGANGSPUNKT

Eli Wik Amundrød og May Vatne i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02-03 / 2020 (Volum 17).

Avhengighet til rusmidler rammer ikke bare den som ruser seg, men ofte også de pårørende. Involvering av pårørende kan ha stor betydning for bedringsprosessen til pasienter med rusavhengighet, og kan avlaste byrder og forebygge helseproblemer hos pårørende. Innenfor psykisk helsearbeid vil holdninger og tilnærming til pårørende være sentralt. Involvering innebærer at pasient og pårørende møtes som aktive deltakere i et samarbeid. Forventingene og føringene fra myndigheter og arbeidsgiver om pårørendeinvolvering er tydelige, men i praksisfeltet synes tilretteleggingen for å involvere pasientens pårørende, mangelfull. Artikkelen har til hensikt å utforske hvordan pårørende kan trekkes inn i pasientens behandlingsprosess på måter som både ivaretar pårørende og fremmer bedring hos pasienten. Formålet har vært å systematisere kunnskapen for å synliggjøre utfordringer og ikke minst muligheter i møte med pårørende. Problemstillingen er: Hvordan involvere pårørende til pasienter med rusavhengighet? Avslutningsvis peker artikkelen på at det er mange utfordringer i feltet. Det eksisterer klare forventninger og føringer for hvordan vi skal jobbe sammen med pårørende, samtidig som det er vårt inntrykk at det mange steder ikke legges godt nok til rette for samarbeid. Å anerkjenne verdien av samarbeidet med personene i pasientens nettverk må i større grad enn i dag integreres i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og øvrige psykisk helsetjenester. Dette må ha utgangspunkt i den totale virksomheten og frontes av faglig ledelse. Det er behov for mer kunnskap om mulighetene som ligger i involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet. (Amundrød & Vatne, 2020).

BRUKERSTYRTE BEHANDLINGSFORLØP – ET EKSEMPEL FRA ROP-FELTET

Guro Huby i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02-03 / 2020 (Volum 17).

Det er bred enighet om at brukermedvirkning er viktig, men hvordan får vi det til i praksis? Huby foreslår at brukermedvirkning i lokal tjenesteutvikling er en nøkkel. Artikkelforfatteren gir et eksempel på lokal

tjenesteutvikling for mennesker med rus- og psykiske helseproblemer (ROP) der brukere og tjenesteansatte sammen jobbet fram forslag til brukerstyrte behandlingsforløp, og der brukeres innspill også la opp til innovative ideer for løsninger på generelle problemer tjenestene står overfor. Hun beskriver et verktøy for tjenesteutvikling som legger til rette for et slikt samarbeid, og diskuterer utfordringer med hensyn til brukermedvirkning prosjektet støtte på. Til sist foreslår forfatteren noen systemiske grep som må til for å takle disse utfordringene (Huby, 2020).

FAMILIETERAPEUTISK ARBEID I ET KOMMUNALT VEILEDNINGSTEAM. EN SAMARBEIDS-ORIENTERT OG FORSKNINGSBASERT BESKRIVELSE

Rolf Sundet, Emma Broberg, Tone Bergan Håkansson, Marianne Lia og Michaele Ramberg i Fokus på familien04 / 2019 (Volum 47).

Målet med artikkelen er å presentere en samarbeidsorientert og forskningsbasert beskrivelse av et veiledningsteams praksis ved et kommunalt familiesenter i Norge. Opprinnelsen er i et tradisjonelt veiledningsforhold som utviklet seg til et felles forskningsprosjekt mellom veileder og teamet. Ved bruk av data, i form av stikkord samlet i løpet av veiledningen, ble det startet en stegvis forskningsprosess. Ved å bruke stikkordene til stimulert gjenerindring ble det skapt en foreløpig tekst som ble et startpunkt for et fokusgruppemøte mellom teamet og den første forfatteren. Møtet ble tatt opp, transkribert og analysert gjennom bruk av tekstkondensering. Sluttresultatet ble en beskrivelse, i narrativ form, av teamets praksis. Den narrative framstillingen er strukturert rundt tre hovedkategorier: arbeidsformer, samarbeid og utfordringer i relasjon til andre system (Sundet, Broberg, Håkansson, Lia, & Ramberg, 2019).

ETABLERING AV 19 NYE HELSEFELLESSKAP – BEDRE SAMHANDLING ELLER ØKT BYRÅKRATISERING?

Heidi Gautun og Linda Aimée Hartford Kvæl i Tidsskrift for omsorgsforskning03 / 2020 (Volum 6).

Artikkelforfatterne innleder med følgende spørsmål: "Vil etableringen av de foreslåtte 19 nye helsefellesskapene medføre økt byråkratisering, eller føre til at kommunene tar imot pasienter fra sykehus på en mer sømløs måte? Er dette et forsøk på å flytte fokus vekk fra det egentlige problemet, nemlig ressursmangel i kommunehelsetjenesten og lite involvering av «de det faktisk gjelder»?". De diskuterer videre to viktige forskningsfunn som gir grunn til å stille spørsmål ved om at det å bygge opp et nytt byråkrati ved å opprette 19 nye helsefellesskap vil føre til at kommunene klarer å ta imot pasienter raskere fra sykehus på en koordinert og trygg måte. Det ene handler om ressurser. Det andre handler om samarbeid mellom de som er nærmest pasienten. Sistnevnte løftes fram avslutningsvis i artikkelen som nøkkelen til å bedre sannsynligheten for at helsefellesskapene skal være liv laga:

"De formaliserte helsefellesskap bør slik gå hånd i hånd med en opprustning av kommunal sektor og, for å lykkes, inkorporere de som faktisk ser pasientene i sin daglige praksis." (Gautun & Kvæl, 2020).

SAMMENHENGEN MELLOM BEHANDLINGSFORNØYDHET OG EFFEKT AV KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Krister W. Fjermestad, Ingvild Anthonisen, Bente Storm Mowatt Haugland, Arne Kodal, Jon Fauskanger Bjåstad og Gro Janne Wergeland i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Volum 57, nummer 10, 2020, side 750-759.

Hovedformålet med studien er å undersøke sammenhengen mellom behandlingsfornøydhet og effekter etter kognitiv atferdsterapi for angst (KAT) i BUP. Selv om studien er gjort i spesialisthelsetjenesten, kan problemstillingene være interessante for tjenesteytere i kommunen som gjerne skal følge opp barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjeneste etter behandling eller underveis. Forskerne undersøker effekter både umiddelbart etter behandling og ett og 3,9 år seinere i en randomisert studie med 182 barn. Derne beskriver hvilke elementer ved behandlingen barn og foreldre selv trekker fram som viktige. For å besvare/utforske dette har forskerne definert fire problemstillinger. Problemstilling 1 handler om hva barn og foreldre opplevde som viktigst ved behandlingen. Denne problemstillingen vil besvares gjennom en kategorisering av åpne svar gitt av deltagende barn og foreldre. Dette er en deskriptiv problemstilling, som etter det forskerne vet ikke er utforsket ved FRIENDS-programmet tidligere, derfor hadde de ingen hypotese angående dette. Problemstilling 2 er om det er forskjell mellom barns og foreldres fornøydhet og mellom gruppe- og individuell behandling. Hypotesen er at foreldre vil rapportere høyere fornøydhet enn barn. Slik forskerne ser det, er det ikke teoretisk eller empirisk grunnlag for en hypotese om en eventuell forskjell mellom behandlingsformatene. Problemstilling 3 er om fornøydhet predikeres av endring i angst- og depresjonssymptomer og angstdiagnoser fra før til etter behandling. Hypotesen er at det vil være en sammenheng mellom fornøydhet og behandlingseffekter. Problemstilling 4 er om langtidseffekter kan forklares av fornøydhet. Denne problemstillingen er, slik forskerne kjenner faglitteraturen, ikke undersøkt tidligere, og undersøkes derfor uten forhåndshypotese.

Artikkelens sammendrag (abstract) er gitt på engelsk, og omtaler resultater og konklusjon:

Background: Clinical psychologists in Norway are required to consider their clients' preferences when offering treatment. When clients are children, parents are most often involved in the treatment and are decision makers in initiating and terminating therapy. It is therefore important to study how child and parent treatment satisfaction are related to child therapy outcomes.

Method: We examined associations between child- and parent-rated treatment satisfaction and treatment effects in a randomized controlled trial among 182 children (aged 8 to 15 years) diagnosed with anxiety disorders. Participants were randomized to manual-based cognitive behavioral therapy, either in individual or group format.

Results: The children reported higher treatment satisfaction than their parents, regardless of which treatment format they received. Both child- and parent-rated treatment satisfaction was higher when children no longer met the criteria for anxiety diagnoses at post-treatment. Larger reduction in anxiety symptoms from pre- to post-treatment predicted higher child and parent satisfaction. Higher satisfaction predicted larger reductions in parental reports of child anxiety symptoms from pre-treatment to 3,9 years follow-up, also when we controlled for change in outcomes measured at post-treatment and at a follow up one year later.

Conclusion/Implications: Child- and parent-rated treatment satisfaction is associated with treatment outcomes. More knowledge is needed about what other factors may influence treatment satisfaction.

TILBAKEMELDINGSVERKTØY: THE TILLER FEEDBACK PROJECT

Heidi Brattland i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Volum 56, nummer 5, 2019.

Bruk av tilbakemeldingsverktøy er et mål i pakkeforløp for psykisk helse og rus, og det benyttes av en del psykologer i kommunen også. Det har ikke vært gjort mye forskning på effekten av slike tilbakemeldingsverktøy i Norge tidligere. I slutten av 2018 forsvarte Heidi Brattland doktorgraden "For whom, when, and how does Routine Outcome Monitoring (ROM) improve psychotherapy outcomes? A randomized clinical trial and a qualitative study at a hospital mental health" med data fra Tiller DPS i

Trondheim. Resultatene er oppsummert på norsk i en artikkel i Psykologtidsskriftet fra 2019 (Brattland, 2019)⁴:

I en randomisert kontrollert studie fikk pasienter på en allmenpsykiatrisk poliklinikk (N = 170) behandling med eller uten FIT. Behandlere (N = 20) jobbet med pasienter i begge betingelsene, og fikk regelmessig veiledning i FIT gjennom de fire årene som studien varte. Symptom- og funksjonsnivå ble målt før behandling og ved avslutning, og arbeidsalliansen etter første time og etter to måneder. I en kvalitativ studie svarte erfarne terapeuter (N = 18) skriftlig på åpne spørsmål om en situasjon der en pasient hadde gitt dem en negativ tilbakemelding, uavhengig av om de hadde brukt et tilbakemeldingsverktøy eller ikke.

Resultatene fra The Tiller Feedback Project støtter bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandling av psykiske lidelser, som anbefalt i pakkeforløpene. Men det å måle pasientens behandlingsrespons med slike verktøy er neppe virksomt i seg selv. Effekten avhenger av hva terapeuter gjør når de oppdager at en pasient ikke har nytte av behandlingen, og det kan være nødvendig med systematisk innsats over tid for å finne en god måte å bruke tilbakemeldingsverktøy på. Klinikker som vurderer å implementere slike verktøy, bør derfor være forberedt på å sette av tid og ressurser til opplæring og veiledning (Brattland, 2019).

Det finnes også en relativt ny masteroppgave som undersøkte brukernes erfaringer med FIT i Stange kommune, og som fant at brukerne stort sett er positive til dette verktøyet. Det viste seg imidlertid at FIT fungerte dårlig uten skikkelig forklaring, og at det var avgjørende hvordan behandleren presenterer og bruker FIT med tanke på opplevelsen av verktøyet og nytteverdien for brukeren. Hvis brukeren ikke får godt forklart hvordan FIT kan brukes, forstår man ikke hensikten eller nytteverdien av det heller. Da kan FIT blant annet oppfattes som et verktøy for behandleren, eller tjenesten, eller en slags undersøkelse som ikke betyr så mye for brukeren. Brukeren har et behov for en implementeringsfase av dette verktøyet og funnene belyser at det må skje ut fra brukerens ståsted. Resultatene viser at mangel på god forklaring kan føre til skepsis, bidra til uforutsigbarhet eller utrygghet av ulike grunner hos brukeren (Oja, 2018).

Om tilbakemeldingsverktøy på NAPHA.no (<https://napha.no/fit/>) – en ikke uttømmende liste over noen av de mest brukte tilbakemeldingsverktøyene i Norge nå:

Ved hjelp av skalaen ORS (Outcome Rating Scale) gir brukeren jevnlig tilbakemelding på hvordan han eller hun har det. Ved bruk av SRS (Session Rating Scale) gir bruker tilbakemelding på hans eller hennes opplevelse av relasjonen til behandler. Tilbakemeldingene brukes for å justere videre behandling.

NORSE – Norsk tilbakemeldingsverktøy, utviklet i Helse Førde. Verktøyet måler både relasjon bruker har til terapeut og behandlingsutbytte.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2) – Skjemaet er basert på 45 items med rapportering gjennom en 5-punktsskala, hvor høy skåre indikerer dårlig helsesituasjon (disturbance). Det tar 5-6 minutter å administrere. Både papir og elektronisk versjon tilgjengelig.

⁴ Studien er også omtalt på NAPHA.no som følger utviklingen i bruk av feedbackverktøy i kommunene: <https://napha.no/content/23510/Bedre-resultater-av-psykoterapi-nar-brukerne-hores>

Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – Selvrapporteringskjema som er oversatt til norsk. Dette inneholder totalt 34 items, og en rapporterer gjennom en 5-punktskala. Skjemaet måler blant annet subjektivt velvære, psykometriske symptomer, fungering m.m.

Systemic Inventory of Change (STIC) – Skjemaet er oversatt til norsk, og kartlegger brukers vurdering og følelser rundt eget liv, utvikling, oppvekst, ekteskap mm. Data fra selvrapportering materialiserer grafer som viser hvordan brukerne responderer på behandling som gis.

Treatment Outcome Package (TOP) – utviklet ved Pen State University i USA. TOP er et selvrapporteringskjema hvor bruker rapporterer funksjon og velvære før, under og etter behandling.

VIRKER DET NÅ? PSYKOLOGEN TRENGER HJELP – DEBATT OM BRUK AV TILBAKEMELDINGS-VERKTØY I TJENESTENE

Tomas Formo Langkaas i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Volum 57, nummer 9, 2020, side 666-672.

Rognstad et al. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Volum 57, nummer 10, 2020, side 776-777.

Bruk av tilbakemeldingsverktøy i psykisk helsevern og psykisk helse- og rusarbeid i kommunen har lenge vært et tema til diskusjon, særlig blant psykologer, og den første SINTEF-rapporten i evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus, viste at bruken av tilbakemeldingsverktøy foreløpig er lite utbredt i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Ådnanes, Kaspersen, Melby, & Lassemø, 2020). En systematisk kunnskapsoppsummeringsartikkel fra 2016 konkluderte med at det er uklart om tilbakemeldingsverktøy utgjør en markant forskjell i behandling for pasienter flest, men at det kan ha noe for seg for pasienter med dårlig progresjon i behandlingen (Kendrick et al., 2016). Andre kunnskapsoppsummeringer har konkludert mer positivt i favør tilbakemeldingsverktøy (Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). I Norge har Birgit Valla og Stangehjelpen vært en sterk stemme for bruk av FIT i kommunehelsetjenesten (se for eksempel:

<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2016/07/endringsbransjen>).

I september 2020 kom en artikkel i Psykologtidsskriftet der forfatteren (Langkaas, 2020) problematiserer bruken av tilbakemeldingsverktøy. Han mener at det mangler gode metoder for å undersøke hvordan behandling virker i vanlig psykoterapeutisk praksis, og at tilbakemeldingsverktøy kan bidra til at endring i pasientens tilstand forveksles med den faktiske virkning av terapien (T.F. Langkaas, 2020). Artikkelen er basert på en tidligere artikkel publisert i et internasjonalt tidsskrift (T. F. Langkaas, Wampold, & Hoffart, 2018). Langkaas (2020) skriver at tilbakemeldingsverktøy og utfallsmåling potensielt kan villedende behandle, forskere og pasienter i stedet for å rettlegge dem, og at det må mer eksperimentelle randomiserte forsøk til for å avklare faktisk virkning på individnivå (for eksempel ved bruk av såkalt gjentatt veksling av betingelser (repeated period cross-over)). Måling av reelle forskjeller forutsetter at behandlingsforløp sammenliknes med (1) hva som ville vært forventet forløp uten behandling (2) for tilsvarende tilstand (3) i tilsvarende tidsperspektiv. Usikkerhet rundt hvilke andre og samtidige tiltak eller endringer i pasientens liv en eventuell virkning kan tilskrives, vil være en uunngåelig begrensning ved all ikke-eksperimentell metode, og tradisjonelle randomiserte kontrollerte studier vil ikke være tilstrekkelig i denne sammenhengen (ibid.).

I et motsvar til denne artikkelen påpeker Rognstad et al. (2020) at tilbakemeldingssystemene ikke direkte har som mål å avdekke årsak og virkning av behandlingen, men heller være en indikator på

pasientens utvikling sett opp mot pasientens individuelle mål, og som en form for systematisk brukermedvirkning (Rognstad, Rolfsfjord, Meltzer, Neumer, & Kjøbli, 2020). Artikkelen viser også til en ny undersøkelse blant norske ungdommer som mottok hjelp fra kommunehelsetjenesten, som tyder på at tilbakemeldingsverktøy kan øke deltakelsen i terapi og opplevelsen av kontroll over psykisk helse og terapeutiske intervensjoner (Tollefsen, Neumer, & Berg-Nielsen, 2020).

«PÅFUNNET NÅ ER FIT». SOSIALT ARBEID I MØTE MED FEEDBACKINFORMERTE TJENESTER (FIT)

Vigdal, L. (2020) – Masteroppgave ved VID vitenskapelige høyskole (Diakonhjemmet, Oslo).

Det kom en masteroppgave fra VID vitenskapelige høyskole (Diakonhjemmet, Oslo) i 2020 med tittelen: "«Påfunnet nå er FIT». Sosialt arbeid i møte med Feedbackinformerte tjenester (FIT)". Gjennom fokusgruppeintervjuer har masterstudenten undersøkt hvilke erfaringer sosialarbeiderne har med FIT i kommunal rusomsorg og sett på hvilke styrker og svakheter de ser ved å bruke FIT i sosialt arbeid. Studiens problemstilling var: Hvilke erfaringer har sosialarbeidere med tilbakemeldingsverktøyet Feedbackinformerte tjenester (FIT), og hvordan forstår de dette sett i lys av sosialt arbeid i kommunal rusomsorg?

Empirien består av tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 13 deltakere. Intervjuene ble analysert med utgangspunkt i en tematisk analyse samt ved bruk av det diskursteoretiske begrepet kollektiv forståelsesramme. Resultatet av analysen er sentrert rundt tre funn. Det første funnet handler om sosialarbeidernes forståelse av sosialt arbeid med fokus på å styrke klienten i sin kontekst gjennom et langsiktig perspektiv på relasjonen. Det andre funnet handler om sosialarbeidernes forståelse av Feedbackinformerte tjenester og hvordan verktøyet kan erfares både som et konstruktivt bidrag i arbeidet samt utfordre den sosialfaglige praksis. Det siste funnet handler om ulike forståelser av brukermedvirkning innenfor sosialt arbeid og FIT.

En overordnet hensikt med denne studien har vært å sette fokus på hva som skjer i møtet mellom sosialt arbeid og tilnærminger som er tuftet på andre kunnskapsgrunnlag. Masterstudenten har vært opptatt av behovet for kritisk refleksjon rundt hva innføring av nye verktøy og tilnærminger kan bidra med, og hvilke utfordringer det bringer med seg. Hun fokuserer på om effektivisering, målstyring og bruk av standardiserte prosedyrer kan gå på bekostning av sosialfaglig praksis. Denne studien konkluderer med at det å basere arbeidet tungt på klientens frivillighet og eget ansvar vil føre til at noen viktige betingelser for det sosiale arbeidet blir svekket (Vigdal, 2020).

PSYKOLOGER I KOMMUNEN: SLITER MED Å REKRUTTERE, VELGER DIGITAL LØSNING

Halvorsen, P. (2020): nyhetsartikkel, <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/01/sliter-med-rekruttere-velger-digital-losning>

Evalueringen av psykologsatsingen i kommunen (Kaspersen, Lassemo, Kroken, Ose, & Ådnanes, 2019) viste at særlig små kommuner i distriktene slet med å etterleve kravet om psykologkompetanse i kommunene da lovkravet trådte i kraft i januar 2020, til tross for iverdige forsøk på rekruttering. I Psykologtidsskriftet fra januar 2020 sto en nyhetssak om hvordan en del kommuner har valgt å leie inn "online-psykologer", uten ansettelse i kommunen, for å oppfylle lovkravet om psykologkompetanse. Man kjøper gjerne en "pakke" med et visst antall videokonsultasjoner, og det blir lite system- og samfunnsrettet arbeid, helsefremming og forebygging med denne løsningen. En av faktorene som

problematiseres er at avtalene ikke nødvendigvis dekker barn og unge-feltet godt nok, i og med at noen leverandører har en nedre aldersgrense på 16 år. På den annen side gis det også eksempler på kommuner som mener tilbudet blir bedre, og mer likeverdig, i distriktene, fordi brukerne slipper å bruke tid på reise til og fra behandlingsstedet.

LIVSKVALITET I NORGE

Bang Nes R, Nilsen TS, Hauge LJ, Eilertsen M, Gustavson K, Aarø LE, Røysamb E. (2020). Rapport fra Folkehelseinstituttet.

I 2020 kom rapporten "Livskvalitet i Norge" som er basert på svar fra over 80 000 personer i alderen 18 til 93 år, som deltok i fem fylkers fylkehelseundersøkelse i 2019 (Bang et al., 2020). Vi tenker at resultatene er relevante for de som arbeider med psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, da flere av indikatorene er knyttet til (særlig) psykisk helse.

Hvordan hadde vi det egentlig i Norge i 2019? Og hvor jevnt var livskvaliteten egentlig fordelt? Rapporten gir en første oversikt over sider av livskvaliteten i Norge som vi tidligere har hatt lite kunnskap om. Den gir et utgangspunkt for å studere utviklingen i livskvalitet i befolkningen og befolkningsgrupper i årene framover. Rapporten bygger på data fra folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) Hedmark, Østfold, Finnmark, Troms og Agder (fylkesstrukturen i 2019), samt en omfattende pilotundersøkelse i Hallingdal i 2019. I folkehelseundersøkelsen i Østfold inngår også livskvalitetsdata fra et mindre utvalg informanter i Akershus og Buskerud. Undersøkelsene var selvadministrerte webundersøkelser foruten i Hedmark. Her ble det gjennomført en postal utsendelse i tillegg til nettskjema med tanke på de eldste aldersgruppene. Svarprosenten i undersøkelsene varierte fra rundt 20 prosent i Østfold og Hedmark til 53 prosent i Hallingdal. Deltakerne i FHUS besvarte 23 spørsmål om livskvalitet og bakgrunns-faktorer («minimumslisten»), samt et sett med spørsmål om helse og lokalsamfunn.

For å se på sammenhenger på et aggregert nivå for kommunene har det også blitt benyttet tall fra KommuneHelse statistikkbank, henholdsvis frafallsprosent i videregående skole (2015–2017), andel aleneforsørgere (2016–2018), arbeidsledige i kommunen (2017), bruk av reseptbelagte legemidler som antidepressive medikamenter (2016–2018) og beroligende/hypnotika (sovemidler) (2016–2018), samt forskjeller i levealder totalt (1990–2004 til 2004–2018), et mål på sosial ulikhet. Folketall i kommunen ble hentet fra SSB (2020).

Resultatene er oppsummert punktvis i rapporten:

- På spørsmål om fornøydhet med livet alt i alt skårer deltakerne 7,5 på en skala fra 0 til 10. Det er 16,1 prosent som oppgir lav (0–5) fornøydhet. Det tilsvarer rundt 684 000 personer i alderen 0–18 år og eldre på landsbasis.
- Kvinner skårer høyere enn menn på spørsmål om negative følelser som nedstemthet og bekymring, men noe høyere på spørsmål om gode, støttende og gjensidige sosiale relasjoner.
- Vi ser en klar aldersgradient for de fleste sider av livskvaliteten. Livskvaliteten stiger fram til 70-års alder og nivået av psykiske plager og ensomhet synker. Datamaterialet er imidlertid noe skjevt for de øvre aldersgruppene (over 80) og inkluderer sannsynligvis de friskeste av de eldste.

- De som lever i samliv eller har kjæreste er mer fornøyde enn dem som er enslige. Blant par er andelen som er svært (skårer 9–10) fornøyde 39,0 prosent og 12,3 prosent oppgir å være lite (skårer 0–5) fornøyde med livet. Tilsvarende tall for dem som ikke har en partner er 20,6 prosent (svært fornøyde) og 29,0 prosent (lite fornøyde). Andelen som oppgir å være ensomme er betydelig høyere blant enslige (29,2 prosent) enn de som er gift, samboende eller har en kjæreste (10,1 prosent).
- En høy andel av dem som mottar sosialhjelp, som er uføre, arbeidsledige, eller som opplever dårlig psykisk eller fysisk helse oppgir dårlig livskvalitet. Andelen som oppgir å være lite fornøyd med livet (skårer 0–5) er 40–65 prosent blant dem som ikke er integrert i arbeidsliv, som mottar sosialhjelp eller lever med psykiske og fysiske helseproblemer. Personer som er uføre, arbeidsledige og sykemeldte har en firedobbel risiko for lav livstilfredshet, mens personer som mottar sosialhjelp har en seksdobbel risiko.
- Helse henger sammen med samtlige dimensjoner av livskvaliteten. Personer som rapporterer om dårlig/svært dårlig helse har betydelig forhøyet risiko for å være lite fornøyd med livet (relativ risiko: 3,5, KI: 3,4–3,6). Resultater fra den utvidede undersøkelsen i Hallingdal viser også at de som oppgir dårlig helse har lavere økonomisk tilfredshet, større sannsynlighet for ikke å kunne klare en uforutsett utgift og for å ha opplevd diskriminering.
- Andelen som opplever å ha lite innflytelse på hva myndighetene gjør, og som har lite tillit til offentlige tjenester ved sykdom, uførhet, alderdom og arbeidsledighet, er betydelig høyere blant personer som oppgir helse- og funksjonsnedsettelse.
- Livskvaliteten henger sammen med økonomisk situasjon. Personer som oppgir vanskelig eller svært vanskelig økonomisk situasjon har en betydelig forhøyet risiko for å være lite fornøyd med livet (relativ risiko: 5,9, KI: 5,6–6,1) sammenlignet med dem som oppgir å ha en lett/svært lett økonomisk situasjon. Tilsvarende har personer med vanskelig eller svært vanskelig økonomisk situasjon høyere risiko for bekymring siste uke (relativ risiko 2,7, KI: 2,6–2,8). Sammenhengene er sterkere for de subjektive vurderingene av økonomien enn for de registerbaserte.
- Tall fra den utvidede undersøkelsen i Hallingdal viser at en av fire av de som er uføre, som har betydelig redusert psykisk og fysisk helse, eller som er aleneforsørgere oppgir å ha vansker med å få endene til å møtes - og rundt halvparten har ikke råd til å klare en uforutsett utgift. I utvalget for øvrig er tilsvarende andeler 8 og 23 prosent.
- Hallingdalundersøkelsen viser at andelen med lav livstilfredshet blant enslige forsørgere er noe høyere enn gjennomsnittet (25 versus 20 prosent). Blant enslige forsørgere opplever 72 prosent å være fysisk utmattet etter jobb, 44 prosent opplever å være psykisk utmattet etter jobb (44 prosent) og 58 prosent oppgir å ikke kunne klare en uforutsett utgift.

- Vi ser en klar og lineær sammenheng mellom opphopning av risikofaktorer og dårlig livskvalitet. I undersøkelsen har vi sett på seks konkrete risikofaktorer (enslig, lite sosial støtte, lite vennekontakt, dårlig helse, vanskelig økonomi, å ikke være integrert i arbeid). Andelen med lav livstilfredshet er 6,9 prosent blant personer som ikke oppgir slike utfordringer, 63,5 prosent og 84,2 prosent blant de som oppgir tre eller fire slike utfordringer.
- Aggregerte mål viser forskjeller mellom kommunene og både sammenheng mellom ulike livskvalitetsmål og mellom livskvalitetsmål og objektive indikatorer på kommunenivå. Kommuner som for eksempel skårer høyt på tillit og tilhørighet skårer også høyere på fornøydhet, har høyere forventet levealder og lavere andel frafall i den videregående skolen.
- Livskvaliteten er generelt dårligere for personer som har en vanskelig økonomisk situasjon, som lever med helseplager, som ikke er integrert i arbeidslivet og som er enslige. Tiltak som retter seg mot å styrke deltakelse og sosiale fellesskap hvor folk lever og bor, trygg økonomi og et trygt arbeidsliv, og meningsfulle aktiviteter for de som faller utenfor arbeidslivet, kan være viktige.

I rapportens oppsummering står følgende tekst under Diskusjon og konklusjons-kapitlet:

De fleste oppgir god livskvalitet i Norge. Majoriteten føler seg trygge, har høy tillit til andre, er fornøyd med livet og føler at de hører til på stedet der de bor. Men livskvaliteten varierer både på tvers av kommuner og innad i kommunen. Ikke alle har gode nok liv i Norge, også her er fordeler og ulemper skjevt fordelt. Det eksisterer en rekke utsatte grupper med gjennomgående lav livskvalitet. De som særlig faller utenom er unge, de som ikke er integrert i familie, samliv, skole og arbeid, de som har helseproblemer – særlig psykiske, men også fysiske, de som opplever diskriminering og de som har en vanskelig økonomisk situasjon. I tillegg tyder den helhetlige undersøkelsen på at eneforsørgere er en utsatt gruppe, særlig med tanke på stress og dårlig økonomi. Opphopning av slike risikofaktorer er særlig uheldig. Livskvaliteten er altså ujevnt fordelt og det blir viktig å følge utviklingen over tid, spesielt i en periode som nå er preget av store omveltninger i arbeidsliv, økonomi og sosial deltakelse som følge av den pågående koronapandemien. Enkelte undersøkelser tyder på en økning i bekymring og depresjonsproblemer og redusert tilfredshet som følge av pandemien og de strenge tiltakene som ble innført etter 12. mars. Tall fra undersøkelser av ungdom tyder for eksempel på en betydelig økning i andelen som oppgir lav tilfredshet med livet etter 12. mars. Hvordan kan vi bidra til en jevnere fordeling av livskvaliteten i befolkningen? Opphopning av levekårsutfordringer og dårlig livskvalitet har sammensatte årsaksmekanismer. Trygge økonomiske betingelser og tilgang på meningsfylte aktiviteter og sosiale arenaer er forutsetninger for god livskvalitet og tiltak som retter seg inn mot å styrke disse faktorene bør prioriteres. Helhetlig og regelmessig livskvalitetsmåling kan bidra som et viktig verktøy for å følge utviklingen fremover, for hensiktsmessig tilrettelegging og for å evaluere tiltak og politiske beslutninger (Bang et al., 2020).

1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET

IS-24/8 har i stor grad fokus på ressursinnsats og organisering av de kommunale psykisk helse- og rus-tjenestene. Dette tjenesteperspektivet er ikke et stort forskningstema som sådan internasjonalt, forskningen er relativt fragmentert og publikasjonene innenfor psykisk helse- og rusfeltet handler i stor grad om brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger. Psykisk helsefeltet er dessuten mer forsket på enn rusfeltet. Med en rapport som spenner vidt i tema, er det vanskelig å gjøre en oppsummering som favner alt, men i det følgende har vi valgt ut noen av de nyeste systematiske litteraturoppsummeringene på feltet, som dekker en stor del relevant litteratur. Vi har begrenset søkene til å gjelde publikasjoner fra 2019 og 2020, for kun å dekke det siste året.

Vi søkte i Pubmed med følgende søkestrenger:

community services OR primary care AND mental health AND systematic review
community services OR primary care AND substance abuse AND systematic review

Per 6. oktober 2020 ga dette 259 treff for psykisk helse-temaet, og 44 treff på rus-temaet. Funnene ble gjennomgått av forsker som vurderte relevansen opp mot tema som dekkes i årets IS-4/8-rapport. I fjorårets rapport⁵ kunne man lese om følgende forskningstema i systematiske kunnskapsoppsummeringer:

- Psykisk helsearbeid i kommunene som forskningsfelt
- Organisering av inntakssystemet til psykisk helse- og rustjenester i kommunen
- Kompetanse og oppgavedeling i psykisk helse- og rusarbeid i distriktene
- Modeller og mål for kontinuitet i psykisk helse- og rustjenester – mot en felles konsensus?
- Hvordan adapteres evidensbaserte folkehelseperspektiver?
- Utbrenthet blant personell som jobber i psykisk helse- og rustjenester i primærhelsetjenesten
- Hva predikerer utfall for brukere med vanlige psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten?
- Internasjonal opptrappingsplan

I år har vi valgt å trekke fram følgende tema, der sammendraget (abstract) fra artiklene presenteres på norsk:

- Covid-19-relaterte artikler på psykisk helse- og rusfeltet; endringer i tjenestene, virkningen på psykisk helse hos helsepersonell, psykisk helse-intervensjoner og oppfølging under pandemier
- Virkningen av offentlig publisering av aktivitetsdata på atferden til både helsepersonell og brukere
- Endringer i helsetjenestene som følge av eksternt tilsyn
- Sammenheng mellom kompetansesammensetning hos sykepleiere i psykisk helsevern og pasientutfall
- Recovery-relaterte utdanningsintervensjoner for psykisk helsepersonell
- Alvorlig psykisk sykdom og helsetjenestebruk for somatiske lidelser
- Samfunnsøkonomiske evalueringer av folkehelseintervensjoner for å bedre psykisk helse og forebygge selvmordstanker og selvmordsatferd

⁵ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf/

- Bruk av psykiske helsetjenester blant barn og unge
- Barn og hjelpsøking på psykisk helse-feltet
- Identifisering av førskolebarn med psykiske helseproblemer i primærhelsetjenesten
- Erfaring med å være hyppig bruker av kommunehelsetjenesten og akutte helsetjenester
- Intervensjoner som skal redusere avvik mellom antall henviste brukere og antallet som faktisk møter opp i kommunale tjenester til barn og unge
- Forbedring av utskrivelse fra akuttinnleggelser til kommunen for mennesker med psykiske lidelser
- Effekten av tverrfaglig psykiatrisk hjemmebehandling for pasienter med psykiske lidelser
- Strategier for å involvere pasienter og pårørende i samarbeidende tjenester rettet mot angst- og depresjonslidelser
- Vold mot eldre kvinner
- Effekt av fast bolig og inntekstintervensjoner for hjemløse i høyinntektsland
- Sammenhengen mellom pasientsentrert behandling og utfall i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

COVID-19 OG ENDRINGER I HELSETJENESTENE TIL MENNESKER MED PSYKISK HELSE- OG RUSPROBLEMER

WHO-survey om covid-19.

WHO gjennomførte fra juni til august 2020 en spørreundersøkelse i 130 land, der de evaluerte hvordan tilbudet av psykisk helse- og rustjenester endret seg på grunn av covid-19, hvilke typer tjenester som er endret, og hvordan ulike land har tilpasset seg for å overkomme disse utfordringene. Over 60 prosent av landene rapporterte negative endringer i psykiske helsetjenester for sårbare mennesker, inkludert barn og unge (72 prosent), eldre (70 prosent) og kvinner som trenger oppfølging før og etter graviditet og fødsel (61 prosent).

67 prosent av landene rapporterte negative endringer i rådgivning og psykoterapi; 65 prosent i skadereduksjonstjenester og 45 prosent i oppfølging av rusavhengighet. Mer enn en tredjedel (35 prosent) rapporterte om negative endringer i akuttberedskapen – også i tjenester rettet mot alvorlig syke. 30 prosent av landene rapporterte om negative endringer i tilgangen til medisiner rettet mot psykiske lidelser og ruslidelser. Rundt tre fjerdedeler av landene rapporterte om delvis negative endringer i psykiske helsetjenester på skoler og arbeidsplasser (henholdsvis 78 og 75 prosent). Mens mange land (70 prosent) vedtok å ta i bruk telemedisin eller teleterapi for å kunne gi et tjenestetilbud, er det betydelige forskjeller i bruken av disse inngrepene. Mer enn 80 prosent av høyinntektslandene, men mindre enn 50 prosent av lavinntektslandene, rapporterte at de bruker telemedisin og teleterapi i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.

Selv om 89 prosent av landene rapporterte i undersøkelsen at mental helse og psykososial støtte er en del av deres nasjonale covid-19-responsplaner, er det bare 17 prosent av disse landene som har full tilleggsfinansiering for å dekke disse aktivitetene (WHO, 2020).

VIRKNINGEN AV VIRUSEPIDEMIUTBRUDD PÅ PSYKISK HELSE HOS HELSEPERSONELL (RASK SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING OG META-ANALYSE)

Maria J Serrano-Ripoll, Jose F Meneses-Echavez, Ignacio Ricci-Cabello, David Fraile-Navarro, Maria A Fiol-deRoque, Guadalupe Pastor-Moreno, Adoración Castro, Isabel Ruiz-Pérez, Rocío Zamanillo Campos, Daniela C Gonçalves-Bradley i J Affect Disord. 2020 Aug 23; 277:347-357.

I august 2020 kom en oppsummeringsartikkel som undersøkte virkningen av å tilby helsetjenester under helsekriser forårsaket av virusepidemiske utbrudd på helsearbeideres psykiske helse. Forskerne skulle også identifisere faktorer knyttet til negativ innvirkning på helsearbeidernes psykiske helse (worse impact). I tillegg skulle de vurdere det tilgjengelige evidensgrunnlaget for intervensjoner ment å redusere slik negativ innvirkning.

Metode: Rask (rapid) systematisk gjennomgang. De søkte i MEDLINE, Embase og PsycINFO (fra begynnelsen av og til august 2020). De samlet ulike data til metaanalyser ved bruk av random-effects meta-analyser for å estimere utbredelsen av spesifikke psykiske lidelser.

Resultater: Forskerne inkluderte 117 studier. Den samlede prevalensen var høyest for akutt stresslidelse (40 prosent (95 prosent KI 39 til 41 prosent)), etterfulgt av angst (30 prosent, (30 til 31 prosent)), utbrenthet (28 prosent (26 til 31 prosent)), depresjon (24 prosent (24 til 25 prosent)) og posttraumatisk stresslidelse (13 prosent (13 til 14 prosent)). De identifiserte faktorer knyttet til sannsynligheten for å utvikle disse problemene, inkludert sosiodemografiske (yngre alder og kvinnelig kjønn), sosiale faktorer (mangel på sosial støtte, stigmatisering) og yrkesmessige faktorer (arbeid i et høyrisikomiljø, spesifikke yrkesroller og lavere nivåer av spesialisert opplæring og arbeidserfaring). Fire studier rapporterte intervensjoner for helsearbeidere i frontlinjen: to pedagogiske intervensjoner økte tilliten til pandemienes egen effektivitet og i mellommenneskelige problemløsning (veldig lav sikkerhet i estimatene), mens en mangesidig intervensjon forbedret angst, depresjon og søvnkvalitet (veldig lav sikkerhet i estimatene).

Begrensninger: De søkte bare i tre databaser, og den første gjennomgangen ble utført av en enkelt anmelder.

Konklusjon: Gitt de svært begrensede bevisene angående virkningen av intervensjoner for å håndtere psykiske helseproblemer hos helsepersonell, representerer de identifiserte risikofaktorene viktige mål for framtidige intervensjoner (Serrano-Ripoll et al., 2020).

PSYKISK HELSE-INTERVENSJONER OG OPPFØLGING UNDER COVID-19 OG ANDRE MEDISINSKE PANDEMIER: EN RASK KUNNSKAPSOPPSUMMERING

Sophie Soklaridis, Elizabeth Lin, Yasmin Lalani, Terri Rodak, Sanjeev Sockalingam i Gen Hosp Psychiatry. Sep-Oct 2020; 66:133-146.

Covid-19 er en global påminnelse om behovet for å ivareta mental helse hos pasienter og helsepersonell som plutselig står overfor en folkehelsekrise. I løpet av de siste to tiårene har en rekke medisinske pandemier gitt innsikt i den psykiske helsepåvirkningen av disse hendelsene. Basert på disse erfaringene og gitt størrelsen på den nåværende pandemien, forventes antallet psykiske helseproblemer å øke. Psykisk helseintervensjoner er nødvendig for å minimere de psykologiske følgene og gi rettidig omsorg til berørte individer.

Metode: Forfatterne gjennomførte en rask systematisk gjennomgang av psykisk helseintervensjoner under en medisinsk pandemi ved hjelp av tre elektroniske databaser. Av de 2404 identifiserte artiklene er 21 primære forskningsstudier inkludert i denne gjennomgangen.

Resultat: De kategoriserte funnene fra forskningsstudiene ved hjelp av følgende spørsmål: Hva slags følelsesmessige reaksjoner utløser medisinske pandemier? Hvem er mest utsatt for å oppleve følgesykdommer i psykisk helse? Hva fungerer for å behandle følgesykdommer i psykisk helse (psykososiale inngrep og implementering av eksisterende eller nye opplæringsprogrammer)? Hva må vi vurdere når vi designer og iverksetter psykiske helseintervensjoner (kulturelle tilpasninger og arbeidsstyrke for mental helse)? Hva trenger fortsatt å være kjent?

Konklusjon: Det er utviklet ulike psykiske helseintervensjoner for bruk under medisinske pandemier, og forskning på effektiviteten deres øker. Artikkelen gir anbefalinger for framtidig forskning basert på funnene for å gi psykisk helseintervensjoner i framtiden og støtte til de som trenger det mest (Soklaridis, Lin, Lalani, Rodak, & Sockalingam, 2020).

VIRKNINGEN AV OFFENTLIG PUBLISERING AV AKTIVITETSDATA PÅ ATFERDEN TIL BÅDE HELSEPERSONELL OG BRUKERE/PASIENTER (SYSTEMATIC COCHRANE-REVIEW)

David Metcalfe, Arturo J Rios Diaz, Olubode A Olufajo, M Sofia Massa, Nicole Abm Ketelaar, Signe A Flottorp og Daniel C Perry i Review Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep 6;9(9).

I 2018 kom det en systematisk Cochrane-gjennomgang om effekten av å offentliggjøre kvalitetsindikatorer og finansieringstall for både helseorganisasjoner og andre tjenesteytere. Den er såpass relevant i lys av IS-24/8-publiseringen, at vi tar den med selv om den er fra 2018. Bakgrunnen for artikkelen er at det blir stadig mer vanlig at slik informasjon publiseres offentlig, men man vet lite om effektene av det. Målet til studien var å estimere effekten av offentliggjøring av ytelsesdata (kvalitetsindikatorer, aktivitetsdata mv.), uavhengig av kilde, på både helsetjenestebrukere, tjenesteleverandører (tjenesteutøvere/fagpersoner og organisasjoner) og kjøpere av omsorg (kommuner etc.). I tillegg forsøkte forskerne å estimere effektene på helsepersonellens ytelse, pasientens utfall/resultat og personalets "moral".

Søkemetoder: Forfatterne av sammendraget søkte i CENTRAL, MEDLINE, Embase og to andre register den 26. juni 2017. De sjekket referanselister over alle inkluderte studier for å identifisere flere studier.

Utvalgsriterier: Forfatterne søkte etter randomiserte eller ikke-randomiserte studier, longitudinelle tidsseriestudier og kontrollerte før-etter-studier av effektene av offentlig publisering av data når det gjaldt en rekke aspekt ved ytelsen til helseorganisasjoner eller tjenesteutøvere.

Datainnsamling og analyse: To forfattere gjennomgikk studiene og ekstraherte data. For hver studie hentet de ut data om målgruppene (helsetjenesteforbrukere og helsepersonell), ytelsesdata, hovedresultater (valg av helsepersonell og forbedring ved hjelp av endringer i omsorg) og andre resultater (bevissthet, holdning, kunnskap om ytelsesdata og kostnader). Gitt den betydelige graden av klinisk og metodisk heterogenitet mellom studiene, ble funnene for hver policy publisert i et strukturert format, men de foretok ikke en metaanalyse.

Hovedresultater: De inkluderte 12 studier som analyserte data fra mer enn 7570 helsetjenesteleverandører (f.eks. fagpersoner og organisasjoner), og ytterligere 3 333 386 kliniske møter

(f.eks. henvisninger av pasienter, resepter mv.). De inkluderte fire klynge-randomiserte studier, en ikke-klynge-randomisert studie, seks tidsseriestudier og en kontrollert før-/etter-studie. Åtte studier ble gjennomført i USA, og én hver i Canada, Korea, Kina og Nederland. Fire studier undersøkte effekten av offentlig publisering av ytelsesdata på valg av helsetjenester, og fire på forbedring av tjenestekvaliteten. Resultatene tydet på at offentlig publisering av ytelsesdata kan utgjøre liten eller ingen forskjell for langvarig helsetjenesteforbruk eller for tjenesteleverandørens ytelse. Imidlertid var det også studier som (med lav grad av sikkerhet) antydte at offentlig utgivelse av ytelsesdata/kvalitetsindikatorer kan forbedre noen pasientutfall (Metcalf et al., 2018).

ENDRING I HELSETJENESTENE SOM FØLGE AV EKSTERNT TILSYN (SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG)

Einar Hovlid, Geir Sverre Braut, Einar Hannisdal, Kieran Walshe, Oddbjørn Bukve, Signe Flottorp, Per Stensland, Jan C Frich i BMJ Open. 2020 Aug 30;10(8).

Mål: Eksterne tilsyn brukes mye for å forbedre kvaliteten på helsetjenester. Effektene av eksternt tilsyn er fortsatt uklare, og det er lite kunnskap hvilke effekter de kan ha.

Metoder: Det ble utført et systematisk litteratursøk (1980 – januar 2020) for å identifisere empiriske studier som adresserer endring i helsetjenester som er underlagt eksternt tilsyn. Ved å følge Consolidated Framework for Implementation Research, utførte forskerne en narrativ syntese for å identifisere faktorer (mediatorer) som kan føre til endring.

Resultater: Det ble inkludert 95 studier i kunnskapsoppsummeringen. Akkreditering (offisiell godkjenning) var den hyppigste typen tilsyn (n = 68), etterfulgt av lovpålagte tilsyn (n = 19) og ekstern fagfelleevaluering (n = 9). Funnene tyder på at konteksten der tilsynene foregår, i stor grad påvirker hvordan de blir tolket av de som blir inspisert. Måten tilsyn gjennomføres på ser ut til å være kritisk for hvordan inspeksjonsfunnene blir oppfattet og fulgt opp. Inspeksjoner kan engasjere og involvere ansatte, legge til rette for lederengasjement, forbedre kommunikasjonen og muliggjøre etablering av nye nettverk for refleksjon over klinisk praksis. Tilsyn kan bidra til å skape bevissthet om den inspiserte organisasjonens nåværende praksis og ytelseshull, og gi en forpliktelse til endring. Videre kan de bidra til å legge til rette for planlegging og implementering av endring, samt egevaluering og bruk av data for å evaluere ytelse.

Konklusjon: Eksterne tilsyn kan påvirke en organisasjon på flere nivå. Måten de gjøres på avhenger av en rekke faktorer relatert til ytre omgivelser, og påvirker hvordan de blir oppfattet av den inspiserte organisasjonen. For å forbedre kvaliteten på omsorgen, må organisasjonsendringsprosessene involvere og påvirke måten omsorg leveres til pasientene på (Hovlid et al., 2020).

SAMMENHENGEN MELLOM KOMPETANSESAMMENSETNING BLANT SYKEPLEIERE I PSYKISK HELSEVERN OG PASIENTUTFALL (REINNLEGGELSER OG HENVISNING TIL AKUTT-TILBUD). EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG

Nompilo Moyo, Martin Jones, Diana Kushemererwa, Sandesh Pantha, Sue Gilbert, Lorena Romero, Richard Gray i Int J Environ Res Public Health (2020), Volume 20, Issue 18.

Blandingen av videreutdannede og ikke-videreutdannede sykepleiere på avdelinger for psykisk helse varierer betydelig mellom land. I enkelte land har omtrent alle sykepleiere som jobber i psykisk helse-avdelinger videreutdanning innenfor psykisk helse, mens andre land har en blanding. Å forstå den optimale blandingen av sykepleierferdigheter for innleggelser eller behandling i psykisk helse-avdelinger, vil være nyttig i tjenesteplanlegging både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Denne oppsummeringen tar sikte på å undersøke sammenhengen mellom formell sykepleierkompetanse (ratio for videreutdanning/ikke videreutdanning blant sykepleiere i psykisk helse) og reinnleggelser eller henvisninger til akutte tjenester blant voksne pasienter i psykisk helsevern. Litteratursøket identifiserte 7956 referanser, men kun fire av disse oppfylte inklusjonskriteriene for fulltekstgjennomgang. Gjennomgangen resulterte i nullfunn: Til tross for betydningen av forskningsspørsmålet for sikker bemanning i psykisk helsetjenester, er det ingen studier som har testet denne sammenhengen (Moyo et al., 2020).

EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG METAANALYSE AV RECOVERY-RELATERTE UTDANNINGSINTERVENSJONER FOR PSYKISK HELSEPERSONELL

Francisco José Eiroa-Orosa, Helena García-Mieres i Meta-Analysis Adm Policy Ment Health. 2019 Nov;46(6):724-752.

Historisk sett har psykisk helsevern vært preget av ulike kamper for å opprettholde tjenestebrukeres verdighet. Noen reformbevegelser har begynt å bruke utdanningsstrategier rettet mot fagpersoners bevissthet og holdninger, i tillegg til forsøk på å endre måten praksis utføres på. Denne artikkelen har til hensikt å systematisk gjennomgå og syntetisere studier som vurderer bevissthets- og opplæringsaktiviteter for fagpersoner innen psykisk helse som dekker aspekter relatert til recovery, empowerment og generelt psykisk helsevern. Forskerne gjennomgikk 26 artikler og inkluderte 14 av dem i metaanalyser. Resultatene viser en utvikling av litteraturen mot bedre kvalitet på studiedesign og at man fokuserer mer på aspekter relatert til effekt og vedlikehold av effektene av disse øvingene. Meta-analytiske beregninger fant høy heterogenitet i datamaterialet, men ingen risiko for skjevhet og lave til moderate effektstørrelser med en statistisk signifikant innvirkning på tro og holdninger, men ikke på praksis. Viktigheten av denne informasjonen for å forbedre og fremme disse utdanningsaktivitetene diskuteres i artikkelen (Eiroa-Orosa & Garcia-Mieres, 2019).

ALVORLIG PSYKISK SYKDOM OG HELSETJENESTEBRUK FOR SOMATISKE LIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG META-ANALYSE

Amy Ronaldson, Lotte Elton, Simone Jayakumar, Anna Jieman, Kristoffer Halvorsrud, Kamaldeep Bhui i PLoS Med. 2020 Sep 14;17(9).

Bakgrunn: Det er kjent at psykiatrisk komorbiditet påvirker bruken av somatiske helsetjenester. Målet med denne systematiske gjennomgangen og metaanalysen var å vurdere innvirkningen av alvorlig

psykisk sykdom (SMI) på helsetjenestebruk i form av innleggelser (elektivt og akutt) og primærhelsetjenester for somatiske lidelser.

Metoder og funn: PubMed, Web of Science, PsychINFO, EMBASE og The Cochrane Library ble benyttet til søk etter relevante studier fram til oktober 2018. Et oppdatert søk ble utført til slutten av februar 2020. Studier ble inkludert hvis de vurderte effekten av SMI på somatisk innleggelse, akuttinnleggelser i sykehus og primærhelsetjenestebruk hos voksne. Studiedesign som ble regnet å kvalifisere for fulltekstgjennomgang var observasjonsstudier, case-control-studier og randomiserte kontrollerte studier. Metaanalyse ble gjort av effekten av SMI på innleggelser på sykehus, lengden på sykehusoppholdet, 30-dagers sykehusinnleggingsrate og bruk av akuttmottak.

Syttifire studier kvalifiserte for gjennomgang. Alle var observasjonsstudier eller case-control studier utført i høyinntektsland. Utvalgsstørrelsen varierte fra 27 til 10 777 210. Studiekvaliteten ble vurdert ved hjelp av Newcastle-Ottawa-skalaen for observasjonsstudier. Flertallet av studiene ($n = 45$) ble ansett å være av god kvalitet. Narrativ analyse viste at SMI førte til økning i bruk av innleggelser, akutt- og primærhelsetjenester. Metaanalyser viste at pasienter med SMI var mer sannsynlig å bli innlagt som somatiske pasienter (samlet oddsforhold [OR] = 1,84, 95 prosent konfidensintervall [KI] 1,21-2,80, $p = 0,005$, $I^2 = 100$ prosent), hadde sykehusopphold som varte 0,59 dager lenger (samlet standardisert gjennomsnittsforskjell = 0,59 dager, 95 prosent KI 0,36-0,83, $p < 0,001$, $I^2 = 100$ prosent), hadde høyere sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus innen 30 dager (samlet OR = 1,37, 95 prosent KI 1,28-1,47, $p < 0,001$, $I^2 = 83$ prosent), og var mer sannsynlig at besøkte akuttmottaket (samlet OR = 1,97, 95 prosent KI 1,41-2,76, $p < 0,001$, $I^2 = 99$ prosent) sammenlignet med pasienter uten SMI. Studiebegrensninger inkluderer betydelig heterogenitet på tvers av studier, noe som betyr at resultatene av metaanalysen skal tolkes med forsiktighet. I tillegg var det ikke alltid mulig å avgjøre om tjenestebrukens utfall definitivt utelukket behandling for psykiske lidelser.

Denne artikkelen er relevant i lys av de nye pakkeforløpene for psykisk helse og rus, der det er et uttalt mål at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha mer fokus på somatisk helse i pasientforløpet (Ronaldson et al., 2020).

SAMFUNNSØKONOMISKE EVALUERINGER AV FOLKEHELSEINTERVENSJONER FOR Å BEDRE PSYKISK HELSE OG FOREBYGGE SELVMORDSTANKER OG SELVMORDSATFERD: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG

Inna Feldman, Mihretab Gebreslassie, Filipa Sampaio, Camilla Nystrand, Richard Ssegonga i Adm Policy Ment Health (2020).

Målet med denne studien var å gjennomgå litteraturen på økonomiske evalueringer av folkehelseintervensjoner rettet mot forebygging av psykiske problemer og selvmord, for å kunne understøtte en evidensbasert tildeling av samfunnets ressurser. En systematisk gjennomgang av økonomiske evalueringer innen psykisk helse og selvmordsforebygging ble gjennomført, og inkluderte studier publisert mellom januar 2000 og november 2018. Studiene ble identifisert gjennom Medline, PsychINFO, Web of Science, National Health Service Economic Evaluation Database og Health Technology Assessment.

Kvaliteten på relevante studier, og overførbarheten av resultatene, ble vurdert ved hjelp av kriterium satt av det svenske byrået for helseteknologi. Nitten studier av moderat til høy kvalitet ble inkludert i denne gjennomgangen, som evaluerte 18 intervensjoner innen psykisk helse og fire intervensjoner i

forebygging av selvmord. Fjorten (63 prosent) av alle intervensjonene var kostnadseffektive basert på konklusjonene fra artiklene. Ingen av studiene som evaluerte forebygging av selvmord var av høy kvalitet. Intervensjonene fokuserte i stor grad på psykologiske intervensjoner på skolen, arbeidsplassen og innen eldreomsorg, samt screening og korte intervensjoner i primærhelsetjenesten. Ni studier (rundt 50 prosent av inkluderte artikler) hadde et høyt potensial for overførbarhet til svensk kontekst. Folkehelseintervensjoner med sikte på å forbedre psykisk helse har et høyt potensial for å være økonomisk fordelaktig for samfunnet, mens evidens av høy kvalitet når det gjelder kostnadseffektiviteten ved forebygging av selvmord er begrenset (Feldman, Gebreslassie, Sampaio, Nystrand, & Ssegonja, 2020).

BRUK AV PSYKISKE HELSETJENESTER BLANT BARN OG UNGE. SYSTEMATISK LITTERATUR- GJENNOMGANG OG META-ANALYSE

Mylien T Duong, Eric J Bruns, Kristine Lee, Shanon Cox, Jessica Coifman, Ashley Mayworm, Aaron R Lyon i Adm Policy Ment Health (2020).

Det ble gjennomført en metaanalyse for å undersøke forbruk av psykiske helsetjenester for ungdom. Man undersøkte relative rater av helsetjenesteforbruk blant unge sett opp mot den generelle populasjonen, de med forhøyet (psykisk) symptomtrykk eller kliniske diagnoser. Forbruksrater for skolehelsetjeneste (når det gjaldt psykisk helse-problematikk) ble sammenliknet med bruk av poliklinikker, døgnavdelinger, øvrig kommunalt psykisk helse og rusarbeid, barnevern og kriminalomsorg. Forskere fant ni studier som presenterte frekvenser for bruk av helsetjeneste for ungdom for psykisk helse-problematikk i befolkningen generelt i USA, og 14 studier som presenterte forbruksrater for ungdom med forhøyede symptomer eller kliniske diagnoser. En meta-analyse ble gjort for å beregne gjennomsnittlige andeler av ungdommer som mottok tjenester i hver sektor.

Av ungdom i befolkningen generelt brukte 7,28 prosent skolens psykiske helsetjenester. Ratene for andre sektorer var som følger: 7,26 prosent i poliklinikk, 1,76 prosent i kommunalt psykisk helse og rusarbeid (primærhelsetjenesten), 1,80 prosent i døgnenheter, 1,35 prosent i barnevernet og 0,90 prosent i kriminalomsorgen. For ungdom med forhøyet psykisk symptomtrykk eller kliniske diagnoser gjorde 22,10 prosent av ungdommene bruk av skolebaserte psykiske helsetjenester, 20,56 prosent fikk poliklinisk behandling, 9,93 prosent var i kontakt med kommunalt psykisk helse og rusarbeid, 9,05 prosent fikk døgnbehandling, 7,90 prosent fikk hjelp fra barnevernet og 4,50 prosent i kriminalomsorgen. Skoler og poliklinikker er dermed de vanligste stedene for psykisk helsehjelp for både befolkningen generelt og for ungdommer med forhøyede symptomer eller kliniske diagnoser, selv om det også tilbys tjenester i andre institusjoner. Gitt at psykiske helsetjenester gis i ulike tjenester, peker funnene også på behovet for samhandling på tvers av ulike sektorområder, som utdanning og helse (Duong et al., 2020).

HVORFOR SØKER (IKKE) BARN OG UNGE PROFESJONELL HJELP FOR SINE PSYKISKE HELSEPROBLEMER? EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG AV KVANTITATIVE OG KVALITATIVE STUDIER

Jerica Radez, Tessa Reardon, Cathy Creswell, Peter J Lawrence, Georgina Evdoka-Burton, Polly Waite i Review Eur Child Adolesc Psychiatry (2020).

Denne artikkelen innleder med at psykiske lidelser hos barn og ungdom er utbredt, men underbehandlet, og at en mer detaljert forståelse av årsakene til at barn og ungdom ikke søker, eller får tilgang til hjelp, er avgjørende for å løse dette gapet. Forskerne gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang av kvantitative og kvalitative studier som rapporterte barrierer og tilretteleggere for barn og unge som har søkt, og fått tilgang til, profesjonell hjelp for psykiske problemer. De identifiserte 53 kvalifiserte studier; 22 med kvantitative data, 30 med kvalitative data, og en med begge. Fire hovedbarrierer/tilretteleggere ble identifisert. Nesten alle studiene (96 prosent) rapporterte barrierer relatert til individuelle faktorer, som begrenset kunnskap om psykisk helse og oppfatning av hva man kan søke hjelp for. Det nest vanligste (92 prosent) rapporterte at temaet var relatert til sosiale faktorer, for eksempel opplevd sosialt stigma og forlegenhet (at de blir brydd). Det tredje temaet var unges oppfatning av det terapeutiske forholdet til fagpersonene (68 prosent), inkludert hvordan de oppfattet konfidensialitet og evnen til å kunne stole på en ukjent person. Det fjerde temaet var knyttet til systemiske og strukturelle barrierer og tilretteleggere (58 prosent), som økonomiske kostnader knyttet til psykiske helsetjenester, logistiske barrierer og tilgjengeligheten av profesjonell hjelp. Funnene fremhever det komplekse spekteret av interne og eksterne faktorer som avgjør om unge søker og får hjelp for psykiske helseproblemer. I tillegg til å gjøre effektiv støtte mer tilgjengelig, kreves det målrettede, evidensbaserte tiltak for å redusere opplevd offentlig stigma og forbedre unges kunnskap til psykiske helseproblemer og tilgjengelig støtte, inkludert hva man kan forvente av fagpersoner og tjenester (Radez et al., 2020).

IDENTIFISERING AV FØRSKOLEBARN MED PSYKISKE HELSEPROBLEMER I PRIMÆRHELSE-TJENESTEN: SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG META-ANALYSE

Alice Charach, Forough Mohammadzadeh, Stacey A Belanger, Amanda Easson, Ellen L Lipman, John D McLennan, Patricia Parkin, Peter Szatmari i J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 May;29(2):76-105.

Mål: Ansatte i primærhelsetjenesten bestemmer ofte tilgangen til helsetjenester for barn med psykiske helseproblemer. Denne studien undersøkte omfanget av identifisering av psykisk helse-problematikk hos barn i førskolealder i primærhelsetjenesten, relatert tjenestebruk og psykisk helse-status ved oppfølging.

Metode: I denne systematiske oversikten ble MEDLINE®, EMBASE®, PsycInfo® og ERIC® søkt i fra begynnelsen til 7. mars 2018 for artikler der et screeningtiltak ble brukt for å identifisere psykisk helse-relaterte problemer hos barn i alderen 24-72 måneder, sett i førstelinjetjenesten. Metaanalyser ble gjort for å gi samlede estimater når tre eller flere studier undersøkte identifikasjonsrater. Funn om tjenestebruk og psykisk helsetilstand ble oppsummert i artikkelen.

Resultater: Trettifem publikasjoner som representerer 21 studier oppfylte inklusjonskriteriene. Psykisk helse-relaterte problemer ble identifisert av primærhelsetjenestepersonell hos 17,6 prosent av førskolebarna (95 prosent konfidensintervall (KI): 11,1-24,1), $Q = 4,9$, $p > 0,1$. Psykiatriske diagnoser ble identifisert hos 18,4 prosent av førskolebarna (95 prosent KI: 12,3 - 24,4), $Q = 1,6$, $p > 0,1$. Basert på tre

studier fikk foreldre til 67-72 prosent av identifiserte barn råd og 26-42 prosent fikk spesialhenvisninger. I delmengden av studier som undersøkte psykiske helseproblemer over tid, hadde 25-67 prosent av identifiserte førskolebarn psykiske helseproblemer etter ett til tre år.

Konklusjon: Mens identifikasjonsfrekvensen til ansatte i primærhelsetjenesten er lik diagnosefrekvensen, kan det hende at disse ikke konsekvent er de samme barna. Betydelig variasjon i ledelse og utfall indikerer behov for mer evaluering av primærhelsetjenester for denne populasjonen.

ERFARING MED Å VÆRE EN HYPPIG BRUKER AV KOMMUNEHELSE TJENESTEN OG AKUTTE HELSE TJENESTER: EN KVALITATIV SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG TEMATISK SYNTSE

Magaly Brodeur, Eva Margo-Dermer, Maud-Christine Chouinard, Catherine Hudon i BMJ Open (2020); 10(9).

Bakgrunn og mål: Hyppige brukere av helsetjenester blir ofte kategorisert som 'tunge pasienter'. De siste årene har det blitt forsøkt implementert ulike offentlige retningslinjer for å optimalisere bruken av helsetjenester for denne pasientgruppen. Imidlertid har det vært lite oppmerksomhet viet deres erfaring som pasienter. Målet med denne studien var å tematisere kvalitative studier som utforsker opplevelsen hyppige brukere har av primærhelsetjenesten og beredskapstjenestene/akuttmottak i spesialisthelsetjenesten. Metoden som er benyttet er kvalitativ systematisk litteraturgjennomgang og temasyntese.

Metoder: En kvalitativ systematisk gjennomgang ble utført ved hjelp av tre elektroniske databaser (MEDLINE med fulltekst, CINAHL med fulltekst og PsycINFO). Dette søket ble kombinert med et omfattende manuelt søk på referanselister og relaterte sitater. En temasyntese ble utført for å utvikle beskrivende temaer og analytiske konstruksjoner.

Resultat: Tolv studier ble inkludert. Alle inkluderte studier oppfylte følgende inklusjonskriterier: kvalitativt design; utgitt på engelsk; diskuterte brukernes erfaringer fra sine egne perspektiver og at brukernes erfaringer skjedde i primærhelsetjenesten og/eller akuttmottakene.

Resultater: De viktigste aspektene ved hyppige brukeres opplevelser var: (1) opplevelsen av å være syk og (2) helseopplevelsen. Opplevelsen av å være syk omfattet fire sentrale temaer: fysiske begrensninger, psykisk lidelse, innvirkning på relasjoner og rollen med selv-administrering av egen sykdom (self-management). Helseopplevelsen omfavnet opplevelsen av å få tilgang til helsetjenester og den overordnede opplevelsen av å motta omsorg.

Konklusjon: Denne syntesen belyser potensielle endringer som kan gjøres i helsetjenestene for å forbedre hyppige brukeres opplevelser: individualiserte omsorgsplaner (IP) eller saksbehandlingsintervensjoner for å støtte selvadministrering av symptomer og redusere psykisk lidelse; og å vie mer oppmerksomhet til forholdet mellom pasient og tjenesteutøver som en sentral del av helsetjenestene. Denne syntesen framhever også framtidige forskningsretninger som vil være til fordel for hyppige brukere av helsetjenestene (Brodeur, Margo-Dermer, Chouinard, & Hudon, 2020).

INTERVENSJONER SOM SKAL REDUSERE AVVIK MELLOM ANTALL HENVISTE BRUKERE OG ANTALLET SOM FAKTISK MØTER OPP I KOMMUNALE TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG

Rachel A Petts, Jeffrey D Shahidullah i Fam Syst Health. 2020 Sep;38(3):310-322.

Innledning: Selv om ansatte i primærhelsetjenesten ofte henviser barn og familier til psykiske helsetjenester, møter ikke et stort antall pasienter til den første avtalen. Såkalte "engasjementsintervensjoner" (engagement interventions) i primærhelsetjenesten som fokuserer på å redusere strukturelle og perseptuelle barrierer for tilgang til helsehjelp, har som mål å forbedre dette gapet mellom antall henvisninger og antall pasienter/brukere som møter til time. Det hadde ikke tidligere vært gjort en litteraturgjennomgang for å karakterisere og oppsummere effektiviteten av slike engasjementsintervensjoner.

Metode: Forskerne gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang av engasjementsintervensjoner i psykisk helsetjenester til barn og unge i primærhelsetjenesten de siste 20 årene ved hjelp av MEDLINE, The Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) og PsycINFO. De oppsummerte litteraturen narrativt og gjennomførte kvalitetsvurdering og vurdering av risiko for skjevhet (bias-analyser).

Resultater: Av 948 artikler oppfylte ti studier inklusjonskriteriene og ble gjennomgått i fulltekst. En rekke engasjementsintervensjoner ble evaluert og viste varierende effektivitetsnivåer for å forbedre initiering av tjenester, med den mest lovende tilnærmingen som primæromsorgsintegrasjon. Kvalitetsvurderinger og risikoanalyser for skjevhet i disse studiene, viste flere metodiske svakheter ved de inkluderte studiene.

Diskusjon: For tiden er det begrenset bevis for at engasjementsintervensjoner virker for å forbedre gapet mellom antall henvisninger og antall møtt til time for barn og familier. Mer forskning er nødvendig for å utvikle og evaluere effektive intervensjoner innen psykisk helse, spesielt for vanskeligstilte ungdommer og familier (Petts & Shahidullah, 2020).

INTERVENSJONER FOR FORBEDRING AV UTSKRIVELSE FRA AKUTTINNLEGGELSER TIL KOMMUNEN FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER: SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG OG NARRATIV SYNTESE

Natasha Tyler, Nicola Wright, Justin Waring i Meta-Analysis BMC Health Serv Res. 2019 Nov 25;19(1):883.

Bakgrunn: Overgangen fra akuttinnleggelse i psykisk helsevern til kommunal omsorg er ofte en sårbar periode i pasientforløpet, der mennesker kan oppleve ytterligere risiko og angst. Forskere har utviklet og testet en rekke intervensjoner som tar sikte på å forbedre kontinuiteten i omsorg og sikkerhet i disse overgangene. Imidlertid har det vært lite forsøk på å sammenligne intervensjonene, og å spesifisere mangfoldet av utfordringer de prøver å løse.

Metoder: Studien tok sikte på å identifisere evidensgrunnlaget for intervensjoner som skal støtte kontinuitet i omsorg og sikre overgangen fra akutt psykisk helseinnleggelse til kommunale tjenester ved utskrivningspunktet. Elektroniske databaser som ble søkt i var PsycINFO, MEDLINE, Embase, HMIC, CINAHL, IBSS, Cochrane Library Trials, ASSIA, Web of Science and Scopus, ble søkt mellom 2000 og mai 2018. Vitenskapelige artikler var kvalifisert for inkludering hvis de handlet om voksne innlagt i

akuttavdeling i psykisk helsevern, og rapporterte om helseintervensjoner knyttet til utskrivning fra akuttavdelingen til kommunen. Resultatene ble analysert ved hjelp av en narrativ synteseteknikk.

Resultater: Totalt antall artikler som ble hentet ut fra var 45. Gjennomgangen fant forskjellige intervensjoner implementert på tvers av kontinenter, og som adresserte forskjellige problemer knyttet til utskrivningsklare pasienter. Noen intervensjoner fulgte en tydelig navngitt tilnærming, andre ble gruppert basert på nøkkelkomponenter (f.eks. kollegastøtte, farmasøytisk involvering mv.). De viktigste problemene intervensjonene så ut til å adressere var å redusere reinnleggelse, økt velvære, redusere hjemløshet, forbedre behandlingsdeltakelse, gjøre utskrivningsprosessen hurtigere, samt redusere selvmord. De 69 resultatene rapportert på tvers av studier var heterogene, noe som betyr at det var vanskelig å utføre komparativ kvantitativ metaanalyse eller syntese.

Konklusjoner: Intervensjonene som er gjennomgått er spredt over et spekter som spenner fra å løse et enkelt problem innen én enkelt enhet/avdeling, til flere løsninger som adresserer problemer med flere enheter/avdelinger. Forskerne anbefaler at framtidig forskning prøver å forbedre homogeniteten i resultatrapporteringen (Tyler, Wright, & Waring, 2019).

EFFEKTEN AV TVERRFAGLIG PSYKIATRISK HJEMMEBEHANDLING FOR PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATRUGJENNOMGANG AV EMPIRISKE STUDIER.

Günter Klug, Manuela Gallunder, Gerhard Hermann, Monika Singer, Günter Schuler i BMC Psychiatry. 2019 Dec 3;19(1):382.

Bakgrunn: De aller fleste eldre mennesker med psykiske lidelser foretrekker å bo selvstendig i sine egne hjem. Barrierer forårsaket av helsevesenet forhindrer ofte adekvat, tilpasset behandling. Den demografiske utviklingen med en stadig mer aldrende befolkning, gjør det nødvendig å finne effektive tjenestemodeller for eldre pasienter med psykiske lidelser. Målet med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke og evaluere tverrfaglige psykiatriske behandlingsmodeller som inkluderer hjemmebesøk, spesielt med hensyn til effekten på psykiske symptomer, sosial og psykisk rehabilitering og livskvalitet.

Metoder: En systematisk litteraturgjennomgang ble utført av empiriske studier med deltakere som ble diagnostisert med en psykisk lidelse i henhold til ICD-10, 60 år eller eldre, og som bodde hjemme. Inkluderingskriteriene besto av en intervensjonsvarighet på minst 12 uker og minst to intervensjoner og hjemmebesøk levert av et tverrfaglig team. De elektroniske databasene Medline, PsychInfo, Web of Science, Cochrane Register of Controlled Trials, og Google Scholar, samt hånd søk ble brukt til å søke etter relevante studier publisert mellom 1996 og 2016. Det ble utført et ekstra søk etter studier publisert mellom 2016 og 2019. Etter å ha fjernet duplikater ble sammendrag gjennomgått, og de gjenværende artiklene ble inkludert for fulltekstgjennomgang.

Resultater: Av de 3536 artiklene som ble funnet, syntes 260 sammendrag å være potensielt kvalifiserte. Av disse ble 30 fulltekstartikler vurdert å være kvalifiserte. For ytterligere søk ble 415 artikler og sammendrag vist, og 11 artikler ble lest i fulltekst. Til slutt var det bare tre studier som oppfylte inklusjonskriteriene for denne gjennomgangen. Resultatene indikerer at psykiatriske hjemmebehandling er forbundet med betydelige forbedringer av psykiatriske symptomer og psykososiale problemer, færre innleggelser på sykehus og sykehjem, samt lavere pleiekostnader.

Konklusjoner: Psykogeriatrisk hjemmebehandling har positive effekter på eldre med psykiske lidelser. Imidlertid er disse funnene basert på et lite antall studier. Behovet for videre forskning, spesielt for å spesifisere de effektive faktorene i psykogeriatrisk hjemmebehandling, trengs (Klug, Gallunder, Hermann, Singer, & Schuler, 2019).

STRATEGIER FOR Å INVOLVERE PASIENTER OG PÅRØRENDE I SAMARBEIDENDE TJENESTER RETTET MOT ANGST- OG DEPRESJONSLIDELSER: EN SYSTEMATISK LITTERATUR-GJENNOMGANG

Matthew Menear, Michèle Dugas, Emmanuelle Careau, Maud-Christine Chouinard, Maman Joyce Dogba, Marie-Pierre Gagnon, Michel Gervais, Michel Gilbert, Janie Houle, Nick Kates, Sarah Knowles, Neasa Martin, Donald E Nease Jr, Hervé Tchala Vignon Zomahoun, France Légaré i Review J Affect Disord. 2020 Feb 15; 263:528-539.

Bakgrunn: Pasienter og pårørende blir ofte referert til som viktige partnere i samarbeidende psykisk helsevern (Collaborative Mental Health Care, CMHC). Det er imidlertid uklart hvordan man på en meningsfull måte engasjerer pasienter og pårørende som partnere i tilbudene. Forskerne hadde som mål å identifisere strategier for å engasjerer pasienter og pårørende i CMHC-programmer for depresjon og angstlidelser.

Metoder: De oppdaterte en Cochrane-gjennomgang av CMHC-programmer for depresjon og angstlidelser. Søk ble utført i Cochrane CCDAN og CINAHL, supplert med ytterligere databasesøk, RCT-registersøk og klyngesøk etter "søsken"-artikler. Koding og datauttak av ulike engasjementsstrategier var en iterativ prosess styrt av et konseptuelt rammeverk. De brukte narrativ syntese og beskrivende statistikk for å rapportere om funn.

Funn: Forskerne fant 148 unike CMHC-programmer, beskrevet i 578 artikler. De fleste programmer (96 prosent) inneholdt minst én strategi for å engasjerer pasienter eller pårørende. Programmene inneholdt 15 forskjellige strategier generelt, med en median på to strategier per program (område 0-9 strategier). De vanligste strategiene var pasientopplæring (87 prosent av programmene) og selvledelsesstøtte (47 prosent av programmene). Personlig omsorgsplanlegging, delt beslutningstaking og familie- eller kollegastøtte ble identifisert i færre enn en tredjedel av programmene.

Begrensninger: Søkestrategien var designet for å finne programmer evaluert i kliniske forsøksstudier, slik at andre innovative programmer og tiltak som ikke har blitt studert på denne måten, sannsynligvis ble savnet.

Konklusjon: De fleste CMHC-programmer for depresjon og angstlidelser hadde et begrenset antall strategier for å engasjerer pasienter og pårørende. Imidlertid identifiserte gjennomgangen mange strategier som kan brukes til å styrke pasient- og pårørendee involvering i helsetjenestene (Menear et al., 2020).

VOLD MOT ELDRE KVINNER: SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING AV KVALITATIV LITTERATUR

Sarah R Meyer, Molly E Lasater, Claudia García-Moreno i PLoS One (2020): Volume 15, Issue 9.

Størstedelen av den eksisterende litteraturen om vold mot kvinner fokuserer på kvinner i reproduktiv alder (15-49), og globalt er det få studier av mønstre og typer vold mot kvinner i alderen 50 og eldre.

Forfatterne gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang av kvalitativ litteratur om vold mot eldre kvinner. De inkluderte enhver form for vold mot kvinner i søket sitt, i stedet for å velge et spesifikt teoretisk rammeverk om hvilke typer vold eller gjerningsmenn som skal inkluderes fra begynnelsen. De fokuserte spesielt på kvalitative studier for å utforske naturen og dynamikken i vold mot eldre kvinner fra kvinnespektivet. Etter forhåndsplanlagte søk i 11 elektroniske databaser, screenet to forfattere alle identifiserte titler, abstrakter og relevante fulltekster for inkludering. De hentet data fra 52 artikler identifisert for inkludering, og gjennomførte kvalitetsvurdering og temasyntese fra de viktigste funnene i de inkluderte studiene. Resultatene indikerte at det store flertallet av inkluderte studier ble utført i høyinntektskontekst, og inneholdt ikke tilstrekkelig informasjon om sammenhengen studien ble utført i. Temasyntesen identifiserte flere sentrale temaer, inkludert skjæringspunktet mellom aldring og oppfatning/opplevelser av og respons på vold; viktigheten av sosiale normer og kjønnsnormer i utformingen av eldre kvinners opplevelser av vold; den samlede fysiske og mentale helsepåvirkningen av eksponering for livslang vold, og at det eksisterer spesifikke barrierer for eldre kvinner for å tilgang til lokalsamfunn og helsetjenester som kan hjelpe etter voldsepisoder. Funnene indikerte at vold mot eldre kvinner er utbredt, og har betydelig innvirkning på fysisk og mentalt velvære hos eldre kvinner. Politikimplikasjoner og framtidige forskningsretninger, blir framhevet til slutt i kunnskapsoppsummeringen (Meyer, Lasater, & García-Moreno, 2020).

EFFEKTEN AV FAST BOLIG OG INNTEKTSINTERVENSJONER FOR HJEMPLØSE I HØYINNTEKTS- LAND: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG

Tim Aubry, Gary Bloch, Vanessa Brcic, Ammar Saad, Olivia Magwood, Tasnim Abdalla, Qasem Alkhateeb, Edward Xie, Christine Mathew, Terry Hannigan, Chris Costello, Kednapa Thavorn, Vicky Stergiopoulos, Peter Tugwell, Kevin Pottie i Lancet Public Health. 2020 Jun;5(6).

Bakgrunn: Fast bolig og inntektssikring er verdifulle inngrep for hjemløse. Hjemløshet kan redusere fysisk og sosialt velvære og utgjøre folkehelse- og smittsomme sykdommer, funksjonshemming og død. Forskerne gjorde en systematisk gjennomgang, metaanalyse og narrativ syntese for å undersøke effektiviteten og kostnadseffektiviteten til permanente støttende bolig- og inntektsintervensjoner på helse og sosialt velvære til personer som er hjemløse i høyinntektsland.

Metoder: Forskerne søkte i MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Epistemonikos, NIHR-HTA, NHS EED, DARE og Cochrane Central Register of Controlled Trials fra databasestart til 10. februar 2020 for studier på fast bolig og inntektstiltak for hjemløse. De inkluderte bare randomiserte kontrollerte studier, kvasi-eksperimentelle studier og kostnadseffektivitetsstudier fra høyinntektsland som rapporterte minst ett resultat av interesse (boligstabilitet, psykisk helse, livskvalitet, rusmiddelbruk, sykehusinnleggelse, arbeidsinntekt, eller sysselsetting). De screenet studier ved hjelp av et standardisert skjema for datainnsamling og samlet data fra publiserte studier. De syntetiserte resultatene ved hjelp av random effect, metaanalyse og narrativ syntese.

Funn: Søket identifiserte 15 908 artikler, hvorav 72 artikler ble inkludert for analyse (15 studier om fast bolig publisert over 41 publikasjoner, ti studier om inntektsintervensjoner publisert over 15 publikasjoner og 21 publikasjoner om kostnad- eller kostnadseffektivitet). Boligintervensjonene økte langsiktig (seks år) boligstabilitet for deltakere med moderat støttebehov og høye støttebehov sammenlignet med vanlig pleie/tilbud. Fast bolig-tiltak hadde ingen målbar effekt på alvorlighetsgraden av psykiatriske symptomer (ti studier), stoffbruk (ni studier), inntekt (to studier) eller sysselsettingsresultater (en studie) sammenlignet med vanlige sosiale tjenester. Inntektsintervensjoner, spesielt

boligsubsidier med saksbehandling, viste langsiktige forbedringer i antall dager pasient/bruker var stabilt innkvartert (en studie; gjennomsnittlig forskjell tre år mellom intervensjon og vanlige tjenester 8-58 dager; $p < 0.004$), mens effekter på psykisk helse og sysselsettingsutfall var uklare.

Tolkning: Intervensjoner for fast bolig og inntektstiltak for hjemløse var effektive for å redusere hjemløshet og oppnå boligstabilitet. Framtidig forskning bør fokusere på de langsiktige effektene av bolig- og inntektsintervensjoner på fysisk og mental helse, rusmiddelbruk og livskvalitet (Aubry et al., 2020).

SAMMENHENG MELLOM PASIENTSENTRERT BEHANDLING OG UTFALL I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING: EN SYSTEMATISK LITTERATURGJENNOMGANG

Esther L Davis, Peter J Kelly, Frank P Deane, Amanda L Baker, Mark Buckingham, Tayla Degan, Sarah Adams i Subst Abus. 2020;41(2):216-231.

Bakgrunn: Pasientsentrert behandling blir sterkt anbefalt for å bedre kvaliteten i helsevesenet. Forskning som har undersøkt effekten av pasientsentrert omsorg i helsevesenet, har konkludert med at det er en påviselig, om enn inkonsekvent, sammenheng mellom pasientopplevelse, kvalitet på omsorgen og helseutfall. Kunnskap om effekten av pasientsentrert omsorg i behandling av rusmiddelavhengighet er begrenset. Målet med denne litteraturgjennomgangen var å vurdere sammenhengene mellom indikatorer for pasientsentrert omsorg (tilfredshet og pasientrapporterte erfaringsmål) og pasientresultater (rusmiddelbruk, psykisk velvære og tjenestebruk) blant personer som deltok i behandling for rusavhengighet.

Metoder: Et systematisk litteratursøk i en rekke databaser ble utført med varianter av søkeordene 'pasientsentrert omsorg', 'ruslidelser' og hjemmebasert eller kommunal behandling. Populasjonene, intervensjonene og utfall ble oppsummert og beskrevet i henhold til PRISMA-retningslinjene.

Resultater: Totalt 25 artikler ble identifisert, hvorav bare fem inkluderte en pasientsentrert indikator som ikke bare handlet om tilfredshet. Indikatorer for pasientsentrert omsorg viste en generelt positiv sammenheng med forbedrede resultater, særlig mellom tilfredshet med behandling og narkotikabruk. Blandede og motstridende resultater var imidlertid ikke uvanlige, særlig for psykisk velværefall.

Konklusjon: Forskerne fant en sammenheng mellom pasientsentrerte indikatorer og behandlingsutfall for personer som fikk behandling for ruslidelser. De var restriktive med å konkludere på grunn av underrepresentasjon av pasientrapporterte erfaringstiltak. Det er behov for ytterligere forskning som involverer sammenligning av pasientsentrerte indikatorer med pasientutfall, og for bruk av pasientrapporterte erfaringstiltak sammen med tilfredshet (Davis et al., 2020).

1.4 OPPSUMMERING

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

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

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 466 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er framstilt i rapporten relatert til årsverksinnsats. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

Kommunenes rapportering til Helsedirektoratet gjennom IS-24/8, gir en unik mulighet til å følge utviklingen i samlet ressursinnsats fordelt på tjenester til 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.

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en database, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor ikke mulig å ta ut tilsvarende informasjon fra tallene som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men med unntak av 2020, har alle kommunene levert informasjon om årsverksinnsats de siste årene.

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

Betinget av grundig datakontroll, er dette sannsynligvis den beste måten å innhente datagrunnlaget for psykisk helse- og rusarbeid på i dagens system. I 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 integrere IS-24/8-rapporteringen i KOSTRA.

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

Skjemaet revideres årlig av SINTEF i samarbeid med Helsedirektoratet 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 Fylkesmannen, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår nettbaserte løsning og har purreansvar overfor kommunene. Dersom Sentio ikke lykkes med å få tak i riktige folk i kommunene, eller vedkommende ikke svarer, tar SINTEF kontakt med rådgiveren for psykisk helse og/eller rusarbeid hos Fylkesmannen som dekker den aktuelle kommunen. Da kan rådgiveren gi oss et annet navn enn det vi har fra før, eller ta kontakt med kommunene for å oppfordre de til å rapportere.

2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

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

I 2020 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for sjette gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene våren 2020. Kommunene bes om å ta utgangspunkt i uke 5 (altså før koronasituasjonen i 2020), eller finne en annen representativ uke.

Det er kun Oslo som leverer data på bydelsnivå, og i tidligere år har alle de 15 bydelene rapportert. I 2020 var det fire bydeler som ikke rapporterte. I tillegg leverer den sentrale Velferdsetaten og Helseetaten i Oslo egne data på noen årsverk.

2.2 DATAINNSAMLING

I 2020 har datainnsamlingen vært komplisert på grunn av koronasituasjonen som inntraff to uker før vi vanligvis sender e-post til alle kommunene for å forberede de på datainnsamlingen. Vi avventet situasjonen og bestemte at vi måtte gjøre en forundersøkelse for å se når kommunene ville ha anledning til å svare. De fikk fem ulike datoer å velge mellom, den 15. i hver måned fra mai til september. I tillegg spurte vi om de kunne gi en kort beskrivelse (åpen) av konsekvensene av koronasituasjonen for målgruppene til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det kom inn 285 svar fra kommuner/bydeler og dette tilsvarer 77 prosent av alle kommunene/bydelene. Vi analyserte svarene og basert på dette kom vi fram til følgende situasjonsbeskrivelse:

Situasjonen førte til at tilbud som ikke kunne overholde smittevernanbefalingene ble nedstengt etter at de strenge tiltakene ble innført 12. mars. Dette førte til at nesten alle dagtilbud, aktivitetstilbud, kurstilbud, lavterskeltilbud, arbeidstiltak og gruppetilbud ble nedstengt. Mange tilbud var fortsatt ikke i drift medio mai 2020, men det så ut som kommunene gradvis begynte å

åpne opp når det ble mulig med større grupper, og smitterisikoen i befolkningen holdt seg på et lavt nivå.

Mange ansatte gikk raskt over til å ha hjemmekontor, og dette antas å gjelde de som arbeidet ved nedstengte tiltak. De aller fleste kommunene har fulgt opp brukerne av tjenestene ved hjelp av telefon og ulike videoløsninger. Det har vært minst mulig fysisk kontakt for å unngå smittespredning, men de som har hatt behov for nødvendig hjemmebesøk har sannsynligvis fått det. Praktisk bistand ble i noen kommuner redusert til å kun omfatte nødvendig helsehjelp, men vi antar at dette gjaldt en periode i april og at flere nå får mer ordinære tjenester og for eksempel hjelp til egenomsorg i tillegg til handling av mat.

I begynnelsen av perioden var det en del kommuner som gjorde omdisponeringer i personellfordelingen i tjenestene. Sykepleiere og helsefaglig personell ble satt i beredskap for å bidra i andre deler av tjenestene, og noen ble beordret til nye oppgaver. Fordi mange kommuner ikke opplevde utbredt smitte, ble det ikke nødvendig å gjøre store omdisponeringer. Det reageres på denne omdisponeringen av ressurser, da det på denne måten gis signaler om at tjenester innen psykisk helse og rus blir nedprioritert i pandemisituasjonen. Særlig rammes tjenester som i stor grad bemannes av sykepleiere med begrenset tverrfaglig personell i tillegg, og det er særlig bekymringsfullt at tjenester for barn og unge, og de mest sårbare rusmiddelavhengige har vært nedstengt.

Mat, medisiner og rent brukerutstyr er oppgavene kommunene oppgir at de har valgt å prioritere i tillegg til oppfølging av brukerne over telefon eller videosamtaler. Medisiner og rent brukerutstyr er levert hjem til mange av de kjente rusmiddelavhengige, og kommunene har i samarbeid med lokale dagligvarebutikker, frivillige organisasjoner og andre, kjørt ut mat til rusbrukere og andre sårbare grupper.

Brukere med mindre alvorlig problematikk som har ulike gruppetilbud og samtaletilbud, har måttet vente eller fått samtaler over telefon eller gjennom en videoløsning. Dette ser i stor grad ut til å ha gått greit, og noen brukere har valgt å vente med samtaler til de igjen kan møtes fysisk. Det er naturlig nok variasjon i hvordan brukerne av tjenestene reagerer på og håndterer pandemisituasjonen. Noen opplever at koronasituasjonen gjør hverdagen deres enklere fordi de slipper krav til sosial deltaking og dermed opplever mindre stress og forventinger. Andre får økt oppfølgingsbehov på grunn av økte angstsymptom og frustrasjon. Mange av brukerne kjeder seg i en ganske innholdsløs hverdag med lite aktivitet og arrangementer – som resten av befolkningen.

De som rammes hardest av nedstengte dagtilbud er de med størst behov for disse tilbudene. Dette er de sykeste og de med langvarige og sammensatte lidelser som i tillegg ofte har svake familie- og vennerettverk rundt seg fra før. Brukere med ROP-lidelser nevnes i mange av kommunene å være blant de hardest rammede av tiltakene. De som hadde marginal funksjon i utgangspunktet er mer utsatt for å bli isolerte, ensomme og sykere fordi de mister de stabiliserende tiltakene i hverdagen. Noen kommuner melder om flere akuttinnleggelser. Kommunene har forsøkt å følge opp de fleste brukerne av dagtilbud over telefon, og mange har både besøkt brukere på trappa og gått tur sammen med dem. Det meldes også om rusmiddelavhengige som har "sprukket" fordi de har mistet stabiliserende tiltak. Omfanget av dette er ukjent.

Flere kommuner melder at det er mindre tilgang på rusmidler i kommunen på grunn av stengte landegrenser, og at dette fører til mer uro i rusmiljøene. Dårlig tilgang på vante rusmidler, kan føre til utprøving av dårlige og farligere rusmidler. Lav tilgang fører til høyere priser, og med det mer kriminalitet for å skaffe seg rusmidler.

Noen kommuner oppgir at de i april opplevde færre henvendelser, mens andre oppgir at flere har fått større behov for tjenester og tiltak. Det blir viktig å følge utviklingen videre i kommunene og særlig hvem som rammes av at tilbud eventuelt ikke starter opp igjen. Et annet tema det blir interessant å undersøke, er hvorvidt kommunene bruker erfaringene de har fått i denne perioden til å videreutvikle tjenestene.

Alt i alt virker det som kommunene var raske med å stenge ned tilbudene som samlet flere brukere, og gikk over til telefonkontakt eller videosamtaler med brukerne. I begynnelsen var det strenge vurderinger om hvem som fikk hjemmebesøk – og mat, medisiner og rent brukerutstyr ble prioritert. Så begynte kommunene å møte brukerne ute, eller tok samtaler på trappa. Mange begynte å gå turer der de kunne holde nødvendig avstand med noen av brukerne som hadde behov for, og ønsket det. En kommune vi snakket med 11. mai har etablert et turtilbud der de tar med brukere til et område med gapahuker. Der fyrer de opp bål og koker kaffe, og får til gode samtaler med brukerne. De planla å gjøre dette mer systematisk i tiden framover, slik at flere kunne få benytte seg av dette tilbudet. Andre vi har snakket med oppgir at de egentlig ikke har endret så mye på tilbudet og at de følger opp brukerne på vanlig måte nå, selv om det stort sett bare var telefonkontakt i begynnelsen.

Mer detaljerte funn fra forundersøkelsen finnes i et eget notat (78i14030/notat 1_2020).⁶ Registerdata vil kunne gi mer informasjon om hvordan situasjonen har utviklet seg når det gjelder akuttinnleggelser, tvangsinnleggelser, overdoser, selvmord og andre indikatorer for å si noe mer om konsekvensene for målgruppen.

I forundersøkelsen oppga kommunene hvilken svarfrist de ønsket. Det var 295 kommuner/bydeler som svarte på når de ønsket å levere IS-24/8 kartleggingen i 2020 (79,5 prosent). Svarfordelingen er vist i tabell 2.1 og flesteparten ønsket da å svare innen 15. juni.

Tabell 2.1 Antall og andel kommuner som vil svare innen de ulike fristene, N=295.

Vil svare innen:	Antall	Prosent	Kumulativ prosent
15.mai	107	36	36
15.jun	110	37	74
15.jul	17	6	79
15.aug	13	4	84
15.sep	48	16	100
Totalt	295	100	

⁶ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/notat_12mai2020.pdf/

Hovedundersøkelsen ble i 2020 sendt ut 27. april. Gjennom hele perioden kom det e-poster fra kommuner som ønsket å endre oppgitt svarfrist, så det var nok vanskelig å forutse når de ville ha tid til å rapportere. Følgende informasjon ble gitt i innledningen til kartleggingen i 2020:

Skjema IS-24/8 2020

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Om psykisk helse- og rusarbeid i kommunene

Psykisk helse- og rusarbeid er et satsingsområde for dagens regjering. Det er behov for mer kunnskap om tjenestene og for å følge utviklingen i kommunene i årene fremover. Rapporteringen IS-24/8 gjennomføres hver vår, og alle kommunene bes om å delta. Rapporteringen er tredelt:

Del 1: Årsverk. Årsverkene skal fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og forløp

Del 2: Opptappingsplanen for rusfeltet og andre styringsparametere

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

Hvem skal fylle ut?

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

Vi anbefaler at kommunen/bydelen samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Representanter både for tjenester til barn/unge og tjenester til voksne bør delta på fagmøtet. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å organisere rapporteringen på. Slik sikrer man også at svarene i kartleggingen gir uttrykk for en slags gjennomsnittsoppfatning i tjenestene. I kommuner som er omfattet av kommunesammenslåing fra 1. januar 2020 er det viktig at fagpersoner fra alle sammenslåtte kommuner gir innspill til rapporteringen. I datakontrollen kommer vi til å slå sammen tallene fra de gamle kommunene for 2019 og sammenlikne med det som er rapportert i den nye kommunen i 2020.

Dersom dere som er ansvarlig for kommunens psykiske helse- og rusarbeid ikke vet svaret på det vi spør om (pga. måten tjenestene er organisert på, ansvarsfordeling etc.), ber vi om at dere tar kontakt med rette vedkommende i kommunen for å få svar.

Hvem skal bruke rapporteringen?

IS-24/8 gjennomføres som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Fylkesmannsembetet, Sentio AS og SINTEF. Det er SINTEF som er ansvarlig for innsamling, kvalitetssikring og analyser av datagrunnlaget. SINTEF utfører prosjektet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Alle kommunene/bydelene mottar den årlige forskningsrapporten fra SINTEF. Helsedirektoratet er eier av IS-24/8 og benytter resultatene fra forskningsrapporten som styringsverktøy. I rapporteringen for 2020 vil rådgivere hos Fylkesmannen, og forskere i Fafo som evaluerer opptappingsplanen for rusfeltet, få tilgang til svarene i spørreskjemaet på kommunenivå. IS-24/8 omfattes av offentlighetsloven som betyr at andre som hovedregel også kan be om innsyn i resultater fra kartleggingen.

Hva skal inkluderes i rapporteringen?

For å fremskaffe mest mulig oppdatert kunnskap, gjelder datagrunnlaget situasjonen våren 2020. Forskningsrapporten skal foreligge senhøsten samme år. Beregning av årsverk skal gjøres med å ta utgangspunkt i en representativ uke. Velg uke 5 i 2020 for å beregne årsverk for 2020. Dersom denne uken ikke er representativ, velg en representativ uke. Årsverk skal telles med dersom hovedårsaken til at brukerne mottar tjenesten er psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Alle årsverk skal inkluderes, uavhengig av hvordan de er finansiert (tilskudd, ramme etc.).

Hva skal ikke inkluderes i rapporteringen

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

Tjenester til mennesker med demens skal ikke inkluderes i rapporteringen, da demens i utgangspunktet ikke regnes som en psykisk lidelse.

Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming skal heller ikke inkluderes.

Psykiske helseutfordringer og rusrelatert problematikk kan opptre i kombinasjon med andre problemer/funksjons- /utviklingshemninger. Noen vil ha psykiske vansker og/eller rusrelaterte problemer på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på skole- og arbeidsplass. For disse skal bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser eller rusproblematikk regnes med.

Hvorfor rapportere?

Denne rapporteringen skal bidra til at kommunen har oversikt over ressursinnsats og utvikling i tjenestene til personer med psykisk helse- og/eller rusproblematikk.

Vi vet kommunene utsettes for mye rapportering, og at det er vanskelig å rapportere på komplekse kommunale tjenester. Det er likevel dere som kan gjøre de beste anslagene. Vi håper derfor at dere rapporterer og bidrar til et komplett datagrunnlag. Den årlige forskningsrapporten fra prosjektet sendes til alle kommuner og fylkesmannsembeter. Rapporten gir viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene.

Helsedirektoratet er opptatt av å følge utviklingen i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Fordi dette er komplekse tjenester som utføres av ulike tjenestesteder med utgangspunkt i både behov for helsehjelp og brukerens funksjonsnivå, er det i dag ikke mulig å følge utviklingen basert på KOSTRA-tall eller andre datagrunnlag for dette området. Denne rapporteringen er derfor nødvendig for å kunne følge fagfeltet i kommunene.

Helsedirektoratet har som mål å bistå kommunene med tilgjengelige og relevante data på helse- og omsorgstjenester. Resultatene fra rapporteringen kan derfor inngå som statistikkgrunnlag i Helsedirektoratets publikasjoner. Statistikk og analyse rettet mot kommuner kan også bli lagt ut på statistikksidene til Helsedirektoratet, se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter> for mer informasjon. Årsverkstallene fra rapporteringen vil publiseres på www.ressursportal.no.

Tekniske opplysninger

Det er mulig å bla seg fram og tilbake gjennom hele skjemaet ved å benytte de blå knappene NESTE og FORRIGE nederst på siden. Dere kan når som helst gå ut av nettsiden og fortsette utfyllingen på et senere tidspunkt. Når dere trykker på NESTE lagres det dere har fylt inn automatisk.

Der det står "Kommentar" kan dere skrive inn ytterligere informasjon eller gi kommentarer om tallene dere har rapportert.

Fjorårstall ligger ferdig lagt inn i spørsmål om årsverk (Del 1). Oppdater til 2020-tall, eller la stå hvis det ikke har vært endringer. I kommuner som er omfattet av kommunesammenslåing i 2020, vil det være summen av årsverkene rapportert fra den enkelte kommune i 2019 som kommer frem.

Ved behov kan dere bruke hjelpeskjema til bruk for utfylling av årsverk. Hjelpeskjema kan lastes ned fra SINTEFs prosjektside her: www.sintef.no/prosjekter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/

Her kan dere skrive ut en blank versjon av hele skjemaet som hjelp til å planlegge utfylling (trykk printerikonet).

Vi avsluttet datainnsamlingen 16. september og 65 kommuner har ikke svart på årets kartlegging. Det er i tillegg 13 kommuner som delvis har fylt ut skjemaet. Det vil si at det er 294 kommuner/bydeler som har deltatt i årets kartlegging. Det utgjør 79 prosent av alle kommuner/bydeler. For årsverksstatistikken er ikke dette et betydelig problem, da vi har 2019-tall som vi kan bruke. Det er små endringer i årsverk

fra år til år på kommunenivå, så vi vurderer at dette ikke vil være en stor feilkilde. Det er mer problematisk at vi ikke har svar på de øvrige spørsmålene, hvor det vanligvis er svar fra over 90 prosent av kommunene.

Fordi vi ikke vet hvordan den enkelte kommune er påvirket av koronasituasjonen, har vi valgt å ikke purre mer enn én gang for ikke å belaste kommunene mer enn nødvendig. Det ble tidlig klart at 2020 ville bli et krevende år å få inn rapporteringen fra kommunene. Vi er likevel fornøyd med at 294 kommuner har svart på hele skjemaet, i tillegg til de 13 kommunene som delvis har svart. Totalt er vi da på 83,5 prosent av kommunene, og det må vi si oss fornøyd med.

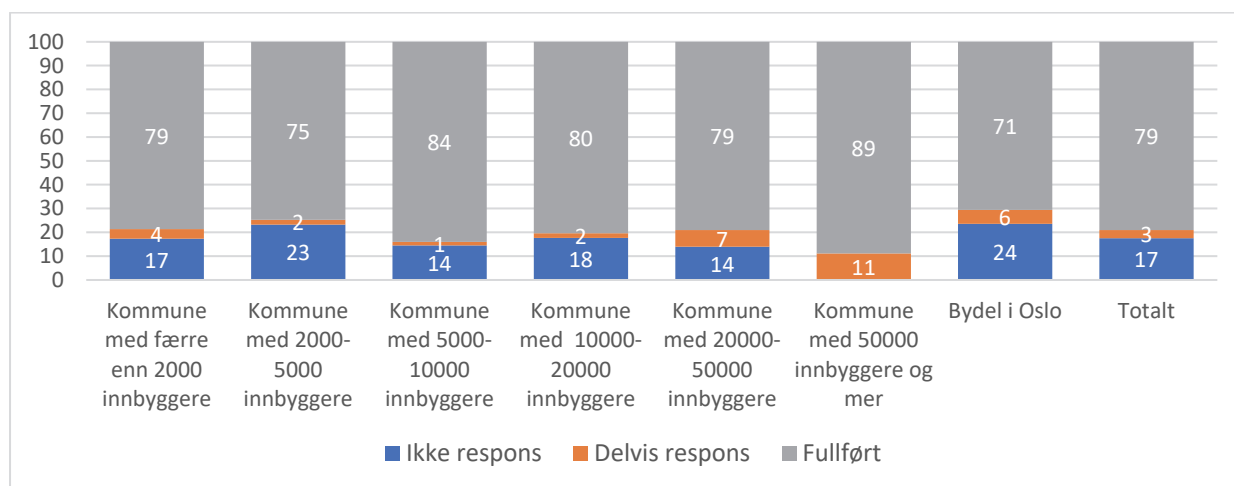
Det er likevel interessant å se på hva som kjennetegner de som i år ikke har rapportert.

2.3 REPRESENTATIVITET

Tabell 2.2 viser fordelingen av antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter avsluttet datainnsamling og kommunestørrelse målt med antall innbyggere. Figur 2.1 viser prosentvis fordeling i størrelsesgruppen. Det er ikke signifikante forskjeller i respons etter kommunestørrelse.

Tabell 2.2 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter befolkningstall, 2020.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	13	3	59	75
Kommune med 2000-5000 innbyggere	23	2	74	99
Kommune med 5000-10000 innbyggere	10	1	58	69
Kommune med 10000-20000 innbyggere	9	1	41	51
Kommune med 20000-50000 innbyggere	6	3	34	43
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	2	16	18
Bydel i Oslo	4	1	12	17
Totalt	65	13	294	372

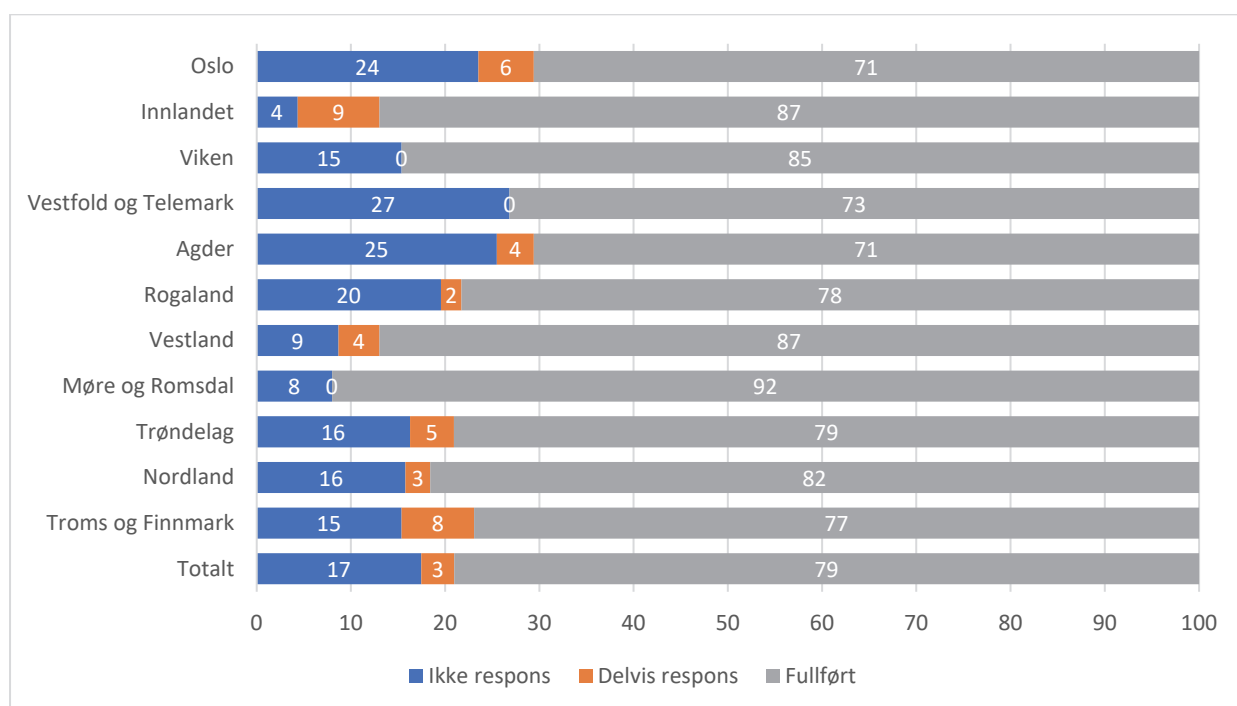


Figur 2.1 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter befolkningstall, 2020.

