

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose
Silje L. Kaspersen
Marian Ådnanes
Eva Lassemo
Jorid Kalseth

SINTEF Digital

Postadresse: Postboks
4760 Torgarden 7465
Trondheim

Sentralbord: 73593000

info@sintef.no

Foretaksregister: NO
919 303 808 MVA

Rapport

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018 Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.

EMNEORD:
Kommune
Psykisk helse
Rusarbeid**VERSJON**

1

DATO

2018-12-10

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose, Silje Lill Kaspersen, Marian Ådnanes, Eva Lassemo og Jorid Kalseth

OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERSREF.

Maja Kristiansen

PROSJEKTNR

102009446

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

263

SAMMENDRAG

Fra 2017 til 2018 økte antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid totalt med nesten ni prosent, fordelt på 7,5 prosent økning i tjenester til barn og unge og 8,9 prosents økning i tjenester til voksne. Dette er den sterkeste årlige veksten vi har observert siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008.

Øvrige tema som behandles i årets rapport er: OP-rus, pakkeforløp psykisk helse og rus, oppfølgende virksomhet, øyeblikkelig hjelp døgntilbud, arbeidstiltak, brukermedvirkning og brukerorientering, boligsituasjonen, nasjonale kvalitetsindikatorer, oppfølging av barn og unge, oppfølging av eldre, pårørende, samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten, selvmord, selvskadning, vold og overgrep, organisering av psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, samt erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus. For de fleste temaene presenteres resultater på nasjonalt nivå, fylkesnivå og etter kommunestørrelse. For relevante tema presenteres også resultater fra kommunene gruppert etter helseforetaksområde.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Jorid Kalseth

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR**RAPPORTNR**
2018:01346**ISBN**
978-82-14-06792-7**GRADERING**
Åpen**GRADERING DENNE SIDE**
Åpen

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall fra psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er tredje rapport i den nye serien. 2015-2018 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken.

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

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

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

Referansegruppen for oppstarten av prosjektet besto av Geir Jensen (Sortland kommune), Anne Kristoffersen (Eigersund kommune), Tore Ødegård (da Tromsø kommune), Tor Helge Tjelta (Oslo kommune), Kari Hesselberg (da KS), Solveig Brekke Skard (KORUS Øst), Unni Helene Røstad Pedersen (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag), Håkon Steigum Løes (da Fylkesmannen i Østfold), Thor Hallgeir Johansen (Helsedirektoratet) og Jan Tvedt (Helsedirektoratet).

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet har for denne rapporten vært rådgiver Maja Kristiansen, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 10. desember 2018



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	11
NASJONALE ÅRSVERKSTALL	11
ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK	11
ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING	12
ANSATTE MED ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING INNEN PSYKISK HELSE OG/ELLER RUS	12
ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP	12
STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	13
PAKKEFORLØP	14
BRUKERMEDVIRKNING	14
SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	15
OPPSØKENDE VIRKSOMHET	15
ARBEID	16
DØGNOPPHOLD I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL PASIENTER OG BRUKERE MED BEHOV FOR ØYEBLIKKELIG HJELP	16
BOLIGSITUASJONEN	16
KVALITETSINDIKATORER	17
OPPFØLGING BARN OG UNGE	17
OPPFØLGING AV ELDRE	18
PÅRØRENDE	18
SAMARBEID MED FASTLEGENE	18
SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	19
ORGANISERING AV PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I KOMMUNENE	19
ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	20
KONKLUSJON	20
1 KUNNSKAPSGRUNNLAG	23
1.1 NASJONALE FØRINGER PÅ PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE	23
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"	23
SAMHANDLINGSREFORMEN	24
SAMMEN OM MESTRING	25
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020	25
OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE	26
KOMPETANSELØFT 2020	27
BOLIGSOSIALT ARBEID	27
HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER	27
HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD	28
PAKKEFORLØP PSYKISK HELSE OG RUS	29
NASJONAL E-HELSESTRATEGI OG HANDLINGSPLAN 2017-2022	30
1.2 INTERNASJONALE KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGER	30
PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE SOM FORSKNINGSFELT	30
ORGANISERING AV INNTAKSSYSTEMET TIL PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I KOMMUNEN	31