Tabell 2.3 og figur 2.2 viser tilsvarende fordeling etter fylke, og det er heller ingen systematisk geografisk variasjon i rapporteringsstatus.

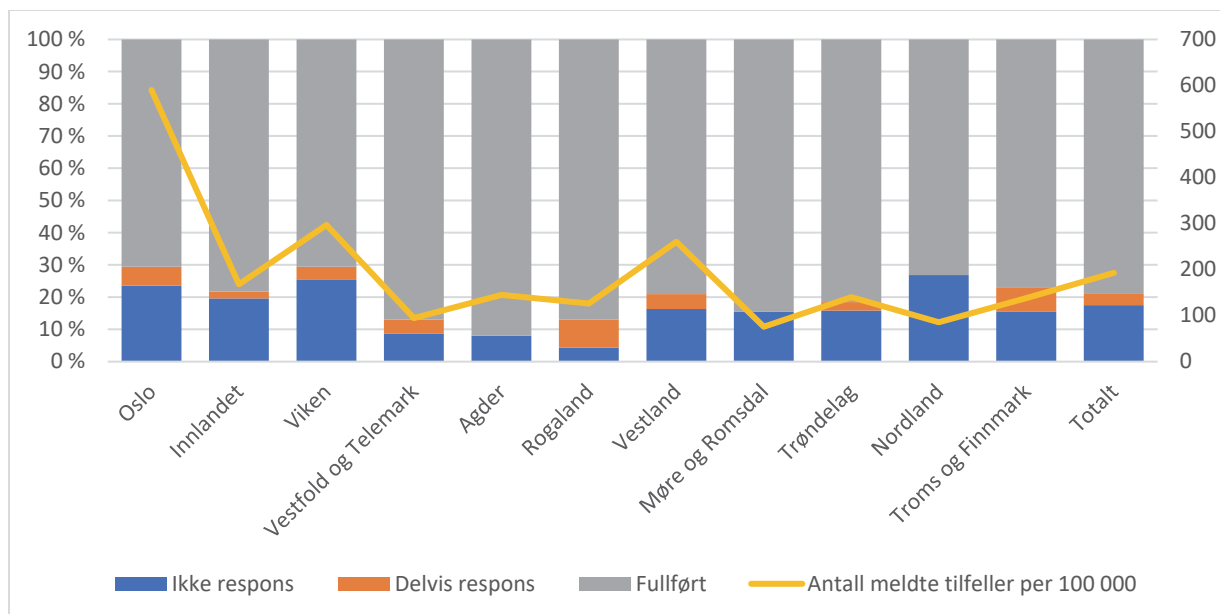
Tabell 2.3 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter fylke, 2020.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Oslo	4	1	12	17
Innlandet	9	1	36	46
Viken	13	2	36	51
Vestfold og Telemark	2	1	20	23
Agder	2	0	23	25
Rogaland	1	2	20	23
Vestland	7	2	34	43
Møre og Romsdal	4	0	22	26
Nordland	11	0	30	41
Trøndelag	6	1	31	38
Troms og Finnmark	6	3	30	39
Totalt	65	13	294	372



Figur 2.2 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter fylke, 2020.

Det er størst andel av kommunene/bydelene som har rapportert i Agder og lavest i Oslo og Viken. Når vi ser på smitteutbredelsen pr. i dag (linje i figur 3), kan vi ane konturene av en sammenheng. Agder har relativt lite smitte sammenliknet med Oslo og Viken. Vestland har etter hvert mange smittede, men den store økningen kom senere slik at mange kommuner rakk å rapportere før økningen kom.



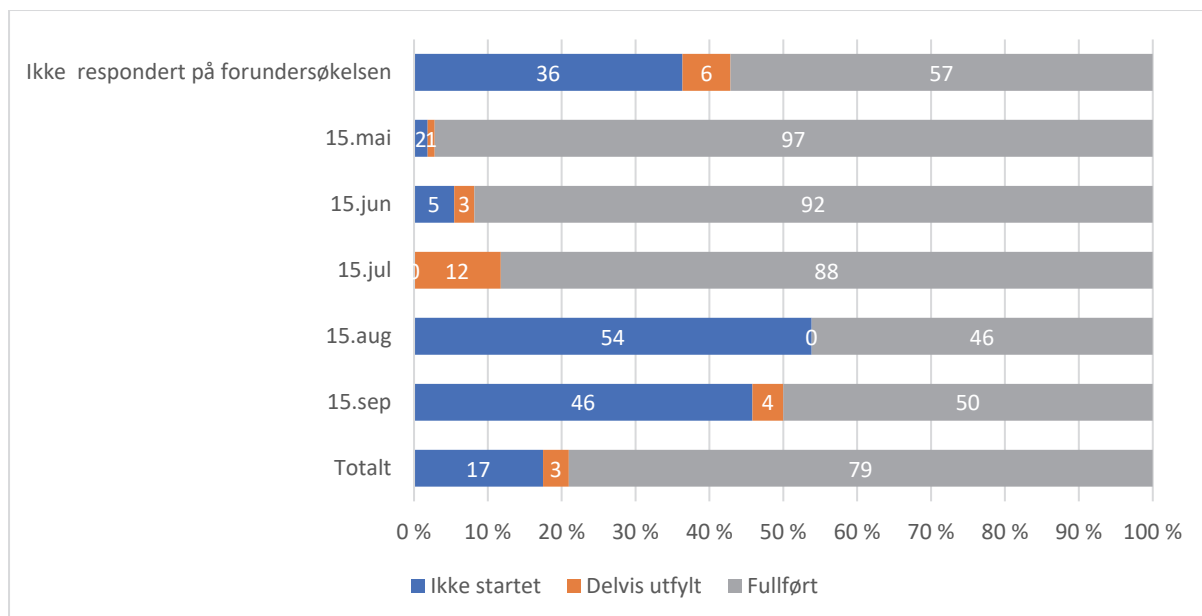
Figur 2.3 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter fylke og antall meldte tilfeller pr. 21. september, 2020.

Vi har undersøkt om smittesituasjonen i kommunen er korrelert med sannsynligheten for å respondere, men vi finner ingen systematisk sammenheng. De som ikke har svart, har derfor ikke hatt mer smitte enn andre kommuner

Tabell 2.4 Smittesituasjon pr. 21. september 2020 og svarstatus.

	Antall smittede	Antall innbyggere	Antall smittede pr 100 000
Ikke startet	1 461	606 032	241
Delvis utfylt	756	408 798	185
Fullført	10 520	4 352 750	242
Totalt	12 737	5 367 580	237

Vi kan også se svarstatus i forhold til hva de svarte på når de ville rapportere, se figur 2.4.



Figur 2.4 Prosent av kommunene etter forventet svartidspunkt og utfyllingsstatus.

Det er særlig de som ikke responderte på forundersøkelsen og de som svarte at de kunne svare 15. august eller 15. september som ikke har rapportert i 2020.

2.4 OM UTFYLLINGEN

Som vist i tabell 2.5 har 39 prosent av kommunene valgt å la hovedansvarlig for utfyllingen ta imot innspill fra de andre relevante tjenestene uten å gjennomføre et felles fagmøte, og dette er en nedgang fra 2019 og likt som i 2018. I 2020 har 29 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 2019 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 2.5 Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år?

	2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	156	38	139	33	84	29
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	26	6	30	7	25	9
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	10	2	4	1	18	6
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	20	5	35	8	19	6
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	157	38	178	43	116	39
Annen organisering, beskriv	47	11	32	8	32	11
Totalt	416	100	418	100	294	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 1685 personer som har vært involvert i kartleggingen. Dette betyr at ti prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen. I 2019 var det tilsvarende 14 prosent som deltok.

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

2.5 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

Årsverksdataene i psykisk helse- og rusarbeid inneholder typisk flere outliers eller ekstreme verdier. I 2020 har datakontrollen ikke vært like grundig som tidligere år fordi vi ikke har villet belaste kommunene mer enn nødvendig i pandemisituasjonen.

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.

2.6 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

2.7 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

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

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

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

2.8 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

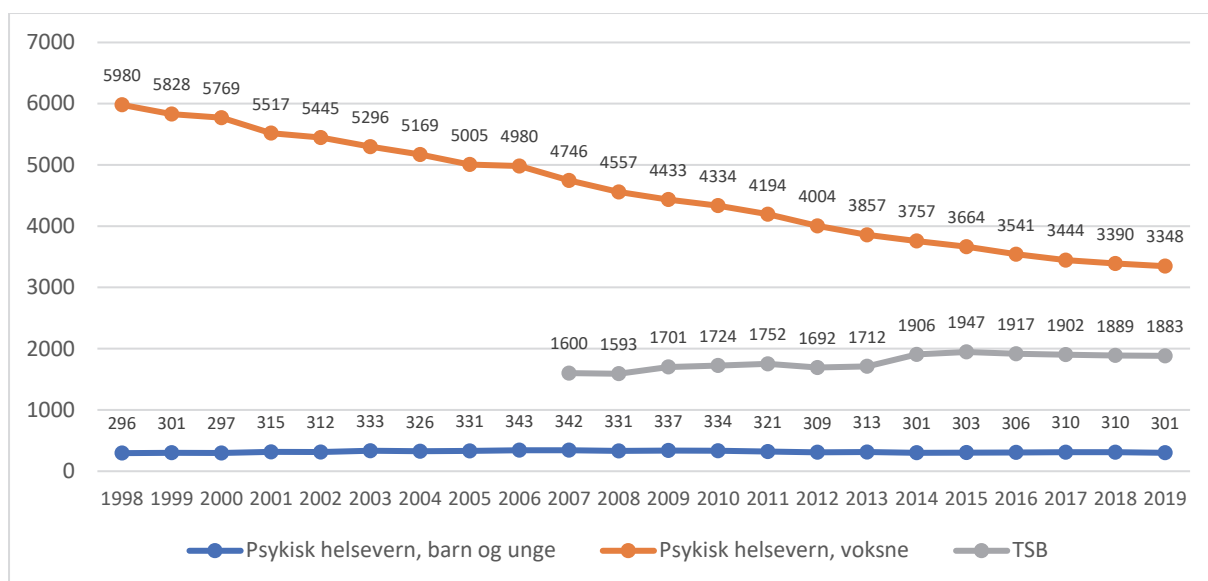
Fra 1. januar 2020 er det store endringer i kommune- og fylkesinndelingen, og det er nå 356 kommuner⁷ fordelt på 11 fylker. Med bydelene er det totalt 372 kommuner/bydeler som skal rapportere.

2.9 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

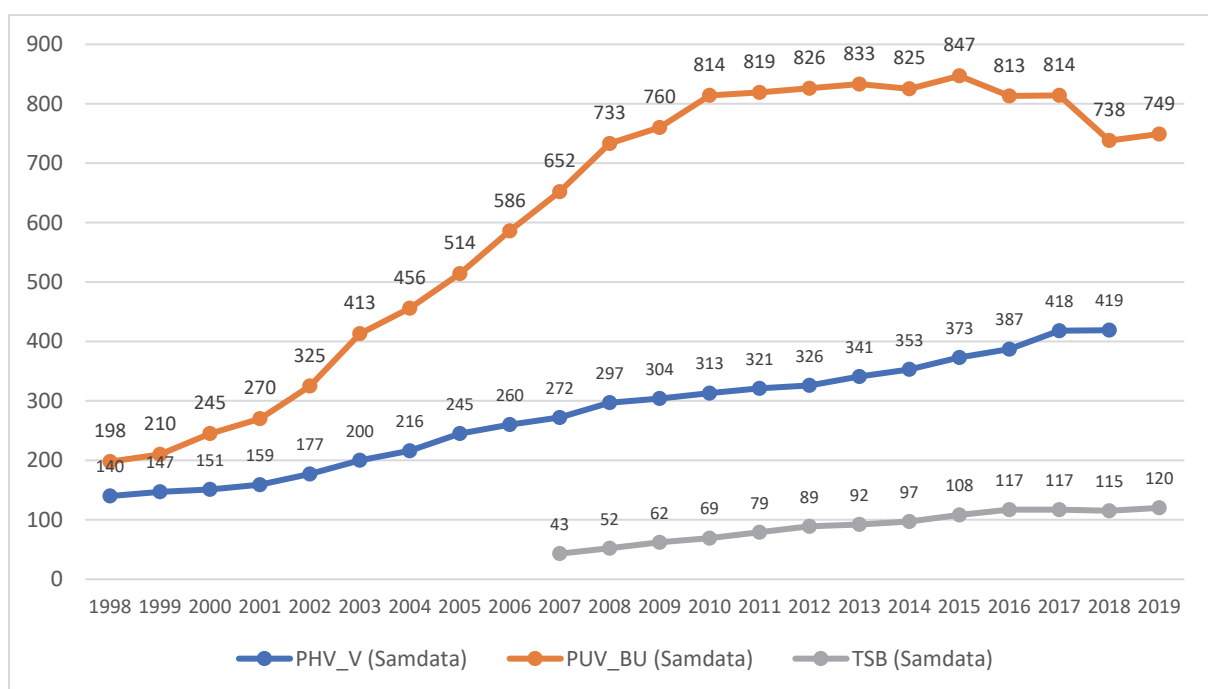
Det kommunene rapporterer, har sammenheng med det som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med en sterk oppbygging av kapasitet i poliklinisk behandling og en sterk nedbygging av døgntilbudet innen psykisk helsevern, er det naturlig at dette påvirker de kommunale tjenestene.

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

⁷<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>



Figur 2.5 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2018. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.



Figur 2.6 Antall polikliniske konsultasjoner pr. 1 000 innbygger.

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

3 NASJONALE TALL

Summen av årsverk rapportert i 2016-2020 er vist i tabell 3.1. Totalt er det i 2020 rapportert 16 569 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner, og situasjonen gjelder i uke 5, altså før koronasituasjonen inntraff i uke 11.

Det er altså rapportert en økning på 170 årsverk fra 2019 til 2020, hvorav 94 årsverk i tjenester og tiltak til voksne og 76 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt en det rapportert en økning på en prosent, fordelt på 0,7 prosent økning i tjenester og tiltak til voksne, og 2,2 prosent økning i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2016-2020.

	2016	2017	2018	2019	2020	Endring i antall årsverk	Endring i %
Voksne	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	94	0,7
Barn og unge	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	76	2,2
Totalt	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569	170	1,0

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015-2020 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 2015-2020.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid					
	2007	2008	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Voksne	9 069	9 627	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966
Barn og unge	2 961	2 920	2 614	2 688	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603
Totalt	12 029	12 546	11 940	11 955	11 728	13 131	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569

Som vist i tabell 3.3, er det en marginal endring i fordeling av årsverkene til tjenester og tiltak til voksne (78 prosent) og til barn og unge (22 prosent) fra 2019 til 2020.

Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid 2015-2020.

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Voksne	11 063	79	11 534	79	12 563	79	12 872	78	12 966	78
Barn og unge	2 873	21	3 099	21	3 331	21	3 527	22	3 603	22
Totalt	13 936	100	14 633	100	15 894	100	16 399	100	16 569	100

1.1 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

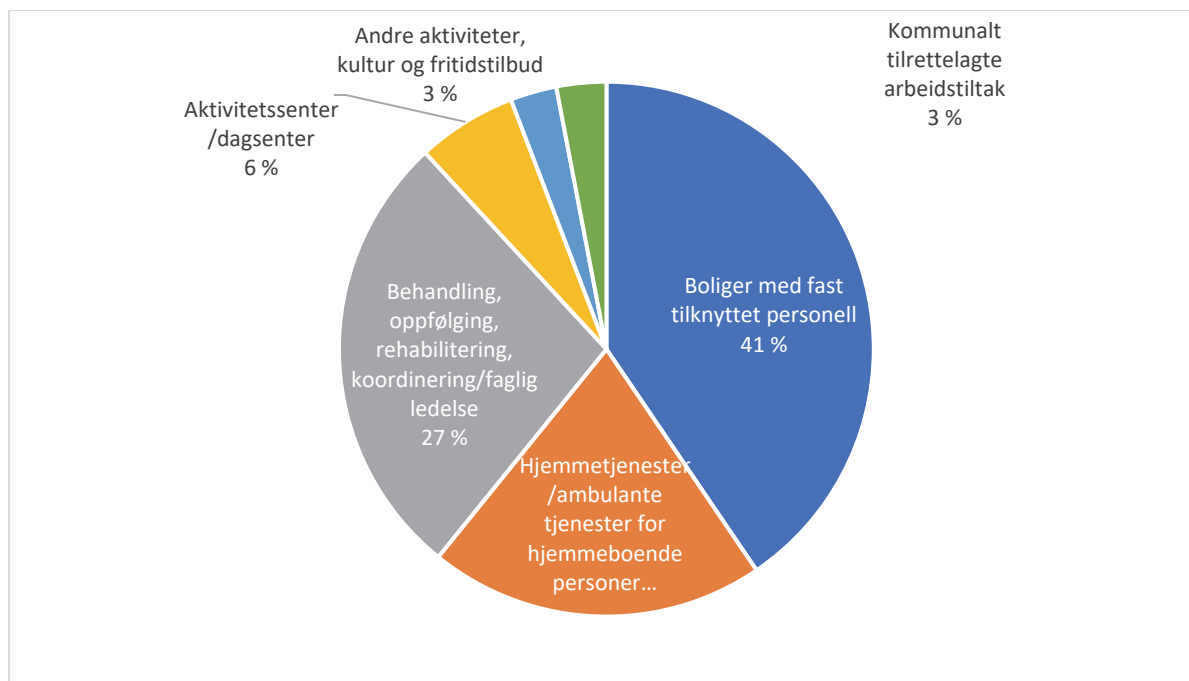
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats for hele landet fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er fra 2019 til 2020 størst prosentvis nedgang i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, og vi observerer en reduksjon i årsverk på 17,6 prosent (83 årsverk). Størst absolutt økning er i årsverk i hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende, der det er rapportert om 92 nye årsverk, og dette utgjør en økning på 3,6 prosent. Det er nedgang i årsverk i aktivitetssenter/-dagsenter (4,1 prosent), men en økning i andre aktiviteter/kultur og fritidstilbud (5,3 prosent). Det er også en økning på 61 årsverk i boliger med fast tilknyttet personell (1,2 prosent).

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

	2017	2018	2019	2020	Endring fra 2019 til 2020	
					Antall	Prosent
Boliger med fast tilknyttet personell	4 653	5 034	5 190	5 251	61	1,2
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 405	2 482	2 543	2 635	92	3,6
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 912	3 450	3 502	3 542	40	1,1
Aktivitetssenter/dagsenter	778	815	817	783	-34	-4,1
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	367	346	346	365	19	5,3
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	420	435	473	390	-83	-17,6
Totalt	11 534	12 563	12 872	12 966	94	0,7

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (41 prosent), og 27 prosent av årsverkene går til behandling etc. – og 20 prosent til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. Videre går 12 prosent av årsverkene til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Dette er kun marginale endringer i den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne fra 2019 til 2020.



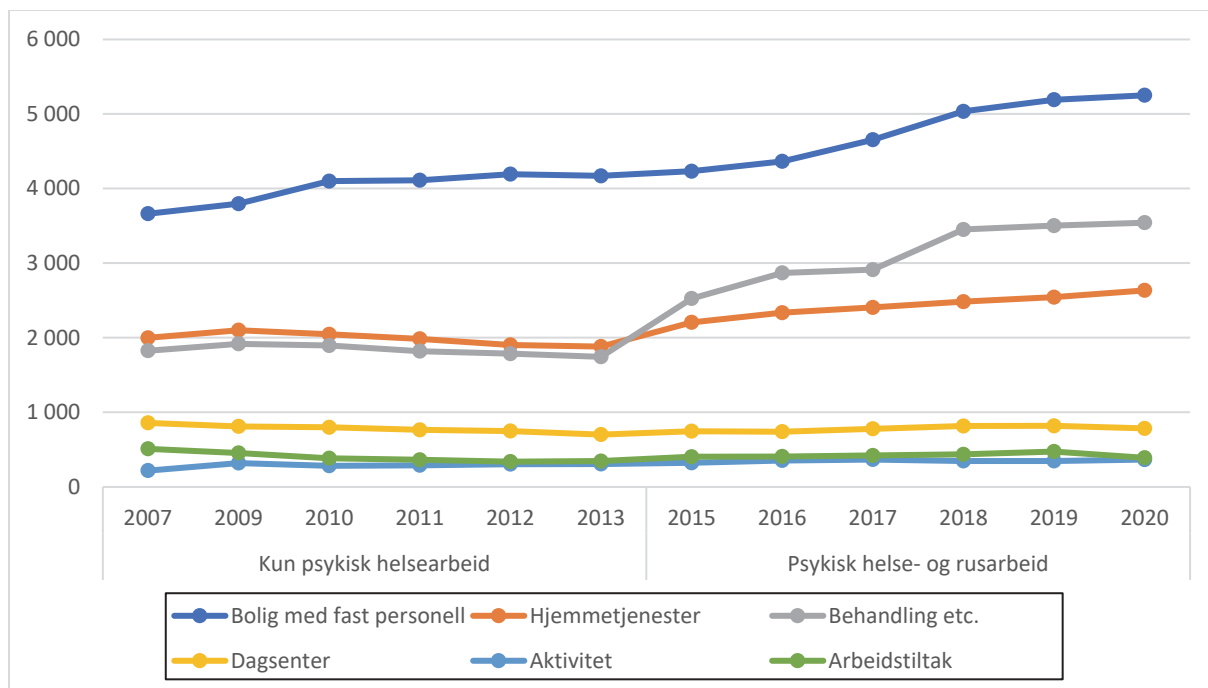
Figur 3.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2020.

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

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 - 2020, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bolig med fast personell	3 662	4 110	4 192	4 169	4 231	4 363	4 653	5 034	5 190	5 251
Hjemmetjenester	1 998	1 984	1 902	1 882	2 205	2 334	2 405	2 482	2 543	2 635
Behandling etc.	1 825	1 818	1 785	1 743	2 524	2 868	2 912	3 450	3 502	3 542
Dagsenter	858	764	747	700	745	739	778	815	817	783
Aktivitet	217	288	303	305	321	353	367	346	346	365
Arbeidstiltak	509	362	339	345	403	406	420	435	473	390
Sum voksne	9 069	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966

Som vist i figur 3.2, vedvarer trenden med svak økning i årsverksinnsats i boliger med fast personell, men veksten har avtatt de to siste årene. Årsverk i arbeidstiltak går ned fra 2019 til 2020, og vi ser også tendenser til nedgang i årsverk i dagsenter. Samtidig er det en liten økning i årsverk som går til ulike aktivitetstiltak. Samlet sett er det en nedgang på 99 årsverk i dagsenter, aktivitet og arbeidstiltak fra 2019 til 2020.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2020.

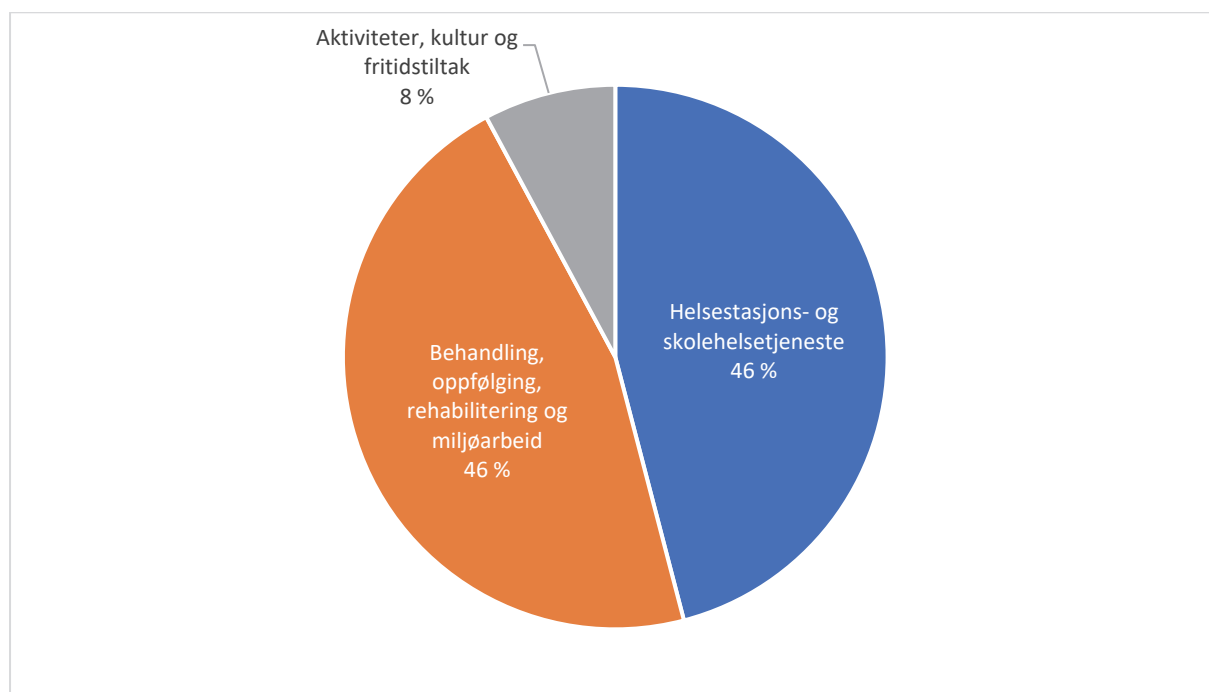
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Det er rapportert totalt 3 603 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer. Dette er 76 flere årsverk enn det som ble rapportert i 2019, og dette utgjør 2,2 prosents økning. Antall rapporterte årsverk har økt med 3,5 prosent i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (56 årsverk), mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med nesten seks prosent (16 årsverk). Den fortsatt største kategorien målt i antall årsverk (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 0,2 prosent det siste året, og det ser ut som stadig flere av årsverkene samles i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring fra 2019 til 2020	
							Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599	1 655	56	3,5
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661	1 665	4	0,2
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	276	263	267	283	16	5,9
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	76	2,2

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten like mange årsverk benyttes i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Åtte prosent av årsverkene brukes i aktiviteter, kultur og fritidstiltak, og dette er det samme som i 2019.



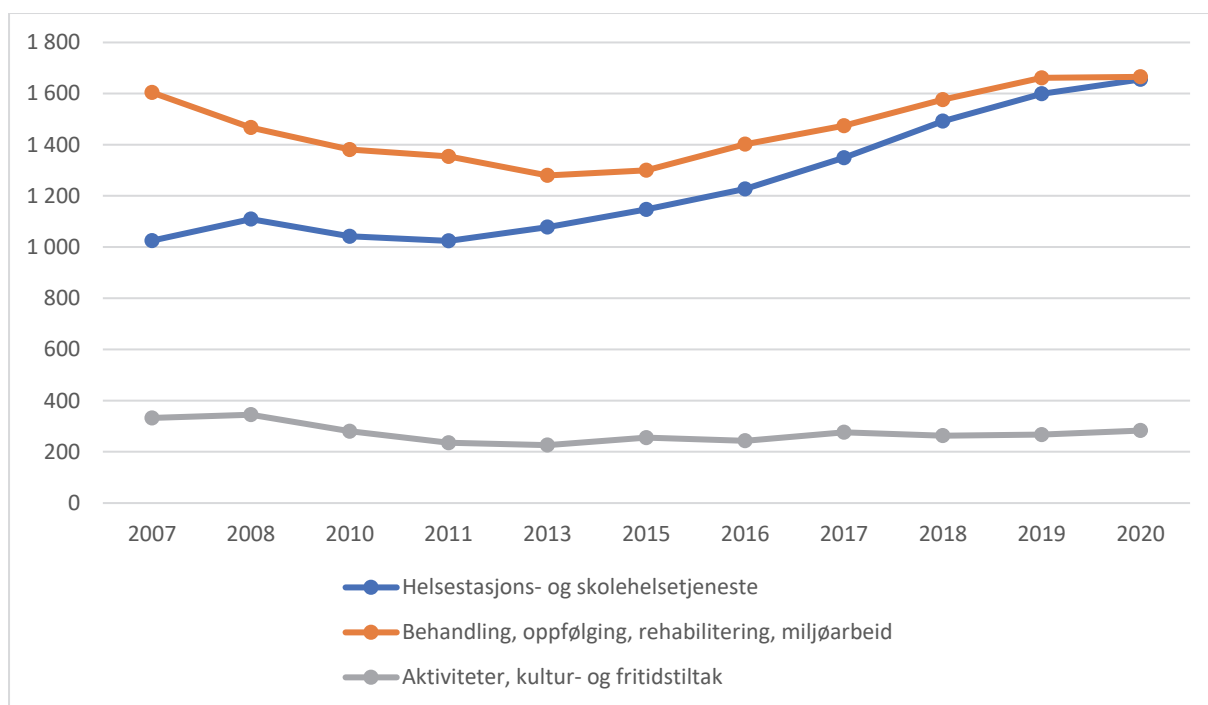
Figur 3.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2020.

I tabell 3.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2020 for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge.

Tabell 3.7 Antall årsverk rapportert i tjenester til barn og unge innen psykisk helse 2007-2013 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge 2015- 2020.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2007	2008	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 024	1 078	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599	1 655
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 354	1 280	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661	1 665
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	235	226	255	243	276	263	267	283
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 614	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603

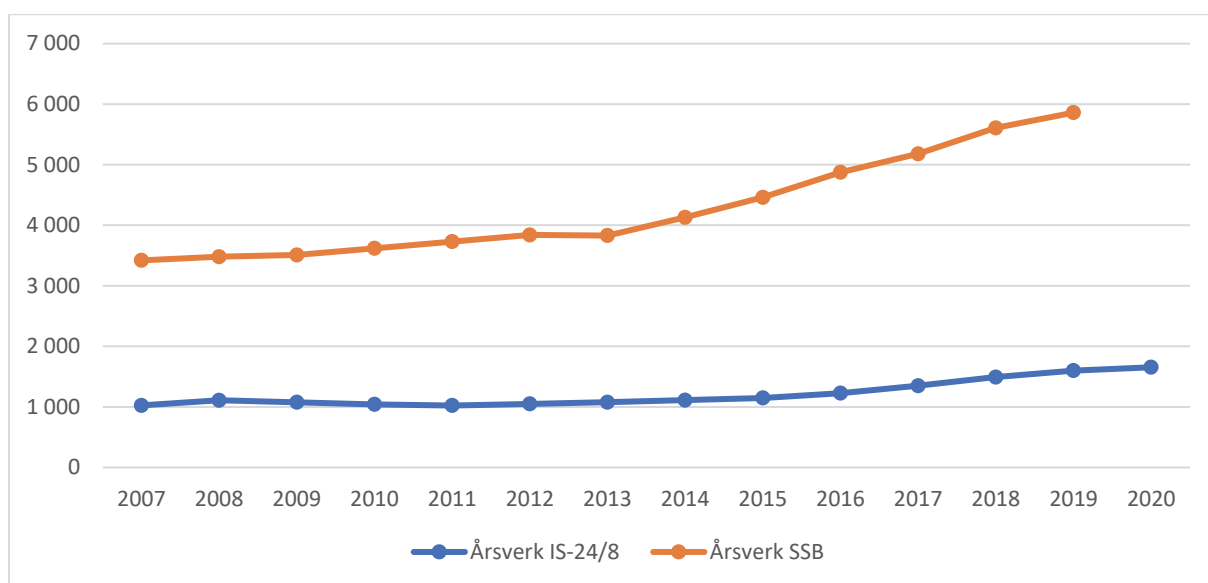
Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 508 flere årsverk, noe som utgjør en økning på 44 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 28 årsverk i samme periode. Trenden med økning i årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, men veksten flater litt ut siste år, se figur 3.4.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2020.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sammenlikning med data fra SSB

SSB følger utviklingen i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Figur 3.5 sammenstiller tilgjengelige data fra SSB (til og med 2019). SSB-tallene viser totalt antall årsverk, mens IS-24/8-tallene viser årsverk som anslås av kommunene å gå til psykisk helse- og rusarbeid. Begge datagrunnlagene viser en vekst i årsverksinnsatsen, men veksten er sterkere i tallene fra SSB. Det er uansett en økning i antall årsverk til psykisk helse- og rusarbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og fra 2012 til 2020 har det vært en økning på 605 årsverk.



Figur 3.5 Antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, totaltall (SSB) og psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8), 2007-2020.

1.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

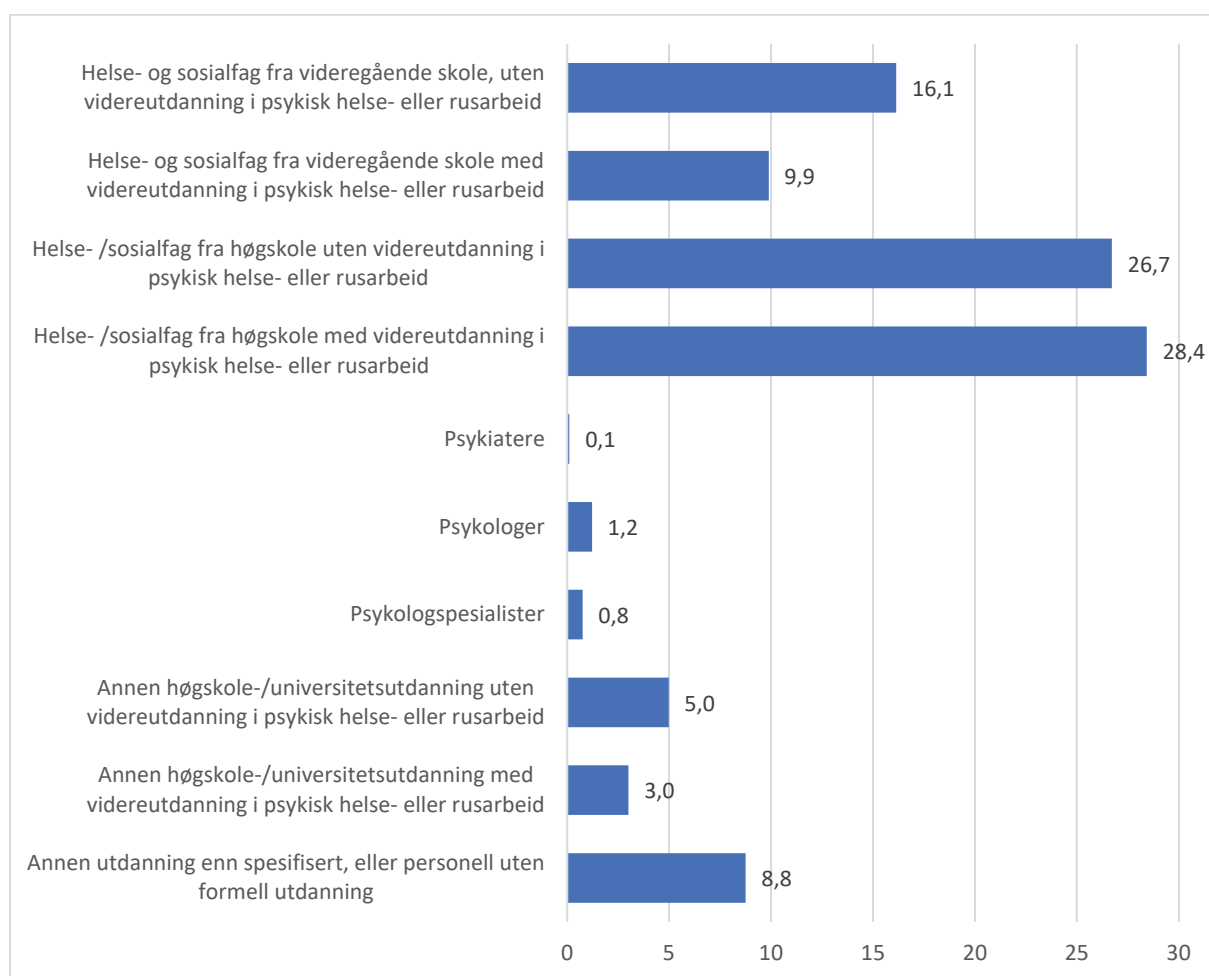
De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole eller universitet. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er i 2020 totalt rapportert om 14 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert 257 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2020, og dette utgjør en økning på 44 årsverk (20,6 prosent). Økningen er særlig sterk for psykologspesialister, med en økning på 38 årsverk (61,5 prosent). I 2019 kunne kommunene for siste gang søke om tilskudd fra Helsedirektoratet for å ansette psykologer, og i 2020 trådte det i kraft et lovkrav om at det skal være psykologkompetanse tilgjengelig i kommunene (jf. helse- og omsorgstjenesteloven).

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 – 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring fra 2019 til 2020	
							Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	1 670	1 754	2 009	2 045	2 093	48	2,3
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 293	1 346	1 334	1 344	1 282	-62	-4,6
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	2 882	2 983	3 360	3 429	3 464	35	1,0
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 166	3 307	3 555	3 622	3 686	64	1,8
Psykiatere	7	6,0	5,8	4	5	14	9	180,0
Psykologer	50	91	113	136	152	158	6	4,2
Psykologspesialister	23	31	44	49	61	99	38	61,5
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	500	600	569	600	646	46	7,6
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	248	299	287	325	401	390	-11	-2,8
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 126	1095	1 224	1 214	1 135	-79	-6,5
Totalt	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	94	0,7

Vi er usikre på psykologårsverkene i 2020. Vi har oppdaget tilfeller der kommuner har lagt til et helt årsverk av psykologer, samtidig som de oppgir at de deler en psykolog med andre kommuner. Det kan altså være at flere kommuner oppgir samme årsverk, selv om de bare skulle rapportert på stillingsandelen som er tilgjengelig for kommunen. Det kan også være noen som blander psykiatere og psykologer, så vi er heller ikke sikre på at det faktisk er 14 psykiaterårsverk i kommunene i 2020. Dette må vi undersøke grundigere i 2021, med håp om at situasjonen er mer avklart enn i dag slik at det er mulig å få kontakt med de riktige personene i kommunene. Dersom det faktisk er 14 psykiaterårsverk i tjenester til voksne og dette er starten på en ny trend, vil det være interessant å undersøke nærmere hvilke roller og oppgaver de har i disse kommunene.

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier kommer fram i figur 3.6. Psykiatere og psykologer utfører i 2020 samlet 2,1 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen.



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

Som vist i tabell 3.9 er det stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2020.

Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015- 2020, voksne.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid					
	2008	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	23	22	20	20	15	15	15	16	16	16
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	11	12	13	12	12	12	12	11	10	10
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	26	24	24	25	27	26	26	27	27	27
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	23	24	24	29	29	29	28	28	28
Psykiatere	*	*	*	*	0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Psykologer	0	0	0	0	0	0,8	1,0	1,1	1,2	1,2
Psykologspesialister	*	*	0	0	0	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	11	10	10	10	8	9	9	10	9	9
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

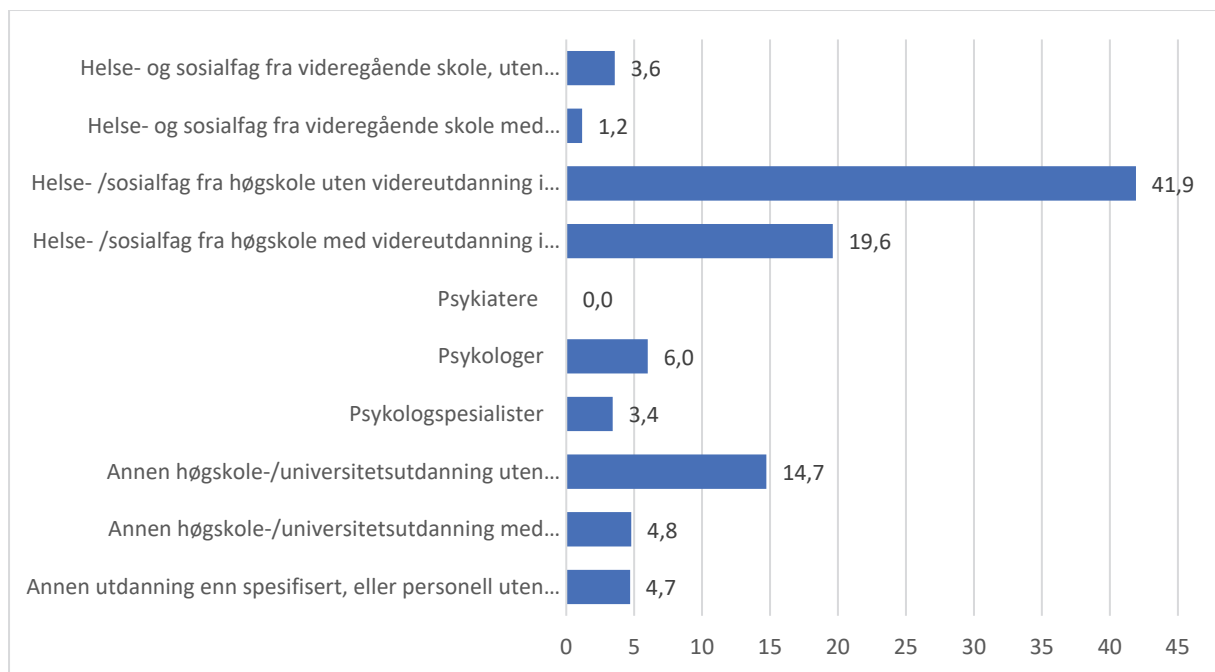
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, se tabell 3.10. I 2019 ble det rapportert om ett årsverk utført av psykiatere i tjenester til barn og unge, mens det ble rapportert om to psykiatere i 2020. Det er en nedgang på fire årsverk utført av psykologer, men samtidig en økning på 18 nye årsverk (17,6 prosent) utført av psykologspesialister. Om vi ser psykologer og psykologspesialister under ett, rapporteres det om en økning på 14 årsverk, dette utgjør en økning på 4,6 prosent fra 2019 til 2020.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring fra 2019 til 2020	
							Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	111	106	131	129	-2	-1,5
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	65	53	42	42	0	0,7
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 262	1 360	1 430	1 510	80	5,6
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	652	734	770	707	-63	-8,2
Psykiatere	1	0	7	0	1	2	1	70,0
Psykologer	169	196	196,2	233	220	216	-4	-1,7
Psykologspesialister	62	77	95	97	105	123	18	17,6
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	380	424	445	531	86	19,3
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	180	190	211	173	-38	-18,2
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	151	134	172	170	-2	-1,4
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	76	2,2

Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,4 prosent er psykologspesialister og seks prosent er psykologer. Som vist i tabell 3.11, er det ikke betydelige endringer i årsverkssammensetningen i tjenester og tiltak til barn og unge fra 2019 til 2020. Den generelle trenden i hele perioden er en stadig økning i andel årsverk med høyskolekompetanse.



Figur 3.7 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2020.

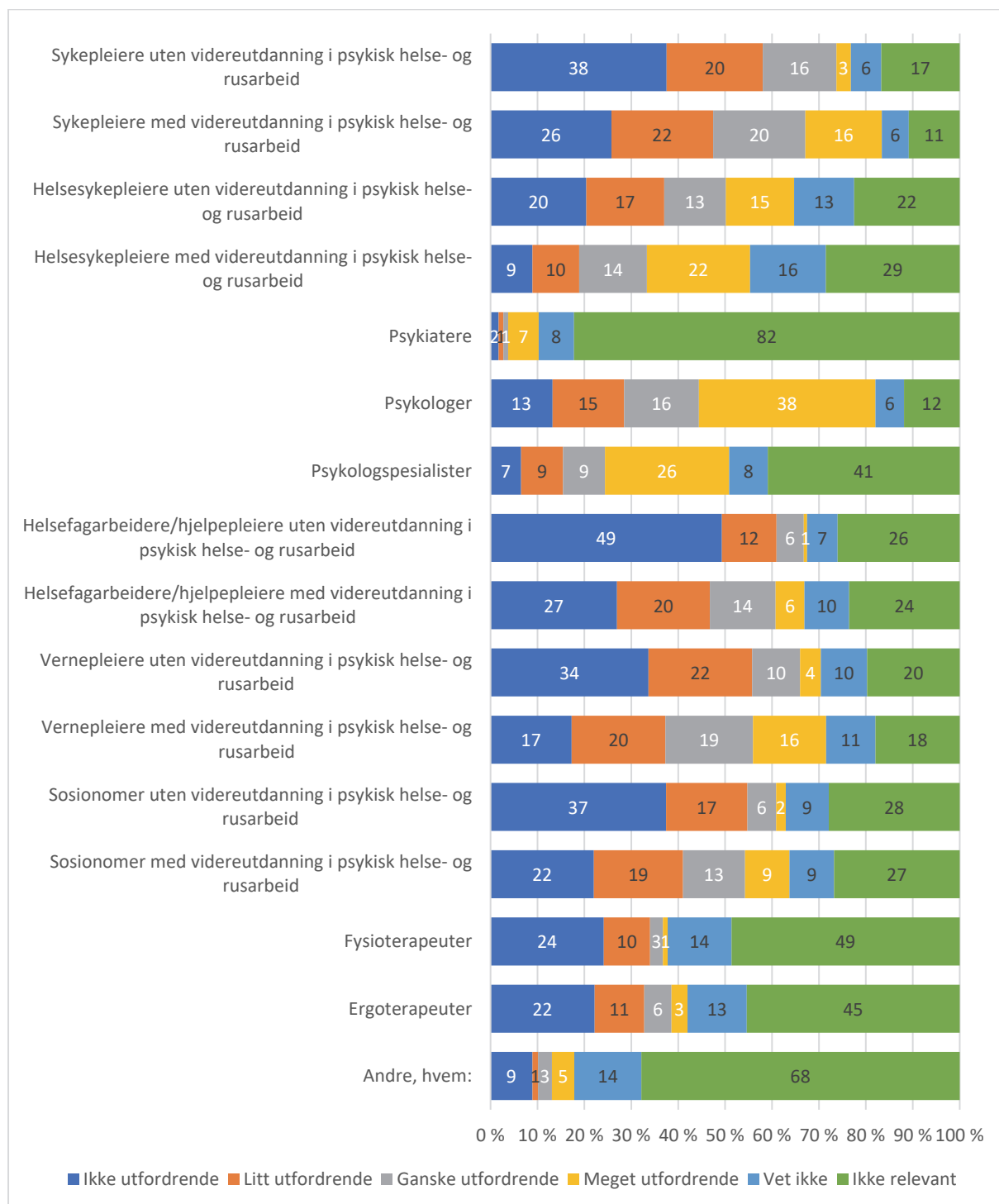
Tabell 3.11 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2020.

	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid				
	2008	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	9	7	7	6	4	3	4	3	4	4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	39	40	38	38	39	42	41	41	41	42
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	14	16	17	18	20	21	21	22	22	20
Psykiatere	*	*	*	*	0	0	0,2	0,0	0,0	0,0
Psykologer	6	7	6	7	6	7	6,3	7,0	6,2	6,0
Psykologspesialister	*	*	2	2	2	3	3,1	2,9	3,0	3,4
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	16	15	15	14	14	13	12	13	13	15
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	6	5	6	7	6	4	6	6	6	5
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	8	8	7	5	6	5	5	4	5	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

3.2 REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 spurte vi for første gang om kommunene har problemer med rekruttering av ulike yrkes-/utdanningsgrupper til psykisk helse- og rustjenestene.



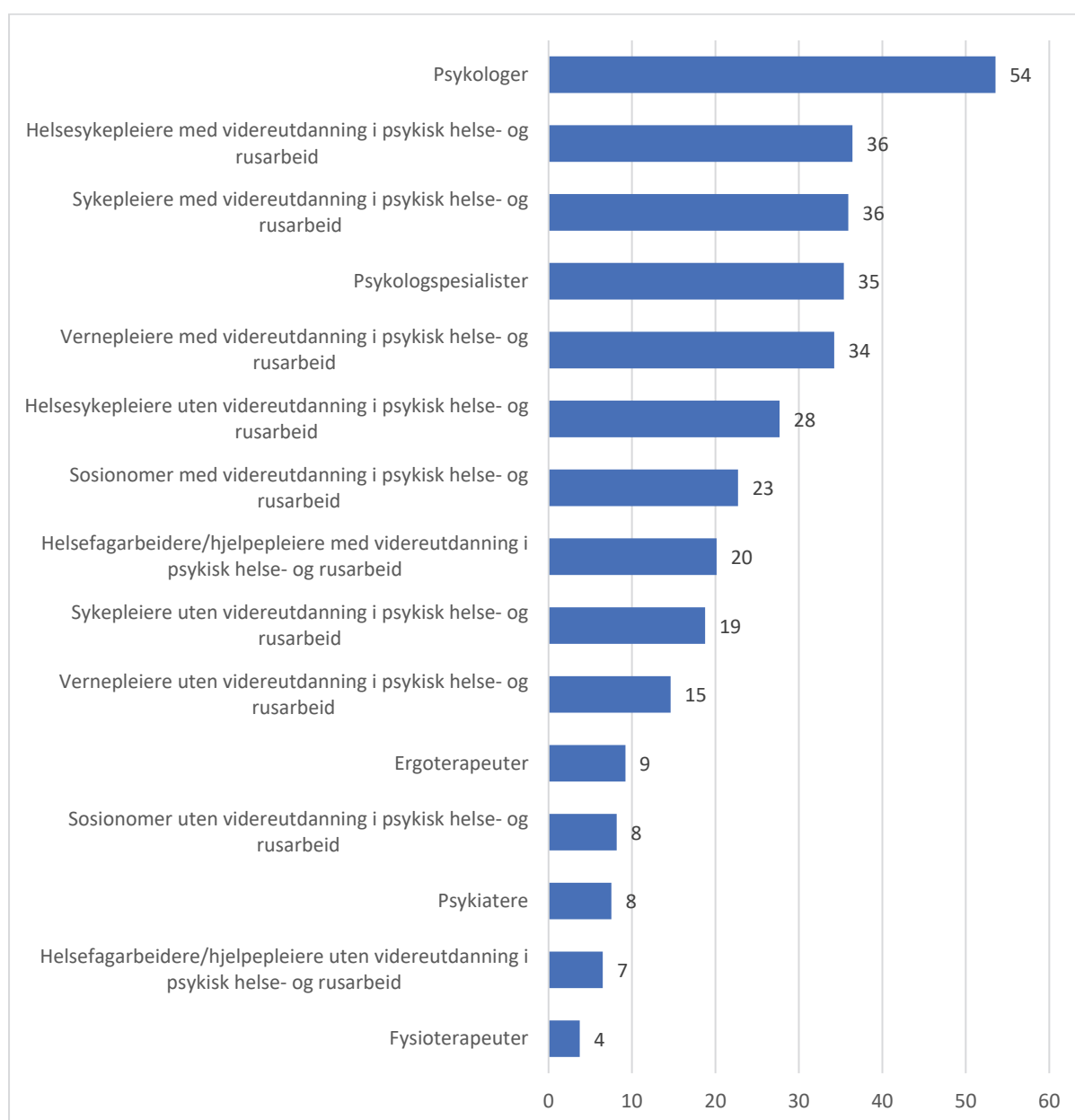
Figur 3.8 Prosent av kommunene som svarer de ulike alternativene, 2020.

Det er som forventet særlig mange kommuner som oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer (38 prosent) og psykologspesialister (26 prosent). Det er også mange som oppgir at de har

helsesykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (22 prosent), og helsesykepleiere uten slik videreutdanning (15 prosent).

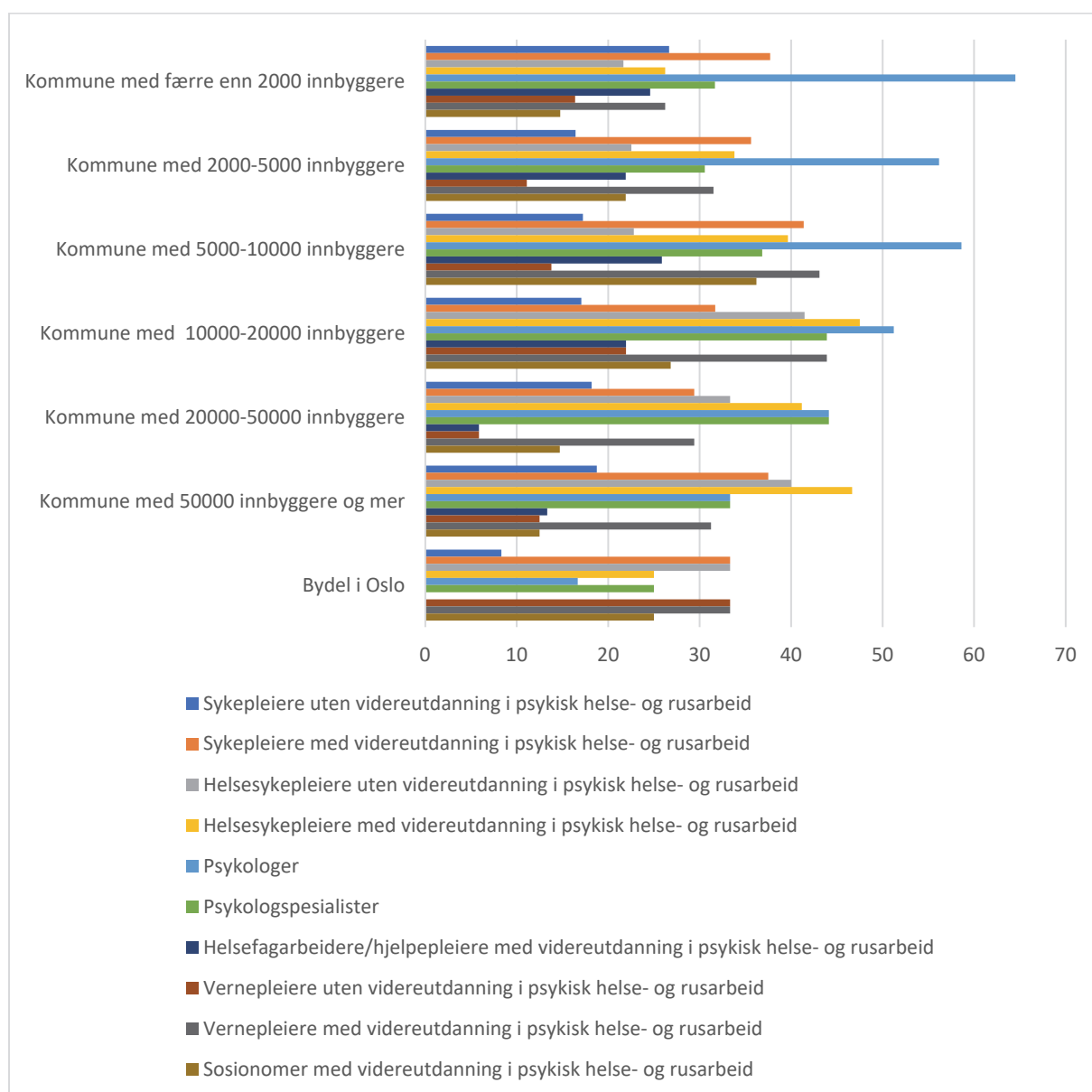
Under "Annet" er det flere som nevner barnevernspedagoger, erfaringskonsulenter og enkelte kommuner svarer også leger og ledere.

Vi ser videre på kommuner som oppgir at det er *ganske* og *meget utfordrende* og ser på variasjon etter kommunestørrelse (figur 3.10) og geografisk variasjon (figur 3.11).



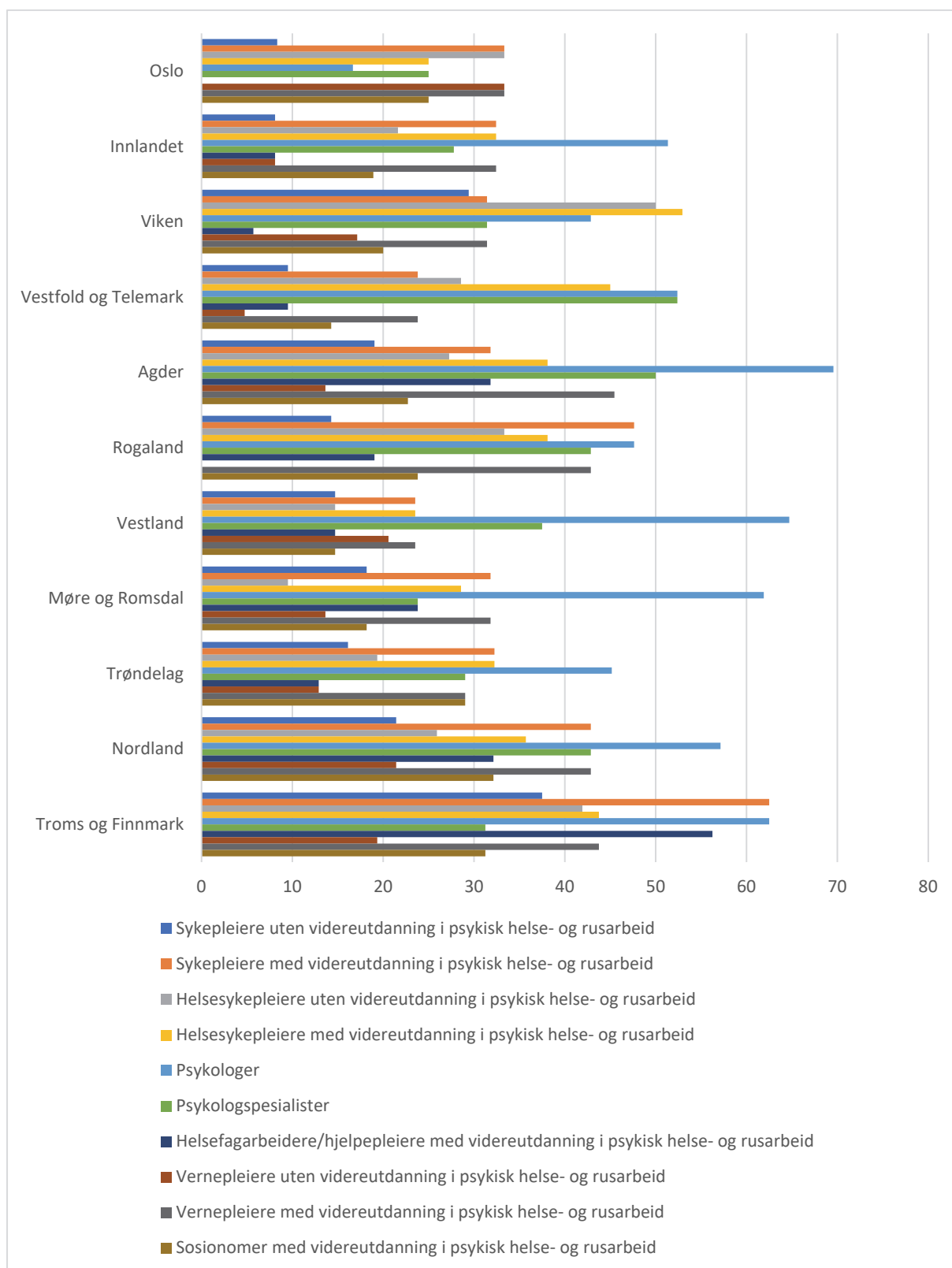
Figur 3.9 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" eller "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene, 2020.

For å forenkle framstillingen tar vi bort yrkesgruppene som færre enn ti prosent av kommunene på nasjonalt nivå svarer at de har utfordringer med å rekruttere.



Figur 3.10 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" og "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene. Kommunestørrelse, 2020.

Det kommer fram fra figuren at for kommuner med færre enn 20 000 innbyggere, er det psykologer flest har problemer med å rekruttere. I kommuner med over 50 000 innbyggere, er det noen flere kommuner som har problemer med å rekruttere helsesykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. Kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere rapporterer i større grad problemer med å rekruttere vernepleiere med videreutdanning enn andre kommuner, mens kommuner med færre enn 10 000 innbyggere oftere har problemer mer å rekruttere sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, med unntak av rekruttering av psykologer der kommuner med mer enn 20 000 innbyggere i mindre grad har problemer enn mindre kommuner.



Figur 3.11 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" og "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene. Fylke, 2020.

Det er størst andel av kommunene i Agder som har utfordringer med å rekruttere psykologer, der 70 prosent av kommunen har svart at det er utfordrende. Men det er også over halvparten av kommunene i Vestland, Troms og Finnmark, Møre og Romsdal, Nordland og Innlandet. I Vestfold og Telemark er det like mange kommuner som oppgir problemer med å rekrutter psykologspesialister som psykologer, mens i Troms og Finnmark og i Rogaland er det like mange kommuner som oppgir rekrutteringsproblemer av sykepleiere med videreutdanning og psykologer. I Viken ser det spesielt ut som mange kommuner sliter med å rekrutter helsesykepleiere. I Troms og Finnmark er det også mange kommuner som melder om rekrutteringsproblemer av helsefagarbeidere/hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. Med unntak av rekrutteringsproblemer av psykologer, der alle fylker har signifikant større andel kommuner med rekrutteringsproblemer enn Oslo og Viken, er det få systematiske forskjeller i rekrutteringsproblemer mellom fylker.

Vi har også et åpent spørsmål der vi spør hva de gjør for å avhjelpe rekrutteringsproblemene. Det er 113 kommuner som har svart på dette. Svarene handler om:

- Samarbeider med de relevante utdanningsinstitusjonene
- Samarbeider med andre kommuner
- Oppfordrer ansatte til å ta utdanning og videreutdanning
- Bruker stipender og kompetansemidler for å utdanne allerede ansatte
- Arbeider for å gi studentene gode praksisperioder
- Tilbyr videreutdanning for de som rekrutteres
- Utlyser bredt og tverrfaglig
- Arbeider for å bli mer synlig i relevante fagforum og medier
- Bidrar til partner får jobb
- Arbeider for å bygge solide fagmiljø med godt omdømme

Mer konkrete tiltak gis av noen kommuner:

Det gis ti års ansiennitet til nyutdannede og permisjon med lønn for å ta utdanning.

Det er vansker med rekruttering i små brøkestillinger og vikariater. Det er også vanskelig å få rekruttert helsesykepleiere fordi de tar inn for få i utdanningsløpene, med inntak annethvert år.

Vi ansetter medarbeidere uten videreutdanning og legger til rette for at de kan gjennomføre videreutdanning.

Noen har løst det med å inngå samarbeidsavtaler med private aktører:

Psykolog og ergoterapitjenester til befolkningen via samarbeidsavtale med Norsk bedriftshelsetjeneste.

Noen finner substitutter for dem de sliter med å rekruttere:

Vernepleiere med videreutdanning har vist seg å være vel så relevant kompetanse som sykepleiere med videreutdanning.

Når det er rekrutteringsproblemer og overskuddsetter spørsel i det lokale arbeidsmarkedet, må kommunene tilpasse stillingene i større grad:

Prøver å gjøre oss attraktive ift. arbeidsoppgaver, kompetanseheving og lønn.

Noen oppgir at de ikke har noen strategisk plan.

3.3 OPPSUMMERING

I 2020 ble det totalt rapportert 16 569 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, mot 16 399 i 2019. Dette gir en økning i antall årsverk på én prosent, fordelt på 0,7 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 2,2 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge. Det er 22 prosent av årsverkene som går til barn og unge, og slik var det også i 2019.

I tjenester rettet mot voksne er det fra 2019 til 2020 størst prosentvis nedgang i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, med en reduksjon på 17,6 prosent (83 årsverk). Størst økning er det i årsverk i hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende, der det er rapportert om en økning på 3,6 prosent (92 årsverk). Det er nedgang i årsverk i aktivitetssenter/dagsenter, men en økning i andre aktiviteter/kultur og fritidstilbud. Det er også en marginal økning i årsverk i boliger med fast tilknyttet personell.

I tjenester og tiltak rettet mot barn og unge finner vi at årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste har økt med 56 årsverk (3,5 prosent), mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med 16 årsverk (5,9 prosent). Den fortsatt største kategorien målt i antall årsverk (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 0,2 prosent det siste året, og det ser ut som stadig flere av årsverkene til barn og unge samles i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Psykologene og psykologspesialistene utfører nå 2,1 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot voksne og 9,4 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

I 2020 er det også kartlagt om tjenestene har rekrutteringsproblemer. Det er som forventet særlig mange kommuner som oppgir at det er meget utfordrende eller ganske utfordrende å rekruttere psykologer (54 prosent) og psykologspesialister (35 prosent). Det er også mange som oppgir at de har problemer med å rekruttere helsesykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (36 prosent).

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2020 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. I 2020 gikk antall kommuner ned fra 422 kommuner/bydeler til 372 kommuner/bydeler. Det er kun Oslo som rapporterer på bydelsnivå. Det er vanligvis 15 bydeler og to etater (Velferdsetaten og Helseetaten) som rapporterer fra Oslo, men i årets rapportering mangler det tre bydeler og en etat fra Oslo.

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 åtte prosent av befolkningen. De 18 største kommunene, med over 50 000 innbyggere, utgjør foruten Oslo fem prosent av kommunene og 34 prosent av innbyggerne, mens Oslo dekker 13 prosent av befolkningen.

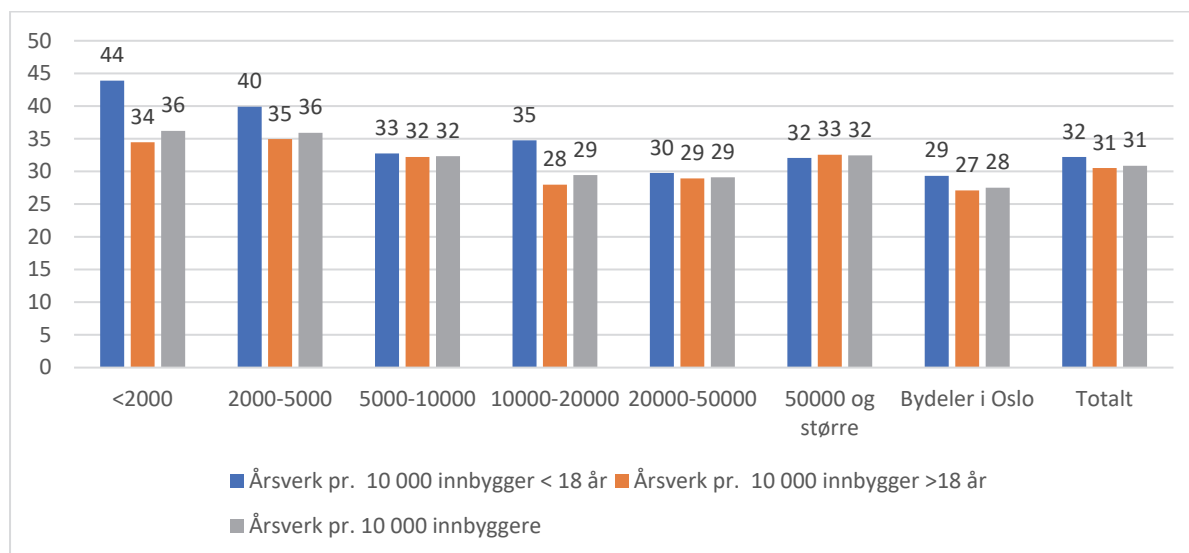
Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr. 1. januar 2020. Kilde: SSB

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	75	20	16 966	2	75 271	2	92 237	2
2000-5000	99	27	59 607	5	250 995	6	310 602	6
5000-10000	69	19	97 719	9	378 421	9	476 140	9
10000-20000	51	14	157 057	14	560 376	13	717 433	13
20000-50000	43	12	271 173	24	1 004 131	24	1 275 304	24
50000 og større	18	5	382 958	34	1 419 412	33	1 802 370	34
Bydeler i Oslo	17	5	133 128	12	560 366	13	693 494	13
Totalt	372	100	1 118 608	100	4 248 972	100	5 367 580	100

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr. 1. januar 2020.

	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	74	259	334	44	34	36
2000-5000	238	877	1 115	40	35	36
5000-10000	320	1 219	1 539	33	32	32
10000-20000	546	1 567	2 113	35	28	29
20000-50000	807	2 905	3 712	30	29	29
50000 og større	1 228	4 620	5 847	32	33	32
Bydeler i Oslo	390	1 518	1 908	29	27	28
Totalt	3 603	12 966	16 569	32	31	31

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



Figur 4.1 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2020.

4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

Viken har nå flest kommuner i landet (51) og utgjør 14 prosent av alle kommuner og har 23 prosent av befolkningen. Viken er dermed nå det største fylket målt i antall kommuner og 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. Det minste fylket er Nordland med fire prosent av befolkningen (fordelt på hele 41 kommuner), og Troms og Finnmark og Møre og Romsdal som hver har fem prosent av befolkningen.

Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr. 1. januar 2020. Kilde: SSB.

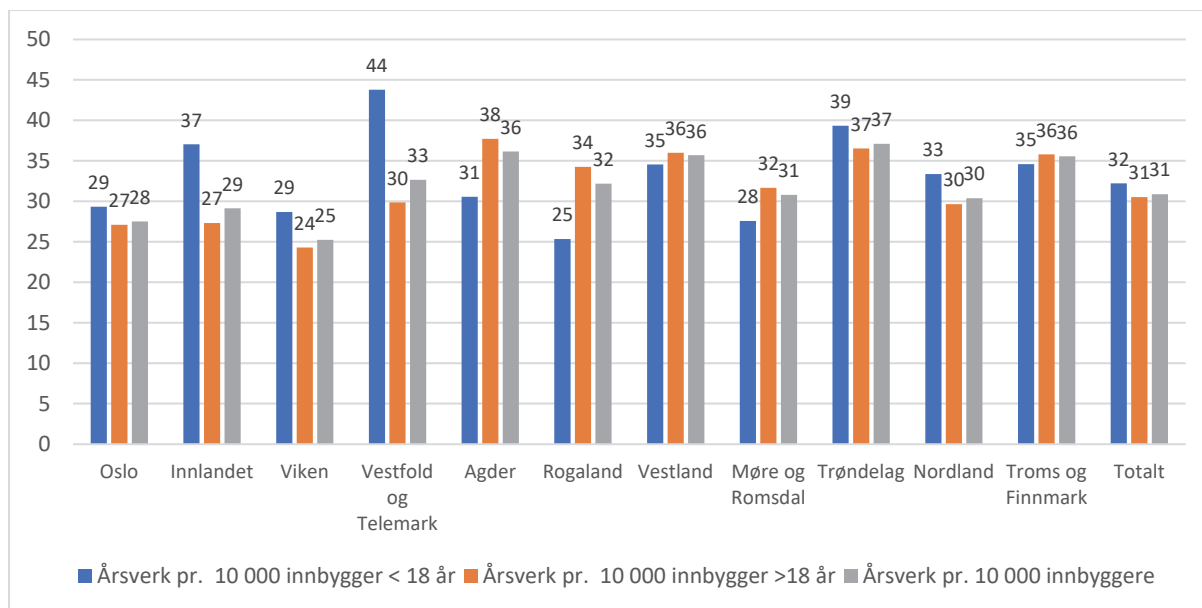
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Oslo	17	5	133 128	12	560 366	13	693 494	13
Innlandet	46	12	69 410	6	301 975	7	371 385	7
Viken	51	14	269 533	24	971 632	23	1 241 165	23
Vestfold og Telemark	23	6	83 755	7	335 641	8	419 396	8
Agder	25	7	67 195	6	240 036	6	307 231	6
Rogaland	23	6	112 032	10	367 860	9	479 892	9
Vestland	43	12	136 349	12	500 182	12	636 531	12
Møre og Romsdal	26	7	55 593	5	209 645	5	265 238	5
Trøndelag	38	10	96 431	9	372 271	9	468 702	9
Nordland	41	11	47 452	4	193 783	5	241 235	4
Troms og Finnmark	39	10	47 730	4	195 581	5	243 311	5
Totalt	372	100	1 118 608	100	4 248 972	100	5 367 580	100

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

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, fylke pr. 1. januar 2020.

	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	390	1 518	1 908	29	27	28
Innlandet	257	825	1 082	37	27	29
Viken	773	2 359	3 132	29	24	25
Vestfold og Telemark	367	1 002	1 369	44	30	33
Agder	205	905	1 110	31	38	36
Rogaland	284	1 260	1 544	25	34	32
Vestland	471	1 800	2 271	35	36	36
Møre og Romsdal	153	664	817	28	32	31
Trøndelag	379	1 359	1 739	39	37	37
Nordland	158	574	733	33	30	30
Troms og Finnmark	165	700	865	35	36	36
Totalt	3 603	12 966	16 569	32	31	31

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



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

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

4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i helseforetak. Årsverkene i Helseetaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 4.5 ser vi at Ahus-området tar opp ti prosent av befolkningen, mens Vestre Viken dekker ni prosent av befolkningen. Det minste helseforetaket, Helse Finnmark med 18 kommuner i sitt opptaksområde, har én prosent av befolkningen i sitt opptaksområde, mens Innlandet dekker syv prosent av befolkningen spredt på 43 kommuner.

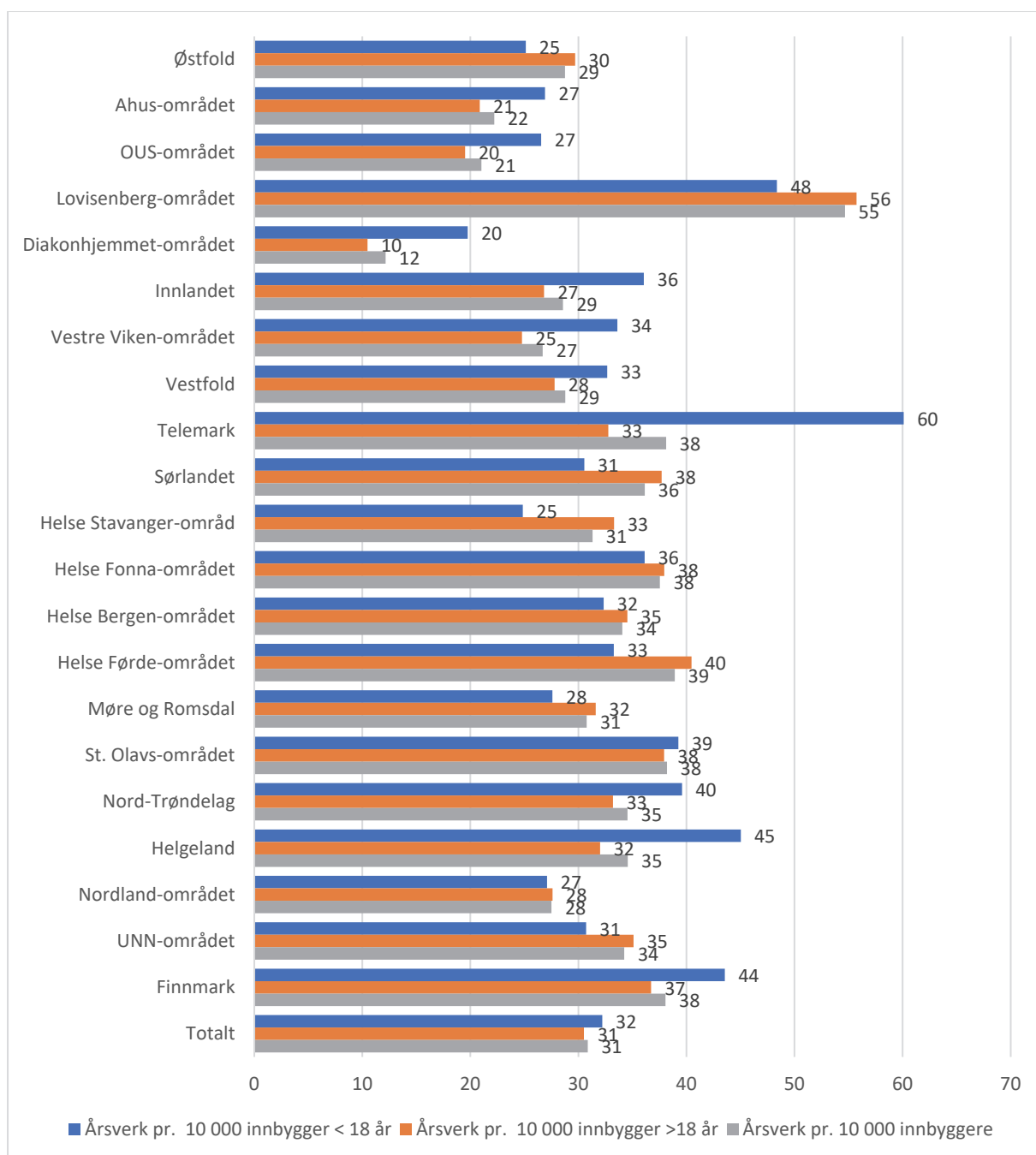
Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr. 1. januar 2020. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	13	3	65 139	6	252 350	6	317 489	6
Ahus-området	23	6	124 882	11	436 430	10	561 312	10
OUS-området	7	2	59 224	5	216 096	5	275 320	5
Lovisenberg-området	4	1	23 155	2	138 179	3	161 334	3
Diakonhjemmet-området	3	1	26 122	2	119 023	3	145 145	3
Innlandet	43	12	67 443	6	289 351	7	356 794	7
Vestre Viken-området	21	6	106 106	9	382 544	9	488 650	9
Vestfold	6	2	49 855	4	196 186	5	246 041	5
Telemark	17	5	33 900	3	139 455	3	173 355	3
Sørlandet	25	7	67 195	6	240 036	6	307 231	6
Helse Stavanger-området	15	4	87 713	8	283 408	7	371 121	7
Helse Fonna-området	17	5	40 226	4	140 172	3	180 398	3
Helse Bergen-området	17	5	97 644	9	361 153	8	458 797	9
Helse Førde-området	17	5	22 798	2	83 309	2	106 107	2
Møre og Romsdal	27	7	55 984	5	211 257	5	267 241	5
St. Olavs-området	18	5	67 509	6	264 054	6	331 563	6
Nord-Trøndelag	19	5	28 531	3	106 605	3	135 136	3
Helgeland	18	5	15 368	1	62 495	1	77 863	1
Nordland-området	20	5	27 359	2	110 786	3	138 145	3
UNN-området	24	6	37 747	3	155 319	4	193 066	4
Finnmark	18	5	14 708	1	60 764	1	75 472	1
Totalt	372	100	1 118 608	100	4 248 972	100	5 367 580	100

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, HF-område pr. 1. januar 2020.

	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	164	749	913	25	30	29
Ahus-området	336	911	1 247	27	21	22
OUS-området	157	422	579	27	20	21
Lovisenberg-området	112	770	882	48	56	55
Diakonhjemmet-området	52	125	176	20	10	12
Innlandet	243	776	1 019	36	27	29
Vestre Viken-området	357	948	1 305	34	25	27
Vestfold	163	545	708	33	28	29
Telemark	204	457	661	60	33	38
Sørlandet	205	905	1 110	31	38	36
Helse Stavanger-området	218	944	1 162	25	33	31
Helse Fonna-området	145	532	677	36	38	38
Helse Bergen-området	316	1 247	1 563	32	35	34
Helse Førde-området	76	337	413	33	40	39
Møre og Romsdal	154	668	822	28	32	31
St. Olavs-området	265	1 002	1 266	39	38	38
Nord-Trøndelag	113	354	467	40	33	35
Helgeland	69	200	269	45	32	35
Nordland-området	74	306	380	27	28	28
UNN-området	116	545	661	31	35	34
Finnmark	64	223	287	44	37	38
Totalt	3 603	12 966	16 569	32	31	31

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



Figur 4.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. HF-område, 2020.

Det er betydelig variasjon i årsverk pr. innbygger 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 470 årsverk til voksne fra Velferdsetaten og ingen årsverk til barn og unge. Så for barn og unge er det reelt at det er rapportert mange årsverk fra bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo. Diakonhjemmet har betydelig lavere årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sitt opptaksområde (bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker) enn øvrige HF, særlig i tjenester til voksne. Kommunene i opptaksområdet til helseforetak Telemark, ligger betydelig høyere i antall årsverk til barn og unge relativt til innbyggertall enn kommunene i de andre opptaksområdene.

4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

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

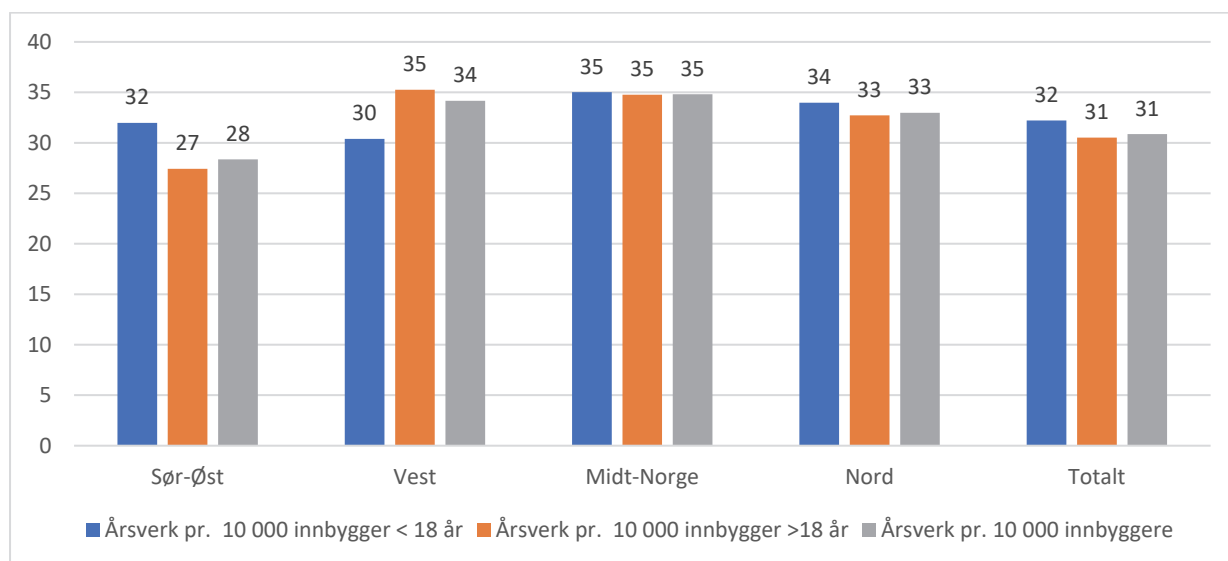
Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, helseregion pr. 1. januar 2020. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sør-Øst	162	44	623 021	56	2 409 650	57	3 032 671	56
Vest	66	18	248 381	22	868 042	20	1 116 423	21
Midt-Norge	64	17	152 024	14	581 916	14	733 940	14
Nord	80	22	95 182	9	389 364	9	484 546	9
Totalt	372	100	1 118 608	100	4 248 972	100	5 367 580	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, helseregion pr. 1. januar 2020.

	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	1 992	6 608	8 601	32	27	28
Vest	755	3 060	3 815	30	35	34
Midt-Norge	532	2 023	2 555	35	35	35
Nord	323	1 274	1 598	34	33	33
Totalt	3 603	12 966	16 569	32	31	31

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, 2020.

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

4.5 TI STØRSTE KOMMUNENE

Det har kommet ønske fra de store kommunene om at vi også tar med denne fordelingen i dette kapitlet. Vi velger her å presentere tall for de ti største kommunene. Som visst i tabell 4.9 har disse kommunene til sammen 36 prosent av alle innbyggere.

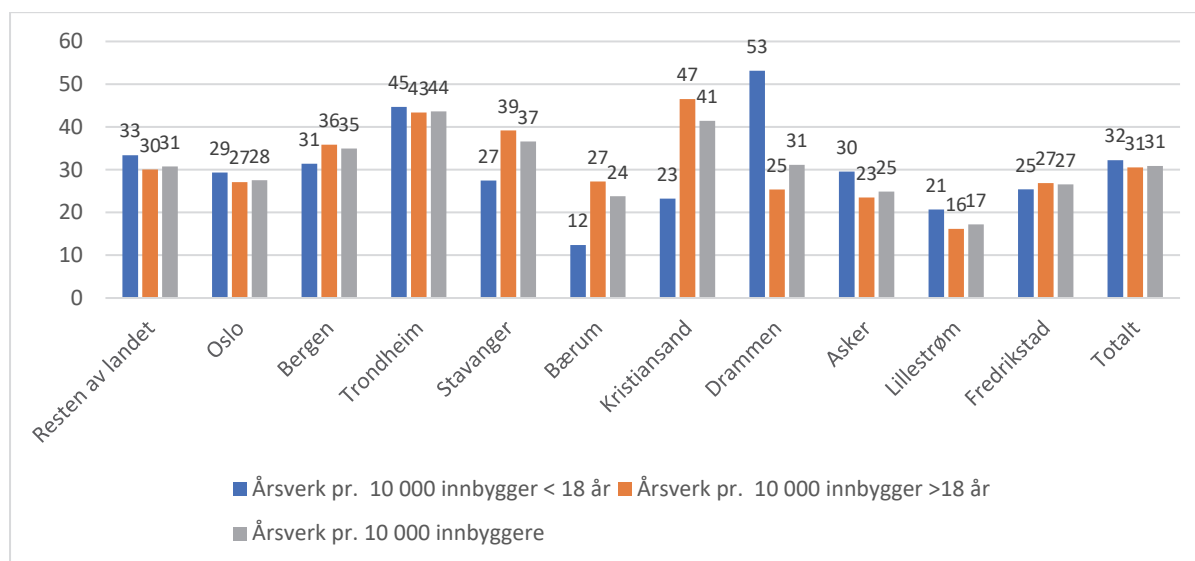
Tabell 4.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, 10 største kommuner pr. 1. januar 2020. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Resten av landet	346	93	724 174	65	2 713 687	64	3 437 861	64
Oslo	17	5	133 128	12	560 366	13	693 494	13
Bergen kommune	1	0	56 126	5	227 803	5	283 929	5
Trondheim kommune	1	0	40 780	4	164 383	4	205 163	4
Stavanger kommune	1	0	31 398	3	112 176	3	143 574	3
Bærum kommune	1	0	29 813	3	97 918	2	127 731	2
Kristiansand kommune	1	0	24 364	2	87 269	2	111 633	2
Drammen kommune	1	0	21 116	2	80 270	2	101 386	2
Asker kommune	1	0	21 829	2	72 612	2	94 441	2
Lillestrøm kommune	1	0	19 284	2	66 699	2	85 983	2
Fredrikstad kommune	1	0	16 596	1	65 789	2	82 385	2
Totalt	372	100	1 118 608	100	4 248 972	100	5 367 580	100

Tabell 4.10 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, ti største kommuner pr. 1. januar 2020.

	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	2 416	8 149	10 565	33	30	31
Oslo	390	1 518	1 908	29	27	28
Bergen kommune	176	816	992	31	36	35
Trondheim kommune	182	713	895	45	43	44
Stavanger kommune	86	439	525	27	39	37
Bærum kommune	37	267	304	12	27	24
Kristiansand kommune	57	406	462	23	47	41
Drammen kommune	112	204	316	53	25	31
Asker kommune	65	171	235	30	23	25
Lillestrøm kommune	40	108	148	21	16	17
Fredrikstad kommune	42	177	219	25	27	27
Totalt	3 603	12 966	16 569	32	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 4.10 er vist i figur 4.5. Forskjellene kan legge grunnlag for diskusjoner om hva som inkluderes i rapporteringen på de ulike områdene.



Figur 4.5 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, ti største kommuner, 2020.

4.6 OPPSUMMERING

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

5 HOVEDFORLØP

Kommunene har de fire 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)⁸. 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. Det er femte år på rad at kommunene bes om å gjennomføre en slik fordeling, og presisjonen har blitt bedre, selv om det fortsatt er avvik i tallene. I 2018 var det 45 kommuner/bydeler som valgte å ikke rapporterte noe på hovedforløp i tjenester for voksne, selv om de hadde rapportert årsverk på tiltak og utdanningskategorier. Dette var en økning fra 2017, men i 2019

⁸<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

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

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

5.1 DATAGRUNNLAG

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

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

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer.

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

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

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk.

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

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

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

5.2 RESPONS

Respondentene skal fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de har rapportert på tiltak og utdanningskategorier, men for mange av kommunene er dette utfordrende å få til. Det blir presisert i skjemaet at den som rapporterer må sjekke at totalt antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og hovedforløp er det samme. I tilbakemeldingene fra kommunene skriver flere kommuner fortsatt at de ikke har systemer for å ta ut slik informasjon, og at det er vanskelig å gjøre en skjønnsmessig vurdering. Feilmarginen på hovedforløpsfordelingen har gått ned over tid. I tabellen under ser vi at hvis vi fjerner de kommunene som har mer enn ett årsverk i pluss eller minus på forløpsfordelingen sammenliknet med det de har rapportert på tiltak, har vi med 67 prosent av årsverkene (rapportert fra 69 prosent av kommunene/bydelene) for voksne og 63 prosent av årsverkene (rapportert fra 72 prosent av kommunene) for barn og unge. I grunnlaget for videre beskrivelser av forløpsfordelingen baserer vi oss på de kommunene som bare har maks ett årsverk i pluss eller minus sammenliknet med årsverkene de har fordelt på tiltak og utdanning.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp (+/- ett årsverk avvik) i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, rapporteringsåret 2020

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall kommuner/bydelene inkludert voksne	Antall kommuner/bydelene inkludert voksne barn og unge
Årsverk tiltak	12 966	3 603	16 569	372	372
Årsverk hovedforløp	8 699	2 274	10 973	256	266
% fordelt på hovedforløp med avvik +/- ett årsverk	67	63	66	69	72

5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 5.2 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2020. Det er relativt få endringer i den andelsmessige fordelingen fra år til år. I tjenester for voksne gikk 64 prosent av årsverkene til brukere i hovedforløp 3, mens 26 prosent av årsverkene gikk til brukere i hovedforløp 2. Kommunene/bydelene anslår at rundt ti prosent av årsverksinnsatsen til voksne går til brukere med milde og kortvarige problemer.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2017-2020.

	Antall				Andel			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Hovedforløp 1	1092	1024	1106	912	10	11	11	10
Hovedforløp 2	2779	2425	2532	2255	27	26	25	26
Hovedforløp 3	6649	5923	6423	5532	63	63	64	64
Totalt	10520	9372	10061	8699	100	100	100	100

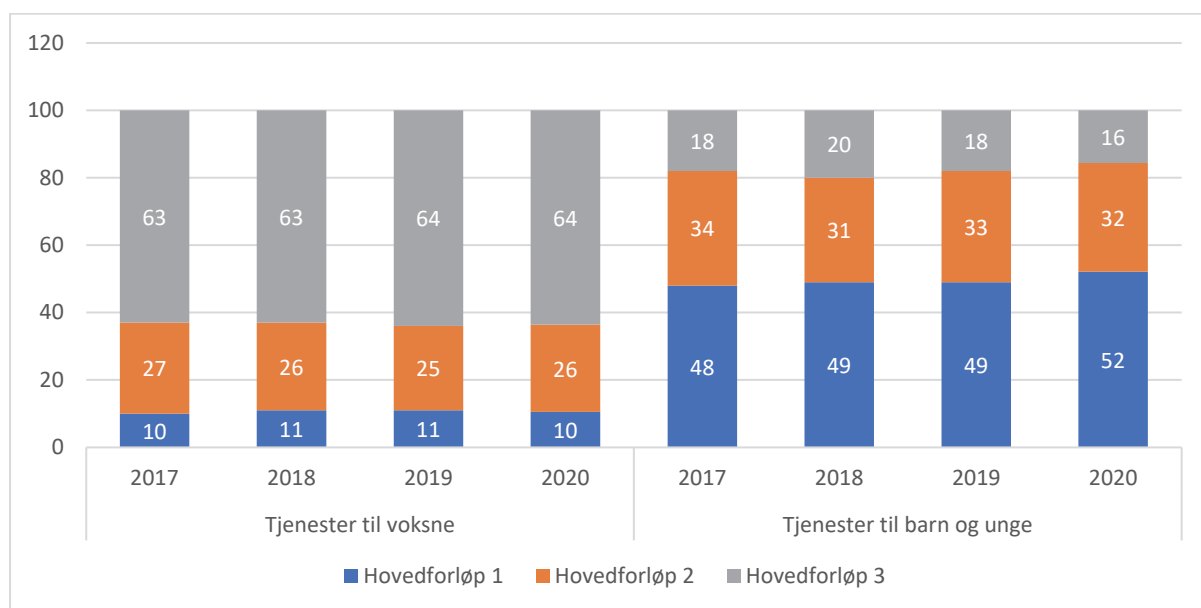
5.4 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)

Tabell 5.3 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for barn og unge i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2020. I 2020 går i overkant av halvparten av årsverkene i tjenester for barn og unge til brukere med milde og kortvarige problemer (52 prosent), 32 prosent går til brukere med kortvarige alvorlige eller langvarige milde lidelser og problemer, mens 16 prosent går til brukere med alvorlige langvarige lidelser. Det er en liten økning i andelen av årsverkene som går til hovedforløp 1 og en nedgang i andelen til hovedforløp 3.

Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2017-2020.

	Antall				Andel			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Hovedforløp 1	1262	1160	1407	1185	48	49	49	52
Hovedforløp 2	888	737	939	734	34	31	33	32
Hovedforløp 3	462	493	535	355	18	20	18	16
Totalt	2612	2390	2880	2274	100	100	100	100

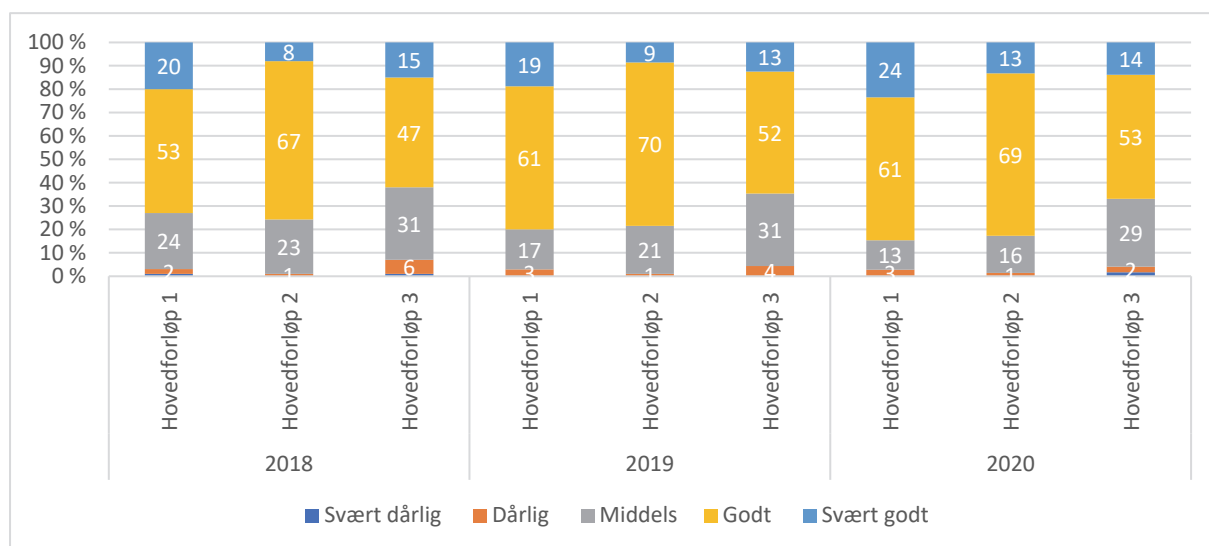
I figuren under har vi oppsummert utviklingen i andel de tre siste årene, og ser at det er marginale endringer fra år til år.



Figur 5.1 Andel (%) av årsverkene som er rettet mot brukere i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, årene 2017-2020.

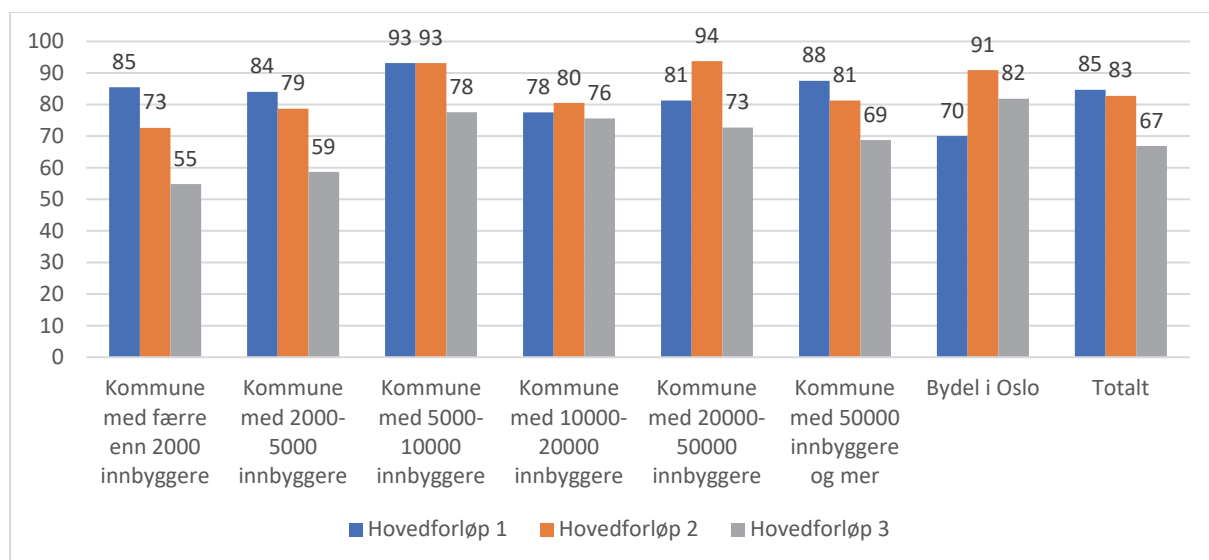
5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvis fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene etter hvordan kommunene vurderer det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter. Figur 5.2 viser at det samlede tilbudet til hovedforløp 1 vurderes som *godt* eller *svært godt* av 85 prosent av kommunene i 2020, mens tilbudet til hovedforløp 2 vurderes som *godt* eller *svært godt* av 83 prosent og hovedforløp 3 av 67 prosent av kommunene. Figur 5.3 viser denne fordelingen etter kommunistørrelse.



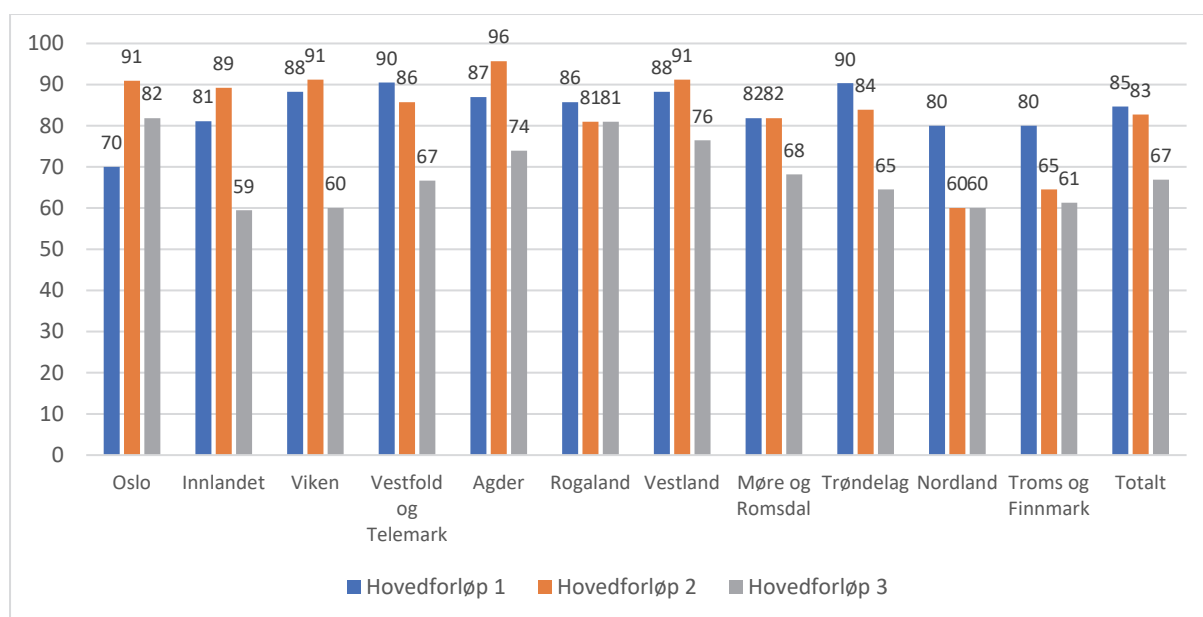
Figur 5.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018-2020.

For alle kommunegruppene er det for hovedforløp 3 at færrest svarer at tilbudet er *svært godt* eller *godt*. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommunegrupper for hovedforløp 1, men kommuner med 5000-10 000 og kommuner med 20 000-50 000 innbyggere ligger systematisk over de andre for hovedforløp 2. For hovedforløp 3 er det kommuner med 5000-20 000 innbyggere som ligger systematisk høyere enn resten.



Figur 5.3 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Kommunistørrelse, 2020.

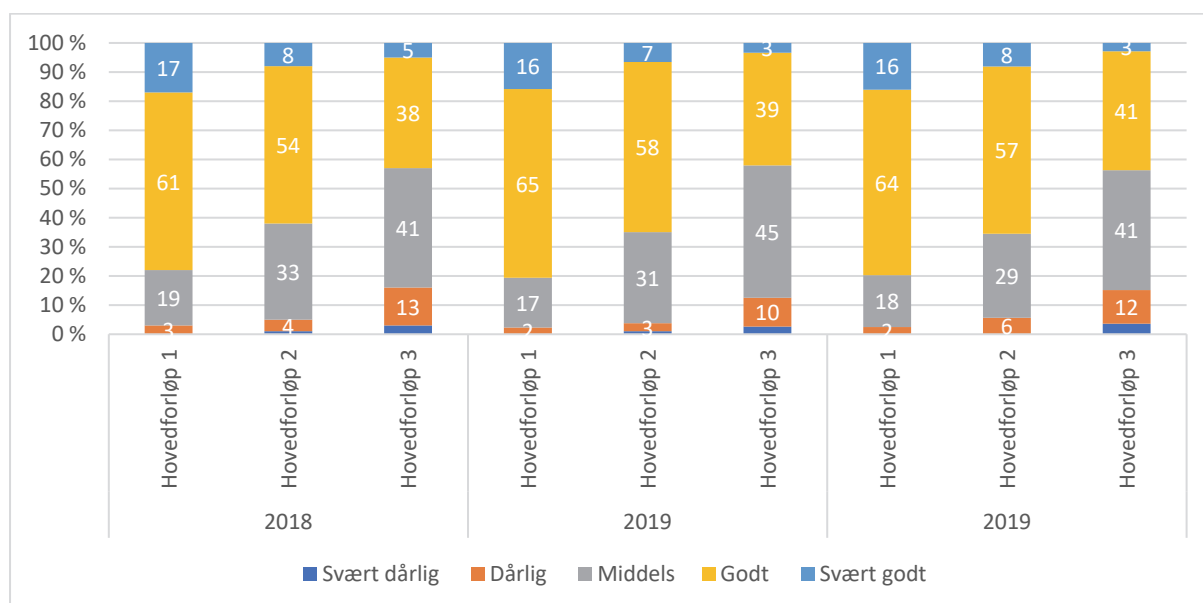
Figur 5.4 viser andel kommuner/bydeler som har vurdert tilbudet til å være *godt* eller *svært godt* fordelt på fylke. Her finner vi ingen signifikante forskjeller mellom fylker for noen av forløpene.



Figur 5.4 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2020.

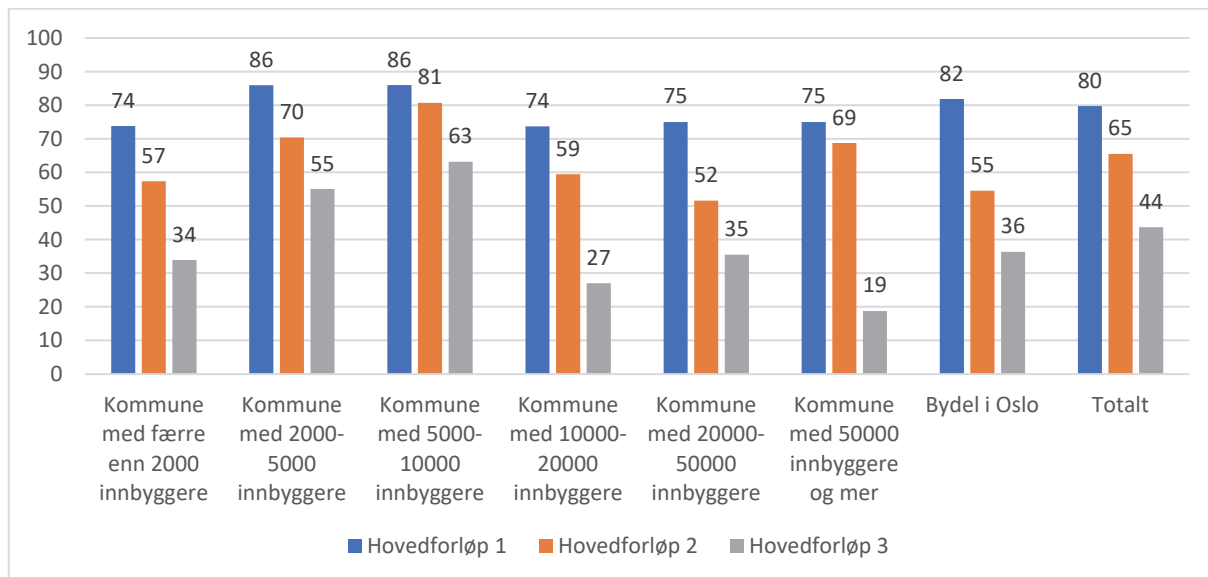
5.6 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

I figur 5.5 presenteres vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge, og denne viser at det er små endringer i fordelingen fra 2019 til 2020. Som i tjenester for voksne, er det hovedforløp 3 som vurderes av færrest som godt og svært godt.



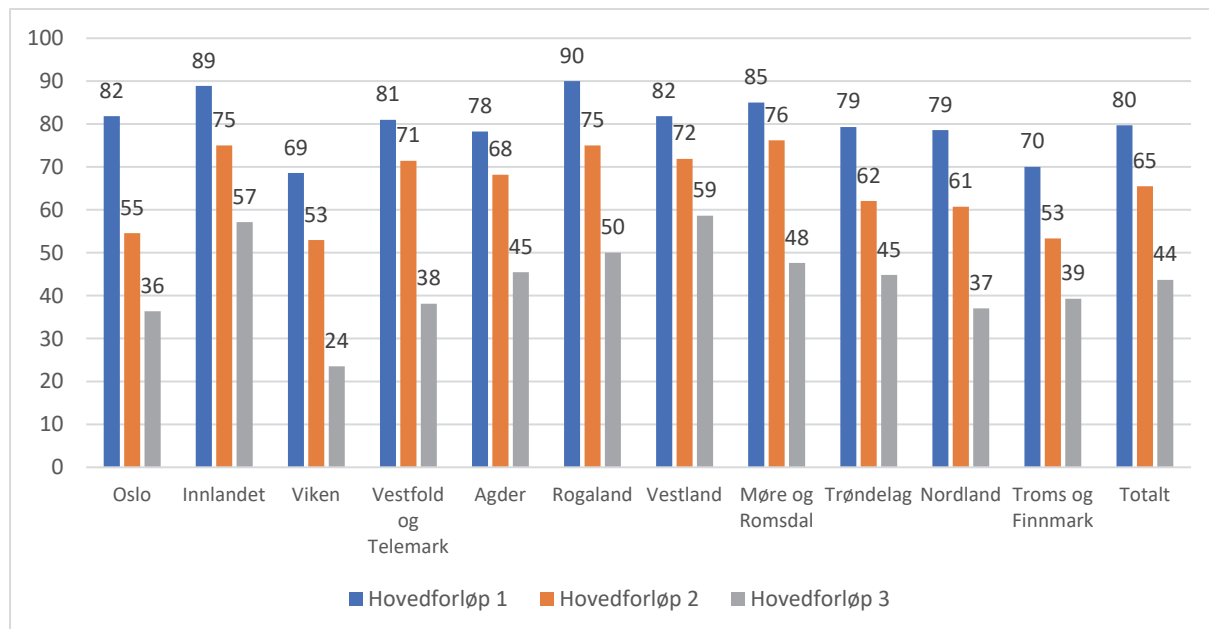
Figur 5.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018-2020.

Som vist i figur 5.6 gjelder dette i alle kommunegruppene, og det er særlig få kommuner i de største kommunene som mener at tilbudet er svært godt eller godt (19 prosent). Det er ingen signifikante forskjeller i andel som svarer i *stor* eller i *svært stor* grad etter hovedforløp 1 og hovedforløp 2, mens kommuner med 5000-10 000 innbyggere ligger signifikant høyere enn de andre gruppene for hovedforløp 3.



Figur 5.6 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Kommunestørrelse, 2020.

Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom fylker i noen av forløpene i 2020.



Figur 5.7 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2020.

5.7 OPPSUMMERING

De siste årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligget stabilt de siste fire årene (2017-2020):

Hovedforløp 1: 10-11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-52 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

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

Hovedforløp 3: 63-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 16-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

I tjenester til barn og unge er det en økning i andel årsverk som går til hovedforløp 1 og en nedgang i hovedforløp 3 og de to siste årene. Det er foreløpig for tidlig å si om dette er starten på en trend eller om det er tilfeldig variasjon mellom år.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til henholdsvis voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. I tjenester for voksne ligger fornøydhetsandelen på 85 prosent for hovedforløp 1 og på 83 prosent for hovedforløp 2, og på rundt 67 for hovedforløp 3.

I tjenester for barn og unge er det små endringer fra 2019 til 2020 i hvordan kommunene/bydelene vurderer de ulike forløpene. Det er 80 prosent som mener at tilbudet er godt eller svært godt for hovedforløp 1, 65 prosent mener dette for hovedforløp 2 og 44 prosent for hovedforløp 3.

6 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

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

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

Opptappingsplan rus det første året

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

Andelen økte tydelig med kommunestørrelse. De fleste som hadde svart at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen, hadde brukt BrukerPlan (61 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarte i 2017 at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent hadde benyttet bruker-spør-bruker. Totalt svarte 44 prosent av kommunene at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kunne være gjennom team sammensatt fra ulike faginstanser (for eksempel SLT-team), formelle tverrfaglige samarbeid eller faste møter med informasjonsutveksling.

Opptappingsplan rus – andre år

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

Opptappingsplan rus – tredje år

I 2019 var det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de økte midlene de har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet i *svært stor grad* eller i *stor grad* har blitt benyttet til formålet. I 2018 var andelen 46 prosent, så dette er en nedgang. Dette gir en økning i andel kommuner/bydeler som svarer i *liten grad* eller i *svært liten grad*, fra 18 prosent til 24 prosent fordi det er omtrent uendret andel som svarer i *noen grad*. Det var 96 prosent av kommunene/bydelene som svarte på dette spørsmålet. Det var også færre kommuner/bydeler som svarte at opptappingsplanen hadde hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent. Av konsekvenser, var det flest kommuner/bydeler som rapporterte at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddel-

problemer i kommunen (28 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (24 prosent). Av alle kommuner og bydeler var det 19 prosent som hadde oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 12 prosent som har i større grad hadde involvert voksne pårørende og 11 prosent barn og unge. Ni prosent av kommunene svarte at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det var en nedgang i andel kommuner som krysset av for alternativet i alle kategoriene fra 2018 til 2019. Videre var det 72 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Det var omtrent det samme som i 2017 og 2018. Sannsynligheten for å ha gjennomført en kartlegging øker betydelig med størrelse på kommunen målt som antall innbyggere. Over halvparten av kommunene (56 prosent) svarte at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. I 2018 var andelen 52 prosent, så det var en svak økning fra 2018 til 2019.

6.1 KARTLEGGING 2020

Det er mange av de samme spørsmålene som inngikk i 2019 som er gjentatt i 2020 fordi vi nå er i siste år i Opptappingsplanen. I tillegg har vi spurt om videreføring av den kapasiteten og kompetansen som opptappingen for rusfeltet har medført, er omtalt i kommunens planverk, og de største utfordringene på rusfeltet for ulike målgrupper og hvordan samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetak fungerer for de ulike målgruppene. Der de samme spørsmålene er tatt med både i 2018 og i 2019, ser vi på utviklingen i fordelingen.

6.2 PLANER FOR VIDEREFØRING

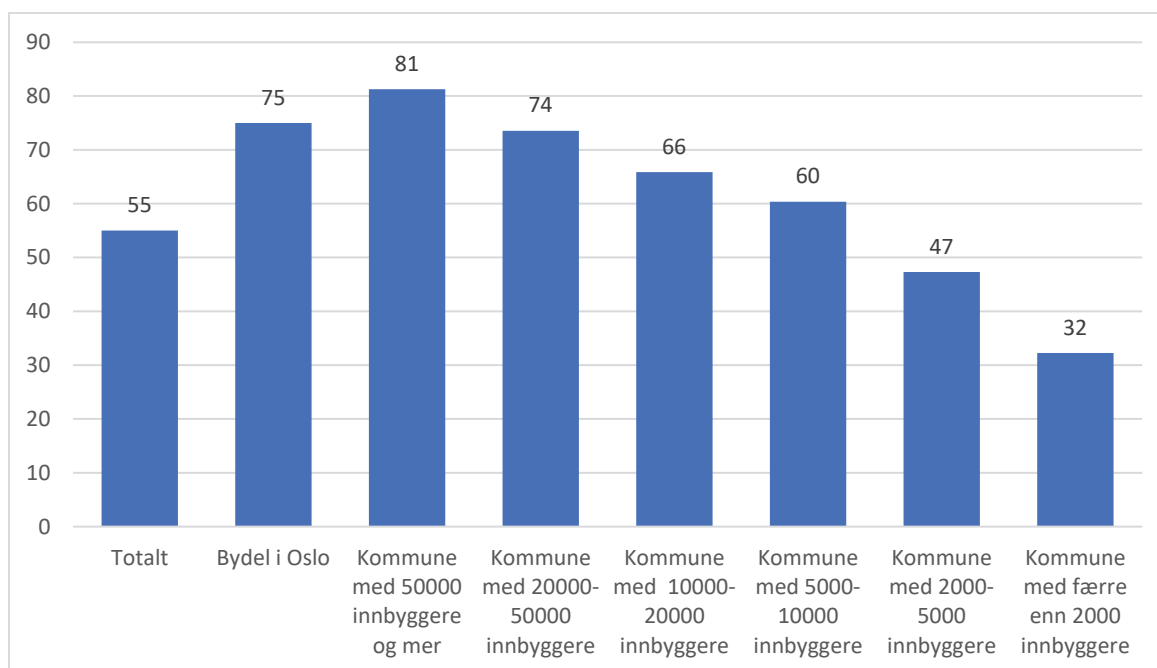
I 2020 spurte vi: "Er videreføring av den kapasiteten og kompetansen som opptappingen for rusfeltet har medført omtalt i kommunens planverk?" Over halvparten av kommunene svarer at videreføring er omtalt i kommunens planverk, mens resten svarer nei eller vet ikke, se tabell 6.1.

Tabell 6.1 Antall og andel kommuner/bydeler etter svar på om videreføring av den kapasiteten og kompetansen som opptappingen for rusfeltet har medført omtalt i kommunens planverk, 2020.

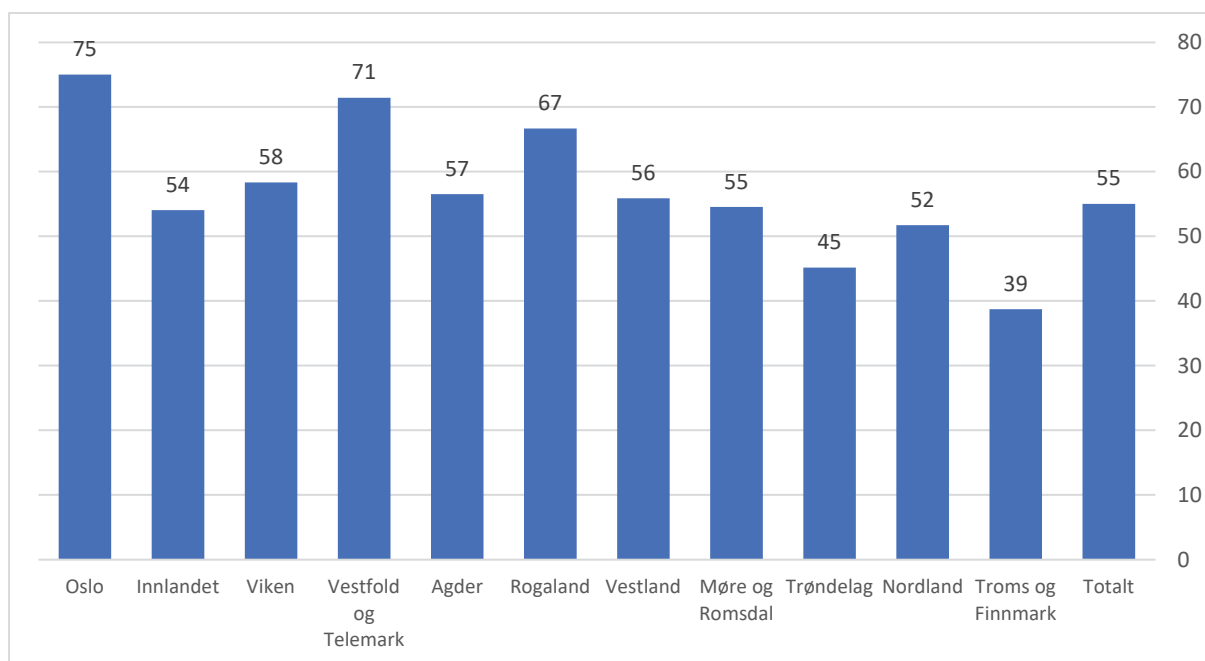
	Antall	Prosent
Ja	164	55
Nei	72	24
Vet ikke	61	21
Totalt	297	100

Vi ser videre på de som svarer "Ja" og fordeler etter kommunestørrelse (figur 6.1) og fylke (6.2). Det er systematisk slik at sannsynligheten for å ha omtalt videreføring av kapasiteten og kompetansen som opptappingen for rusfeltet har medført i kommunens planverk, øker med kommunestørrelse.

Høyest andel finner vi i bydeler i Oslo, og i kommuner i Vestfold og Telemark og Rogaland.



Figur 6.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har planer for videreføring etter kommunestørrelse, 2020.



Figur 6.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har planer for videreføring etter fylke, 2020.

6.3 DE STØRSTE UTFORDRINGENE PÅ RUSFELTET FOR ULIKE MÅLGRUPPER

Vi har i 2020 stilt åpne spørsmål om hva de største utfordringene på rusfeltet er for de ulike målgruppene:

- Barn/unge med milde og kortvarige problemer (åpent)
- Barn/unge med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer (åpent)
- Barn/unge alvorlige og langvarige problemer/lidelser (åpent)
- Voksne med milde og kortvarige problemer (åpent)
- Voksne med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer (åpent)
- Voksne alvorlige og langvarige problemer/lidelser (åpent)

Det er kommet 1412 beskrivelser på hovedutfordringene fra kommunene. Noen har skrevet stikkordsmessige svar, mens andre har skrevet mer utfyllende.

BARN/UNGE MED MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER

Beskrivelser som går igjen, er følgende:

- Vanskelig å komme tidlig nok inn og komme i posisjon til å hjelpe
- Mange unge bagatelliserer rusbruket sitt
- Alkohol og cannabis er mye brukt
- Legaliseringsdebatten om cannabis bidrar til ufarliggjøring og at flere prøver
- Foreldre som ikke tar situasjonen alvorlig og ikke følger opp
- Utenforskap fører til lavere terskel for å prøve rusmidler for å bli en del av et miljø
- Fastlegen har kontakt med disse, men spør ikke om rusbruk

BARN/UNGE MED KORTVARIGE ALVORLIGE PROBLEMER OG LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER

Beskrivelser som går igjen for denne målgruppen er ikke like tydelige, men mange svarer at det er det samme som for de med milde og kortvarige problemer, mens andre svarer at de har veldig lite erfaring med denne gruppen fordi de ikke har noen brukere i denne gruppen. Men noen utfordringer går igjen:

- De mangler motivasjon for å søke hjelp
- Manglende arenaer for å møte ungdom
- Svak samhandling mellom tjenestenivå

BARN/UNGE ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

I tillegg til mange av de samme punktene som over, kommer det litt andre innspill. En kommune forklarer utfordringene slik:

For ungdom i alder 15-18 år; tatt for narkotikabruk av politi; alt for lang saksbehandlingstid i politiet, slik at det blir for lang tid mellom at ungdom blir tatt til det kommer av konsekvens.

Som nevnt for de andre gruppene er det vanskelig når de unge selv ikke opplever at de har et problem. I denne situasjonen opplever kommunene å mangle virkemidler for å kunne hjelpe de unge.

Andre ser at et tettere tjenestetilbud og støttetjenester kan være nødvendig for noen grupper:

Bedre oppfølging til familier med barn atferdsvansker og lignende. Flere besøkshjem, avlastningshjem som får jevnlig veiledning.

Andre nevner samarbeidsproblemer med ulike aktører og uklare roller:

Dette er samansette og komplekse saker som krev tverrfagleg samhandling og systemisk tilnærming. Ofte kan roller og rolleavklaring vere uklart mellom aktørane. Samarbeid med barneverntenesta er særleg viktig i saker, der ein er bekymra for eit born og familien. Det er stort behov for rettleiing av spesialisthelsetenesta og tett samarbeid opp imot kommuna.

Det bør på plass et helsefelleskap og tettere tverrfaglig samhandling rundt barna/ungdommene. Et tydeligere helhetlig familiearbeid og behandling i kommunen.

Flere nevner at når utfordringene blir større, er det flere rundt ungdommen som blir oppmerksom på situasjonen:

De vil ha store utfordringer, slik at flere ser de og begynner å undre seg. Kompetansen på ansatte på skole/barnehage er ulik, så noen barn kan bli "misforstått"

Enkelte opplever at de forsøker å løse problemene for lenge uten å henvise til spesialisthelsetjenesten:

En annen mulig fallgrube er at man prøver for lenge å sy sammen bidrag fra ulike tjenester istedenfor å erkjenne sin tilkortkommenhet og henvise videre til spesialisthelsetjenesten. God kapasitet i, og god kjennskap til spesialisthelsetjenestens ulike rusbehandlingstilbud vil kanskje kunne avhjelpe dette. Det mangler godt tiltaksapparat.

Flere nevner også problemene med at BUP ikke har rusbehandling og TSB i liten grad har behandling for de under 18 år:

Hindring ift alder og behandling for de under 18 år (pasienten er for ung for ruspoliklinikk/ BUP har liten erfaring med rusproblematikk. Høy forekomst av suicid av unge menn i rus, eksperimentering av tyngre rusmidler

En kommune responderer med å illustrere kompleksiteten på en god måte:

Samspill og kommunikasjonsutfordringer med nære relasjoner. - Ensomhet, identitet, tilhørighet, utfordringer å finne sin plass i vennemiljø. - Utfordringer med å gjennomføre skole. - Ingen aktivitetstilbud. - Kontakt med politi og andre hjelpeinstanser, uten at det nødvendigvis fører til bedring. - Pengeutfordringer- kriminalitet. - Psykiske helseutfordringer, angst, depresjon, suicid. - Utekontaktens andel av unge med «dobbeltdiagnose» rus/psykiatri, har vært relativt stabil over mange år. Dette er normalt unge med svært dårlige sosiale vilkår og forutsetninger. Rusbruk som selvmedisinering er lett å knytte til deres situasjon - og psykisk uhelse. En kommende lovendring hvor ansvaret for den unge blir flyttet fra politi og rettsvesen til helse, vil være et skritt bort fra stigma, og et viktig bidrag til å ikke legge last til byrde. Den reduksjonen i antallet med rusproblematikk vi har sett over noen år kan snu, men sosial tilbaketrekkning vil være en stor utfordring for foreldre - og for hjelpeapparatet i år framover. De milde problemene som kan være langvarige kommer ikke

nødvendigvis frem, da ungdom ikke har en trygg sfære for å ta opp disse problemene. Videre er det denne brukergruppen som er dårligst dokumentert i forhold til hvilke brukere av rusmidler som utvikler et problematisk forhold til rusbruk. Ikke bare i form av psykiske, men i forhold til akademisk, kognitivt, følelsesmessig og relasjon. Vil brukergruppen klassifisere dette som problemer, eller legges det til den vanlige utvikling, endring i relasjon.

VOKSNE MED MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER

Den ene kommunen påpeker at det er risiko for sanksjoner om de søker hjelp:

En utfordring at personer som kun har milde og kortvarige problemer ikke søker hjelp, mange mangler innsikt på dette nivået. Dersom de oppsøker hjelp blir de fratatt førerkortet, noe som hindrer dem i å søke tjenester. De negative konsekvensene av rusbruken er ikke store nok for å skulle endre på sitt rusbruk.

De som ikke mottar tjenester fra kommunene, kan ha ulike begrunnelser:

NAV har rapportert om en del unge nyetablerte rusmiddelbrukere som ikke har eller ønsker tjenester fra kommunen. Mulig brukerne ikke opplever utfordringer knyttet til rusbruk. Lite samfunn, stigmatisering, skambelagt - Vanskelig å ta imot hjelp?

Flere nevner også at denne gruppa er det andre som har kontakt med:

Oftast lege eller spesialisthelsetenesta som er i kontakt med denne målgruppa. Tankar om stigmatisering ved lokal kontakt?

Trenger tidligere avklaringer via fastlege. Bruker ikke AKA aktivt nok. Høyt alkoholkonsum som skaper problemer, men uten å oppfylle krav til skadelig bruk.

Andre kommenterer at det nok er store mørketall:

Vanskelig å nå, økende unge som kommer inn i tjenesten der faktisk misbruk ikke er lett å få kartlagt - store mørketall

Mens andre oppgir at det er behov for møteplasser utenfor kommunens regi:

Å få folk å søke hjelp innen forbruket blir ett stort problem. Vi mangler møteplasser organisert uten for kommunens regi.

En av kommunene oppsummerer kompleksiteten også i disse tilfellene:

Tidlig inn og rett hjelp til rett tid er viktig. Systemene ivaretar ikke alltid tempo i sakene godt nok. Kapasitetsproblemer i psykisk helse- og rustjenesten. Økende etterspørsel etter tjenester. Det kan være at denne pasientgruppa ikke kommuniseres/henvises tidlig nok inn til kommunal psykisk helse- og rustjeneste. Resultatet kan bli en kronifisering av tilstanden, noe som kunne vært unngått ved tidligere henvisning. Kapasitetsutfordringer i tjenestene spiller også inn her. Utfordringer i forhold til hvordan bedre fange opp denne gruppa.

En av kommunene beskriver hvordan situasjonen gradvis kan forandre seg på grunn av rusbruk:

De utvikler langsomt utfordringer på flere livsområder. Gjeldende fysisk og psykisk helse, økonomi, arbeidstilknytning, familierelasjoner ol.

Noe av det samme beskrives fra andre kommuner:

Denne brukergruppa er ofte svært aktive i rusen og lite motivert for endring. De har dårlig oppmøtekompetanse og kaotisk livsførsel på de fleste områder. Det er på grunn av dette vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe dem.

Boligsituasjon, økonomi, aktivitet. Kjent med at rus er en utløsende faktor til de fleste utfordringer

En kommune er inne på kjønnsforskjellene i terskler for å ta imot hjelp:

Det er lav terskel for å henvise ROP avdelingen. Men legger merke til at det er flere kvinner enn menn som henvises. Lavere terskel for kvinner å ta imot hjelp?

Andre ser at størrelsen på de som tjeneste er en utfordring:

Få personer i personellgruppen fører til at man er sårbare ved sykdom, permisjoner og liknende.

Ressurser/høy arbeidsbelastning/for mange brukere pr ansatt.

Å måtte vente på behandling er sannsynligvis særlig utfordrende for denne gruppen som lever i kaos på mange livsområder:

Får ofte avslag på behandling eller må vente på behandling i spes.helsetj. Manglende samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Ofte i midlertidig bolig og har uforutsigbare boforhold.

I påvente av innleggelse kan situasjon forverres betraktelig og motivasjon utebli med de følger det innebærer. Det blir spennende å se om pakkeforløpene vil avhjelpe dette med ventetid, men for få plasser i behandling er fremdeles en utfordring.

Andre nevner økt brukermedvirkning som nødvendig:

Mange brukere sliter med ensomhetsproblematikk i tillegg til sin psykiske lidelse. Utenforskap. Det er behov for en mer målrettet oppfølging og større grad av brukermedvirkning, (FIT/NORSE)

Noen har forventninger til pakkeforløpene, mens andre opplever at dette gir mindre behandlingskapasitet:

Brukernes egen vilje til å aktivt delta i rusbehandling og oppfølging. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Avstander til behandling. Pakkeforløp har ført til mindre kapasitet i behandlingsapparatet.

En av kommunene oppsummerer kompleksiteten på en god måte:

Det er komplisert å få til gode avtaler mellom helsepersonell og pasient. I relasjonen mellom pasient, psykiatritjeneste lokalt og spesialisthelsetjenesten. Strander ofte på muligheten til å få spesialisthjelp og på at lege ikke er tilgjengelig for å skrive henvisning. Dette er et stort problem. Legevakt gjennomfører ikke rusrelaterte henvisninger. Jobbtrening/dagaktivitet må gjennomføres av kommunen uten støtte fra NAV, begrenser verdige tilbud.

VOKSNE MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Det er her de lengste svarene kommer. Mange nevner aktivitetstilbud og arbeidsrettede tiltak:

Aktivitetstilbud og arbeidsrettede tiltak mangler. Vanskelig å nå, og de har lite nettverk.

Det er her vi har de største utfordringene. Det er få møteplasser/aktivitetstilbud for denne målgruppen. Ikke godt nok tilpasset boligtilbud.

Men selv om kommunen bygger opp aktivitet, kan det være vanskelig å få med deltakerne som trenger det mest:

Det er utfordrende å motivere svært syke beboere til å delta på aktiviteter, til tross for stor fleksibilitet. I dag er det kun mulig å gi lønn i form av gavekort i matbutikk. Ordinær lønn vil kunne være et incitament til å få flere til å delta. Svært utfordrende å finne arbeidsoppgaver/aktiviteter som er motiverende nok, utover å plukke søppel og vaske trapper/ fellesareal. Mye blandingsmisbruk medfører økt utagering og trusler mot personalet. Utfordrende å få beboerne med på/ gjennomføre opptrening LAR. Det burde vært mulig gjennomføre dette i deres bolig. Utfordrende å få stabilisert beboere som tidvis har en svært utfordrende atferd, men som ikke er syke nok innleggelse. Går gatelangs, eller kjørt tilbake til bolig av politi. Det er mangel på tilpassede boliger som legger til rette for stabile boforhold.

Personer med samtidige ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser trekkes fram som de med de største utfordringene i noen av kommunene:

Alvorlige ROP-lidelser kombinert med voldsproblematikk, utfordring å finne rett behandling, rett bolig, håndtering av utagering, samfunnets aksept/tålmodighet for bosetting av vanskeligstilte i lokalmiljøet. Kan være en utfordring å få tilgang til medisinsk behandling (utenom LAR). Det kan være en utfordring å få til en god nok somatisk oppfølging, dersom de ikke selv forstår behovet eller klarer å prioritere dette. Krever at en er tett på. Også vanskelig å komme i posisjon til å få samtaler med barn som pårørende.

Sosial isolasjon og ensomhet beskrives som den største utfordringen av en av kommunene:

Blir ikke fanget opp hvis de ikke tar kontakt eller blir henvist av fastlege eller etter innleggelse. Inntrykk av at pasientgruppen sliter med isolasjon, ensomhet. Mister ofte sertifikat, og på landsbygda blir de dermed ytterligere isolert fra å delta i sosiale sammenhenger og opprettholde nettverk.

Noen har forslag til løsninger:

Bygge opp aktiviteter og tilbud for å forebygge ensomhet i egen bolig.

Den ene kommunen mener de ikke bør avslutte behandlingen fordi det er stor risiko for nye innleggelser:

Blir ofte ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta. Dei sjukaste pasientane bør ikkje avsluttast slik at ein ikkje må starte nye innleggelsesprosessar om og om igjen.

Andre viser til at pasientene har mistet rett til ny behandling og at kommunene blir stående alene:

Denne gruppen trenger ofte mye og omfattende hjelp. Vi har et begrenset tilbud (åpningstid, ressurser etc.), i tillegg har pasienten kanskje ikke en egnet bolig. Pasienten har kanskje flere ganger avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten, slik at brukeren mister rett til ny behandling. Rus- og psykiatritjenesten opplever ofte i disse sakene at spesialisthelsetjenesten er fraværende, både for pasienten og for veiledning til kommunene.

Ressursmangel trekkes fram av en del kommuner:

Brukergruppen har lite nettverk og stort behov for kommunale tjenester. Ressursmangel til denne gruppen er en stor utfordring.

For lite arbeids- og aktivitetstilbud. Trenger mer ressurser til oppsøkende virksomhet. Egnet bolig, flere kunne hatt nytte av bemannet bolig. For lite kapasitet i spesialisthelsetjenesten - de kommer for fort tilbake til kommunen.

Ressursmangel/ uklar fordeling av ansvar og oppgaver. Mange av disse har utfordringer både i forhold til gjennomføringsevne, økonomi, nettverk etc.

De små kommunene sliter med å oppnå nødvendig bredde i tilbudet:

Det er utfordring å ha differensiert nok tilbud tilgjengelig i mindre kommuner

Eller at de drar til større steder:

Disse personene søker ofte inn til større steder enn vår bygd. De er lett å fange opp, men vanskelig å sikre koordinerte tjenester.

De helsemessige og sosiale problemene gruppen sliter med, trekkes fram av mange som den største utfordringen:

Dårlig fysisk og psykisk helse, manglende inntekt, gjeldsutfordringer, dårlig boevne, manglende positive nettverk ol.

En av årsakene til dette kan være at det tar lang tid å erkjenne at man har et problem:

Erkjenne problemet. Konsekvensane må ofte bli omfattande innanfor dei ulike arena i livet (familie, vener, fritid osv.)

Andre antyder at det kanskje ikke er i spesialisthelsetjenesten alle løsningene ligger:

Finne meningsfull aktivitet, måle om tjenesten vi gir har rett effekt. Lite samarbeid med spesialisthelsetjenestene, brukerne er utredet og forsøkt behandlet flere ganger og der er ikke mer spesialisthelsetjenesten kan gjøre for dem. Dette medfører et stort ansvar på kommunehelsetjenesten for å ivareta denne brukergruppen.

Dette er ofte personer som har langvarige utfordringer med innleggelser - de får tilbud om hjelp. Utfordringen er når de ikke ønsker hjelp selv om de tydeligvis trenger det. Behandlingen på sykehus er ofte ikke nok, noen får også avslag eller skriver seg ut. Vi mangler også botilbud med bemanning til pasientgruppen.

Mens andre påpeker at spesialisthelsetjenesten nedprioriterer rusfeltet:

For kommunen sitt ståsted er det at spesialisthelsetjenesten mangler ansatte med kompetanse innen rusfeltet. Opplever at rusfeltet er et nedprioritert område innen spesialisthelsetjenesten og at de med størst utfordringer ofte ikke får et tilbud om behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten- ofte på grunn av at spesialisthelsetjenesten ikke har utadrettet virksomhet og dermed ikke favner pasientgruppen. Pasientene som ikke møter til time, blir raskt avsluttet.

Mens andre påpeker at noe av forklaringen er omorganiseringer av tjenester og ansvar:

Få til formell og forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenesten og felles kompetanseløft for ansatte som jobber med ROP klienter. Noe av dette skyldes omorganiseringer av tjenester og ansvar i både kommune og spesialisthelsetjenester siste åra.

At spesialisthelsetjenesten avslår de sykeste, fører til store utfordringer i kommunene:

I tillegg til oppfølging og behandling er det utfordrende å finne en egnet aktivitet å fylle hverdagen med. Kommunen kan bli pålagt oppfølging/behandling av mennesker med større behov for behandling enn et kommunalt lavterskeltilbud kan gi.

Samansette behov som krev omfattende tiltak. Dreiinga av Spesialisthelsetenesta gjer at det er høgare terskel for å sortere inn under deira ansvar.

Andre mener at lovverket er mangelfullt og skaper de største utfordringene:

Lovverk med store mangler for å ivareta denne pasientgruppen. Autonomi kontra ingen selvinnsikt med fokus med skadereduksjon.

Store utfordringer i samarbeid med sykehuset knytta til når pasienter er utskrivningsklare pasienter. Store ressurser knytta til brukere som er dømt til tidsbegrenset særreaksjon. Store utfordringer knytta til at det er vanskelig å få til tvangsmedisinering og tvangsopphold. Krevende å skape gode rammer ute i kommunen.

Terskelen for konverteringen fra frivillig til tvang er høyere, og uroen denne målgruppen skaper ifht naboer, pårørende og politi tas ikke med i vurderingen.

Utfordring er ofte at problemene er sammensatt av psykiatri og rus og utfordrende når de er samtykkekompetent samtidig som de ikke er i stand til å ta riktig valg for både egen økonomi, helse hverdagsmestring m.m.

Andre observerer at antall alvorlige tilfeller øker:

Mennesker med alvorlig problematikk er økende. Flere har behov for omfattende hjelp i egen bolig/bemannet bolig.

Noe av det samme som kom fram av utfordringer blant voksne med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer, kommer også opp igjen for denne målgruppen:

Ofte behov for akutt innlegging - vanskeleg å finne behandlingsplassar fort nok. Når dei blir ustabile rus / psykiatri blir dei innlagt på grunnlag av psykisk sjukdom og utskriven etter kort tid. Det blir ikkje teke tak i rusproblematikken. Utfordrande å følgje dei opp i 1. linje tenesta. I perioder med aktiv rus krev dei mykje personell, både til å følgje opp avtalar med helsevesenet, få dei i aktivitet og følgje opp i bustad.

En av kommunene er også opptatt av at terskelen øker for å benytte seg av sosiale velferdsordninger av ulike årsaker:

Samme som over + Stadig mer digitaliserte helse og velferdstjenester noe som gjør at velferdsporten har en begrenset åpning for det personlige møte/henvendelsen. Mennesker med kognitiv svikt, funksjonsfall, klarer ikke å benytte seg av de sosiale velferdsordninger og det oppstår sosial ulikhet i helse. Differensiert botilbud.

6.4 OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET

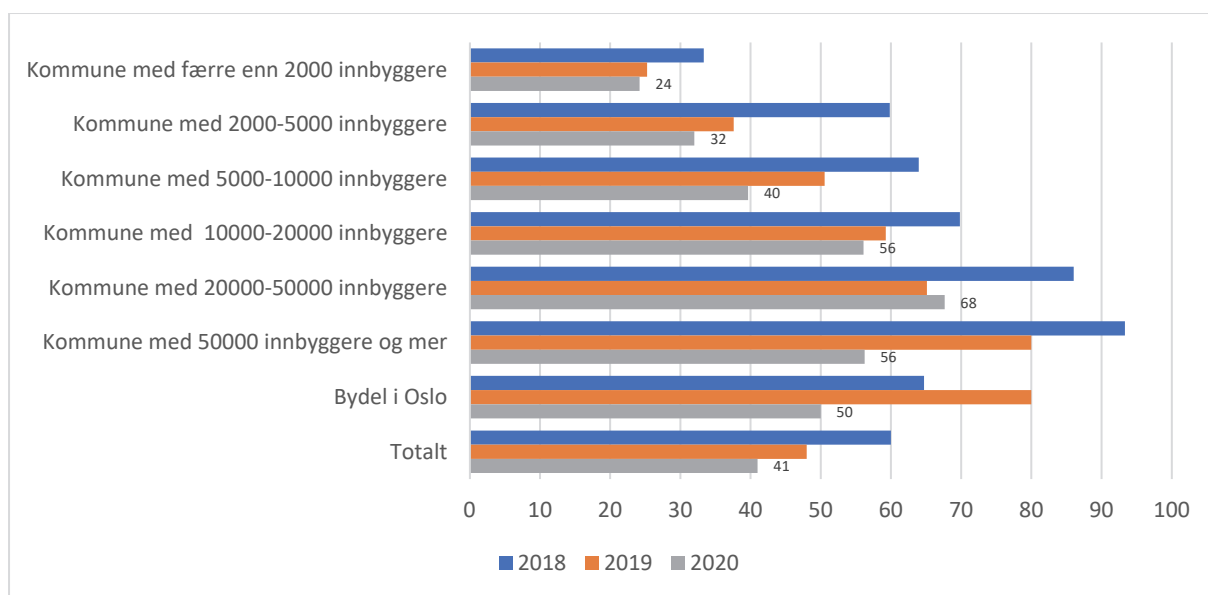
Som vist i tabell 6.2 er det 41 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i *svært stor grad* eller i *stor grad* har benyttet de økte midlene til formålet. I 2019 var andelen 38 prosent, så dette er en liten økning.

Tabell 6.2 I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet blitt benyttet til formålet?

	2018		2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	86	20	73	17	55	18
I stor grad	110	26	90	21	68	23
I noen grad	101	24	110	26	69	23
I liten grad	30	7	39	9	32	11
I svært liten grad	47	11	61	15	36	12
Vet ikke	49	12	47	11	38	13
Total	423	100	420	100	298	100

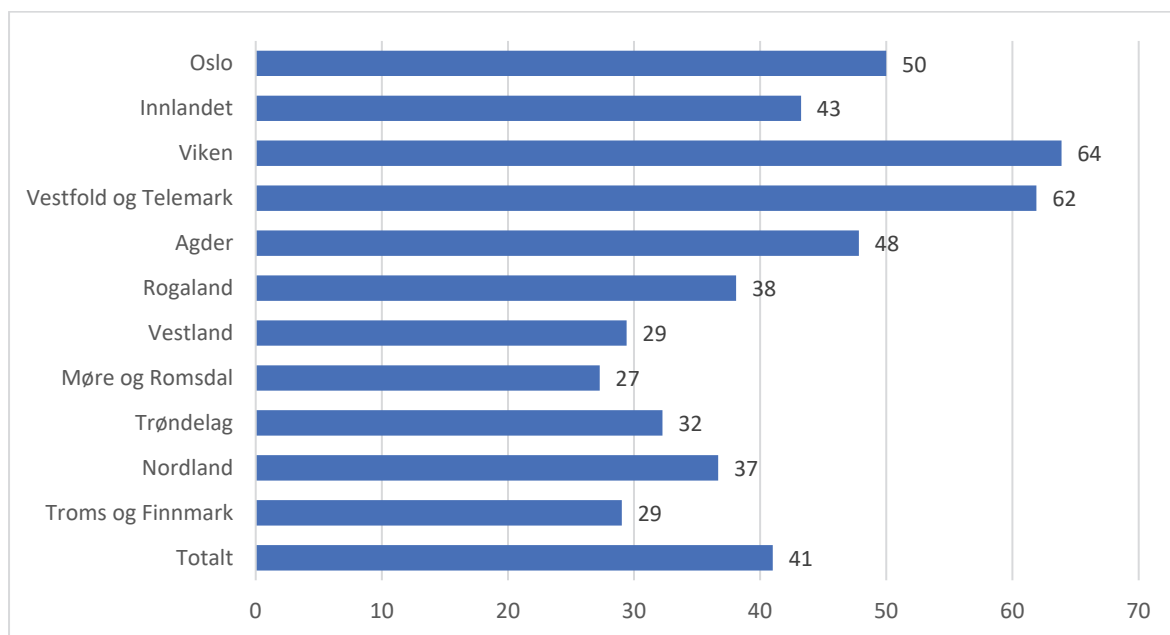
Vi velger her å analysere nærmere hva som kjennetegner kommuner som svarer at midlene i *svært stor grad* eller i *stor grad* benyttes til formålet. Slik får vi også kunnskap om hva som kjennetegner de som i *mindre grad* erfarer at de økte midlene benyttes til formålet. De som ikke har svart i 2020 (74 kommuner) er her kodet til "missing".

Som vist i figur 6.3 er det i alle år slik at andelen øker med kommunestørrelse, med unntak av kommuner med mer enn 50 000 innbyggere (2020) som ligger lavere enn kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere, som svarte at de i stor grad har benyttet midlene til formålet og høyest andel i de største kommunene utenom Oslo. Det er nedgang fra 2019 i alle gruppene. Det er altså færre kommuner som oppgir at de økte midlene har vært benyttet til formålet.



Figur 6.3 Prosent av kommunene som har svart at midlene i svært stor eller i stor grad har vært benyttet til formålet, kommunestørrelse.

Som vist i figur 6.4 er andelen kommuner som svarer at de har benyttet de økte midlene til formålet i 2019 lavest i Møre og Romsdal, Troms og Finnmark og Vestland og høyest i Viken, Vestfold og Telemark.



Figur 6.4 Prosent av kommunene som har svart at midlene i svært stor eller i stor grad har vært benyttet til formålet, fylke, 2020

Men vi finner at de fleste fylkesforskjellene ikke er signifikante når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Dette får særlig utslag i Nordland der det er mange små kommuner. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ikke systematisk forskjell i andelen kommuner som svarer at de benytter midlene til formålet. Det er altså først og fremst det vi kan kalle småkommune-problematikk og ikke geografisk variasjon.

I 2018 fant vi også en sammenheng mellom antall årsverk som rapporteres til voksne (pr. innbygger) og sannsynlighetene for å bruke midlene på det de var ment for. Vi fant at jo flere årsverk kommunene har rapportert pr. innbygger, jo større sannsynlighet er det for at de har svart at midlene i *stor* eller *svært stor grad* har vært benyttet til formålet. I 2020 er ikke disse forskjellene statistisk signifikante; det er fortsatt en positiv korrelasjon, men altså mindre systematisk.

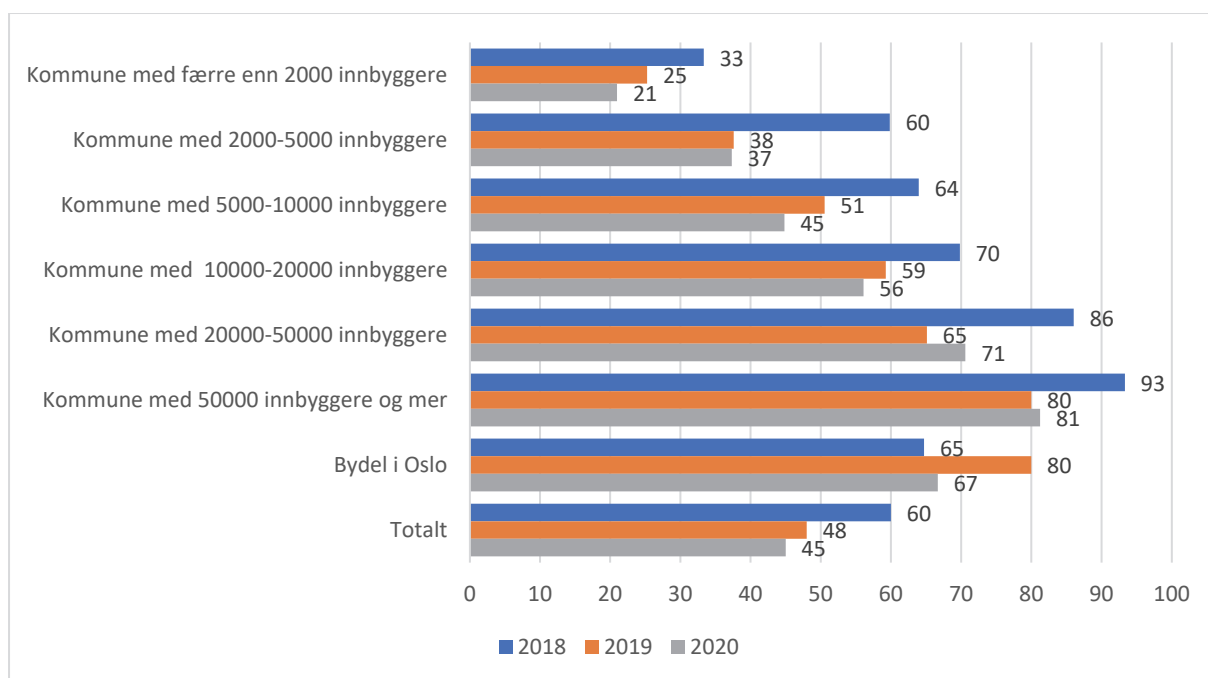
6.5 KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE

Det er færre kommuner/bydeler som svarer at opptrappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i 2020 (45 prosent) enn 2019 (48 prosent) og 2018 (60 prosent), se tabell 6.3. Dette må tolkes som at andel kommuner som opplever direkte konsekvenser av opptrappingsplanen har gått ned utover i perioden.

Tabell 6.3 Har Opptappingsplanen for rusfeltet, gjennom økt rammetilskudd, hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året?

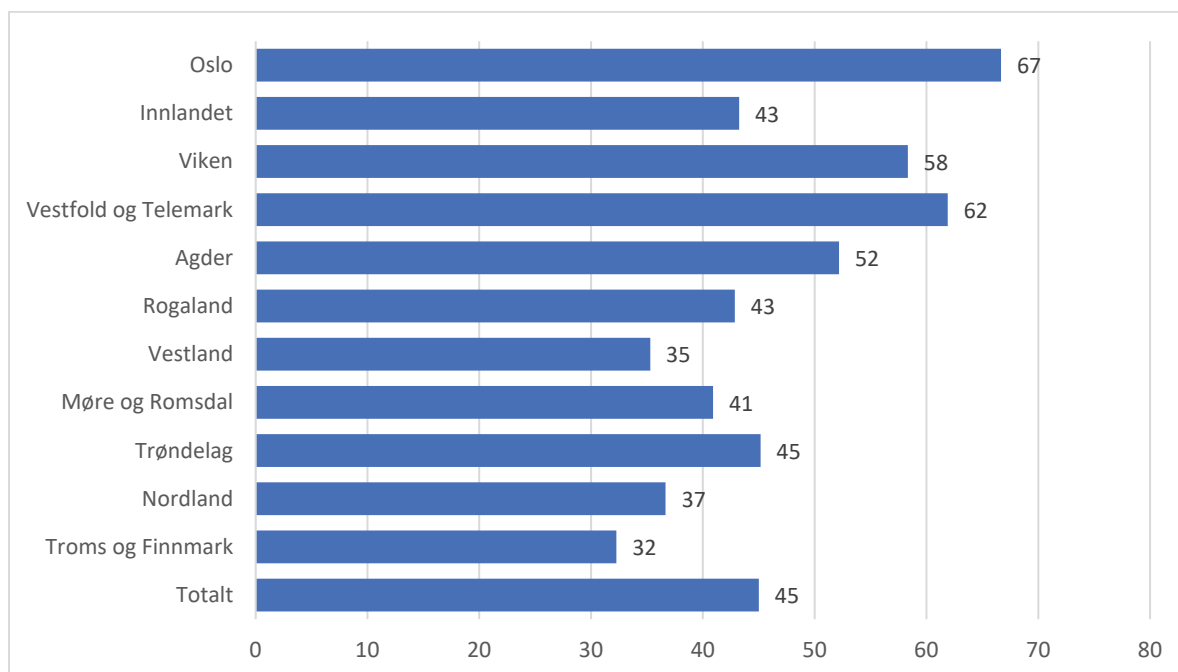
	2018		2019		2020	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	257	60	200	48	135	45
Nei	126	30	166	39	122	41
Vet ikke	43	10	55	13	41	14
Totalt	426	100	421	100	298	100

Om vi ser nærmere på de kommunene som har svart *ja* (de 74 kommunene som ikke har svart settes til missing), finner vi at det er systematiske forskjeller både etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet i andelen kommuner/bydeler som opplever direkte konsekvenser av planen. Forskjellene er vist i figurene 6.5 og 6.6. Fra 2019 til 2020 er det en nedgang i alle grupper, med unntak av i de to største kommunegruppene, som har en liten økning i andel kommuner som rapporterer om konsekvenser av planen.



Figur 6.5 Prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året i kommunen/bydelen, kommunestørrelse.

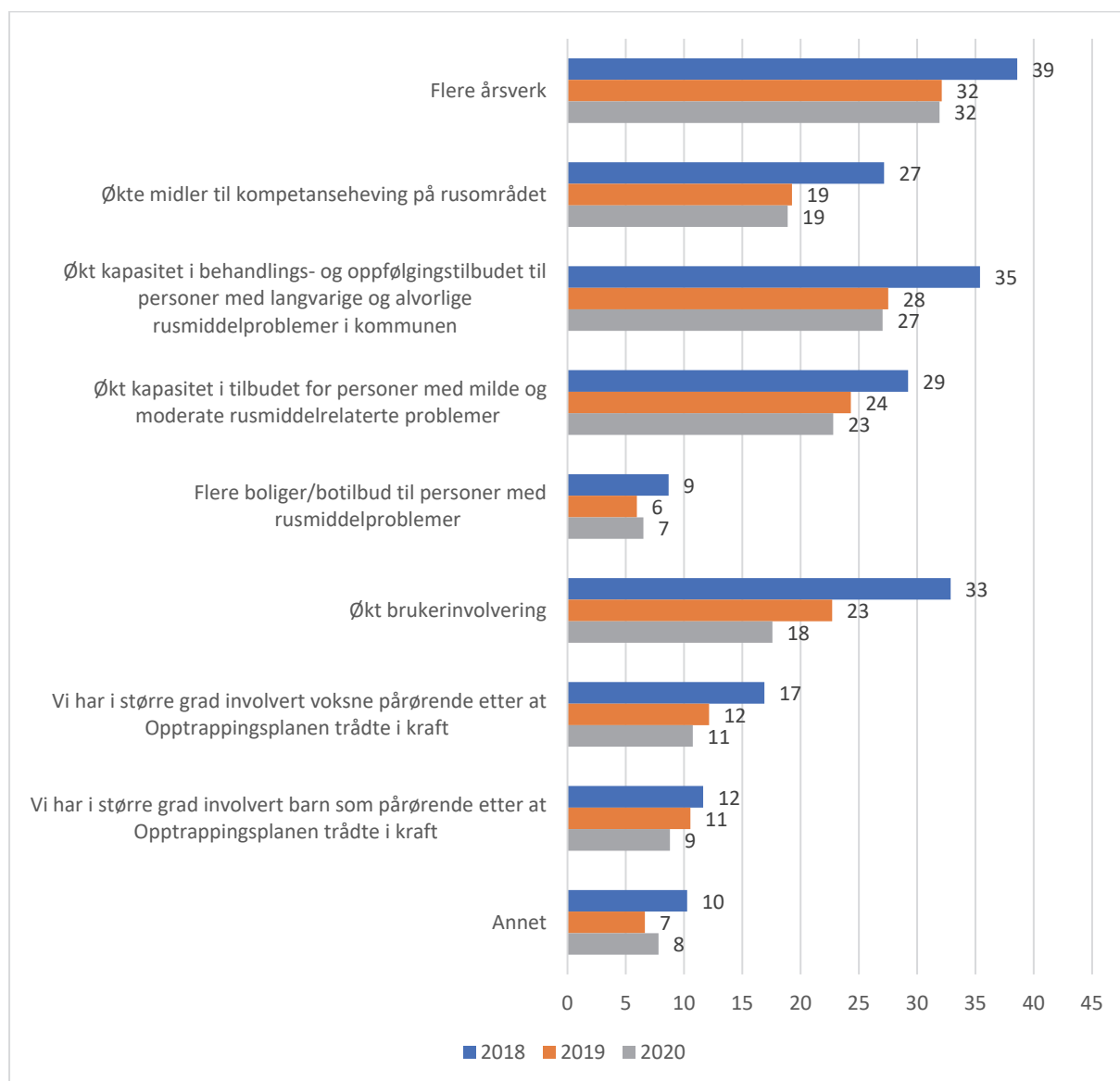
Fra figur 6.6 ser vi at i tillegg til i Oslo, er det en høyere andel kommuner som rapporterer om konsekvenser av planen, også i Vestfold og Telemark og i Viken, mens Troms og Finnmark og Vestland ligger lavt i 2020.



Figur 6.6 Prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året i kommunen/bydelen, fylke. 2020

Også her blir fylkesforskjellene mindre tydelige når vi kontrollerer for kommunestørrelse, og i 2020 er det ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Som vist i figur 6.7 er det også i 2020 flest kommuner/bydeler som har rapportert at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (27 prosent), og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (23 prosent). Av alle kommuner og bydeler er det også i 2020 19 prosent som har oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 11 prosent som i større grad har involvert voksne pårørende og ni prosent barn som pårørende. Det er syv prosent av kommunene som svarer at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det er færre og færre kommuner/bydeler som svarer at økt brukerinvolvering er en direkte konsekvens av opptrappingsplanen, fra 33 prosent i 2018 til 18 prosent i 2020.



Figur 6.7 På hvilken måte har Opptrappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid? 2018-2020 (n=307)

De 24 kommunene/bydelene som har svart "Annet" har blant annet svart at de har fått flere aktivitetstilbud, etablert flere kurs, og en kommune oppgir at de har fått en tydeligere ansvarsfordeling.

Totalt er det rapportert om 144 nye årsverk fra 2019 til 2020, se tabell 6.4. I 2019 rapporterte kommunene/bydelene 251 nye årsverk som følge av opptrappingsplanen. Dersom ingen av årsverkene er rapportert begge årene, betyr dette at det totalt er 896 nye årsverk fra 2017 til 2020 som en direkte følge av opptrappingsplanen. Disse fordeler seg som vist i tabell 6.4 etter kommunestørrelse og som vist i tabell 6.3 etter fylke.

Tabell 6.4 Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptrappingsplan for rusfeltet? Kommunestørrelse, 2019-2020

	2019			2020		
	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger*	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk*
<2000	7	0,6	1,6	3	0,4	1,2
2000-5000	31	0,8	2,2	20	0,8	2,4
5000-10000	35	0,6	1,8	15	0,4	1,1
10000-20000	38	0,5	1,6	30	0,5	1,7
20000-50000	50	0,4	1,4	31	0,3	1,0
50000 og større	66	0,4	1,4	31	0,2	0,5
Bydel i Oslo*	24	0,4	1,3	16	0,3	0,9
Totalt	251	0,5	1,5	144	0,3	1,0

* befolkningsstall og årsverk kun for inkluderte kommuner

Når det gjelder både årsverk pr. innbyggere og årsverk i kommunalt psykisk helse og rusarbeid totalt, er det kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere som har flest nye årsverk både i 2019 og i 2020. Som vist i tabell 6.5, er det fylkene Agder og Vestland som har flest nye årsverk i 2020.

Tabell 6.5 Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptrappingsplan for rusfeltet? Fylke, 2020

fylke	2020		
	Antall årsverk	Antall årsverk pr. 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk
Oslo	16	0,3	0,9
Rogaland	14	0,3	1,4
Møre og Romsdal	5	0,2	0,2
Nordland	6	0,3	0,5
Viken	23	0,2	2,2
Innlandet	11	0,3	0,7
Vestfold og Telemark	6	0,1	0,3
Agder	19	0,6	2,8
Vestland	33	0,6	2,1
Trøndelag	8	0,2	1,4
Troms og Finnmark	4	0,2	0,5
Totalt	144	0,3	1,0

For fylkestall for 2018 og 2019 se forrige rapport.⁹

⁹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf/

6.6 SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING

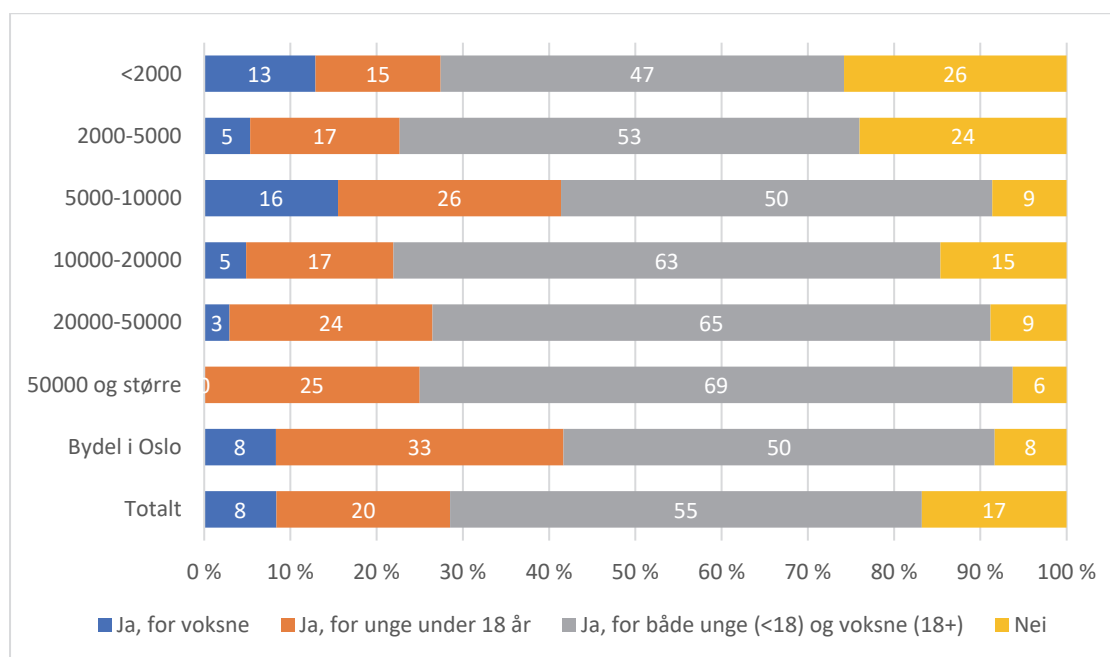
I 2017 svarte 44 prosent av kommunene/bydelene at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen oppe i 51 prosent, i 2019 64 prosent og i 2020 på 83 prosent. Spørsmålet ble i 2018 også konkretisert i forhold til hvem de hadde systemer for, og som vist i tabell 6.6 er det særlig flere som svarer at de har systemer for både unge og voksne – både i 2019 (41 prosent) og i 2020 (55 prosent).

Tabell 6.6 Antall og andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering og oppfølging av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, 2018-2020.

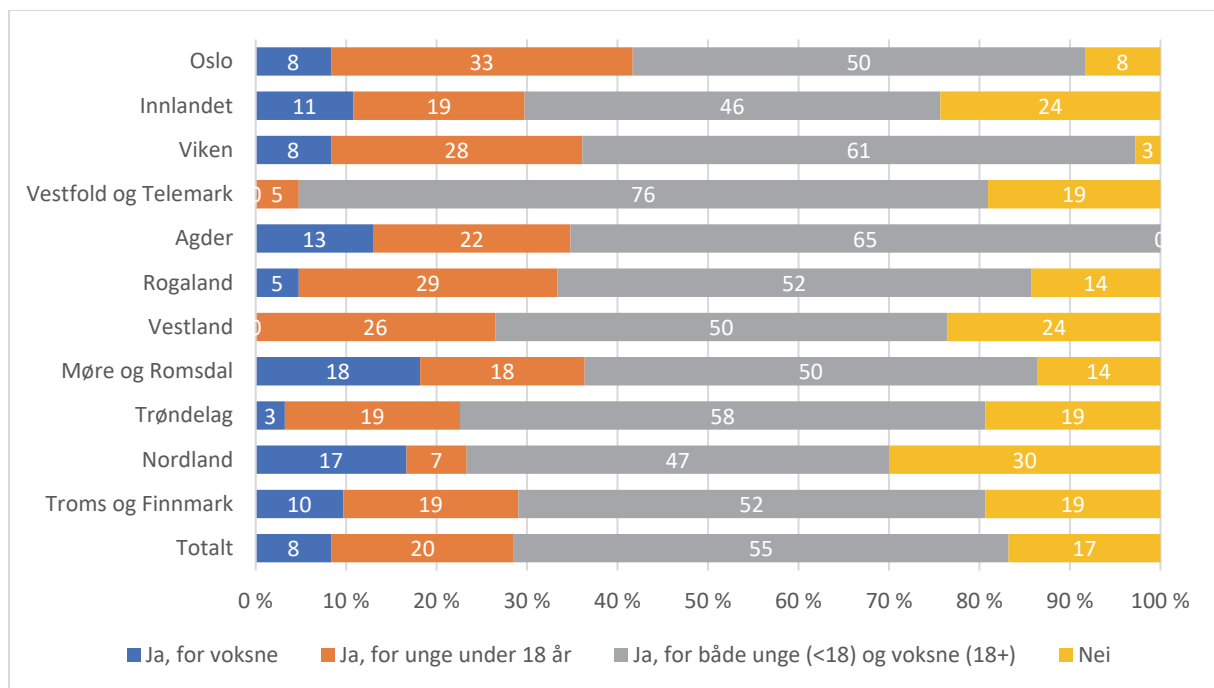
	2018		2019		2020*	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, for voksne	26	6	21	5	25	8
Ja, for unge under 18 år	74	17	76	18	60	20
Ja, for både unge (<18) og voksne (18+)	116	27	171	41	163	55
Nei	208	49	152	36	50	17
Total	424	100	420	100	298	100

* I 2020 ble spørsmålsformuleringen endret fra å inkludere "identifisering" til "identifisering og oppfølging".

Som det kommer fram av figur 6.8, er det tydelige forskjeller etter kommunestørrelse, med en fallende andel som svarer at de ikke har slike systemer på tvers med økende innbyggertall. Fylkesvariasjonen er vist i figur 6.9.



Figur 6.8 Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, kommunestørrelse 2020.



Figur 6.9 Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, fylke 2020.

Det er særlig mange kommuner i Nordland, i Innlandet og Vestland som ikke har slike systemer på tvers, men forskjellen skyldes i stor grad at kommuner har ulik størrelse målt i innbyggertall, og at små kommuner i mindre grad har slike systemer på tvers. Vi finner også en svak positiv sammenheng med antall årsverk rettet mot voksne pr. innbygger og sannsynligheten for å ha systemer på tvers.

6.7 SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER

I 2020 svarte fem prosent av kommunene/bydelene at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, mens andelen var sju prosent i 2019.

Tabell 6.7 Prosent som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, 2017 (n=400) og 2018 (n=423), 2019 (n=420), 2020 (n=296)

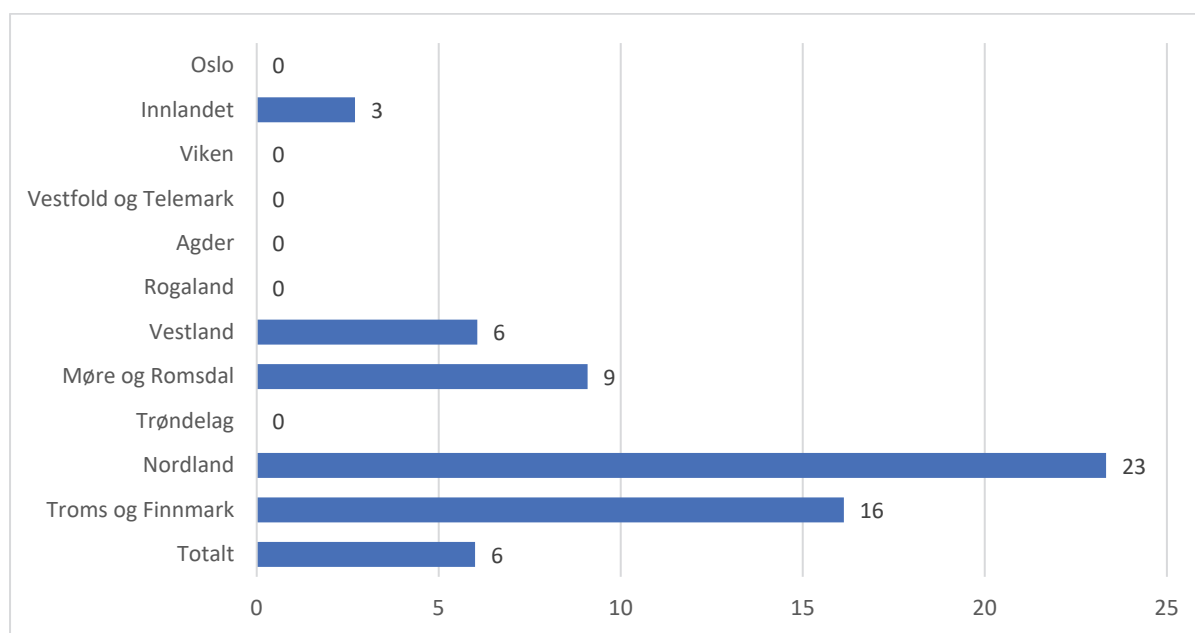
	2017	2018	2019	2020
I svært liten grad	1	1	2	0
I liten grad	9	4	5	5
I noen grad	45	47	39	41
I stor grad	39	41	46	47
I svært stor grad	6	7	8	7
Totalt	100	100	100	100

Som vist i tabell 6.8. er det fortsatt de minste kommunene som svarer at de i *liten grad* har sammenhengende og koordinerte tjenester for mennesker med rusrelaterte problemer, og det er et subjektivt spørsmål der det vil være betydelig variasjon i hva som legges i svaret, sannsynligvis også variasjon over tid innen den enkelte kommune, uten at tjenestene nødvendigvis er endret. Dette

forklarer sannsynligvis variasjonen som kommer fram i tabell 6.8, og dette bør sannsynligvis ikke tolkes som reelle endringer. Vi finner heller ingen samvariasjon med årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og at de selv mener de i *liten grad* har sammenhengende og koordinerte tjenester for målgruppen. Vi ser også fra kommentarfeltene ellers i skjemaet, at en del små kommuner oppgir at de ikke har personer bosatt i kommunen med alvorlige rusproblemer, blant annet fordi de i *større grad* trekkes til større steder.

Tabell 6.8 Prosent som svarer at kommunen/bydelen i *svært liten* eller i *liten grad* har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, kommunestørrelse 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	20	10	13	11
Kommune med 2000-5000 innbyggere	11	4	6	9
Kommune med 5000-10000 innbyggere	7	1	4	3
Kommune med 10000-20000 innbyggere	4	2	6	0
Kommune med 20000-50000 innbyggere	5	5	2	3
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0	0	0
Bydel i Oslo	7	6	13	0
Totalt	10	5	7	6



Figur 6.10 Prosent som svarer at kommunen/bydelen i *svært liten* eller i *liten grad* har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, fylke 2020.

Figur 6.10 viser at det særlig ser ut til å være et potensial for forbedring i Nord-Norge på dette punktet.

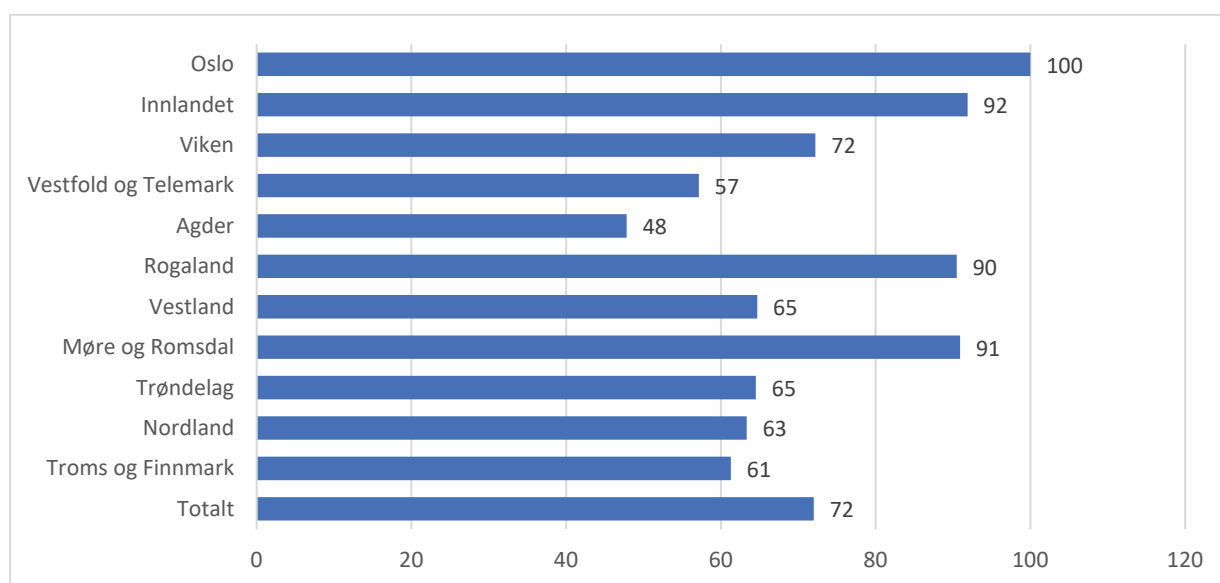
6.8 KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

Det er 72 prosent av kommunene/bydelene som svarer i 2020 at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging, i løpet av de to siste årene. Det er kun marginale endringer i perioden 2017-2020, men vi har ikke undersøkt om det er samme kommune som rapporterer at de kartlegger hvert år. Som vist i tabell 6.9 er det lite variasjon i andelene innen de ulike kommunegruppene mellom de siste fire årene.

Tabell 6.9 Prosent som svarer i at kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, kommunestørrelse 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	38	42	40	50
Kommune med 2000-5000 innbyggere	61	65	63	59
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	84	86	87	88
Kommune med 10000-20 000 innbyggere	88	79	80	71
Kommune med 20000-50 000 innbyggere	88	88	91	97
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	87	87	93	88
Bydel i Oslo	88	100	100	100
Totalt	72	71	72	72

Som vist i figur 6.11 er det kommunene i Agder og Vestfold og Telemark som har lavest andel kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, mens Oslo, Innlandet, Møre og Romsdal og Rogaland har høyest andel.



Figur 6.11 Prosent som svarer i at kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, fylke 2020.

Som tidligere år, har de fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen i 2020, brukt BrukerPlan (71 prosent). Over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (58 prosent), mens to prosent har benyttet Bruker-spør-bruker, og ti prosent har svart *Annet*. Under *Annet* nevnes blant annet brukertilfredshetsevaluering KORUS, FIT, elevundersøkelser, SLT-relaterte aktiviteter, egne brukerundersøkelser og observasjoner generelt.

Tabell 6.10 Antall og andel som svarer på hvilken måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt, 2017-2020

	2017		2019		2020	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle	Antall	Av alle*
BrukerPlan	270	61	287	66	211	71
Ungdata	239	54	246	56	174	58
Bruker-spør-bruker	14	3	8	2	6	2
Annet	49	11	37	8	29	10

* Alle her er de som har deltatt i 2020 (n=298)

Vi ser videre på fordeling av måten rusmiddelsituasjonen er kartlagt på etter kommunestørrelse (tabell 6.11) og fylke (tabell 6.12). Det er samme mønsteret for de ulike kartleggingsmetodene etter kommunestørrelse, jo større kommune, jo større sannsynlighet for at de har brukt metoden.

Tabell 6.11 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, kommunestørrelse 2020

	BrukerPlan	Ungdata	Bruker-spør-bruker	Annet	Har kartlagt
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	48	32	3	3	50
Kommune med 2000-5000 innbyggere	57	51	0	3	59
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	86	79	2	10	88
Kommune med 10000-20 000 innbyggere	71	59	0	12	71
Kommune med 20000-50 000 innbyggere	97	74	3	24	97
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	88	81	0	25	88
Bydel i Oslo	100	67	17	17	100
Totalt	71	58	2	10	72

Tabell 6.12 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, fylke 2020

	BrukerPlan	Ungdata	Bruker-spør-bruker	Annet	Har kartlagt
Oslo	100	67	17	17	100
Innlandet	92	70	5	5	92
Viken	72	53	0	11	72
Vestfold og Telemark	57	48	0	14	57
Agder	39	39	4	13	48
Rogaland	86	81	0	14	90
Vestland	65	56	0	9	65
Møre og Romsdal	91	82	0	9	91
Trøndelag	65	55	0	13	65
Nordland	63	53	3	3	63
Troms og Finnmark	61	48	0	6	61
Totalt	71	58	2	10	72

6.9 BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE

I 2019 og 2020 er det også spurt om kommunen/bydelen benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer. Svarfordelingen er vist i tabell 6.13, men det er vanskelig å sammenlikne 2019 og 2020 fordi det er mange flere som har svart at de har kartlagt, men ikke svart på om de har benyttet data i forbedringsarbeidet.

Tabell 6.13 Antall og andel kommuner som svarer at de benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer 2019, 2020

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	263	86	191	64
Nei	39	13	23	8
Har kartlagt, men ikke svart om de har benyttet data i forbedringsarbeid	3	1	84	28
Total	305	100	298	100

Det er 174 av de 298 kommunene/bydelene som har beskrevet forbedringene de har gjort, for eksempel at problemene som har kommet fram i kartlegginga har blitt tatt opp på politisk plan slik at de kan tilpasse tilbudet der de skårer lavt (for eksempel arbeid og aktivitet). Andre eksempler som gis er etablering av en matordning med utlevering av mat som er i ferd med å gå ut på dato gjennom nærbutikkene, ulike nettvetskurs og andre temaøkter rettet mot ungdom og de problemene som er avdekket i kartleggingen, spesielt gjennom Ungdata. Temaøkter om søvn, utmattelse, o.l. Det er stor bredde i svarene og inntrykket er at kartleggingene blir benyttet i forbedringsarbeidet, og at kartleggingene spesielt kanskje bidrar til å dokumentere udekkede behov i målgruppene.

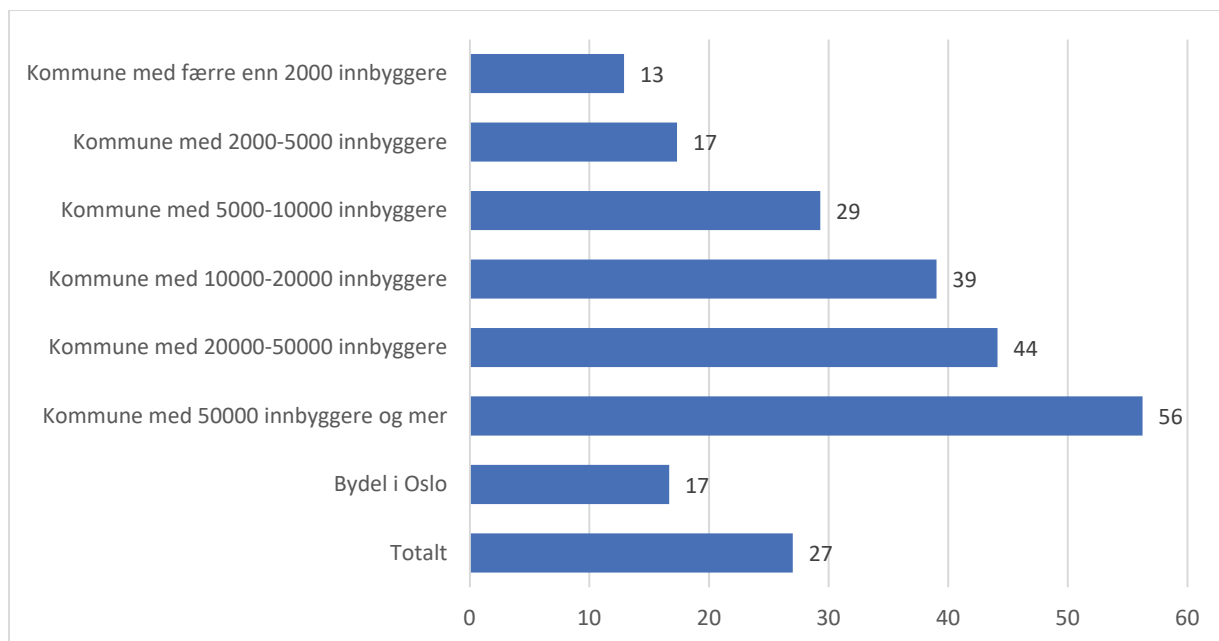
6.10 SIKRING AV BRUKERMEDVIRKNING

I 2019 og 2020 spurte vi også om i hvilken grad kommunene sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet. Som vist i tabell 6.14, er det flere som svarer at de i *svært liten* eller i *liten grad* sikrer brukermedvirkning i tjenestene i 2020 (27 prosent) mot i 2019 (11 prosent).

Tabell 6.14 Antall og andel kommuner som svarer på i hvilken grad kommunen sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, 2019 og 2020.

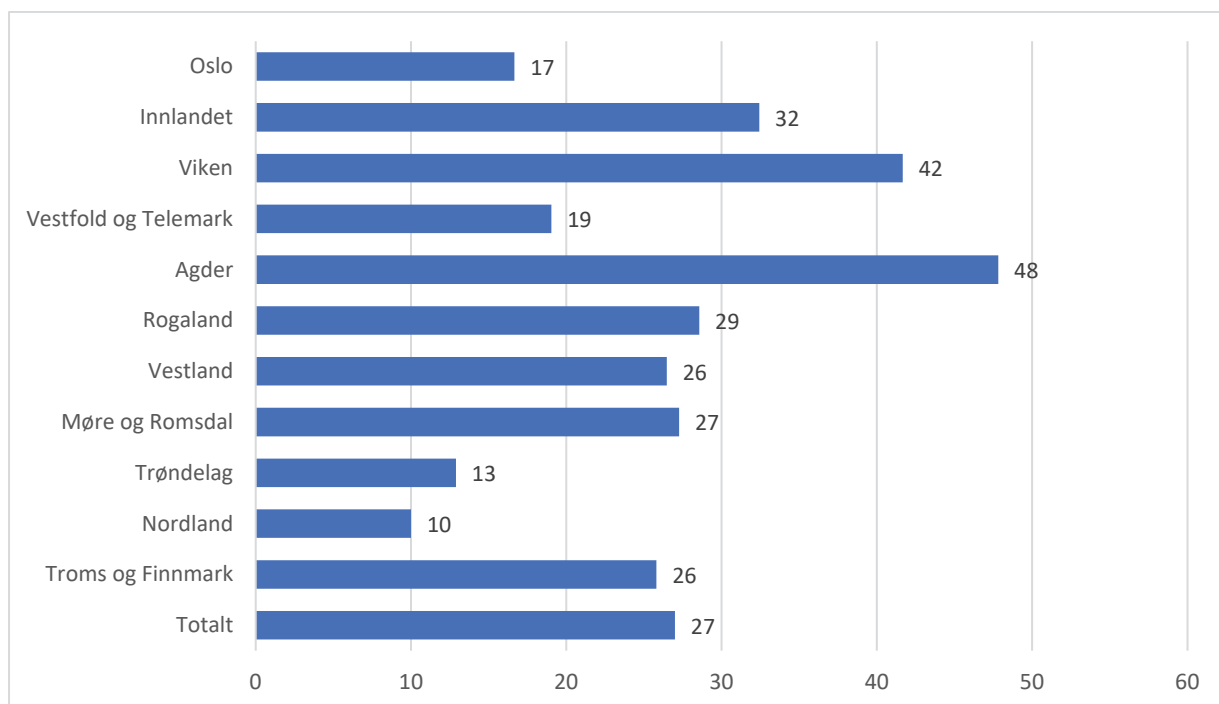
	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	8	2	31	10
I liten grad	36	9	50	17
I noen grad	188	45	137	46
I stor grad	156	37	72	24
I svært stor grad	29	7	8	3
Totalt	417	100	298	100

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



Figur 6.12 Andel kommuner som svarer at de i *stor eller svært stor grad* sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, kommunestørrelse, 2020.

Det er betydelig variasjon etter kommunestørrelse og fylke, men det kan være vanskelig å tolke forskjellene. I Oslo er det mange som svarer i *noen grad* og få som svarer i *stor grad*. Dette kan handle om at de har høy terskel for å si at ting er bra nok, mens andre kommuner med for eksempel mange færre årsverk og et svakere utbygd tjenestetilbud, vil kunne svare *stor grad* fordi det er det meste de kan få ut av ressursene de har tilgjengelige.



Figur 6.13 Andel kommuner som svarer at de i *stor eller svært stor grad* sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet, fylke 2020.

6.11 KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD

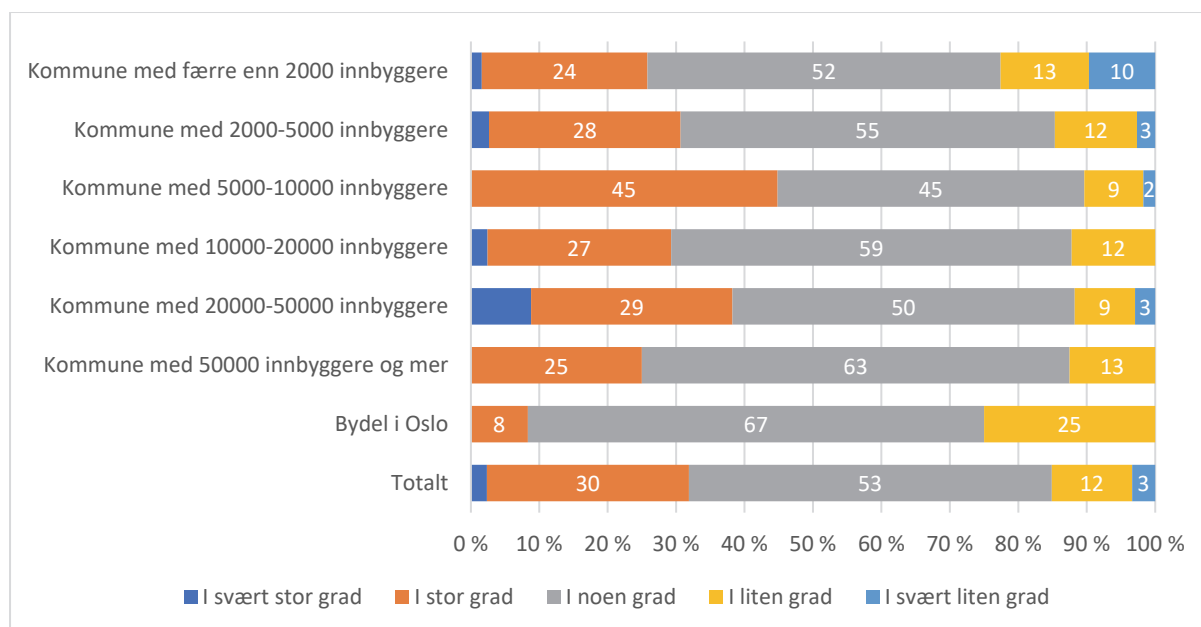
Som vist i tabell 6.15, oppgir 32 prosent av kommunene at de de i *svært stor* eller i *stor grad*, har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. I 2019 var det 26 prosent og i 2018 21 prosent, så det er en økning i perioden.

Tabell 6.15 I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018-2020.

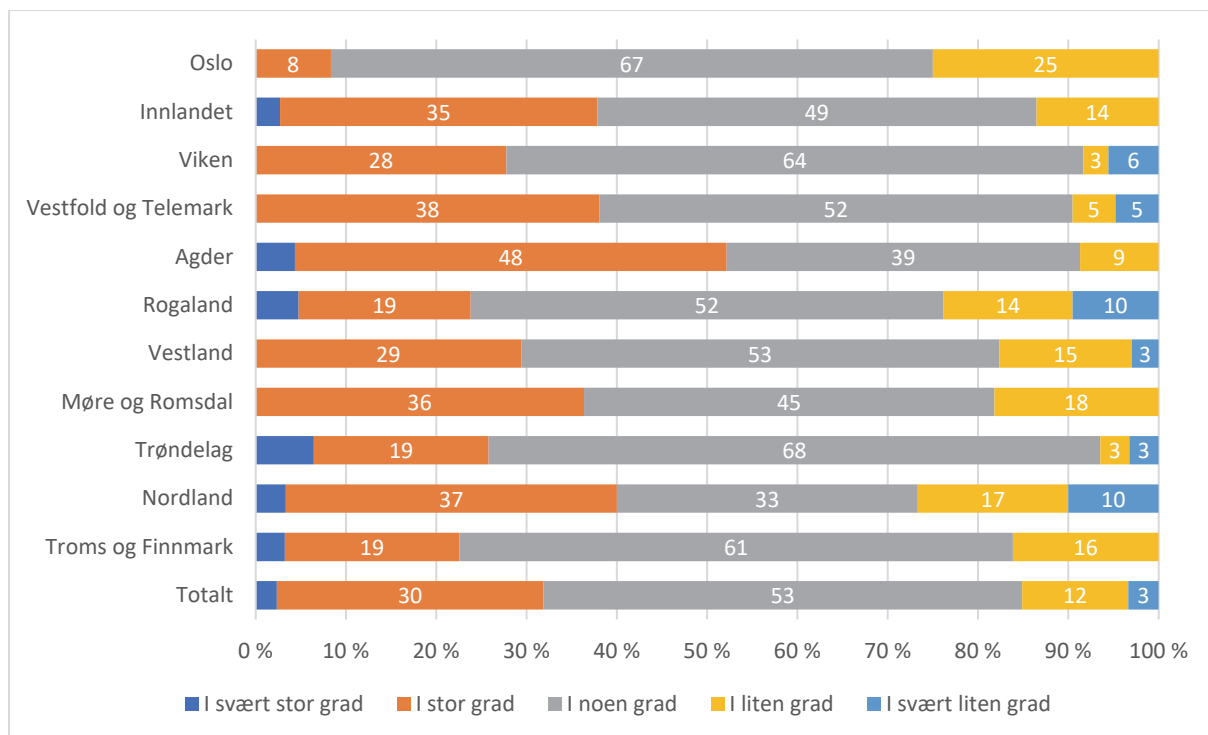
	2018*		2019*		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	13	3	8	2	7	2
I stor grad	80	19	100	24	88	30
I noen grad	213	51	216	52	158	53
I liten grad	92	22	74	18	35	12
I svært liten grad	21	5	21	5	10	3
Total	419	100	419	100	298	100

* I 2018 og 2019 ble det spurt om i hvilken grad kommunen har et godt kartleggings- og behandlingstilbud, mens i 2020 ble det spurt om "tilbud".

Som vist i figur 6.14, er det noen forskjeller også her i forhold til kommunestørrelse, ved at flest i de små kommunene svarer at de i *liten grad* har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for denne gruppen. Den tilsvarende fylkesfordelingen er vist i figur 6.15.



Figur 6.14 Andel kommuner som svarer på om de i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, kommunestørrelse 2020.



Figur 6.15 Andel kommuner som svarer på om de har i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, fylker 2020.

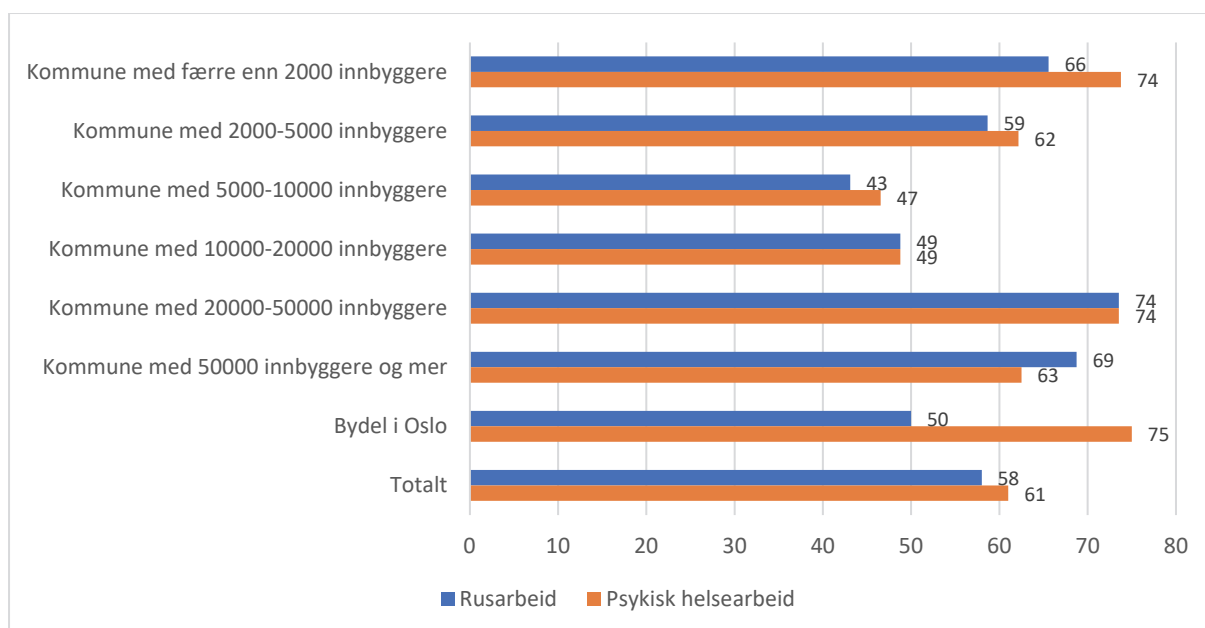
Kommunene/bydelene skulle også beskrive kort tilbudet de har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er 246 av kommunene som har beskrevet tilbudet, og beskrivelsene handler om nye tilbud som er opprettet, at fastlegen tar hånd om dette, at det gjennomføres individuelle samtaler og at de har ansatt ruskonsulenter, har mestringstilbud med kort ventetid, annet lavterskeltilbud og at de har brukt ulike kartleggingsverktøy.

6.12 INVOLVERING AV KOMMUNEOVERLEGENE

I 2020 har vi for første gang spurt om kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid. Tabell 6.16 viser at det er noen flere kommuner som svarer at kommuneoverlegen er tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgiver innen psykisk helsearbeid enn i kommunalt rusarbeid, men det er ikke store forskjeller mellom de to fagfeltene i fordelingen av svarene. Vi ser videre på de som svarer *ja* på spørsmålet i figur 6.16 og 6.17.

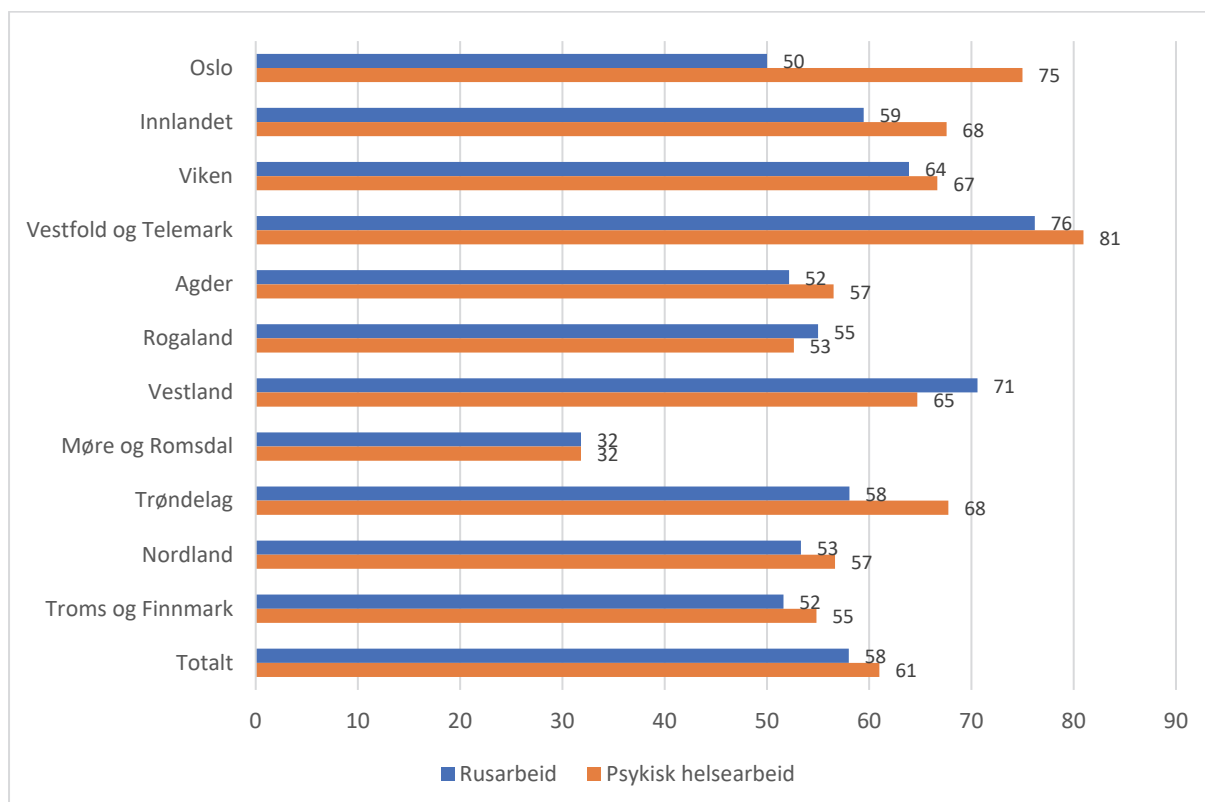
Tabell 6.16 Antall og andel kommuner som har svar på om kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og fagområdet psykisk helsearbeid. 2020.

	Fagområdet kommunalt rusarbeid		Fagområdet psykisk helsearbeid	
Ja	171	58	182	61
Nei	100	34	95	32
Vet ikke	26	9	19	6
Totalt	297	100	296	100



Figur 6.16 Andel kommuner som svarer at kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2020.

Det er særlig i de minste kommunene og i Oslo det er tydelige forskjeller i involvering mellom rus og psykisk helse, og i fylkesfordelingen ser vi disse forskjellene tydeligst blant kommunene i Trøndelag i tillegg til bydelene i Oslo.

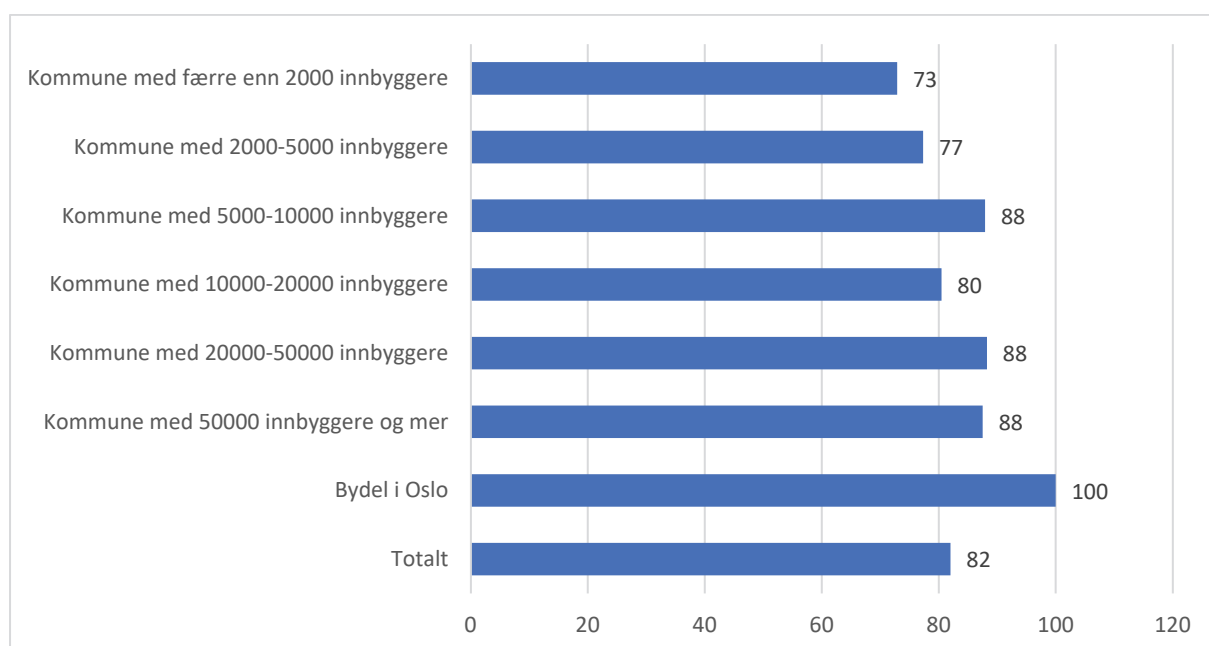


Figur 6.17 Andel kommuner som svarer at kommuneoverlegen(e) er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid, fylke, 2020.

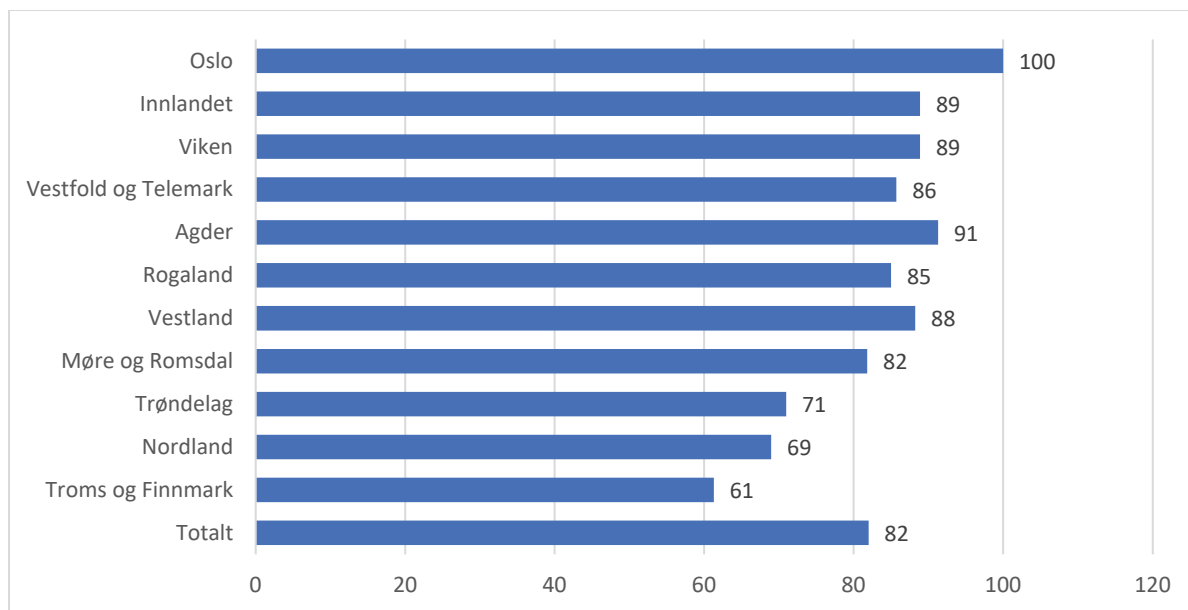
Generelt er det slik at 42 prosent av kommunene/bydelene mener at kommuneoverlegen ikke er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innen rusarbeid, og tilsvarende 39 prosent innen psykisk helsearbeid. Det er derfor et potensial for økt involvering i mange kommuner/bydeler.

6.13 FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET

Det er 82 prosent av kommunene som oppgir at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, mens 18 prosent har svart *nei*. Dette er kun marginale endringer fra 2019 og 2020. Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 6.18 og etter fylke i figur 6.19. Det er en økning i andel kommuner som har forankret rusfeltet med økende innbyggertall, men det er ikke signifikante forskjeller.



Figur 6.18 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Kommunestørrelse, 2020



Figur 6.19 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Fylke, 2020.

Det er 233 kommuner som har svart på hvilket planverk rusarbeidet er forankret i. Dette er typisk ruspolitisk/rusmiddelpolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan, helse- og omsorgsplan, helse- og velferdsplan, egen handlingsplan for rus og psykisk helse, folkehelseplan, virksomhetsplaner, boligsosial handlingsplan eller ulike interkommunale planer.

6.14 OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

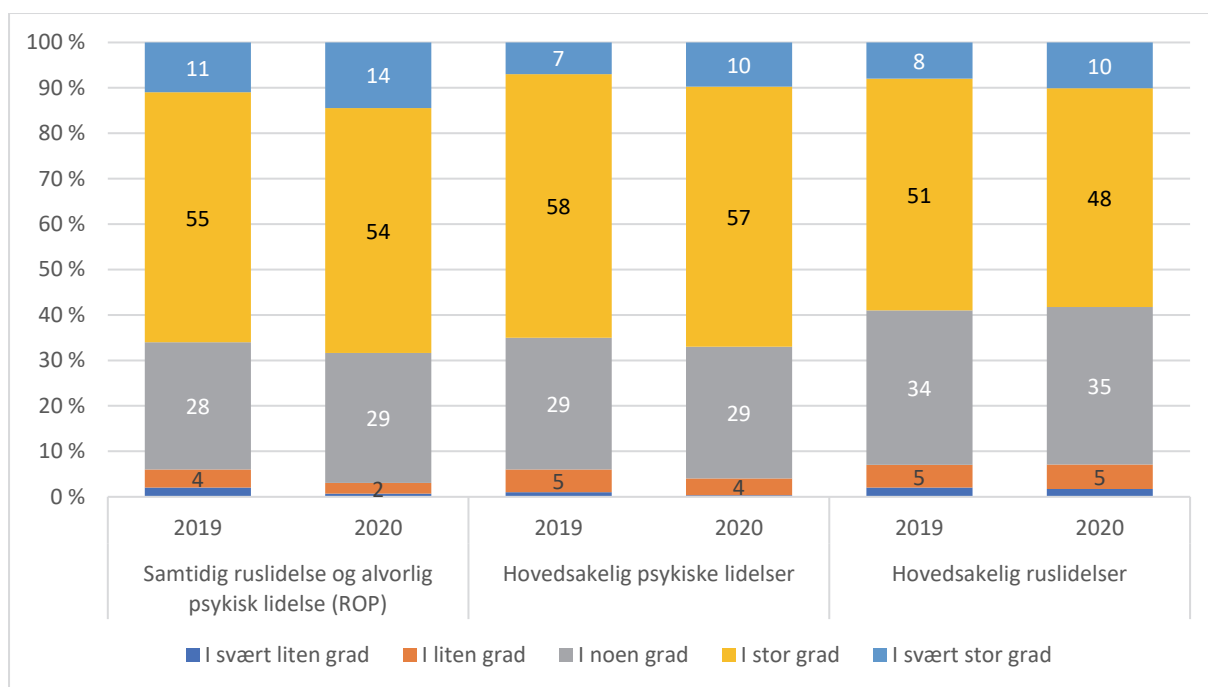
I 2019 og 2020 er det også spurt om i hvor stor grad de i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid følger opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper:

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

Det er ikke betydelige forskjeller mellom de ulike brukergruppene, se figur 6.20 der andelene for de ulike brukergruppene sammenliknes grafisk der også 2019-tallene er tatt med.

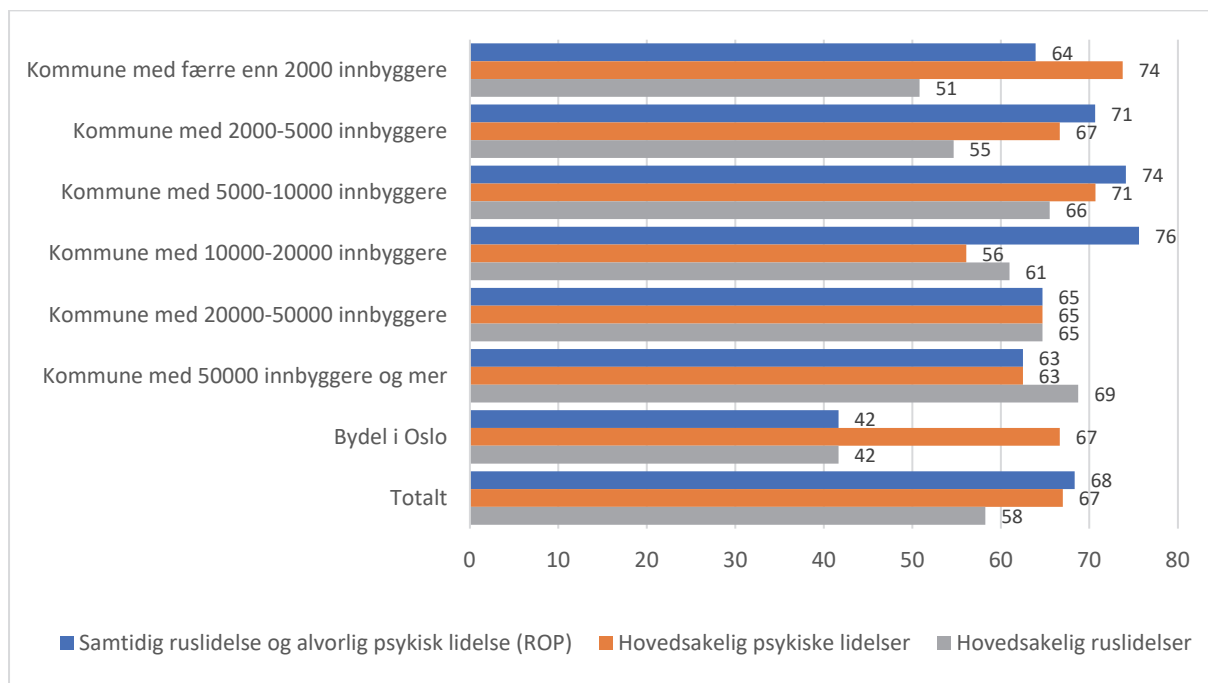
Tabell 6.17 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, 2020.

	Samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP)		Hovedsakelig psykiske lidelser		Hovedsakelig ruslidelser	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	2	1	1	0	5	2
I liten grad	7	2	11	4	16	5
I noen grad	85	29	86	29	103	35
I stor grad	160	54	170	57	143	48
I svært stor grad	43	14	29	10	30	10
Totalt	297	100	297	100	297	100

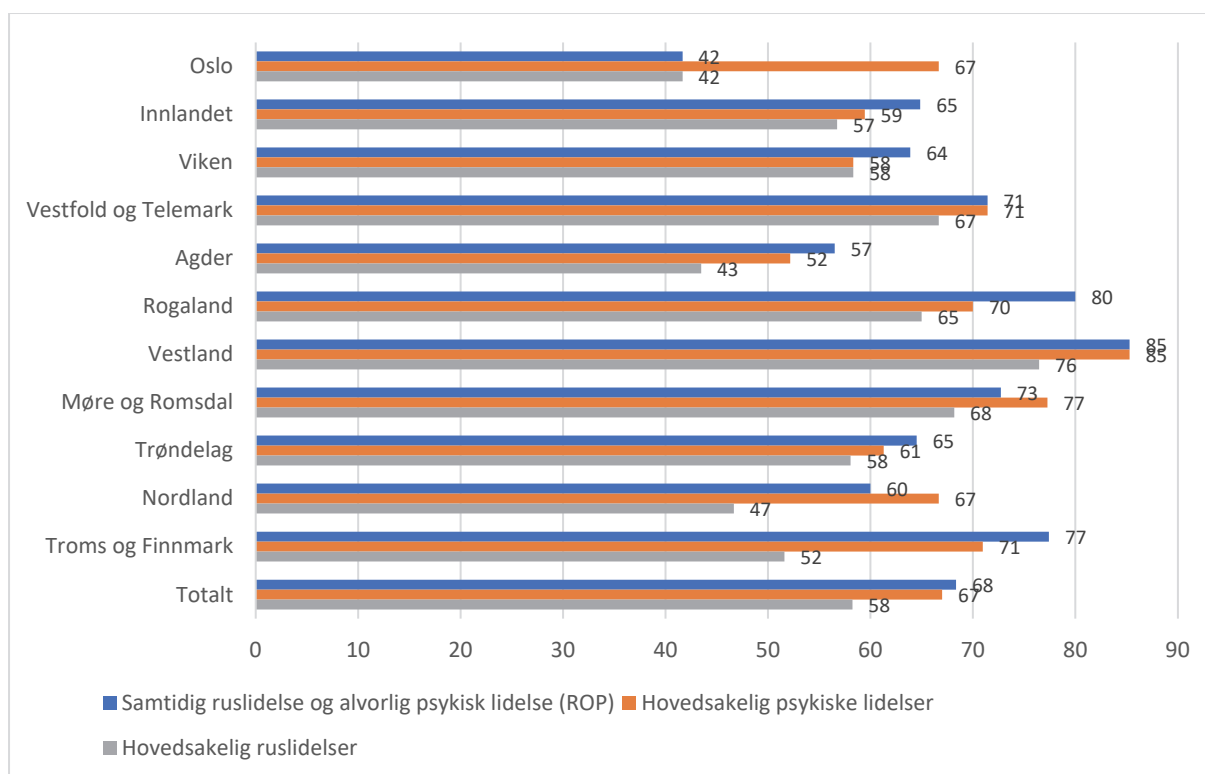


Figur 6.20 Andel kommuner/bydeler som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, 2019 og 2020.

I det følgende ser vi videre på de som har svart i *stor grad* eller i *svært stor grad*. Det er særlig i de minste kommunene og i bydelene i Oslo at somatiske helseproblemer blant brukere med hovedsakelig ruslidelser ikke følges opp i like stor grad.



Figur 6.21 Andel kommuner/bydeler som har svart at de i *stor grad* eller i *svært stor grad* følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, kommunestørrelse 2020.



Figur 6.22 Andel kommuner/bydeler som har svart at de i *stor grad* eller i *svært stor grad* følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, fylker 2020.

Det er også gitt mulighet til å kommentere dette med somatiske helseproblemer i målgruppen, og det er 76 kommuner/bydeler som har valgt å gi en kommentar. Mange sier de har tett kontakt med fastlegen dersom brukere har somatiske helseproblemer, og andre sier hjemmetjenesten er sentral. En av kommunene kommenterer variasjon mellom brukergrupper i samme målgruppe:

Det er stor variasjon i oppfølgingen av de somatiske tilstandene. Noen brukere i alle kategorier får svært god oppfølging. Flere av brukerne som bor tilknyttet boliger med heldøgns omsorg får også svært god oppfølging av somatiske symptomer.

En kommune nevner rusproblemer og at de psykiske lidelsene tar all oppmerksomhet i tjenestene som er spesialisert mot disse problemene:

Rus og psykiske lidelser tar ofte fokus bort fra de somatiske symptomene. Kommunen har fått avvik ved tilsyn fra Fylkesmannen på dette området. Kommunen styrker nå fokuset på den somatiske helsen til brukergruppene.

Flere oppgir at de har fått avvik ved tilsyn og flere melder om økende fokus:

Somatisk helse er nå tatt med i den nye rutinen knyttet til oppfølging av ROP-pasienter.

Vi har økende fokus på dette. Vi ser likevel at brukergruppen likevel for eksempel senere oppdaget kreft enn andre. Dette kan ha flere årsaker.

En utfordring som nevnes er at de som kan somatisk helse, ikke har kompetanse på rusproblemer og psykiske lidelser og vise versa:

Ønske om større involvering/samarbeid med fastlege og hjemmesykepleie (som avskriver ansvar grunnet manglende kompetanse på rus/psykiske lidelser).

Vi følger det godt opp der det er avklart/blir avdekket, men det er nok flere tilfeller der det ligger somatiske helseproblemer i bunn. Der vi mistenker dette kontakter vi fastlege, evt. oppfordrer pasient selv til å følge dette opp.

Flere oppgir at de nå kartlegger somatisk helse mer systematisk:

Vi har faste spørsmål som omhandler somatikk på vårt kartleggingsskjema, samt faste samarbeidsmøter med kommunelegene der også somatiske spørsmål tas opp etter samtykke fra den enkelte pasient. Rutinen gjelder alle pasienter som blir henvist eller selv henvender seg til tjenesten.

Andre svarer at dette vil bli mer prioritert framover.

6.15 SAMARBEIDSAVTALENE MELLOM KOMMUNEN OG HELSEFORETAKET INNEN RUSFELTET

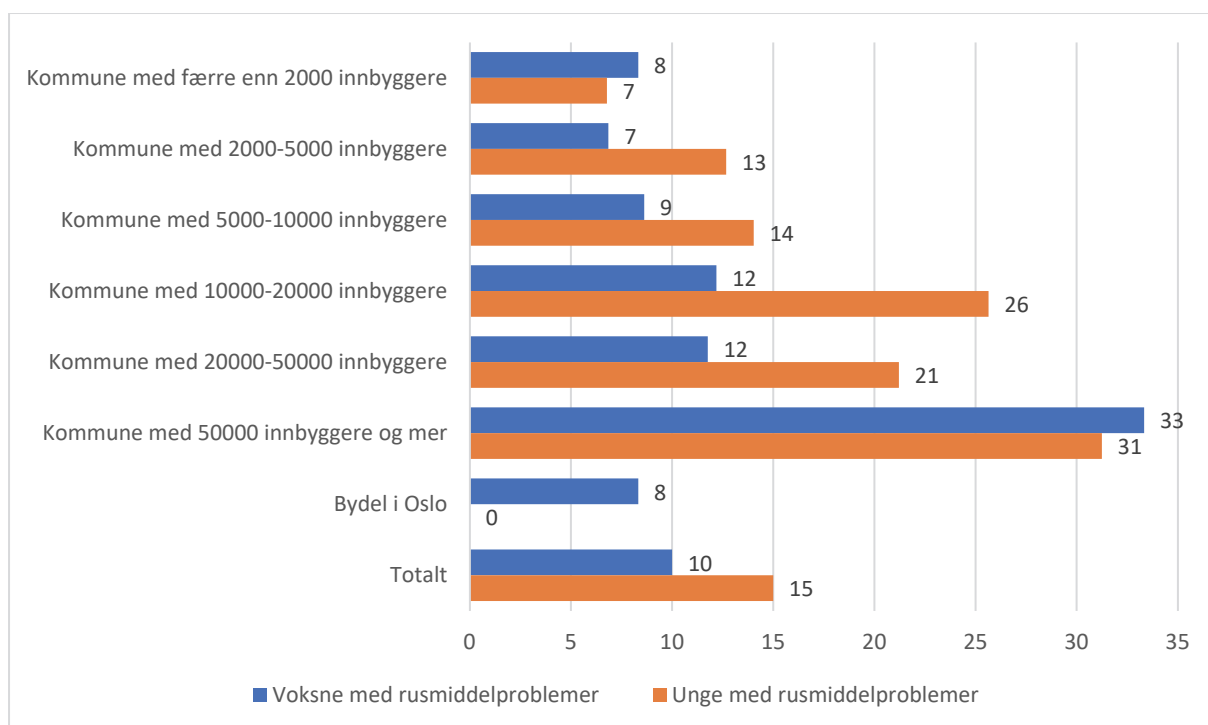
I 2020 er det spurt om hvordan de erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene:

- Voksne med rusmiddelproblemer
- Unge med rusmiddelproblemer

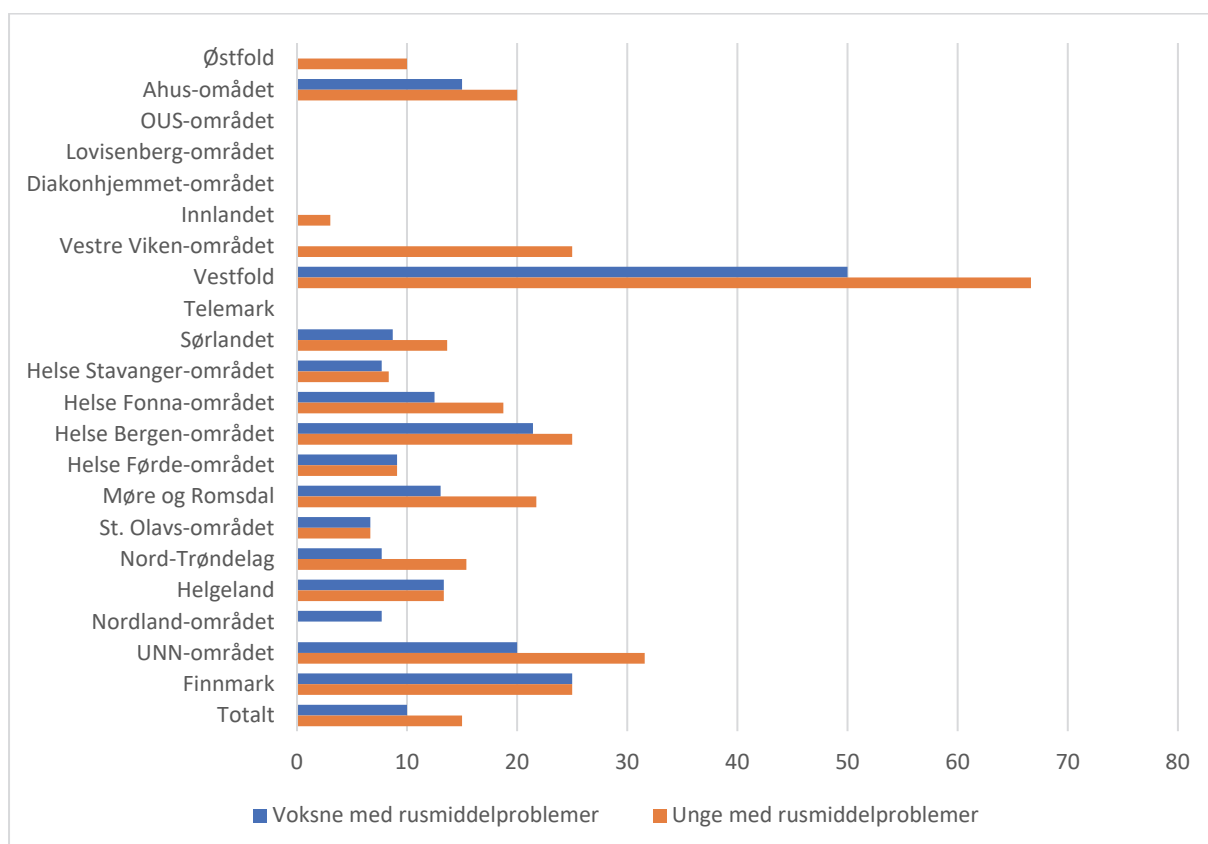
Tabell 6.18 Antall og andel kommuner som har svart på hvordan de erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene, 2020.

	Voksne med rusmiddelproblemer		Unge med rusmiddelproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	17	6	9	3
Godt tilbud	103	35	74	26
Middels	143	49	159	56
Dårlig	27	9	38	13
Svært dårlig	3	1	5	2
Totalt	293	100	285	100

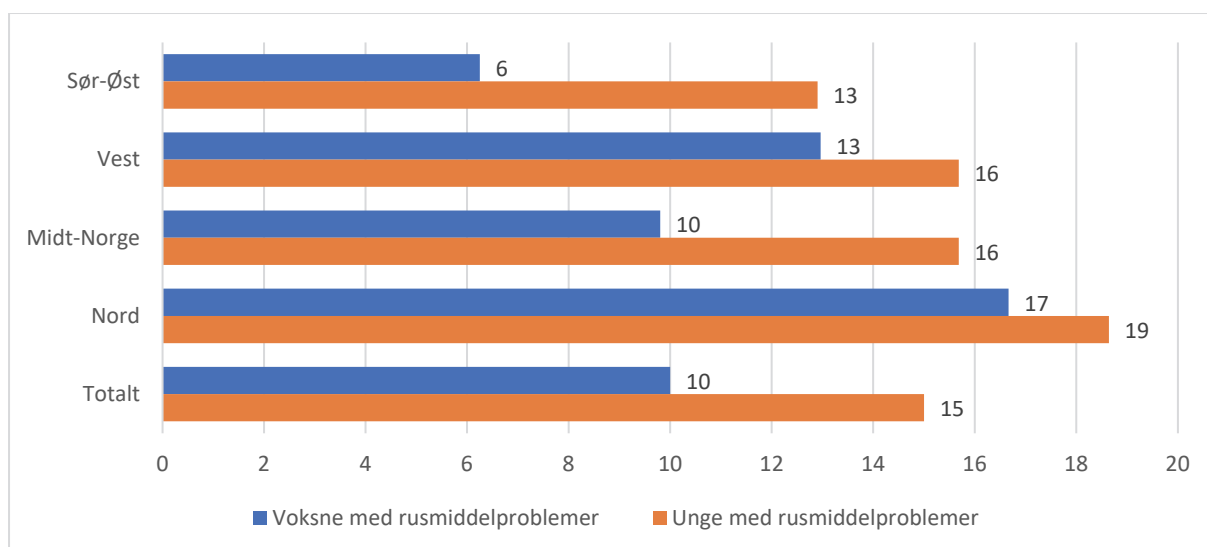
I det følgende ser vi på de som har svart *dårlig* eller *svært dårlig*, og dette utgjør henholdsvis ti prosent og 15 prosent for voksne og unge. Fordeling etter kommunestørrelse er vist i figur 6.23 og etter helseforetaksoptaksområde i figur 6.24. Det ser ut til å være særlige utfordringer i samarbeidsavtalene som gjelder unge med rusmiddelproblemer i bydelene i Oslo og i de mellomstore kommunene.



Figur 6.23 Andel kommuner/bydeler som svarer at de erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer dårlig for de ulike målgruppene, kommunestørrelse 2020.



Figur 6.24 Andel kommuner/bydeler som svarer at de erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer dårlig for de ulike målgruppene. Helseforetak 2020.



Figur 6.25 Andel kommuner/bydeler som svarer at de erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer dårlig for de ulike målgruppene, helseregion 2020.

Det er størst andel av kommunene som rapporterer at samarbeidsavtalene fungerer dårlig for voksne med rusmiddelproblemer i Helseregion Nord, og størst er andelen i Helse Finnmark og UNN-området. Når det gjelder unge med rusproblemer, er det størst andel som svarer at de fungerer dårlig i nord og i vest.

6.16 OPPSUMMERING

2020 er siste året av Opptappingsplanen for rusfeltet, og 55 prosent av kommunene svarer at videreføring av den kapasiteten og kompetansen som planen har medført, er omtalt i kommunens planverk. Jo større kommunen er, jo større sannsynlighet er det for at de har omtalt planer for videreføring i planverket.

Vi har også spurt hva de største utfordringene på rusfeltet er for de ulike målgruppene, fordelt både etter forløp og etter barn/unge og voksne. For barn og unge med milde og kortvarige rusproblemer er det blant annet svart at det er vanskelig å komme tidlig nok inn og å komme i posisjon til å hjelpe, at de unge bagatelliserer rusbruket sitt, at legaliseringsdebatten om cannabis bidrar til ufarliggjøring og dermed til at flere prøver, at foreldre ikke tar situasjonen alvorlig nok og ikke følger opp, at utenforskap fører til lavere terskel for å prøve rusmidler for å bli en del av et miljø og at fastlegen spør om rusbruk for sjelden. For barn og unge med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere rusproblemer, kommer i tillegg eksempler om at denne gruppen er lite motivert til å søke hjelp, manglende arenaer for å møte ungdom og svak samhandling mellom tjenestenivå. For den tredje gruppen barn og unge, de med alvorlige og langvarige problemer, er det mye av de samme utfordringene, i tillegg til for eksempel mangel på gode støttetjenester, for sen henvisning til spesialisthelsetjenesten og at de unge faller mellom BUP, som i liten grad gir rusbehandling, og TSB som i liten grad behandler pasienter under 18 år.

For voksne med milde og kortvarige problemer er det mange som ikke ønsker tjenester fra kommunen, for eksempel fordi de blir fratatt førerkortet eller generelt opplever stigma knyttet til rusproblemer. For voksne med kortvarige alvorlige problemer, og langvarige mildere problemer, handler det mer om at sakene blir mer komplekse, og at de utvikler langsomt større utfordringer på flere livsområder som arbeidstilknytning, familierelasjoner og dårlig økonomi. Mange får avslag på behandling og situasjonen

kan forverres. For voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser er det mange som mangler meningsfulle aktiviteter i hverdagen, og selv om kommunen tilbyr dette kan det være vanskelig å få motivert de med størst behov til å delta. Mange får avsluttet behandlingen i spesialisthelsetjenesten på tross av at de har alvorlig rusproblematikk, og de blir dermed kommunens ansvar. Andre peker på mangler i lovverket og at det er en uklar arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rusfeltet.

Videre finner vi liten økning i andel kommuner som oppgir at de økte midlene som de har mottatt gjennom opptrappingsplanen har blitt benyttet til formålet fra 38 prosent i 2019 til 41 prosent i 2020. Men i 2018 var andelen 46 prosent så det er ikke en tydelig trend utover planperioden. Jo større kommunen er, jo mer sannsynlig er det at de svarer at midlene har blitt benyttet til formålet, men det er ikke tydelige geografiske forskjeller.

Det er nedgang i andel kommuner som erfarer at opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser (for eksempel flere årsverk) utover i perioden. Fra 60 prosent i 2018, 48 prosent i 2019 til 45 prosent i 2020. Også her øker andelen som opplever direkte konsekvenser med kommunestørrelse, mens den geografiske variasjonen er mindre tydelig. Gjennom hele perioden er de vanligste konsekvensene av opptrappingsplanen at de har fått flere årsverk, og totalt er det rapportert om 896 nye årsverk fra 2017 til 2020 som en direkte følge av opptrappingsplanen.

Gjennom perioden har det vært økning i andel kommuner som oppgir at de har systemer på tvers for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen oppe i 51 prosent, i 2019 på 64 prosent og i 2020 på 83 prosent. Dette kan være en effekt av opptrappingsplanen og det er særlig vekst i andel kommuner som har system på tvers både for unge og voksne.

Det er få kommuner (fem prosent) som i 2020 svarer at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, mens andelen var ti prosent i 2017. Det er videre 72 prosent av kommunene som i 2020 rapporterer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Denne andelen har vært stabil siden 2017 og i tillegg til BrukerPlan (71 prosent), er det mange kommuner som bruker Ungdata (58 prosent) og det er disse to kartleggingsmetodene som brukes av de fleste kommunene. Begge metodene har hatt en jevn økning utover i planperioden.

Det er en betydelig økning i andel kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet fra 2019 til 2020, fra ti prosent til 27 prosent i 2020, og det er begge år systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, og i 2020 fra 13 prosent i de minste kommunene til 57 prosent i de største kommunene, med unntak av Oslo der de fleste svarer at de i *noen grad* sikrer brukermedvirkning. Disse forskjellene gir rom for tolkning, og én hypotese er at Oslo har større forventninger til å få til brukermedvirkning i tjenesteutviklingen enn andre kommuner, eller at de prioriterer brukermedvirkning i driftsarbeid heller enn i utviklingsarbeid.

Videre er det i 2020 nå 32 prosent av kommunene som svarer at de i *stor grad* har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, og dette er en økning fra 21 prosent i 2018 og 26 prosent i 2019, så det er viss økning utover i perioden.

I 2020 har vi for første gang spurt om kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid. Det var noen flere kommuner som svarer at kommuneoverlegen er tilstrekkelig involvert i psykisk helsearbeid enn i kommunalt rusarbeid, men det er ikke store forskjeller mellom de to fagfeltene i fordelingen av svarene. Generelt er det slik at 42 prosent av kommunene/bydelene mener at kommuneoverlegene ikke er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innen rusarbeid, og tilsvarende 39 prosent innen psykisk helsearbeid. Det er derfor et potensial for økt involvering i mange kommuner og bydeler.

I 2020 oppga 82 prosent av kommunene/bydelene at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette er kun marginale endringer fra 2018 og 2019.

Vi kan også observere en liten økning i andel kommuner som svarer at de i stor grad følger opp somatiske helseproblemer fra 2019 til 2020 blant tjenestebrukere med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) og blant de med hovedsakelige psykiske lidelser. Men det er ingen økning, og samtidig lavest andel som svarer at de i *stor grad* følger opp somatiske helseproblemer, blant de med hovedsakelige ruslidelser.

Rundt ti prosent av kommunene/bydelene erfarer at samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket fungerer dårlig for voksne med rusmiddelproblemer, og 15 prosent mener avtalene for unge med rusmiddelproblemer fungerer dårlig.

7 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

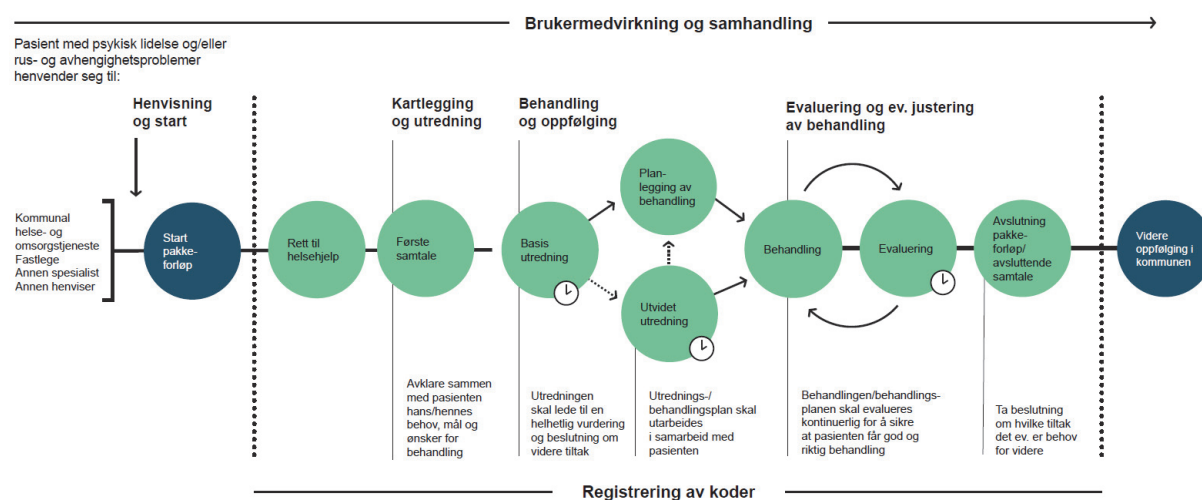
7.1 INNLEDNING

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

Figuren under viser pakkeforløpenes innhold. For mer detaljer om pakkeforeløpene, se Helsedirektoratets nettsider¹⁰ og tidligere rapport kapittel 7 (Ose et al., 2018).

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Evaluerende av pakkeforløp

Helsedirektoratet har igangsatt evaluering av pakkeforløp, som gjennomføres av SINTEF i samarbeid med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling og en forskningsavdeling ved St. Olavs hospital. Formålet er å få kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfarer av pasienter og tjenesteytere, samt å innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner, formulert i fem målsettinger. Evalueringen skal også bidra til å kunne

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

justere pakkeforløpene underveis. Hovedfokus skal være på de tre generelle pakkeforløpene, og i det siste året av evalueringen også på overgang mellom ulike pakkeforløp. Den første rapporten i evalueringen ble publisert i januar 2020, og kan lastes ned fra evalueringens prosjektside:

<https://www.sintef.no/prosjekter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/>

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

Basert på datainnsamlingen i IS-24/8 våren 2018 fant vi at mange kommuner oppga at de var kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det var 28 kommuner som svarte at de ikke er kjent med dette, og 19 kommuner svarte ikke på dette spørsmålet. Dette var typisk små kommuner i Midt-Norge og i Nord-Norge, og dette tyder på at informasjonen ikke nådde ut til alle kommunene.

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

Våren 2019 svarte det store flertallet av kommunene (95 prosent) at de er kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet. Mer enn halvparten av kommunene (55 prosent) hadde da fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, men mange arbeidet videre med dette utover i 2019. Av de som hadde fått på plass en forløpskoordinator for disse pakkeforløpene, var det 62 prosent som hadde organisert denne under Koordinerende enhet/Tildelingskontor, mens 40 prosent hadde organisert forløpskoordinatoren i Enhet for psykisk helse og rus. Noen få kommuner (n=6) av de som hadde fått på plass forløpskoordinator, har valgt å organisere denne i NAV. Mange kommuner som ikke hadde fått på plass forløpskoordinator oppga at de arbeider med å finne den beste løsningen og vil ha det klart i løpet av 2019. Det var videre 17-28 prosent av kommunene som svarte at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgruppene voksne/barn/unge og psykiske lidelser/-rusmiddelp problemer. Av alle kommunene oppga 22 prosent at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, og mange var i gang med å utvikle innholdet, men hadde foreløpig ikke publisert dette. Det var kun få kommuner som da rapporterte at de har direkte erfaringer med pakkeforløpene for psykisk helse og rus, men vi forventet at flere vil kunne dele erfaringer i 2020.

7.2 DATAGRUNNLAG

I 2020 er det samlet inn følgende informasjon om pakkeforløp i kommunene:

- Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- Hvor er forløpskoordinatoren organisert?
 - Koordinerende enhet/Tildelingskontor
 - Enhet for psykisk helse og rus
 - NAV
 - Annet, hvor:
- Hvilken rolle har forløpskoordinatoren(e) i kommunen fått?
 - Oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjeneste
 - Individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp
 - Annet, hva:
- Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider?
- Har kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus for:
 - Voksne med rusmiddelproblemer
 - Voksne med psykiske vansker/lidelser
 - Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
 - Unge med rusmiddelproblemer
- Har dere noen konkrete positive og/eller negative erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- I hvilken grad opplever dere følgende endringer etter innføringen av pakkeforløp:
 - har forbedret tilbudet pasienten får fra kommunen?
 - har forbedret tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten?
 - har forbedret samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?
 - har ført til en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten?
 - har ført til økt samarbeid med fastlegene?
 - har ført til bedre samarbeid med fastlegene?

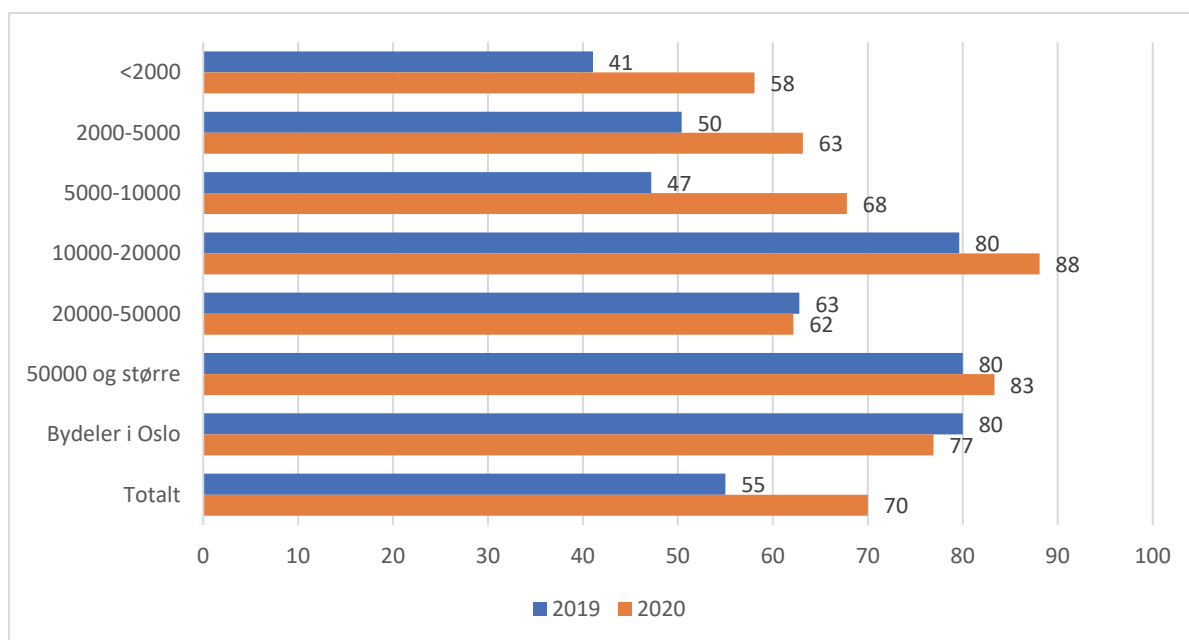
7.3 FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Det er 70 prosent av kommunene/bydelene som i 2020 svarer at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en stor økning fra 2019 da 55 prosent hadde en slik koordinator på plass.

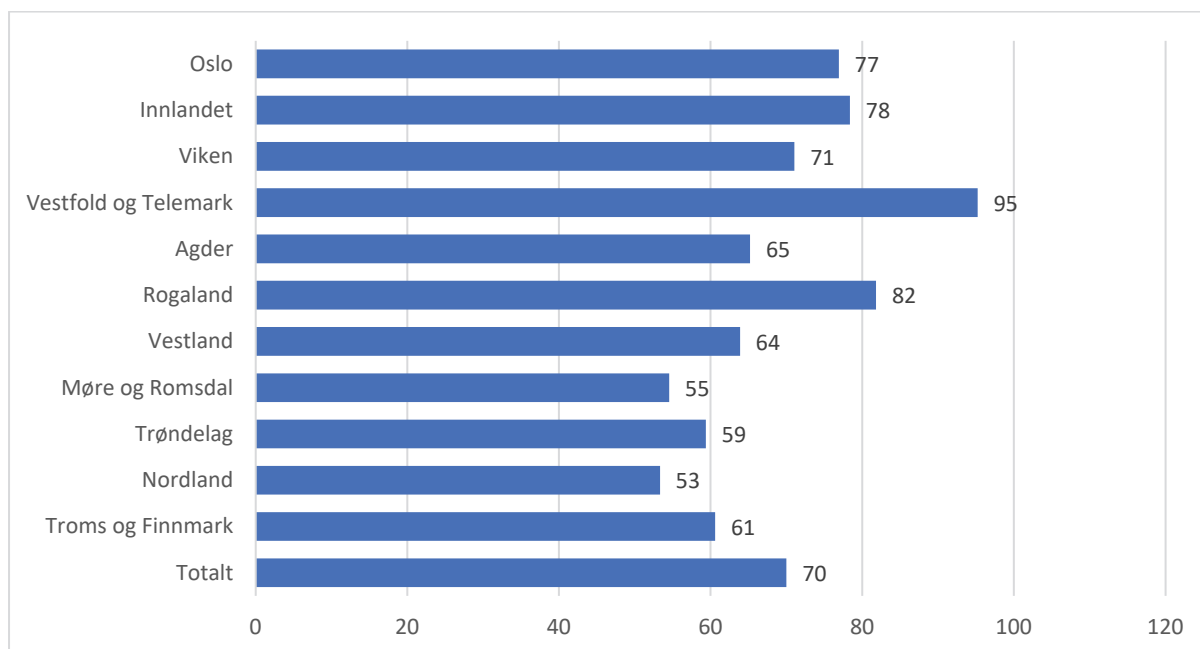
Tabell 7.1 Svar på spørsmål om kommunen/bydelen har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, 2019, 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	238	55	209	70
Nei	182	42	83	28
Ikke svart	16	4	6	2
Totalt	436	100	298	100

Vi ser på hvordan de kommunene som svarer *ja* til at de har forløpskoordinator på plass, fordeler seg etter kommunestørrelse (figur 7.1) og fylke (figur 7.2).



Figur 7.1 Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Kommunestørrelse, 2019, 2020.



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

7.4 ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN

Som vist i neste tabell har 69 prosent av de som har forløpskoordinator på plass valgt å organisere denne i koordinerende enhet eller tildelingskontor, mens 46 prosent har koordinatoren på enhet for helse og rus og to prosent har organisert denne i NAV-kontoret.

Tabell 7.2 Svarfordeling på hvor forløpskoordinatoren er organisert, 2019 (n=238), 2020 (n=209)

	2019		2020	
	Antall	Av alle med koordinator på plass	Antall	Av alle med koordinator på plass
Koordinerende enhet/Tildelingskontor	147	62	145	69
Enhet for psykisk helse og rus	95	40	97	46
NAV	6	3	4	2
Annet	18	8	14	7

Det er sju prosent som svarer *annet*, og her har de kommentert blant annet at enhetsleder for psykisk helse deltar i koordinerende enhet sammen med Hjemmetjenester, NAV og miljøarbeidertjeneste, eller at de ikke har forløpskoordinator for barn og unge fordi sektortilhørighet ikke er avklart. Andre kommenterer at forløpskoordinatoren er organisert på helsestasjon, Familiens Hus eller på legekantoret.

7.5 FORLØPSKOORDINATORENS ROLLE

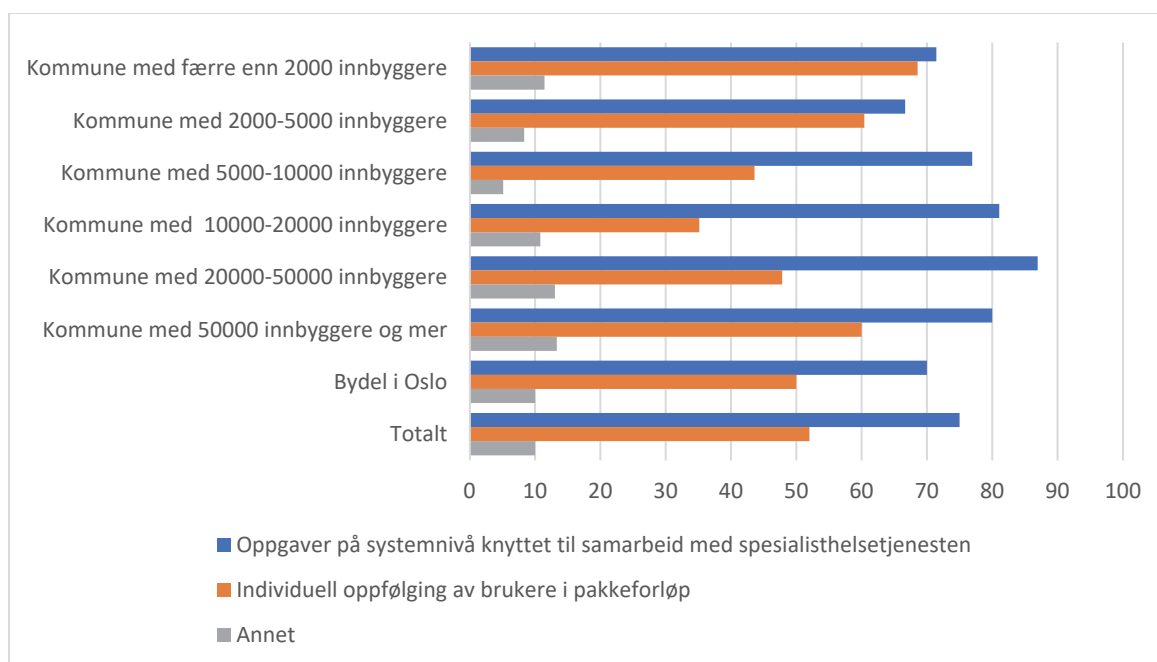
I 2020 har vi kartlagt forløpskoordinatorens rolle, og 75 prosent av kommunene/bydelene som rapporterer at de har fått på plass forløpskoordinator, oppgir at denne arbeider på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjeneste. 52 prosent av kommunene oppgir at rollen innebærer å gi individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp.

Tabell 7.3 Svarfordeling på hvilken rolle forløpskoordinatoren har, 2020 (n=209)

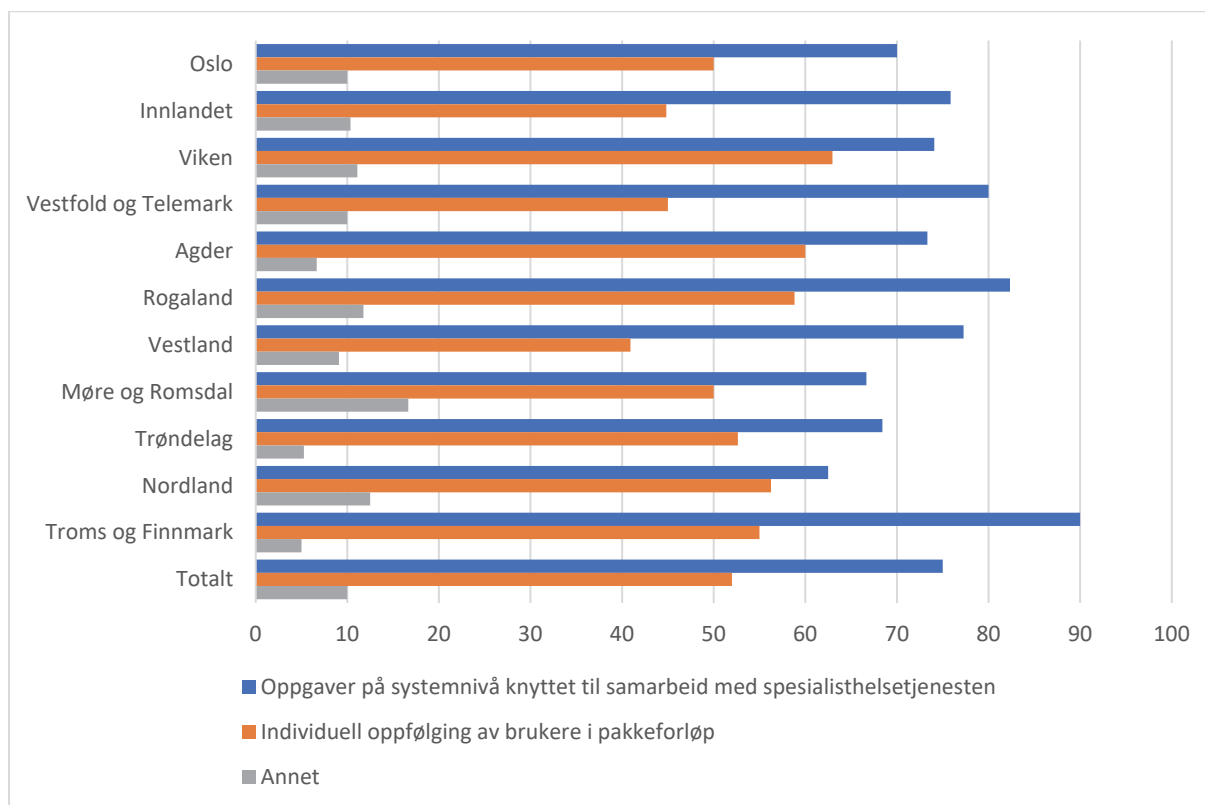
	Antall	Prosent av alle som har fått på plass forløpskoordinator
Oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten	156	75
Individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp	108	52
Annet	20	10

Ti prosent svarer at forløpskoordinatoren har en annen rolle enn de nevnte. Flere nevner at forløpskoordinatorens rolle er å henvise videre til rett tjeneste i kommunen eller til andre, mens andre at denne skal koordinere og rettlede. Et par kommuner svarer at det foreløpig er uklart hvilken rolle de skal ha og at de så langt har vært lite etterspurt.

Forløpskoordinatoren kan ha flere roller, og hvordan svarene fordeler seg etter kommunestørrelse er vist i figur 7.3. Det er ingen signifikante forskjeller med unntak av at de to gruppene kommuner med 5000 til 20 000 innbyggere, har signifikant lavere andel som bruker forløpskoordinatoren til individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp.



Figur 7.3 Prosent av kommunene etter hvilken rolle forløpskoordinatoren har. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 7.4 Prosent av kommunene etter hvilken rolle forløpskoordinatoren har. Fylke, 2020.

Selv om det kan se ut som det er betydelige forskjeller mellom fylker, er det ingen systematiske sammenhenger, det vil si at ingen av fylkene skiller seg signifikant fra de andre på noen av de tre rollene.

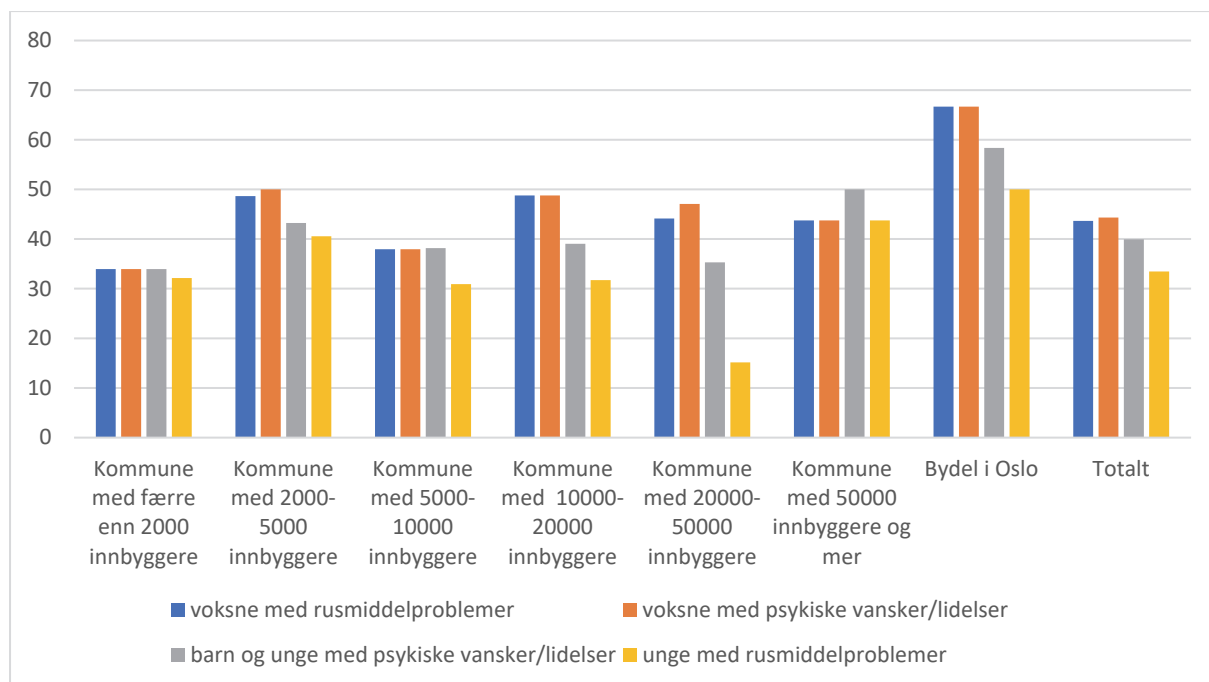
7.6 GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV KOMMUNAL INFORMASJON

Som vist i tabell 7.4 er det 33-44 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene. Mange svarer at de ikke vet, og dette kan tyde på at tjenestene ikke er involvert i arbeidet i alle kommunene. Det kan også bety at de ikke har oppdatert avtalene.

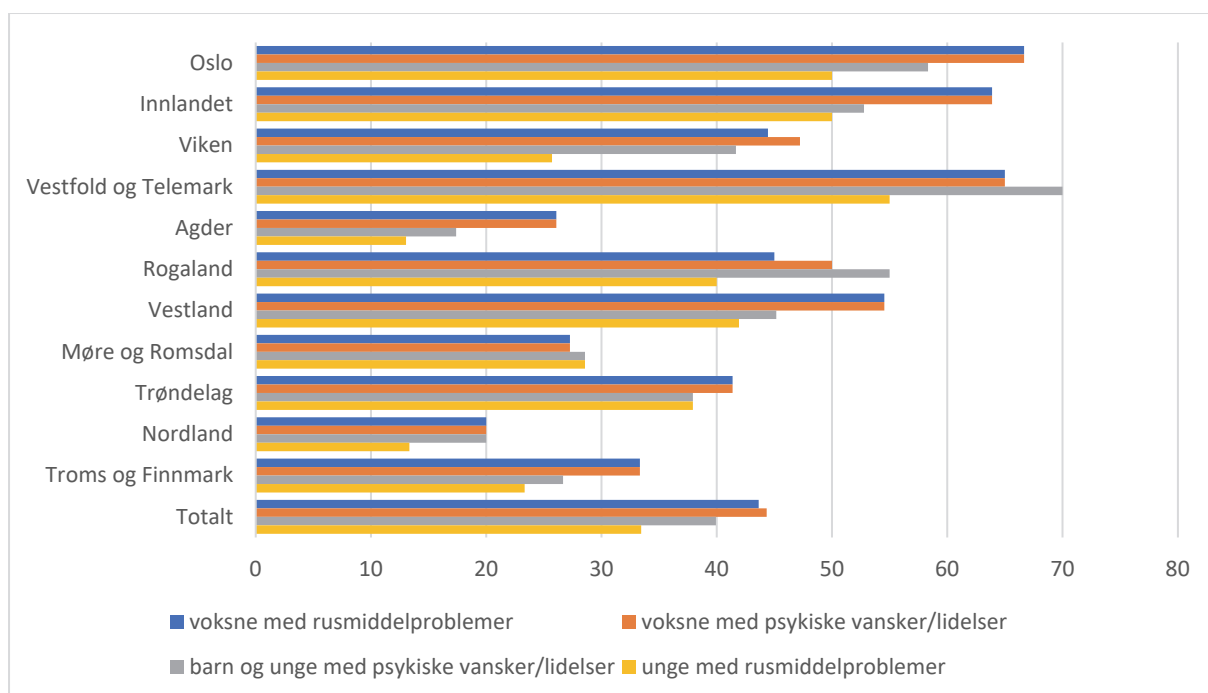
Tabell 7.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Voksne med rusmiddelproblemer	114	27	127	44
Voksne med psykiske vansker/lidelser	123	30	129	44
Barn og unge med psykiske vansker/lidelser	89	22	115	40
Unge med rusmiddelproblemer	75	18	96	33

Fra figur 7.5 ser vi at mønsteret er ganske likt i de ulike kommunegruppene ved at det er færrest som har oppdatert avtalene for barn og unge med rusmiddelproblemer. Det er også noen fylkesforskjeller, se figur 7.6.



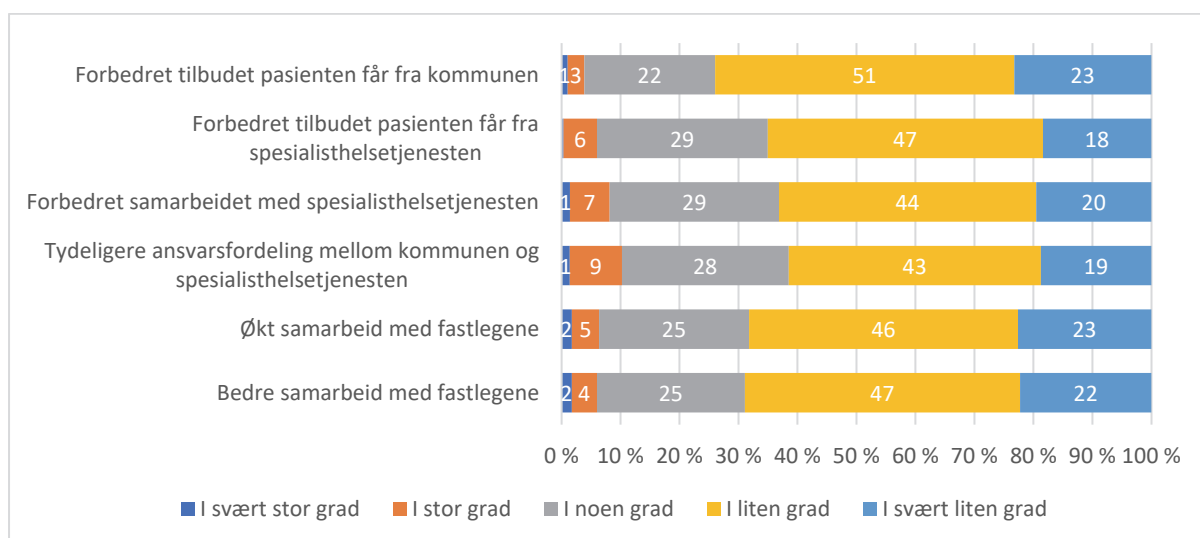
Figur 7.5 Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 7.6 Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Fylke, 2020.

7.7 ERFARTE ENDRINGER ETTER INNFØRING AV PAKKEFORLØP

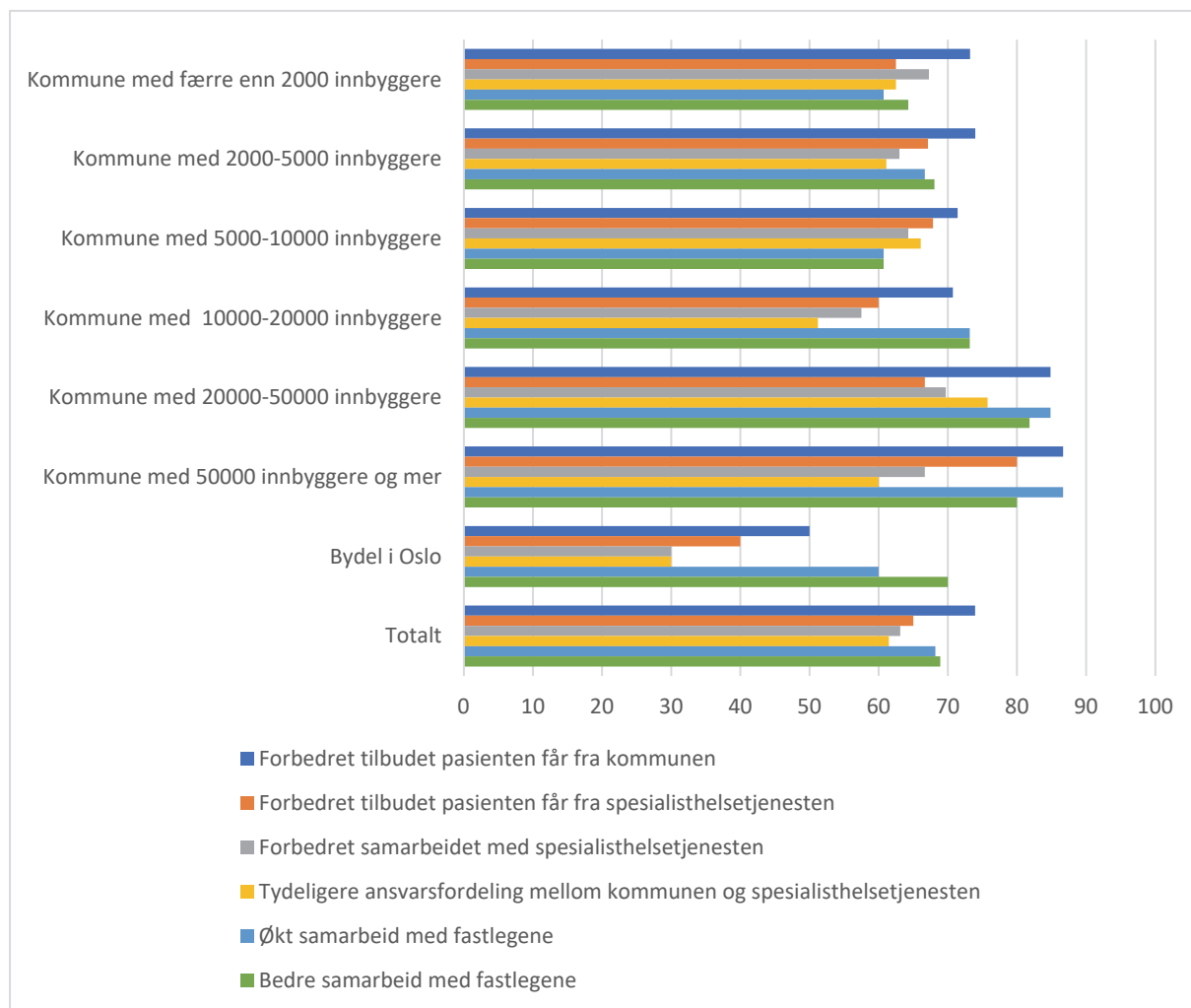
Som vist i figur 7.7 er det generelt få kommuner/bydeler som opplever endringer på noen av punktene. Færrest er det som svarer at de i *stor grad* opplever forbedringer i det kommunale tilbudet (fire prosent), mens noen flere svarer at de i *stor grad* opplever forbedring i tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten, økt samarbeid med fastlegen og bedre samarbeid med fastlegen (seks prosent). Det er videre åtte prosent som opplever i *stor grad* forbedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ti prosent som nå opplever at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er tydeligere.



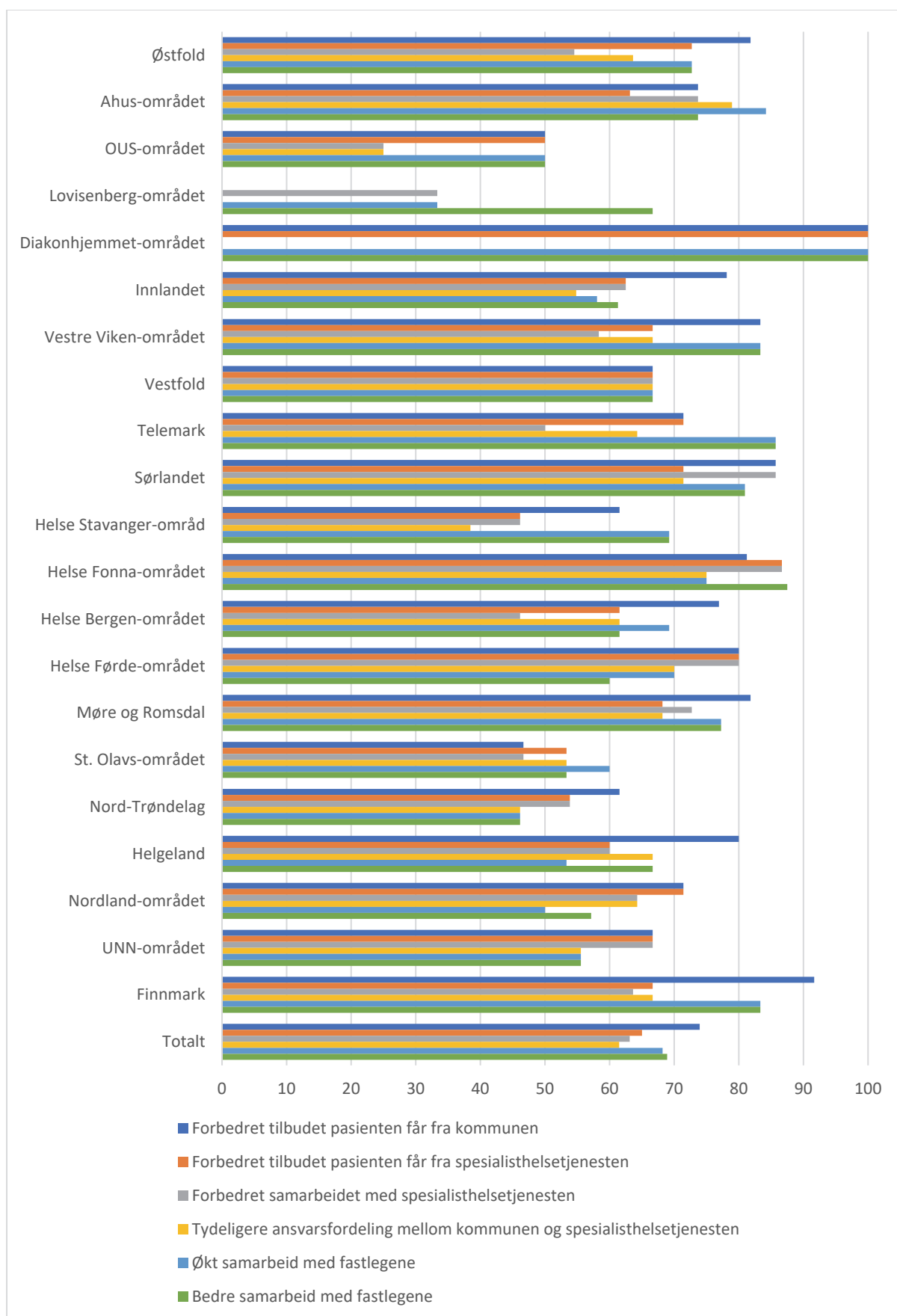
Figur 7.7 Prosent av kommunene som opplever endringen i de ulike punktene etter innføring av pakkeforløp, kommune størrelse 2020.

Det er generelt få kommuner/bydeler som opplever endringer på noen av punktene. Færrest er det som svarer at de i *stor grad* opplever forbedringer i det kommunale tilbudet (fire prosent), mens noen flere svarer at de i stor grad opplever forbedring i tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten, økt samarbeid med fastlegen og bedre samarbeid med fastlegen (seks prosent). Det er videre åtte prosent som i *stor grad* opplever forbedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ti prosent som nå opplever at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er tydeligere.

Her vil det også være interessant å se denne fordelingen på helseforetaksnivå. Vi ser videre på de som svarer i *svært liten grad* og i *liten grad*.



Figur 7.8 Prosent av kommunene som svarer at de i svært liten eller liten grad opplever endringen i de ulike punktene etter innføring av pakkeforløp. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 7.9 Prosent av kommunene som svarer at de i svært liten eller liten grad opplever endringen i de ulike punktene etter innføring av pakkeforløp. Helseforetak, 2020.

Det er også tatt med et spørsmål om kommunene/bydelene har noen konkrete positive og/eller negative erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus. Det er 131 kommuner som har svart på dette, men de fleste svarer at de ikke har noen erfaringer ennå. Noen sier at dette er noe som foregår i spesialisthelsetjenesten, men at de har ikke har vært involvert i noen pakkeforløp. Andre kommentarer handler typisk om de vanlige forholdene som vi kjenner fra før, med for eksempel tidlig utskriving:

Brukere med tung problematikk skrives ut fra 2. linja og overføres kommunen for oppfølging.

Noen kommenterer også utviklingen, og særlig at det er flere som har store behov:

De voksne pasientene/brukerne som skrives ut er dårligere og mer ustabile, de dårligste krever en tettere oppfølging og flere er ute på tvang. Sistnevnte gruppe krever enda større oppfølging og kartlegginger.

Noen kommenterer at spesialisthelsetjenesten har fått dårligere kapasitet:

Pakkeforløp gir svært dårlige grunnlag for utredning av psykiske lidelser pga. korte frister. Pakkeforløp senker kapasiteten til spesialisthelsetjenesten. (Svært mye tid går vekk til koding). Uklart regelverk. Hvem har ansvaret for hva? Spesialisthelsetjenesten har ikke lenger kapasitet til å gi veiledning. Kommunen har mistet tilgang på utadrettet virksomhet fra spe- og småbarnsteam, ABUP

Andre opplever at mange av brukerne deres (typisk i forløp 3) ikke passer i pakkeforløpene:

Pakkeforløpene innen psykisk helse og rus er for heftig for mange av brukerne når de er dårlige, det blir krav om hyppige møter som ofte er vanskelig for dem å klare når de er dårlige

En kommune svarer at det er både positive og negative sider med pakkeforløpene:

Positivt: mer struktur og forutsigbarhet. Negativt: i økende grad skott mellom behandling for psykisk lidelse og ruslidelse. Dette hadde positiv utvikling før pakkeforløpene kom.

Flere sier de ser liten endring og kartleggingen over viser dette:

På tross av iherdig jobbing med samarbeidsavtaler kan ikke kommunen se at det har blitt noen positiv effekt verken for samhandling eller pasientoppfølging. Det kan synes at det er høyere andel avslag i spesialisthelsetjenesten som medfører økt press på kommunale tjenester.

Flere presiserer at det er ulikt for voksne og for barn/unge:

Voksne: Mye dokumentasjonspress, lite individuelt tilpasset forløp. Tar mye tid. Barn og unge: Ung Arena får flere henvendelser fra BUP. En forventet problemstilling for oppvekstfeltet er at BUP ønsker å overføre flere saker til bydel som de ikke har tilbud til.

Pakkeforløp psykisk helse under 18 år: Etablert inntak ute i bydelen, i samarbeid med BUP. Sikrer rett hjelp, på rett nivå. Bydelen opplever at vi får kunnskap (etter samtykke) om beboere vi kan ha et tilbud til. Henvisninger som tidligere gikk fra fastlege og direkte til BUP, får nå anledning til påkobling av helsestasjon, familieveileder, skolehelsetjenesten, elevterapeuter, ungdomskonsulent og/eller ruskonsulent.

Mens andre kommuner opplever at det er utfordringer for alle målgruppene:

Opplever ikke endringer. Har alltid hatt godt samarbeid med legene i kommunen. Spesialisthelsetjenesten er det vanskeligere å samarbeide med. De sitter "liksom" med fasiten og eier den. De er lite ute i kommunen, samt kommer veldig sent eller aldri med søknader om tjenester eller oppfølging. Vedr. barn kommer de når de skal avslutte. Behandlingsplasser på rus er nærmest håpløst å få innen et kort tidsperspektiv 0-3 mnd.

Noen mener terskelen for å få behandling i TSB er høyere etter innføringen av pakkeforløp:

Terskel for å få spesialisert rusbehandling synes til høyere ved pakkeforløp. Vanskelig for mange med alvorlig rusproblem å følge det stramme forløpet som bla krever tverrfaglig kartlegging, dvs. tre kartleggingssamtaler. Mulig det fungerer bedre for de med lettere problem, men de har vi sjelden kontakt med, blir ikke henvist / ønsker ikke kontakt med rusteam.

Mens andre har gode erfaringer med pakkeforløp på rus:

Gode erfaringer med pakkeforløp rus. De får tettere oppfølging i det de kommer inn i pakkeforløp, opplever at spesialisthelsetjenesten tar et større ansvar. Ift. psykisk helse har vi lite erfaringer. Ift. mennesker med både psykisk lidelse og rusproblemer er det av og til vanskelig.

Dette med å få beskjed tidlig nok når pasienten skal skrives ut, nevnes av flere:

Utfordrende å stå klar når pasientene overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen innen tidsfristen.

Vi kommer for sent inn i og får gjerne ikke tilbakemeldinger før pasient skal tilbake i kommunen. Kommunen får delta i sluttprosess og ikke underveis.

Vi opplever at spesialisthelsetjenesten ikke har etablert disse rutinene for samhandling. Kommunen blir ikke kontaktet tidlig i behandlingsforløpet, opplever å bli kontaktet rett før pasient skrives ut, ofte da med en forventning om at kommunen må stille med ressurser og tiltak umiddelbart. Dette gir ikke et godt grunnlag for god kartlegging og utmåling av tjeneste, samt pasient kan oppleve kommunen som "vanskelig" og kan gi dårlig utgangspunkt for videre samhandling med pasient.

Vi ønsker oss i større grad kontakt med sykehuset ved utskrivelse av mennesker med psykiske lidelser for planlegging av videre oppfølging og behandling i kommunen, samt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og utarbeidelse av kriseplaner. Utfordringer med enhetlig forståelse av spesialisthelsetjenestens pakkeforløpskoordinator sin utøvende rolle, spesielt i forhold til brukere på Avgiftningsenhet vi benytter. Enheten avgrenser sitt mandat til avgiftning og der bruker ønsker videre behandling sendes bruker tilbake til kommunen der vi må henvise på nytt, i stedet for ett samarbeid om viderebehandlingsløp som skal hindre brudd i tjenesten.

Det er også flere som melder om avslag på henvisninger i spesialisthelsetjenesten:

Fastlegene har meldt om en økning i avslag på henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Videre ble det meldt om at det ofte kan bli unødvendige forsinkelser pga. at spesialisthelsetjenesten krever at det skal være gjort en somatisk undersøkelse før henvisning, som fastlegene opplever som en devaluering av deres vurdering - da dette ofte allerede er gjort/sjekket. Tilbakemeldinger fra pasientene kan være at spesialisthelsetjenesten bruker lang tid på utredning som følger i pakken

før de kommer i gang med selve behandlingen - hvor flere må ha samtalebehandling i kommunen imens utredningen pågår.

På tross av iherdig jobbing med samarbeidsavtaler kan ikke kommunen se at det har blitt noen positiv effekt verken for samhandling eller pasientoppfølging. Det kan synes at det er høyere andel avslag i spesialisthelsetjenesten som medfører økt press på kommunale tjenester.

Mange kommuner sier også at de allerede har et godt samarbeid med fastlegene, og dette er i tråd med funn i tidligere års kartlegginger i kommunene:

Vi har fra før et godt samarbeid med fastlegene, og har god kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Har for å gjøre avklaringer rundt rollefordeling. Men vi har et kontinuerlig samarbeid pågående, så gradvis bedring, men ikke nødvendigvis grunnet pakkeforløpet.

Det er også slik at de kommunene som har godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten fra før, ikke nødvendigvis opplever at det har vært endringer:

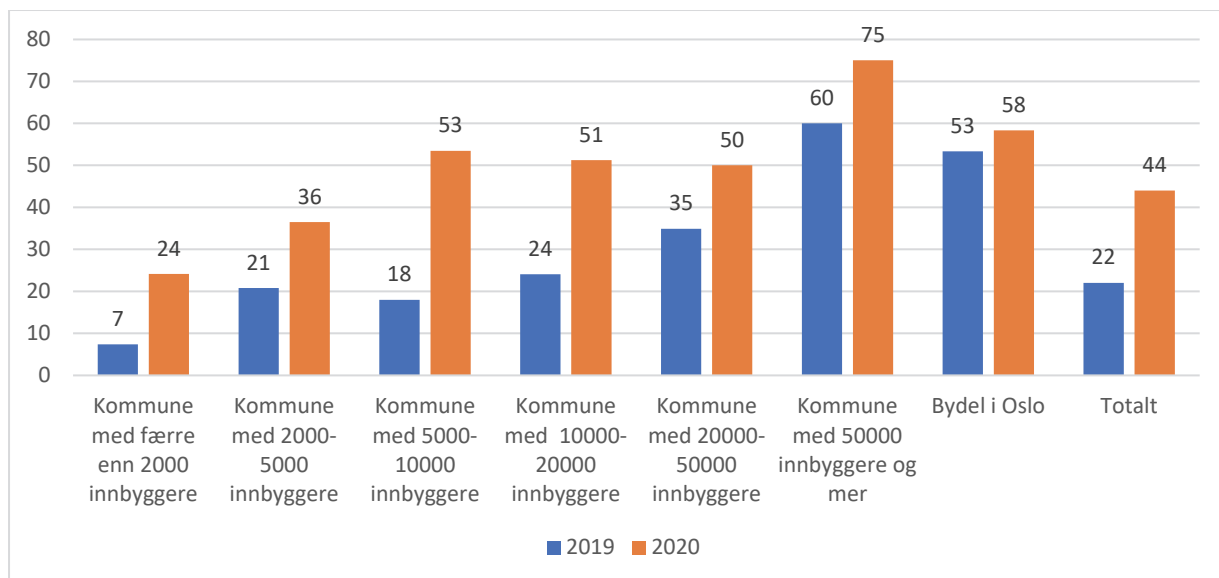
Voksne: Bydelen har hatt jevnlige møter med DPS før oppstart av pakkeforløp og samarbeidsprosjekt - derfor lite endring. Fornøyd med samarbeidet. Helsetjenestene for voksne har god kommunikasjon med fastlegene gjennom PLO-meldinger. Barn og unge: Det er nylig startet med flytmøter mellom bydel og BUP. Ser konturene av bedre pasientflyt, gjensidig forståelse og forventningsavklaring. Mulig utfordring er forventning fra BUP om å håndtere saker der bydel mangler tilstrekkelig kompetanse eller tjenester med mandat om å tilby det bruker har behov for. Dialog og samarbeid med fastlegene er varierende. Mangler systematikk og kan oppleves som utfordrende.

7.8 INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP

Som vist i tabell 7.5 svarte 44 prosent av kommunene i 2020 at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider. Dette er nær en dobling fra 2019. Det er en økning i alle kommunegrupper målt etter størrelse fra 2019 til 2020, se figur 7.10.

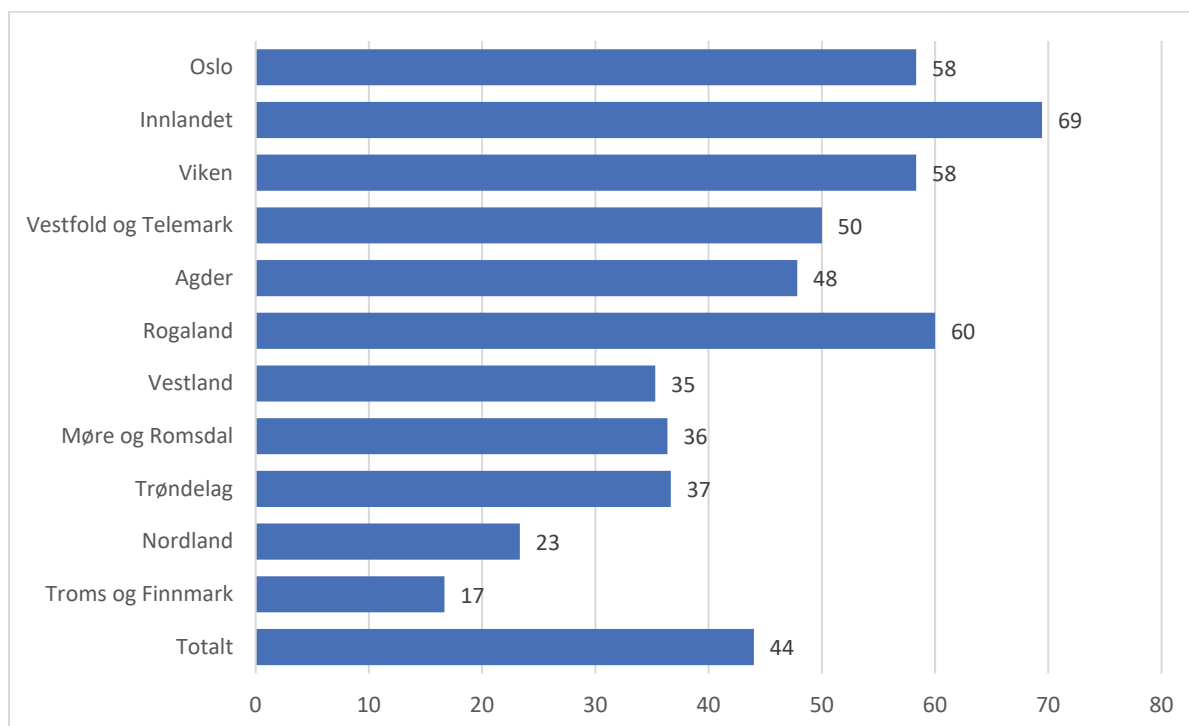
Tabell 7.5 Svar på spørsmål om kommunen har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, 2019 og 2020

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	94	23	129	44
Nei	296	71	147	50
Vet ikke	27	6	17	6
Total	417	100	293	100



Figur 7.10 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Kommunestørrelse, 2019 og 2020.

Fra figur 7.11 ser vi at det er kommunene på Innlandet og i Rogaland som i størst grad har fått utarbeidet informasjon om pakkeforløp på nettsidene sine, mens dette arbeidet gjenstår for en del av kommunene i nord.



Figur 7.11 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Fylke, 2019.

7.9 OPPSUMMERING

I 2020 er det 70 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en stor økning fra 2019 da 55 prosent hadde en slik koordinator på plass. Det mest vanlige er at forløpskoordinatoren er organisert i koordinerende enhet/tildelingskontor (69 prosent), mens andre har organisert forløpskoordinatoren i enhet for psykisk helse og rus (46 prosent). Noen har krysset av begge, og da kan det bety at koordinerende enhet eller tildelingskontoret er organisert i enhet for psykisk helse og rus. Kun fire kommuner har organisert forløpskoordinatoren i NAV-kontoret i 2020. Rollen til forløpskoordinatoren er oftest å ha oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten (75 prosent), og dernest individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp (52 prosent). Hver fjerde kommune/bydel svarer at forløpskoordinatoren gjør begge deler.

Fra 2019 til 2020 er det en betydelig økning i andelen kommuner/bydeler som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, og har 33-44 prosent av kommunene/bydelene svart at de har gjennomgått og oppdatert avtalene.

Når vi spør om kommunene/bydelene opplever endringer etter innføringen av pakkeforløp er det få som svarer at det har vært endringer på noen av områdene vi har spurt om. Færrest er det som svarer at de i stor grad opplever forbedringer i det kommunale tilbudet (fire prosent), mens noen flere svarer at de i stor grad opplever forbedring i tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten, økt samarbeid med fastlegen og bedre samarbeid med fastlegen (seks prosent). Det er videre åtte prosent som opplever i stor grad forbedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og ti prosent som i 2020 opplever at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er tydeligere.

I 2020 svarte 44 prosent av kommunene at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, dette er nær en dobling fra 2019 og økningen gjelder i kommuner i alle størrelser målt etter folketall.

8 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

I september 2020 la Regjeringen fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.¹¹ Med den innføres en nullvisjon for selvmord i Norge, og en forpliktelse om å jobbe ut fra at vi ikke har noen å miste. Nullvisjonen skal gjelde for hele samfunnet, fordi arbeidet for å forebygge selvmord hører hjemme 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

Norge var tidlig på 1990-tallet et av de første landene internasjonalt til å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork 2015). Strategien ble fulgt opp i perioden 2000-2002, men siden 2002 hadde det ikke foreligget noen nasjonal plan for selvmordsforebygging før Helsedirektoratet la fram "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017" i 2014 (Helsedirektoratet, IS-2182)¹². Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord¹³. Det nye materialet skal gi kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

BrukerPlan kartlegger også selvmordsfare og overdosefare. I årsrapporten fra 2019 med resultater fra BrukerPlan 2018 går det fram at fra og med 2018-kartleggingen er registrering av selvmordsforsøk

¹¹<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf>

¹²<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

¹³<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selv-mord>

endret fra siste året til siste tre årene. Dette gir ifølge forfatterne et større innblikk i alvorligheten i tjenestemottakernes psykiske helseproblem. Totalt ble det registrert 3638 personer som sto i fare for å begå selvmord. Den høyeste andelen som enten har hatt selvmordsforsøk (ni prosent) eller er vurdert til at det er fare for selvmord (14 prosent), har alvorlige ROP-lidelser. Det er en gradient i selvmordsforsøk og selvmordsfare med økende psykisk helseproblematikk. Mens personer som sliter med mildere psykisk helseutfordringer har en andel på ca. én prosent som har forsøkt å ta sitt eget liv, og to prosent som vurderes med selvmordsfare, ligger de tilsvarende tallene for moderate psykiske helseutfordringer på henholdsvis tre og fem prosent. Blant de med alvorlig psykisk lidelse hadde åtte prosent forsøkt å ta sitt eget liv de siste tre årene, mens 11 prosent ble vurdert med selvmordsfare (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2019).

Tilsvarende tall for overdosefare viste at ti prosent av ROP-pasientene hadde tatt overdose siste året i 2018, og én av fire ROP-pasienter ble vurdert å være i fare for overdose. Disse tallene har endret seg lite de siste årene, ifølge Brukerplan.

Mange mennesker som har psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer opplever vold og trusler, enten ved at mottakeren er utsatt for vold, eller utsetter andre for vold. En andel på 19 prosent av alle mottakere i Brukerplan opplevde vold eller trusler i hverdagen, enten ved at de selv var utsatt for vold eller at de utsetter andre for det. Det var en høyere andel blant mottakere med rusproblemer som opplever vold eller trusler (31 prosent) enn mottakere med kun psykiske problemer (12 prosent). Kvinner er generelt mer utsatt for vold enn menn. En andel på 12 prosent av kvinnene er utsatt for vold (men utsetter ikke andre for vold). Tilsvarende tall for menn er seks prosent. Samtidig utsetter ni prosent av mannlige mottakere andre for vold (men er ikke selv utsatt). Tilsvarende tall for kvinner er tre prosent (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2019).

8.1 DATAGRUNNLAG

I 2020 er følgende spørsmål inkludert:

- Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller av pårørende/etterlatte ved selvmord?
- Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
 - Oppfølging av personer ved selvmordsforsøk?
 - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse ved selvmordsforsøk?
 - Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
 - Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose?
 - Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep?
 - Å identifisere voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester?
- Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk?
- Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?
- Har kommunen et system for håndtering av vold i nære relasjoner?
- Hva er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?

8.2 INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2020 er det altså inkludert et åpent spørsmål om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord. Det er 276 kommuner/bydeler som har svart på dette. Av disse er det 183 kommuner/bydeler (67 prosent) som svarer at de er involvert gjennom psykososialt kriseteam eller annet kriseteam. Resten av kommunene svarer eksempelvis at de involveres ved behov, når brukerne tar kontakt, eller når de får en henvisning, eller at de har oppsøkende virksomhet som følger opp. Basert på disse svarene, kan vi i 2021 lage svarkategorier for å kartlegge hvordan kommunene fordeler seg på svarene, og om det er noe systematikk når det gjelder kommunestørrelse og fylke.

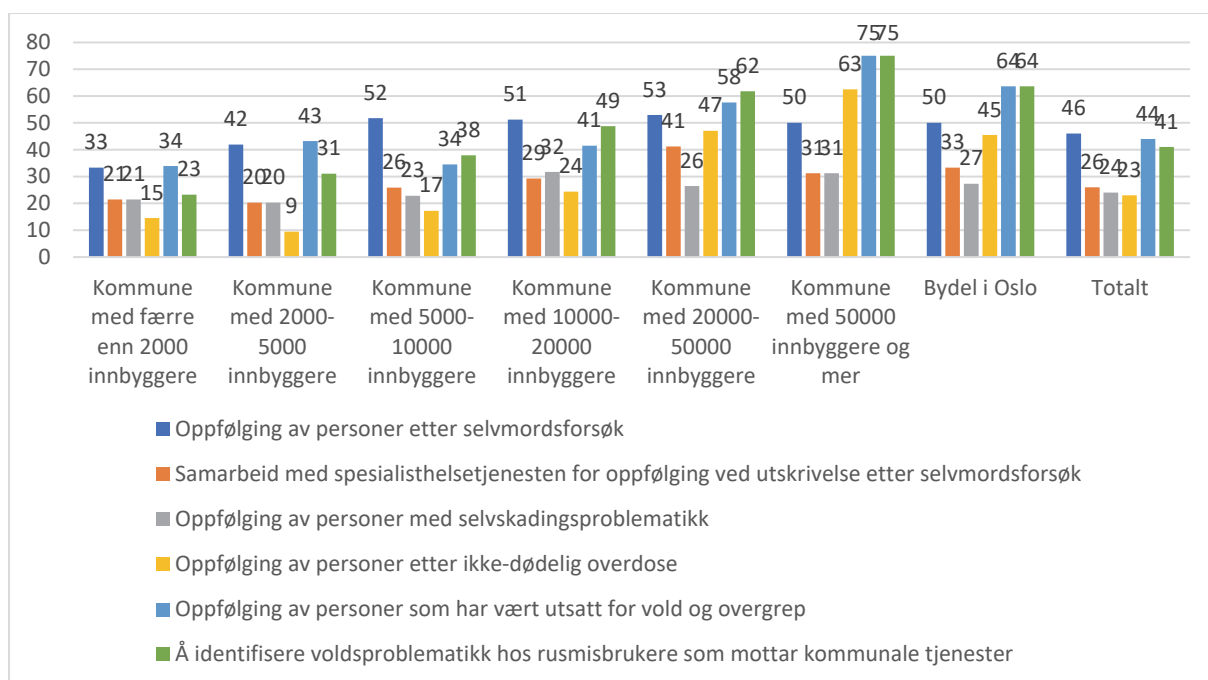
8.3 SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER

Som vist i tabell 8.1 er det i 2020 46 prosent av kommunene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, og det er økning fra 2018 på syv prosentpoeng. Det er også en økning i andel kommuner som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, fra 36 prosent i 2018 til 41 prosent i 2020. Ellers er det ikke betydelige endringer i andel kommuner som har skriftlige rutiner og prosedyrer på de ulike områdene i perioden.

Tabell 8.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018 og 2020.

	2018	2019	2020
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	39	43	46
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	*	28	26
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	22	24	24
Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	21	25	23
Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	*	*	44
Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester	36	40	41

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 8.1.



Figur 8.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Kommunestørrelse, 2020.

I neste tabell presenteres tallene på fylkesnivå, der ingen av fylkene skilte seg signifikant fra de øvrige fylkene.

Tabell 8.2 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Fylke, 2020.

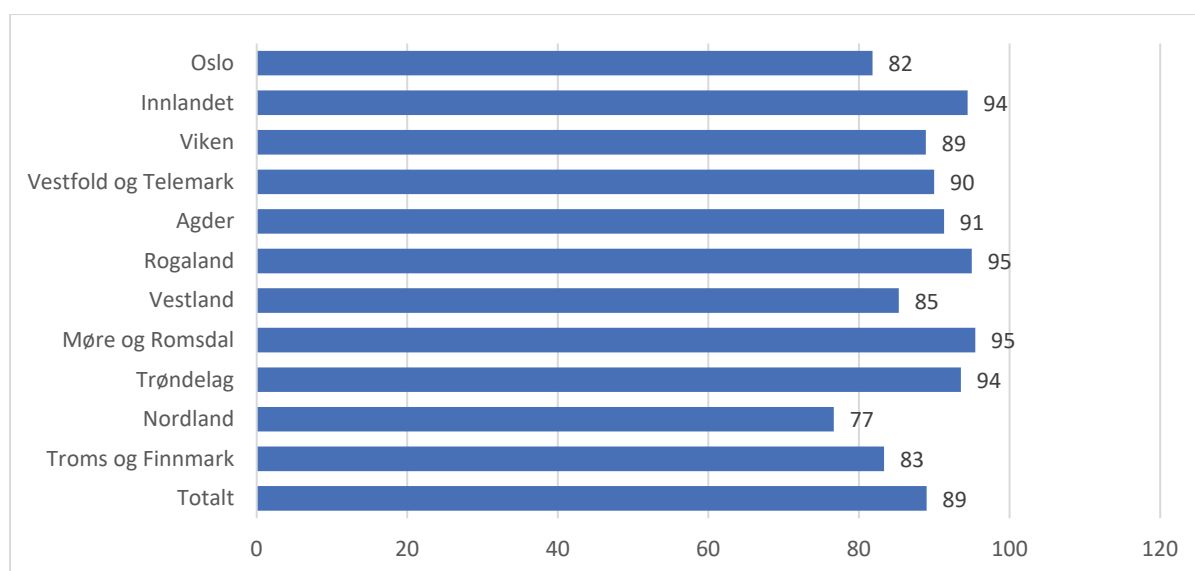
	Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester
Oslo	50	33	27	45	64	64
Innlandet	71	43	43	29	60	74
Viken	47	25	23	31	43	39
Vestfold og Telemark	45	35	25	45	35	45
Agder	52	23	32	27	36	41
Rogaland	40	25	20	15	65	40
Vestland	36	18	21	18	55	24
Møre og Romsdal	41	27	14	18	45	36
Trøndelag	39	26	26	13	26	35
Nordland	43	23	27	20	30	23
Troms og Finnmark	33	17	7	7	33	37
Totalt	46	26	24	23	44	41

8.4 KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i tabell 8.3 svarer 2020 totalt 89 prosent av kommunene i landet at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk (nederste rad). Dette er en økning fra 77 prosent i 2018. Fylkesfordelingen i 2020 er vist i figur 8.2

Tabell 8.3 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Kommunestørrelse, 2018-2020

	2018	2019	2020
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	73	77	85
Kommune med 2000-5000 innbyggere	75	81	86
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	70	86	84
Kommune med 10 000-20 000 innbyggere	85	83	95
Kommune med 20 000-50 000 innbyggere	79	93	97
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	93	93	100
Bydel i Oslo	94	100	82
Totalt	77	84	89



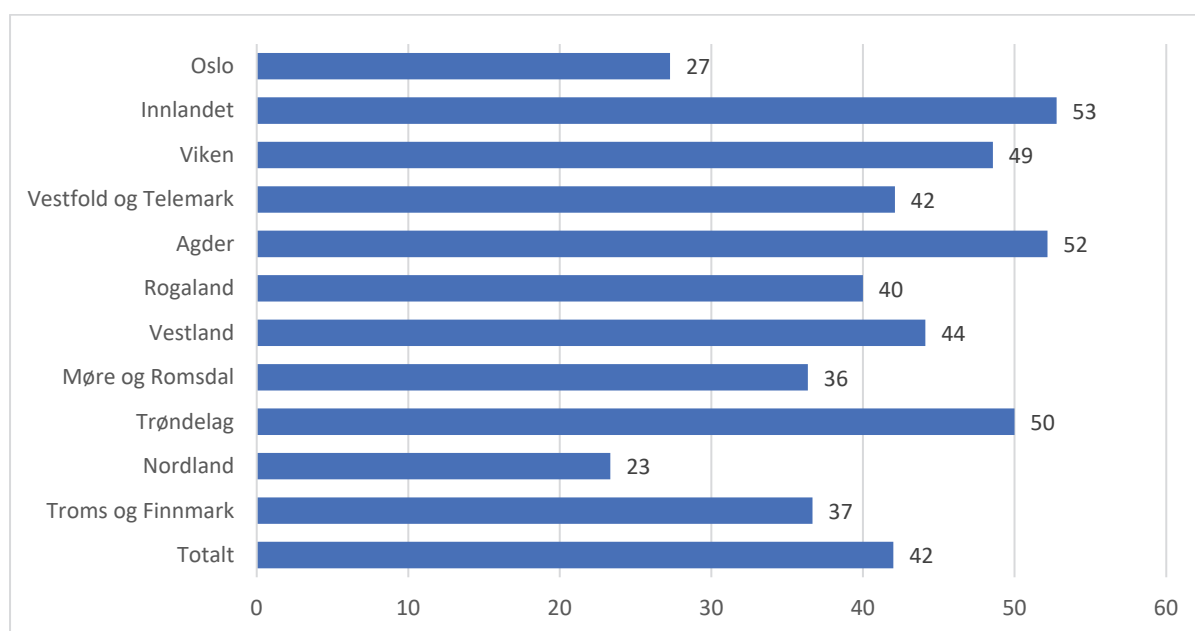
Figur 8.2 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Fylke, 2020.

8.5 PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT

Som vist i siste rad av tabell 8.4, er det en økning fra 26 til 42 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2020, som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre har en slik plan, men det er økning i alle grupper, med unntak av bydelene i Oslo, der det er en nedgang i perioden. Fylkesfordelingen er vist i figur 8.3.

Tabell 8.4 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant helsepersonell. Kommunestørrelse, 2018-2020

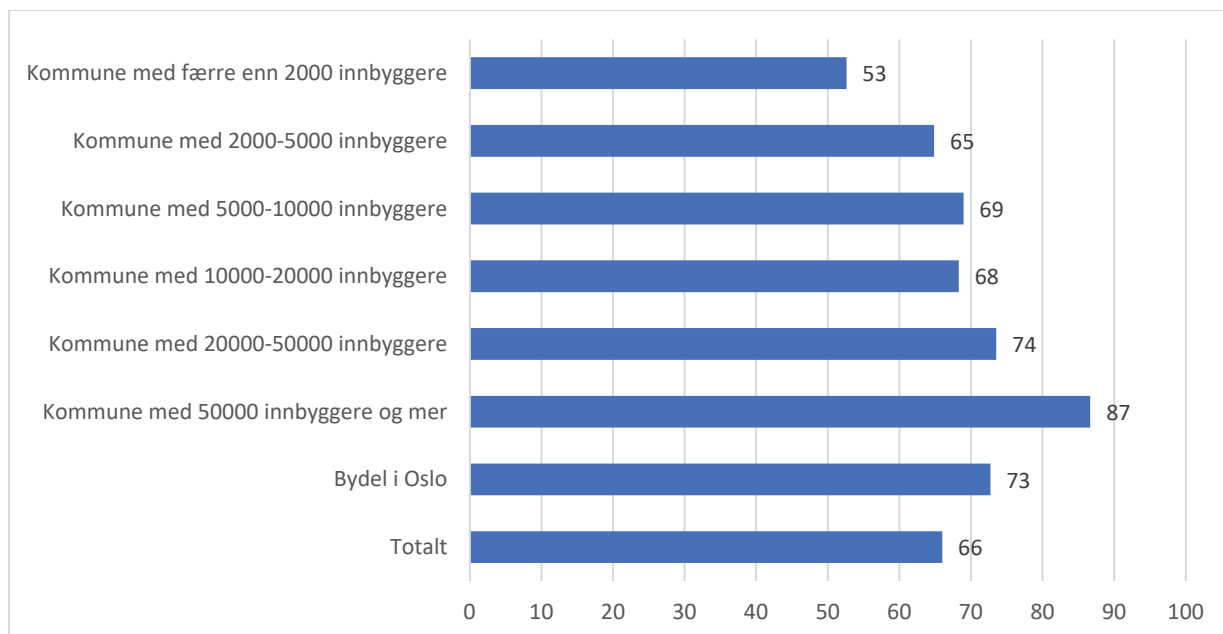
	2018	2019	2020
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	18	25	31
Kommune med 2000-5000 innbyggere	19	29	35
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	29	39	41
Kommune med 10 000-20 000 innbyggere	31	38	56
Kommune med 20 000-50 000 innbyggere	35	41	61
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	33	47	60
Bydel i Oslo	50	36	27
Totalt	26	33	42



Figur 8.3 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant tverrsektorielt samarbeid.

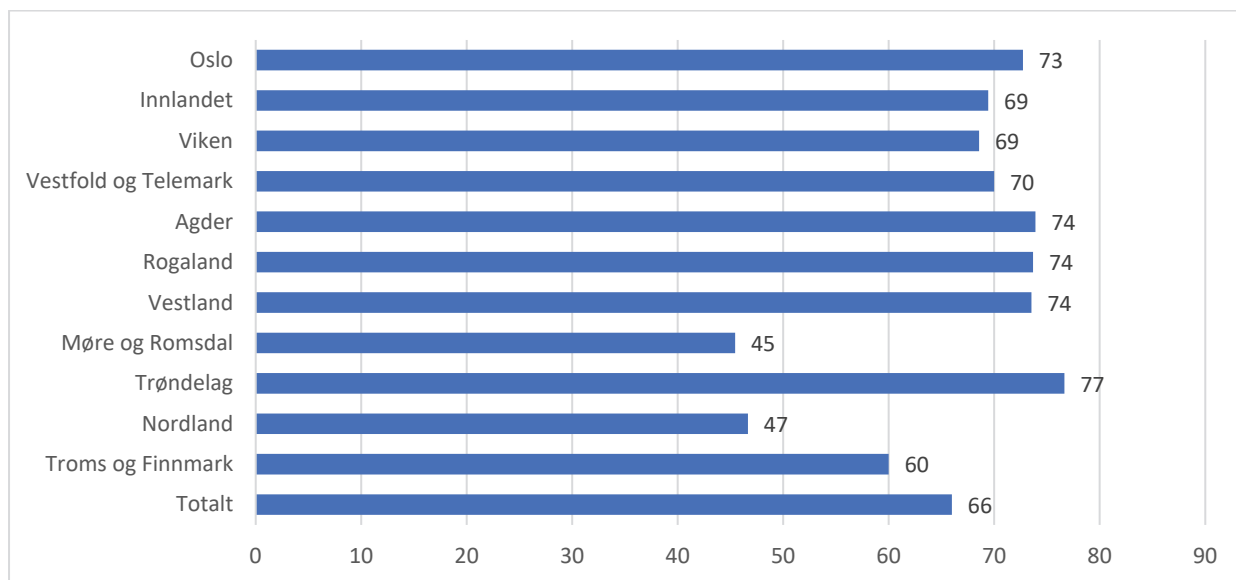
8.6 SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER

Det er i 2020 spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 290 kommunene/bydelene som har svart, er det 192 (66 prosent) som har svart at de har et slikt system.



Figur 8.4 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020.

Med unntak av kommuner med 50 000 innbyggere eller mer (som ligger høyere enn de andre), er det ingen signifikante forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke (figur 8.5).



Figur 8.5 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Fylke, 2020.

8.7 STØRSTE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED VOLD OG OVERGREP

Til slutt i spørsmålene om selvmord, selvskading, overdose, vold og overgrep, er det i 2020 tatt med et åpent spørsmål om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for å få mer kvalitativ informasjon. Det er 170 kommuner/bydeler som har svart på dette.

AVDEKKING AV PROBLEMER

Det er en god del av kommunene/bydelene som oppgir at det å avdekke vold og overgrep er den største utfordringen på dette området. Noen forklarer også hvorfor dette er krevende, og vi kan oppsummere det som kommer fram i følgende punkter:

- Mangel på kompetanse for å avdekke
- At de som utsettes for vold og overgrep ikke våger å fortelle om det, eller anmelde i frykt for represalier
- Usikkerhet rundt hva som kan tilbys om tilfeller avdekkes
- Små forhold som gjør at det er vanskelig å innrømme at det skjer
- Skam og tabubelagt tema
- Kamoufleres som andre problemer
- Å avdekke inngår ikke i kartleggingsrutinene for nye brukere
- Mange fagfelt kan være førsteinstans, alle har ikke nok kunnskap

En kommune kommenterer også at dersom tilfeller avdekkes, kan det være vanskelig å finne gode kompetente samarbeidspartnere som kan bistå i saken. En annen kommunene opplever at det er bedre systemer rundt avdekking av vold og overgrep blant barn/ungdom enn rundt voksne:

Barn/ungdom: Kommunen har et system for å håndtere vold i nære relasjoner. Største utfordringene: Å avdekke voksne som utsettes for vold, og utsetter nær familie for vold. Kan være et vanskelig og betent tema for dem og for tjenesteyterne.

En annen kommune beskriver tiltakene de har i helsestasjon og skolehelsetjeneste:

I helsestasjon og skolehelsetjenesten er det stort fokus på avdekking og avverging av vold og overgrep gjennom undervisning, ordinære konsultasjoner, gruppetilbud osv. I svangerskaps og barselomsorg er vold og overgrep tema. I fht. kjønnslemlestelse gjennomføres samtaler der det er aktuelt, jfr. egen veileder.

FÅ DE UTSATTE TIL Å TA GODE VALG OG MOTIVERE TIL ENDRING

Andre skriver at de største utfordringene handler om å få de involverte til å velge riktig strategi:

Største utfordringene er å få involverte til å ta fornuftige valg.

Det er utfordring å hjelpe brukere som er utsatt for vold/ overgrep til å bryte ut, politianmelde, velge å ta val om endring for å bli trygg.

I den siste kommentaren legger de til at de har god dialog med politiet, og at dette er viktig i enkeltsaker der noen trenger beskyttelse.

VOLD OG OVERGREP I RUSMILJØ

Det er flere som svarer at det å hjelpe kvinner i rusmiljø er den største utfordringen når det gjelder vold og overgrep:

Å hjelpe kvinner i rusmiljøet, de forteller at det å leve et liv i aktiv rus medfører vold og trusler, de tenker at dette er endel av "pakka"

Men også menn er utsatt i rusmiljøene:

Rusavhengighet gjør det vanskelig å hjelpe. Den utsatte lever i hverdag preget av kriminalitet, kjøp/salg av narkotika, narkogjeld, prostitusjon, fysisk vold og voldtekt. Ambivalent når det gjelder å anmelde overgrep når avhengigheten trekker så sterkt til rusmiljøet.

At vold er en del av "livet til" rusmiddelavhengige.

Når de som er utsatt for vold og overgrep ikke sier ifra eller søker hjelp, kommer ingen av tjenestene i posisjon til å hjelpe:

Mange som opplever vold og overgrep innen rusfeltet sier ikke fra om dette, eller oppsøker hjelp i etterkant. Dermed blir det vanskelig for hjelpetjenestene å tilby støtte og hjelp i etterkant av hendelser.

Rusede personer som er utsatt for vold faller mellom to stoler.

KOMME I KONTAKT MED DE SOM UTØVER VOLD

Det trekkes også fram at det er vanskelig å komme i kontakt med de som utøver vold:

Behovet for behandling er stort hos personer som har opplevd overgrep i barndom eller voksenliv, noe som naturlig nok blir videreført til spesialisthelsetjenesten. Utfordring er å komme i kontakt med personer som utøver vold. Vi har etablert sinnemestringsgruppe med relativ god respons.

SOSIALE PROBLEMER

Respondenter i en annen kommune kommenterer at sosiale problemer er en av de største utfordringene:

Stor grad av sosial problemer, dårlige levekår og boforhold. Økonomiske problemer. Stor grad av langvarige psykiske helseproblemer forårsaker utfordrende relasjoner spesielt i familier og parforhold.

SÅRBARE GRUPPER

En av kommunene har brukt bakgrunnsdata og nasjonale anbefalinger og foreslår at i tillegg til å øke kunnskapsnivået både blant ansatte og innbyggere. De har kommet fram til at kommunen bør:

... ha et særskilt fokus på sårbare grupper som barn og unge, psykisk utviklingshemmede, rusavhengige og eldre.

MANGLLENDE SAMARBEID

Det er også en del kommuner som sier at en av de største utfordringene er at de ikke har planer og systemer for å avdekke og følge opp vold og overgrep.

Burde ha tettere samarbeid mellom kommunale tjenester og kriminalomsorgen.

Grensetema der flere instanser har ansvar og er involvert. I en liten kommune handler mye om tverrfaglig samarbeid.

Praktisk samhandling på tvers av sektorer i og utenfor kommunen.

Eller at ansvarsfordelingen er uklar og at det ikke er noen felles prosedyre for hvordan de skal håndtere slike tilfeller:

Utfordring i samhandlingen mellom ulike etater, og hvem det er som tar ansvaret for det. Etatene agerer ulikt på ulike type problemstillinger.

BARNEVERN OG POLITI

I noen tilfeller kan det handle om frykt for hva som skjer om de oppsøker hjelp:

Stor minoritetsbefolkning med mye frykt for barnevern som gjør at mange vegrer seg imot å oppsøke hjelp. Store forskjeller i holdninger til vold i de forskjellige kulturene - blant annet mye oppdragervold.

Flere opplever at det tar for lang tid hos politiet dersom det avdekkes vold og overgrep:

For lang avstand til politi, fører til vegring mot å melde eller be om hjelp. Voldsalarm/besøksforbud blir takka nei til fordi det er provoserende for voldsutøvar og responstid frå politi er for lang.

Politireformen har gjort det vanskeligere med samarbeid. Håndtering av taushetsplikt.

TID, RESSURSER OG KAPASITET

Flere kommenterer at de mangler ressurser til forebygging av vold:

Særlig i skolehelsetjenesten oppleves det utfordringer i tid og kapasitet som gir nedprioritering av forebyggingsarbeidet og at det blir for lite tid til å gi tilstrekkelig oppfølging/hjelp til de som er berørt.

8.8 OPPSUMMERING

I 2020 har 46 prosent av kommunene etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, og det er en økning fra 2018 på syv prosentpoeng. Det er også en økning i andel kommuner som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, fra 36 prosent i 2018 til 41 prosent i 2020. Ellers er det ikke betydelige endringer i andel kommuner som har skriftlige rutiner og prosedyrer på de ulike områdene i perioden.

Videre er det i 2020 totalt 89 prosent av kommunene/bydelene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

Det er også en økning i andel av kommunene/bydelene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant helsepersonell, fra 26 prosent i 2018 til 42 prosent i 2020. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre kommunene har en slik plan, men det er økning i andel kommuner av alle størrelser.

I 2020 er det også spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 290 kommunene/bydelene som har svart på dette har 192 (66 prosent) svart at de har et slikt system.

Det er også tatt med et åpent spørsmål til kommunene om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for å få mer kvalitativ informasjon om temaet. Det er 170 kommuner/bydeler som har svart på dette. Kommunene kommenterer blant annet at det er mest utfordrende å avdekke problemer, å få utsatte til å ta gode valg og motivere til endring og vold og overgrep i rusmiljø. Det er videre utfordrende å komme i kontakt med de som utøver vold, identifisering av sårbare grupper, manglende samarbeid mellom kommunale tjenester og for eksempel med kriminalomsorg, det er utfordringer i forhold til de involverte og deres forhold til barnevern og politi og at de mangler ressurser til forebygging av vold.

9 KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER OG INTER-KOMMUNALT SAMARBEID

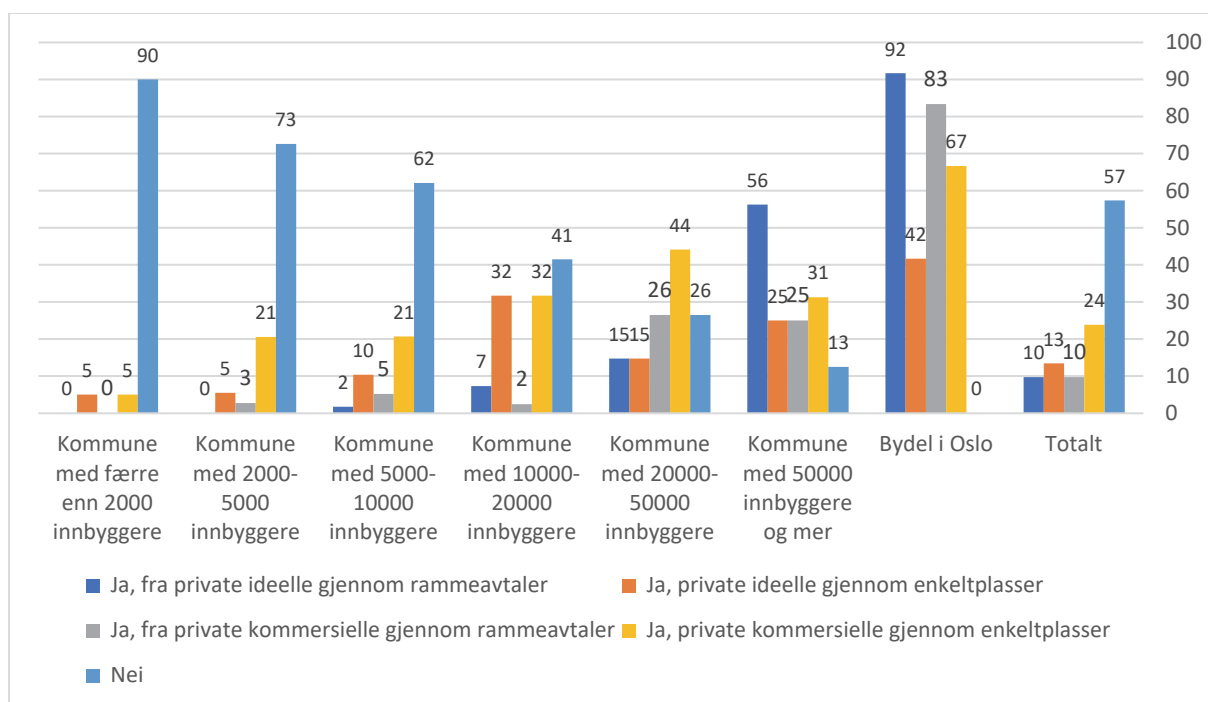
9.1 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE

Som vist i tabell 9.1 er det 57 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2020. Det betyr at 43 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (24 prosent). Det er en nedgang på fem prosentpoeng i andel kommuner som kjøper slike tjenester fra private ideelle gjennom enkeltplasser fra 2019 til 2020, og en liten økning i andel som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private kommersielle aktører.

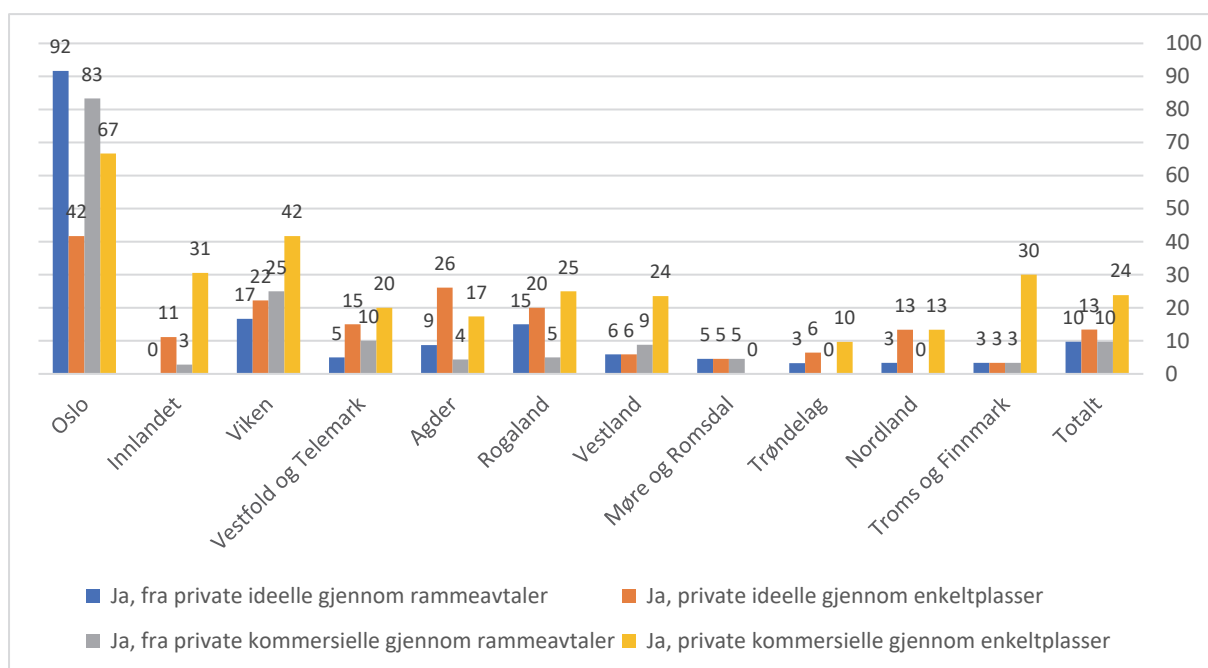
Tabell 9.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, 2019, 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler
Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler	47	11	29	10
Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser	76	18	40	13
Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler	36	9	29	10
Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser	92	22	71	24
Nei	234	56	171	57

Vi har også spurt hvilke tjenester de kjøper, og svarene tyder på at det er heldøgns bo- og omsorgstjenester som kjøpes fra ulike aktører. Fra figur 9.1 ser vi at andel som ikke kjøper tjenester er sterkt fallende med kommunestørrelse og at det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private ideelle og kommersielle gjennom rammeavtaler.



Figur 9.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 9.2 Prosent kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Fylke, 2020.

Vi har også spurt om de i tillegg kjøper arbeids- og aktivitetstiltak og psykologtjenester fra private. Og av de som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, er det 21 prosent som kjøper arbeids- og aktivitetstiltak og tre prosent som også kjøper psykologtjenester. Det kan være flere som kjøper disse tjenestene, men som ikke kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester. Dette er ikke kartlagt.

Av de kommunene som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, svarer 84 prosent av disse at de kjøper langtidstilbud, mens 27 prosent kjøper overgangstilbud og 20 prosent kjøper ulike former for akutt-tilbud. Det er syv prosent som svarer *annet*, og de har oppgitt at dette er avlastningstilbud eller ulike former for overgangstilbud eller akutt-tilbud.

Tabell 9.2 Kommuner/bydelers svar på hvilken type heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører de kjøper, 2020.

	Antall	Andel
Langtidstilbud	103	84
Akutt-tilbud	25	20
Overgangstilbud	33	27
Annet	9	7
Totalt	122	100

I 2020 har vi et åpent spørsmål til kommunene/bydelene om hvilke erfaringer de har med kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Det er 109 av de 122 kommunene som har svart på dette. De aller fleste er fornøyd med tilbudet de kjøper, men noen mener tilbudene er dyre og at de ikke nødvendigvis arbeider for at brukerne skal bli mer selvhjulpne, og derfor ha mindre behov for tjenester.

Det er videre 64 kommuner/bydeler (22 prosent av de som har svart) som svarer at det har vært endringer i kjøp fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året. Noen kjøper mindre, og andre kjøper mer. Mindre kjøp kan skyldes at kommunene bygger opp tilbudet selv, mens mer kjøp kan skyldes økende behov:

Det har vært økning i behov for antall nye boliger med heldøgnsbemanning etter utskrivning fra sykehus/DPS. Endring etter ordningen "utskrivningsklar pasient". Dette medfører økt kjøp av eksterne private tilbud, økte kostnader, og ofte flytting av brukere til områder de ikke har tilknytning til.

Kjøpt flere plasser enn beregnet - uavklart boevne og dårlig fungering på enkeltbrukere.

Økte behov for heldøgns bo- og omsorgstilbud på høyere omsorgsnivå enn bydelens egne tilbud. Også kortere innleggelser for svært alvorlig psykisk syke, virker å være en forsterket trend.

Det er vanskelig ut ifra disse svarene å få et tydelig situasjonsbilde av kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Det kan også være geografiske forskjeller som er vanskelig å fange opp i 2020 da vi ikke har komplette svar fra kommunene. 165 kommuner/bydeler svarer at de har oversikt over kommunen/bydelens utgifter til kjøp av private tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i 2019. Det må vurderes om dette kan hentes fra andre kilder, eller om spørsmålene skal videreutvikles for å dekke også dette temaet i videre rapportering.

9.2 KJØP FRA ANDRE KOMMUNER

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har åtte prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid. Fem prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og tre prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Det er en liten økning i andel kommuner som svarer at de kjøper tjenester fra andre kommuner fra 2019 til 2020, men årene er ikke direkte sammenliknbare da datagrunnlaget ikke er komplett i 2020.

Tabell 9.3 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019 (n=436), 2020 (n=295)

	2019		2020	
	Antall	Andel av alle	Antall	Andel av de som har svart
Ja, både innen psykisk helse og rusarbeid	33	8	26	9
Ja, innen psykisk helse	22	5	17	6
Ja, innen rusarbeid	13	3	2	1

Vi har videre spurt hvilke tjenester dette er, og som vist i tabell 9.4 gjelder dette særlig heldøgns bo- og omsorgstjenester, og en liten økning i andel som kjøper arbeids- og aktivitetstiltak og psykologtjenester fra andre kommuner. Under *annet* nevnes ulike team, veiledning fra psykiater, krisesenter og ettervern.

Tabell 9.4 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019, 2020

	2019		2020	
	Antall	Andel av alle	Antall	Andel av alle
Heldøgns bo- og omsorgstjenester	34	8	19	6
Arbeids- og aktivitetstiltak	10	2	9	3
Psykologtjenester	10	2	9	3
Annet	25	6	19	6

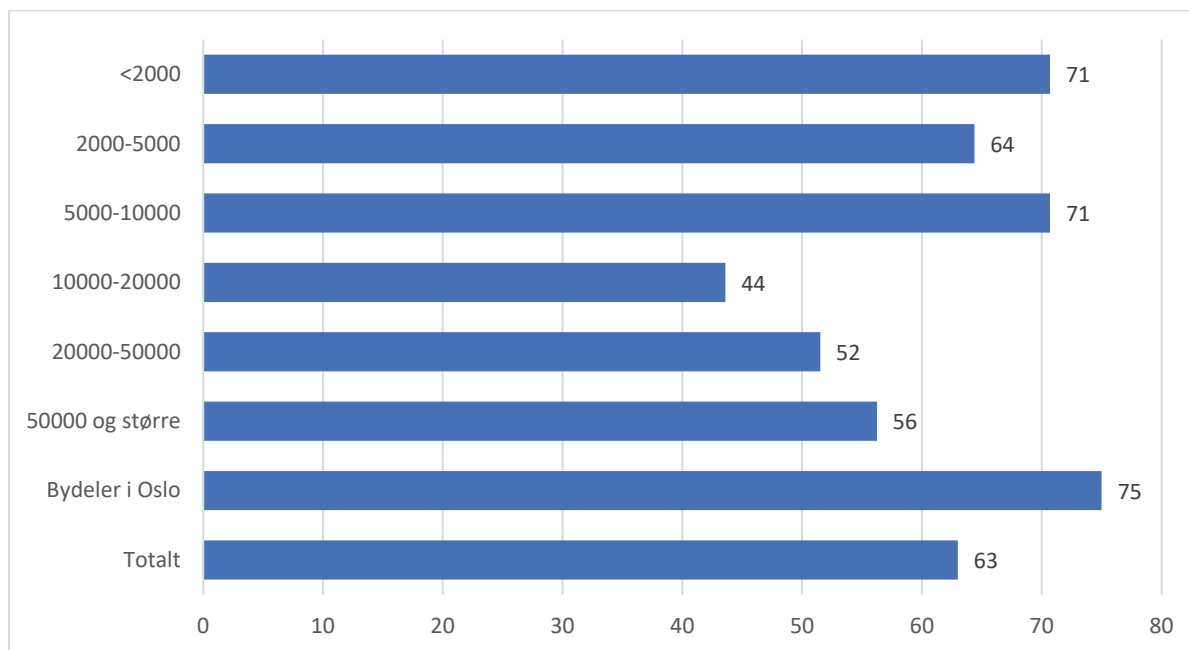
9.3 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

I dette kapitlet ser vi nærmere på omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 9.5 svarer 63 prosent av kommunene at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020, og det er liten endring fra 2019.

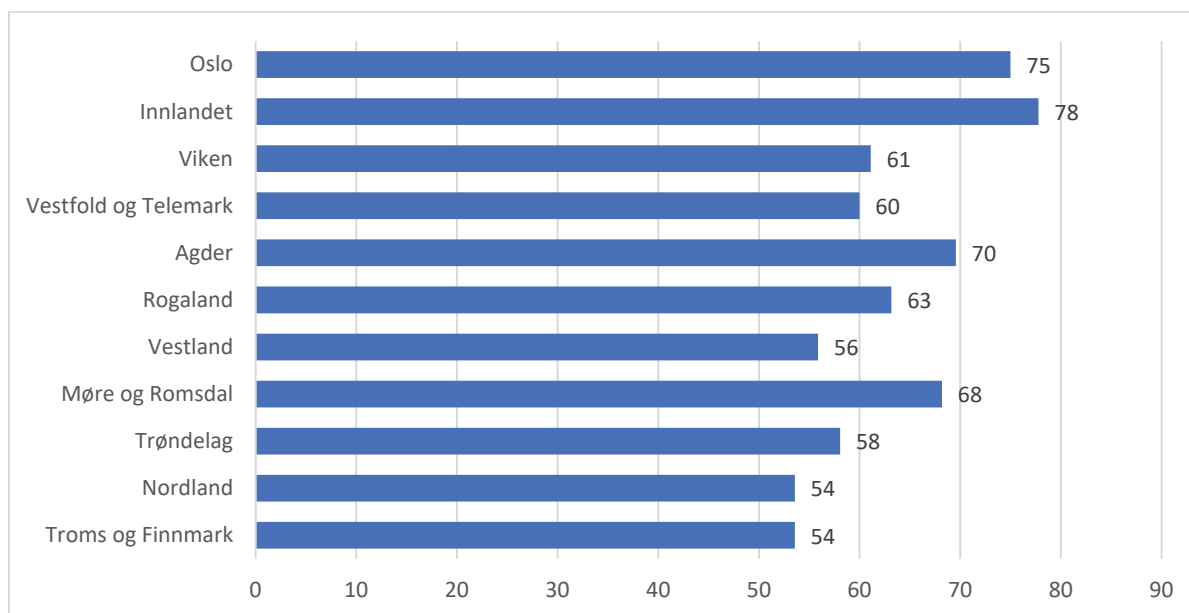
Tabell 9.5 Kommuner/bydelers svar på om de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid, 2019, 2020

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	257	62	181	63
Nei	157	38	108	37
Totalt	414	100	289	100

Vi ser nærmere på fordeling etter kommunestørrelse (figur 8.1) og fylke (figur 8.2). Det er signifikant lavere andel kommuner som i 2020 svarer at de har interkommunalt samarbeid i kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere, men ellers ingen signifikante forskjeller.



Figur 9.3 Kommuner/bydeler som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2019.



Figur 9.4 Kommuner/bydelers som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Fylke, 2019.

Som vist i tabell 9.6 er det flest kommuner som har interkommunalt samarbeid rundt en KAD-avdeling (31 prosent). Men det er også mange som har interkommunalt samarbeid rundt Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (18 prosent) og psykologtjenester (19 prosent). 12

prosent har interkommunalt samarbeid rundt arbeids- og/eller aktivitetstilbud, mens fem prosent har interkommunalt samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud til målgruppen. Under *annet* nevnes blant annet FACT, ACT, ulike kompetansesamarbeid og samarbeidsforum.

Tabell 9.6 Typer interkommunalt samarbeid, 2019, 2020.

	2019		2020	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle
Heldøgns bo- og omsorgstilbud	24	6	15	5
Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	78	18	55	18
Interkommunal KAD-avdeling	148	34	92	31
Arbeids- og/eller aktivitetstiltak	50	11	36	12
Psykologtjenester	78	18	57	19
Annet	73	17	63	21

9.4 OPPSUMMERING

Det er i underkant av halvparten av kommunene/bydelene (43 prosent) som oppgir at de har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (24 prosent). Det er en nedgang på fem prosentpoeng i andel kommuner som kjøper slike tjenester fra private ideelle gjennom enkeltplasser fra 2019 til 2020, og en liten økning i andel som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private kommersielle aktører.

Av de som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, er det 21 prosent som også kjøper arbeids- og aktivitetstiltak og tre prosent som også kjøper psykologtjenester. Det kan være flere som kjøper disse tjenestene, men som ikke kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester. Dette er ikke kartlagt.

Av de kommunene som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester, svarer videre 84 prosent at de kjøper langtidstilbud, mens 27 prosent kjøper overgangstilbud og 20 prosent kjøper ulike former for akutt-tilbud.

Videre svarer 15 prosent av kommunene/bydelene at de kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid. Av disse er det ni prosent av kommunene som oppgir at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid, mens seks prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og under én prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Dette er omtrent uendret fra 2019.

Omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid er betydelig, og 63 prosent av kommunene svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020, og dette er omtrent det samme som i 2019. Det er flest kommuner som har interkommunalt samarbeid rundt en KAD-avdeling (31 prosent), men det er også en del som oppgir at de har interkommunalt samarbeid rundt psykologtjenester (19 prosent og tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (18 prosent)). Det er 12 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid rundt arbeids- og/eller aktivitetstilbud, mens fem prosent har interkommunalt samarbeid om heldøgns bo- og omsorgstilbud til målgruppen.

10 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 Helsedirektoratet¹⁴ en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsykiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det ble etablert 14 team etter modell av ACT i Norge i perioden 2009-2014, og det er utviklet egne håndbøker i begge metodene. I følge NAPHA¹⁵, som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP, er kompetansesenteret med ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge, er Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Både ACT og FACT er lokalbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. 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.

NAPHA har oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Pr. september 2020 oppgir de følgende liste over team i drift:

FYLKE	Team	Kommuner og spesialisthelsetjeneste
TROMS OG FINNMARK	ACT Tromsø	Tromsø kommune og UNN
	FACT Sør-Troms	Harstad kommune Kvæfjord kommune NAV Harstad Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
NORDLAND	FACT Ofoten	Narvik
	FACT Vesterålen	Nordlandssykehuset HF Lofoten og Vesterålen DPS Voksenpsykiatrisk enhet Vesterålen
	FACT Lofoten	Vestvågøy, Vågan, Flakstad og Moskenes kommune

¹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

¹⁵ <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

	FACT Rana	Rana kommune - Helgelandssykehuset HF - Mo i Rana ved VOP
	Nordsalten FACT	DPS Salten (psykoseteam) og kommunene Steigen, Tysfjord Vest og Hamarøy
TRØNDELAG	PART Nidaros	DPS Nidaros Trondheim kommune
	ACT Tiller	DPS Tiller og Trondheim (Klæbu) og Melhus kommune
MØRE OG ROMSDAL	FACT Nordmøre	Ikke oppgitt
	FACT Romsdal	Helse Møre og Romsdal HF og kommunene Molde, Hustadvika, Rauma, Vestnes, Aukra og Gjemnes.
	ACT Sunnmøre	DPS ambulant seksjon Nordmøre og Romsdal
	ACT Søre DPS Volda	Hareid, Ulstein, Herøy, Sande, Vanylven, Volda og Ørsta Spesialisthelsetjenesten: Helse Møre og Romsdal DPS Volda Ambulantseksjon
VESTLAND	Ambulant team i Sogndal (litt hybrid)	Helse Førde og Sogndal kommune
	FACT Askøy kommune	Øyane DPS/Helse Bergen og Askøy kommune
	FACT Kronstad 1	Kronstad DPS og bydelene
	FACT Kronstad 2	Ikke oppgitt
	FACT Nordhordland	Bjørgvin DPS/Helse Bergen og Lindås, Meland, Radøy, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen kommune
	ACT Bjørgvin DPS	Bergen kommune ved Arna/Åsane bydel og Helse Bergen
	FACT DPS Betanien/ psykose-poliklinikk	Bydelene Fyllingsdalen og Laksevåg
	FACT Folgefonn	Interkommunalt samarbeid med Kvinnherad, Jondal, Odda og Ullensvang kommune
	FACT Solli	Solli DPS og Bergen og Os
	FACT Stord	
ROGALAND	FACT Sandnes	Sandnes kommune og helse Stavanger
	Sola DPS (litt hybrid)	Ikke oppgitt
	ACT Haugesund	Haugaland DPS og Haugesund kommune
	ACT Jæren	Jæren DPS og kommunene Klepp, Time, Hå og Gjesdal.
	OBS-team Stavanger	DPS Stavanger og Stavanger kommune
	ROP Strand kommune (litt hybrid)	Ryfylke DPS Strand kommune
AGDER	FACT Lister	DPS Lister og Sirdal, Hægebostad, Flekkefjord, Kvinesdal, Farsund, Lyngdal kommune
	FACT DPS Østre Agder	DPS Østre Agder og Arendal, Evje og Hornnes, Birkenes, Lillesand og Risør
	FACT-team for nysyke som gir behandling av nyoppstått eller uavklart psykoselidelse.	DPS Aust-Agder og Arendal, Evje og Hornnes, Birkenes, Lillesand og Risør
	FACT Solvang	DPS Solvang i samarbeid med Vennesla, Songdalen, Søgne og Kristiansand kommune
	FACT Solvang	DPS Solvang i samarbeid med Vennesla, Songdalen, Søgne og Kristiansand kommune
	ARA FACT	Opptaksområde alle kommuner i Agder
VIKEN	Vestre Viken	Ikke oppgitt
	FACT Kongsberg DPS	Kongsberg DPS og Øvre Eiker, Kongsberg, Sigdal, Flesberg, Rollag og Nore og Uvdal kommune
	FACT Bærum DPS 1	Bærum DPS og Bærum kommune
	FACT Bærum DPS 2	Bærum DPS og Bærum kommune

	FACT Ringerike DPS	Ringerike, Modum, Hole, Jevnaker, Krødsherad, Flå og Ringerike DPS har etablert FACT Ringerike
	FACT Nye Drammen DPS	Drammen DPS og Drammen
	FACT Sikkerhet	Ingen kommuner, RDPS, KDPS, BDPS, ADPS, DDPS
	FACT Fredrikstad/Hvaler	DPS Fredrikstad TSB Fredrikstad Fredrikstad Kommune Hvaler Kommune
	FACT Sarpsborg	Sarpsborg kommune og Sykehuset Østfold ved DPS Halden- Sarpsborg og SMP Sarpsborg
	ACT Moss, Vestby og indre Østfold	Sykehuset Østfold, Indre Østfold-, Skiptvet-, Moss-, Råde-, Våler- og Vestby- kommune
	FACT Frogn	Frogn kommune
	FACT Nordre Follo	Ski og Oppegård kommune
	FACT Nesodden voksen	Nesodden kommune
OSLO FACT DIAKONHJEMMET SEKTOR FACT LOVISENBERG SEKTOR FACT OSLO UNIVERSITET SYKEHUS	FACT eldre Oslo Vest	Frogner - for personer over 65 år med alvorlige psykiske lidelser
	FACT Eldre	Grünerløkka
	RusFACT Oslo Vest	Oslo kommune ved Ullern, Vestre Aker, Frogner bydel og Velferdsetaten og Diakonhjemmet sykehus.
	RusFACT i Oslo	Velferdsetaten
	Allmenn FACT, Oslo Vest	Vinderen DPS og Frogner, Ullern og Vestre Aker
	FACT Oslo Vest	Vinderen DPS og Frogner, Ullern og Vestre Aker
	FACT Gamle Oslo	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	FACT Grünerløkka	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	FACT St. Hanshaugen	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	FACT Østensjø, Oslo sør	Søndre Oslo DPS
	FACT Søndre Nordstrand. Oslo sør	Søndre Oslo DPS
	FACT Nordstrand, Oslo sør	Søndre Oslo DPS
	FACT Sagene	Bydel og Nydalen DPS
	FACT Nordre Aker og Bjerke	Bydelene og Nydalen DPS/OUS
	RusFACT Sagene	Bydel, velferdsetaten og OUS
INNLANDET (OPPLAND OG HEDMARK)	FACT Hedmarken	DPS Elverum-Hamar og Ringsaker, Hamar, Stange og Løten, NAV Innlandet
	FACT Gjøvik	DPS Gjøvik og Gjøvik kommune og NAV
	FACT Toten/Land	DPS Gjøvik og kommunene Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land, Nordre Land, NAV
	FACT Sør- Gudbrandsdalen	Kommunene Lillehammer, Gausdal, Øyer, Ringebu, Sør-Fron og Nord-Fron, NAV og DPS Lillehammer
	FACT Valdres-regionen	Kommunene Vang, Østre-Slidre, Vestre-Slidre, Sør-Aurdal, Nord-Aurdal, Etnedal og DPS Gjøvik, poliklinikk Valdres og NAV Valdres
	FACT Nord Gudbrandsdalen	Vågå, Lom, Skjåk, Sel, Dovre og Lesja og Lillehammer DPS avd. Otta

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet NAPHA og NKROP i 2017 en rapport som konkluderer med at potensialet for flere ACT- og FACT-team i Norge er stort, også i mindre tett befolkede områder. 94 prosent av befolkningen kan nås av slike team. Med unntak av regioner med færre innbyggere enn 15 000 innbyggere, vil ACT- og/eller FACT-team kunne etableres i hele landet. Befolkningsgrunnlag og reiseavstand synes ikke å være en stor barriere. Om lag 26 000 personer har behov for et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Etablering av flere ACT- og FACT-team bør skje gjennom omstilling av de eksisterende lokalt baserte psykisk helse- og rustjenestene.

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

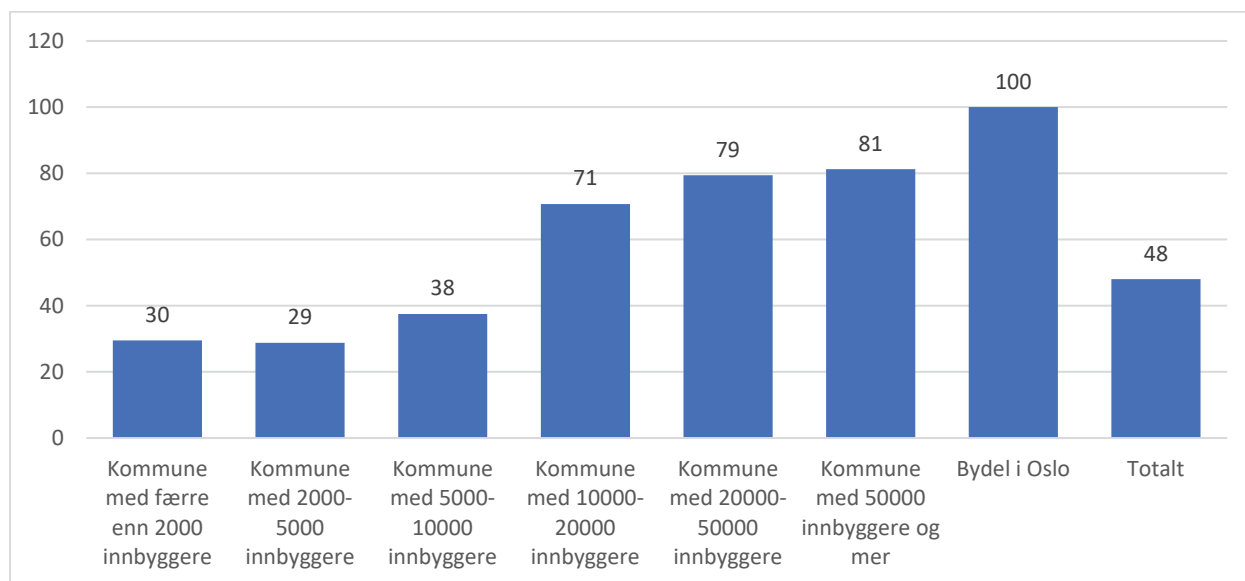
I 2020 inngår følgende spørsmål:

- Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ ungdomsteam)?
 - Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen:
- Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse -og rusarbeid?
 - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT-team (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)
- Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge etter modell av FACT-ung.
- Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge
- Andre typer team, hvilke

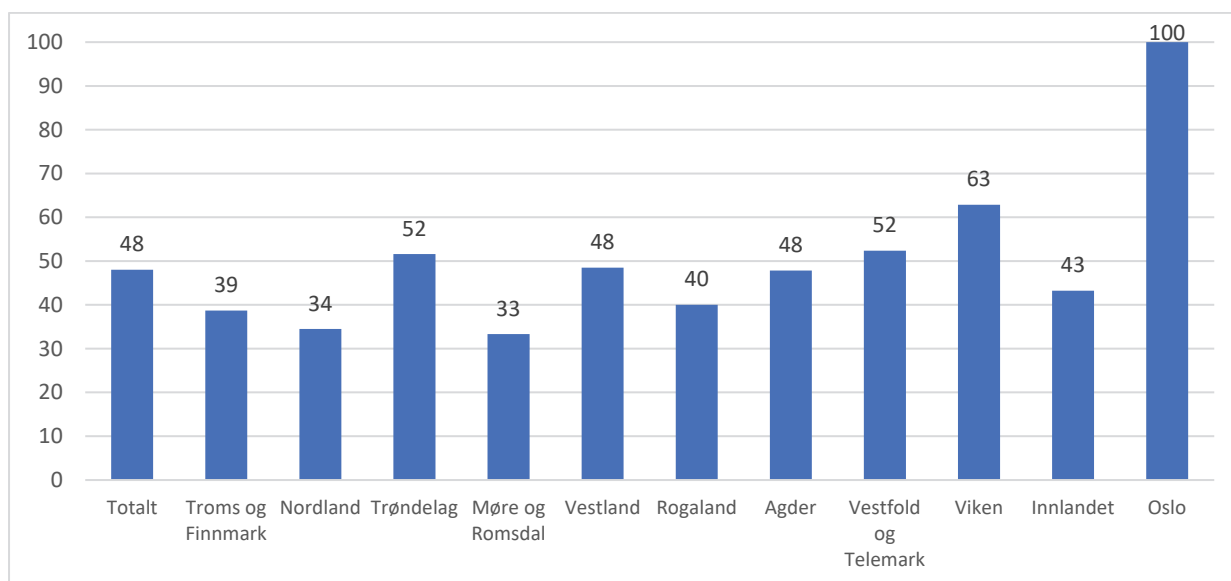
10.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 293 kommuner/bydeler som har svart (79 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel ute-kontakter/ungdomskontakter/-ungdoms-team). Av disse har 141 kommuner/bydeler oppgitt at de har slik aktivitet, og dette utgjør 48 prosent av kommunene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 (41 prosent), i 2018 (42 prosent) og i 2019 (48 prosent), så det er ingen endring fra 2019 til 2020.

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 10.1, og som tidligere er det en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sannsynligheten for å drive slikt arbeid.



Figur 10.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Kommunestørrelse 2020.



Figur 10.2 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Fylke, 2020.

MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Det er 139 av de 141 kommunene/bydelene som har beskrevet målgruppen og det er få endringer fra i fjor. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Den vanligste aldersgruppen er 13-20 år, og den nest vanligste 13-23 år. Men det er også noen kommuner som har 12-18-åringer som målgruppe for dette arbeidet. De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

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

Det er helt tilsvarende med det vi fant i 2018 og 2019.

10.2 TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM

Som vist i tabell 10.1 har 64 prosent av kommunene/bydelene svart at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 10.1 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.

	Antall	Prosent
Ja	189	64
Nei	107	36
Total	296	100

12 flere kommuner/bydeler krysser av for at de har et av alternativet og vi beregner prosenten fra disse (n=201). Det er altså 49 prosent av de som oppgir at de har slike team, som oppgir at de har, eller er en del av et FACT-team.

Tabell 10.2 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.

	Antall	Prosent
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	28	14
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	99	49
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	58	29
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	57	28
Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge etter modell av FACT-ung	6	3
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	30	15
Andre typer team, hvilke	45	22
Har krysset for ett eller flere av alternativene	201	54

10.3 OPPSUMMERING

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Det er nå så mange team at det er lettere å se på de som ikke har slike team. Ut ifra NAPHA's oversikt ser det nå ut til å være 15 DPS-områder som ikke har startet planlegging av et slikt team. Det er 14 prosent av kommunene som rapporterer at de har, eller inngår i samarbeid om ACT-team og 49 prosent at de har, eller inngår i samarbeid om FACT-team. 29 prosent av kommunene/bydelen oppgir at de har andre typer oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens 28 prosent oppgir at de har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er videre 48 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Det er ingen endring fra 2019 til 2020, og store kommuner har i større grad oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom.

11 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 skulle plikten også gjelde for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

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

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

I innledningen til veileder om Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, står det for øvrig:

"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 kostnadskrevenne 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."

I 2019 spurte vi hvor kommunen hadde organisert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. I overkant av 80 prosent av kommunene svarte at tilbudet er integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens resten hadde organisert tilbudet som et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen. Flertallet i alle kommunegrupper (70-95 prosent) hadde integrert tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, med unntak av Oslo der 64 prosent av bydelene hadde organisert tilbudet som et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen.

11.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT

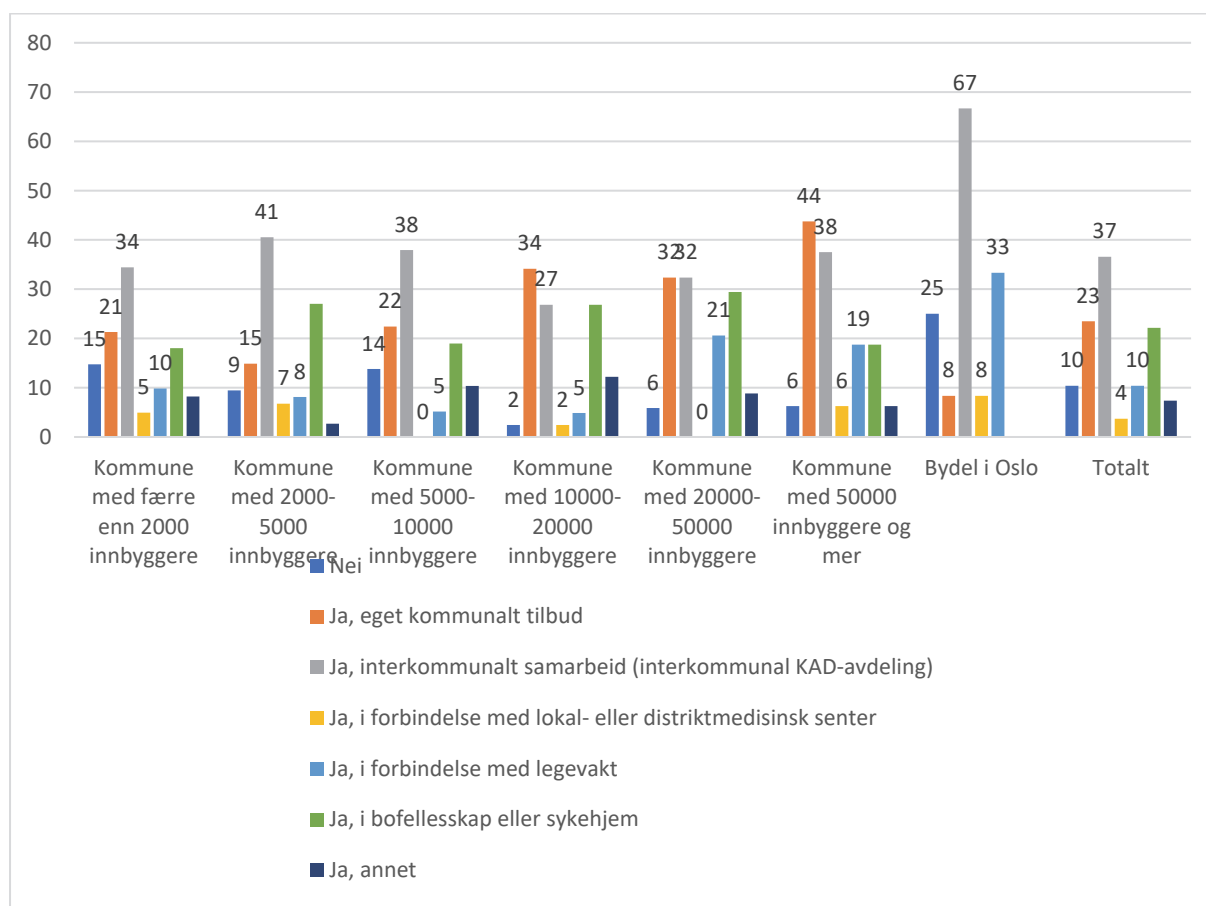
Det er i 2020 totalt 31 kommuner (ti prosent) som ikke har etablert et "øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud" for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Fordi kommunene kan ha opprettet flere tilbud, er det mulighet for å sette flere kryss, se tabell 11.1.

De fleste kommuner har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (37 prosent), mens 23 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

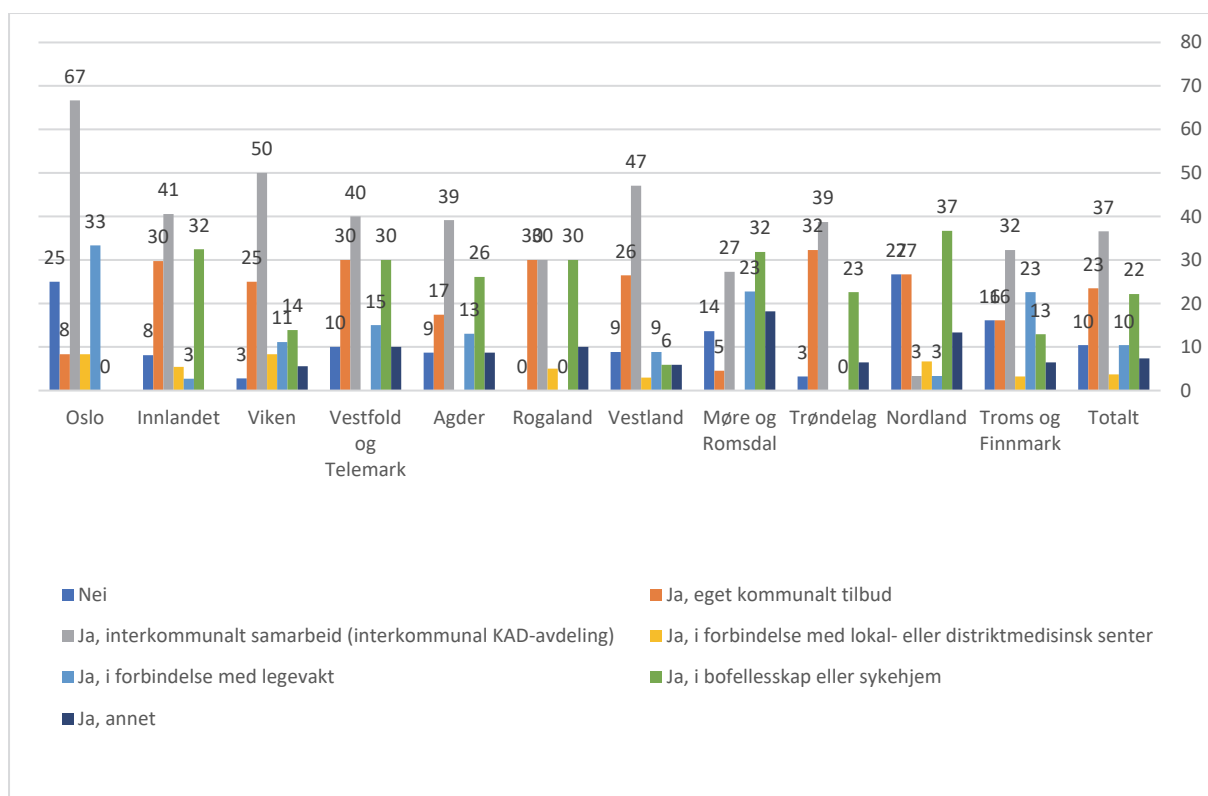
Tabell 11.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? 2019 (n=436), 2020 (n=298).

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei	37	8	31	10
Ja, eget kommunalt tilbud	93	21	70	23
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	171	39	109	37
Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter	25	6	11	4
Ja, i forbindelse med legevakt	51	12	31	10
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	81	19	66	22
Ja, annet	30	7	22	7

Vi ser hvordan dette fordeler seg etter kommunestørrelse og fylke i figur 11.1 og figur 11.2.



Figur 11.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Kommunestørrelse, 2020.



Figur 11.2 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnoophold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Fylke, 2020.

11.2 ÅRSÅK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT

Av de 31 kommunene/bydelene som ikke har etablert tilbudet, er det 26 som forklarer årsaken. Noen forklarer at de har forsøkt å opprette det ved et lokalt sykehus uten å ha lyktes. Andre forklarer at dette ikke har vært prioritert innenfor de tilgjengelige økonomiske rammene, mens andre sier at det ikke har vært noe behov for et slikt tilbud, eller at kommunen ikke har egnet lokalitet for et slikt tilbud. Noen planlegger interkommunale løsninger, mens andre ikke har døgnbemannede tjenester:

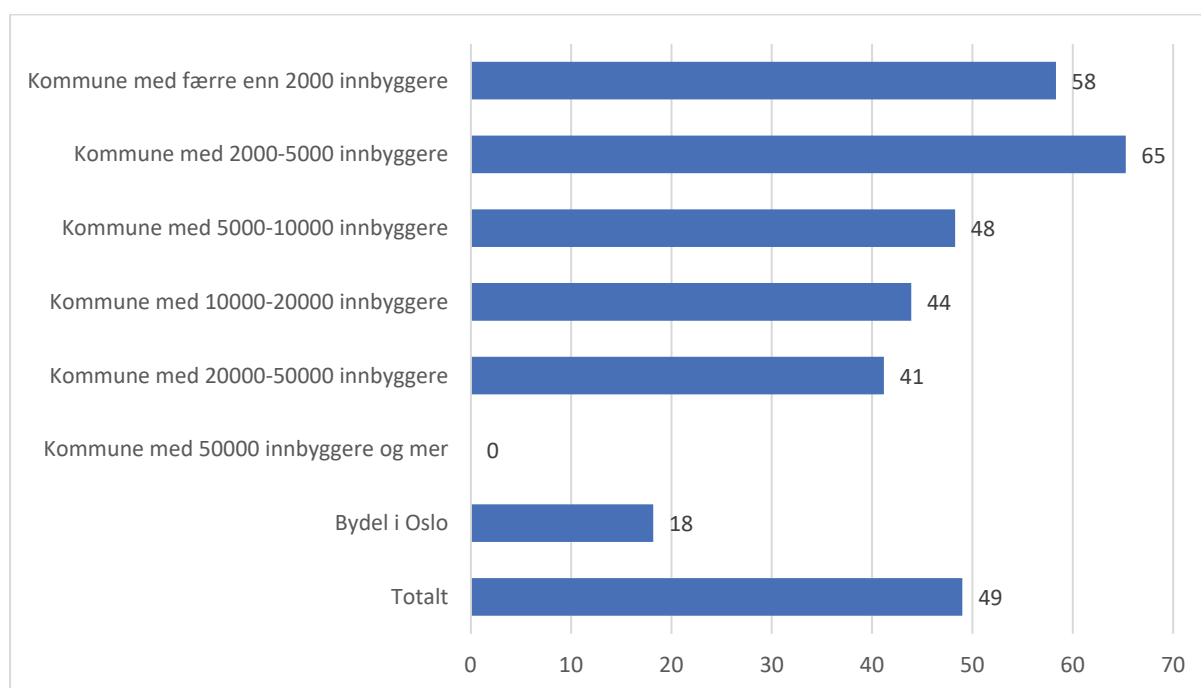
Vi har ikke noe døgnbemannet tjeneste. Brukere/pasienter er kjent med at de kan ta kontakt med legevakt og ambulant team. Rus og psykiaritjenesten og hjemmetjenesten samarbeider også godt om ulike pasienter/brukere.

11.3 BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?

Som vist i tabell 11.2 svarer 49 prosent av kommunene at plassene er i *svært liten grad* eller i *liten grad* benyttet og 12 prosent som svarer at de i *stor* eller i *svært stor grad* blir benyttet. Dette er ingen endring fra 2019 til 2020. Vi ser nærmere på de som svarer at plassene i *svært liten* eller i *liten grad* blir benyttet og fordeler etter kommunestørrelse (figur 11.3) og fylke (figur 11.4).

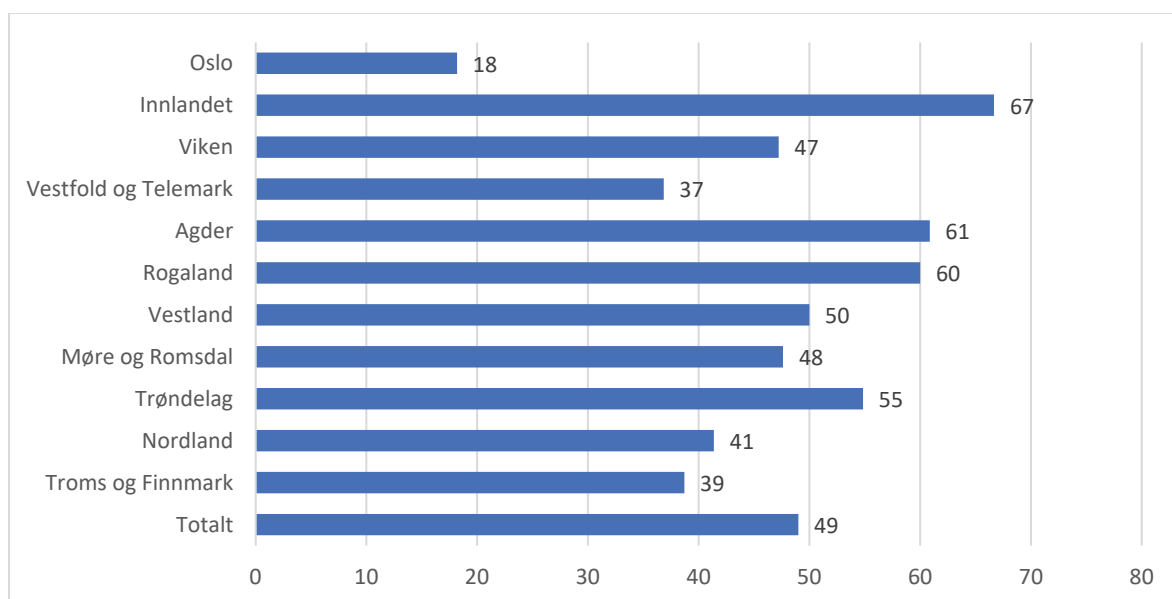
Tabell 11.2 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad de erfarer at disse plassene blir benyttet? 2019, 2020

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	119	29	84	29
I liten grad	87	21	60	21
I noen grad	118	29	89	31
I stor grad	41	10	26	9
I svært stor grad	8	2	8	3
Vet ikke	39	9	24	8
Totalt	412	100	291	100



Figur 11.3 Prosent av kommunene som svarer at plassene i *liten* eller *svært liten grad* har blitt benyttet. Kommunestørrelse, 2020.

Naturlig nok er plassene i minst grad benyttet i mindre folkerike kommuner. Dette er kanskje tiltak som har størst effekt i de større kommunene, men plassene er også brukt i *noen grad* i alle kommunegruppene. Blant kommuner med 50 000 innbyggere eller mer, er det i 2020 ingen kommuner som svarer at plassene er lite brukt.



Figur 11.4 Prosent av kommunene som svarer at plassene i liten eller svært liten grad har blitt benyttet. Fylke, 2020.

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

11.4 OPPSUMMERING

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

Våren 2017 var det hver tredje kommune som oppga at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 17 prosent som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen. I 2020 var andelen ti prosent, så det er en økning i perioden.

Av alle kommunene har 37 prosent etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 22 prosent har etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem. Ti prosent har etablert tilbudet i forbindelse med legevakt og fire prosent i forbindelse med lokal- eller distriktsmedisinsk senter.

De ti prosentene som ikke har etablert et tilbud har ulike begrunnelser på hvorfor ikke tilbudet er etablert. Noen sier det har vært forsøkt, andre at det ikke har vært prioritert eller at det ikke har vært behov for et slikt tilbud.

Halvparten av kommunene svarer at plassene er brukt i *liten grad*, og plassene ser naturlig nok ut til å i *størst grad* bli brukt i kommuner med mange innbyggere. Det er ingen endring fra 2019 til 2020 i andel som svarer at plassene er brukt i *liten grad*.

12 ARBEIDSTILTAK

Yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 20 årene, og særlig i retning av den evidensbasert tilnærmingen "Supported Employment" (SE) eller "Individual Placement and Support" (IPS). SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". Årsaken er at denne tilnærmingen har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser. I Norge har det generelt vært en bevisst satsing på arbeidsmarkedstiltak gjennom mange år slik at flere kan komme i arbeid. Dette var også et viktig element i opptrappingsplanen for psykisk helse.

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar, etter NAV-reformen. I 2016 spurte vi derfor eksplisitt om kommunene har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi spurte også om samhandlingen med NAV og andre. Vi konkluderte i 2016 med at 48 kommuner og åtte bydeler i Oslo hadde tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Innen rusarbeid hadde 36 kommuner og fem bydeler tatt i bruk IPS. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

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

I 2019 var det fortsatt overkant av 60 prosent av kommunene som hadde etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet og det var fortsatt ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse.

IPS/SE innen psykisk helsearbeid var tatt i bruk i 30 prosent av kommunene i 2019, dette var en økning fra 21 prosent i 2018. Det var 26 prosent av alle kommuner som svarte at de hadde tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid i 2019, en økning fra 21 prosent i 2018. Det var i 2019 en del kommuner som opplevde at spesialisthelsetjenesten hadde lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser (23 prosent), men få som mente at kommunen selv har lite fokus (tre prosent). Det samme bildet fant vi da vi spurte om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 22 prosent svarte at TSB har lite fokus, og seks prosent svarte at de som kommune hadde lite fokus på arbeid og utdanning i 2019. Det var betydelige forskjeller mellom ulike opptaksområder for helseforetakene i fjorårets rapportering. Innen psykisk helsevern kom Sogn og Fjordane bedre ut enn de andre helseforetakene, mens både Sogn og Fjordane, Helse Møre og Romsdal og Telemark kom bedre ut enn andre opptaksområder innen TSB når det gjaldt opplevd fokus på arbeid og utdanning i spesialisthelsetjenesten. Resultatene for 2020 presenteres i det følgende.

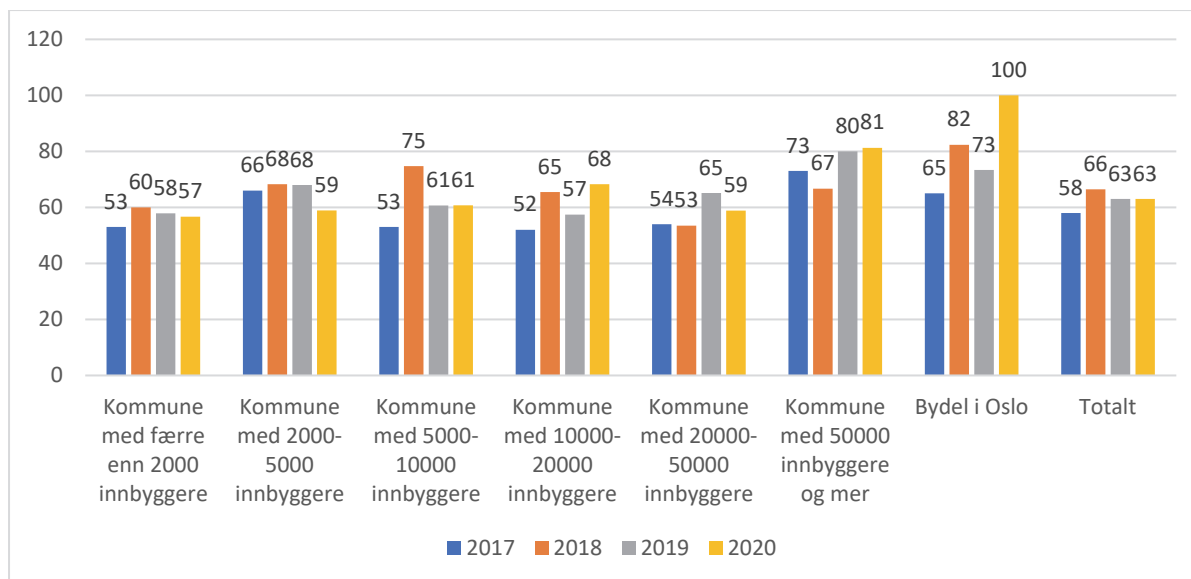
12.1 DATAGRUNNLAG

I 2020 er følgende spørsmål om arbeidstiltak inkludert:

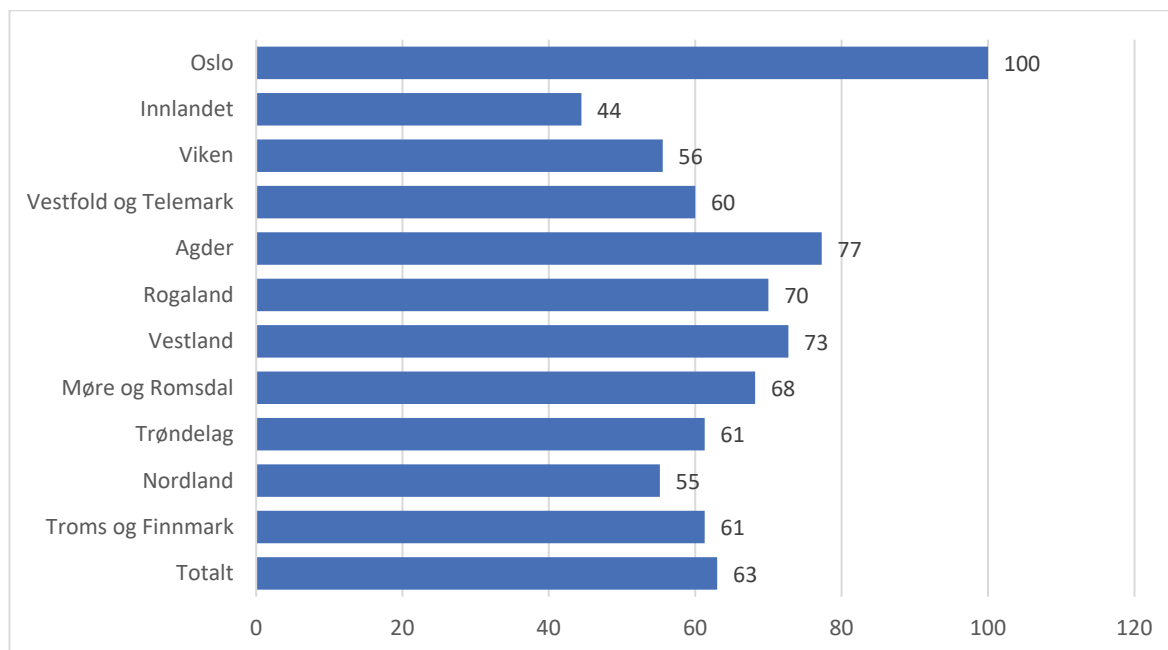
- Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer? -
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported 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?

12.2 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 63 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 uendret fra 2019 og en økning fra 58 prosent i 2017, se figur 12.1. Fylkesfordelingen for 2020 er vist i figur 12.2.



Figur 12.1 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Kommunestørrelse, 2017-2020.



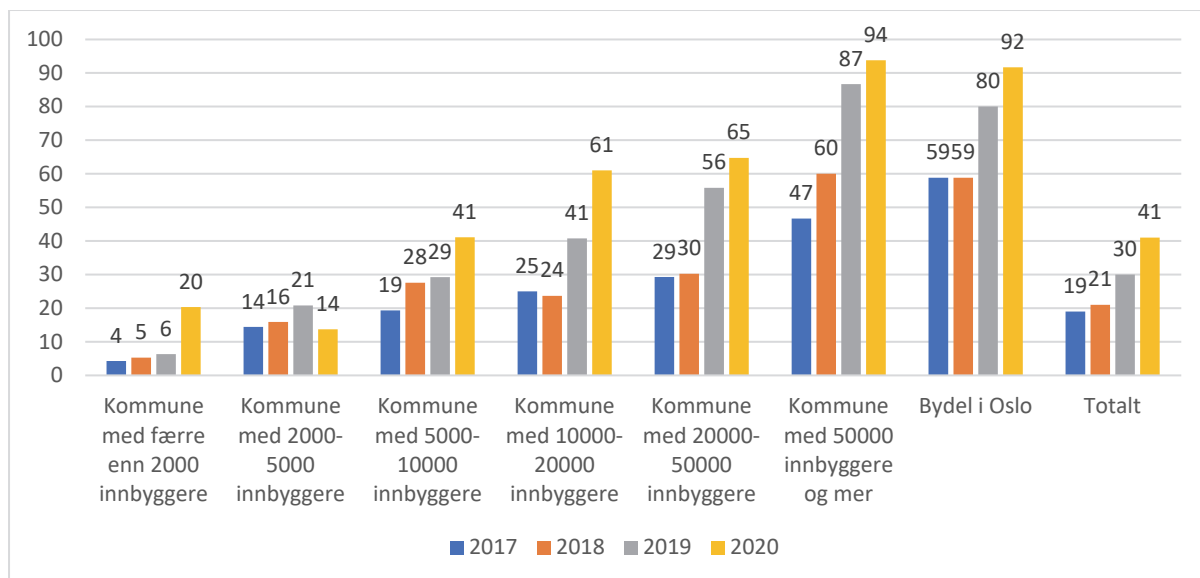
Figur 12.2 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2020.

Vi har også spurt om spesialisthelsetjenesten er involvert i dette samarbeidet, og vi finner at av de 184 kommunene/bydelene som svarer at det er etablert et samarbeid, er det 153 som har svart på om spesialisthelsetjenesten er involvert. Av disse er det 67 som svarer ja (44 prosent). Dette er en økning fra 39 prosent i 2019.

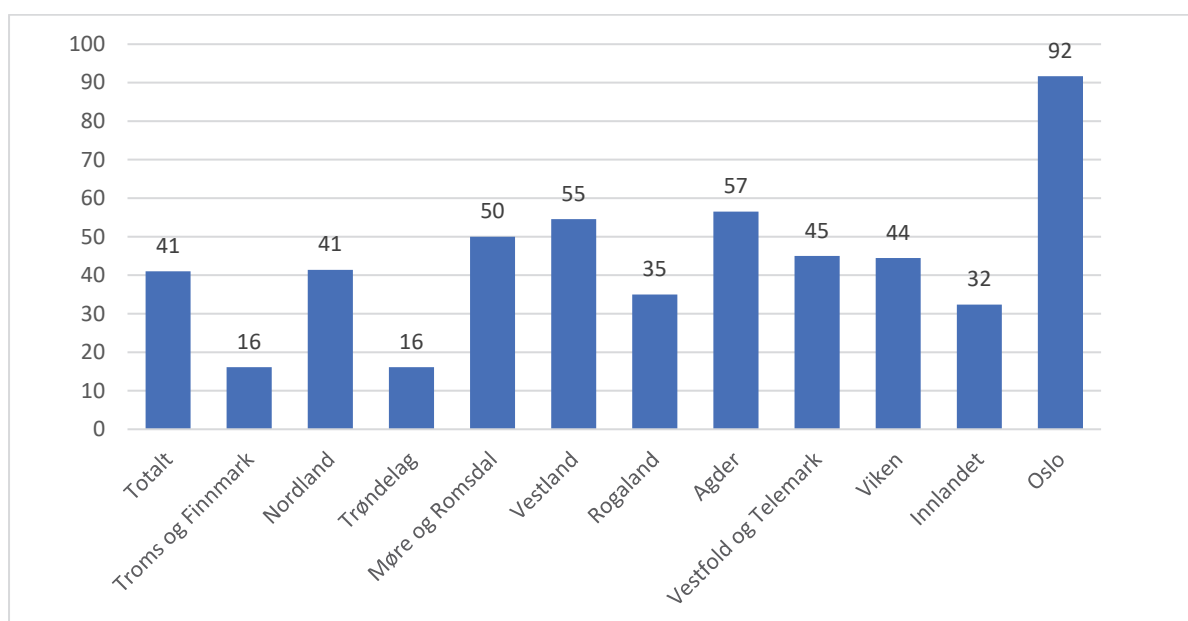
12.3 IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

I 2020 er det totalt 41 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette har vært en betydelig økning fra 2017 til 2020, se figur 12.3.¹⁶

¹⁶ NB: I årene før 2020 er det antatt at de som ikke har svart på spørsmålet ikke har tatt i bruk IPS, mens i 2020 er dette prosent av de som har rapportert i 2020.



Figur 12.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017-2020.



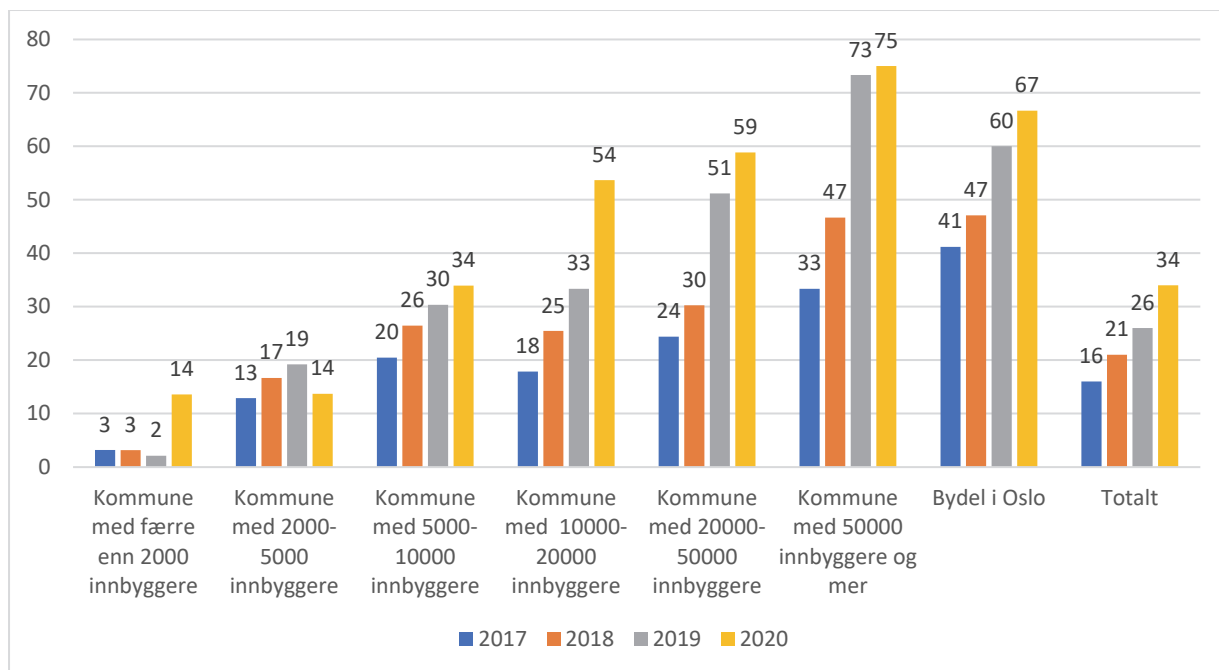
Figur 12.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Fylke, 2020.

Av de 129 kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid, svarer 69 prosent at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om dette.

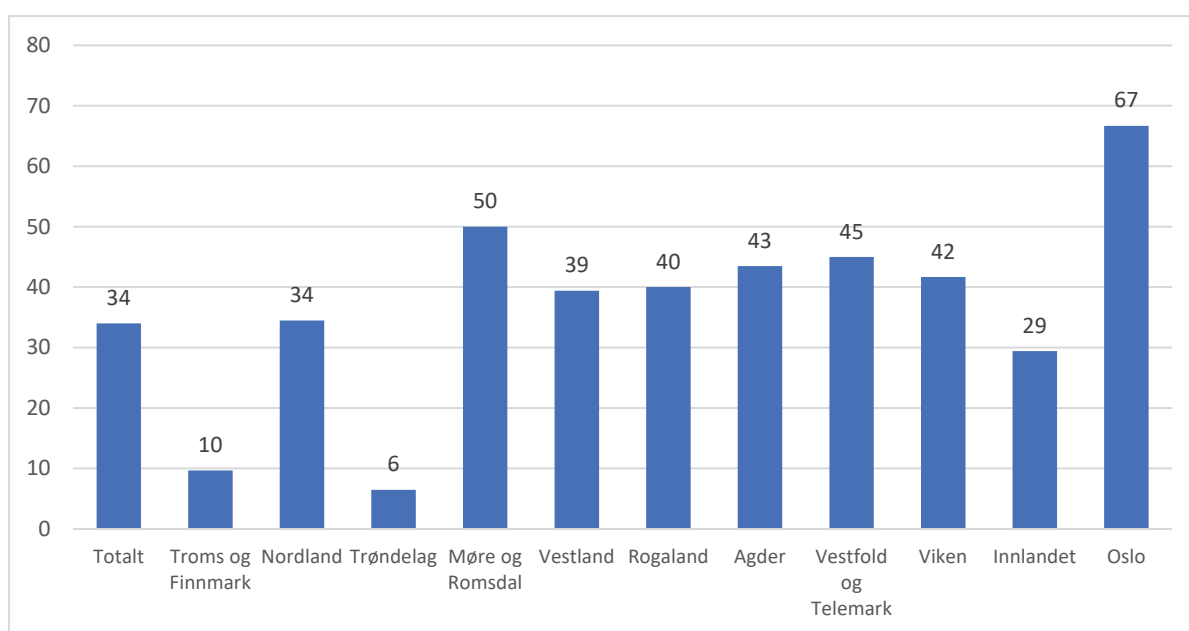
12.4 IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 34 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2020 av de som har rapportert i 2020. Dette er en økning fra 16 prosent i 2017, se figur 12.5.¹⁷

¹⁷ NB: I årene før 2020 er det antatt at de som ikke har svart på spørsmålet ikke har tatt i bruk IPS, mens i 2020 er dette prosent av de som har rapportert i 2020.



Figur 12.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid. Kommunestørrelse, 2017-2020.



Figur 12.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2017-2020.

Av de 99 kommunene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det 83 som har svart på om dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 71 prosent av disse som svarer at det gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

12.5 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 12.1, 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, det er en økning i andel som svarer både i *stor grad* og i *svært stor grad*.

Tabell 12.1 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med psykiske lidelser. 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	1	0	0	0
I liten grad	12	3	5	2
I noen grad	146	35	73	25
I stor grad	221	53	184	63
I svært stor grad	39	9	31	11
Totalt	419	100	293	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 flere kommuner selv 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. Det er en økning i andel kommuner som svarer i *stor grad* og i *svært stor grad* fra 2019 til 2020.

Tabell 12.2 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	4	1	0	0
I liten grad	20	5	15	5
I noen grad	170	41	90	31
I stor grad	189	46	157	53
I svært stor grad	31	7	32	11
Totalt	414	100	294	100

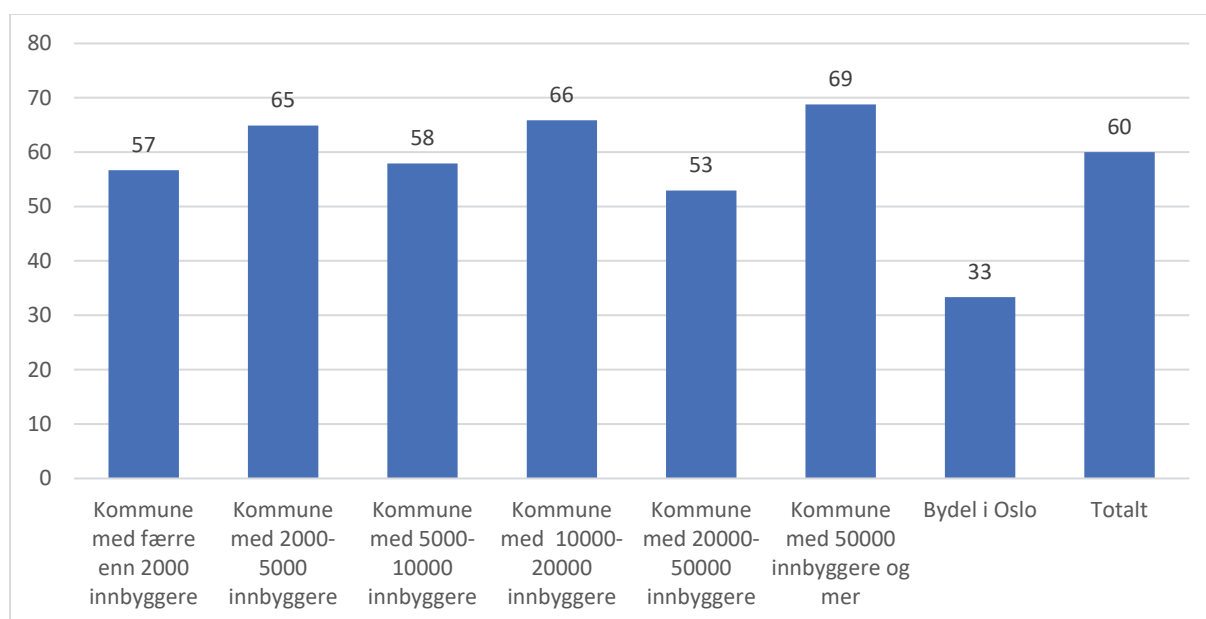
12.6 SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV

Det er 60 prosent av kommunene som svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er *god* eller *svært god*, se tabell 12.3.

Tabell 12.3 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

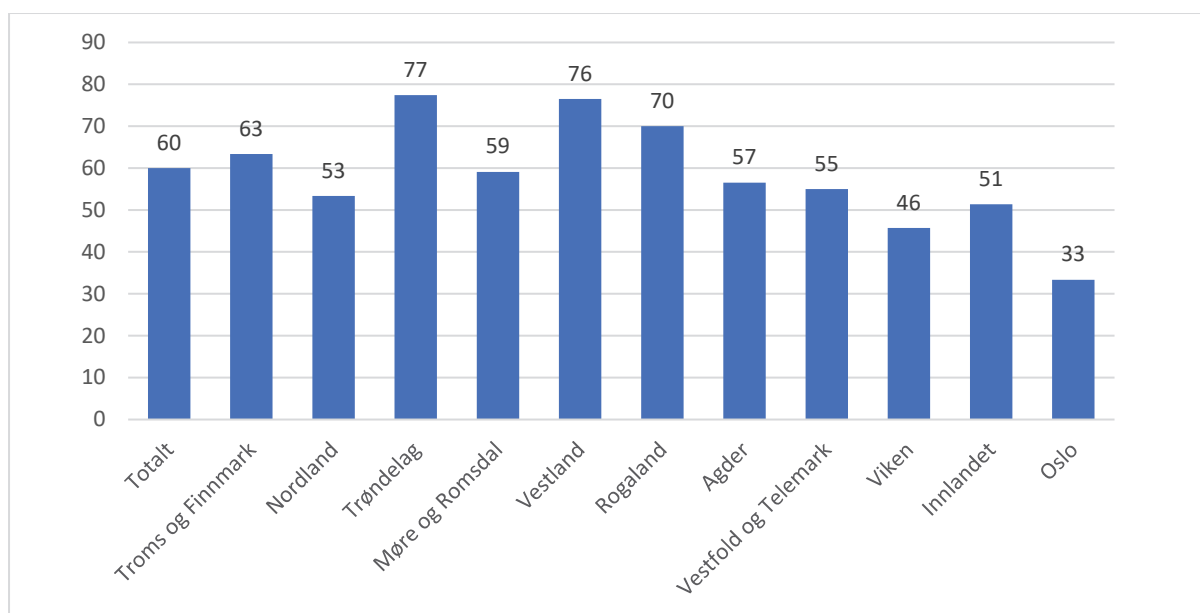
	Antall	Prosent
Svært god	34	12
God	141	48
Verken god eller dårlig	100	34
Mindre god	15	5
Dårlig	4	1
Totalt	294	100

Vi ser videre på de som svarer *svært god* eller *god*.



Figur 12.7 Prosent av kommunene/bydelene som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene som *god* eller *svært god*. Kommunestørrelse, 2020

De største utfordringene i samarbeidet ser ut til å være i Oslo og Viken, der en lavere andel svarer at samhandlingen er *god* eller *svært god*.



Figur 12.8 Prosent av kommunene/bydelene om beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene som *god* eller *svært god*. Fylke, 2020.

12.7 OPPSUMMERING

63 prosent av kommunene/bydelene 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 i 2020, dette er uendret fra 2019 og en økning fra 58 prosent i 2017.

Det er i 2020 totalt 41 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette har vært en betydelig økning fra 2017 da 19 prosent svarte at de hadde tatt i bruk IPS for denne målgruppen.

Det er 34 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2020, det er en økning fra 16 prosent i 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser, det er en økning i andel som svarer både i *stor grad* og i *svært stor grad* fra 2019 til 2020.

60 prosent av kommunene/bydelene svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er *god* eller *svært god*, og andelen er lavest i Oslo og Viken.

13 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 Opptrappingsplanen for psykisk helse St.meld.nr. 63, 1997-1998, Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015))). I målbeskrivelsene innenfor pakkeforløp for psykisk helse og rus er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet helt sentrale mål¹⁸. Klausen (2016) gjorde en kunnskapsoppsummering innenfor psykisk helsearbeid som konkluderer med at brukermedvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet del av tjenesten, hverken ved individuell behandling eller på systemnivå. I kunnskapsgrunnlaget innledningsvis i fjorårets rapport beskrev vi flere nye kunnskapsoppsummeringer som omhandler brukermedvirkning og recovery i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (Pettersen and Lofthus 2018, Brekke 2019, Nordaunet 2019).

Det finnes flere fagartikler og bøker om brukerperspektivet i psykisk helsevern og psykisk helse- og rusarbeid som peker på utfordringer med at brukerne fortsatt ikke er representert der avgjørelsene tas (Valla 2014, Hansen and Ramsdal 2015, Husøy 2015). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter og brukere en nedfelt rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne ("Sammen om mestring", Helsedirektoratet, 2014)¹⁹ framhever brukermedvirkning og legger til grunn at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår dem. Stadig flere kommuner har tatt i bruk verktøy for feedbackinformerte tjenester (FIT, KOR, NORSE og andre liknende måleverktøy)²⁰, der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og skal tilpasse tjenestene deretter. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan kommunene sikrer 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 i 2019 og 2020 har vi også spurt hvilken rolle disse personene har i jobben sin. De ekstra spørsmålene som er tatt med i årets kartlegging, er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid.

¹⁸<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

¹⁹ Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

²⁰<https://www.napha.no/fit/>

13.1 DATAGRUNNLAG

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

Følgende spørsmål om årsverk med erfaringskompetanse ble også inkludert:

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

13.2 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

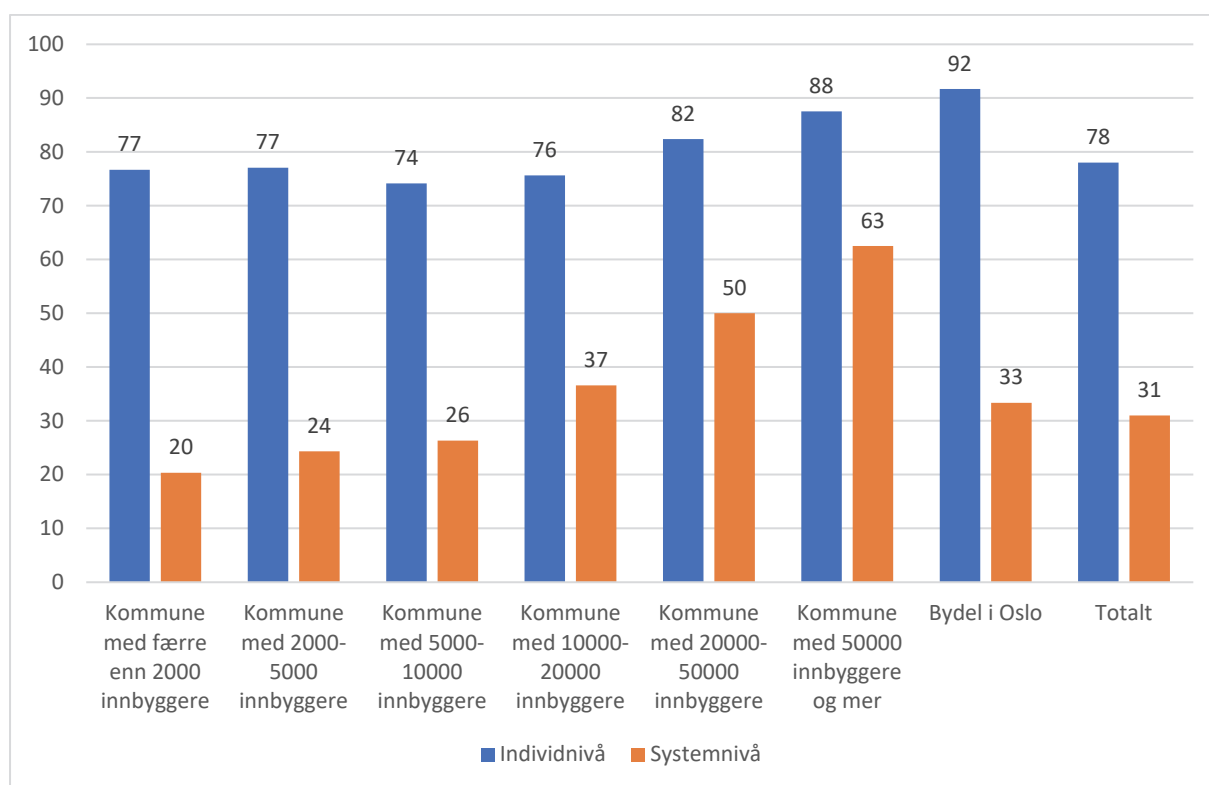
Fra 2020 har vi delt spørsmålet om de sikrer brukermedvirkning på individnivå og systemnivå, og det er dermed ikke riktig å sammenlikne med tidligere år, der vi kun spurte generelt om de sikrer brukermedvirkning.

Som vist i tabell 13.1 er det 78 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 (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

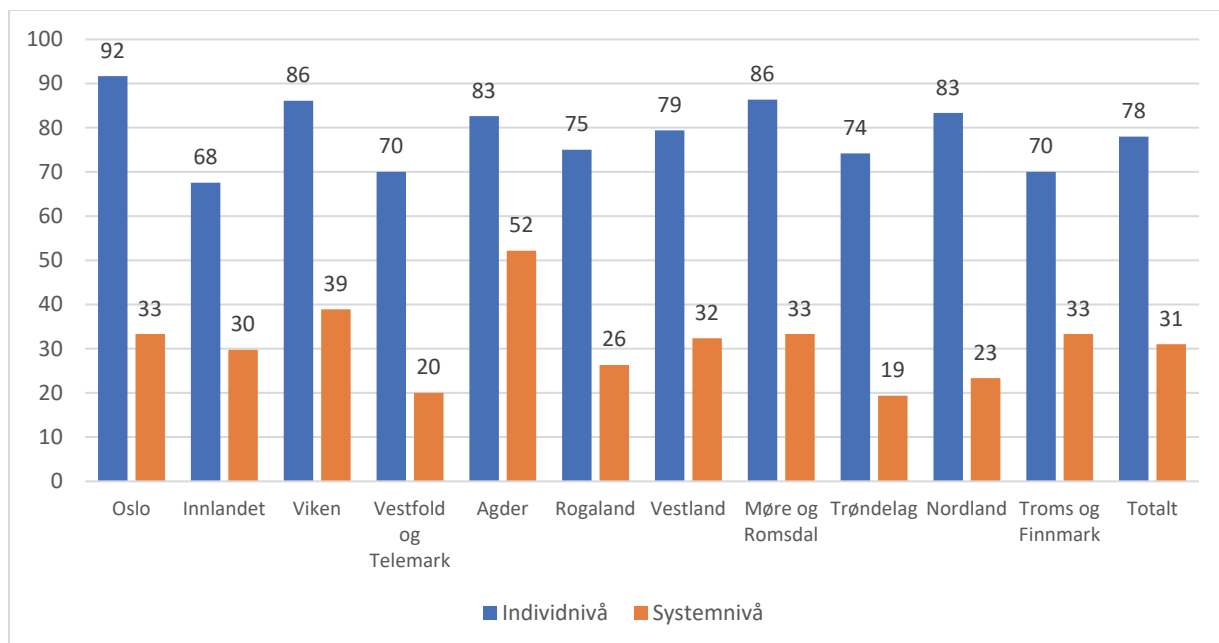
Tabell 13.1 Antall og andel kommuner/bydeler etter svar på i hvor stor grad de sikrer brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå, 2020.

	Individnivå		Systemnivå	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	72	24	15	5
I stor grad	158	54	76	26
I noen grad	54	18	142	48
I liten grad	10	3	51	17
I svært liten grad	1	0	9	3
Totalt	295	100	293	100

Vi ser videre på de som svarer i *svært stor grad* og i *stor grad*, og fordeler svarene etter kommunestørrelse (figur 13.1) og etter fylke (figur 13.2).



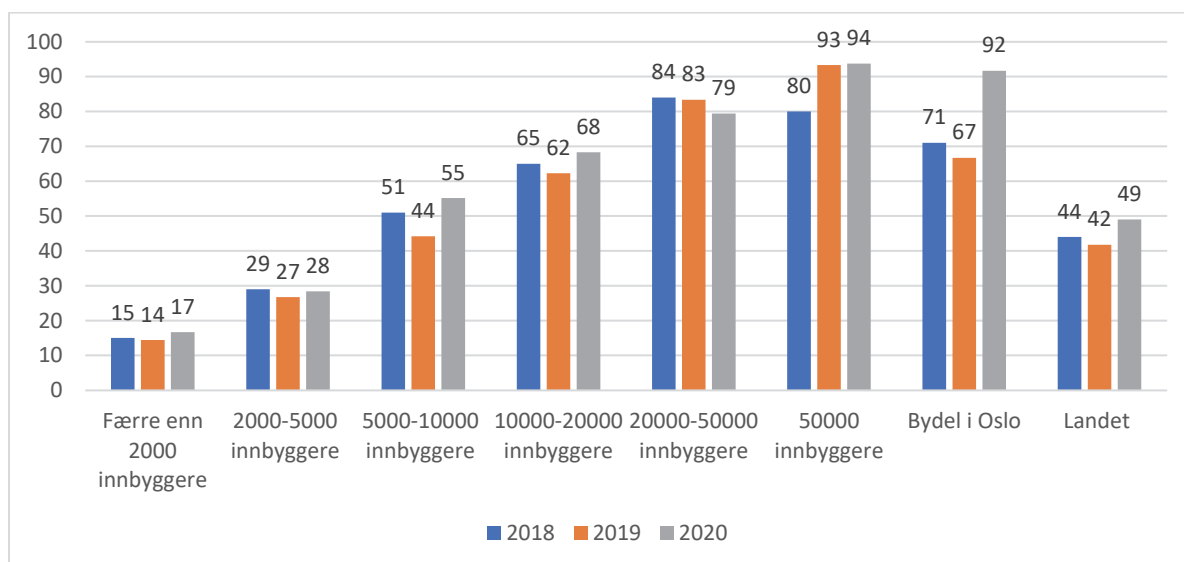
Figur 13.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning på henholdsvis individnivå og systemnivå. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 13.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning på henholdsvis individnivå og systemnivå. Fylke, 2020.

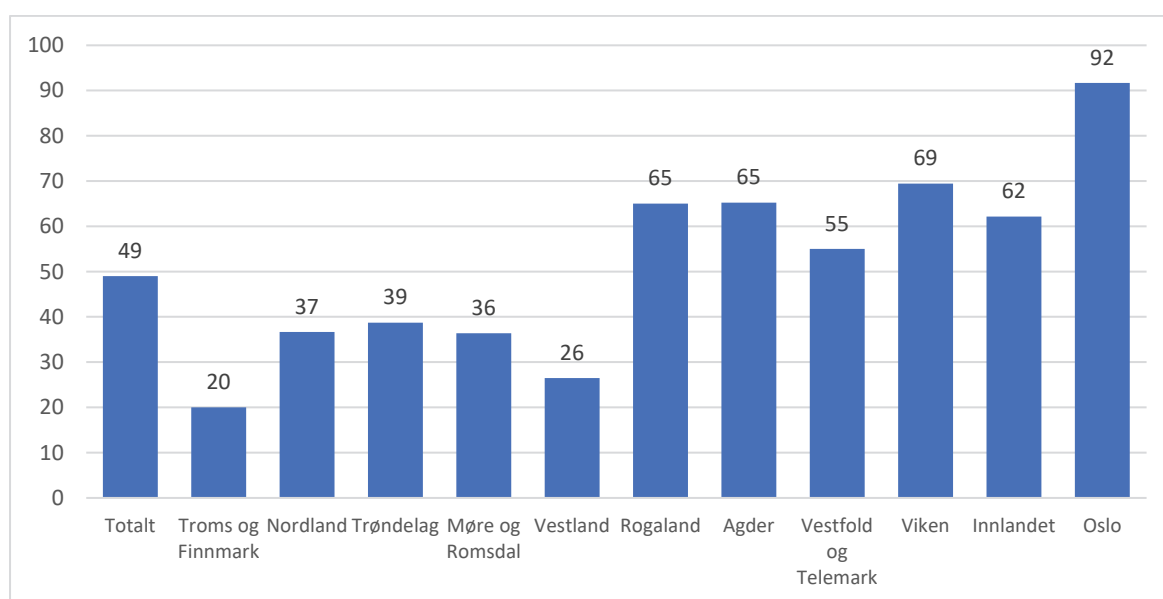
13.3 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING

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 49 prosent *ja* i 2020. Dette er en økning på fem prosentpoeng siden 2018, og det er en økning i alle gruppene med unntak av i kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere, der det er en liten nedgang.



Figur 13.3 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. Kommunistørrelse, 2018-2020.

Fordelingen på fylkesnivå for 2020 er vist i figur 13.4.



Figur 13.4 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.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 13.2), og det er i 2020 totalt 58 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS), mens henholdsvis 39 og 47 prosent svarte at de har gjennomført brukerråd og brukerundersøkelse. Det er særlig nedgang i Brukerråd, men relativt uendret ellers. I *annet*-kategorien er det oppgitt alternative måter som dialogkafé, husmøter, individuell tilbakemelding, IP, fokusgruppeintervju og annet.

Tabell 13.2 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel, 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55	84	58
"Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS)	31	18	25	17
Brukerråd	80	46	56	39
Brukerundersøkelse	82	47	67	47
Annet	48	28	37	26
Totalt	174	100	144	100

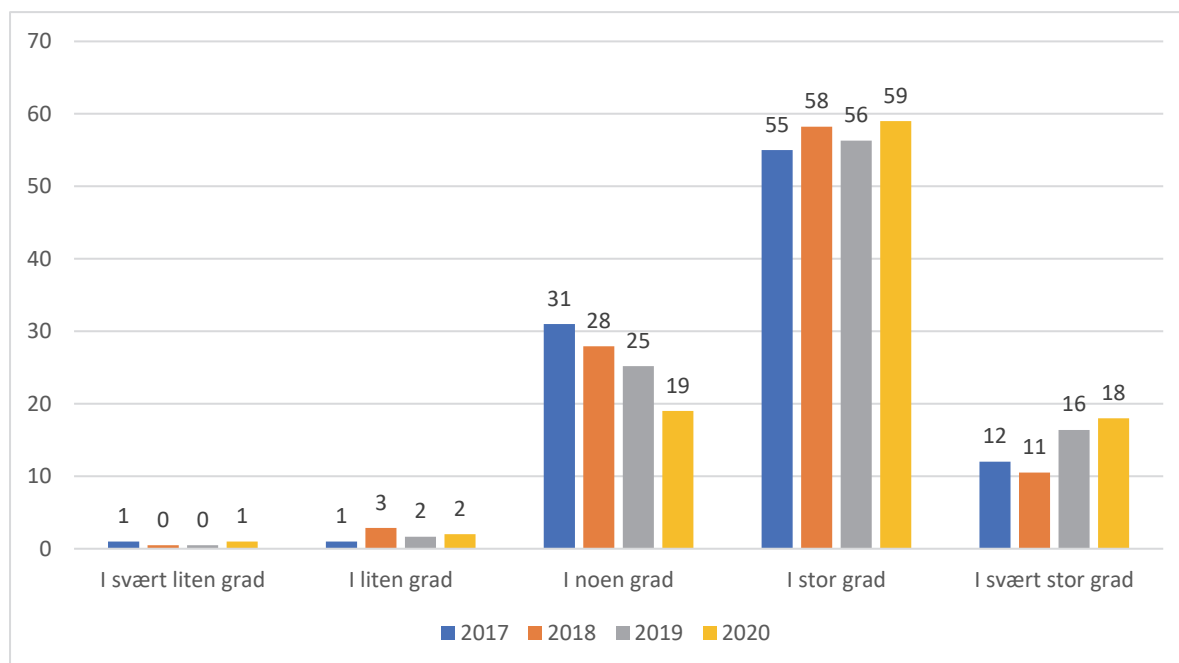
De 84 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Svarfordelingen er gitt i tabell 13.3 og viser at nettbasert FIT er det mest populære med 77 prosent av de som har svart. FIT i papirutgave er også krysset av hos 32 prosent av de 84 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 15 prosent. Av de som krysset av for *annet*, oppgir de "Happy or not", workshop, INSPIRE eller at de prater sammen og slik får tilbakemelding.

Tabell 13.3 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
KOR/PCOMS	16	17	13	15
FIT, nettbasert	66	69	65	77
FIT, papir	19	20	27	32
NORSE Feedback	1	1	0	0
Annet	16	17	7	8
Totalt	95	100	84	100

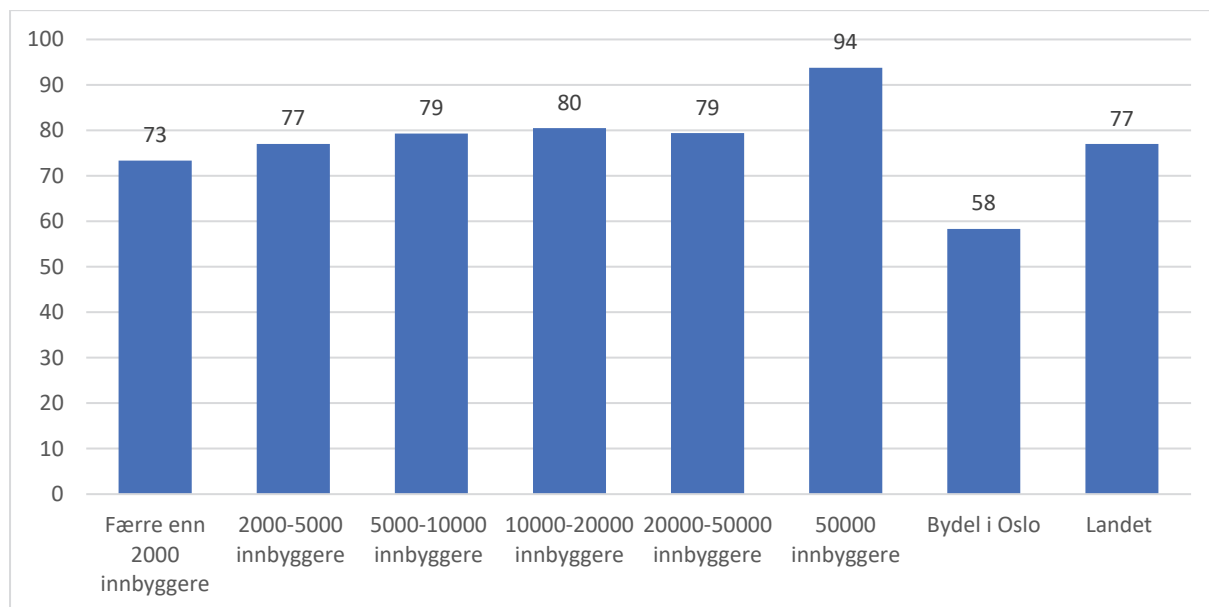
13.4 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert ble det forstått at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Resultatene er presentert for de fire siste årene i figuren under. Det er en gradvis økning i andel som svarer i *stor grad* eller i *svært stor grad* fra 67 prosent i 2017 til 77 prosent i 2020.

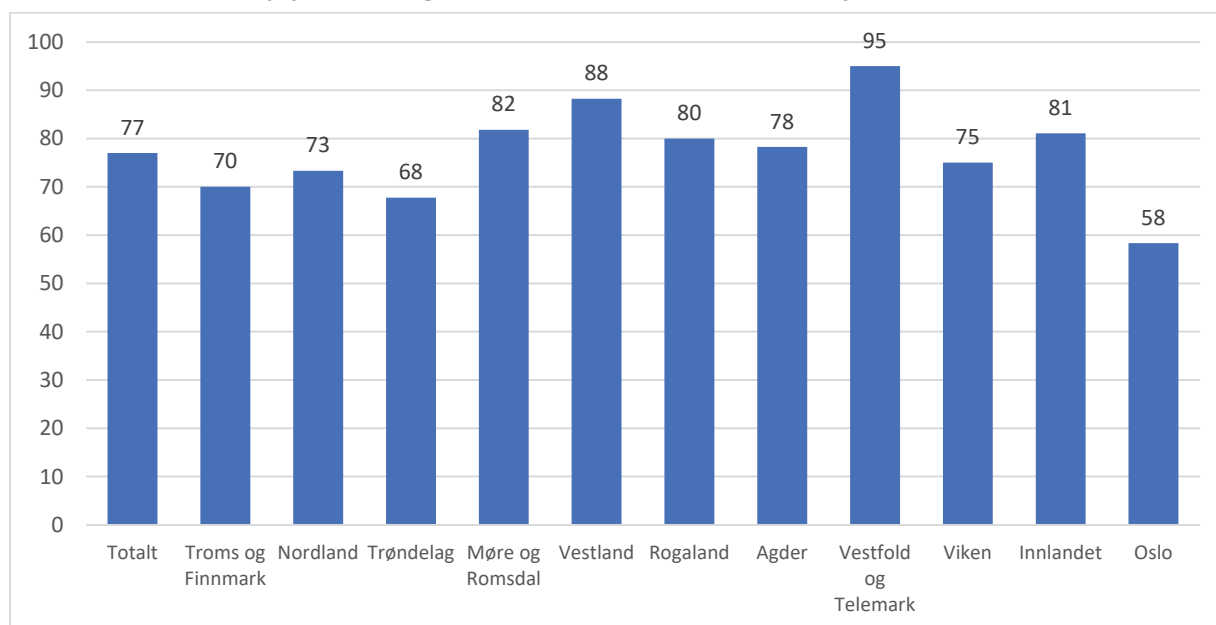


Figur 13.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 2017-2020

74 prosent av kommunene mener at tjenestetilbudet i *stor* eller *svært stor grad* er recovery-orientert, noe som gir en økning på fire prosentpoeng fra 2019. Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunistørrelse (figur 13.5) eller etter fylke (figur 13.6).



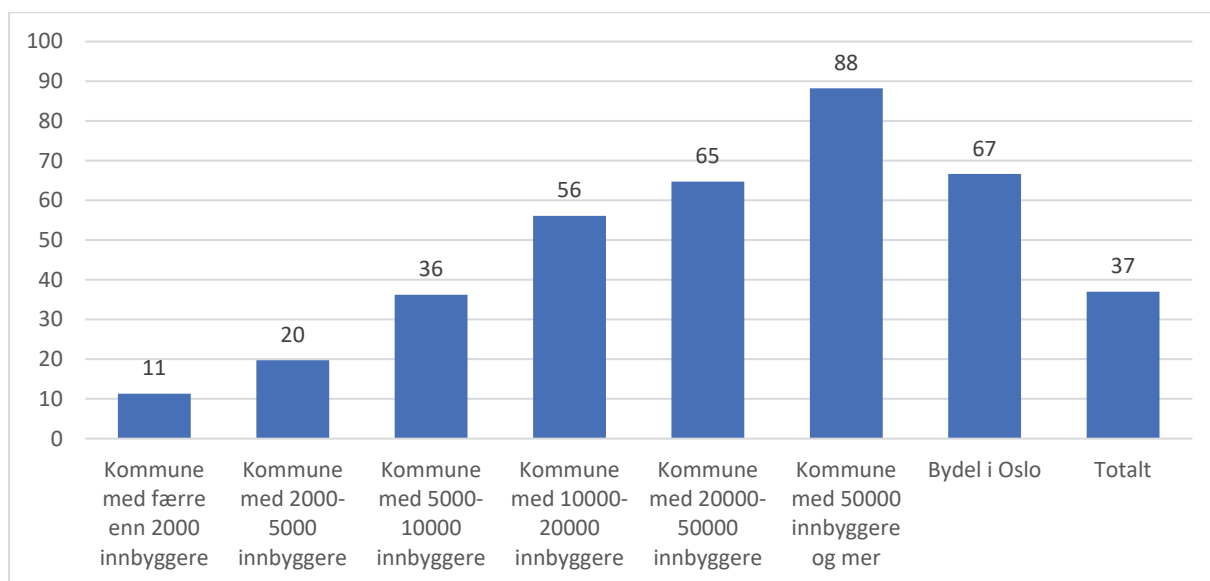
Figur 13.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor grad eller i svært stor grad at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Kommunistørrelse, 2020.



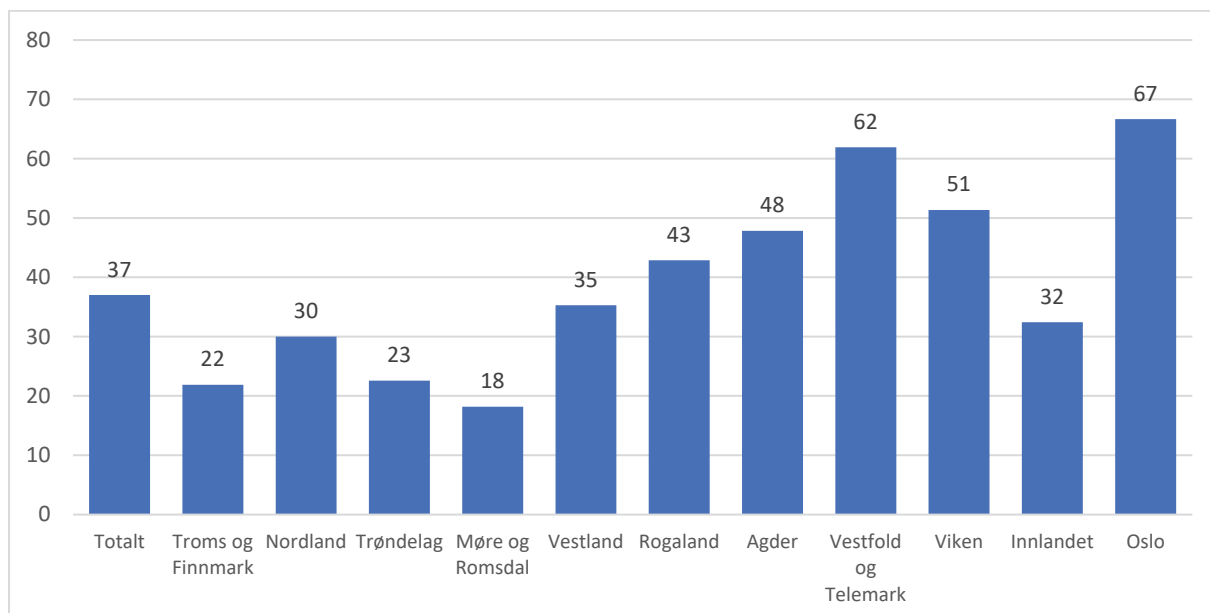
Figur 13.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor grad eller i svært stor grad at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Fylke, 2020.

13.5 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 har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. I 2020 var andelen kommet opp i 37 prosent. Det betyr at det er en økning på ti prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2020. Som vist i figur 13.7 er andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. Det er også variasjon mellom fylker, se figur 13.8.



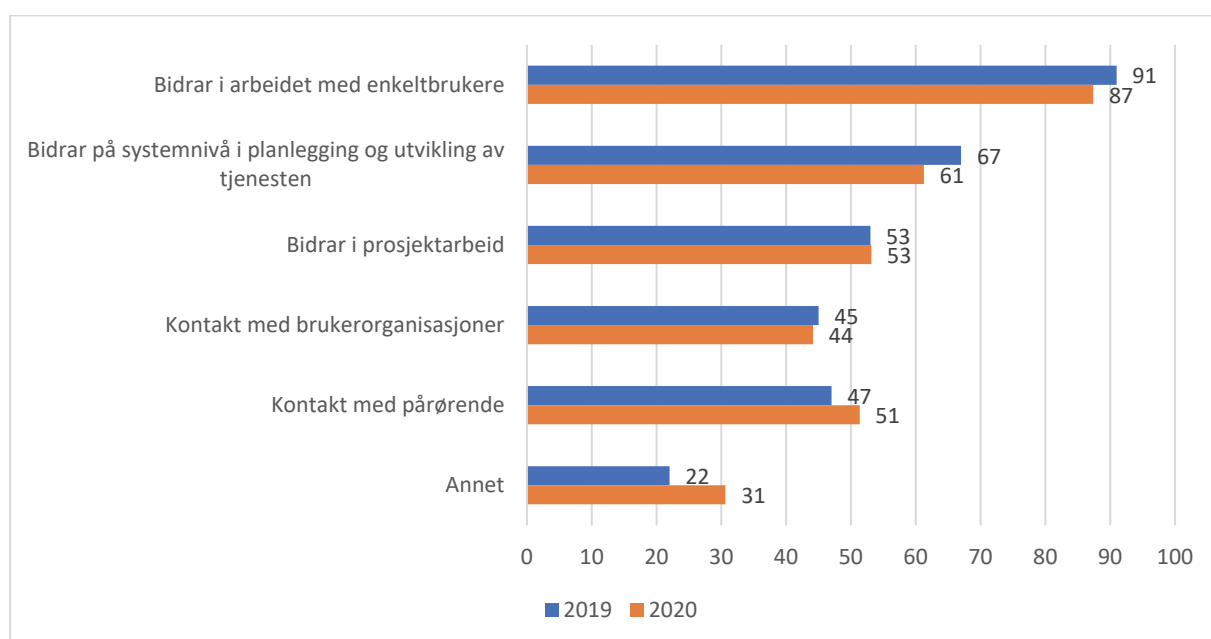
Figur 13.7 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 13.8 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Fylke, 2020.

Fordi tallene ikke er komplette i 2020 er det vanskelig å beregne totalt antall årsverk med erfaringskompetanse/brukererfaring, men det ser ut til å være en økning fra 2020. Det har ikke vært mulig å kvalitetssikre disse tallene i tilstrekkelig grad i 2020, men det rapporteres totalt om 154 årsverk med denne typen kompetanse av de kommunene som har rapportert. I 2019 var det totalt 167,4 årsverk. Vi vil komme tilbake med bedre tall for dette i neste kartlegging. Det er for eksempel mulig at sammenslåtte kommuner teller samme årsverk flere ganger fordi de vet at en kommune de har slått seg sammen med har slike årsverk. For eksempel svarer en kommune "0,5 fordelt på seks kommuner". Dersom alle rapporterer det samme årsverket, vil dette være dobbeltrapportering som ikke gir riktige tall.

Det er også spurt hvilken rolle de ansatte med erfaringskompetanse har i tjenestene, og denne fordelingen kan vi vise for både 2019 og 2020, men da kun som andel av de som svarer at de har ansatte med erfaringskompetanse det enkelt år. Det er små endringer i fordelingen fra 2019 til 2020, men noen færre svarer at disse årsverkene bidrar i arbeid med enkeltbrukere og på systemnivå, mens noen flere svarer at de bidrar i kontakt med pårørende og annet. Under *annet* nevnes blant annet at de arbeider i ulike aktivitetstilbud, at de bidrar i informasjonsarbeidet, som kollegaveileder til fagpersonell, kurs og ulike prosjekter.



Figur 13.9 Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har. 2019 og 2020.

Til kommunene som svarte at de ikke har ansatt personell med erfaringskompetanse, spurte vi om de hadde planer om dette framover. Blant de 189 kommunene som svarte at de ikke har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, svarer 56 prosent at de ikke har planer om å ansette folk med slik kompetanse, mens 16 prosent har planer om det, se tabell 13.4. Alle som svarte at de ikke har ansatte med denne typen kompetanse, har svart på spørsmålet.

Tabell 13.4 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

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	56	18	31	16
Nei	149	48	106	56
Vet ikke	88	28	52	28
Ikke svart	17	5	0	0
Totalt	310	100	189	100

13.6 ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING I TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Det er kun 18 kommuner av de som har svart i 2020 som har rapportert at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid. Det er ansatt 26,5 årsverk totalt i disse kommunene. I 2019 var det 16 kommuner som totalt rapporterte om 13,5 slike årsverk totalt i alle kommunene og tallene er for små til å gjøre videre analyser.

13.7 OPPSUMMERING

I 2020 har vi spurt om i hvilken grad kommunen/bydelen sikrer brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Det er 78 prosent som svarer at de *i svært stor grad* 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. De små kommunene har i *mindre grad* sikret brukermedvirkning på systemnivå enn større kommuner, men både små og store kommuner mener de i *stor grad* sikrer brukermedvirkning på systemnivå.

Nær halvparten (49 prosent) av kommunene/bydelene svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaring innen psykisk helse- og rusarbeid som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene i løpet av de siste 12 månedene. Dette er en økning fra 44 prosent i 2018. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse, og mens 94 prosent av kommunene oppgir å ha innhentet brukererfaring siste år, er andelen 17 prosent blant de minste kommunene. Den mest hyppige metoden som er brukt for innhenting av brukererfaringer er tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker (særlig FIT, nettbasert eller papir).

De fire siste årene er det spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Det er en gradvis økning i andel som svarer i *stor grad*, fra 67 prosent i 2017 til 77 prosent i 2020. Andelen er ikke signifikant forskjellig i små og store kommuner.

I 2019 svarte 27 prosent av alle kommunene at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. I 2020 var andelen kommet opp i 37 prosent. Det betyr at det er en økning på ti prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2020. Av de som ikke har ansatte med denne erfaringen, er det over halvparten som ikke har planer om å ansette denne typen kompetanse. Andelen kommuner som har ansatte med brukererfaring øker systematisk med kommunestørrelse.

14 BOLIGSITUASJONEN

Alle kommuner har et ansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. I 2014 trådte den boligsosiale strategien *Bolig for velferd*²¹ i kraft. Strategien legger stor vekt på at de boligsosiale virkemidlene må sees i sammenheng med andre velferdspolitiske tiltak innenfor arbeid, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og barnevern. Strategien er et samarbeid mellom fem departementer med strategiperiode fram til og med 2020, med følgende fastsatte nasjonale mål:

- Alle skal ha et godt sted å bo (hjelp fra midlertidig til varig bolig, hjelp til å skaffe en egnet bolig)
- Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet (forhindre utkastelser, gi oppfølging og tjenester i hjemmet)
- Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (sikre god styring og målretting av arbeidet, stimulere til nytenkning og sosial innovasjon, planlegge for gode bomiljø)

I 2018 ble strategien oppdatert og konkretisert med handlings- og tiltaksplaner for perioden 2018-2020^{22,23}. Det skal blant annet etableres arbeidsprosesser for helhetlig tilbud av boliger, og bo- og oppfølgingstjenester, for mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser som mangler eller risikerer å miste boligen sin. Kommunene skal videre ha et spesielt fokus på å tilrettelegge for at vanskeligstilte barnefamilier bor i egnet bolig. Rapporteringen på årsverk i IS-24/8 som denne rapporten er basert på, gir et datagrunnlag som skal være med på å si noe om måloppnåelse i strategien. Økning i årsverk i psykisk helse- og rusarbeid for voksne, økning i antall kommuner med oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, og økning i antall kommuner med oppsøkende team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er blant resultatmålene.

1. november 2016 ble en egen veiviser i forbindelse med *Bolig for velferd* publisert (www.veiviseren.no). Dette er et tverrfaglig verktøy for kommunene og gir en samlet framstilling av lovverk, aktuelle hjelpemidler, konkrete arbeidsprosesser, kompetanse og gir gode eksempler på resultat, metoder og tiltak. Den har særlig fokus på barn og unge (barnefamilier). Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (s. 26-27) peker på bolig som avgjørende for helse, selvstendighet og mestring, og at bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel (Helsedirektoratet, 2014)²⁴.

Rapporteringen på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) har hatt bolig som tema siden tidlig på 2000-tallet, da fokuset var på antall ferdigstilte boliger subsidiert av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

Tall fra BrukerPlan (Hustvedt, Lie et al. 2018) viste at 75 prosent av mottakerne hadde en permanent og tilfredsstillende bosituasjon i 2018 (grønn andel). Andelen bostedsløse gikk ned fra seks prosent i 2015,

²¹https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf

²²<https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/>

²³<https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/tiltaksplan/>

²⁴<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

til fem prosent i 2018 (rød andel). Andelen med midlertidig og/eller utilfredsstillende boligsituasjon har også har gått ned fra 2015, fra 23 prosent til 20 prosent i 2018 (gul andel). En andel på 83 prosent av de bostedsløse har samtidige rus- og psykiske problem (BrukerPlan, 2018).

I BrukerPlan-statistikken for 2019 skriver Hustvedt og medforfattere at bosituasjon er det levekårsområdet flest mottakere har en grønn score på. Av alle de 58 790 mottakerne som ble registrert i 2019, har 80 prosent en permanent og tilfredsstillende bosituasjon. Fordeling på de ulike mottakerkategoriene viser at syv prosent av mottakere med rusproblemer, og en prosent av mottakere med kun psykiske problemer er bostedsløse. Totalt utgjør dette 2 035 personer. Størsteparten av de bostedsløse har samtidig rus og psykiske problemer, enten i *mindre grad* eller i *alvorlig grad*. Siden 2014 har det vært en jevn nedgang av bostedsløse med rusproblemer²⁵.

14.1 DATAGRUNNLAG

Fem spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2020:

- Hva er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen i psykisk helse- og rustjeneste?
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med:
 - psykiske helseproblemer/lidelser?
 - med rusproblemer/lidelser?
 - med ROP-lidelser?
- I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen psykisk helsearbeid utviklet seg siste år?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?

14.2 STØRSTE UTFORDRINGER RUNDT BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN

Det er 258 kommuner/bydeler (69 prosent) som har svart på spørsmålet om hva de største utfordringene er når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen. Dette er et viktig spørsmål og vi går derfor grundig gjennom svarene.

TILGANGEN PÅ BOLIGER

Det er mange som svarer at tilgangen på egnede boliger er den største utfordringen. Dette handler først og fremst om at det ikke finnes tilgjengelige boliger tilpasset brukergruppen:

Det finnes ikke egne boliger tilpasset denne brukergruppen. Kun kommunale separate leiligheter/boliger ellers bor de i privat bolig. Mange i denne brukergruppen har redusert boevne, samt dårlig ernæringsstatus.

Dette kan føre til at det blir betydelig bruk av midlertidige botilbud:

²⁵ <https://www.rus-ost.no/rusbehandling-og-tjenesteutvikling/brukerplan>

*Egnede boliger, tilrettelagte boliger, nok boliger. *Enorm mangel på boliger til denne brukergruppen i kommunen. Stor bruk av midlertidig bolig etter §27.*

Flere nevner også at størrelsen på boligene ikke er egnet:

Tilrettelagte boliger for målgruppen, egnede boliger og egnede størrelser på boliger.

Eller at de trenger enkeltstående boliger eller separate boliger:

Enkeltstående boliger for personer som ikke bør ha eller ønsker tett kontakt med tjenesteapparatet.

Flere frittstående boenheter til de som har behov for og ønsker å bo skjermet / ikke så tett på andre.

Få egnede kommunale boliger, skulle hatt flere separate boliger. Det er satt i gang boligsosialt arbeid.

Andre mangler tilgang på midlertidige boliger:

Generelt har kommunen for få boliger tilpasset målgruppen. Det har vært noe mangel på nødbolig, som skyldes i stor grad hvem som bor i tilstøtende boliger.

Flere sier de mangler små boliger for enslige:

Det er noe for lite små boliger, som er beregnet på enslige som har utfordringer innen rus.

Mens andre har bruk for boliger som tåler hard bruk:

Tilgjengelige boliger som har en passende plassering i kommunen. Boliger som tåler en trøkk.

Tilpassede boliger for hard bruk for rusavhengige

De brukerne med svært manglende boevne og som ødelegger bolig/inventar. Mangler forsterkede boliger for denne gruppen.

Robustbustader (mikrohus) for personar med svært låg boevne manglar i vår kommune.

BELIGGENHET PÅ TILGJENGELIGE BOLIGER

Det er også problematisk at mange av boligene som er tilgjengelig for målgruppen ligger i belastede områder:

Alt for mange samlet på samme sted, gir dårlig miljø og lite inspirasjon til bedret adferd og det å ta steg.

Flere nevner ghetto-problematikk som en av de største utfordringene:

Ofte får rusavhengige tilbud om å bo ved siden av andre rusavhengige (ghetto)

Klare å tilby varig og egnet bolig for aller brukergruppene. Høye boligpriser i utleie/privat marked. Utfordring å ikke skape "ghettoer".

Mangel på små og rimelige utleie- og eie-leiligheter. Mangel på tilstrekkelig egnede boliger i alminnelige bomiljøer. De kommunale bomiljøene er for store, med utfordringer med gettotendenser. De med alvorlige dobbeltdiagnoser og lavt funksjonsnivå samt utagerende atferd, er særskilt utfordrende å finne egnede botilbud til.

Dette med at brukere som bor nært hverandre er på ulike stadier:

Mangel på tilgjengelig areal for bygging/etablering av tilpassede boliger for de mest vanskeligstilte, med størst behov for spesialtilpassede boligbehov. "Klynger" av kommunale boliger, uheldig sammensetning både for brukere og naboer.

Rett bolig til rett tid. Ustabil gruppe. Vanskelig å få dem til å "passe inn" i bolig over tid. Dårlig kollektivtransport i kommunen gir en fortetting i et område. I kommunen har en i tillegg samlet boliger i et boligfelt og ulike brukere med ulike behov skal bo tett sammen med de utfordringer det gir.

Mange leiligheter samlokaliserte (spesielt boligar avsatt til dei som sliter med rusavhengighet). Skulle ønske at vi hadde flere spredt i kommunen i ulike nabolag. Vanskelige situasjonar oppstår når alle må bo ved sidan av kvarandre og er i ulike stadier på behandling/rehabilitering.

Det er flere som kommenterer at det er utfordrende at boligene ikke ligger mer spredt:

At boliger ikke er tilstrekkelig spredt i normale bomiljøer.

ØKONOMISKE UTFORDRINGER

Det er generelt en utfordring at brukergruppen har lav inntekt og dermed vanskelig for å finne bolig i det private markedet:

Finne egnede leiligheter, både som er store nok å/miljømessig, som er mulig å leie med lav inntekt.

Brukere har for dårlig råd til å kunne leie eller eie bolig. Mange bor hos slektninger. Kommunen har også for få leiligheter til utleie.

Mange har problemer med å betale husleie og andre regninger, og leieforholdet kan bli sagt opp av utleier:

Betaler ikke husleie. Ivaretagelse av boligen- blir sagt opp pga vanskjødse

For få kommunale boliger, lite differensierte botilbud, utkastelser grunnet ikke betalte husleier, dårlig boevne.

Betaling av husleige, straum, nett. Buevne

Høye boligpriser kan gi større behov for kommunale boliger:

Har behov for kommunal bolig hele livet. Økonomi er den største utfordringen. Boligene er for dyre i kommunen.

Økonomiske forhold, holde boligen i orden, evne å betale husleie innen frist, boliger med tilpasning for boevnen.

SVAK BOEVNE OG MANGEL PÅ BOVEILEDNING

Flere nevner at dårlig boevne er en av de største utfordringene.

Det finnes ikke egne boliger tilpasset denne brukergruppen. Kun kommunale separate leiligheter/boliger ellers bor de i privat bolig. Mange i denne brukergruppen har redusert boevne, samt dårlig ernæringsstatus.

Andre nevner at de mangler boveiledere og ansatte som kan bidra i boligoppfølging og bo-trening:

Boligoppfølging er den største utfordringer. Det er boliger, men ikke avsatt midler til oppfølging.

Oppfølging i boligen, tjenester knyttet til boligen (boveiledning, økonomistyring)

Andre kommenterer at dette handler om ressurser, stillinger og kompetanse:

Det er lite dedikerte ressurser til boligoppfølging

Oppfølging og opplæring i bolig/ressurser (stillinger) og kompetanse

Flere kommenterer at de mangler ADL-trening (Activities of Daily Living) for målgruppen:

Det finnes ingen/få boliger med personal tilgjengelig for brukergruppen. Når det i tillegg er vanskelig å involvere andre tjenester som går i turnus gir det samlet et dårlig oppfølgingstilbud jfr bolig (boveiledning, ADL).

Botreningstilbud for ROP-gruppen.

Det er også flere som nevner mangelfull ernæring og andre behov som de kunne arbeidet med om de hadde hatt ulike former for bofellesskap:

Vi skulle gjerne hatt bofellesskap med miljøterapi/miljøterapeuter med innhold av å lage sunn og/eller allsidig mat og renhold, ADL trening

MANGLER BEMANNED E BOLIGER ELLER MED PERSONALBASER

Når brukergruppen trenger ADL-trening, blir det behov for bemannede boliger:

Finne egnede boliger, uten å samle for mange brukere på et sted. Et stort behov for bemannet bolig for personer som trenger ADL-trening.

Noen svarer at den største utfordringen er at de mangler boliger med døgnbemanning:

Ingen kommunale døgnbemannede boliger. Vanskeligheter med å få bosatt de sykeste i målgruppen. Lite andre tilbud.

For få boliger, sårbart i fht. bemanning. Kommunen mangler et bemannet omsorgstilbud til mennesker som lever i aktiv rus.

Heldøgnsbolig med bemanning.

Tilrettelagte boliger med døgnbemanning

Andre har utfordringer med at de ikke har boliger med personalbaser:

Egnet bolig og manglende boliger med tilknyttede personalbaser.

Kommunen mangler bolig med personalbase.

Vi ønsker etablering av bolig med base, noe som har vært fraværende. Behov er åpenbart til stede både for rus og psykiske lidelser.

Tilrettelagte boliger med døgnbemanning

Vi har nok kommunale boliger, men vi har ikke flere kommunale boliger med base (heldøgnsomsorgsboliger) til denne målgruppen.

Selv om de har tilgjengelige boliger, kan de mangle personell til oppfølging:

Kommunen har relativt grei tilgang til boliger. Men vanskelig å bosette personer med ROP-lidelser, og også personer med alvorlig ruslidelse. Dette kommer blant annet av at kommunen i liten grad har kapasitet til å følge disse personene opp både på dag- og kveldstid.

Flere trenger bistand av personalet tilgjengelig, noe vi ikke har

Det kan være hjemmetjenestene som følger opp brukerne om de ikke har egne botilbud:

Kommunen har sjelden vansker med å skaffe bolig, men boligtilbudet gjelder kun vanlige kommunale boliger uten fast personale. Kommunen har ingen boliger spesielt tiltenkt målgruppen. Oppfølging i bolig utføres av hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og praktisk bistand).

En del kommuner (se kapittel 9) kjøper bo- og omsorgsplasser fra private eller fra andre kommuner:

Få kommunale bustader til ruspasienter. Kommunen har ikke heildøgns omsorgsplasser for psykisk helse og rus pas. Ved behov blir det kjøpt plasser i andre kommuner eller hjå private aktører, eller nokon blir busett i kommunal omsorgsbustad med oppfølging av heimesjukepleie.

I små kommuner er det en stor satsing å etablere døgnbemannede boliger for få brukere:

Vi har ikke definerte boliger med døgnbemanning til denne gruppen pasienter, og det er ofte ventetid i nabokommunene. Det kan gå flere år imellom to pasienter med dette behovet. Vi bygger opp tilbudet til den enkelte pasient etter behov, men det kan være svært krevende.

BOLIGER TIL MÅLGRUPPEN ROP

En del kommuner trekker fram målgruppen ROP når de beskriver utfordringene:

Behov for flere enkeltstående boliger til målgruppen ROP

Den største utfordringen er i forhold til ROP brukere med lav boevne.

Mange har behov for et omfattende tjenestetilbud:

For de aller mest marginale, ROP brukere på midlertidige botilbud, trenger omfattende tjenester samtidig

Kommunen har ikke tilrettelagt boliger for personer innen ROP-feltet

Andre trekker fram voldsrisiko og behov for skjerming av andre:

Å tilrettelegge boliger for personer med ROP lidelser som har voldsrisiko - å skjerme kvinner med ROP lidelser fra menn

Men bofellesskap fungerer ikke nødvendigvis for denne gruppen:

Mangel på bofellesskap til mennesker med ROP - lidelser. Hadde vært bra med et botilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som trenger tett oppfølging, men ikke fungerer i bofellesskap.

Flere nevner at det er særlig heldøgns bemannede boliger for ROP-pasienter de mangler.

Utfordringer ift. bosettingssammensetning, nabolag o.l. Burde vært flere heldøgnsboliger for ROP-pasienter

FOR LANGT UNNA ANDRE TJENESTER

Det er også en utfordring at målgruppen ofte ikke disponerer bil og har egne transportmuligheter:

Vi har god tilgang på boliger, utfordringen må være at de fleste ønsker sentrumsnær beliggenhet da de har vansker med transport.

Vi har ledige boliger som er spredt rundt, men ingen spesielt for de som trenger oppfølging innen rus, det er spesielt eldre menn med alkoholavhengighet som ønsker å bo i nærheten av tjeneste tilbudet som dermed havner i omsorgsboliger for eldre, noe som går ut over deres tilbud, eller må bo for langt unna og har ikke transport, dermed blir det vanskeligere med oppfølging pga geografi.

Men behovet for nærhet til hjelpeapparatet kan gi andre utfordringer når flere har behov:

Store reiseavstander i kommunen. Tilstreber gjerne at kommunale boliger nær hjelpeapparatet i sentrum blir prioritert brukergruppen. Etiske dilemmaer i forhold til at enkelte brukere med rusutfordringer ikke bør bo i nærheten av hverandre.

Langstrakt kommune, sammenslått 2020. Disponible kommunale boliger med nærhet til butikk, legekontor, apotek, nav og vekst-bedrift er for lav. Det er dårlig kollektivtilbud og mange brukere disponerer ikke bil.

KOMMUNALE BOLIGER

Når det gjelder kommunale boliger så er det en av utfordringene at de ofte er samlet på samme sted med de sosiale utfordringene dette kan gi:

Blanding av personer med forskjellige diagnoser (dobbel og trippeldiagnoser) - kommunale boliger. Få egnede boliger. Beboer opplever utrygghet og ustabilitet i boligsituasjonen - og

omgivelsene/naboene opplever utrygghet. Barn- og ungdommer (og deres familier) med foresatte som sliter med rus/psyk har ustabil boligsituasjon.

Mange bor i kommunale 4/6 mannsboliger i samme området

Lav omløpshastighet på de kommunale boligene nevnes av flere:

De kommunale boligene ligger tett, og det kan ofte oppstå uenigheter mellom leietagere. Mange blir boende over mange år, liten sirkulasjon. En del har dårlig boevne, og det kan være vanskelig å komme i posisjon for bistand.

En av årsakene er at det er vanskelig for målgruppene å få tilgang til det private markedet:

Det enkelt å få kommunal bolig, men utfordrende og få etablert seg i privat bolig.

Flere har behov for bistand til å klare å bo. Da er det bedre å ha en kommunal bolig enn å leie på det private markedet.

Andre har for få kommunale boliger tilgjengelig:

Det er for lite kommunale boliger på markedet.

Det kan også være vanskelig å dimensjonere tilbudet av kommunale boliger:

Å ha nokon ledige til ei kvar tid, utan at det blir for mykje overkapasitet

KVALITET PÅ BOLIGENE

En del kommuner beskriver kvaliteten på de kommunale boligene som dårlig:

For lite kommunale boliger til målgruppen. Kommunale boliger er generell i dårlig standard.

Få eller ingen boliger som er tiltenkt målgruppen. Boligene vi har per dags dato, har dårlig standard, og gir liten mulighet for å bli inkludert i nærmiljøet.

Noen oppgir at dette skyldes at vedlikehold ikke har vært prioritert:

Nødvendig vedlikehold. Det er krevende med knappe ressurser til vedlikehold.

Boligene til målgruppen har stort behov for renovering.

De største utfordringene kommunen har er knyttet til bygningsmasse/kvalitet på boliger og antall boenheter.

For få kommunale boliger til målgruppen. Kommunale boliger er generelt i dårlig standard.

Når standarden er dårlig, kan det gi høy flyttehyppighet:

Dårlig bostandard, brukere flytter ofte.

En av bydelene i Oslo svarer at de har få kommunale boliger og at de fleste i målgruppen leier eller eier privat. Andre sier at private boliger får dårlig standard på grunn av manglende vedlikehold da brukeren

står i en dårlig økonomisk situasjon. Eller at målgruppen må ta til takke med boliger med lave leiepriser og dårlig standard:

Boligene er kjellerleiligheter i gamle 70 talls hus, nyere boliger blir veldig dyre ...

En annen utfordring er at mange i brukergruppen ikke får tilgang til boliger i det private markedet:

Det er for lite kommunale boliger, som er tilpassa brukargruppa. Dei får sjeldan komma inn på det private markedet.

VANSKELIG Å ETABLERE NYE BOTILBUD

Flere av kommunene oppgir at det ofte er store protester fra nabolaget når nye tilbud skal etableres:

Kommunen har økt boligmassen sin og har dermed kunnet tildele en god del også til denne brukergruppen. Å bygge nye bemannede botilbud til spesielt mennesker med ruslidelser er utfordrende å etablere, der det er lange og omfattende planprosesser og mye motstand i nabolaget. God oppfølging tidlig er også noe kommunen kan forbedre sin innsats.

Naboer på allerede etablerte botilbud kan også ha problemer:

Naboer som klager over bråk og underlig adferd

Nabolaget! Ingen vil ha dei som nabo. Spesielt dei med rusutfordringar.

Som en av kommunene nevner, vil lav vilje til å ha brukergruppen i nabolaget forsterke problemene andre steder:

NIMB problematikk²⁶ gjør at det er vanskelig å spre brukergruppen. Blir noen bosteder som får bomiljø med mange utfordringer.

Samlokaliserte tilbud for personer i aktiv rus er krevende å få til gode løsninger. Både for den enkelte beboer, bofellesskapet og ikke minst for omgivelsene rundt/nabolaget. Not in my backyard ... Brukergruppen i aktiv rus er lite kollektive og har mye intriger/hierarki seg imellom.

Mangel på tomter nevnes av noen som barriere for å etablere et differensiert botilbud:

Mangel på tomter. Som igjen fører til mindre mulighet for å sikre et variert boligtilbud, egnede boliger samt gode og trygge boliger/bomiljøer

IKKE DIFFERENSIERT BOTILBUD

For mange av de små kommunene kan det være vanskelig å ha mange ulike tilbud tilpasset få personer:

Det er utfordring med plassering, det er utfordring med å ha varierte boliger sentralt. I en relativt liten kommune er det utfordrende å ha nok differensierte tjenester som dekker alle behov

For få småhus og differensierte botilbud, boligtilbud med mulighet for personalbase

²⁶ NIMBY (not in my backyard) = motstand mot endringer av eget nærområde, men ikke nødvendigvis mot endringer i andres nærområde.

Mangel av gode botilbud, særlig for personer med alvorlige og langvarige rusproblemer, samt unge med ROP-lidelser. Behov for boliger med heldøgns oppfølging, og for ulike målgrupper (problematikk, alder og kjønn) behov for flere ulike typer komm.boliger, bl.a. hardbruksboliger
Utfordring at mange personer med rusproblematikk får boliger nært hverandre (bl.a. m.h.t. uro, stigmatisering) Behov for flere "aleneboliger" (ikke i borettslag, flermannsboliger etc.)

Det kan også være problemer i kommuner som har døgnbemannede boliger når brukeren skal over til lavere omsorgsnivå:

Mangel på rimelige, ordinære boliger til brukere etter utflytning fra døgnbemannet bolig Behov for differensierte botilbud for personer med langvarige og sammensatte utfordringer Realisere enkeltindividtiltak for personer med sammensatt problematikk, psykose/rus/vold/ mm og distanse/nærhet til storby.

Samhandling med Boligstiftelsen. Vi har ikke treningsboliger, gjennomgangsbolig o.l. Vi har ikke "fra leie til eie".

Tilstrekkelig antall boliger og differensierte typer boliger med og uten bemanning. Spesielt mangel på boliger for personer med utfordrende adferd som ikke egner seg for ordinære bomiljøer.

Dårlig tilpasning til behov kan også gi andre utfordringer:

For lite variasjon i botilbudet, gir dårlig tilpasning til behov og opphopning av mange med problemer på samme sted.

SLIPPER IKKE INN BEMANNING

Noen oppgir at de største utfordringene de har med boligsituasjonen for målgruppen, er at de ikke slipper inn personell i boligen:

Flere har svært dårlig boevne og slipper ikke ambulerende tjeneste inn. Resultatet kan bli utkastelse og uverdige boforhold.

At pasientene/ brukerne ikke ønsker å ta imot hjelp i boligen.

Eller at de ikke ønsker oppfølging i det hele tatt:

Utfordringen er ofte at pasienten ikke ønsker oppfølging.

LOVVERK OG SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Lovverket nevnes av andre som den største utfordringen uten å spesifisere nærmere.

Bolig og bomiljø, tjenestetilbud og organisering av tjenestetilbud, begrensninger i lovverk.

Andre presiserer at dette handler om dårlige perioder der lovverket hindrer de i å gi nødvendig hjelp:

Vi har flere boliger tilgjengelig enn vi trenger. Utfordringen er lovverket som hindrer oss i nødvendig intervensjon i perioder hvor det går dårlig med brukerne.

En annen kommune beskriver at dette handler om manglende muligheter til å bruke tvang:

Vi mangler tilpassede boliger til flere i brukergruppen. Utfordrende å finne riktig plassering av boliger. Det er utfordrende at helsetilstanden til den enkelte i stor grad varierer. Et botilbud kan være riktig i en periode og feil i en annen periode. Det er utfordrende at det er innskrenkede muligheter til bruk av tvang for dem som faktisk trenger dette. Det betyr at det blir totalt forfall før noe kan gjøres. Da er bolig og inventar knust/ødelagt, relasjoner til naboene er ødelagt og veien tilbake blir svært lang.

En annen kommune gir en liknende beskrivelse og er også inne på dette med pasientrettigheter:

Få andre tilbud, samt vanskeligheter med å få lagt inn de sykeste i spesialisthelsetjenesten da det vakuumet mellom frivillighet og tvang øker. Dette gjør at mange syke står uten reelle pasientrettigheter.

Dette at kommunene ofte blir stående alene i de vanskeligste sakene kommer også opp her:

Vanskelig å sikre tilbud til personer med ukritisk aktivt rusbruk og alvorlig personlighetsforstyrrelser. Kommunen står ofte alene i disse sakene. Er ikke ferdig utredet i spesialisthelsetjenester, får ikke behandlingstilbud selv om de ønsker det, og er vanskelig å gi tilbud i bemannet omsorgsboliger på kommunalt nivå. Mange akuttinnleggelser, raske utskrivinger og lite helhetlige pasientforløp. Uklar ansvarsfordeling og ulike vurderinger av hva som er forsvarlige helsetjenester.

OVERGANG ETTER BEHANDLING

Flere kommuner oppgir at den største utfordringen er å ha egnede boliger tilgjengelig til målgruppen i overgangen mellom behandling og bo-etablering i kommunen:

Differensiert botilbud, særlig i overgang til rusfrihet og etter behandling i institusjon lav boevne, mange boliger/leiligheter blir ødelagt

Ingen boliger (per i dag) til brukere som kommer ut av behandling.

Ambulant døgnoppfølging kan være et alternativ til bemannede boliger for noen:

Mangler bemannet bolig for rusettervern, men pågangen er heller ikke stor 1-2 kandidater i året. Som da får ambulant døgnoppfølging

MANGLER PLANER

Flere kommuner oppgir at de mangler planer for målgruppen:

Mangler en plan i kommunen for målgruppen også for eldre med kognitiv svikt grunnet langvarig rusmisbruk. Mangler planer for den yngre gruppen som skal etablere seg.

At vi mangler en boligsosial handlingsplan.

Eller at de mangler oppdaterte planverk:

Behov for oppdatering av boligsosial plan.

Andre har flere utfordringer, men har startet forbedringsarbeidet:

Få kommunale boliger - dårlig vedlikeholdt. Ingen boligplan - ikke boligkontor - men er i oppstart høsten 2020

ANDRE UTFORDRINGER

Andre utfordringer som nevnes er at brukergruppen ikke prioriteres.

En tendens til at personer med somatiske lidelser og eldre blir prioritert.

Mangel på ordinære kommunale boliger. Private utleieryegre seg for å leie ut til personer med kjent psykisk helse og/eller rusutfordringer. Brukergruppen prioriteres i svært liten grad ved tildeling av omsorgsboliger/habiliteringsboliger.

Eller at Husbanken ikke gir nok lokal handlefrihet:

At Husbanken gir større lokal handlefrihet - mindre styring mtp. antall samlokaliserte boliger eller utforming. Vi har behov for både flere samlokaliserte boliger enn kun 8 som Husbanken gir tilskudd til + flere frittstående boenheter til de som har behov for og ønsker å bo skjermet / ikke så tett på andre.

Noen kommuner nevner unge som ikke får bo hjemme som den største utfordringen:

- *Få muligheter for boligtilbud til bostedsløse ungdom etter fylte 18 år. Foreldre som ikke vil ha de hjemme.*
- *Leverkårsproblematikk/trangbodhet – ungdom presses ut av familiens bolig. Ungdom har et godt tilbud, men lang ventetid og begrenset kapasitet.*

Interkommunale samarbeid kan være nødvendig rundt boligsituasjonen:

Vedrørende boliger er disse til dels samlokalisert, og det blir en opphopning av målgruppen i noen tilfeller, noe som er uheldig. Det kan også være utfordrende å få bolig på privat marked. Kommunen har i dag et interkommunalt boligselskap som sørger for boliger til vanskeligstilte.

En av bydelene i Oslo oppsummerer problemene rundt boligsituasjonen for målgruppen slik:

Det er utfordrende å skaffe tilpassede boliger i bydelen. Det er knapphet på eiendommer som kan utvikles til boligformål og høyeste prisnivå i landet både for å leie og kjøpe bolig. Det er svært utfordrende å opprettholde autonomi hos beboerne, og samtidig opprettholde trygghet og HMS. Det er svært viktig at beboerne opplever verdighet, også når de må motta bistand for å rydde i boligen jevnlig. Bydelens botilbud er svært lite differensiert. En opphopning av brukere med alvorlig psykiske lidelser og samtidig langvarig ruslidelse i store kommunale bygårder er ikke ønskelig og svært utfordrende for bomiljøet og nærmiljøet. Reparasjoner etter hærverk er svært kostbart for bydelene, og tar svært mye tid å følge opp for personalet da man ikke har vaktmestere i bydelen. Tid som personalet burde benyttet til oppfølging, relasjonsbygging, aktivitet med beboerne.

En kommune oppsummerer utfordringene på en god måte, og viser samtidig bekymring for at det er denne målgruppen som får større problemer om kommuneøkonomien blir mer krevende:

Å ha eigna bustader, på stader som ikkje stigma blir for stort og omgjevnadane for vanskelege verken for den eine eller den andre. Å sikre verdig stad bu, samstundes med sikkerhet for alle (bebuarar/ tenesteutøvarar/ samfunn og naboar). Å la det å ha ei bustad bli eit vellukka prosjekt - mange har så store vanskar at bustaden er øydelagt på eit blunk, og då må kommunen ha nok ressursar for å kunne bistå denne gruppa. Det krev relativ høg og kompetent bemanning, noko kommunane frametter kan sjå langt etter, når alt skal sparast inn fordi kommunebudsjetta blir trongare og trongare frametter. Alle stader. Det er ikkje vanskeleg å sjå kor det kjem til å bli krevjande å få ting til. Å komme i posisjon slik at den som treng det ynskjer og blir motivert til å ta imot hjelp

INGEN UTFORDRINGER I ANDRE KOMMUNER

Det er også en del kommuner som oppgir at boligsituasjonen er tilfredsstillende:

De fleste har nå egne boliger.

Kommunen har ingen bostedsløse og klarer i stor grad å løse akutte boligkriser.

Er ikke kjent med utfordringer her. Kommunen har et godt tilbud om bolig.

Har stort sett kommunale bustader og omsorgsbustader tilgjengeleg.

Andre oppgir at det ikke er venteliste på kommunale boliger, mens andre sier det er lav etterspørsel etter kommunale boliger i kommunen. Andre har bygd ut tilbudet for brukergruppen:

Stigmatisering i en liten kommune kan by på utfordringer i det private boligmarkedet, men kommunen (boligstiftelse) har godt med leiligheter. Siste år er det bygd 2 leiligheter tilpasset for mennesker med dårlig bo-evne innen rus-psykiatri.

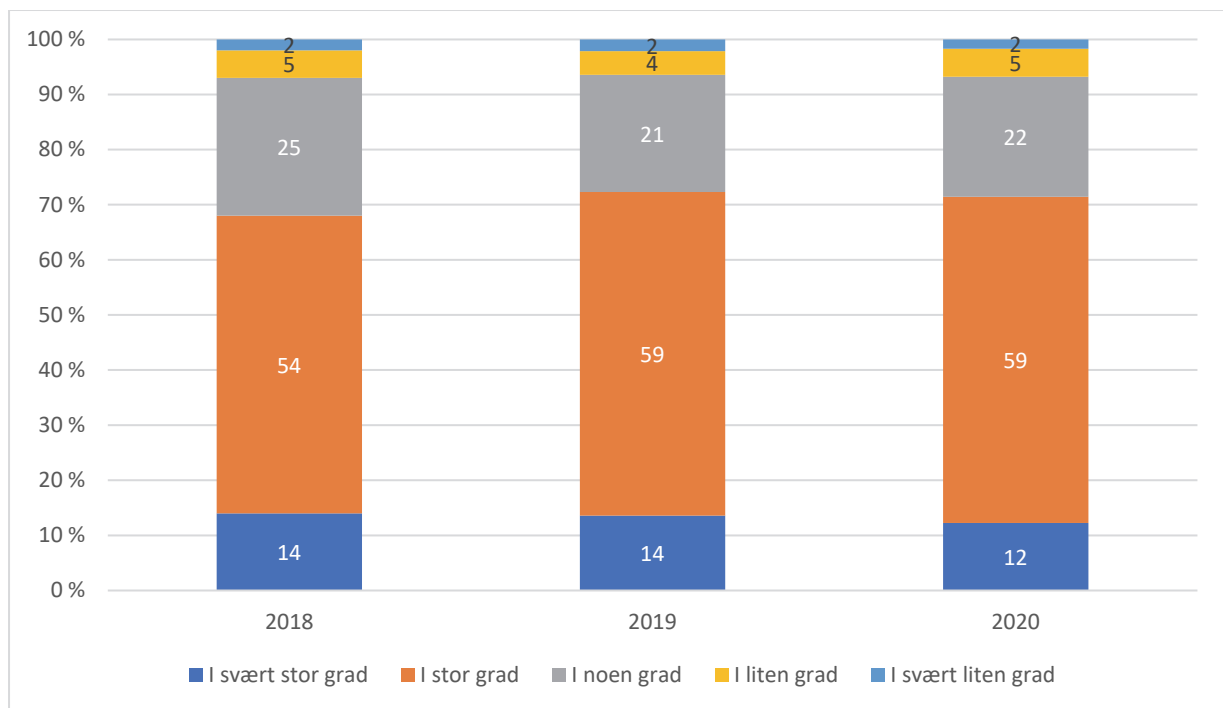
Selv om bosituasjonen er tilfredsstillende for målgruppen, kan det være andre utfordringer:

De fleste har en tilfredsstillende bosituasjon. I enkelte tilfeller med adferdsproblematikk har ikke kommunen fagkompetanse/erfaring eller ressurser til å håndtere over tid.

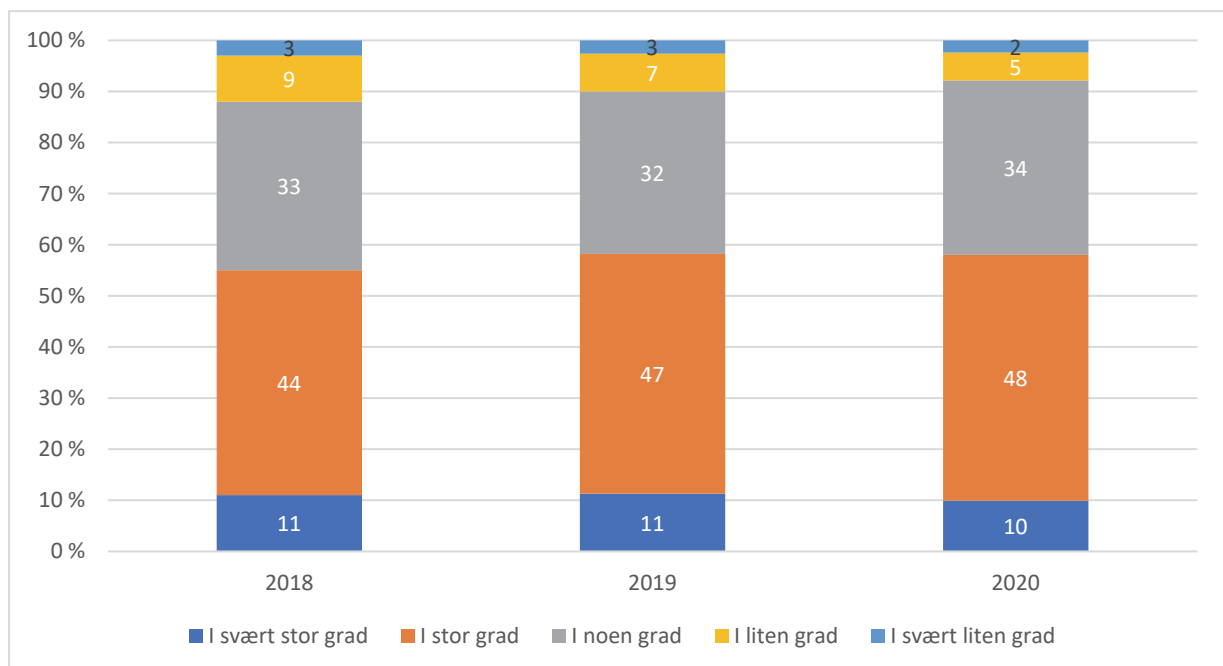
14.3 HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG

På spørsmål om i hvilken grad kommunene gir et godt tilbud om oppfølging i bolig for henholdsvis personer med psykisk helse- og rusproblematikk, oppgir storparten av kommunene at de er fornøyde. De rapporterer at de er mer fornøyde med tilbudet om oppfølging til personer med psykisk helseproblematikk, sammenliknet med oppfølgingen som gis til de med rusproblematikk. 71 prosent av kommunene er i *stor* eller i *svært stor grad* fornøyd med tilbudet til de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 58 prosent når det gjelder de med rusproblematikk.

Det er generelt små endringer i svarfordelingen de tre siste årene.



Figur 14.1 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med psykiske helseproblemer (n=418) i 2018 og 2019 (n=419), 2020 (n=294)

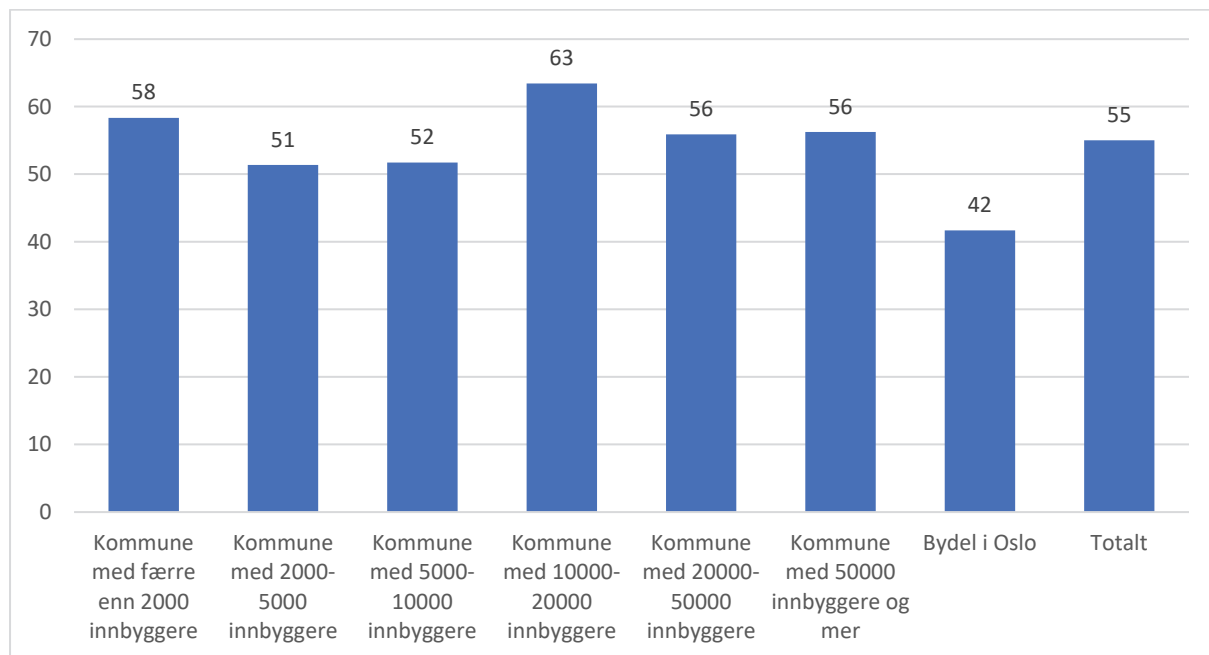


Figur 14.2 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer i 2018 (n=418) og 2019 (n=415), 2020 (n=293)

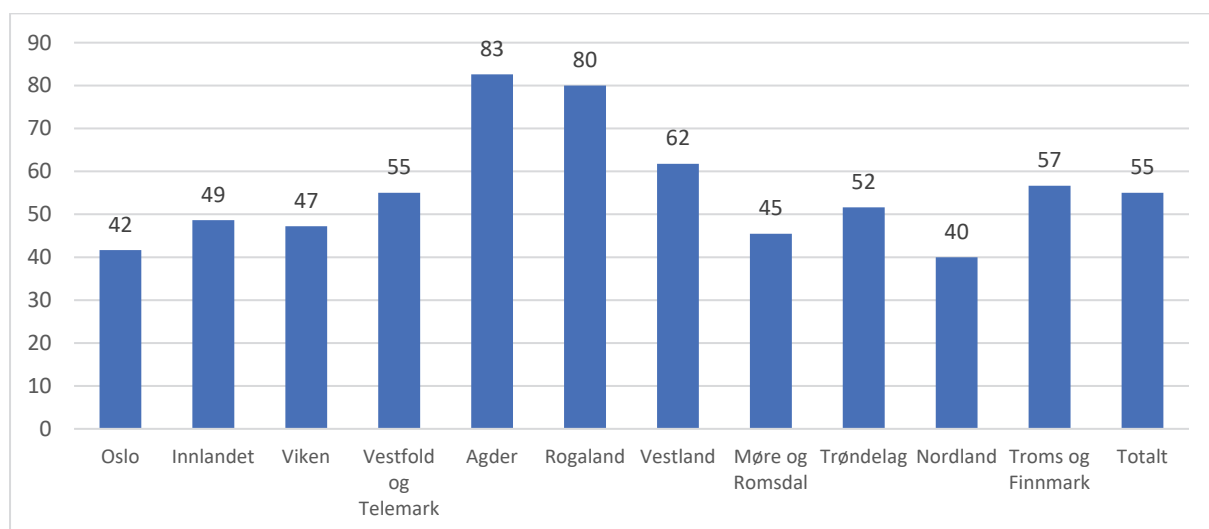
I 2020 er det også et eget spørsmål knyttet til oppfølging i bolig for brukere med ROP-lidelser. Som vist i tabell 14.1, er det ni prosent av kommunene som svarer i *liten* eller i *svært liten grad*, og 36 prosent som svarer i *noen grad*. Vi ser videre på hvordan de som svarer i *svært stor* eller i *stor grad* fordeler seg etter kommunestørrelse (figur 14.3) og fylke (figur 14.4).

Tabell 14.1 Antall og andel som svarer på i hvilken grad kommunen gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser.

	Antall	Andel
I svært stor grad	33	11
I stor grad	129	44
I noen grad	106	36
I liten grad	19	6
I svært liten grad	8	3
Totalt	295	100



Figur 14.3 Prosent av kommunene som svarer at de i *svært stor grad* eller i *stor grad* gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. Kommunestørrelse, 2020.

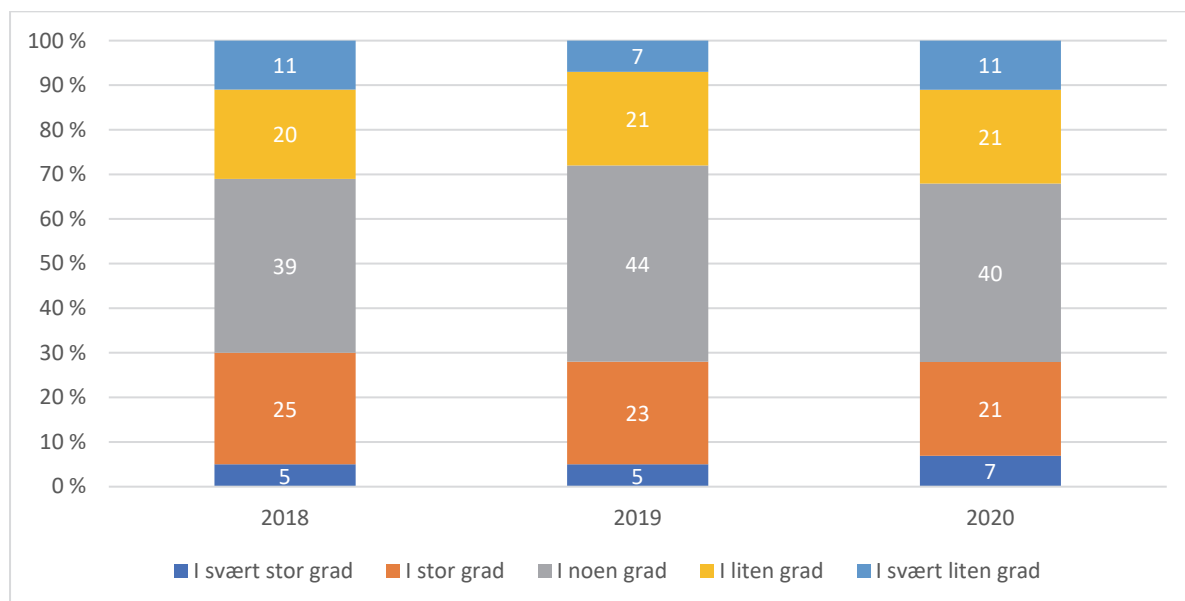


Figur 14.4 Prosent av kommunene som svarer at de i *svært stor grad* eller i *stor grad* gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. Fylke, 2020.

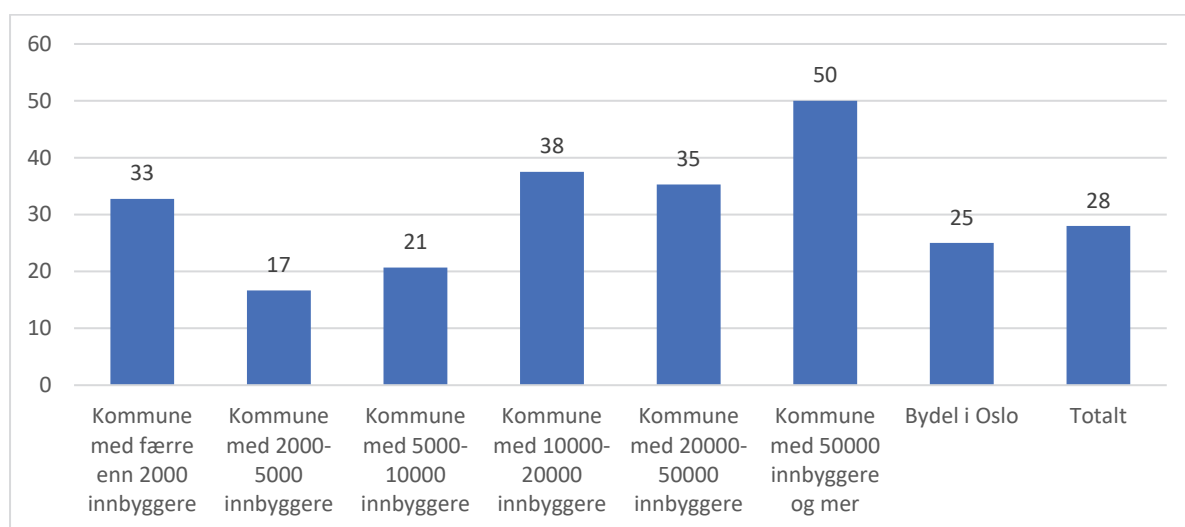
Tilbudet til personer med ROP-lidelser ser ut til å være bedre i størst andel av kommunene i Agder og i Rogaland.

14.4 HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON

I 2018 svarte 31 prosent av kommunene at Husbankens ordninger i *svært liten* eller i *liten grad* bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. Dette tallet har sunket til 28 prosent i 2019, men er i 2020 igjen på 32 prosent. Det er altså relativt stabil fordeling mellom de tre årene.

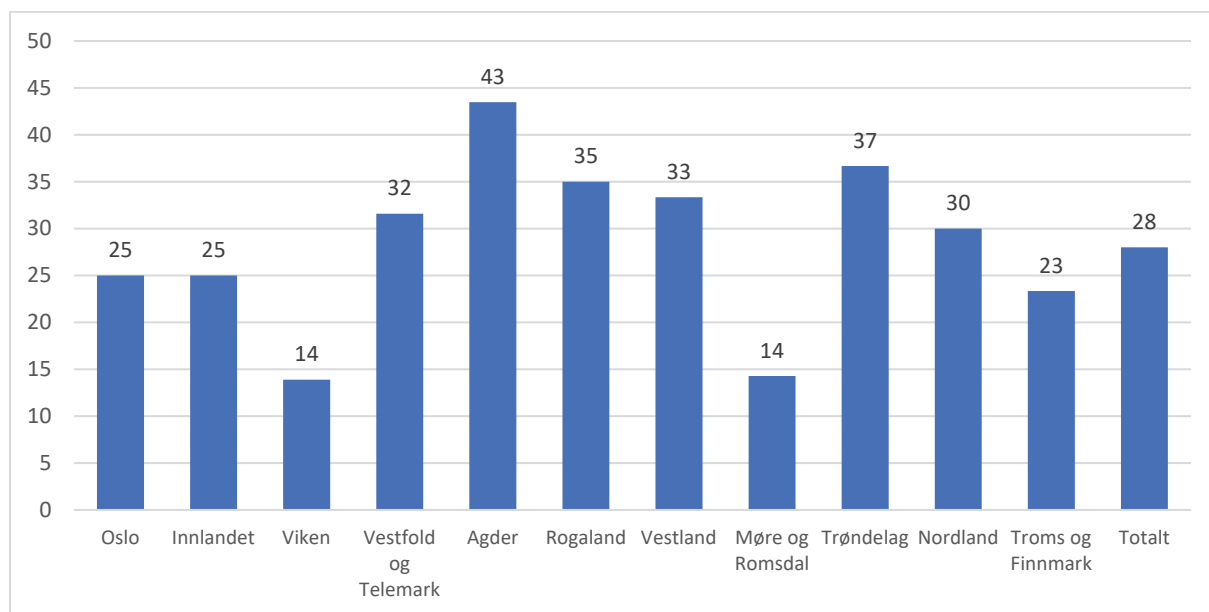


Figur 14.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. 2018-2020.



Figur 14.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at Husbankens ordninger i stor eller svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. Kommunestørrelse, 2020.

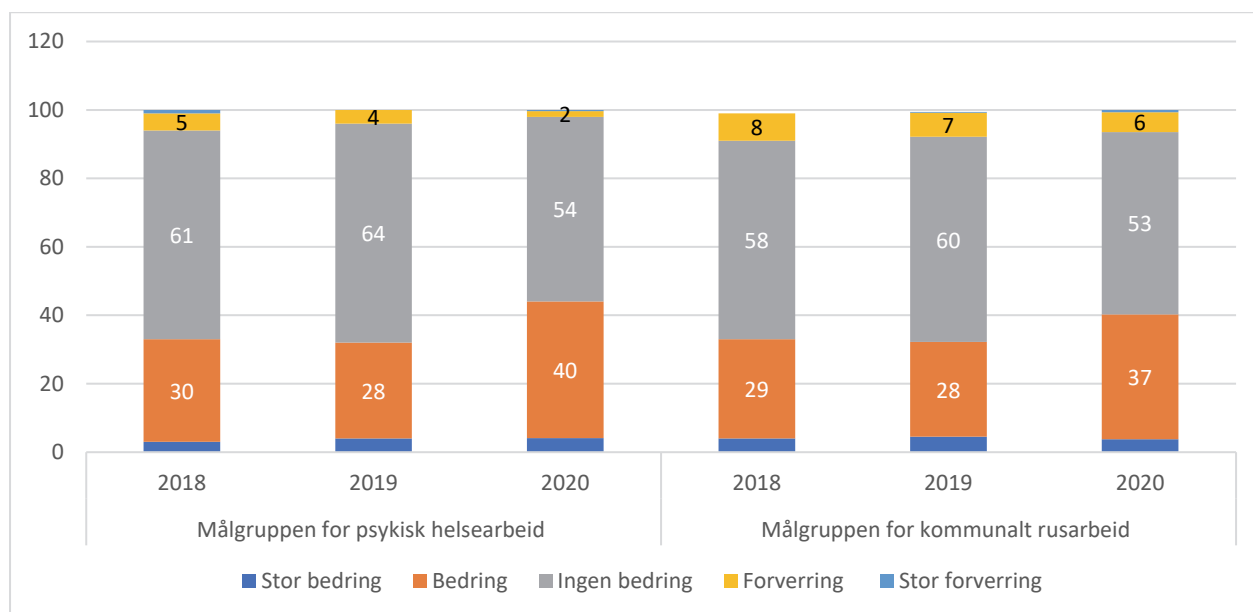
Det er særlig i de nest minste kommunene (2000-10 000 innbyggere) at få svarer at Husbankens ordninger bidrar i *stor grad*, og som vist i figur 14.7 er dette særlig i Viken og i Møre og Romsdal.



Figur 14.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at Husbankens ordninger i *stor* eller i *svært stor grad* bidrar til at flere i målgruppen psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. Fylke, 2020.

14.5 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPENE

Som vist i figur 14.8 er det økning i andel kommuner som rapporterer om forbedringer i boligsituasjonen for begge målgruppene fra 2019 til 2020. Det er også færre som rapporterer om forverringer utover i perioden for begge målgruppene.



Figur 14.8 Hvordan boligsituasjonen i målgruppene har utviklet seg det siste året. 2018-2020.

14.6 OPPSUMMERING

Det er 258 kommuner/bydeler (69 prosent) som har svart på et åpent spørsmål om hva de største utfordringene er når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen. Her kommer det fram at en av hovedutfordringene for mange kommuner er tilgang på egnede boliger som har riktig beliggenhet (nærhet til tjenester og butikker), fordi mange av brukerne ikke disponerer bil. Det er også en stor utfordring noen steder at mange personer i ulike faser plasseres i samme område og kan påvirke hverandres situasjon negativt. Det er i tillegg utfordringer knyttet til brukergruppen som gjør at boligsituasjonen blir vanskelig. Dette kan handle om svak økonomi som gjør at de ikke finner bolig i det private markedet, at de er ustabile leietagere som mange ikke ønsker å leie ut til, eller at de har dårlig boevne og at kommunen har for lite ressurser til å gi tilstrekkelig bo-oppfølging og ADL-trening. Dårlig kvalitet på boligene som er tilgjengelig for målgruppen trekkes fram som utfordringer av noen kommuner.

Rundt syv prosent av kommunene oppgir at de i *liten grad* (fem prosent) eller *svært liten grad* (2 prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med psykiske helseproblemer. 71 prosent svarer at de i *stor grad* (59 prosent) eller i *svært stor grad* (12 prosent) gir et godt tilbud til personer med psykiske helseproblemer.

Det er også rundt syv prosent av kommunene som oppgir at de i *liten grad* (fem prosent) eller *svært liten grad* (to prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer. Det er færre, 58 prosent, som svarer at de i *stor grad* (48 prosent) eller i *svært stor grad* (ti prosent) gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer.

Det er likevel en økning i andel kommuner som rapporterer om forbedringer i boligsituasjonen for begge målgruppene det siste året. Det er også færre som rapporterer om forverring, men det er likevel seks prosent av kommunene som oppgir at boligsituasjonen for målgruppen for kommunalt rusarbeid har forverret seg fra 2019 til 2020.

Det er 32 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at Husbankens ordninger i *svært liten* eller i *liten grad* bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon, og dette er omtrent som i 2018. Det er særlig i de nest minste kommunene (2000-10 000 innbyggere) at få svarer at Husbankens ordninger bidrar i *stor grad*, og særlig ser det ut til å være potensial for forbedrede ordninger i kommunene i Viken og i Møre og Romsdal.

15 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Regjeringens koordinerte innsats for barn og unge (0-24-samarbeidet) skal bidra til helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge innen fagområdene barnehage, grunnopplæring, barnevern, helse, sosiale tjenester og arbeidsliv. Fra formålsparagrafen i sosialtjenesteloven: "Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud."

I dette kapitlet analyserer vi svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)?
- Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?
- Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?

Dette er de samme spørsmålene som inngikk i 2019.

I proposisjon 121 (2018-2019) fremla den nåværende regjeringen Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Målet med Opptrappingsplanen 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. Opptrappingsplanen 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 Helgesen et.al (2017), rapporterte over 60 prosent av kommunene at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, og kommunene har etterlyst mer kunnskap om hvilke verktøy og metoder som har effekt for psykisk helse i dette arbeidet. En forskningsbasert evaluering i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata, trekkes fram i Opptrappingsplanen som viktige tiltak, som svar på denne etterspørselen fra kommunen.

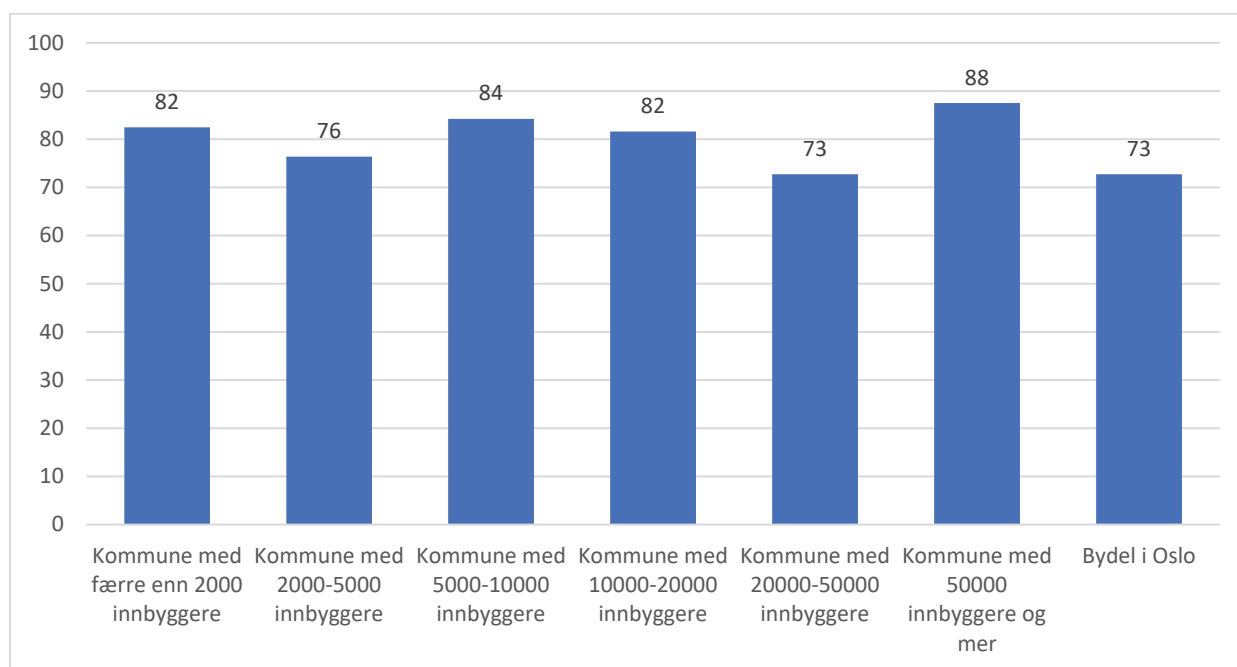
15.1 TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING

Som vist i tabell 15.1 svarer 80 prosent at de i stor eller svært stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov i 2020, og dette er uendret fra 2018.

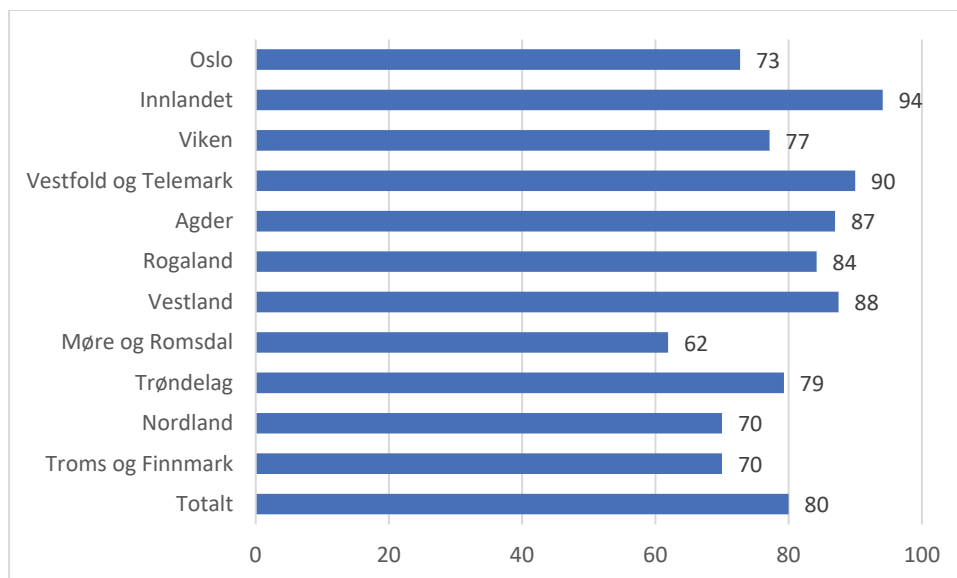
Tabell 15.1 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de svarer at de tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, 2018-2020.

	2018		2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0	0	0	0	0
I liten grad	8	1	7	2	4	1
I noen grad	107	18	89	22	53	19
I stor grad	232	66	273	66	195	69
I svært stor grad	52	14	44	11	32	11
Totalt	399	100	414	100	284	100

Vi ser videre på de som svarer i *svært stor* eller i *stor grad* at de tilrettelegger for dette og fordeler etter kommunestørrelse (figur 15.1) og etter fylke (figur 15.2).



Figur 15.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i *svært stor* eller i *stor grad* tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 15.2 Andel kommuner/bydeler som svarer at de *i svært stor* eller *i stor grad* tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Fylke, 2020.

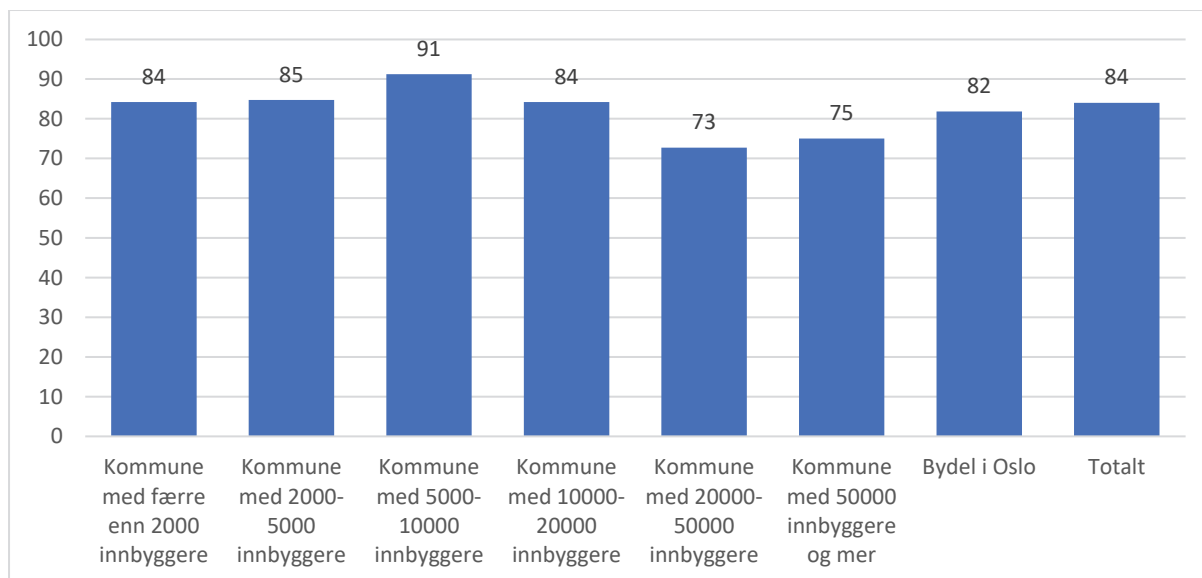
15.2 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

Det er også svært få kommuner som svarer at de *i liten* eller *i svært liten grad* har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, se tabell 15.2. Andel som svarer at de *i stor* eller *i svært stor grad* har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018, via 80 prosent i 2019 til 84 prosent i 2020.

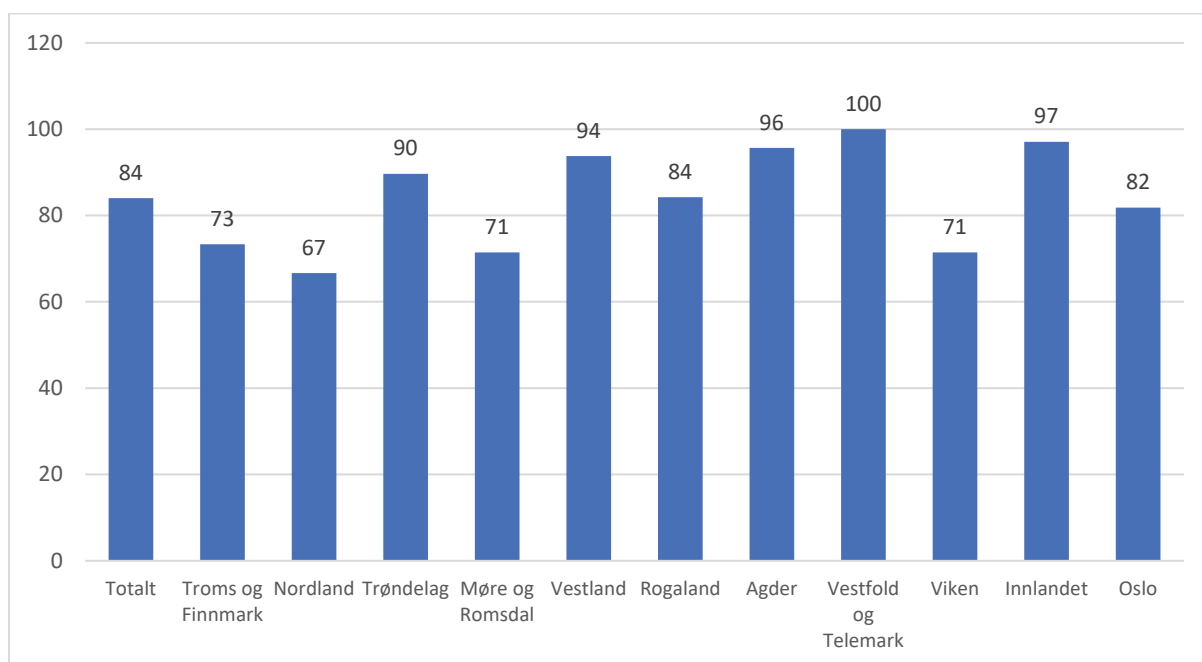
Tabell 15.2 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2018-2020.

	2018		2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0	5	1	1	0
I liten grad	8	2	6	1	5	2
I noen grad	76	19	72	17	40	14
I stor grad	235	57	241	59	175	62
I svært stor grad	90	2	88	21	63	22
Totalt	409	100	412	100	284	100

Vi ser i det følgende på de som svarer at de *i svært stor* eller *i stor grad* har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid og fordeler på kommunestørrelse (figur 15.3) og fylke (figur 15.4).



Figur 15.3 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i *svært stor* eller i *stor grad* har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Kommunestørrelse, 2020.

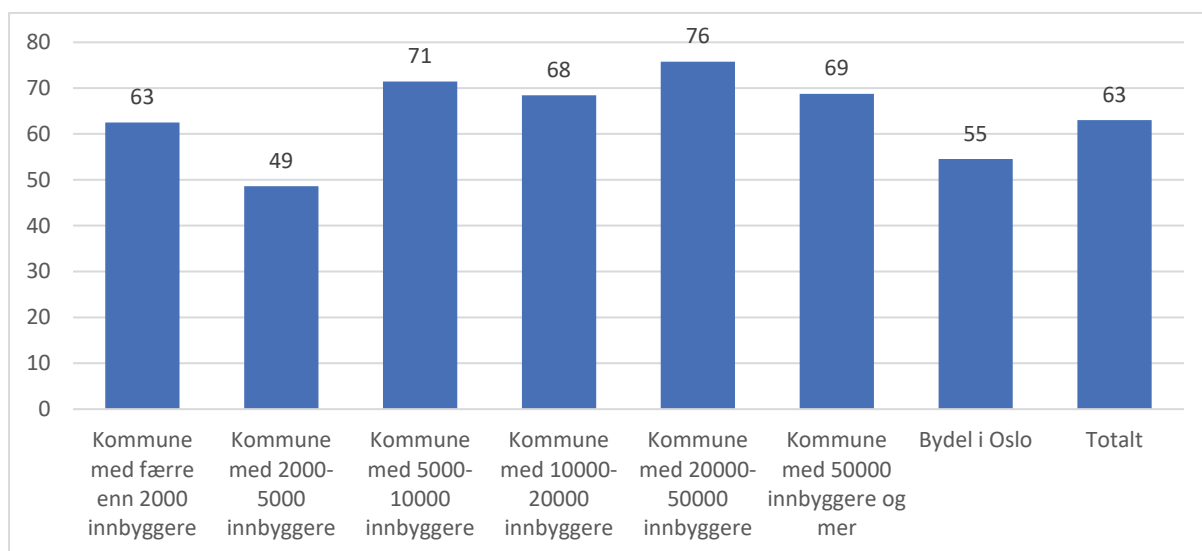


Figur 15.4 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i *svært stor* eller i *stor grad* har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Fylke, 2020.

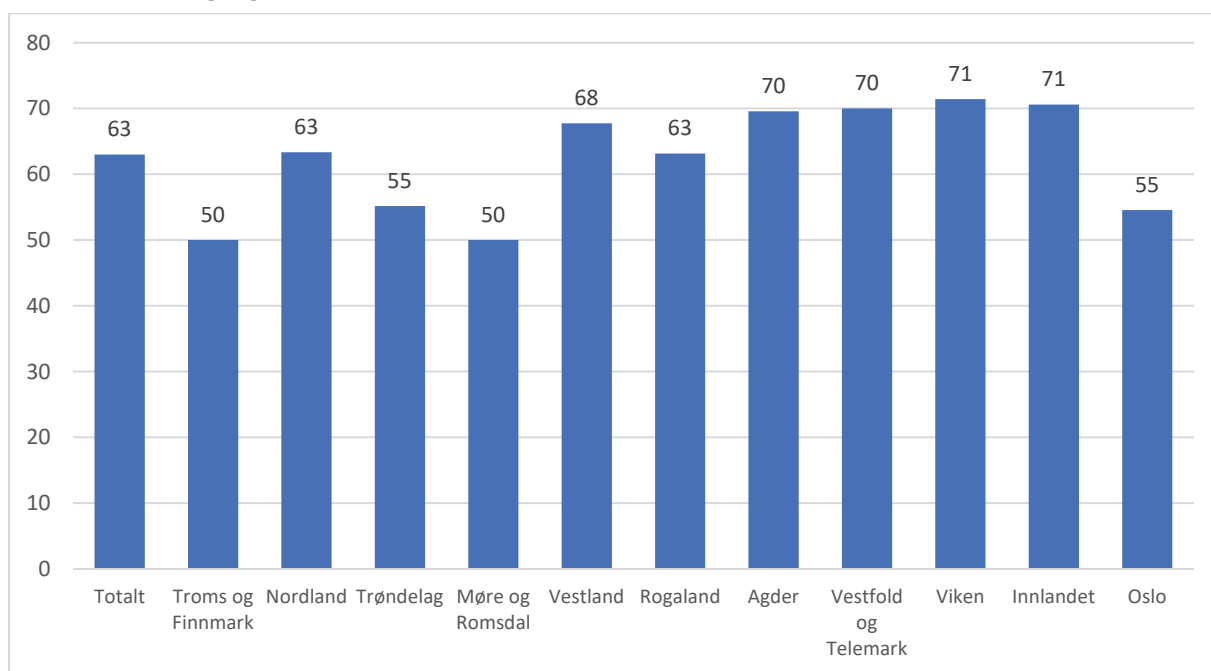
15.3 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

I 2020 har 63 prosent av kommunene/bydelene svart at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2018 var denne andelen 54 prosent, og i 2019 på 59 prosent, så vi observerer en gradvis økning.

Vi ser videre på hvordan dette fordeler seg på kommuner av ulik størrelse og på fylke i henholdsvis figur 15.5 og 15.6.



Figur 15.5 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Kommunestørrelse, 2020.

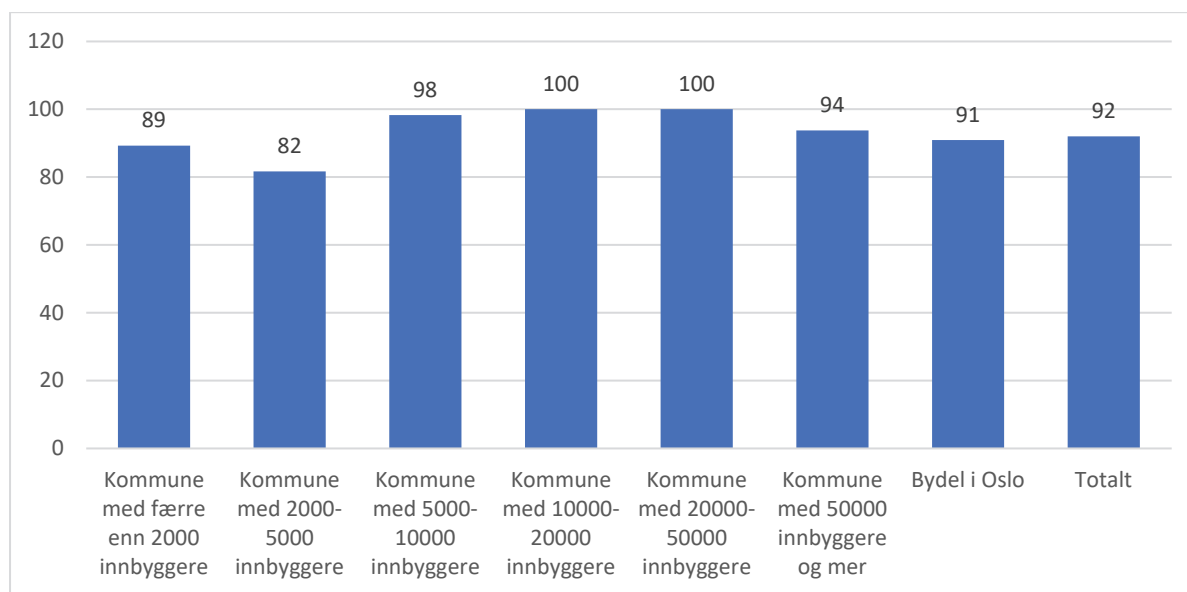


Figur 15.6 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Fylke, 2020.

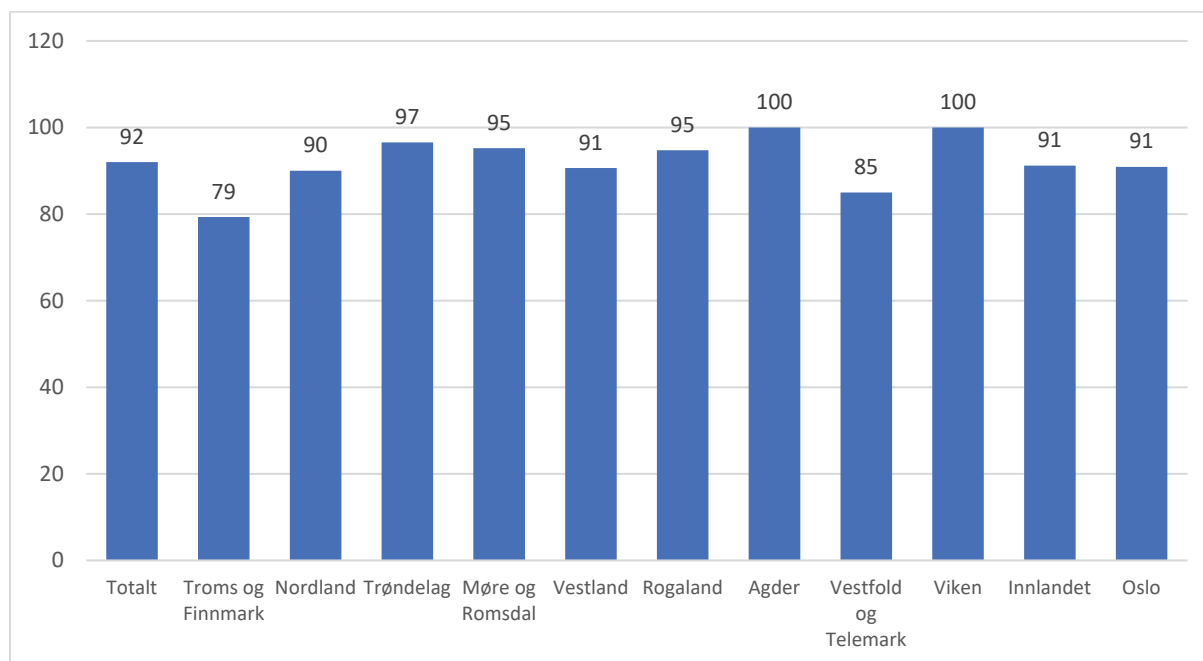
15.4 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

I 2018 var det 15 prosent av kommunene og bydelene i Oslo 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 er andelen åtte prosent.

Vi ser videre på andelen som oppgir at de har virksomme prosedyrer etter kommunestørrelse (figur 15.7) og fylke (figur 15.8).



Figur 15.7 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 15.8 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Fylke, 2020.

15.5 OPPSUMMERING

Det er 80 prosent som svarer at de i *stor* eller *svært stor grad* tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, dette er uendret fra 2018. Det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner etter størrelse.

Andel kommuner/bydeler som svarer at de i *stor* eller *svært stor grad* har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, har økt fra 59 prosent i 2018 til 84 prosent i 2020. Heller ikke på dette spørsmålet er det forskjeller i svarene mellom kommuner etter størrelse.

I 2020 er det 63 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, dette er en økning fra 54 prosent i 2018.

I 2018 oppga 15 prosent av kommunene og bydelene i Oslo 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 er andelen åtte prosent.

16 OPPFØLGING AV ELDRE

Antall eldre øker. Om 15 år vil det for første gang være flere nordmenn over 65 år enn under 19 år i Norge (Andersen 2018). Med uendret forekomst vil dette i seg selv innebære at antallet eldre med psykiske lidelser og rusproblemer øker. Samtidig er det økende forekomst av for eksempel rusproblemer i den eldre befolkningen (Bye 2012).

Kommunene har et omfattende ansvar for personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Psykisk helse- og rusproblemer blant eldre har fått økt oppmerksomhet i de senere årene blant annet i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. For å styrke mulighetene den enkelte har til å mestre hverdagen, og for å gi tidlig hjelp, vil regjeringen styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk som vil kunne bidra til å avdekke psykisk helse- og rusproblemer.

I 2019 fant vi at 16-28 prosent av kommunene/bydelene hadde egne tiltak eller tjenester rettet mot målgruppene blant eldre. Det var i tillegg fem til åtte prosent av kommunene som hadde tiltak under planlegging. Tiltak kommunene ikke hadde etablert, men som de så behov for, inkluderte egne botiltak, aktivitetstilbud, dagsentertilbud, møteplasser med lav terskel for deltakelse og egne team med kompetanse på psykisk helse og rus blant eldre. Over halvparten av kommunene svarte at de i *liten grad* har satset på kompetanseheving for målgruppene, inkludert kompetanseheving på eldre utsatt for vold og overgrep.

16.1 DATAGRUNNLAG

2020-kartleggingen inneholder følgende spørsmål:

- 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 alkoholvaner?
- 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
- 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

16.2 KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV

Som vist i tabell 16.1 har 293 kommuner/bydeler svart på spørsmålet (79 prosent). Det er 14 prosent som svarer at behovene er kartlagt, men nesten like mange som svarer at de ikke vet om behovene er kartlagt. Dette kan være fordi det er andre tjenester som gjør denne kartleggingen, kanskje uten at psykisk helse- og rustjenester er involvert.

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.

	Antall	Prosent
Ja	41	14
Nei	213	73
Vet ikke	39	13
Total	293	100

De som svarer *ja*, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er flest som svarer at dette er gjort gjennom BrukerPlan. Andre svarer at dette gjøres fortløpende gjennom den eldre sin kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre. Noen har også kartlagt dette ved hjemmebesøk eller når de får behov for andre kommunale tjenester.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner, og 285 (77 prosent) av alle kommuner/bydeler har svart på spørsmålet, se tabell 16.2. En av tre av disse svarer at de eldre systematisk blir spurt om alkoholvaner, mens 41 prosent svarer *nei*.

Tabell 16.2 Antall og andel som svarer på om eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner. 2020.

	Antall	Prosent
Ja	94	33
Nei	118	41
Vet ikke	73	26
Total	285	100

Vi finner ingen systematisk variasjon i andel som svarer *ja* hverken etter kommunestørrelse eller et fylke.

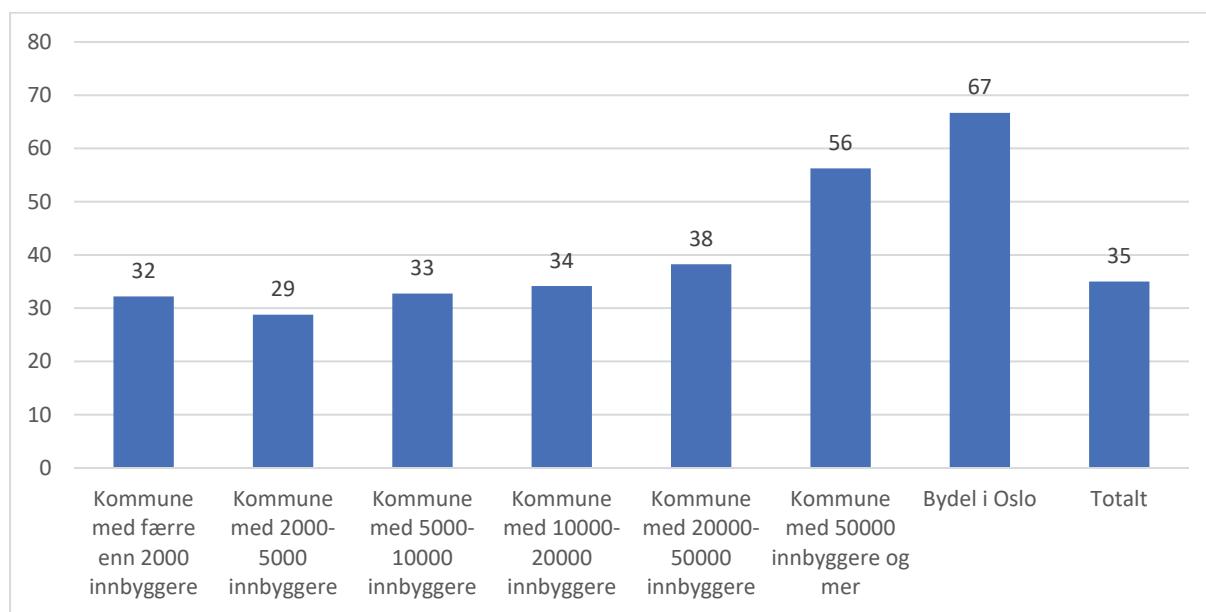
16.3 SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE

Som vist i tabell 16.3 er det 293 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (79 prosent). 103 kommuner/bydeler (35 prosent) svarer at de gjennomfører slike systematiske hjemmebesøk blant de eldre.

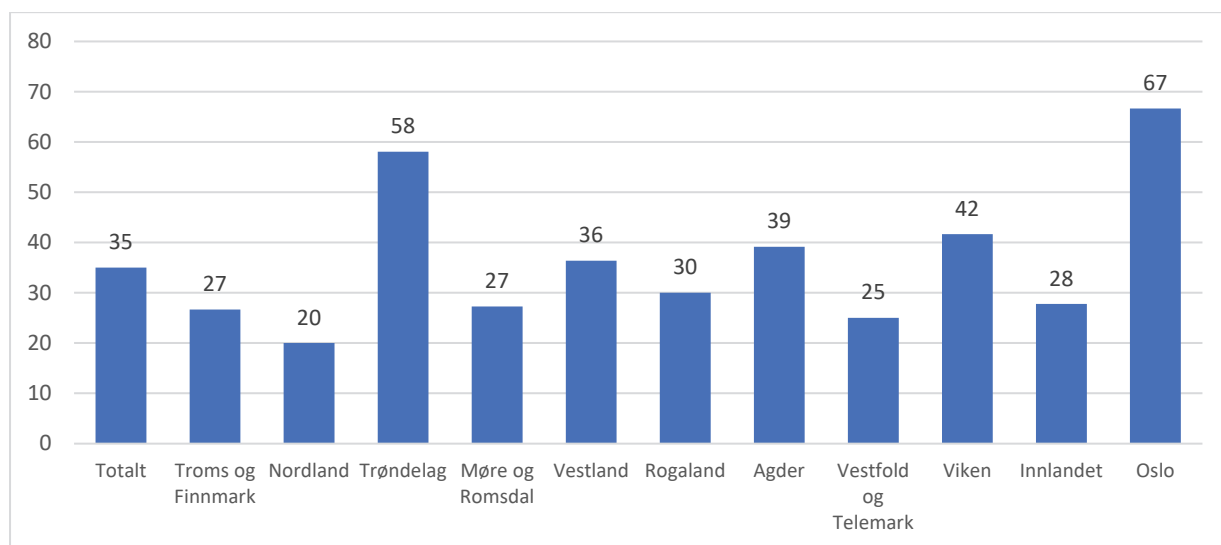
Tabell 16.3 Antall og andel som svarer på om kommunen gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. 2020.

	Antall	Prosent
Ja	103	35
Nei	148	51
Vet ikke	42	14
Total	293	100

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 16.1) og fylke (figur 16.2) 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, 2020.



Figur 16.2 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Fylke, 2020.

Det er kommuner med mer enn 50 000 innbyggere og bydelene i Oslo, som systematisk ligger høyere enn de andre kommunegruppene, og fylkene Oslo, Trøndelag, Viken og Agder ligger systematisk høyere enn de andre fylkene.

Det er også kartlagt om ulike tema dekkes i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, se tabell 16.4. Av de 103 kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk, er det 81 prosent som svarer at psykisk helse er et inkludert tema, og 75 prosent svarer at legemiddelbruk er tema i samtalen. Seksti prosent svarer at alkoholvaner er et tema i samtalen, og 42 prosent at vold og overgrep er inkludert. 30 prosent svarer at annet rusmiddelbruk er blant temaene.

Tabell 16.4 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer om de ulike temaene er inkludert i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, 2020.

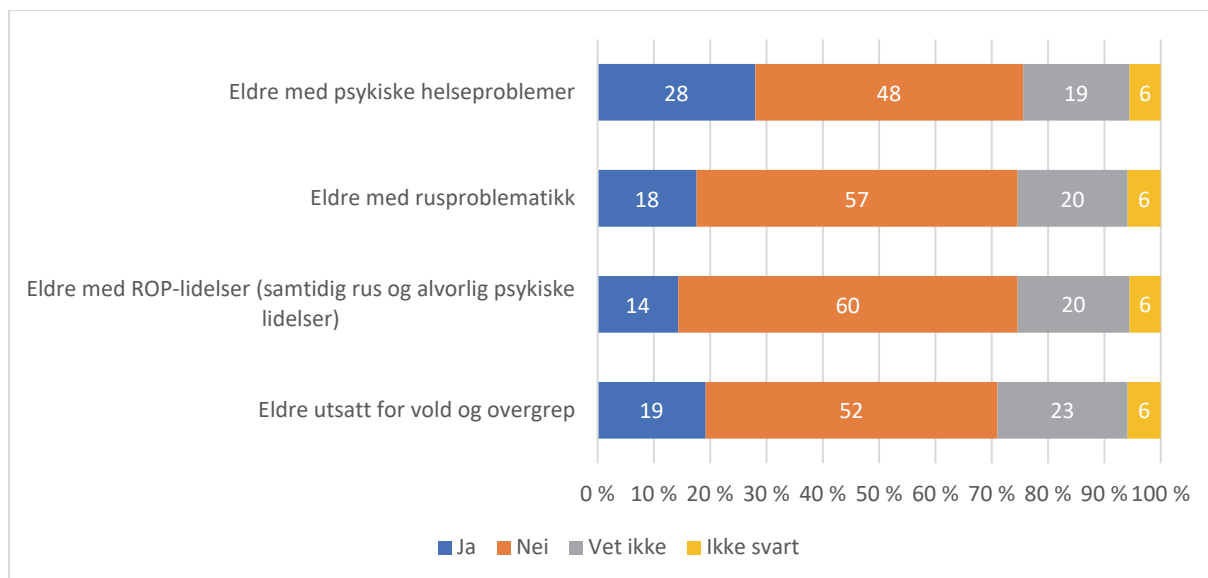
	Antall	Prosent
Psykisk helse	83	81
Alkoholvaner	62	60
Legemiddelbruk	77	75
Annet rusmiddelbruk	31	30
Vold og overgrep	43	42
Antall kommuner	103	100

16.4 GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

Når det gjelder gjennomføring av kompetansehevende tiltak er fordelingen av svarene vist i tabell 16.5. Prosentfordelingen er vist i figur 16.3.

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.

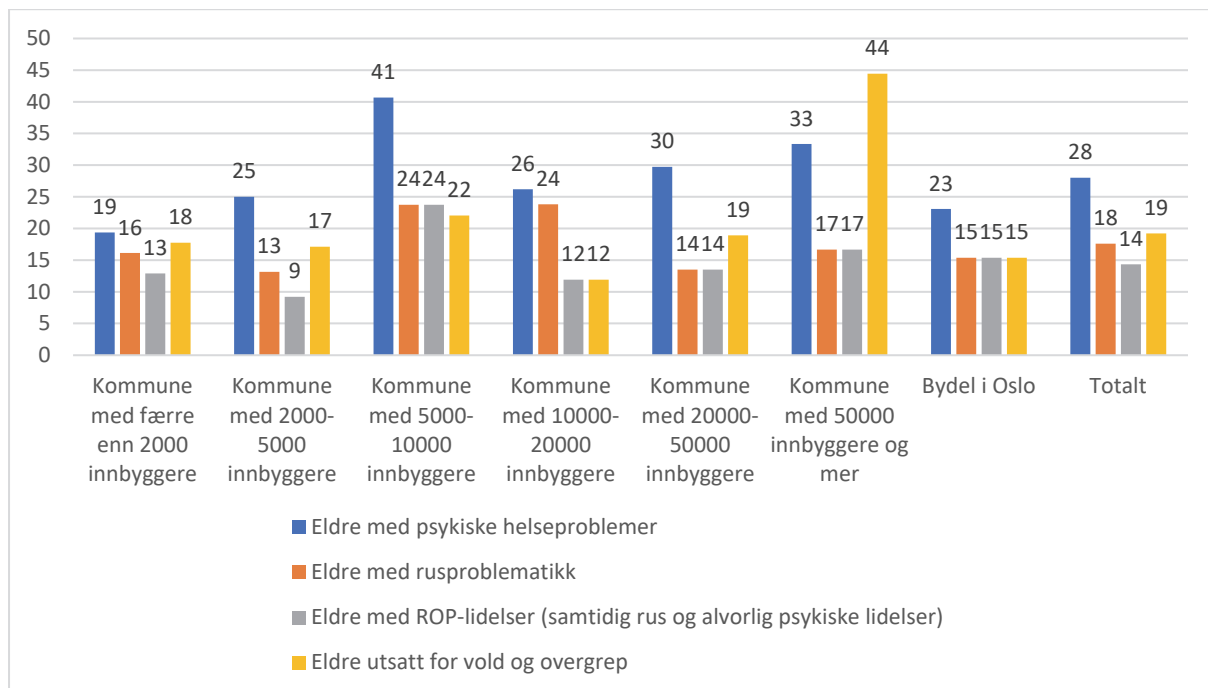
	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Totalt
Eldre med psykiske helseproblemer	86	146	58	17	307
Eldre med rusproblematikk	54	175	60	18	307
Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser)	44	185	61	17	307
Eldre utsatt for vold og overgrep	59	159	71	18	307



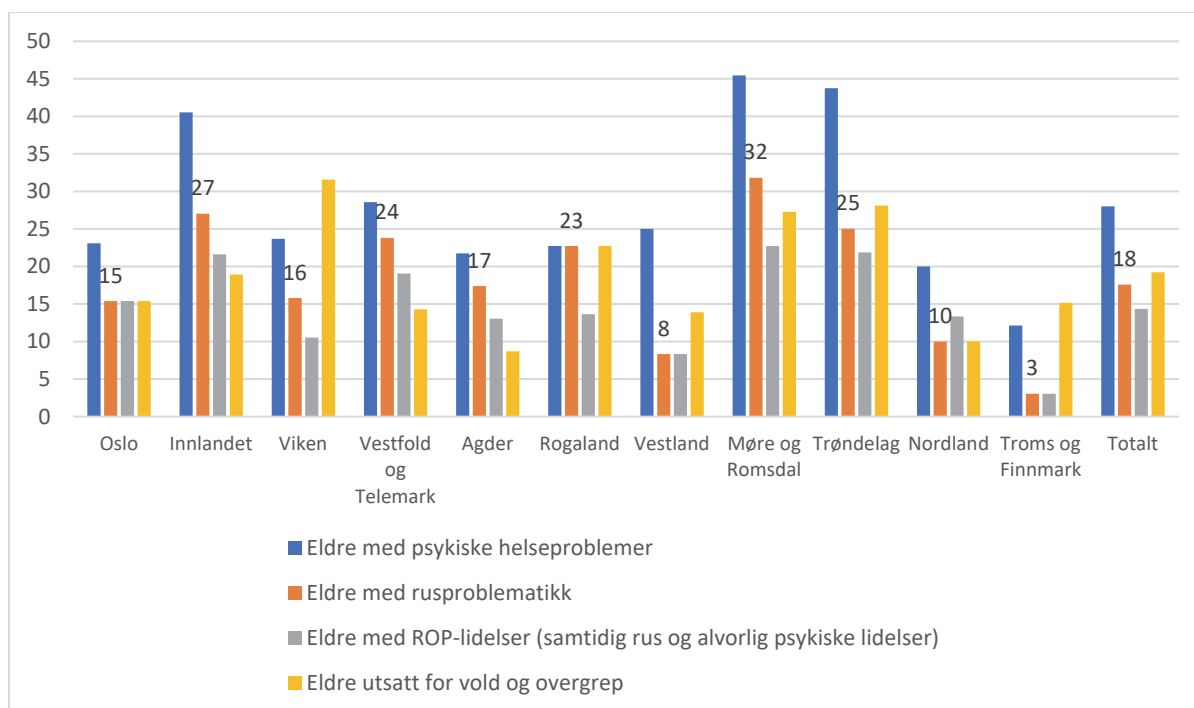
Figur 16.3 Prosentfordeling etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året.

Det er flest kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder psykiske helseproblemer (28 prosent). Videre har 18 prosent gjennomført kompetansehevende tiltak blant ansatte når det gjelder eldre med rusproblematikk og 14 prosent om eldre med ROP-lidelser. Nesten hver femte kommune (19 prosent) oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for eldre utsatt for vold og overgrep siste år.

Vi ser videre på andelen som har svart *ja* og fordeler etter kommunestørrelse (figur 16.4) og etter fylke (figur 16.5).



Figur 16.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 16.5 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevede tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Fylke, 2020.

16.5 OPPSUMMERING

Det er 293 kommuner/bydeler som har svart på om kommunen har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus (79 prosent). 14 prosent av disse svarer at behovene er kartlagt, men nesten like mange svarer at de ikke vet om behovene er kartlagt. Dette kan være fordi det er andre tjenester som gjør denne kartleggingen, kanskje uten at psykisk helse- og rustjenester er involvert. De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. De fleste svarer at dette er gjort gjennom BrukerPlan. Andre svarer at dette gjøres fortløpende gjennom den eldres kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre, og noen har også kartlagt dette ved hjemmebesøk eller når de eldre får behov for andre kommunale tjenester.

Det er også spørsmål om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner, og det er 285 (77 prosent) av alle kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet, og én av tre av disse svarer at de eldre blir spurt systematisk om alkoholvaner, mens 41 prosent svarer *nei*.

Det er 103 kommuner/bydeler (35 prosent) som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant de eldre.

Det er flest kommuner som har gjennomført kompetansehevede tiltak om eldre for de ansatte når det gjelder psykiske helseproblemer (28 prosent). Videre har 18 prosent gjennomført kompetansehevede tiltak når det gjelder eldre med rusproblematikk og 14 prosent om eldre med ROP-lidelser. Nesten hver femte kommune (19 prosent) oppgir at de har gjennomført kompetansehevede tiltak for eldre utsatt for vold og overgrep siste år.

17 PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

Helsedirektoratet har behov for mer kunnskap om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ivaretar pårørende. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Når det gjelder barn som pårørende, er helsepersonells plikt hjemlet i § 10 a:

§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov. Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søsknene. Tredje ledd bokstav b) og c) gjelder tilsvarende.

BrukerPlan har opplysning om mottakere av kommunale tjenester med omsorg eller samvær med barn. For tjenestemottakere med rusproblemer i 2018 viser BrukerPlan at av de 23 762 mottakerne med rusproblemer er det 4689 som har barn, noe som utgjør en andel på 20 prosent. I BrukerPlan blir det registrert antall mottakere og antall barn som mottakeren enten har omsorg for, samvær med eller

ingen kontakt med. Enkelte mottakere har en kombinasjon av disse, for eksempel ved at en mottaker har omsorg for et barn og samvær med et annet barn. Totalt var det 7417 barn registrert i 2018. Av disse var det 1780 barn som mottakeren selv hadde omsorg for, 4079 barn som hadde samvær med mottakere og 2003 barn som ikke hadde kontakt med mottakeren. Om lag 50 prosent av mottakere med omsorg for barn, bor også med partner. Mottakere med omsorg eller samvær med barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet av alle mottakere med rusproblemer, dette gjelder særlig mottakere med omsorg for barn. Av mottakere med omsorg for barn var det 38 prosent som hadde en særs dårlig levekårsindeks (rød-/blålys). Dette er en økning fra 2017, der den tilsvarende andelen var på 28 prosent.

Blant mottakere som er rød eller blålys på levekårsindeksen er det 1412 mottakere som har omsorg for, eller samvær med barn. Av disse har 756 barnevernstjeneste, mens 484 ikke har det, noe som innebærer at om lag halvparten av disse mottakerne ikke er i kontakt med barnevernstjenester. BrukerPlan viser også at av de 23 206 mottakerne med rusproblemer, er det registrert 69 gravide mottakere. 26 prosent av disse har rød- eller blålys levekårsindeks. Av 69 gravide mottok 38 prosent barnevernstjenester. En tredjedel av de gravide mottakerne med rusproblemer er utsatt for vold.

BrukerPlan viser videre at de 35 463 mottakerne med psykiske helseproblemer i 2018, er det 8429 som har barn under 18 år, noe som utgjør en andel på 23 prosent.

Mottakere med omsorg for, eller samvær med barn, har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet for alle mottakere med psykiske helseproblemer. I 2018 hadde 18 prosent av mottakere med omsorg for barn enten rød- eller blålys levekårsindeks – mot 23 prosent for alle mottakere med psykisk helseproblem. Mottakere med samvær, eller ingen kontakt med barn, har imidlertid dårligere skår på levekårsindeksen. I disse to gruppene er det henholdsvis 30 og 45 prosent med rød- eller blålys levekårsindeks. Blant mottakere som er rød- eller blålys på samlet vurdering har 886 mottakere omsorg for barn og 553 mottakere som har samvær med barn. Flertallet av disse har ikke barnevernstjenester.

Flere kommuner i datamaterialet for IS-24/8 nevner hvert år at funn fra BrukerPlan har gjort at de har fått satt fokus på barn som pårørende. Noen oppgir at BrukerPlan viste at det var flere barn som pårørende enn tjenesten hadde kjennskap til, og at de derfor har satt inn flere ressurser for å opparbeide bedre kompetanse på barn som pårørende.

For å følge opp disse funnene, og for å få et dypere innblikk i kommunenes rutiner for identifikasjon, ble spørsmålene utvidet i 2019 og i 2020. I kapitlet er både 2019- og 2020-tallene inkludert.

17.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er tatt med i årets kartlegging:

- Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven? <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>
- Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste, om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?
- Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel familiesenter, familiekoordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjenestene, eller liknende?
- I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i deres kommune?
- Hvilke tiltak/tjenester har dere for barn som pårørende og søsken under 18 år?
- Samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende?

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Voksne med rusmiddelproblemer
- Voksne som har tatt overdose
- Voksne med psykiske vansker/lidelser
- Voksne som har begått selvmord
- Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Barn og unge med selvskadingsproblematikk
- Unge med rusmiddelproblemer

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Foresatte med rusmiddelproblemer
- Foresatte som har tatt overdose
- Foresatte med psykiske vansker/lidelser
- Foresatte som har begått selvmord

Med unntak av oppfølging av voksne pårørende av nærpersoener som utøver vold, var alle spørsmålene også med i 2019.

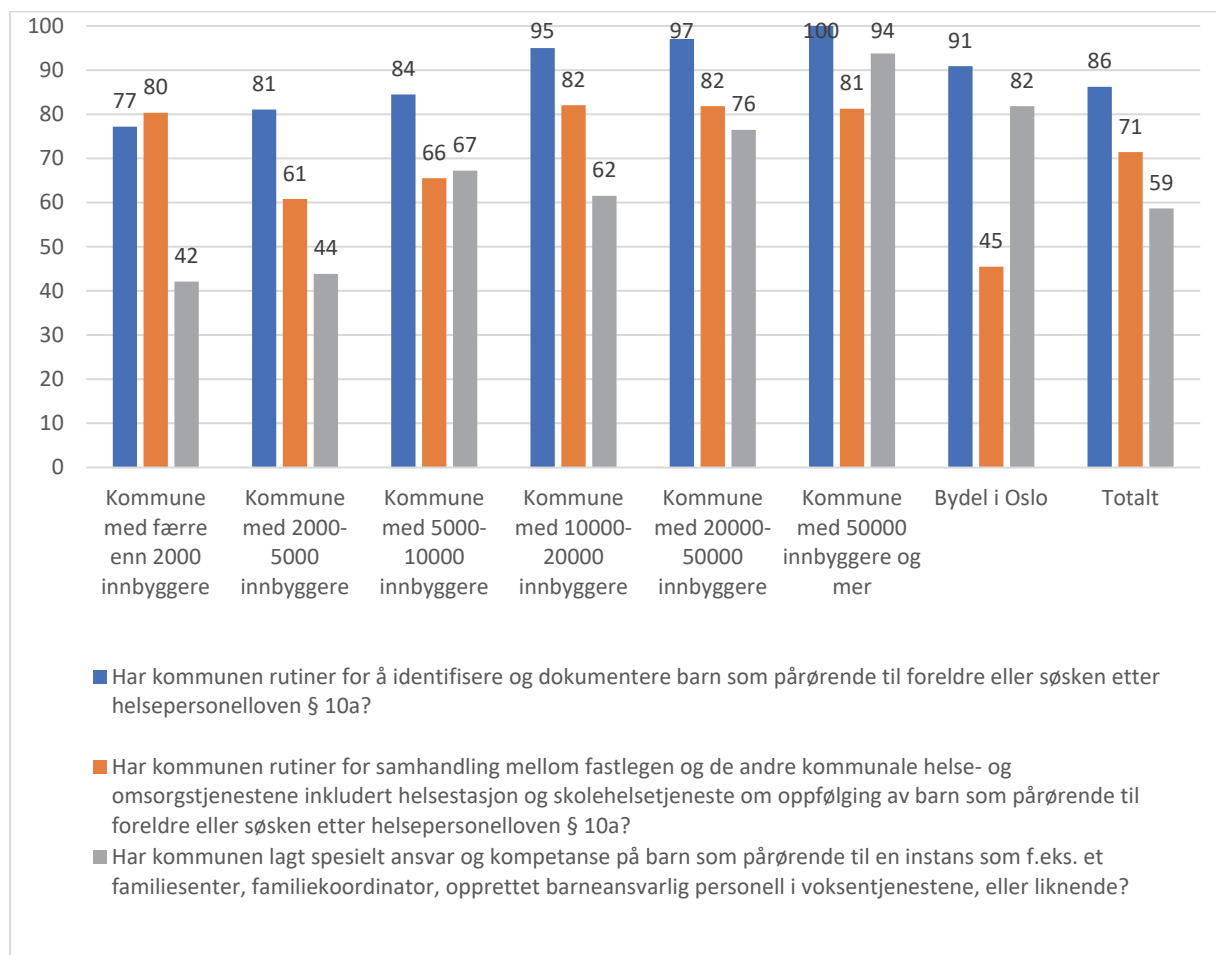
17.2 RUTINER, DOKUMENTASJON OG OPPFØLGING

Som vist i tabell 17.1. svarer 86 prosent av kommunene at de har rutiner for å dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Dette er en økning fra 80 prosent i 2019. Videre svarer 71 prosent av kommunene at de har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale- helse og omsorgstjenestene om oppfølging av barn som pårørende, dette er en økning fra 70 prosent i 2019. Når det kommer til spørsmålet om kommunen har tillagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel familiesenter, familiekoordinator, personell i voksentjenestene eller lignende, svarer 59 prosent at de har gjort dette. Dette er en økning på 49 prosent fra 2019.

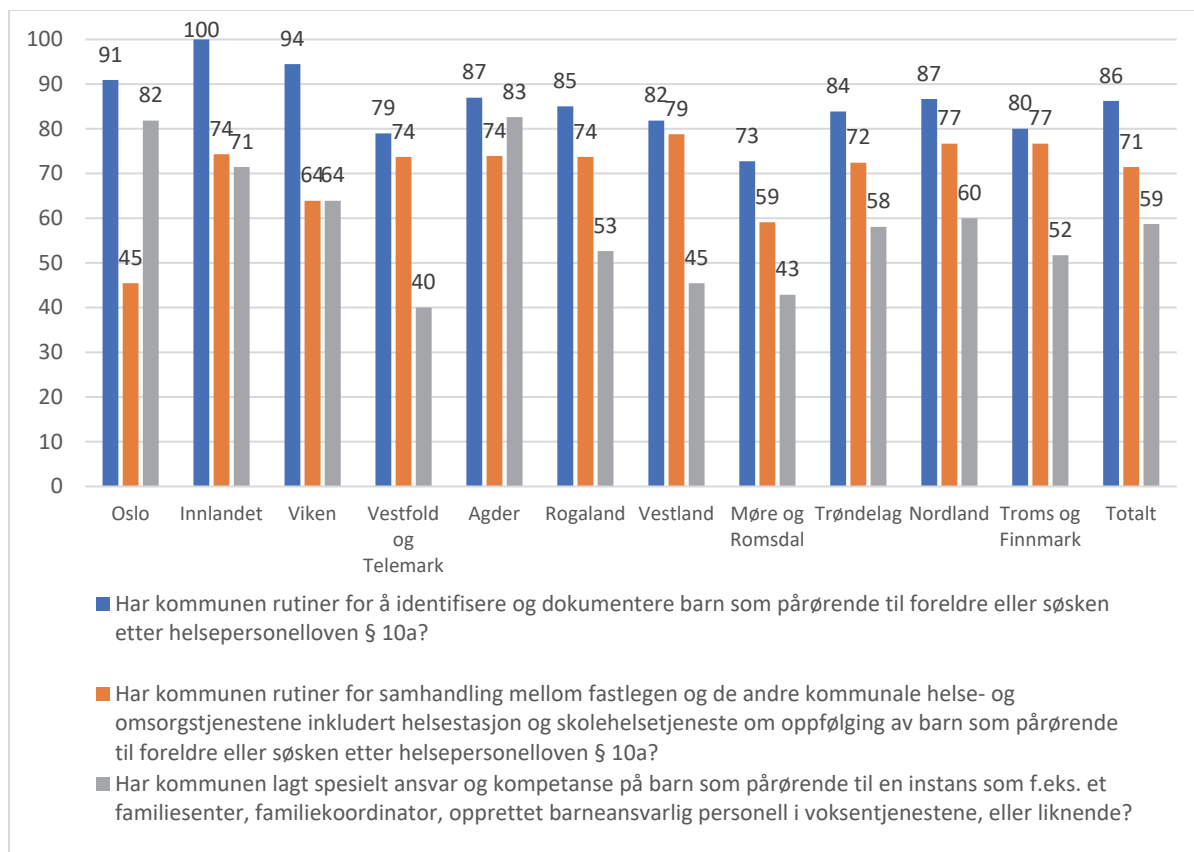
Tabell 17.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har rutiner, dokumentasjon og oppfølging for pårørende. 2019 og 2020.

	2019			2020		
	Ja %	Nei %	Totalt N	Ja %	Nei %	Totalt N
Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?	80	20	413	86	14	290
Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a?	70	30	414	71	29	287
Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som f.eks. familiesenter, familiekoordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjenestene, eller liknende?	49	51	419	59	41	288

Vi ser videre på andelen som svarer *ja* og på fordeling etter kommunestørrelse (figur 17.1) og fylke for 2020 (figur 17.2).



Figur 17.1 Andelen som svarer *ja* på at de har rutiner og har lagt et spesielt ansvar til en instans. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 17.2 Andelen som svarer ja på at de har rutiner og har lagt et spesielt ansvar til en instans. Kommunestørrelse, 2020.

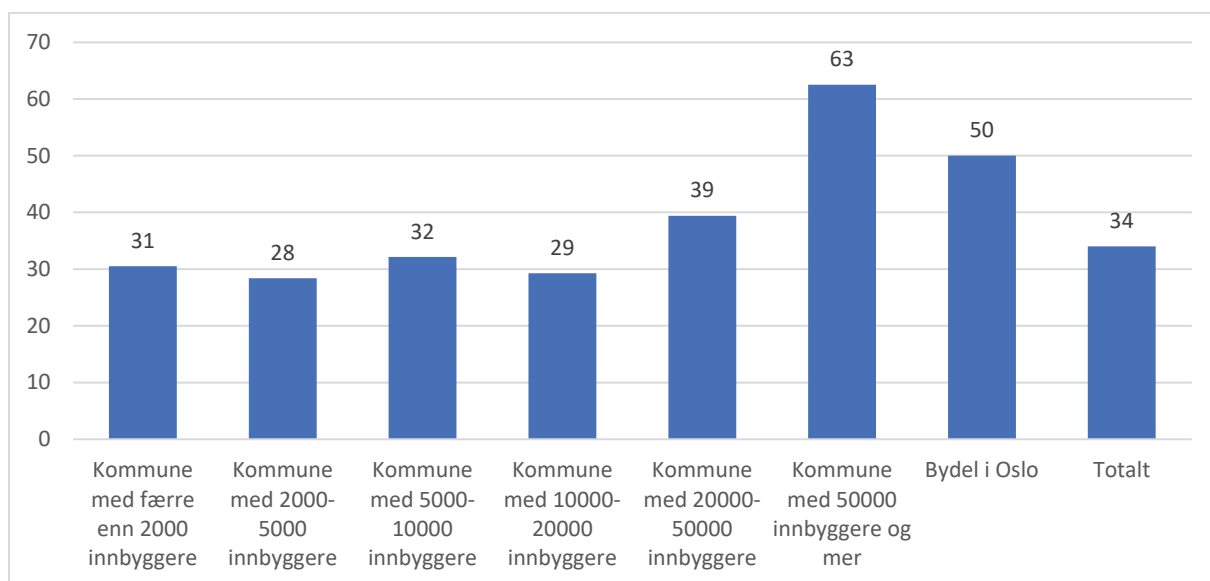
17.3 SYSTEMATISK OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE

Som vist i tabell 17.2 er det noen flere som svarer i *noen grad* og noen færre som svarer i *liten grad* i 2020 sammenliknet med 2019.

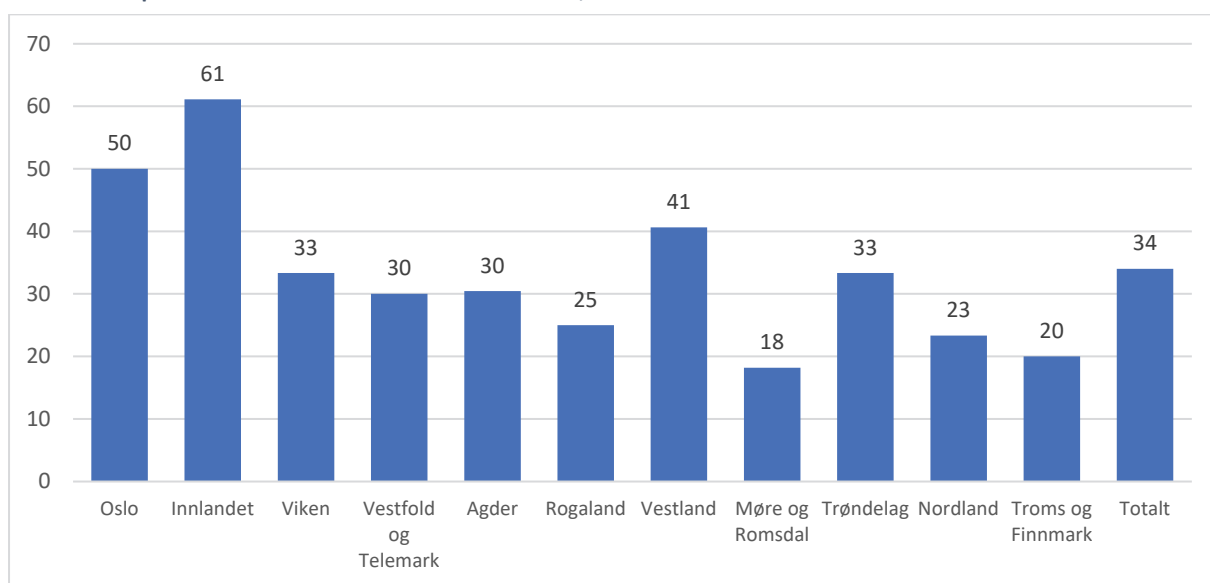
Tabell 17.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad de har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen. 2019 og 2020.

	2019	2020
I svært stor grad	2	3
I stor grad	32	31
I noen grad	47	52
I liten grad	16	12
I svært liten grad	4	3
Totalt	100	100
Antall kommuner	420	291

Vi ser videre på de som svarer i *svært stor grad* eller i *stor grad*, og fordeler etter kommunestørrelse (figur 17.3) og fylke (figur 17.4).



Figur 17.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad de har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 17.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad de har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen. Fylke, 2020.

17.4 TILTAK/TJENESTER FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR

På det åpne spørsmålet om hvilke tiltak/tjenester de har for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det gitt svar fra 243 kommuner/bydeler (65 prosent).

Mange nevner at dette tas hånd om av helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsesykepleier. Noen nevner at de har egne barne- og familieveiledere eller familieterapeut på helsestasjonen. Andre nevner at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer), andre at de har tilbud til barn av kreftsyke, BTI (Bedre tverrfaglig innsats), SMIL-grupper (Styrket mestring i livet), egen

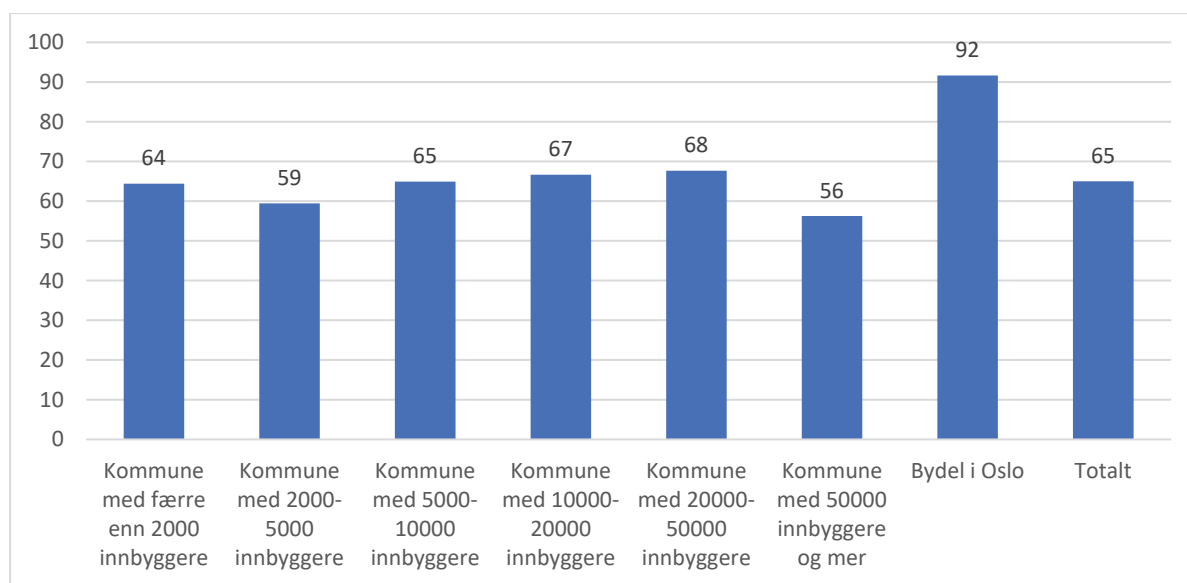
barneansvarlig eller barnekoordinator, psykolog, barnegrupper eller samtaler med den enkelte eller i familien.

17.5 SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE

Som vist i tabell 17.3 svarer 65 prosent av kommunene at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2020. Dette er en økning fra 58 prosent i 2019. Det er også noen flere som har planer om dette i 2020 enn i 2019. Her er det relevant å se videre på andel som svarer *ja* etter kommunestørrelse (figur 17.5) og etter helseforetaksområde (figur 17.6).

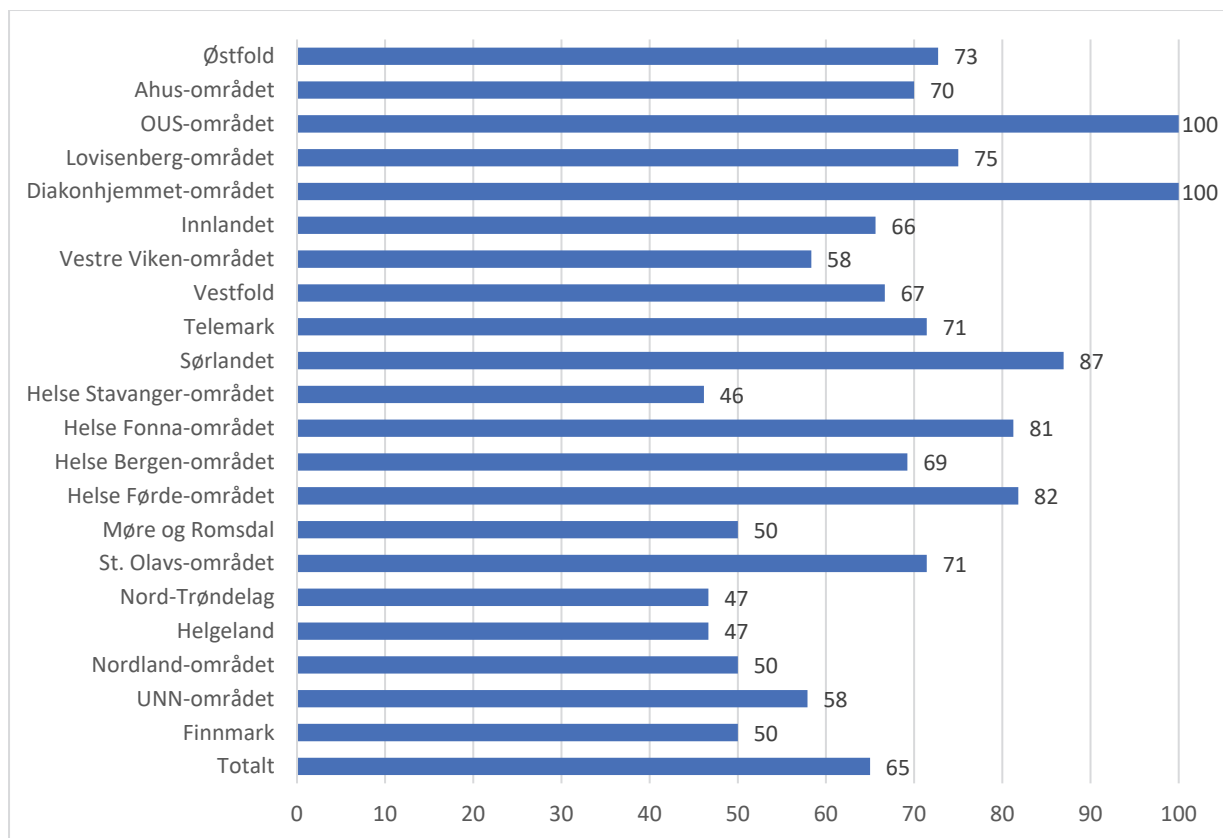
Tabell 17.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen. 2019 og 2020.

	2019	2020
Ja	58	65
Nei	32	24
Under planlegging	10	12
Totalt	100	100
Antall kommuner	416	291



Figur 17.5 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. Kommunestørrelse, 2020.

På fylkesnivå er det særlig bydeler i Oslo og kommuner i Agder og Vestland som skiller seg systematisk fra resten ved at en større andel samarbeider med spesialisthelsetjenesten, men det er ikke systematiske forskjeller når vi sammenlikner helseforetaksområder.



Figur 17.6 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. HF, 2020.

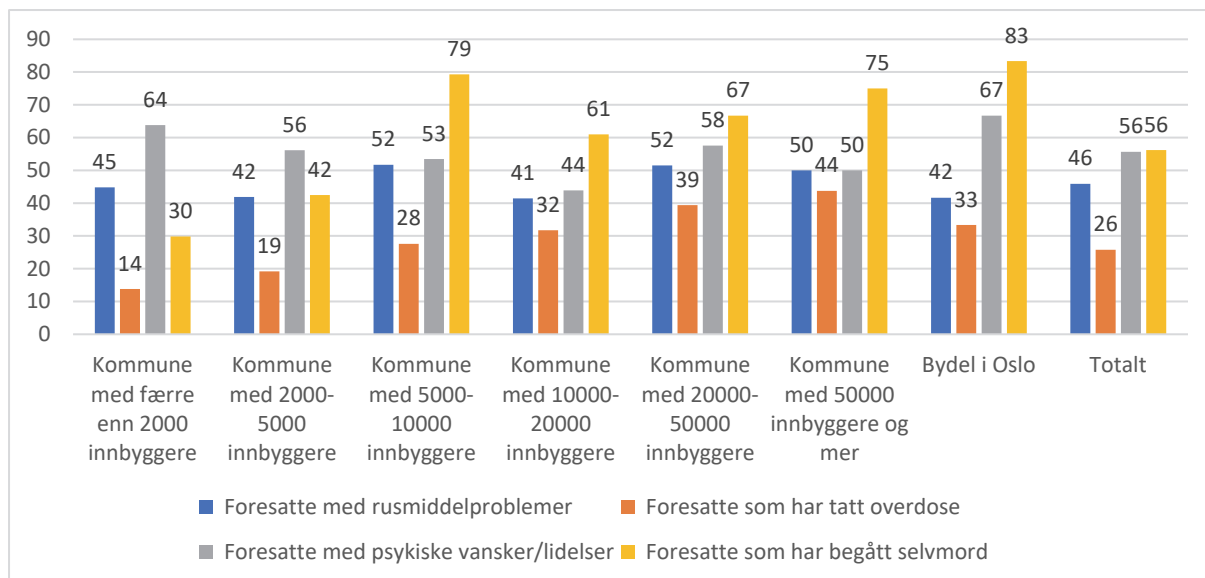
17.6 IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKERGRUPPER

Som vist i tabell 17.4 er det en nedgang på 16 prosentpoeng i kommuner som svarer at de ivaretar barn og unge som pårørende for foresatte med rusproblemer *godt* eller *svært godt* fra 2019 til 2020. Men det er en økning i fem prosentpoeng som svarer dette for barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser, og fire prosent for barn og unge som pårørende for foresatte som har begått selvmord. Det er ingen endring for barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt overdose.

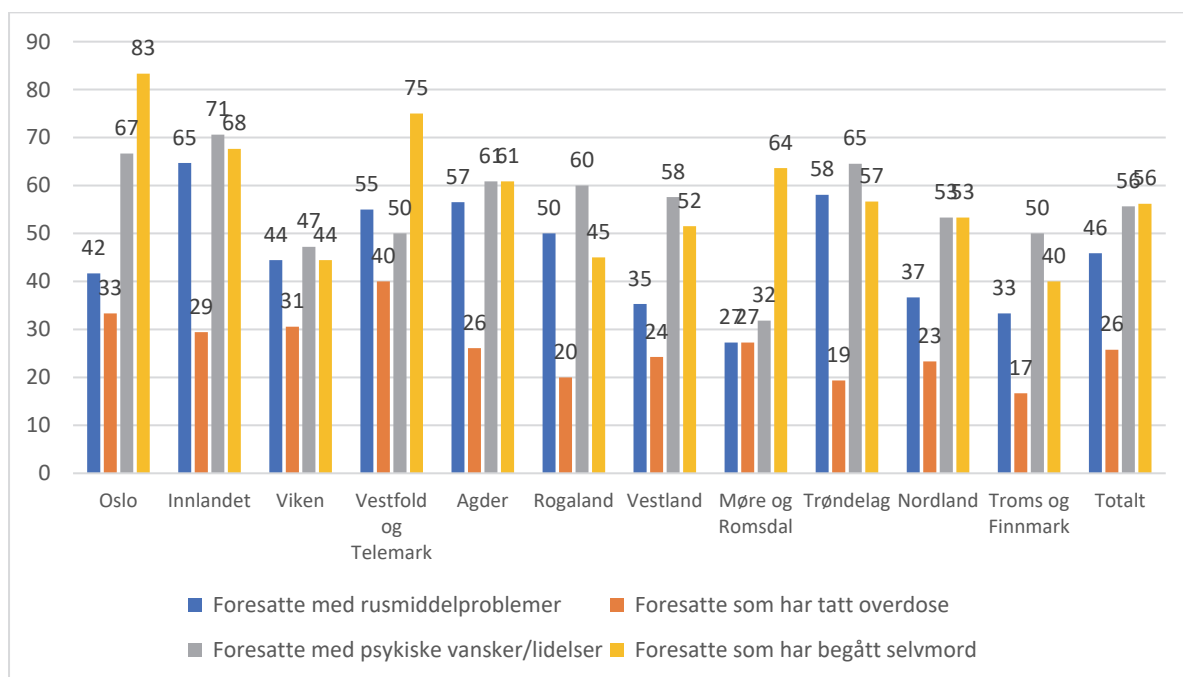
Tabell 17.4 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukere, 2019 og 2020.

	Foresatte med rusmiddelproblemer		Foresatte som har tatt overdose		Foresatte med psykiske vansker/lidelser		Foresatte som har begått selvmord	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Svært godt	4	2	2	3	5	3	12	12
Godt	58	44	25	23	46	52	40	44
Middels	32	38	29	20	41	36	17	15
Dårlig	7	5	5	5	5	5	2	2
Svært dårlig	1	0	1	0	0	0	1	0
Ikke erfaring	3	10	37	49	2	2	29	27
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	292	412	291	414	291	413	290

Vi ser videre på de som svarer svært godt eller godt og fordeler på kommunestørrelse (figur 17.7) og fylke (figur 17.8).



Figur 17.7 Prosent av kommunene som svarer at de *svært godt* eller *godt* ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukergrupper. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 17.8 Prosent av kommunene som svarer at de *svært godt* eller *godt* ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukergrupper. Fylke, 2020.

17.7 VOKSNE PÅRØRENDE

Som vist i tabell 17.5 svarer de aller fleste at de har et middels eller et godt tilbud både i 2019 og 2020. Det er en økning i andel som svarer *svært godt* eller *godt* fra 2019 til 2020, særlig i ivaretagelse av voksne pårørende etter voksne som har begått selvmord og barn og unge med selvskadingsproblematikk, se figur 17.9.

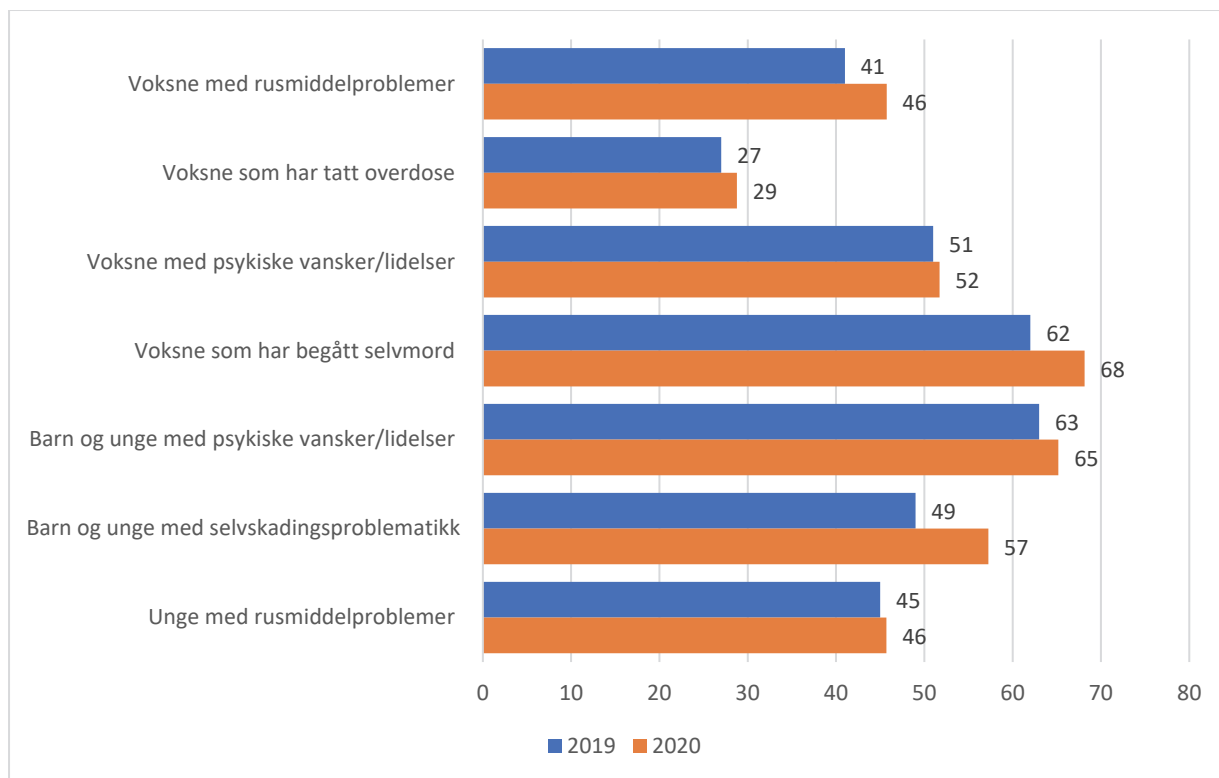
Tabell 17.5 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019, 2020.

	Voksne pårørende for:							
	Voksne med rusmiddelproblemer		Voksne som har tatt overdose		Voksne med psykiske vansker/lidelser		Voksne som har begått selvmord	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Svært godt	3	4	2	4	5	6	13	14
Godt	38	42	25	24	46	46	49	54
Middels	47	44	29	27	43	43	20	16
Dårlig	7	6	5	5	4	4	3	1
Svært dårlig	1	1	1	2	1	1	1	1
Ikke erfaring	3	3	37	38	2	1	14	14
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	293	412	292	413	292	413	292

Tabell 17.6 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019, 2020.

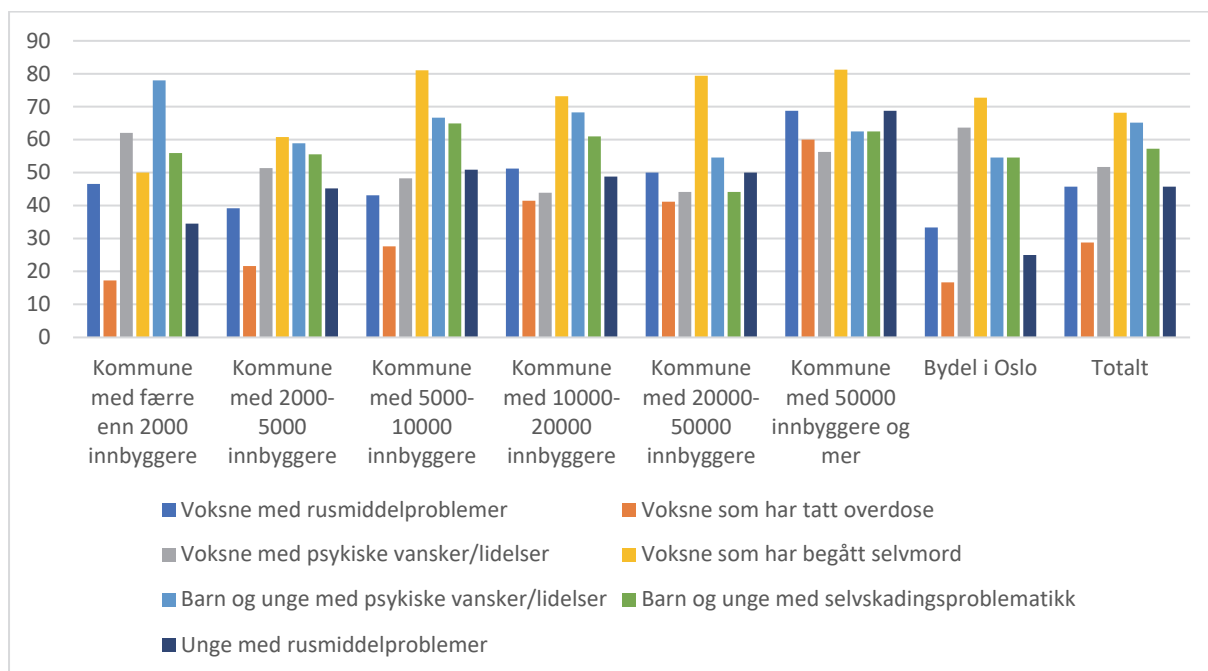
	Voksne pårørende for:					
	Barn og unge med psykiske vansker/lidelser		Barn og unge med selvskadingsproblematikk		Unge med rusmiddelproblemer	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Svært godt	5	6	3	4	3	3
Godt	58	59	46	53	42	42
Middels	32	29	37	33	37	38
Dårlig	3	2	4	3	5	3
Svært dårlig	0	1	0	1	0	1
Ikke erfaring	2	3	11	6	12	12
Totalt	100	100	100	100	100	100

Her presenteres tallene fra de foregående tabellene som figurer. Som vist i figurene 17.3 og 17.4, er det variasjon i hvordan kommunene mener de ivaretar oppfølging av voksne pårørende. Flest kommuner mener de har et *godt* eller *svært godt* tilbud til voksne pårørende etter selvmord, og færrest mener de har et godt tilbud til voksne pårørende etter overdose.

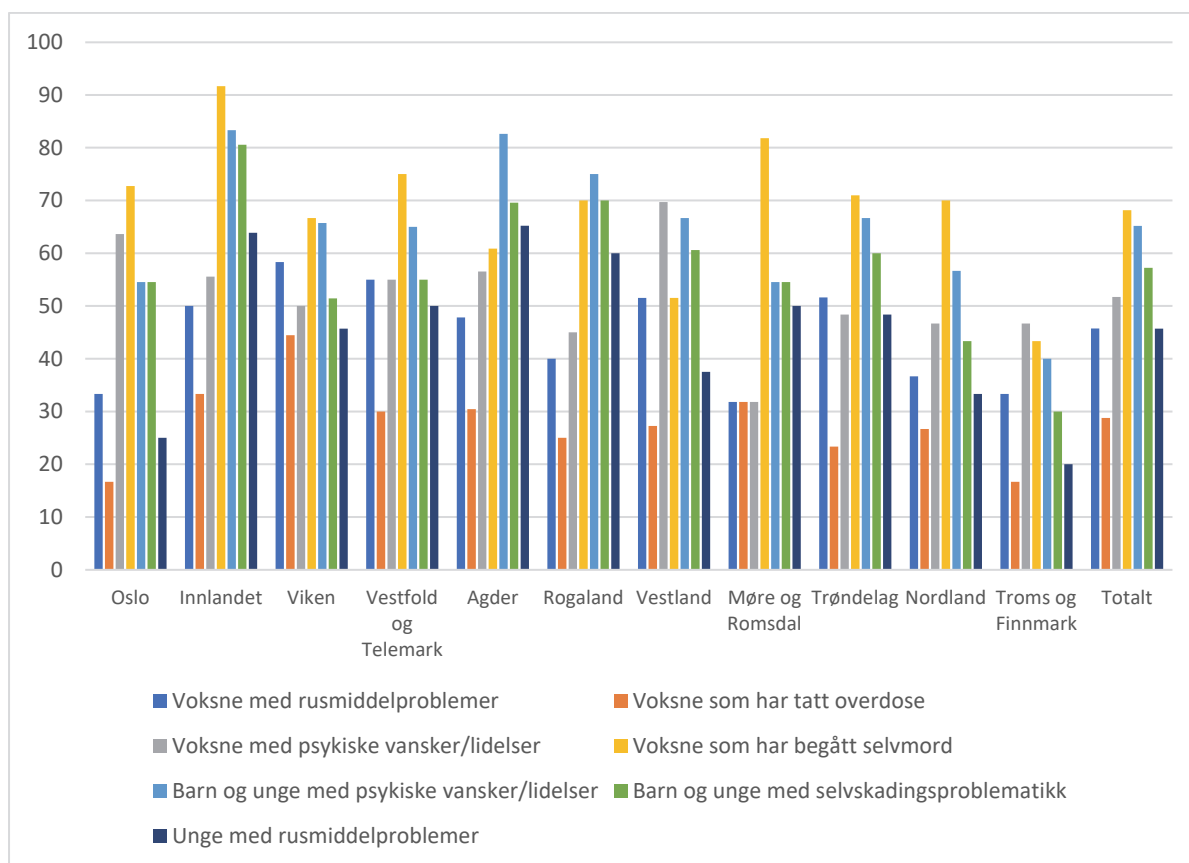


Figur 17.9 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende *svært godt* eller *godt* for ulike brukergrupper, 2019 og 2020.

Vi ser videre på hvordan de som svarer *svært godt* eller *godt* fordeler seg etter kommunestørrelse (figur 17.10) og fylke (figur 17.11).



Figur 17.10 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende *svært godt* eller *godt* for ulike brukergrupper. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 17.11 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende *svært godt* eller *godt* for ulike brukergrupper. Fylke, 2020.

17.8 OPPSUMMERING

I 2020 er det 86 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at de har rutiner for å dokumentere barn som er pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a. Dette er en økning fra 80 prosent i 2019. Videre svarer 71 prosent av kommunene at de har rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene om oppfølging av barn som pårørende, dette er en økning fra 70 prosent i 2019. Når det kommer til spørsmålet om kommunen har tillagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel familiesenter, familiekoordinator, personell i voksentjenestene eller lignende, svarer 59 prosent at de har gjort dette. Dette er en økning fra 49 prosent fra 2019.

Det er 34 prosent av kommunene som svarer at de i *svært stor grad* eller i *stor grad* har systematisk oppfølging av barn som pårørende i kommunen, og dette er omtrent som i 2019.

Videre er det 65 prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2020. Dette er en økning fra 58 prosent i 2019. Det er også noen flere som har planer om dette i 2020 enn i 2019.

Det er en nedgang på 16 prosentpoeng i kommuner som svarer at de ivaretar barn og unge som pårørende for foresatte med rusproblemer *godt* eller *svært godt* fra 2019 til 2020. Men det er en økning

i fem prosentpoeng som svarer dette for barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser, og fire prosentpoeng økning for barn og unge som pårørende for foresatte som har begått selvmord. Det er ingen endring for barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt overdose.

Når det gjelder voksne pårørende svarer de aller fleste at de har et *middels* eller et *godt* tilbud både i 2019 og 2020. Det er en økning i andel som svarer *svært godt* eller *godt* fra 2019 til 2020 særlig i ivaretagelse av voksne pårørende etter voksne som har begått selvmord og pårørende til barn og unge med selvskadingsproblematikk.

18 BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI

Det er store forventninger til at kommunene skal ta i bruk teknologi i tjenestene for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige og mer effektive, og vi har derfor inkludert noen spørsmål om bruk av teknologi i tjenestene. Temaet har blitt ytterligere aktualisert med den pågående pandemien.

I 2019 fant vi at halvparten av kommunene hadde tilgang til digitale og mobile løsninger for journalføring, mens 70 prosent hadde tilgang til videokonferanse/skypemøte med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten, men det var da bare 31 prosent av kommunene som oppga at de kan bruke videokonferanseutstyr/skypemøter med brukerne. Det var 44 prosent av kommunene som oppga at de har lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1) og 36 prosent for de med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer (Hovedforløp 2). Det var 29 prosent av kommunene som i 2019 oppga at de hadde digital beredskaps-/kriseplan for enkeltbrukere (Hovedforløp 3).

Vi beregnet at det var flest kommuner (n=101) som oppga å ha behov, uten å ha planer for innføring, for digital beredskapsplan/kriseplan (23 prosent), og for lavterskeltjenester med gode selvhjelpsverktøy for brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (18 prosent), og selvhjelpsverktøy for de med milde og kortvarige problemer (14 prosent). Ti prosent av kommunene manglet i 2019 planer for innføring av digitale og mobile løsninger for journalføring, samtidig som de oppga at de hadde behov for det. Dette er konservative estimat fordi vi her antar at de som har svart er kapabel til å vurdere behovet for de ulike løsningene.

I 2020 er det tatt med følgende spørsmål:

- Har kommunen tatt i bruk velferdsteknologi (trygghetsteknologi, mestringsteknologi etc.) innen psykisk helse og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvilken type teknologi er dette?

18.1 TATT I BRUK VELFERDSTEKNOLOGI

Som vist i tabell 18.1 er det 293 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (79 prosent). Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de har tatt i bruk denne typen teknologi innen psykisk helse- og rusarbeid. Fem prosent svarer at de ikke vet om kommunen har tatt det i bruk.

Tabell 18.1 Antall og andel kommuner/bydeler som oppgir om de har tatt i bruk velferdsteknologi (trygghetsteknologi, mestringsteknologi etc.) innen psykisk helse og rusarbeid. 2020.

	Antall	Prosent
Ja	142	48
Nei	137	47
Vet ikke	14	5
Total	293	100

18.2 TYPE TEKNOLOGI

138 kommuner/bydeler (95 prosent) av de 142 som svarer *ja* har svart på hvilken type teknologi som er tatt i bruk. Her nevnes følgende:

- Medisindispensere
- Digitale trygghetsalarmer
- Digitale konsultasjoner
- Assistert selvhjelp (apper, nettkurs)
- Digitale samarbeidsmøter (Teams, Skype)
- Kriseplan på mobil
- FIT på nett

18.3 OPPSUMMERING

293 kommuner/bydeler har svart på om de har tatt i bruk velferdsteknologi (trygghets-teknologi, mestringsteknologi etc.) innen psykisk helse og rusarbeid i 2020 (79 prosent). Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de har tatt i bruk denne typen teknologi, mens fem prosent svarer at de ikke vet om kommunen har tatt det i bruk eller ikke. Det er også spurt om hvilken type teknologi dette er, og svarene tyder på at følgende teknologier benyttes: medisindispensere, digitale trygghetsalarmer, digitale konsultasjoner, assistert selvhjelp (apper, nettkurs), digitale samarbeids-møter (Teams, Skype), kriseplan på mobil og FIT på nett.

19 ANNET

I dette kapitlet samler vi noen tema som kort har blitt kartlagt, men som ikke presenteres som egne kapitler på grunn av omfang.

19.1 UTFORDRINGER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE

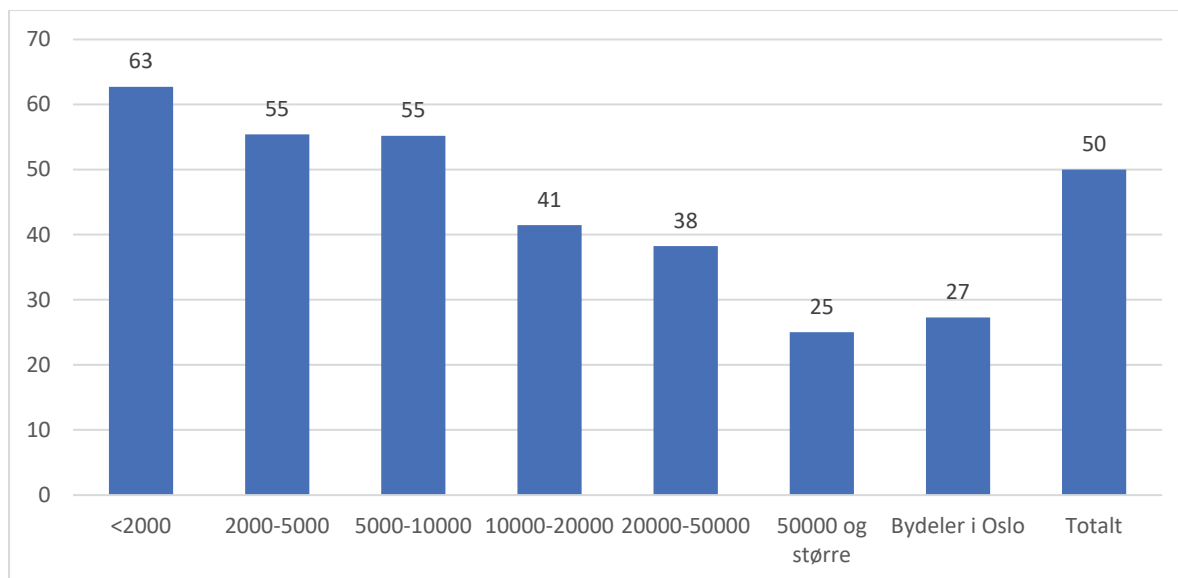
Spørsmålet er formulert på følgende måte: I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rustjenester problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten?

Svarfordelingen er vist i tabell 19.1 og det er ti prosent som svarer at de i *svært stor* eller i *stor grad* har problemer med å tilby nødvendige tjenester. Basert på denne fordelingen, kan vi si at halvparten av kommunene oppgir at de i *liten grad* eller *svært liten grad* har utfordringer på dette området.

Vi viser fordelingen av de som svarer i *liten grad* eller i *svært liten grad* etter kommunestørrelse (figur 19.1) og helseforetaksområde (figur 19.2).

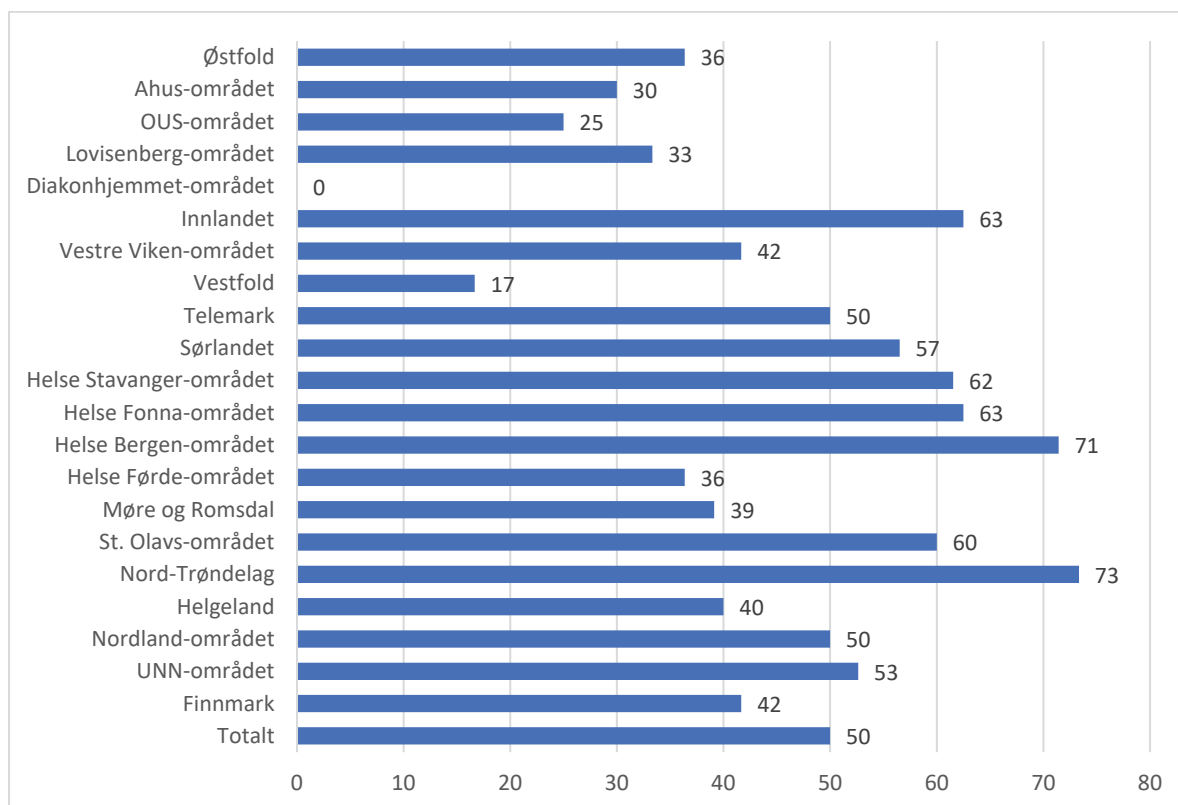
Tabell 19.1 Antall og andel kommuner/bydeler som oppgir grad av problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, 2020.

	Antall	Andel
I svært stor grad	7	2
I stor grad	22	8
I noen grad	117	40
I liten grad	107	37
I svært liten grad	40	14
Total	293	100



Figur 19.1 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i *liten* eller *svært liten grad* har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Kommunestørrelse, 2020.

Det kan se ut som utfordringen øker med kommunestørrelse (har økende antall personer å skaffe tjenester til), og at flest kommuner/bydeler rapporterer problemer i hovedstadsområdet og i Vestfold.



Figur 19.2 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i *liten* eller *svært liten grad* har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksområde, 2020.

19.2 KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTERS ROLLE/OPPGAVER I KOORDINERENDE ENHET

I 2020 er det også tatt med et åpent spørsmål om hvilken rolle/oppgaver kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har i kommunens koordinerende enhet. Det er gitt svar fra 248 kommuner/bydeler (67 prosent av alle).

Noen skriver kort at de har samarbeid eller tett/nært samarbeid med koordinerende enhet, mens andre utdyper og forklarer litt mer. Noen steder har de faste møter, mens de andre steder blir trukket inn i enkeltsaker ved behov. Noen har en egen ansatt i koordinerende enhet som har ansvar for alle sakene innen psykisk helse og rus, mens andre sier de er lite delaktig i koordinerende enhets arbeid eller at de ikke har noen tydelig rolle.

19.3 PSYKISK HELSE OG RUSARBEID SOM EN LIKEVERDIG DEL AV DET LOKALE FOLKEHELSE-ARBEIDET

Det er i 2020 totalt 79 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag. I 2019 var andelen 85 prosent.

I 2020 er det 65 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at rusarbeid er en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag. I 2019 var andelen 74 prosent.

I 2018 var andelen som svarte *ja* for psykisk helse 74 prosent og 64 prosent for rusarbeid. Svarene i 2020 gir altså tilnærmet samme fordeling som i rapportert i 2018.

19.4 KOMMUNENS OVERORDNEDE KOMPETANSEPLAN

I 2020 er det også spurt om henholdsvis psykisk helse og rusproblematikk inngår i kommunens overordnede kompetanseplan. 78 prosent av kommunene/bydelene har svart på spørsmålet.

62 prosent svarer at psykisk helse inngår, og 58 prosent svarer at rusproblematikk inngår i den overordnede kompetanseplanen. Men det er nesten 30 prosent som ikke vet om disse fagområdene inngår i planen.

Figur 19.3 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på om hhv. psykisk helse og rusproblematikk inngår i kommunens overordnede kompetanseplan, 2020.

	Psykisk helse		Rusproblematikk	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	179	62	169	58
Nei	29	10	37	13
Vet ikke	82	28	84	29
Total	290	100	290	100

19.5 NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN

I 2019 og 2020 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. I 2019 var andelen 39 prosent, mens den i 2020 er 49 prosent. Det er fortsatt slik at en noe større andel av de store kommunene benytter den, men forskjellene mellom kommunegrupper i bruk av rapporten var i 2020 ikke signifikant. Med ett unntak av kommunene i Agder som hadde lav andel som benyttet rapporten (30 prosent), er det heller ikke signifikante forskjeller mellom fylker. Andelen som har benyttet rapporten var høyest i Oslo (67 prosent) og i Troms og Finnmark (62 prosent).

Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 19.2, er det ti prosent som i liten grad har nytte av rapporten og 26 prosent som har stor nytte (*stor grad* eller *svært stor grad*). Det er ikke systematisk variasjon etter kommunestørrelse eller fylke.

Tabell 19.2 Svar på spørsmål om i hvilken grad de opplever at rapporten er nyttig i dette arbeidet. 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	3	2	5	3
I liten grad	12	7	10	7
I noen grad	105	61	94	64
I stor grad	41	24	37	25
I svært stor grad	6	4	2	1
Vet ikke/ikke svart	4	2	0	0
Totalt	171	100	148	100

19.6 FORANKRING HOS RÅDMANNEN

Vi spør om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er en noe høyere andel som svarer at rapporteringen er godkjent gjennom delegasjon i 2020 enn i 2019.

Tabell 19.3 Svar på spørsmål om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. 2019 og 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, direkte ved gjennomsyn	54	12	28	9
Ja, gjennom delegasjon	296	68	218	73
Nei	66	15	48	16
Ikke svart	20	5	4	1
Totalt	436	100	298	100

19.7 OPPSUMMERING

Ti prosent av kommunene/bydelene svarer at kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Andelen øker med kommunestørrelse, og flest rapporterer om utfordringer i hovedstadsområdet og færrest i helse Bergen-området og i helse Nord-Trøndelag.

I 2020 er det også tatt med et åpent spørsmål om hvilken rolle/oppgaver kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har i kommunens koordinerende enhet. Noen skriver kort at de har samarbeid eller tett/nært samarbeid med koordinerende enhet, mens andre utdyper og forklarer litt mer. Noen steder har de faste møter, mens de andre steder blir trukket inn i enkeltsaker ved behov. Noen har en egen ansatt i koordinerende enhet som har ansvar for alle sakene innen psykisk helse- og rus, mens andre sier de er lite delaktig i koordinerende enhets arbeid eller at de ikke har noen tydelig rolle.

Det er i 2020 totalt 79 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at psykisk helsearbeid er en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag, mot 85 prosent i 2019. I 2020 er det 65 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert at rusarbeid er en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag, mot 74 prosent i 2019.

Det er 62 prosent som svarer at psykisk helse inngår og 58 prosent som svarer at rusproblematikk inngår i den overordnede kompetanseplanen. Men det er nesten 30 prosent som ikke vet om disse fagområdene inngår i planen.

I 2019 og 2020 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. I 2019 var andelen 39 prosent som hadde benyttet rapporten, mens den i 2020 er 49 prosent. Det er fortsatt slik at en noe større andel av de store kommunene benytter den, men forskjellene mellom kommunegrupper i bruk av rapporten var i 2020 ikke signifikant. Med ett unntak av kommunene i Agder som hadde lav andel som benyttet rapporten (30 prosent), er det heller ikke signifikante forskjeller mellom fylker. Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Ti prosent av kommunene har i *liten grad* nytte av rapporten og 26 prosent har stor nytte (*stor grad* eller *svært stor grad*). Det er ikke systematisk variasjon etter kommunestørrelse eller fylke i rapportert nytte av rapporten.

Vi spør om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er en noe høyere andel som svarer at rapporteringen er godkjent gjennom delegasjon i 2020 (73 prosent) enn i 2019 (68 prosent). Tilsvarende færre som har fått godkjent rapporteringen ved direkte gjennomsyn av rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef.

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

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene for psykisk helse, rus, vold og selvmordsfeltet. Følgende sentre er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KoRus (regionale kompetansesenter for rus-spørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter 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)

Sentrene har 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 kapitlet er derfor ikke å sammenlikne sentrene, men å følge utviklingen.

20.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra 57 ulike variabler i datasettet:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt:
 - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
 - KoRus (regionale kompetansesentre på rusfeltet)
 - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse/barnevern)
 - RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
 - NKROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
 - NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)
 - NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig)
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler
 - Deltatt på kurs
 - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
 - Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressursenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått?

- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner eller mindre grupper som har kontakt med ressursentrene snarere enn hele tjenesten. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra et par kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. Den første delen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i 2018 og 2019. Vi tar derfor med alle tre årene i fremstillingene.

20.2 NAPHA

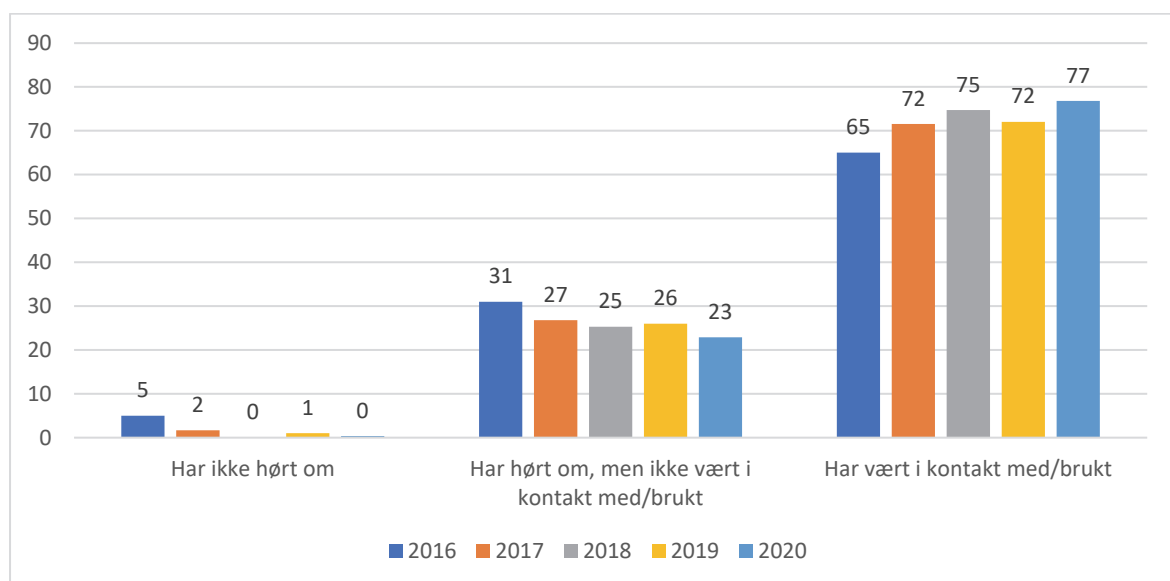
NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom tilskuddsbrev og dialogmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

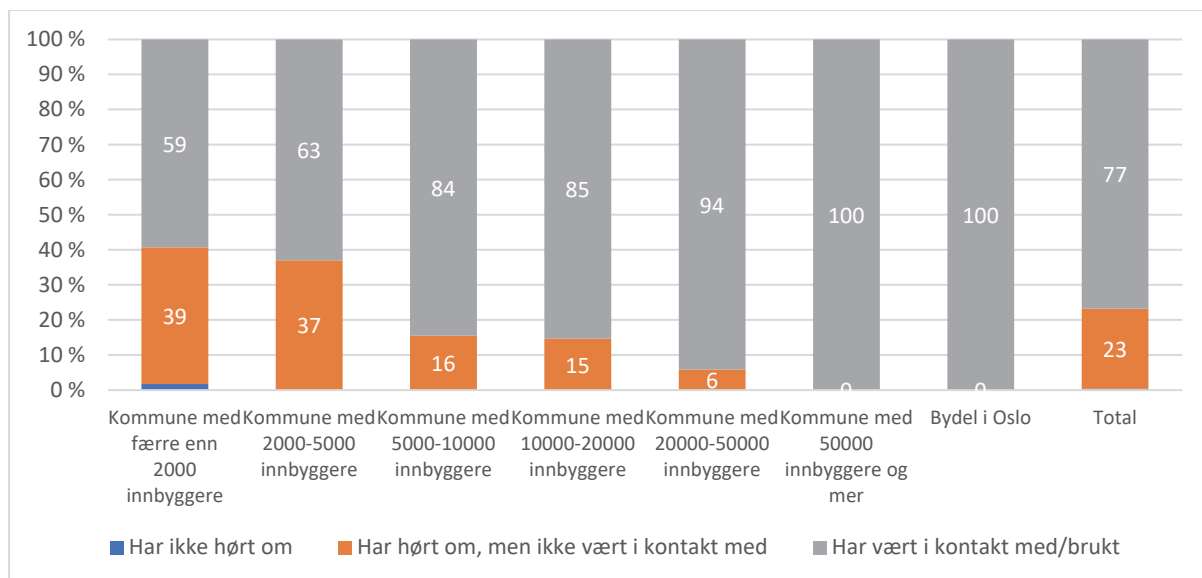
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark
- Team Midt dekker Trøndelag og Møre og Romsdal
- Team Vest dekker Vestland og Rogaland
- Team Sør dekker Agder, Vestfold og Telemark og tidligere Buskerud
- Team Øst dekker tidligere Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Det er 293 kommuner/bydeler som har svart. Fra figur 20.1 ser vi at det er 77 prosent av kommunene som i 2020 har vært i kontakt med NAPHA (n=225), en økning på fem prosentpoeng siden 2019, men tallene er ikke helt sammenliknbare fordi det kun er 79 prosent av kommunene/bydelene som har svart i 2020.

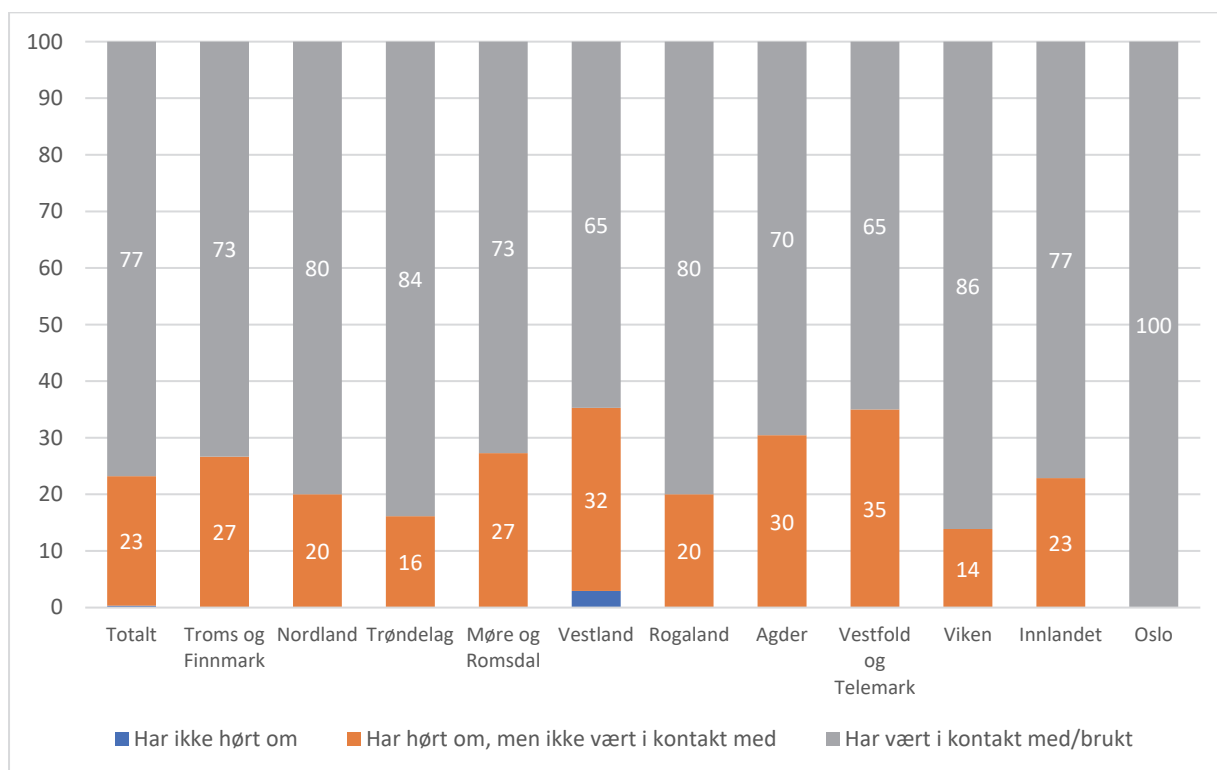


Figur 20.1 Andel kommuner som kjenner til NAPHA, 2016-2020.



Figur 20.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Kommunestørrelse, 2020

Det er en betydelig lavere andel av de små kommunene som ikke har vært i kontakt med, eller brukt, NAPHA, jf. figur 20.2. Det er i 2020 kun en kommune som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA og denne ligger i Vestland fylke (se figur 20.3) og har altså færre enn 2000 innbyggere.



Figur 20.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Fylke, 2020.

Figuren viser at kommunene som i minst grad har vært i kontakt med NAPHA i 2020 ligger i Vestfold og Telemark og i Vestland. Kommunene som i størst grad har vært i kontakt med NAPHA ligger i Oslo, Viken og i Trøndelag.

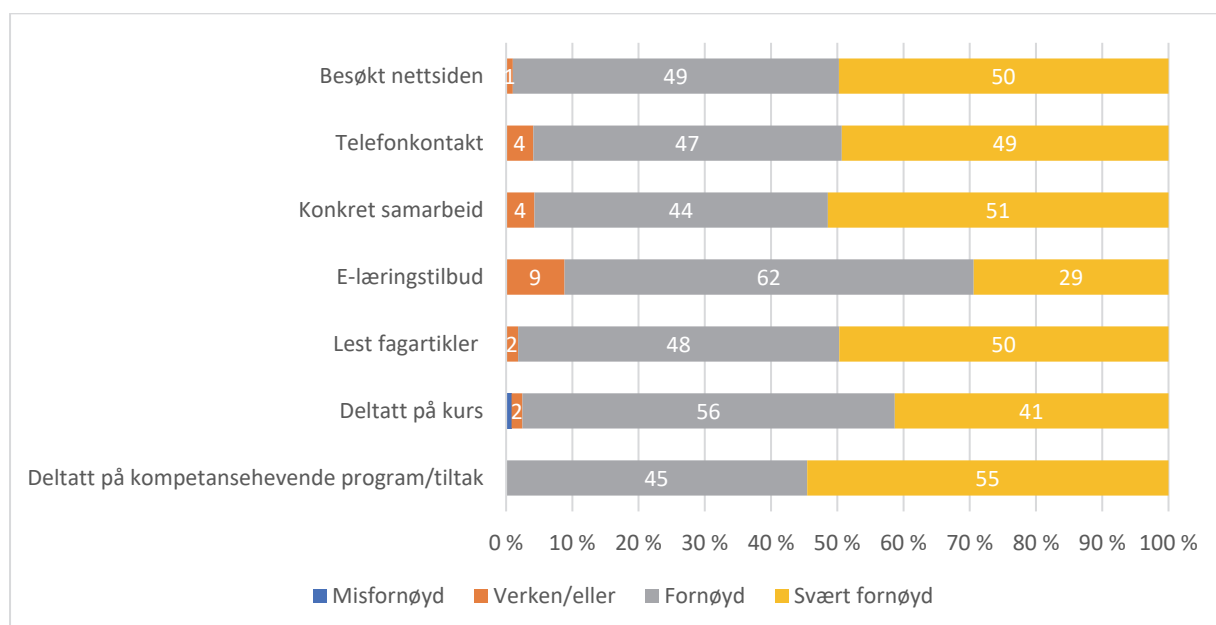
Fra tabell 20.1 ser vi at 68 prosent av kommunene som har rapportert i 2020, svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA, mens for eksempel 57 prosent av utvalget oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA etc.

Tabell 20.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422) og 2020 (n=293)

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*
Besøkt nettsiden	247	58	298	70	253	60	260	59	198	68
Lest fagartikler	218	51	269	63	216	51	240	55	168	57
Deltatt på kurs	159	37	169	40	183	43	184	42	124	42
Telefonkontakt	60	14	109	26	113	27	100	23	75	26
Konkret samarbeid	55	13	79	19	106	25	104	24	73	25
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18	89	21	95	23	111	25	58	20
E-læringstilbud	11	3	20	5	25	6	27	6	37	13
Annet	12	3	16	4	18	4	10	2	10	3

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Kommunene ble også spurt i hvilken grad de var fornøyd med de forskjellige tjenestetilbudene de benyttet seg av fra NAPHA, se figur 20.4. Her kunne kommunene velge opptil flere svaralternativer dersom de hadde benyttet seg av flere enn én kontaktform, og de kunne bare svare dersom de oppga at de hadde vært i kontakt med kompetansesenteret. Figuren under viser at kommunene som rapporterte i 2020, i størst grad var *fornøyd* eller *svært fornøyd* med kompetansehevende program/tiltak og kursdeltakelse. Det er lavest andel som er *fornøyd* med e-læringstilbud, men det er likevel stor grad av fornøydhet (91 prosent).



Figur 20.4 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med NAPHA etter hvilket tilbud de anvendte, 2020.

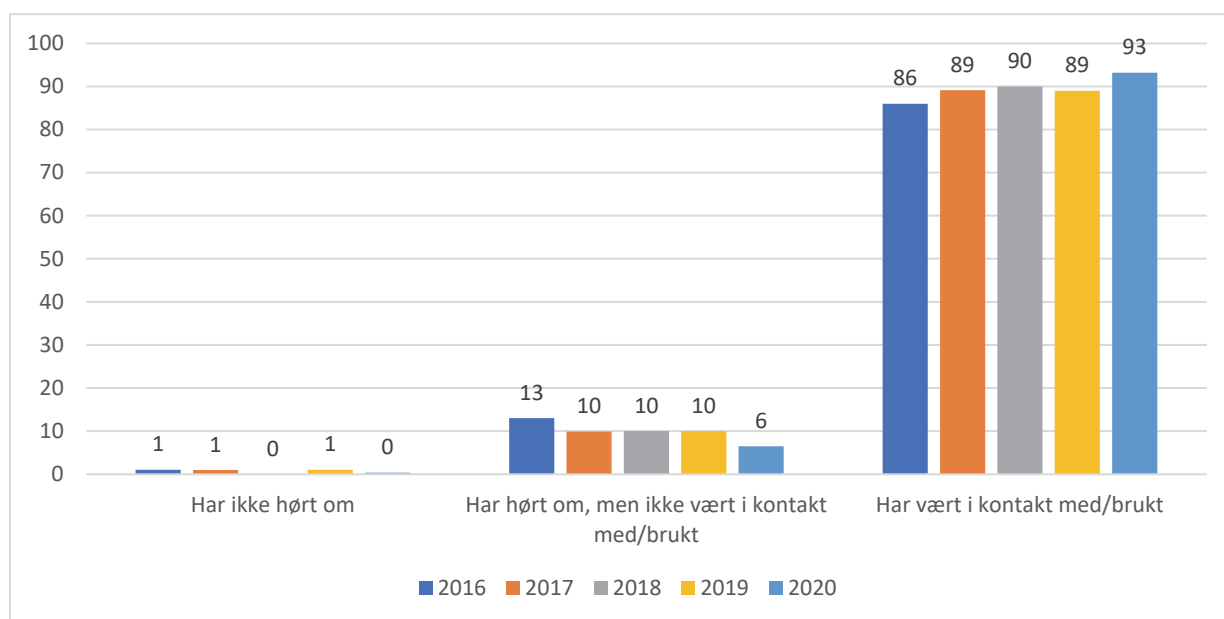
20.3 KORUS

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) skal bidra til ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesentrene er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier.

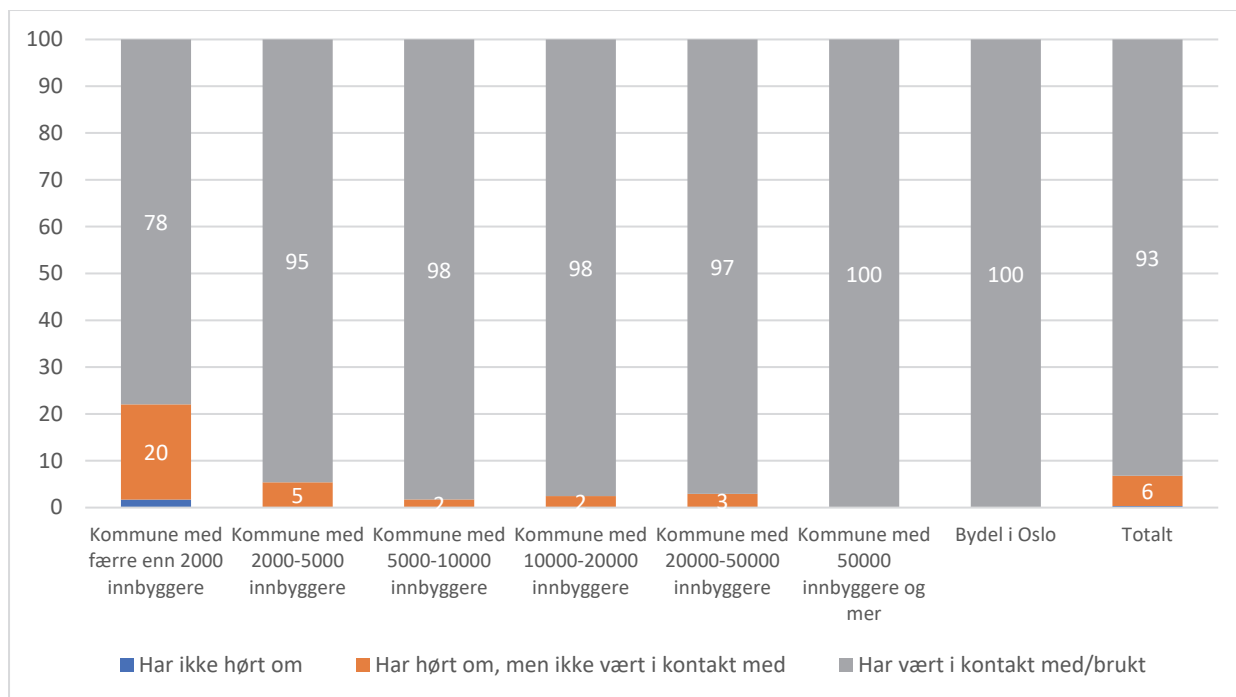
Sentrene bidrar til kompetanseheving ute i tjenestene gjennom undervisning, veiledning og nettverksarbeid. Det er sju KoRus:

- KoRus – Midt-Norge (St. Olavs hospital HF)
- KoRus – Vest Bergen (Stiftelsen Bergensklinikkene)
- KoRus – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KoRus – Sør (Borgestadklinikken Blå Kors)
- KoRus – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KoRus – Øst (Sykehuset Innlandet HF)
- KoRus – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

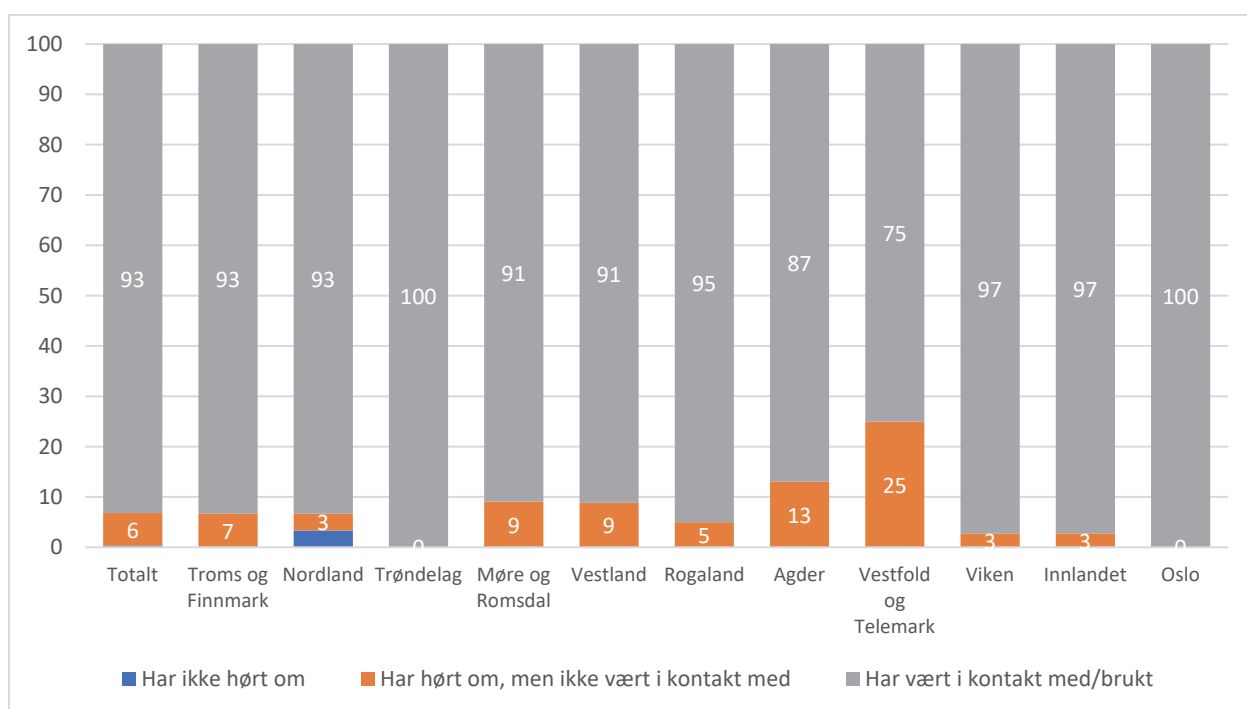
Det er 294 kommuner/bydeler som har svart i 2020. Fra figur 20.5 ser vi at 93 prosent av kommunene/bydelene (n=274) oppgir å ha vært i kontakt med KoRus i 2020. Det er nå kun én kommune som oppgir at de ikke har hørt om KoRus i 2020. Dette er en kommune med færre enn 2000 innbyggere (se figur 20.6) som ligger i Nordland (se figur 20.7).



Figur 20.5 Andel kommuner som kjenner til KoRus, 2016-2020.



Figur 20.6 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus. Kommunestørrelse, 2020.



Figur 20.7 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus. Fylke, 2020.

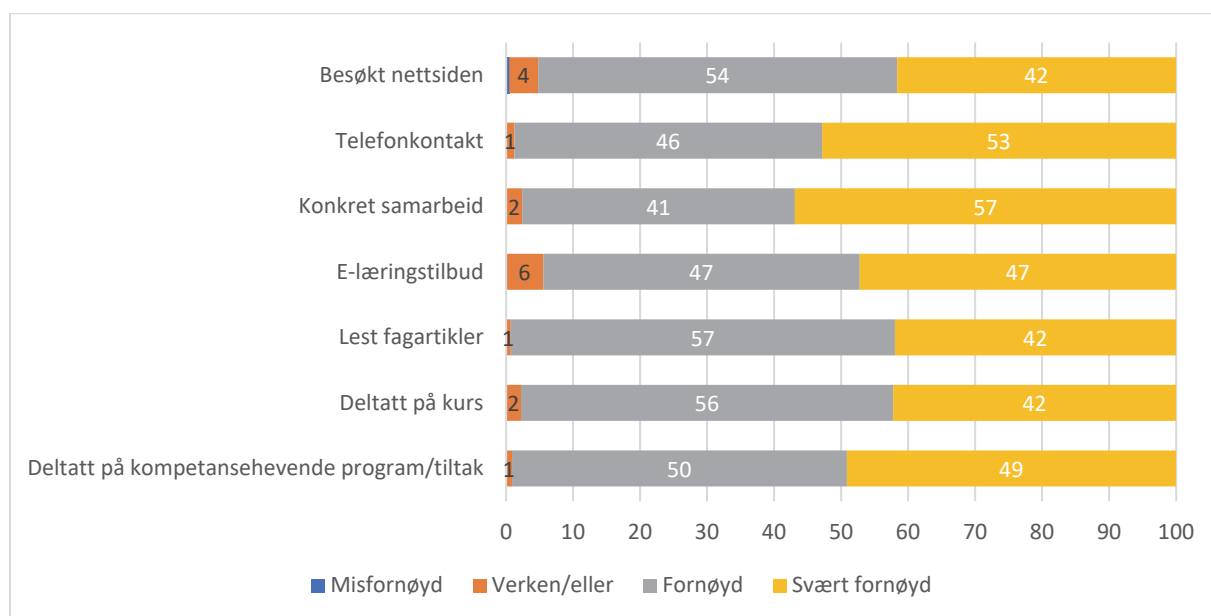
I 2020 svarer 72 prosent av landets kommuner/bydeler at de har besøkt nettsiden og 39 prosent har deltatt på kurs, se tabell 20.2. Totalt har 59 prosent av de som har rapportert hatt konkret samarbeid med KoRus, mens 62 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevende tiltak.

Tabell 20.2 Kontakt med KoRus, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=421) og 2020 (n=294)

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*
Besøkt nettsiden	208	49	266	62	250	59	266	61	212	72
Deltatt på kurs	233	54	256	60	248	59	271	62	116	39
Konkret samarbeid	188	44	225	53	237	56	229	52	173	59
Telefonkontakt	147	34	200	47	194	46	183	42	163	55
Lest fagartikler	163	38	204	48	168	40	204	47	147	50
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	165	39	184	43	166	39	179	41	181	62
E-læringstilbud	22	5	19	4	22	5	23	5	36	12
Annet	13	3	17	4	21	5	14	3	18	6

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Figur 20.8 viser i hvilken grad kommunene har vært fornøyd med deres kontakt med KoRus, inndelt etter type kontakt. Figuren viser at nesten alle kommunene/bydelene er *fornøyd/svært fornøyd* med kontakten de har hatt med KoRus.

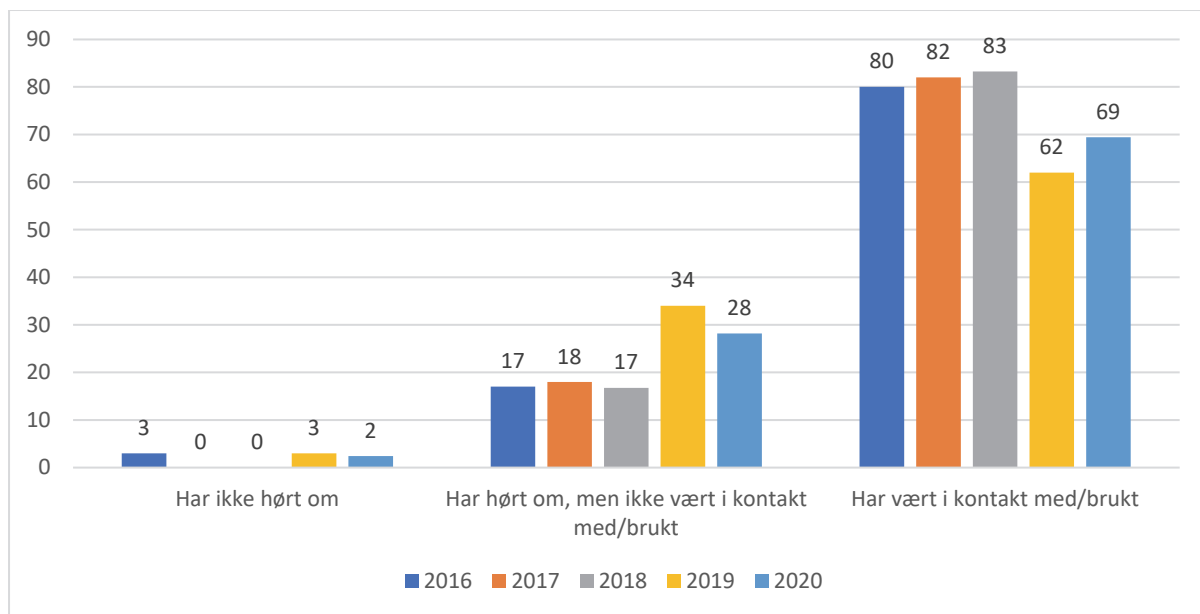


Figur 20.8 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med KoRus etter form for bruk, 2020.

20.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)

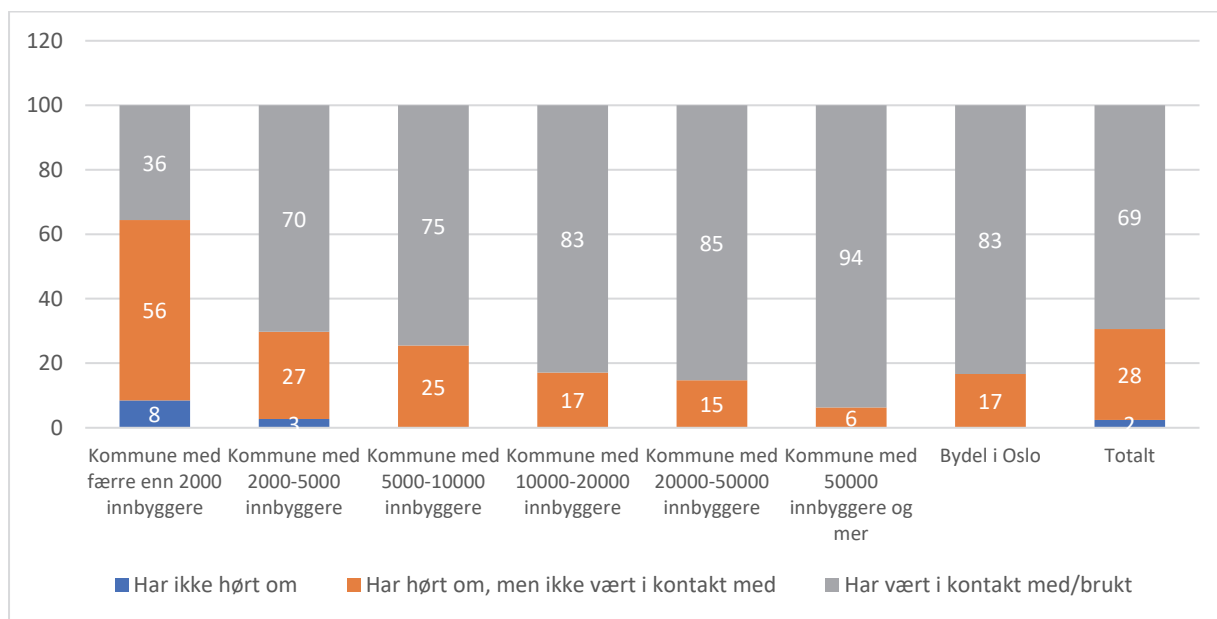
Det er fire regionale RBUP/RKBU, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern. Det er 291 kommuner/bydeler (78 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2020.

Som vist i figur 20.9, er det i 2020 totalt 69 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP/RKBU. To prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om tilbudet, mens 28 prosent har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt RBUP/RKBU.



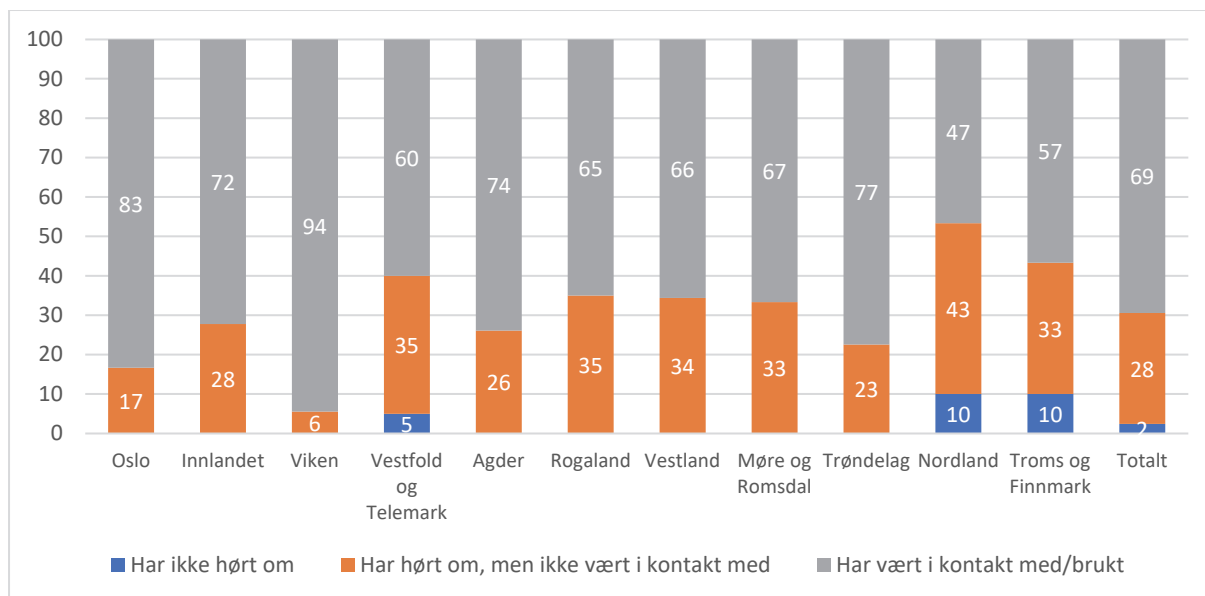
Figur 20.9 Andel kommuner som kjenner til RBUP/RKBU, 2016-2020.

I figur 20.10 ser vi at det er noen av de minste kommunene som ikke har hørt om, eller har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt tilbudet.



Figur 20.10 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU. Kommunestørrelse, 2020.

Fra figuren som viser fordelingen på fylkesnivå ser vi at kommunene som har i *størst grad* har brukt tilbudet ligger i Viken, mens kommunene som i *minst grad* har benyttet tilbudet ligger i Nordland, Troms og Finnmark.



Figur 20.11 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2019.

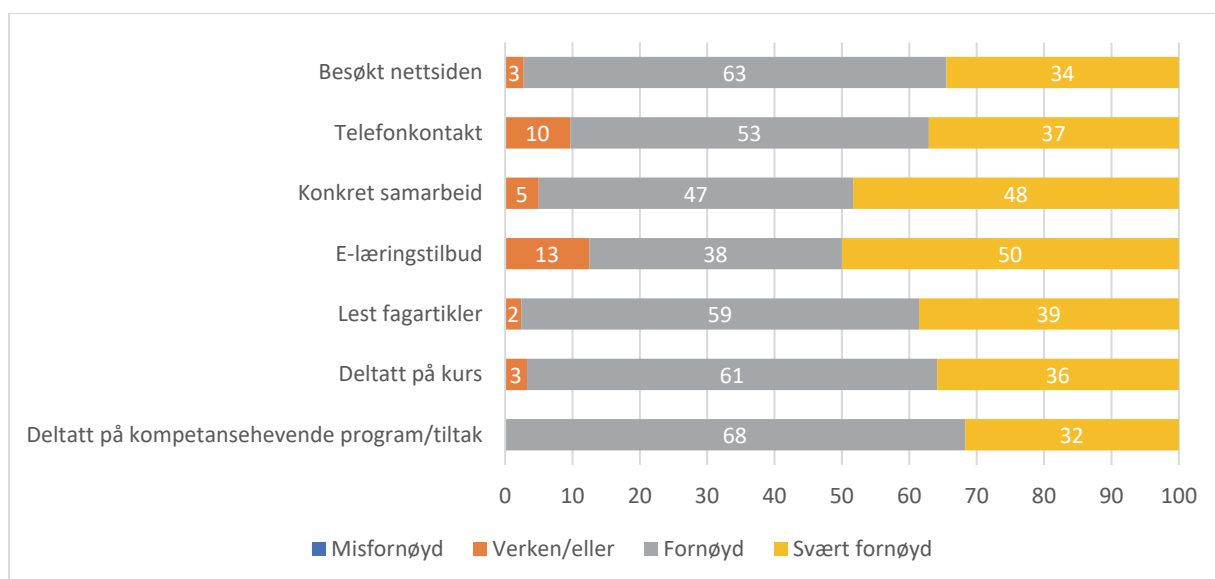
I 2020 oppgir 52 prosent av kommunene at de har besøkt nettsiden, og 32 prosent oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, mens 29 prosent har lest fagartikler, se tabell 20.3.

Tabell 20.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422) og 2020 (n=291).

	2016		2017		2018		2019		2019	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	185	42	151	52
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	143	33	94	32
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	122	28	84	29
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	86	20	43	15
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	85	19	64	22
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	92	21	63	22
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	13	3	25	9
Annet	10	2	10	2	16	4	7	2	3	1

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Figuren under viser at kommunene er i all hovedsak enten *fornøyd* eller *svært fornøyd* med kontakten med RBUP/RKBU.



Figur 20.12 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RBUP/RKBU, 2020.

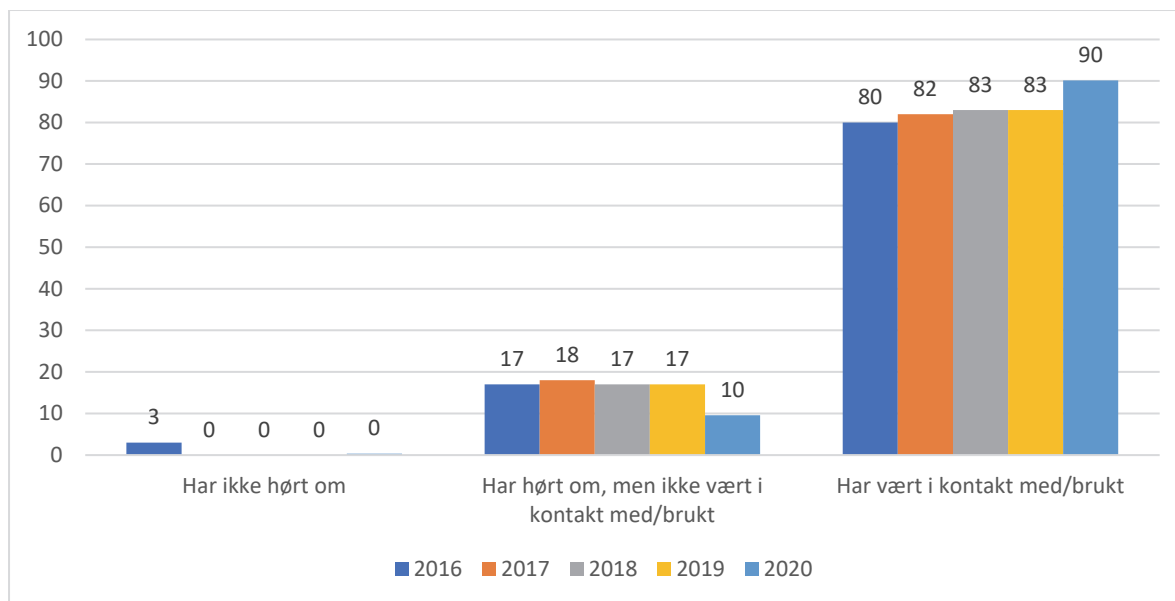
20.5 RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING)

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 fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

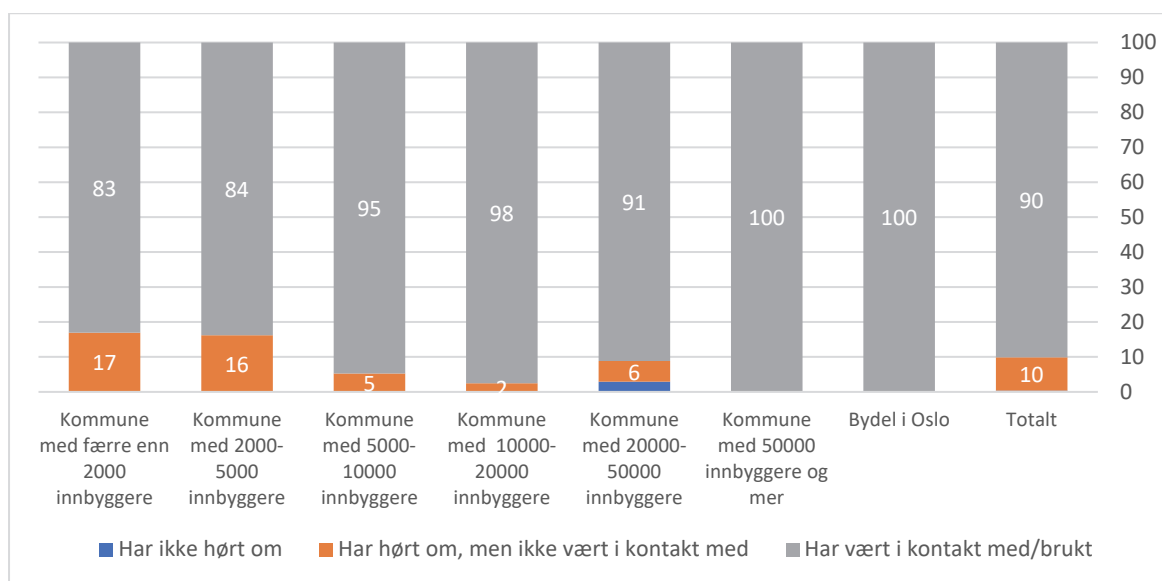
- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

293 kommuner/bydeler har svart på spørsmålene om RVTS (79 prosent). Som vist i figur 20.13 er det 90 prosent av disse som svarer at de har vært i kontakt med RVTS. Resten svarer at de har hørt om, men ikke vært i kontakt med RVTS. Kun én kommune oppgir at de ikke kjenner til RVTS.



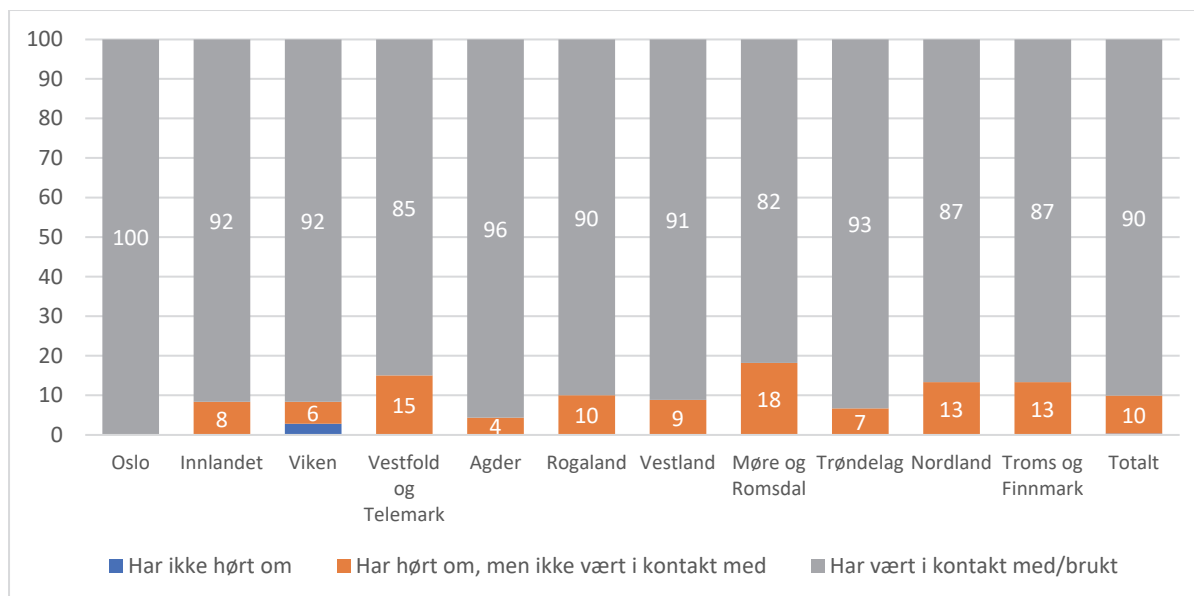
Figur 20.13 Andel kommuner som kjenner til RVTS, 2016, 2017, 2018 og 2019.

Neste figur viser at det er de minste kommunene som oppgir at de har hørt om, men ikke vært i kontakt med RVTS.



Figur 20.14 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Kommunestørrelse, 2020.

Fra figur 20.15 ser vi at det er i Møre og Romsdal en lavest andel av kommunene har vært i kontakt med RVTS.



Figur 20.15 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Fylke, 2020.

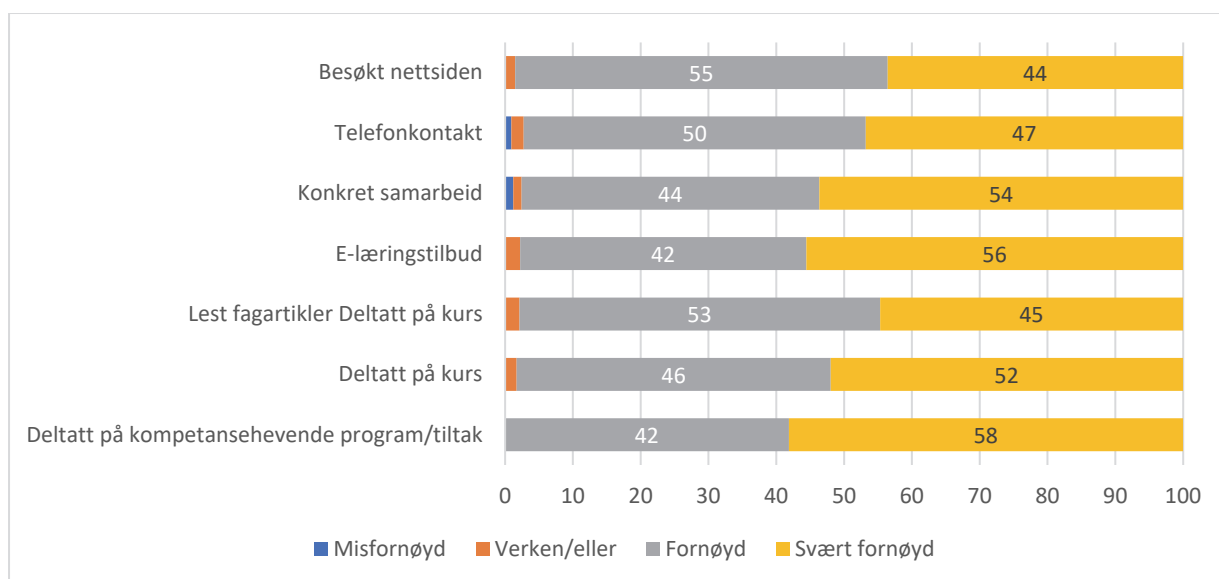
Fra tabell 20.4 ser vi at det er 70 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert i 2020 som har besøkt nettsiden, og 61 prosent har deltatt på kurs.

Tabell 20.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419) og 2020 (n=293)

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	262	60	206	70
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	242	55	179	61
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	186	43	142	48
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	146	33	90	31
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	128	29	112	38
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	133	30	86	29
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	49	11	46	16
Annet	10	2	10	2	16	4	4	1	6	2

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Fra figur 20.16 ser vi at nesten samtlige kommuner/bydeler er enten *fornøyd* eller *svært fornøyd* med de ulike kontaktformene med RVTS. Kun to kommuner har oppgitt at de var misfornøyd med kontakten, og da i form av telefonkontakt eller konkret samarbeid.



Figur 20.16 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, 2020.

20.6 NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet rusproblemer og psykiske problemer.

Målgruppene for tjenestens arbeid er ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern, kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV og frivillige organisasjoner, samt brukere/pasienter og deres pårørende.

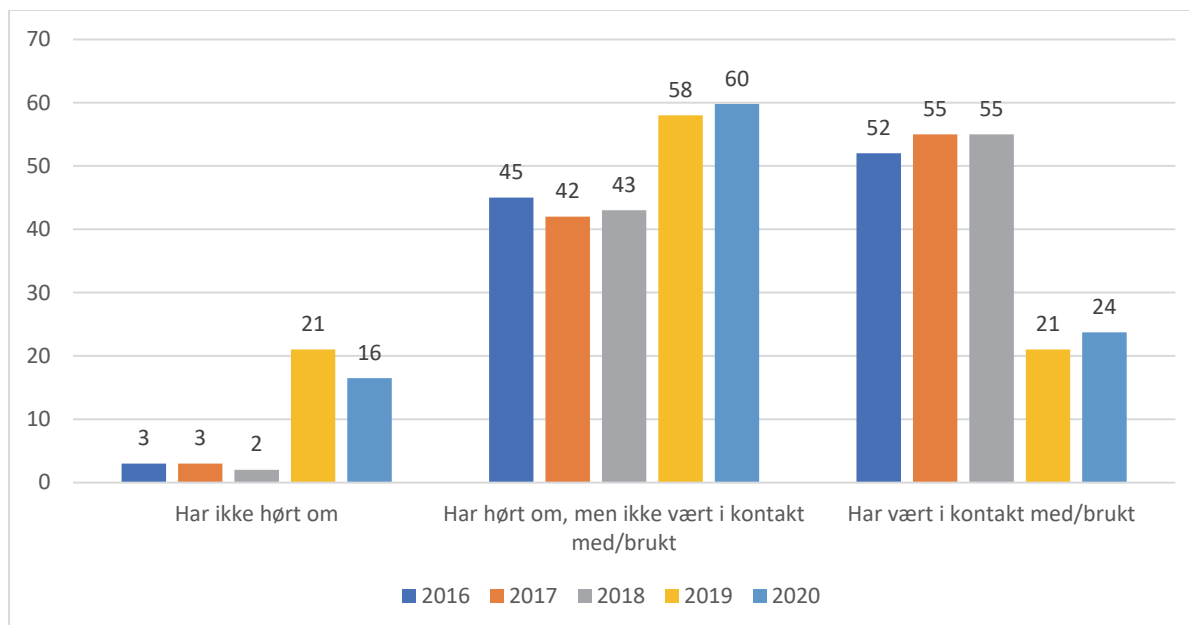
Kompetansetjenesten skal:

1. Sørge for kunnskaps- og kompetansespredning
2. Bidra til kompetanseutvikling
3. Delta i forskning og etablering av nasjonalt forskernettverk
4. Bidra i relevant opplæring og undervisning
5. Etablere og drifte faglige nettverk
6. Ha oversikt over behandlings- og oppfølgingstjenester og formidle behandlingsresultater

De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Det er 291 kommuner/bydeler som har rapportert på kontakt med NKROP, og de fleste av disse har hørt om, men ikke vært i kontakt med tjenesten (60 prosent), se figur 20.17.

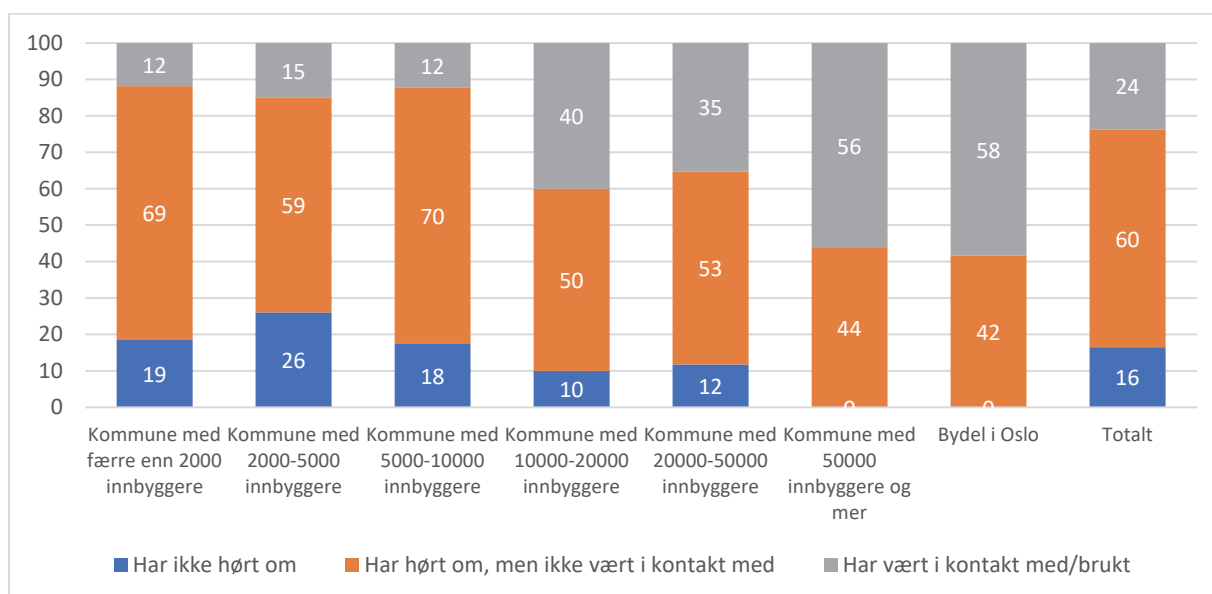
Det har vært en endring i spørsmålet ved at det før 2019 ble spurt om ROP-tjenesten, mens fra 2019 spørres det om kjennskap til NKROP med navnet på tjenesten også skrevet helt ut.



Figur 20.17 Andel kommuner som kjenner til ROP-tjenesten (før 2019) og NKROP (fra 2019), 2016-2020.

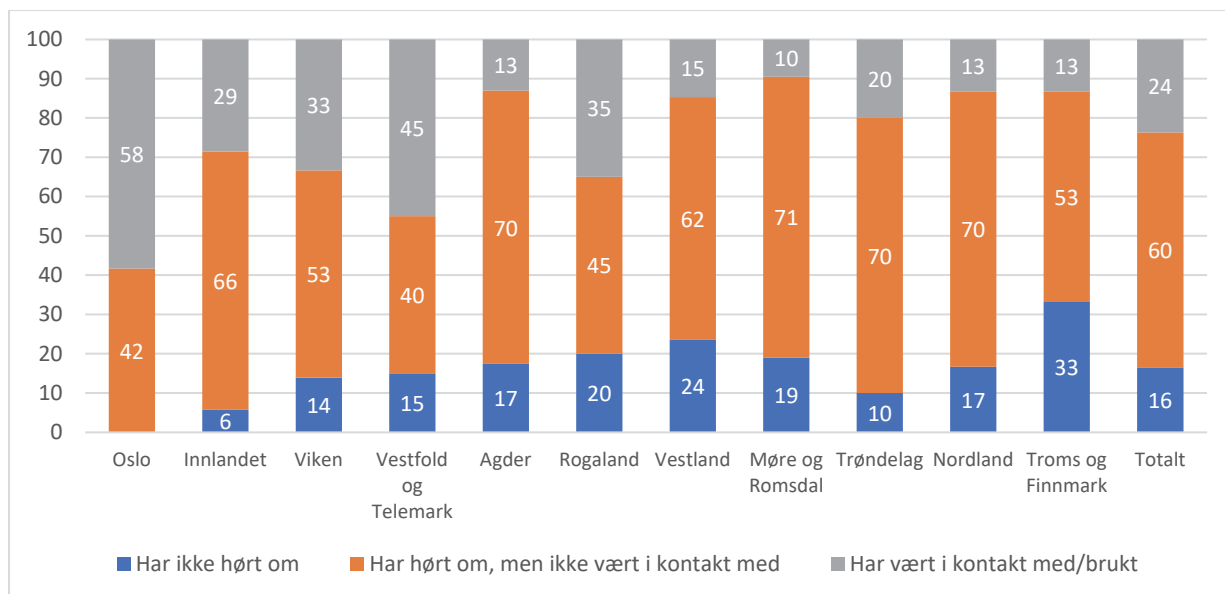
Dette tyder på at kommunene kjenner tjenesten som ROP-tjenesten, heller enn NKROP-tjenesten.

Figur 20.18 viser at det er de minste kommunene som ikke har hørt om NKROP, og at det også er disse kommunene som i minst grad har vært i kontakt med/brukt tjenesten.



Figur 20.18 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Kommunestørrelse, 2020.

Troms og Finnmark ligger høyest i andel kommuner som ikke har hørt om NKROP, se figur 20.19.



Figur 20.19 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Fylke, 2020.

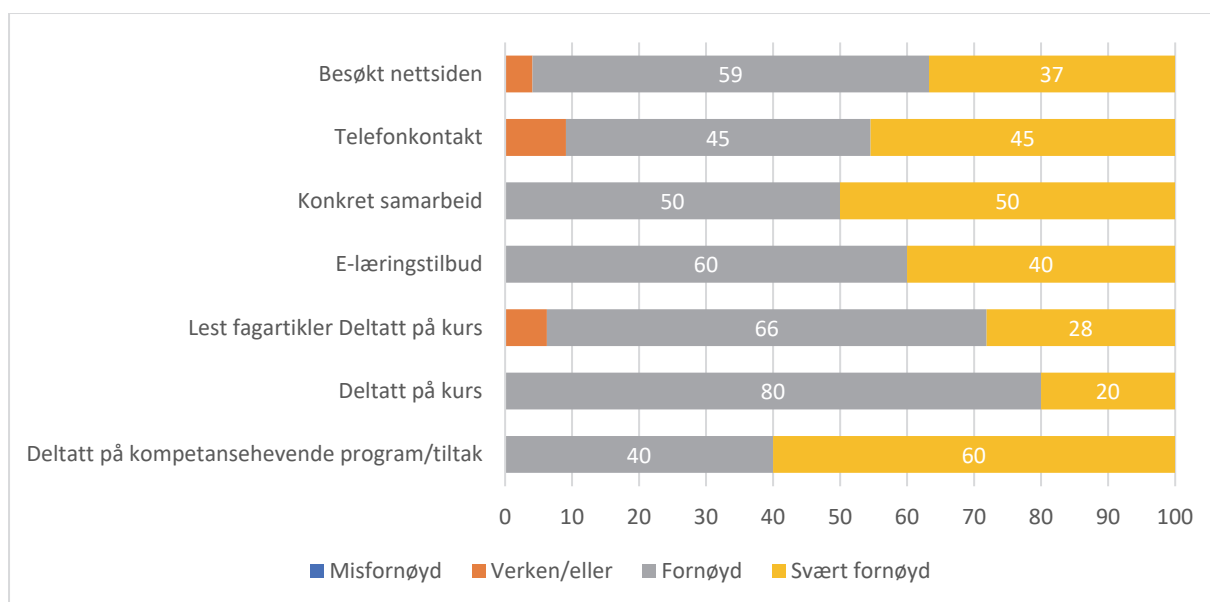
Totalt har 17 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til NKROP i 2020, mens 11 prosent har lest fagartikler fra tjenesten, se tabell 20.5.

Tabell 20.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419) og 2020 (n=291).

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*
Besøkt nettsiden	163	38	245	58	171	41	75	17	50	17
Lest fagartikler	127	30	177	42	123	29	51	12	33	11
Deltatt på kurs	119	28	108	25	95	23	30	7	15	5
Telefonkontakt	52	12	49	12	62	15	18	4	13	4
Konkret samarbeid	49	11	47	11	59	14	18	4	12	4
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11	48	11	45	11	15	3	5	2
E-læringstilbud	19	4	18	4	15	4	5	1	5	2
Annet	4	1	11	3	7	2	3	1	3	1

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Neste figur viser at ingen av kommunene har vært misfornøyd med de forskjellige kontaktformene med NKROP, men det er altså relativt få som har hatt kontakt utover å ha besøkt nettsiden og lest fagartikler.



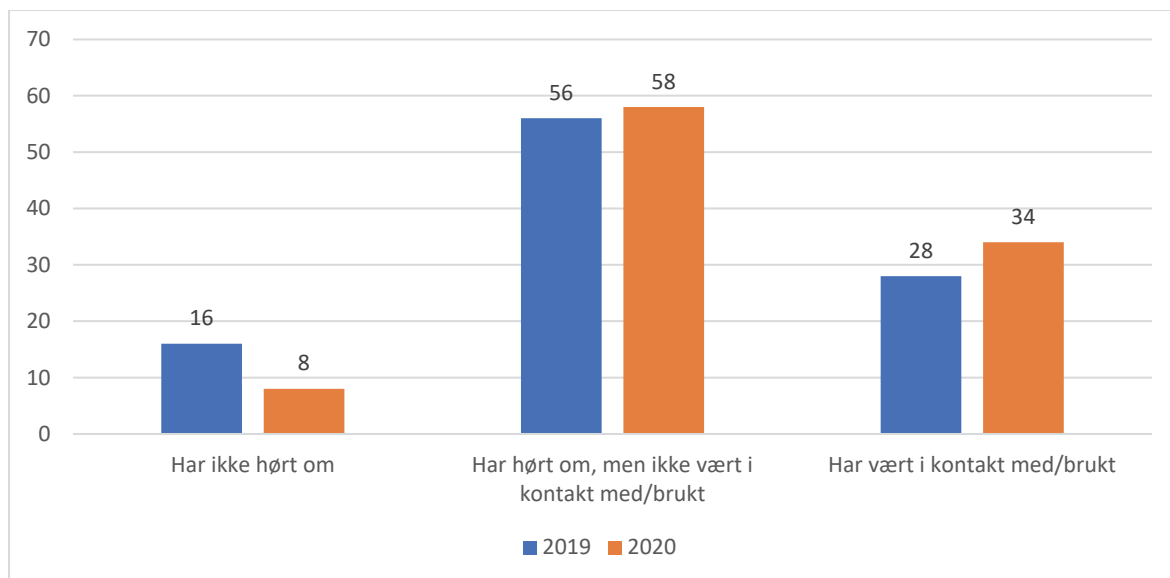
Figur 20.20 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKROP, 2020.

20.7 NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Deres hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling og undervisning samt rådgivningsarbeid. Senteret oppgir å ha et tverrfaglig perspektiv, og forskningen omfatter flere ulike forhold, blant annet;

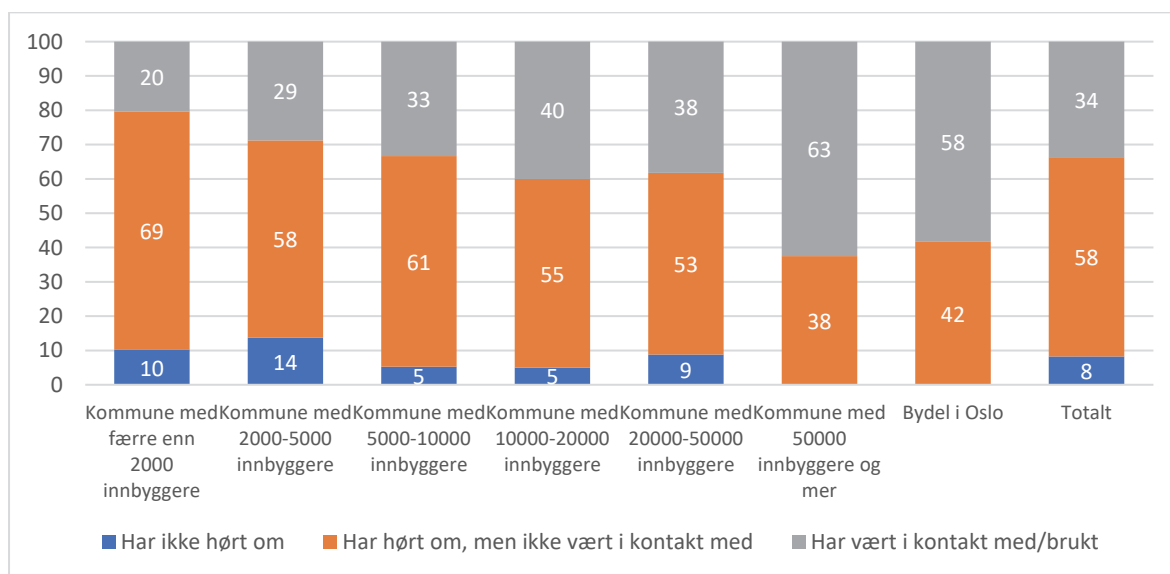
- Medisinske
- Psykologiske
- Kulturelle
- Sosiale

NKVTS kom med i kartleggingen i 2019. I 2020 var det 291 kommuner/bydeler som svarte på om de hadde kjennskap til senteret, og av disse var det 98 kommuner/bydeler (34 prosent) som hadde vært i kontakt med NKVTS, se figur 20.21. Dette er en økning fra 2019 på seks prosentpoeng.



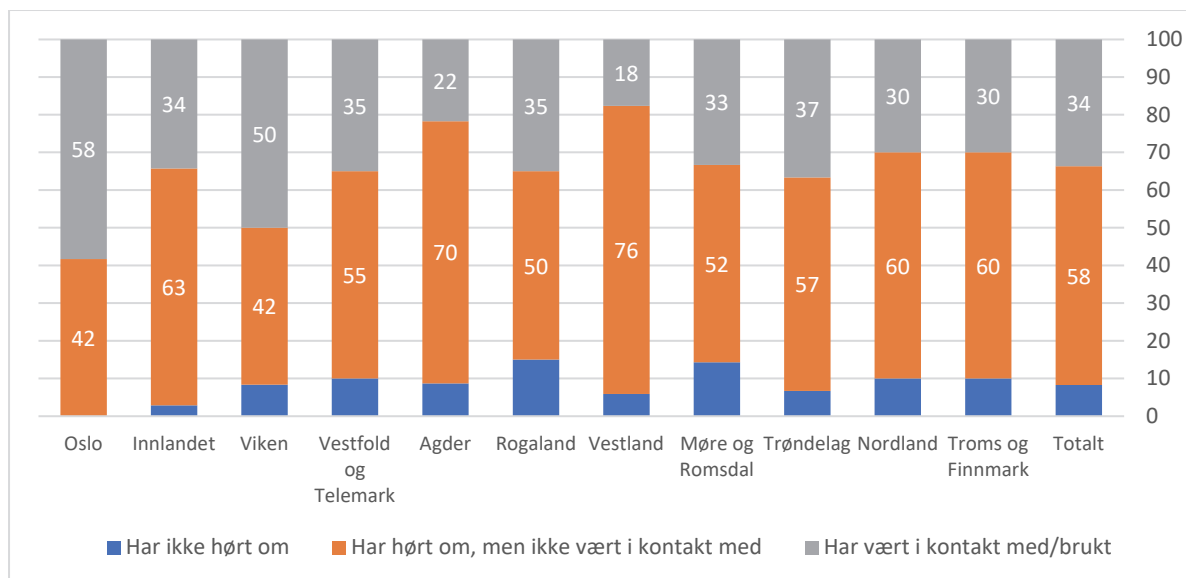
Figur 20.21 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKVTS, 2020.

Denne figuren viser at det er de større kommunene og bydelene i Oslo som i *størst grad* har vært i kontakt med/brukt NKVTS. Det er naturlig da det er flere ansatte som kan ha kontakt med senteret i store kommuner.



Figur 20.22 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS. Kommunestørrelse, 2020.

Neste figur viser at kommunene som i *størst grad* har vært i kontakt med/brukt NKVTS er lokalisert i Buskerud og Vestfold. Kommunene som i *størst grad* oppgir at de ikke har hørt om senteret, og som har anvendt NKVTS i *minst grad*, er lokalisert i Troms, Hedmark og Aust-Agder.



Figur 20.23 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS. Fylke, 2020.

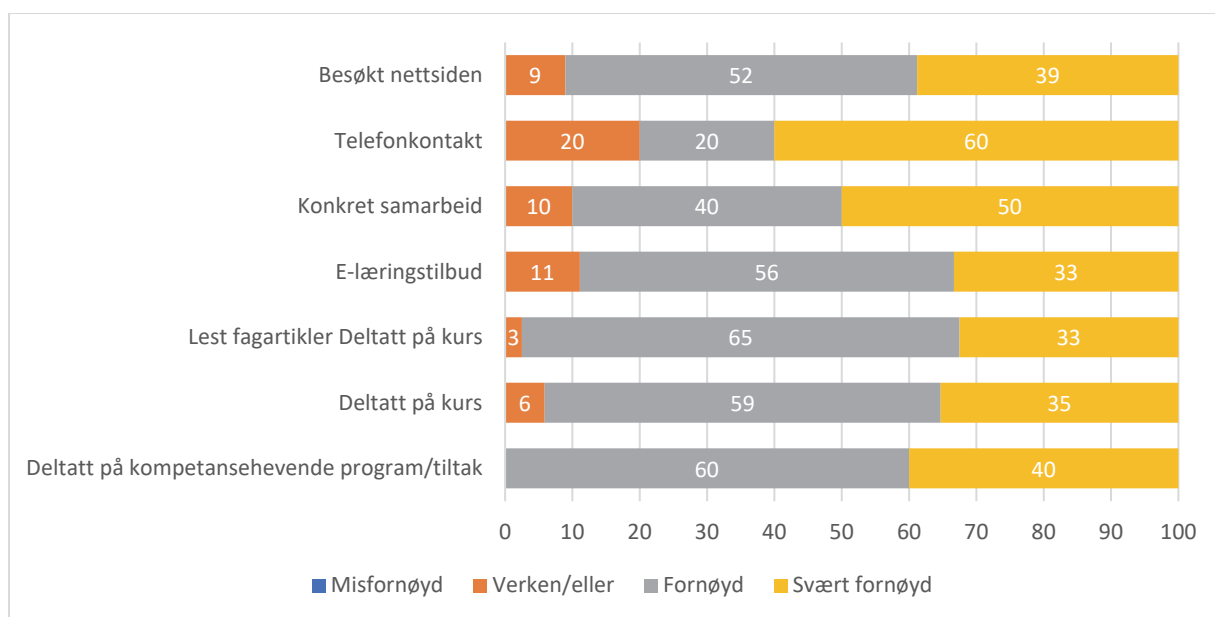
Neste tabell viser at en overvekt av de som svarer at de har vært i kontakt med/brukt NKVTS har besøkt nettsiden (70 kommuner) eller lest fagartikler fra NKVTS (43 kommuner). Vi ser at 17 kommuner oppgir at kontakten har bestått av deltakelse på kurs.

Tabell 20.6 Antall og prosent av kommunene/bydelene etter type kontakt med NKVTS. 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent*
Besøkt nettsiden	85	19	70	24
Lest fagartikler	58	13	43	15
Deltatt på kurs	33	8	17	6
Telefonkontakt	9	2	16	5
Konkret samarbeid	10	2	10	3
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	15	4	6	2
E-læringstilbud	7	2	9	3
Annet	1	1	1	0

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet kompletthet.

Neste figur viser at ingen av kommunene har oppgitt at de er misfornøyde med kontakten med NKVTS. Kommunene er generelt stort sett enten *fornøyde* eller *svært fornøyde* med kontakten med NKVTS.



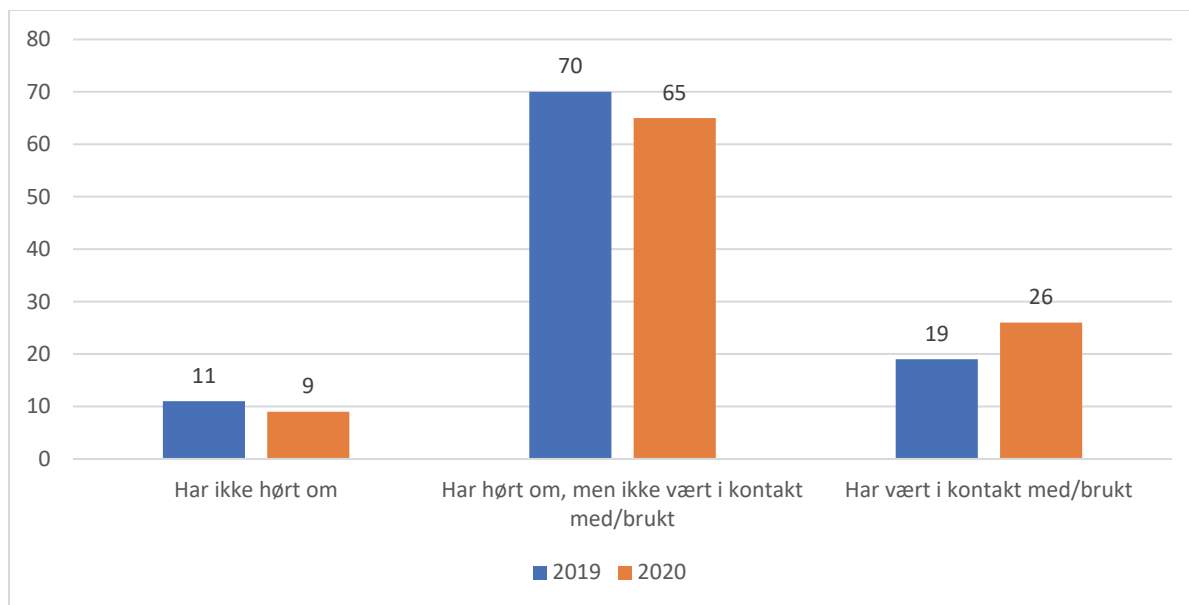
Figur 20.24 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKVTS, 2020.

20.8 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 og selvmordsforsøk i Norge, og å bidra til å bedre livskvalitet og omsorg for pårørende berørt av selvmordsatferd. Hovedoppgavene til senteret er som følger:

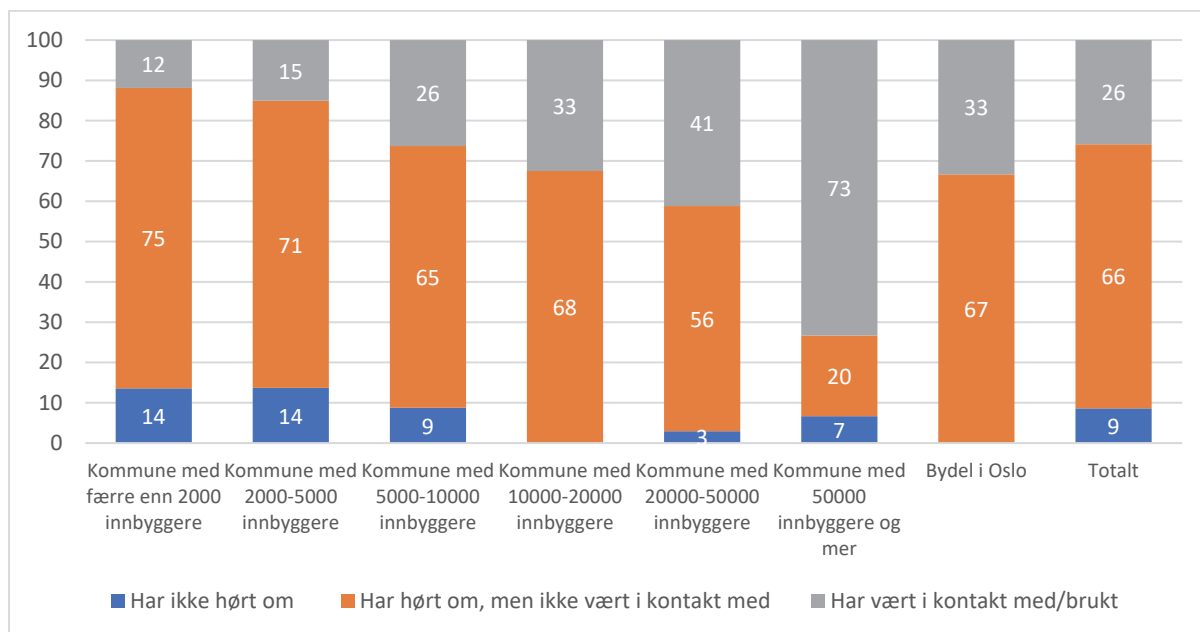
- Forskning på internasjonalt nivå
- Kunnskapsutvikling og formidling
- Undervisning/kompetanseoppbygging
- Veiledning/rådgivning
- Koordinering, nettverksbygging og samarbeid med nasjonale og regionale miljø

NSSF kom med i kartleggingen i 2019. Fra figur 20.25 ser vi at ni prosent av kommunene svarer at de ikke har hørt om NSSF, mens 26 prosent svarer at de har vært i kontakt med/brukt senteret og dette er en økning fra 19 prosent i 2019.



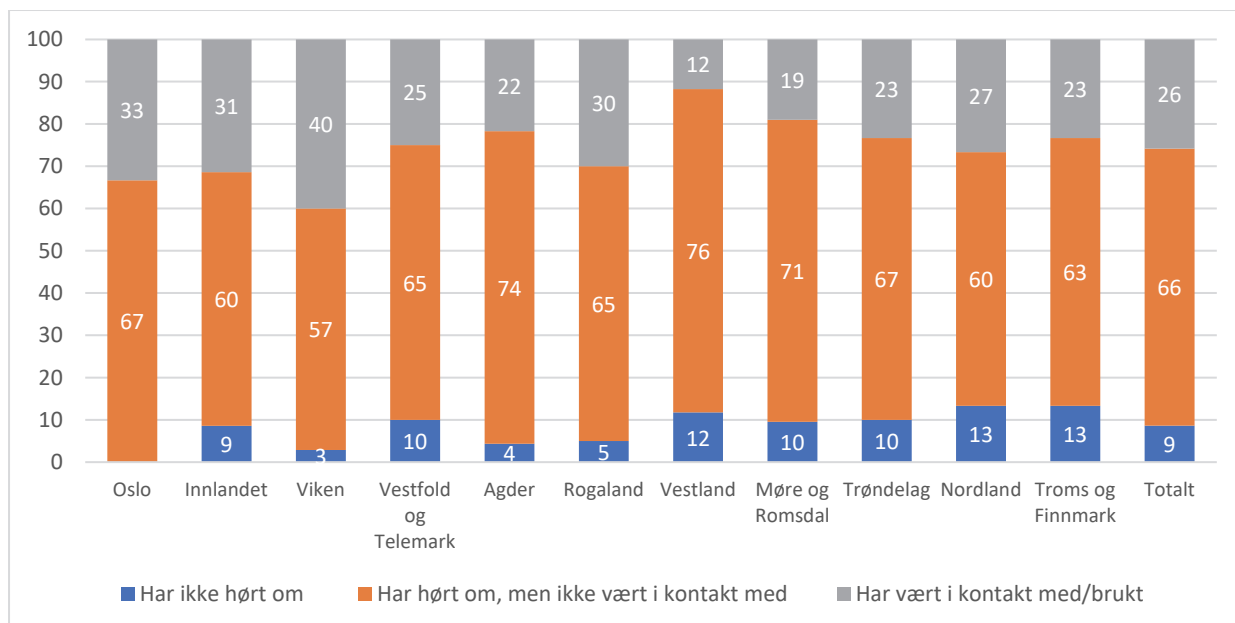
Figur 20.25 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NSSF, 2020.

Denne figuren viser at det er de største kommunene som i *størst grad* har vært i kontakt med/brukt NSSF.



Figur 20.26 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Kommunestørrelse, 2020.

De kommunene som i *minst grad* oppgir at de har vært i kontakt med/brukt NSSF ligger i Vestland. Det er flest som ikke har hørt om NSSF i kommunene i Nordland, Troms og Finnmark.



Figur 20.27 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Fylke, 2020.

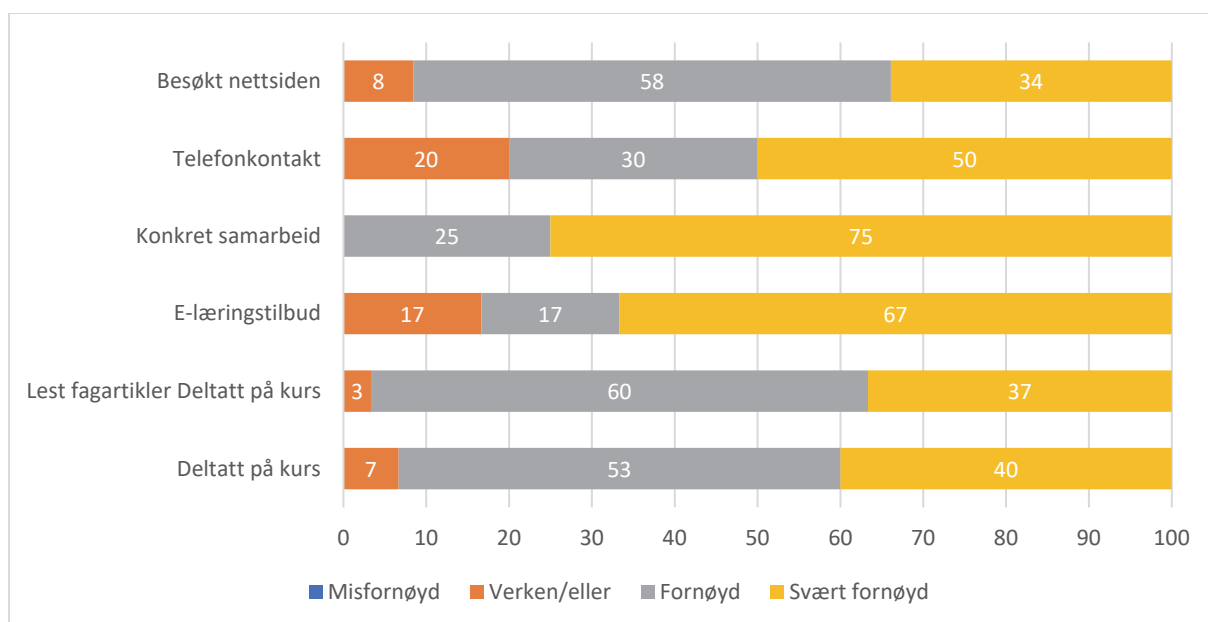
Tabell 20.7 viser at de kommunene som har svart at de har vært i kontakt med/brukt NSSF i *størst grad* har gjort dette gjennom å besøke nettsiden (59 kommuner) eller å ha lest fagartikler fra senteret (30 kommuner).

Tabell 20.7 Kommunenes kontakt med NSSF, 2020.

	2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent*
Besøkt nettsiden	61	14	59	20
Lest fagartikler	39	9	30	10
Deltatt på kurs	27	6	16	6
Telefonkontakt	11	3	10	3
Konkret samarbeid	8	2	4	1
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	13	3	0	0
E-læringstilbud	6	1	6	2
Annet	2	1	2	1

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi vi i 2020 må beregne prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplett.

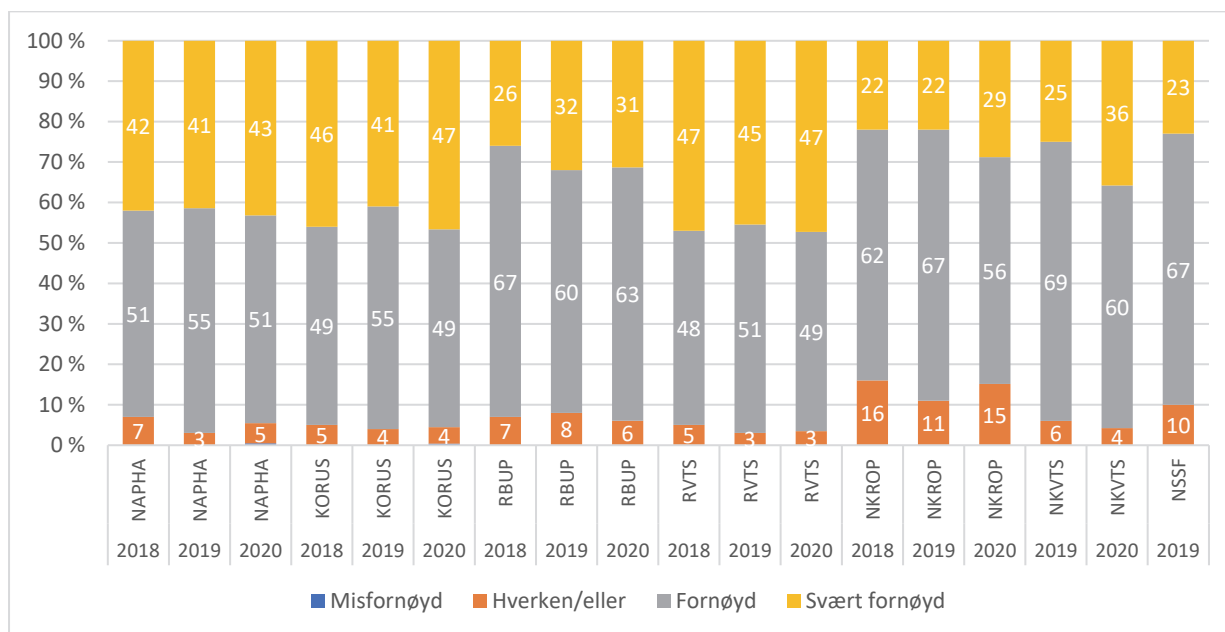
Fra neste figur ser vi at ingen av kommunene oppgir at de har vært misfornøyde med kontakten/bruken av NSSF, og at kommunene jevnt over er *fornøyde* eller *svært fornøyde* med de ulike kontaktformene de har hatt med senteret.



Figur 20.28 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NSSF, 2020.

20.9 KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE

Neste figur viser hvilke erfaringer kommunene har gjort seg med samtlige kompetanse- og ressursentre som de har vært i kontakt med/brukt i 2018 til 2020. Figuren viser at det store flertallet av kommunene enten er *fornøyd* eller *svært fornøyd* med alle kompetanse- og ressursentrene, og at tallene er relativt stabile i perioden.



Figur 20.29 Andel kommuner etter fornøydhet med generelt tilbudet fra sentrene/tjenesten, 2018-2020.

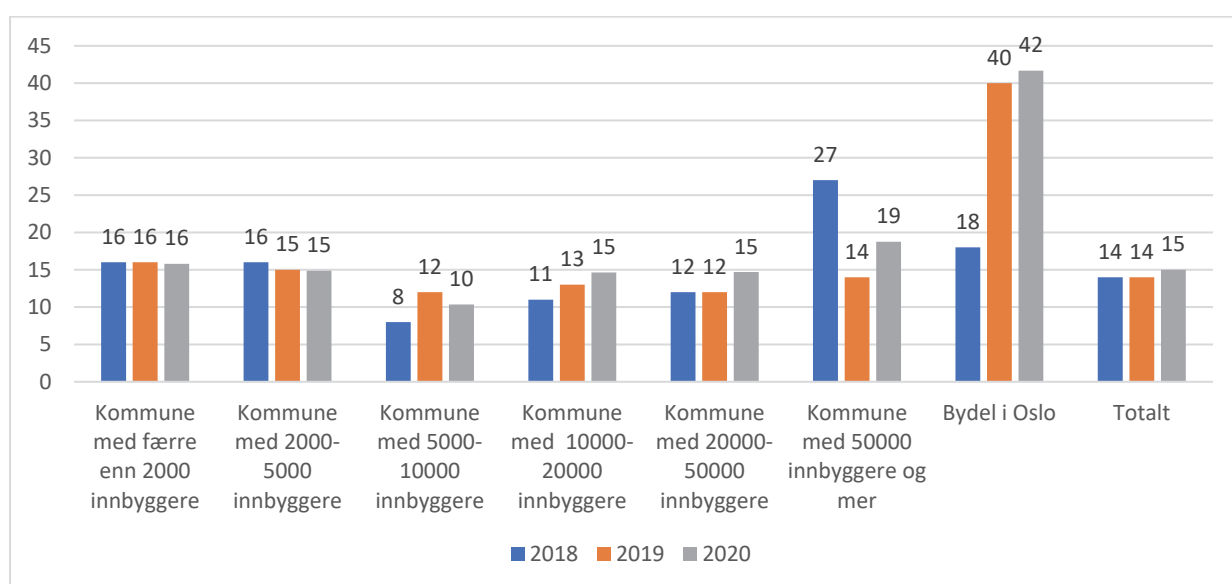
20.10 OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?

I 2017-2020 ble det spurt om i hvilken grad kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud til kommune. Det er 15-17 prosent av kommunene/-bydelene som hvert år svarer at sentrene *i svært liten* eller *i liten grad* opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene, mens 41-45 prosent mener at sentrene *i stor* eller *svært stor grad* opptrer samordnet og koordinert.

Tabell 20.8 I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen, 2017-2020.

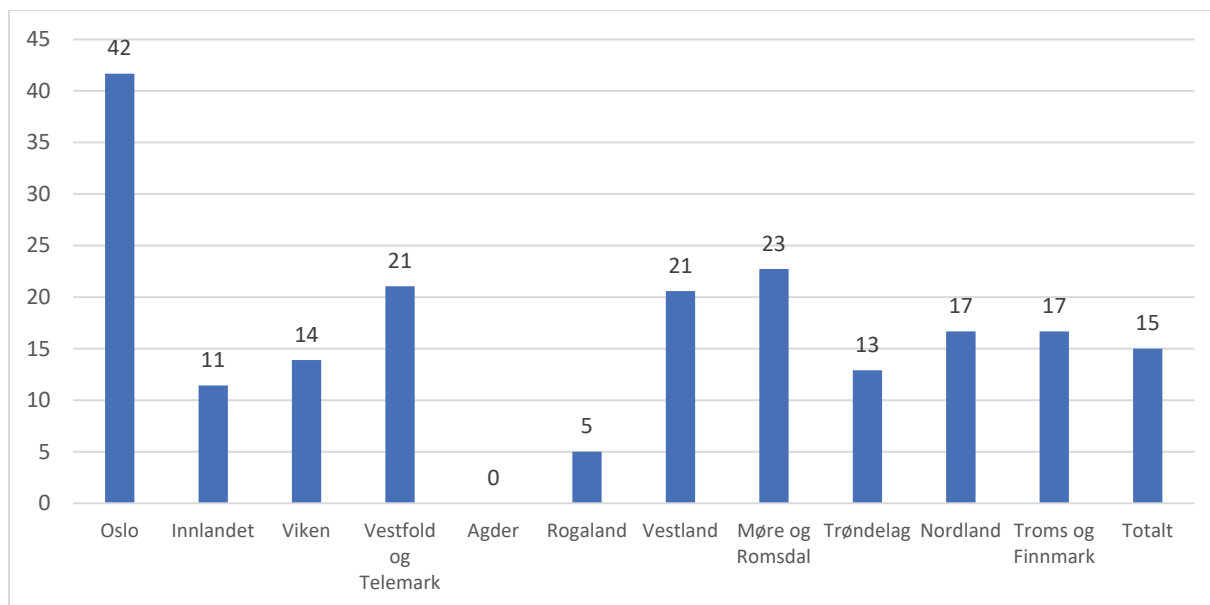
	2017		2018		2019		2020	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	13	3	15	4	14	3	2	1
I liten grad	57	14	45	11	47	12	43	15
I noen grad	169	42	169	41	176	43	116	40
I stor grad	151	37	152	37	159	39	116	40
I svært stor grad	15	4	31	8	15	3	15	5
Totalt	405	100	412	100	411	100	292	100

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer at de *i svært liten* eller *i liten grad* opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, og det er relativt lite endring fra 2019.



Figur 20.30 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de *i svært liten* eller *i liten grad* opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet. Kommunestørrelse. 2018-2020.

Neste figur viser andelen kommuner i fylkene som har svart at de *i liten* eller *svært liten grad* opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet i 2020. Det ser ut til å være størst potensial for bedre samordning og koordinering i Oslo, Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark og i Vestland fylke.



Figur 20.31 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i *svært liten* eller i *liten grad* opplever at sentrene opptre koordinert og samordnet. Fylke, 2020.

20.11 OPPSUMMERING

Vi har over flere år kartlagt kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus. Det er bare én kommune i utvalget i 2020 som ikke har hørt om NAPHA, KoRus og RVTS og syv kommuner som ikke har hørt om RBUP/RKBU. 16 prosent av kommunene har ikke hørt om NKROP, men det kan være fordi de kjenner den som ROP-tjenesten. Henholdsvis åtte og ni prosent oppgir at de ikke har hørt om NKVTS og NSSF, men det er nedgang fra 2019.

Videre er det 77 prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, 93 prosent med KoRus, 69 prosent RBUP/RKBU, 90 prosent med RVTS, 24 prosent med NKVTS og 26 prosent har vært i kontakt med eller brukt NSSF. Den vanligste måten å ha kontakt med sentrene på er å besøke nettsiden, og/eller lese fagartikler fra sentrene og/eller delta på ulike kurs. Det er stor grad av fornøydhhet blant de som har hatt kontakt med sentrene.

Det er 15-17 prosent av kommunene/bydelene som hvert år svarer at sentrene i *liten grad* opptre samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene og dette gjelder særlig i de store kommunene.

REFERANSER

- Amundrød, E. W., & Vatne, M. (2020). Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet – med relasjonen til pasienten som utgangspunkt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2-03), 118-128. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-
- Aubry, T., Bloch, G., Brcic, V., Saad, A., Magwood, O., Abdalla, T., . . . Pottie, K. (2020). Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals in high-income countries: a systematic review. *Lancet Public Health*, 5(6), e342-e360. doi:10.1016/s2468-2667(20)30055-4
- Bang, N., Nilsen, T., Hauge, L., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L., & Røysamb, E. (2020). *Livskvalitet i Norge* Retrieved from Oslo:
- Brattland, H. (2019). Nyansene i tilbakemeldinger *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 56 (5).
- Brodeur, M., Margo-Dermer, E., Chouinard, M. C., & Hudon, C. (2020). Experience of being a frequent user of primary care and emergency department services: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*, 10(9), e033351. doi:10.1136/bmjopen-2019-033351
- Davis, E. L., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Buckingham, M., Degan, T., & Adams, S. (2020). The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Subst Abus*, 41(2), 216-231. doi:10.1080/08897077.2019.1671940
- Duong, M. T., Bruns, E. J., Lee, K., Cox, S., Coifman, J., Mayworm, A., & Lyon, A. R. (2020). Rates of Mental Health Service Utilization by Children and Adolescents in Schools and Other Common Service Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adm Policy Ment Health*. doi:10.1007/s10488-020-01080-9
- Eiroa-Orosa, F. J., & Garcia-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Adm Policy Ment Health*, 46(6), 724-752. doi:10.1007/s10488-019-00956-9
- Feldman, I., Gebreslassie, M., Sampaio, F., Nystrand, C., & Ssegona, R. (2020). Economic Evaluations of Public Health Interventions to Improve Mental Health and Prevent Suicidal Thoughts and Behaviours: A Systematic Literature Review. *Adm Policy Ment Health*. doi:10.1007/s10488-020-01072-9
- Frisvoll, I. C., Aarseth, T., & Kirchhoff, R. (2020). Å skrive ut pasienter til kommunene – faglig rasjonalitet under press? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-15. doi:10.18261/issn.2387-5984-2020-03-04 ER
- Gautun, H., & Kvæl, L. A. H. (2020). Etablering av 19 nye helsefellesskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1-3. doi:10.18261/issn.2387-5984-2020-03-03
- Hagen, K. A., Hilsen, M., Kallander, E. K., & Ruud, T. (2019). Health-related quality of life (HRQoL) in children of ill or substance abusing parents: examining factor structure and sub-group differences. *Qual Life Res*, 28(4), 1063-1073. doi:10.1007/s11136-018-2067-1
- Hansen, G. V. (2020). For noen beboere er bofellesskap en god løsning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2-03), 95-104. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-03 ER
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L., Flatval, V., & Bråthen, K. (2019). Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Tredje statusrapport. . *FAFO-rapport 2019:33*.
- Hansen, S. I., Tofteng, M., Flatval, V., Andersson, S., Holst, L., & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Retrieved from Oslo:
- Hansen, S. I., Tofteng, M., Holst, L., Flatval, V., & Bråthen, K. (2018). Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport. . *FAFO-rapport, 2018:44*.

- Heggstad, A. K. T., Førde, R., Pedersen, R., & Magelssen, M. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-4. doi:10.18261/issn.2387-5984-2020-01-11 ER
- Helgesen, M., Abebe, D., & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk.* . Retrieved from Oslo: Helse-og-omsorgsdepartementet. (2008). *St.meld.nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Oslo
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.* Retrieved from Oslo:
- Hovlid, E., Braut, G. S., Hannisdal, E., Walshe, K., Bukve, O., Flottorp, S., . . . Frich, J. C. (2020). Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open*, 10(8), e038850. doi:10.1136/bmjopen-2020-038850
- Huby, G. (2020). Brukerstyrte behandlingsforløp – et eksempel fra ROP-feltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2-03), 173-179. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-10 E
- Kaspersen, S. L., Lassemo, E., Kroken, A., Ose, S. O., & Ådnanes, M. (2019). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020.* Retrieved from Trondheim:
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., . . . Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd011119. doi:10.1002/14651858.CD011119.pub2
- Klug, G., Gallunder, M., Hermann, G., Singer, M., & Schulter, G. (2019). Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry*, 19(1), 382. doi:10.1186/s12888-019-2369-z
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Saether, S. M. M., Aaro, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 89(2), 90-105. doi:10.1159/000504453
- KoRusMidt. (2020a). Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport, Delrapport 1, 2020, Kvantitativ rapport, nasjonale resultater
- KoRusMidt. (2020b). Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport, Delrapport 2, 2020, Kvalitativ rapport, Eldre 65+.
- KoRusMidt. (2020c). Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer. 2. statusrapport. Delrapport 3 2020, Kvalitativ rapport, Yngre 18-23 år. .
- Langkaas, T. F. (2020). Virker det nå? . *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 57(nummer 9, 2020), 666-672.
- Langkaas, T. F., Wampold, B. E., & Hoffart, A. (2018). Five types of clinical difference to monitor in practice. *Psychotherapy (Chic)*, 55(3), 241-254. doi:10.1037/pst0000194
- Lauveng, A., & Skjeldal, E. (2020). *Pasienters og pårørendes erfaringer med individuell plan (IP). Nettundersøkelse høsten 2020.* . Retrieved from Oslo:
- Ly, A., & Latimer, E. (2015). Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*, 60(11), 475-487. doi:10.1177/070674371506001103
- Melby, L., Ådnanes, M., Kaasbøll, J., Kasteng, F., & Ose, S. O. (2017). *Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge.* Retrieved from Trondheim:
- Menear, M., Dugas, M., Careau, E., Chouinard, M. C., Dogba, M. J., Gagnon, M. P., . . . Legare, F. (2020). Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*, 263, 528-539. doi:10.1016/j.jad.2019.11.008
- Metcalfe, D., Rios Diaz, A. J., Olufajo, O. A., Massa, M. S., Ketelaar, N. A., Flottorp, S. A., & Perry, D. C. (2018). Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), Cd004538. doi:10.1002/14651858.CD004538.pub3
- Meyer, S. R., Lasater, M. E., & García-Moreno, C. (2020). Violence against older women: A systematic review of qualitative literature. *PLoS One*, 15(9), e0239560. doi:10.1371/journal.pone.0239560

- Moyo, N., Jones, M., Kushemererwa, D., Pantha, S., Gilbert, S., Romero, L., & Gray, R. (2020). The Association between the Mental Health Nurse-to-Registered Nurse Ratio and Patient Outcomes in Psychiatric Inpatient Wards: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18). doi:10.3390/ijerph17186890
- Myrtveit Sæther, S. M., Knapstad, M., Grey, N., Rognerud, M. A., & Smith, O. R. F. (2020). Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103758. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103758>
- Møller, G., & Magnussen, E. (2020). *Evaluering av forsøk med varig tilrettelagt arbeid i kommunal regi*. Retrieved from
- Nymoen, H. N. (2020). Jakten på endringssnakket – hvordan integrere Motiverende intervju i klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 37-46. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-01-04 ER
- Oja, R. (2018). *Brukererfaringer ved FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste* Retrieved from <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2563324>
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Retrieved from Trondheim [https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport SINTEF IS-24 8 desember%202016.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_SINTEF-IS-24_8_desember%202016.pdf)
- Ose, S. O., & Ådnanes, M. (2019). *Bruk av erfaringskompetanse i kommunene*. Retrieved from Trondheim:
- Petts, R. A., & Shahidullah, J. D. (2020). Engagement interventions delivered in primary care to improve off-site pediatric mental health service initiation: A systematic review. *Fam Syst Health*, 38(3), 310-322. doi:10.1037/fsh0000521
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-019-01469-4
- Renolen, Å., Øye, C., Straume, C., & Klepsvik, T. (2019). Erfaringsmedarbeidere som aktører i utdanning av psykisk helsearbeidere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(4), 210-222. doi:10.18261/issn.1504-3010-2019-04-04 E
- Rob, S. B. (2020). Planlegging av recoveryprosesser under innleggelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 56-70. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-01-07
- Rognstad, K., Rolfsfjord, C. S., Meltzer, A.-S., Neumer, S.-P., & Kjøbli, J. j. (2020). Psykologen trenger hjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 776-777.
- Ronaldson, A., Elton, L., Jayakumar, S., Jieman, A., Halvorsrud, K., & Bhui, K. (2020). Severe mental illness and health service utilisation for nonpsychiatric medical disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9), e1003284. doi:10.1371/journal.pmed.1003284
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., . . . Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 277, 347-357. doi:10.1016/j.jad.2020.08.034
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. doi:10.1037/a0019247
- Sirris, S., & Hansen, T. A. (2019). Integrere eller isolere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(3), 122-134. doi:10.18261/issn.1504-3010-2019-003-02
- Sivertsen, E., Almvik, A., & Ness, O. (2020). «Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»: Rask psykisk helsehjelp som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2-03), 83-94. doi:10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-02
- Sjetne, I. S., Holmboe, O., & Danielsen, K. (2019). *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Resultater i 2018 og utvikling over tid*. Retrieved from Oslo:

- Soklaridis, S., Lin, E., Lalani, Y., Rodak, T., & Sockalingam, S. (2020). Mental health interventions and supports during COVID- 19 and other medical pandemics: A rapid systematic review of the evidence. *Gen Hosp Psychiatry*, 66, 133-146. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.08.007
- Sundet, R., Broberg, E., Håkansson, T. B., Lia, M., & Ramberg, M. (2019). Familieterapeutisk arbeid i et kommunalt veiledningsteam. *Fokus på familien*, 47(4), 310-326. doi:10.18261/issn.0807-7487-2019-04-05 E
- Svendsen, T. S. (2019). Hvordan formidle forskningsbasert kunnskap fra rusfeltet til alle interesserte? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(4), 248-253. doi:10.18261/issn.1504-3010-2019-04-07 ER
- Tollefsen, T. K., Neumer, S. P., & Berg-Nielsen, T. S. (2020). "What matters to you?": A randomized controlled effectiveness trial, Using Systematic Idiographic Assessment as an intervention to Increase Adolescents' perceived control of their mental health. *J Adolesc*, 78, 53-61. doi:10.1016/j.adolescence.2019.11.006
- Tyler, N., Wright, N., & Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 883. doi:10.1186/s12913-019-4658-0
- Vigdal, L. (2020). "Påfunnet nå er FIT". *Sosialt arbeid i øtte med Feedbackinformerte tjenester (FIT)*. Oslo. Retrieved from <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/2672711>
- WHO. (2020). COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey. Retrieved from https://www.who.int/news-room/detail/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey?fbclid=IwAR1AqL9P0IjS60vN16nIlH9RQB6S6MpNaoeK7aZVrGYQyFYC_sn5ZZXKCg
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året*. Retrieved from

VEDLEGG A: NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I KOMMUNENE

I dette vedlegget går vi nærmere inn på et utvalg av de nasjonale føringene som er, eller har vært, spesielt aktuelle for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Av de ferskeste føringene nevner vi Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, Pakkeforløp for psykisk helse og rus, Nasjonal overdosestrategi, ny Handlingsplan for forebygging av selvmord og ny Nasjonal helse- og sykehusplan.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"

Den hittil største reformen på psykisk helse-feltet i Norge pågikk fra slutten av 1990-tallet og fram til 2008 i form av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Den var bygget på Meld. St. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene". Evaluering av Opptrappingsplanen ble gjort av ulike forskningsmiljø i regi av Norges Forskningsråd, som pekte på at de fleste målene i planen ble nådd, men at det fortsatt gjensto mye arbeid, særlig når det gjaldt brukermedvirkning og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene er tjenester som i stor grad ble bygget opp fra grunnen av gjennom opptrappingsplanperioden, og det ble gjennomgående ansatt en relativt høy andel personell med høgskole- og universitetsutdanning i denne tjenesten. Evalueringen av Opptrappingsplanen pekte på at det fortsatt var behov for å øremerke midler til psykisk helse- og rusfeltet, og flere tilskuddsordninger i regi av helsemyndighetene ble opprettet (for eksempel tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (avsluttet i 2019), lavterskeltiltak, Rask psykisk helsehjelp, etablering av FACT og ACT-team, samt ulike kompetansehevende tiltak for personell i kommunene, blant annet gjennom Kompetanseløft 2020). Disse har bidratt til å holde trykket oppe på dette feltet i årene etter Opptrappingsplanen. Det er etablert eller videreført flere nasjonale kompetansesenter²⁷ på psykisk helse- og rusfeltet, som skal støtte kommunenes og spesialisthelsetjenestens behov for informasjon, støtte og kompetanseheving. En vurdering fra kommunene på de mest sentrale kompetansesentrene presenteres til slutt i denne rapporten.

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

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

²⁷ Viktigste kompetansesenter på psykisk helse og rusfeltet: NAPHA, KoRus, RBUP/RKBU, RVTS, NKROP, NKVTS og NSSF.

Strategien har følgende internasjonal forankring;

- Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHOI)
- European Mental Health Action Plan 2013-2020
- European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services
- Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages
- Helse 2020: Et Verdi- og kunnskapsbasert rammeverk for helse og trivsel i overensstemmelse med WHO's reformprosesser.

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

OPPTRAPPINGSPLAN FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (2019-2024)

I Prop. 121 S (2018-2019) la Regjeringen fram Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og at de som trenger det skal få et godt behandlingstilbud. Planen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak²⁸, og retter seg mot barn og unge i alderen 0-25 år. Kapittel 3-5 i opptrappingsplanen er organisert under totalt ti hovedmål.

Under tema helsefremming og forebygging er det fem hovedmål:

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

Temaet tidlig innsats inneholder tre hovedmål:

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

Temaet forskning, kunnskap og kompetanse har to hovedmål:

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

Ifølge Helgesen, Abebe og Schou (2017), rapporterte over 60 prosent av landets kommuner i 2017 at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og

²⁸ For liste over hvilke tiltak det enkelte departement har ansvar for, se: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/?ch=1>

forebyggingsarbeidet. Dette var en økning på over ti prosentpoeng fra 2011 (Helgesen, Abebe, & Schou, 2017). Samtidig etterlyser kommunene kunnskap om hvilke verktøy, metoder og tiltak som har effekt for psykisk helse i folkehelsearbeidet. Her peker Opptappingsplanen på den forskningsbaserte evalueringen som skal skje i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata til å inkludere Ungdata Junior som viktige tiltak. I september 2019 ble det også lansert et nytt spørreskjema fra Folkehelseinstituttet som skal gjøre det lettere å lytte til, og bruke barn og unges erfaringer i barne- og ungdomspsykiatrien.²⁹ Skjemaet består av 28 spørsmål og har både tekst og smilefjes som svaralternativer. Det er utviklet for spesialisthelsetjenesten, men kan tilpasses lokale forhold i kommunene. Det ble i 2019 også publisert en artikkel som undersøker nytten av et instrument for å måle selvrapportert helserelatert livskvalitet blant barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusproblematikk; KIDSCREEN-27. Studien viser at disse barna rapporterer signifikant lavere livskvalitet enn resten av befolkningen. Jenter og eldre barn rapporterer lavere livskvalitet enn gutter og yngre barn. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom barna basert på hvilke helseproblemer foreldrene hadde (Hagen, Hilsen, Kallander, & Ruud, 2019).

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

OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud gjentas i en rekke stortingsmeldinger, utredninger, veiledere og andre sentrale dokumenter som angår tjenester til barn og unge. Samhandlingsmeldingen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) påpeker at atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskading og rusdebut hos unge er tett forbundet med hverandre, og derav behovet for hjelp fra, og godt samarbeid mellom, flere tjenester og sektorer. I NOU 2009:22 "Det du gjør, gjør det rett" foreslo Flatø-utvalget at barnevern, helsetjenester og sosiale tjenester jobber mer samlet, slik at brukerne av tilbudene i større grad opplever at det er "én dør inn" når de trenger hjelp fra flere tjenester.

Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har vært pådrivere for styrket samarbeid på regionalt nivå, og det har blitt inngått samarbeidsavtaler i samtlige regioner. Avtalene skal blant annet sikre et systematisk godt samarbeid mellom partene, og at barn og unge og deres familier "får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene". Individuell plan (IP) nevnes i denne sammenheng fordi det er et lovpålagt verktøy for samhandling når det dreier seg om pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Når brukeren får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er dette kommunens ansvar å iverksette og koordinere, og i SINTEFs evaluering av Oppfølgingsteam i kommunene, ser vi at det er mange flere unge enn eldre med IP i kommunene. I Nasjonal veileder for personer med store og sammensatte behov³⁰ nevnes barn, unge og familier som følges opp av barnevernet som en egen målgruppe for koordinerte tiltak. Se også veilederen "Barn og unge med habiliteringsbehov" (IS-2396) fra Helsedirektoratet, for råd om samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand.

²⁹<https://www.fhi.no/publ/2019/utvikling-av-sporreskjema-for-a-male-barn-og-unges-erfaringer-med-barne-og/>

³⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

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

PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

I 2019 ble det innført egne pakkeforløp for psykisk helse og rus³¹. Det overordnede målet med pakkeforløpene er at pasienter i spesialisthelsetjenesten skal oppleve helhetlige og forutsigbare utrednings- og behandlingsforløp. Det er formulert følgende fem delmål for pakkeforløpene: 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, 2) sammenhengende og koordinerte pasientforløp, 3) unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging, 4) mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor og 5) bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Det finnes både generelle pakkeforløp og spesifikke pakkeforløp, som beskrevet på Helsedirektoratets nettsider³²:

- Voksne pasienter skal inkluderes i Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne, når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger, med unntak av de pasientene som passer inn i et tilstandsspesifikt pakkeforløp.
- Barn og unge skal inkluderes i Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge, når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger, med unntak av de pasientene som passer inn i et tilstandsspesifikt pakkeforløp.
- Pasienter med rusmiddelproblemer eller annen avhengighetsproblematikk inkluderes i Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, skal pasienten inkluderes i Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne, se ROP-retningslinjen kapittel 8.8.4 og prioriteringsveileder for TSB under «Psykisk helsevern – ansvarsfordeling».
- Gravide med rusmiddelproblemer med behov for hjelpetiltak for sine rusmiddelproblemer inkluderes i Pakkeforløp gravide og rusmidler.
- Ved mistanke om psykoseutvikling eller psykoselidelse hos barn, unge og voksne, skal pasienten inkluderes i Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne.
- Ved mistanke om spiseforstyrrelser hos barn og unge (opp til 23 år), skal pasienten inkluderes i Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge.
- Ved mistanke om spiseforstyrrelser hos voksne skal pasienten inkluderes i Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne.
- Ved mistanke om tvangslidelse (OCD) hos barn, unge eller voksne, kan pasienten henvises til Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD).

Pakkeforløpene skal starte med en henvisning fra primærhelsetjenesten og slutte i kommunen etter at pasienten har fått behandling i spesialisthelsetjenesten, og er vurdert for oppfølging i

³¹<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#informasjon-til-kommunene-vedr.-pakkeforlop%C3%B8p-for-psykisk-helse-og-rus>

³² <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/innholdselementer-gjenbruk-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/generell-informasjon-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus>

primærhelsetjenesten. Underveis i pakkeforløpet skal pasienten evaluere behandlingen i spesialisthelsetjenesten, og fastlege skal oppdateres på behandlingsplan og annen relevant informasjon samt delta i samarbeidsmøter. De fleste fastlegene mottar nå e-meldinger fra spesialisthelsetjenesten.

SINTEF Avd. Helse, Gruppe for helsetjenesteforskning evaluerer innføring av pakkeforløp på vegne av Helsedirektoratet, og den første evalueringsrapporten kom i februar 2020 (Ådnanes et al., 2020). Det har vært stilt spørsmål til kommunene vedrørende pakkeforløp i IS-24/8 for både 2019 og 2020, og resultatene presenteres senere i denne rapporten. NAPHA gjennomførte også en undersøkelse i kommunene relatert til pakkeforløp høsten 2019, og SINTEF og NAPHA har samarbeidet om å presentere resultatene fra denne.

Den første evalueringsrapporten viste blant annet at det var uklart for kommunene selv hvilken rolle de var forventet å ha i pakkeforløp. Det står presisert i implementeringsveiledningen at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere arbeidet med forløpskoordinering og hvilken instans som skal ha hovedansvaret for dette i kommunen (for eksempel Koordinerende enhet/tildelingskontor eller lignende). Kommunene anbefales å informere om pakkeforløpene på nettsidene med kontaktinformasjon til enheten i kommunen med koordineringsansvar. Hvis spesialisthelsetjenesten ser behov for individuell plan og koordinator, skal helseforetaket så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet. Videre heter det at for personer som allerede har en behandler/koordinator innen psykisk helse- og rustjenester i kommunen, er det naturlig at denne personen blir forløpskoordinator. De færreste fastlegene som ble intervjuet i forbindelse med pakkeforløpsevalueringen hadde god kunnskap om, eller konkrete erfaringer med, pakkeforløp, høsten 2019. En av hovedkonklusjonene er at man må erkjenne at denne type landsomfattende reformer tar tid, og hvis kommunene har oppfattet at dette først og fremst er noe som skal skje i spesialisthelsetjenesten, er det ikke overraskende at de det første året var avventende og ventet på initiativ fra spesialisthelsetjenesten før de konkretiserte arbeidet.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020

I Prop. 15 S (2015-2016) defineres *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020* (OP-rus)³³. Personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet, et rusproblem skal sikres et bedre tilbud og gode tjenester i nærmiljøet, samt at det skal ses nærmere på innsatsen etter behandling (oppfølging), og det skal skapes muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid. Det skal også sørges for en god bolig. Planen har dermed et fokus på tjenesteyting og samhandling i kommunen, både internt og med Distriktpsikiatriske sentra (DPS) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Fylkesmannen og andre kompetansesentra, samt med frivillige organisasjoner, inkludert bruker- og pårørende-organisasjoner. OP-rus retter seg mot tre definerte innsatsområder: tidlig innsats, behandling og oppfølging, og har fem overordnede mål og føringer:

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

³³ [Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020](#).

Innenfor rammen av målsettingene omfatter planen 77 "Regjeringen vil"-punkter som plasserer seg på ulike nivåer i styringssystemet. Noen ligger hos Helsedirektoratet, som å revidere veilederen "Fra bekymring til handling", eller hos andre aktører på sentralt nivå, for eksempel har Husbanken ansvaret for "Bolig for velferd". Noen tiltak er også fortsatt på utrednings-/utviklingsstadiet, som utvikling av pakkeforløp.

Opptrappingsplanen for rusfeltet er under evaluering av Fafo på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det er hittil publisert tre rapporter i evalueringen; nullpunktsanalyse for 2016 som gir oversikt over indikatorsettet (inkludert variabler fra IS-24/8) som skal måle måloppnåelse, og en organisasjonsstudie som viser hvordan planen tenkes implementert (S. I. Hansen, Tofteng, Flatval, et al., 2018), 2) andre statusrapport med søkelys på endringer i indikatorsettet to år etter innføring av planen, samt casestudier i fem kommuner og én bydel i Oslo (S. I. Hansen, Tofteng, Holst, Flatval, & Bråthen, 2018), 3) tredje statusrapport har samme fokus som andre statusrapport og omhandler endringer i indikatorsett og resultater fra casestudier i Tromsø, Trondheim, Karmøy, Horten og Oslo og Bydel Sagene, samt intervju med flere sentrale aktører (I. L. S. Hansen, Tofteng, Holst, Flatval, & Bråthen, 2019). Tall fra IS-24/8 som benyttes i Fafo-rapporten indikerer at det blir flere (høyt utdannede) årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, mens innsatsen i spesialisthelsetjenesten (TSB) går ned. Det er også få av pasientene som har individuell plan, og styrket samhandling pekes også på som en forutsetning for å bedre måloppnåelsen (ibid.).

NASJONAL OVERDOSESTRATEGI 2019-2022

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet la Helsedirektoratet i mars 2019 fram en ny nasjonal overdosestrategi for perioden 2019-2022³⁴. Det overordnede målet er årlig reduksjon i antall overdosedødsfall og en langsiktig nullvisjon. Strategien påpeker store kunnskapshull på feltet. Man ser blant annet at andelen overdosedødsfall som skyldes heroininntak siden 2010 er nær halvert, mens andelen som dør etter inntak av sterke smertestillende opioidholdige legemidler og metadon er økt betraktelig. Det mangler kunnskap for å slå fast om endringene er uttrykk for nye bruksmønstre i samme risikopopulasjon eller om den representerer nye brukergrupper. Av nye tiltak som foreslås i strategien er:

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

Av tiltak som videreføres etter forrige nasjonale overdosestrategi (2014-2017) er utvikling av Switch-kampanjen til tryggere inntaksmåter av alle rusmidler, øke tilgangen til LAR, fortsette med tilgjengeliggjøring av nalokson nesespray, videreutvikle kommune-/læringsnettverk som metode, styrke bruker- og pårørendemedvirkning, forebygge overdoser i sårbare periode (pauser), markere Verdens

³⁴

https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf

overdosedag, sikre tilgang på sterilt brukerutstyr, tydeliggjøre juridiske muligheter for informasjonsutveksling knyttet til blant annet taushetsplikt og nødrett, samarbeide med Folkehelseinstituttet (FHI) på statistikkområdet og gjøre statistikk tilgjengelig for kommunene, samt videreføre Lavterskel helsekonferanse som årlig arena for feltet.

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

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

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

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

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

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

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

To sentrale veiledere publisert av Helsedirektoratet som retter seg mot målgruppene i lokalt psykisk helse- og rusarbeid er "Sammen om mestring" (IS-2076) som kom i 2014³⁵ og "Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov"³⁶ fra 2017.

"Sammen om mestring" sier at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Videre skal arbeidet bidra til å bedre levekårene for personer

³⁵<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

³⁶<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

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

"Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov" retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, det vil si helse- og omsorgstjenester i både kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer samarbeid med sektorer utenfor helse (NAV, barnevern, oppvekst og utdanning etc.). Brukermedvirkning og koordinering av tjenester står sentralt i veilederen, og kommunene oppfordres til å etablere egne oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. I veilederen³ er målgruppen beskrevet slik:

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

PILOT FOR INNØRING AV OPPFØLGINGSTEAM I KOMMUNENE

SINTEF evaluerer for tiden en pilot for innføring av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Hovedtema er tidlig identifisering av brukere med store og sammensatte behov, og bruk av oppfølgingsteam som arbeidsform i alle tjenester. Foreløpige funn (upubliserte delrapporter til Helsedirektoratet) halvveis i prosjektperioden (2018-2021) tilsier at kommunene har mye å gå på før samhandling, tverrfaglig utredning og koordinering av tjenester til alle brukergrupper med store og sammensatte behov fungerer tilfredsstillende. IP har vært lite brukt i flere av målgruppene. Det er utfordrende å rekruttere koordinatore mange steder, og pilotkommunene har i oppstartsfasen av prosjektet gjort en stor jobb med å gjennomgå organisering av koordinerende enhet, systemer for tverrfaglig utredning og rekruttering og opplæring av koordinatore. Brukergruppen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid utgjør en viktig del av målgruppen for oppfølgingsteam. Evalueringen av piloten er planlagt avsluttet i 2021, og sluttrapport vil foreligge ultimo 2021.

KOMPETANSELØFT 2020

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

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

BOLIGSOSIALT ARBEID

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

KOMMUNALE HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER

Vold i nære relasjoner har et betydelig omfang og utgjør både et kriminalitets- og folkehelseproblem. Vold i nære relasjoner har vært et viktig satsingsområde for helsemyndighetene de siste årene, og i juni 2019 varslet regjeringen oppstart av arbeid med en ny handlingsplan på feltet som skal komme i løpet av 2020. Den forrige handlingsplanen, «Et liv uten vold» (2014-2017), inneholdt konkrete tiltak på områdene forebygging og synliggjøring, kunnskap og kompetanse, hjelpe- og behandlingstilbud,

straffeforfølgning og samarbeid og samordning. Det har også vært gjennomført et femårig forskningsprogram på temaet³⁷.

Kommunale eller interkommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner skal sikre at kommunene har fokus på vold og overgrep og at berørte får et tilrettelagt og helhetlig tilbud. Ifølge Regjeringens nettsider skal egne handlingsplaner styrke kunnskapsnivået hos de ansatte i kommunene og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer. Veilederen er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet (se <https://www.nkvts.no/sites/komplan/Sider/default.aspx>).

HANDLINGSPLAN FOR FOREBYGGING AV SELVMORD (2020-2025) – INGEN Å MISTE

I september 2020 kom en ny overordnet handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025), der det innføres en nullvisjon for selvmord i Norge. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet skal tiltakene i handlingsplanen bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord, tidlig og god hjelp for personer i selvmordsrisiko, bedre hjelp til etterlatte etter selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging. Regjeringen skriver at det skal etableres en systematisk arbeidsmetode hvor hvert selvmord gjennomgås. Dette vil gi ny kunnskap om hvordan selvmord kan forebygges – både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av funn i denne systematiske tilnærmingen vil regjeringen fremme nye tiltak. Det er formulert følgende seks mål i handlingsplanen, som utgjør strukturen for dokumentet, og der tiltakene er direkte knyttet til disse målene:

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 etter selvmord

Mål 6: Bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Tidligere handlingsplaner og retningslinjer for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge har først og fremst vært rettet mot spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern). I lys av kommunenes lovfestede ansvar for folkehelse (Folkehelseloven³⁸), de senere års oppbygging av kommunale psykisk helse- og rustjenester (Solveig O. Ose & Kaspersen, 2016), Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), samt signaler gitt i den forrige "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017" (Helsedirektoratet, 2014), er det selvmords- og selvskadingsforebyggende arbeidet som foregår i de kommunale helsetjenestene underkommunisert. Kommunenes ansvar i forebygging av selvmord er løftet mer fram i den nye handlingsplanen.

³⁷ <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/lov-og-rett--satsing/vold-i-nare-relasjoner/forskningsprogram-om-vold-i-nare-relasjoner/id2343444/>

³⁸ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Av særlig relevans for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, er følgende sitat fra handlingsplanen, side 32-33:

I den grad selvmord i en kommune defineres som en folkehelseutfordring, må kommunene iverksette nødvendige tiltak med de virkemidlene kommunen har. Dette omfatter også tiltak utenfor helsesektoren som f.eks. sikring av broer. Da det til tross for omfattende tiltak som er iverksatt for å forebygge selvmord i Norge ikke kan registreres en effekt som viser nedgang i selvmordsraten, er det nødvendig å vurdere å tydeliggjøre ansvar i lov. En tydeliggjøring av regelverket på systemnivå, slik det ble gjort med hensyn til vold og overgrep i 2018, vil kunne bidra til at kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene får en sterkere oppfordring til å sørge for at de har system og rutiner for å bidra til å forebygge selvskading og selvmord. (...) Dette innebærer ikke å vurdere å lovfeste en ny plikt, men å tydeliggjøre i lovgivningen et ansvar som allerede kan utledes av dagens lovgivning. (...). Særlig vil en tydeliggjøring av ansvaret på systemnivå kunne bidra til at det i tjenestene utvikles en kultur hvor arbeidet med å bidra til å forebygge og avverge selvskading og selvmord blir en mer naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester. En eksplisitt tydeliggjøring i loven vil også medføre at tjenestenes innsats for å bidra til å forebygge og avverge selvskading og selvmord blir et mer aktuelt og egnet tilsynsystem, ikke bare for tilsyn med spesialisthelsetjenesten, men også med kommunen. Tydeliggjøring av ansvaret på systemnivå vil også bidra til at dette temaet blir en naturlig del av kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters arbeid med å fremme folkehelse.

Personell i mange kommuner har deltatt på kurs i regi av VIVAT³⁹. Dette er selvmordsforebyggende kurs hovedsakelig rettet mot ansatte i tjenesteapparatet som helse- og sosialarbeidere, lærere, politi, brann- og redningspersonell, forsvarsansatte, studenter og frivillige og private aktører som møter selvmordsnære mennesker i sitt arbeid. Helsedirektoratet, i samarbeid med kompetansemiljøene, tjenestene og bruker- og pårørendeorganisasjoner, lanserte i 2017 veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Materiellet skal bidra til økt kvalitet og mer enhetlig praksis i tjenestene. Det omfatter også omsorgstjenestene i kommunen, og gjelder både personer i selvmordsfare og deres pårørende. Dette veiledende materialet skal nå videreutvikles for å ivareta nye nasjonale føringer og understøtter tjenestenes behov for råd og veiledning. Gjennomgangen skal ses i lys av den pågående revideringen av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) og revideringen av lokal veileder for psykisk helsearbeid i kommunen Sammen om mestring. Videreutviklingen vil gjøres av Helsedirektoratet i samarbeid med andre aktører. Det arbeides systematisk for å gjøre det veiledende materialet kjent og lett tilgjengelig for tjenestene. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har utviklet demonstrasjonsvideoer for å løfte fram sentrale temaer i materialet, som utarbeidelse av sikkerhetsplan og kartlegging av selvskading⁴⁰.

I 2016 lanserte Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) et eget e-læringskurs for helsepersonell. Dette var ett av tiltakene i den forrige handlingsplanen for forebygging av selvmord. Kurset skal øke kunnskapen om risikofaktorer og forebygging av selvmord, og gjøre fastleger og psykologer i primærhelsetjenesten bedre i stand til å gjøre selvmordsrisikovurderinger⁴¹. Et annet tiltak var "Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord" lansert av

³⁹ <https://vivatselvmordsforebygging.net/>

⁴⁰ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/e-leringskurs-i-selvmordsrisikovurdering/demonstrasjonsfilm-om-sikkerhetsplan/>

⁴¹ <http://selvmordsrisikovurdering.no/>

Helsedirektoratet i 2017. Materiellet gir kommunene råd og anbefalinger om 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. RVTS og NSSF bistår Helsedirektoratet i å understøtte implementeringen av det veiledende materialet.

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

NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN (2020-2023) – OG NY MASTER I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Etableringen av 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene våre, er et av hovedgrepene i den 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. Hvert helsefellesskap inkluderer et helseforetak med tilhørende kommuner. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. Fire grupper skal prioriteres: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Fellesskapene er organisert på tre nivåer, det vil si partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og 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. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres, antar vi at det vil bli aktuelt for tjenesteutøvere/ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid å delta aktivt i arbeidet med å etablere og "drifte" helsefellesskapene.

Som en oppfølging av tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan starter Kunnskapsdepartementet høsten 2020 arbeidet med å utvikle en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid⁴². Masterutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere skal øke kvaliteten i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Utdanningen skal gi en grunnleggende klinisk sykepleiefaglig sluttkompetanse innen feltet psykisk helse- og rusarbeid, og vil ha særlig fokus på tverrfaglig arbeid.

⁴² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikler-ny-masterutdanning-i-psykisk-helse--og-rusarbeid2/id2699563/>

VEDLEGG B: FORKORTELSER

Det eksisterer en rekke forkortelser innen psykisk helse- og rusarbeid. Nedenfor følger en liste over vanlige forkortelser som brukes av kommunene.

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Engelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BTI	Bedre tverrfaglig innsats
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktpsikiatrisk 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 unødige 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	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse)
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 18 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad
SE	Supported employment
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.
SMIL-grupper	Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8-12 år.
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risikoprogram for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VIP	Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært for ungdom i alderen 16-17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2020

Tema	Inkluderte spørsmål
Del 1:	Årsverk etter tiltak og utdanning
Årsverks-innsats, tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer	1. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 2. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 3. Hvor mange årsverk ytes til behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 4. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 5. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 6. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2019 og 2020
Årsverks-innsats, tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer	1. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser og rusproblemer hos barn og unge? 2. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid? 3. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser og/eller rusproblemer Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2019 og 2020
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat voksne og barn/unge)	Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med: 1. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 2. Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 3. Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 4. Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 5. Psykiatere? 6. Psykologer? 7. Psykologspesialister? 8. Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 9. Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 10. Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning? 11. Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere? Hvis ja, hvor mange årsverk? (Kun voksne) 12. Inkluderer noen av årsverkene i tjenester ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus? Hvis ja, hvor mange årsverk? Hvis ja, hvilken rolle har personene/årsverkene? Hvis ja, hvilke fordeler/ulempeser ser dere med at dere har ansatte med erfaringskompetanse i tjenestene? Hvis nei, har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse? 13. Kommentarer + sumkontroller tiltak og utdanningsgrupper 2020

	Årsverk etter hovedforløp
Årsverks- innsats, hovedforløp (separat voksne og barn/unge)	1. Antall årsverk for tiltak som skal fordeles på hovedforløp 2. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 3. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) 4. Antall årsverk tiltak for barn og unge som skal fordeles på hovedforløp 5. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge). Fordel årsverkene som er rapportert på tiltak og utdanningsgrupper på forløp 6. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge) 7. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med dette hovedforløpet (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) 8. Kommentarer til spørsmålene
Rekrutterings- problemer	1. Problemer med rekruttering: - Sykepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 2. Problemer med rekruttering: - Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 3. Problemer med rekruttering: - Helsepsykepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 4. Problemer med rekruttering: - Helsepsykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 5. Problemer med rekruttering: - Psykiatere 6. Problemer med rekruttering: - Psykologer 7. Problemer med rekruttering: - Psykologspesialister 8. Problemer med rekruttering: - Helsefagarbeidere/hjelpepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 9. Problemer med rekruttering: - Helsefagarbeidere/hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 10. Problemer med rekruttering: - Vernepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 11. Problemer med rekruttering: - Vernepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 12. Problemer med rekruttering: - Sosionomer uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 13. Problemer med rekruttering: - Sosionomer med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 14. Problemer med rekruttering: - Fysioterapeuter 15. Problemer med rekruttering: - Ergoterapeuter 16. Problemer med rekruttering: - Andre, skriv inn under 17. Andre hvem: 18. Hvis ja, hva gjør dere for å avhjelpe rekrutteringsproblemene?
Del 2:	Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), oppsøkende virksomhet og brukermedvirkning m.m.

	Årsverk etter hovedforløp
OP-rus	1. Er videreføring av den kapasiteten og kompetansen som opptrappingen for rusfeltet har medført omtalt i kommunens planverk? 2. Hva er de største utfordringene på rusfeltet for: • Barn/unge med milde og kortvarige problemer • Barn/unge med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer • Barn/unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser • Voksne med milde og kortvarige problemer • Voksne med kortvarige alvorlige problemer og langvarige mildere problemer • Voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser 3. I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet blitt benyttet til formålet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad, vet ikke) 4. Har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? (Ja, nei, vet ikke) 5. På hvilken måte har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? • Flere årsverk • Økte midler til kompetanseheving på rusområdet • Økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen • Økt kapasitet i tilbudet for personer med milde og moderate rusmiddelrelaterte problemer • Flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer • Økt brukerinvolvering • Vi har i større grad involvert voksne pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft • Vi har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft • Annet, hva _____ 6. Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptappingsplanen for rusfeltet? (Oppgi antall) 7. I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 8. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? (Ja, Nei). Hvis ja, på hvilken måte er rusmiddelsituasjonen kartlagt? Hvis ja, benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de rusrelaterte problemene? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort. 9. Benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort:

	Årsverk etter hovedforløp
OP-rus (2016-2020)	10. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 11. Har kommunen/bydelen et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk? Hvis ja, beskriv på hvilken måte systemene på tvers fungerer. • Ja, for voksne • Ja, for unge under 18 år • Ja, for både unge (<18) og voksne (18+) • Nei 12. I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer (åpen tekst) 13. Er kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid? 14. Er kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid? 15. Har kommunen forankret rusarbeidet i sitt planverk? (Ja, nei) Hvis ja, kan dere beskrive hvilket planverk 16. I hvor stor grad følger dere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper • Samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) • Hovedsakelig psykiske lidelser • Hovedsakelig ruslidelser 17. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene? • Voksne med rusmiddelproblemer • Unge med rusmiddelproblemer 18. I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer?
Oppsøkende virksomhet	1. Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ ungdomsteam)? Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen: Om ja, kan dere beskrive målgruppen 2. Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam? Ja/nei 3. Hvilke typer flerfaglige oppsøkende team (se Helsedirektoratet.no for definisjoner av ACT/FACT)? • ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) • FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) • Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) • Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) • Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge • Andre typer team Er ACT- teamet etablert i samarbeid med andre kommuner? Om ja, hvilke: Er FACT- teamet etablert i samarbeid med andre kommuner? Om ja, hvilke:

	Årsverk etter hovedforløp
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	1. Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? • Nei • Ja, eget kommunalt tilbud • Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling) • Ja, i forbindelse med legevakt • Ja, i bofellesskap eller sykehjem • Ja, annet, hva (åpen tekst) 2. Hvis nei, hva er årsaken(e) til at tilbudet ikke er etablert? 3. I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet?
Arbeidstiltak	1. Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet? (Ja, nei). Gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten? 2. Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid? (Ja, nei). 3. Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid? (Ja, nei). 4. I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/utdanning i sin kontakt med personer med psykiske lidelser? 5. I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/utdanning i sin kontakt med personer med rusmiddelproblemer? 6. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV?
Bruker-medvirkning og bruker-orientering	1. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå) i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet? 2. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet? 3. Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) (Ja, nei) 4. På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd.? • Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker • "Hva er viktig for deg?"- skjema (PSFS) • Brukerråd • Brukerundersøkelse (KS, bedre kommuner, andre?) • Annet, hva: _____ Hvilket tilbakemeldingsverktøy er ev. 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: _____ 5. I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)

	Årsverk etter hovedforløp
Bolig-situasjonen	1. Hva er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen i psykisk helse- og rustjeneste? (åpent) 2. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 3. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med rusproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 4. I hvilken grad gir kommunen/bydelen kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med ROP-lidelser? 5. I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 6. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring) 7. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)
Del 3:	Kjøp fra private/andre kommuner, interkommunalt samarbeid, oppfølging av barn og unge/eldre, barn som pårørende, pakkeforløp, selvmord etc., erfaring med kompetanse- og ressurscenter, melding om utskrivningsklare pasienter etc.
Kjøp fra private/andre kommuner	1. Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid? Hvis ja, hvilke tjenester er dette? Hvis nei, hvorfor ikke? • Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler • Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser • Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler • Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser • Nei Hvis ja, hvilke typer private tjenester kjøpes fra private aktører? - Heldøgns bo- og omsorgstjenester - Arbeids- og aktivitetstiltak - Psykologtjenester - Annet, hva 2. Kjøper kommunen tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeidet? • Ja, innen psykisk helse • Ja, innen rusarbeid • Ja, innen både psykisk helse og rusarbeid • Nei 3. Hvis ja, hvilke typer tjenester/tiltak er dette? • Heldøgns bo- og omsorgstjeneste • Arbeids- og aktivitetstiltak • Psykologtjenester • Annet, hva
Interkommunalt samarbeid	1. Har kommunen interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid? (Ja/nei). Hvis ja, hvilke tjenester samarbeides det om: • Heldøgns bo- og omsorgstilbud • Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam • Interkommunal KAD-avdeling • Arbeids- og/eller aktivitetstiltak • Psykologtjenester • Annet, hva

	Årsverk etter hovedforløp
Oppfølging av barn og unge	1. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 2. I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 3. Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge? (Ja, nei) 4. Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi? (Ja, nei) 5. Kommentarer til spørsmålene:
Oppfølging av eldre med psykiske helseutfordringer	1. Har kommunen kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus? Hvis ja, hvordan ble kartleggingen gjennomført? 2. Blir eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner? 3. Gjennomfører kommunen systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre? 4. Hvis ja, er psykisk helse, rusmiddelbruk og vold tema i samtalerne? • Psykisk helse • Alkoholvaner • Legemiddelbruk • Annet rusmiddelbruk • Vold og overgrep 5. 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 alvorlig psykiske lidelser) • Eldre utsatt for vold og overgrep • Personer med lettere psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og/eller rusproblemer

	Årsverk etter hovedforløp
Pårørende/barn som pårørende	1. Har kommunen rutiner for å identifisere og dokumentere barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven §10a (Ja/Nei). 2. Har kommunen rutiner for samhandling mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og omsorgstjenestene inkludert helsestasjon og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn som pårørende til foreldre eller søsken etter helsepersonelloven § 10a? 3. Har kommunen lagt spesielt ansvar og kompetanse på barn som pårørende til en instans som for eksempel et familiesenter, familiekoordinator, opprettet barneansvarlig personell i voksentjeneste, eller liknende? (Ja/Nei) 4. I hvilken grad har dere systematisk oppfølging av barn som pårørende i dere kommune? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad) 5. Hvilke tiltak/tjenester har dere for barn som pårørende og søsken under 18 år? (åpent) 6. Samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om barn og pårørende? (Ja/Nei/Under planlegging) 7. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene? • Voksne med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Voksne som har tatt overdose (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Voksne med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Voksne som har begått selvmord (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Barn og unge med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Barn og unge med selvskadings-problematikk (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Unge med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) 8. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene? • Foresatte med rusmiddelproblemer (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Foresatte som har tatt overdose (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Foresatte med psykiske vansker/lidelser (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller) • Foresatte som har begått selvmord (Svært godt, godt, middels, dårlig, svært dårlig, ikke relevant/ikke erfaring med tilfeller)

	Årsverk etter hovedforløp
Pakkeforløp for psykisk helse og rus	1. Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus? (Ja/Nei) Hvis ja, hvor er forløpskoordinatoren organisert? • Koordinerende enhet/Tildelingskontor • Enhet for psykisk helse og rus • NAV • Annet, hvor: 2. Hvis ja, hvilken rolle har forløpskoordinatoren(e) i kommunen fått? • Oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten • Individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp • Annet, hva: 3. Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider • Ja • Nei • Vet ikke 4. Har kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus for • Voksne med rusmiddelproblemer • Voksne med psykiske vansker/lidelser • Barn og unge med psykiske vansker/lidelser • Unge med rusmiddelproblemer 5. Har dere noen konkrete positive/negative erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus? (åpen) 6. I hvilken grad opplever dere følgende endringer etter innføringen av pakkeforløp: • har forbedret tilbudet pasienten får fra kommunen? • har forbedret tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten? • har forbedret samarbeidet med spesialisthelsetjenesten? • har ført til en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten? • har ført til økt samarbeid med fastlegene? • har ført til bedre samarbeid med fastlegene?
Selv mord, selvsykdom, overdose, vold og overgrep	1. Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte etter selvmord? 2. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for (Ja, nei): • Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk? • Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk? • Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk? • Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose? • Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep? • Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester? 3. Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvsykdom og selvmordsforsøk? (Ja, nei) 4. Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell? (Ja, nei) 5. Har kommunen et system for håndtering av vold i nære relasjoner? 6. Hva er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid? (åpent)

	Årsverk etter hovedforløp
Erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus	- Vennligst oppgi om dere har hørt om/vært i kontakt med/brukt de ulike sentrene, og i tilfelle hvordan. (Har ikke hørt om, Har hørt om, men ikke vært i kontakt med/brukt, Har vært i kontakt med/brukt) - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) - KoRus (Regionale kompetansesentre på rusfeltet) - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge 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) - Dere har oppgitt å ha vært i kontakt med følgende tjenester. På hvilken måte har dere vært i kontakt med dem? (Besøkt nettsiden, Telefonkontakt, Konkret samarbeid, E-læringsstilbud, Lest fagartikler, Deltatt på kurs, Deltatt på kompetansehevede program/tiltak, Annet) - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) - KoRus (Regionale kompetansesentre for rusfeltet) - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge 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) Kommentar: - Dere har oppgitt å ha hatt følgende kontaktmåter med sentrene. Hvor fornøyd har dere vært med disse kontaktene (her kommer spørsmål om hvor fornøyd dere er med sentrene avhengig av hvilken kontakt dere har krysset av for). Hvor fornøyd er dere generelt med tilbudet dere har fått? - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) - KoRus (Regionale kompetansesentre for rusfeltet) - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge 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) - I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)
Melding om utskrivningsklare pasienter	I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rustjenester problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten? Hvis i noen, stor eller svært stor grad, hva skyldes disse problemene?
Ny teknologi og digitalisering	Har kommunen tatt i bruk velferdsteknologi (trygghetsteknologi, mestringsteknologi etc.) innen psykisk helse og rusarbeid? Hvis ja, hvilken type teknologi er dette? (åpent)
Annet	- Hvilken rolle/oppgaver har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunens koordinerende enhet? (åpent) - Inngår psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet pr. i dag? (Ja/Nei) - Inngår rusarbeid som en likeverdig del av lokale folkehelsearbeidet pr. i dag? (Ja/Nei) - Inngår psykisk helse i kommunens overordnede kompetanseplan? - Inngår rusproblematikk i kommunens overordnede kompetanseplan? - Har dere benyttet fjorårets rapport fra SINTEF i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid? (Ja/Nei) - Hvis ja, i hvilken grad opplever dere at rapporten er nyttig i dette arbeidet? (I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad) - Hvis i liten eller svært liten grad: Har dere forslag til hvordan nytteverdien av rapporten kan økes?

	Årsverk etter hovedforløp
Avslutning	1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? • Ja, gjennom delegasjon • Ja, direkte ved gjennomsyn • Nei 2. Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år? • Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge • Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge • Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid • Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen • Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen • Annen organisering, beskriv (åpent) 3. Omtrent hvor mange ansatte i kommunen har vært med og bidratt med innspill i denne rapporteringen? (antall) 4. Hva er e-post-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? Brukes om vi har spørsmål i forbindelse med rapporteringen) 5. Alle kommunene eller bydelene som har fylt ut skjemaet vil motta et gratis eksemplar av rapporten fra SINTEF når denne er klar november 2020. Vennligst oppgi hvilken postadresse dere ønsker at rapporten sendes til.

VEDLEGG D: GRUNNLAGSDATA 2020

Kommunenavn med blå skrift har ikke rapportert i 2020.

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
1101	Eigersund kommune	74	67	8	50	58	24
1103	Stavanger kommune	525	439	86	37	39	27
1106	Haugesund kommune	159	129	30	43	44	39
1108	Sandnes kommune	227	182	44	28	30	22
1111	Sokndal kommune	4	3	1	13	13	13
1112	Lund kommune	8	5	3	25	22	34
1114	Bjerkreim kommune	7	5	2	26	24	32
1119	Hå kommune	41	33	8	22	24	16
1120	Klepp kommune	51	39	13	26	26	26
1121	Time kommune	40	37	4	21	26	7
1122	Gjesdal kommune	29	25	5	24	28	14
1124	Sola kommune	74	55	19	27	27	28
1127	Randaberg kommune	45	26	19	40	31	69
1130	Strand kommune	28	21	7	21	22	20
1133	Hjelmeland kommune	6	5	1	23	25	15
1134	Suldal kommune	13	11	2	34	37	22
1135	Sauda kommune	15	12	2	32	34	23
1144	Kvitsøy kommune	1	1	1	21	15	48
1145	Bokn kommune	2	1	1	21	19	28
1146	Tysvær kommune	39	33	6	35	40	21
1149	Karmøy kommune	120	100	20	28	31	20
1151	Utsira kommune	1	1	0	45	38	75
1160	Vindafjord kommune	34	29	5	39	42	28
1505	Kristiansund kommune	82	73	9	34	38	18
1506	Molde kommune	80	59	21	25	23	32
1507	Ålesund kommune	245	205	40	37	39	29
1511	Vanylven kommune	35	31	4	113	118	89
1514	Sande kommune	5	4	1	18	17	22
1515	Herøy kommune	22	16	5	24	23	27
1516	Ulstein kommune	16	15	1	18	22	5
1517	Hareid kommune	14	9	5	27	23	39
1520	Ørsta kommune	30	25	6	28	30	23
1525	Stranda kommune	21	19	2	47	51	26
1528	Sykkylven kommune	15	10	6	20	16	34
1531	Sula kommune	30	22	8	32	31	36
1532	Giske kommune	26	21	5	31	33	23
1535	Vestnes kommune	27	16	11	42	31	86
1539	Rauma kommune	21	14	7	28	24	45
1547	Aukra kommune	5	4	2	15	14	19
1554	Averøy kommune	7	6	1	12	14	5
1557	Gjemnes kommune	3	3	1	13	14	9
1560	Tingvoll kommune	8	7	2	27	27	28
1563	Sunndal kommune	17	13	4	25	23	31
1566	Surnadal kommune	33	30	3	56	62	28
1573	Smøla kommune	9	8	1	40	45	21
1576	Aure kommune	4	3	1	11	9	19
1577	Volda kommune	31	29	2	29	35	10
1578	Fjord kommune	7	4	3	26	17	60
1579	Hustadvika kommune	24	20	4	18	19	14
1804	Bodø kommune	119	91	29	23	22	26
1806	Narvik kommune	72	59	13	33	33	31
1811	Bindal kommune	15	13	2	105	113	74
1812	Sømna kommune	10	7	3	49	41	82
1813	Brønnøy kommune	15	13	3	19	20	15

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
1815	Vega kommune	9	9	1	78	87	38
1816	Vevelstad kommune	1	1	1	22	13	64
1818	Herøy kommune	16	14	2	88	100	41
1820	Alstahaug kommune	21	17	4	28	28	29
1822	Leirfjord kommune	4	4	1	17	20	10
1824	Vefsn kommune	37	25	12	28	23	45
1825	Grane kommune	5	3	2	34	25	76
1826	Hattfjelldal kommune	5	4	1	38	34	58
1827	Dønna kommune	3	2	0	20	22	11
1828	Nesna kommune	2	1	1	12	8	29
1832	Hemnes kommune	11	9	3	25	24	29
1833	Rana kommune	110	78	32	42	37	61
1834	Lurøy kommune	1	1	0	7	7	8
1835	Træna kommune	1	0	1	16	6	68
1836	Rødøy kommune	4	1	3	30	10	104
1837	Meløy kommune	35	24	10	55	49	80
1838	Gildeskål kommune	6	4	1	28	27	33
1839	Beiarn kommune	5	3	2	50	38	117
1840	Saltdal kommune	25	22	4	54	57	41
1841	Fauske kommune / Fuosko suohkan	21	16	5	22	20	29
1845	Sørfold kommune	9	3	6	48	21	163
1848	Steigen kommune	7	6	2	28	27	32
1851	Lødingen kommune	9	7	2	43	42	47
1853	Evenes kommune	3	2	0	20	20	18
1856	Røst kommune	1	1	1	20	12	66
1857	Værøy kommune	2	2	0	23	25	15
1859	Flakstad kommune	5	5	0	39	42	19
1860	Vestvågøy kommune	12	10	2	10	11	7
1865	Vågan kommune	24	23	1	25	30	5
1866	Hadsel kommune	20	18	2	25	27	16
1867	Bø kommune	8	6	2	32	29	50
1868	Øksnes kommune	11	10	2	25	27	18
1870	Sortland kommune	26	23	3	25	28	13
1871	Andøy kommune	27	24	2	57	63	26
1874	Moskenes kommune	11	11	0	107	122	14
1875	Hábmera Suohkan - Hamarøy kommune	6	5	1	23	23	23
3001	Halden kommune	56	43	13	18	17	20
3002	Moss kommune	198	189	9	40	48	9
3003	Sarpsborg kommune	181	133	49	32	30	41
3004	Fredrikstad kommune	219	177	42	27	27	25
3005	Drammen kommune	316	204	112	31	25	53
3006	Kongsberg kommune	51	39	13	19	17	23
3007	Ringerike kommune	50	40	11	16	16	18
3011	Hvaler kommune	29	26	4	63	65	49
3012	Aremark kommune	2	1	0	12	12	13
3013	Marker kommune	7	5	2	19	15	38
3014	Indre Østfold kommune	114	97	17	25	27	18
3015	Skiptvet kommune	14	11	3	37	37	39
3016	Rakkestad kommune	23	15	8	28	23	48
3017	Råde kommune	21	18	3	28	31	17
3018	Våler kommune	18	15	3	31	34	23
3019	Vestby kommune	32	20	12	17	15	27
3020	Nordre Follo kommune	143	96	47	24	21	34
3021	Ås kommune	67	47	19	33	29	45
3022	Frogn kommune	48	38	10	30	30	30
3023	Nesodden kommune	56	38	18	29	26	39
3024	Bærum kommune	304	267	37	24	27	12
3025	Asker kommune	235	171	65	25	23	30
3026	Aurskog-Høland kommune	35	18	17	20	13	49
3027	Rælingen kommune	37	30	6	20	21	14
3028	Enebakk kommune	19	12	7	17	14	27
3029	Lørenskog kommune	68	47	21	16	15	23
3030	Lillestrøm kommune	148	108	40	17	16	21
3031	Nittedal kommune	51	41	10	21	22	17
3032	Gjerdrum kommune	13	8	5	18	15	31

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
3033	Ullensaker kommune	85	67	18	22	22	19
3034	Nes kommune	28	21	7	12	12	13
3035	Eidsvoll kommune	54	41	13	21	21	23
3036	Nannestad kommune	24	17	7	17	16	21
3037	Hurdal kommune	6	3	3	21	12	55
3038	Hole kommune	23	16	7	34	31	45
3039	Flå kommune	4	3	1	36	36	38
3040	Nesbyen kommune	15	14	2	47	50	32
3041	Gol kommune	13	8	5	28	22	55
3042	Hemsedal kommune	10	5	5	39	24	96
3043	Ål kommune	11	7	4	23	17	44
3044	Hol kommune	16	13	3	35	35	38
3045	Sigdal kommune	16	14	2	47	50	34
3046	Krødsherad kommune	5	3	2	22	15	50
3047	Modum kommune	77	52	25	55	46	90
3048	Øvre Eiker kommune	55	28	27	28	18	66
3049	Lier kommune	65	41	24	24	20	40
3050	Flesberg kommune	15	9	6	55	43	103
3051	Rollag kommune	5	4	1	38	36	49
3052	Nore og Uvdal kommune	5	4	2	22	18	43
3053	Jevnaker kommune	14	9	5	20	17	33
3054	Lunner kommune	34	29	5	37	40	26
3401	Kongsvinger kommune	36	26	10	20	18	32
3403	Hamar kommune	106	92	14	34	36	24
3405	Lillehammer kommune	65	49	17	23	21	31
3407	Gjøvik kommune	103	91	12	34	37	20
3411	Ringsaker kommune	75	46	29	22	17	42
3412	Løten kommune	14	10	4	18	15	27
3413	Stange kommune	62	41	22	29	24	51
3414	Nord-Odal kommune	13	7	6	25	16	72
3415	Sør-Odal kommune	28	27	1	35	41	8
3416	Eidskog kommune	36	29	8	59	55	78
3417	Grue kommune	20	16	4	43	39	66
3418	Åsnes kommune	34	28	5	47	47	46
3419	Våler kommune	17	11	6	48	36	105
3420	Elverum kommune	63	51	12	30	30	28
3421	Trysil kommune	21	19	1	31	35	10
3422	Åmot kommune	5	4	1	11	11	13
3423	Stor-Elvdal kommune	7	5	2	28	24	49
3424	Rendalen kommune	4	4	0	22	24	14
3425	Engerdal kommune	2	2	1	18	17	24
3426	Tolga kommune	3	2	1	17	16	21
3427	Tynset kommune	8	4	4	14	9	33
3428	Alvdal kommune	2	2	1	10	10	11
3429	Folldal kommune	2	2	0	16	16	15
3430	Os kommune	3	3	0	16	16	13
3431	Dovre kommune	8	4	4	32	19	95
3432	Lesja kommune	5	3	3	28	17	68
3433	Skjåk kommune	7	5	2	31	29	42
3434	Lom kommune	14	13	1	61	71	18
3435	Vågå kommune	7	6	1	19	20	12
3436	Nord-Fron kommune	10	6	4	17	13	34
3437	Sel kommune	6	5	1	11	11	10
3438	Sør-Fron kommune	16	8	8	50	33	123
3439	Ringebu kommune	12	8	4	27	23	51
3440	Øyer kommune	14	9	4	26	22	45
3441	Gausdal kommune	23	19	4	37	38	36
3442	Østre Toten kommune	36	31	6	24	25	20
3443	Vestre Toten kommune	39	32	7	29	29	27
3446	Gran kommune	61	32	30	45	29	112
3447	Søndre Land kommune	31	27	4	56	59	42
3448	Nordre Land kommune	16	13	3	24	24	23
3449	Sør-Aurdal kommune	11	9	3	39	36	50
3450	Etnedal kommune	5	3	2	38	28	83
3451	Nord-Aurdal kommune	14	8	6	21	15	47

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
3452	Vestre Slidre kommune	7	6	1	34	34	35
3453	Øystre Slidre kommune	10	8	2	30	30	30
3454	Vang kommune	3	3	1	20	20	24
3801	Horten kommune	87	55	32	32	25	60
3802	Holmestrand kommune	55	36	20	22	18	38
3803	Tønsberg kommune	239	180	59	42	40	51
3804	Sandefjord kommune	149	123	26	23	24	20
3805	Larvik kommune	127	106	21	27	28	23
3806	Porsgrunn kommune	128	94	35	35	32	49
3807	Skien kommune	253	140	113	46	32	101
3808	Notodden kommune	43	34	9	33	32	36
3811	Færder kommune	52	46	6	19	22	10
3812	Siljan kommune	11	8	3	48	44	65
3813	Bamble kommune	54	43	11	38	38	40
3814	Kragerø kommune	34	23	11	32	27	57
3815	Drangedal kommune	11	10	1	27	30	15
3816	Nome kommune	25	24	2	39	45	13
3817	Midt-Telemark kommune	25	21	3	24	26	16
3818	Tinn kommune	31	26	5	54	56	47
3819	Hjartdal kommune	2	1	1	15	10	37
3820	Seljord kommune	10	7	3	34	29	55
3821	Kviteseid kommune	9	7	2	37	36	38
3822	Nissedal kommune	2	2	1	16	16	16
3823	Fyresdal kommune	2	2	0	15	15	16
3824	Tokke kommune	7	5	2	31	26	55
3825	Vinje kommune	14	11	3	38	38	36
4201	Risør kommune	18	16	2	27	29	17
4202	Grimstad kommune	79	62	17	34	34	33
4203	Arendal kommune	161	116	45	36	33	48
4204	Kristiansand kommune	462	406	57	41	47	23
4205	Lindesnes kommune	53	37	16	23	21	30
4206	Farsund kommune	31	24	7	32	31	34
4207	Flekkefjord kommune	37	31	6	41	44	30
4211	Gjerstad kommune	15	13	1	61	68	28
4212	Vegårshei kommune	3	2	1	14	14	15
4213	Tvedestrand kommune	16	14	1	26	29	10
4214	Froland kommune	16	12	4	28	26	32
4215	Lillesand kommune	39	31	8	36	36	33
4216	Birkenes kommune	9	6	3	18	16	22
4217	Åmli kommune	6	4	1	30	30	30
4218	Iveland kommune	3	2	1	23	20	29
4219	Evje og Hornnes kommune	10	7	3	27	25	34
4220	Bygland kommune	6	5	1	51	53	39
4221	Valle kommune	3	2	1	25	21	44
4222	Bykle kommune	3	1	1	27	18	63
4223	Vennesla kommune	62	47	15	42	41	45
4224	Åseral kommune	2	1	1	21	18	33
4225	Lyngdal kommune	37	30	7	35	38	27
4226	Hægebostad kommune	6	5	1	38	40	28
4227	Kvinesdal kommune	30	25	5	50	54	36
4228	Sirdal kommune	4	3	1	20	23	12
4601	Bergen kommune	992	816	176	35	36	31
4602	Kinn kommune	50	33	17	29	25	44
4611	Etne kommune	7	5	2	17	16	22
4612	Sveio kommune	23	18	5	40	41	37
4613	Bømlo kommune	31	24	7	26	26	25
4614	Stord kommune	69	49	20	37	34	46
4615	Fitjar kommune	9	7	2	28	30	24
4616	Tysnes kommune	8	6	2	28	27	31
4617	Kvinnherad kommune	92	57	35	70	56	125
4618	Ullensvang kommune	54	47	6	49	53	31
4619	Eidfjord kommune	3	2	1	32	33	29
4620	Ulvik herad	3	1	2	31	15	94
4621	Voss herad	42	30	12	27	24	37
4622	Kvam herad	29	21	8	34	32	42

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
4623	Samnanger kommune	3	2	1	13	12	18
4624	Bjørnafjorden kommune	74	68	6	30	36	10
4625	Austevoll kommune	9	5	5	17	12	34
4626	Øygarden kommune	114	77	37	30	27	39
4627	Askøy kommune	161	123	37	54	56	49
4628	Vaksdal kommune	7	4	3	17	12	36
4629	Modalen kommune	3	2	1	70	65	83
4630	Osterøy kommune	24	17	7	30	27	38
4631	Alver kommune	79	64	15	27	29	21
4632	Austrheim kommune	11	8	3	37	35	44
4633	Fedje kommune	1	1	0	24	25	18
4634	Masfjorden kommune	6	6	1	37	41	20
4635	Gulen kommune	6	3	3	25	15	65
4636	Solund kommune	3	3	1	42	39	58
4637	Hyllestad kommune	2	2	0	18	18	19
4638	Høyanger kommune	23	17	5	55	52	70
4639	Vik kommune	18	17	1	68	81	18
4640	Sogndal kommune	28	23	5	24	25	21
4641	Aurland kommune	11	11	1	63	72	20
4642	Lærdal kommune	14	12	1	64	71	33
4643	Årdal kommune	11	10	2	22	23	16
4644	Luster kommune	12	11	1	24	28	9
4645	Askvoll kommune	9	7	2	28	29	24
4646	Fjaler kommune	8	4	4	30	20	61
4647	Sunnfjord kommune	100	78	22	45	47	41
4648	Bremanger kommune	21	21	0	58	71	6
4649	Stad kommune	54	48	6	57	64	31
4650	Gloppen kommune	22	17	5	37	37	38
4651	Stryn kommune	27	23	3	37	42	22
5001	Trondheim kommune	895	713	182	44	43	45
5006	Steinkjer kommune	87	80	7	36	41	13
5007	Namsos kommune	43	28	14	28	23	45
5014	Frøya kommune	35	29	5	67	71	52
5020	Osen kommune	2	2	0	20	19	26
5021	Oppdal kommune	14	10	4	20	19	25
5022	Rennebu kommune	6	3	2	22	16	48
5025	Røros kommune	11	9	2	19	19	20
5026	Holtålen kommune	3	2	0	14	15	12
5027	Midtre Gauldal kommune	11	7	4	18	14	32
5028	Melhus kommune	37	32	5	22	25	13
5029	Skaun kommune	16	11	5	19	18	23
5031	Malvik kommune	27	27	0	19	25	0
5032	Selbu kommune	5	4	1	13	12	17
5033	Tydal kommune	3	2	1	35	33	48
5034	Meråker kommune	8	4	4	31	20	83
5035	Stjørdal kommune	74	47	27	31	25	50
5036	Frosta kommune	5	2	3	20	11	57
5037	Levanger kommune	73	59	14	36	38	32
5038	Verdal kommune	37	26	11	25	22	35
5041	Snåsa kommune / Snåsen tjelte	10	8	2	47	49	38
5042	Lierne kommune	2	2	1	17	14	33
5043	Røyrvik kommune	1	1	0	28	27	31
5044	Namsskogan kommune	2	1	1	23	14	62
5045	Grong kommune	14	10	4	60	52	94
5046	Høylandet kommune	3	2	1	27	21	47
5047	Overhalla kommune	7	5	3	19	16	29
5049	Flatanger kommune	3	3	0	29	33	6
5052	Leka kommune	2	1	1	28	21	60
5053	Inderøy kommune	10	7	3	15	13	20
5054	Indre Fosen	25	18	7	25	23	33
5055	Heim kommune	28	22	6	47	46	49
5056	Hitra kommune	36	29	7	72	71	78
5057	Ørland kommune	28	19	9	27	23	41
5058	Åfjord kommune	29	22	7	67	62	90
5059	Orkland kommune	59	41	18	32	29	47

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
5060	Nærøysund kommune	84	66	18	87	88	84
5061	Rindal kommune	5	4	1	26	25	32
5401	Tromsø kommune	197	171	25	26	28	16
5402	Harstad kommune	82	65	17	33	33	33
5403	Alta kommune	71	56	15	34	35	31
5404	Vardø kommune	3	3	1	16	15	21
5405	Vadsø kommune	20	14	6	35	30	57
5406	Hammerfest kommune	58	41	16	50	45	70
5411	Kvæfjord kommune	21	18	3	75	79	56
5412	Tjeldsund kommune	17	14	3	40	39	41
5413	Ibestad kommune	4	3	1	29	28	35
5414	Gratangen kommune	5	4	1	44	48	27
5415	Loabága suohkan/ Lavangen kommune	12	12	1	117	142	27
5416	Bardu kommune	24	19	5	59	60	55
5417	Salangen kommune	24	19	5	113	107	144
5418	Målselv kommune	24	16	7	36	31	56
5419	Sørreisa kommune	8	7	1	23	25	11
5420	Dyrøy kommune	13	11	2	122	125	104
5421	Senja kommune	56	37	19	38	32	61
5422	Balsfjord kommune	20	17	2	35	38	22
5423	Karlsøy kommune	7	6	1	32	32	32
5424	Lyngen kommune	17	12	5	59	50	104
5425	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	16	14	2	86	90	65
5426	Gáivuotna - Kåfjord kommune - Kaivuono	7	5	2	36	31	57
5427	Skjervøy kommune	13	13	0	44	54	0
5428	Nordreisa kommune	9	9	0	19	24	0
5429	Kvænangen kommune	4	3	1	32	30	43
5430	Guovdageaidnu - Kautokeino kommune	10	7	4	34	28	57
5432	Loppa kommune	3	3	0	32	33	18
5433	Hasvik kommune	5	4	1	46	45	48
5434	Måsøy kommune	5	4	1	43	39	66
5435	Nordkapp kommune	13	12	1	41	46	17
5436	Porsanger kommune - Porsá?gu - Porsanki	10	8	2	24	23	29
5437	Kará?johka - Karasjok kommune	14	9	5	53	43	95
5438	Lebesby kommune	4	3	1	33	31	42
5439	Gamvik kommune	5	1	4	44	8	266
5440	Berlevåg kommune	4	3	1	44	37	87
5441	Deatnu - Tana kommune	29	28	1	99	113	29
5442	Unjárga - Nesseby kommune	7	6	1	71	74	58
5443	Båtsfjord kommune	6	4	1	25	24	30
5444	Sør-Varanger kommune	22	19	3	22	23	16
30101	Oslo kommune Bydel 1 Gamle Oslo	139	90	49	23	18	50
30102	Oslo kommune Bydel 2 Grünerløkka	169	128	41	27	24	47
30103	Oslo kommune Bydel 3 Sagene	115	104	11	25	27	18
30104	Oslo kommune Bydel 4 St.Hanshaugen	104	82	22	26	24	48
30105	Oslo kommune Bydel 5 Frogner	66	51	15	11	10	22
30106	Oslo kommune Bydel 6 Ullern	51	29	22	15	10	30
30107	Oslo kommune Bydel 7 Vestre Aker	60	45	15	12	12	12
30108	Oslo kommune Bydel 8 Nordre Aker	77	39	38	15	9	33
30109	Oslo kommune Bydel 9 Bjerke	62	49	13	18	19	17
30110	Oslo kommune Bydel 10 Grorud	71	52	19	26	24	33
30111	Oslo kommune Bydel 11 Stovner	100	77	23	30	30	30
30112	Oslo kommune Bydel 12 Alna	100	72	28	20	18	25
30113	Oslo kommune Bydel 13 Østensjø	157	109	48	31	27	41
30114	Oslo kommune Bydel 14 Nordstrand	67	46	21	13	11	18
30115	Oslo kommune Bydel 15 Søndre Nordstrand	75	56	19	19	19	19
30116	Oslo kommune Velferdsetaten	470	470	0			
30117	Oslo kommune Helseetaten	26	20	7			
	Hele landet	16569	12966	3603	31	31	32

Årsverksveksten siste år er svakere enn veksten de to siste årene, og det rapporteres om en vekst på totalt én prosent fra 2019 til 2020, fordelt på 2,2 prosent økning i tjenester til barn og unge og 0,7 prosents økning i tjenester til voksne. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen, beregner vi en økning fra 31 til 32 årsverk pr. 10 000 innbygger i tjenester rettet mot barn og unge, og ingen endring årsverk pr. innbygger i tjenester til voksne.

Viktige tema i årets rapport er status for Opptappingsplanen for rusfeltet, som nå er i sitt siste år, og pakkeforløp for psykisk helse og rus som gradvis er innført fra januar 2019.