OPPGAVEDELING I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I DISTRIKTENE	31
MODELLER OG MÅL FOR KONTINUITET I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER – MOT EN FELLES KONSENSUS?	32
UTBRENTHET BLANT PERSONELL SOM JOBBER I PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I PRIMÆRHELSETJENESTEN	32
HVA PREDIKERER UTFALL FOR BRUKERE MED VANLIGE PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNEHELSETJENESTEN?	33
INTERNASJONAL OPPTRAPPINGSPLAN	33
1.3 FORSKNING FRA NORGE	35
PSYKISK HELSE I NORGE	35
OPPSUMMERT OM BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSE-TJENESTER	35
BRUKERERFARINGER I KOMMUNALT RUSARBEID	36
SYKEPLEIERE I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID, I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE OG TVERRFAGLIG	
SPESIALISERT RUSBEHANDLING	37
BETYDNINGEN AV UFAGLÆRT PERSONELL I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	38
TILBUDET I KOMMUNENE TIL VOKSNE MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER	39
RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)	40
BEDRE TVERRFAGLIG INNSATS (BTI)	40
VOLDSRISIKO BLANT PASIENTER SOM MOTTAR HELSETJENESTER FOR PSYKISK LIDELSE	41
KOMMUNENE BØR JOBBE MÅLRETTET MOT BRUKERE MED HØY RISIKO FOR RE-INNLEGGELSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN	41
SAMMENHENGEN MELLOM SOSIALE PROBLEM OG PSYKISK HELSE HOS UNGE I NAV	42
1.4 NORSK DELTAKELSE I EU-PROSJEKTER OM PSYKISK HELSE OG RUS	42
2 DATAGRUNNLAG	45
2.1 INNLEDNING	45
2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	46
2.2 DATAINNSAMLING	46
2.3 OM UTFYLLINGEN	49
2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET	49
EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS	49
VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL	50
2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL	50
2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	50
2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR	51
2.8 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	51
2.9 FORKORTELSER	52
2.10 INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2018	55
3 NASJONALE TALL	63
3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	63
1.1 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK	64
1.1.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	64
1.1.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER	66
1.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	69

1.2.1	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	69
1.2.2	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE	71
3.2	ANSATTE MED ERFARINGSKOMPETANSE/BRUKERERFARING INNEN PSYKISK HELSE OG/ELLER RUS	73
3.3	OPPSUMMERING	74
4	ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK	75
4.1	ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	75
4.2	ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE	76
4.3	ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE	79
4.4	ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	81
4.5	OPPSUMMERING	82
5	HOVEDFORLØP	83
5.1	DATAGRUNNLAG	84
5.2	RESPONS	84
5.3	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)	85
5.4	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	86
5.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	86
5.6	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	88
5.7	KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)	90
5.8	KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)	91
5.9	OPPSUMMERING	92
6	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	93
6.1	KARTLEGGING VÅREN 2018	94
6.2	OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET	94
6.3	KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE	96
6.4	SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER	99
6.5	KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN	101
6.6	SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING	103
6.7	KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD	107
6.8	SAMARBEID MED FASTLEGENE OM PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOL-RELATERTE PROBLEMER	108
6.9	TILTAK FOR ELDRE OVER 65 ÅR	111
6.10	FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET	113
6.11	OPPFØLGING AV BRUKERE ETTER EN IKKE-DØDELIG OVERDOSE	114
6.12	OPPSUMMERING	115
7	PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	117
7.1	INNLEDNING	117

BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERTILFREDSHET	117
SAMMENHENGENDE TJENESTER	118
UNNGÅ UNØDIG VENTETID	120
LIKEVERDIGE TILBUD	121
SOMATISK HELSE OG GODE LEVEVANER	122
EVALUERING AV PAKKEFORLØP	122
7.2 DATAGRUNNLAG	123
7.3 KOMMUNENES KJENNSKAP MED PAKKEFORLØP	123
7.4 FORVENTNINGER TIL PAKKEFORLØP INNEN PSYKISK HELSE OG RUS FOR BRUKERNE	124
7.5 FORVENTNINGER TIL PAKKEFORLØP INNEN PSYKISK HELSE OG RUS FOR TJENESTENE	127
7.6 OPPSUMMERING	128
<u>8 OPPSØKENDE VIRKSOMHET</u>	<u>131</u>
8.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	132
MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET	133
8.2 FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM	134
8.3 ANTALL ACT-TEAM	135
8.4 ANTALL FACT-TEAM	136
8.5 ANNET OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT VOKSNE (I SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN)	136
8.6 KOMMUNALT OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM (IKKE I SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN)	137
8.7 OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT BARN OG UNGE	138
8.8 ANDRE TYPER TEAM	141
8.9 ANDRE ANSATTE SOM ARBEIDER OPPSØKENDE	141
8.10 SAMLET VURDERING	142
8.11 OPPSUMMERING	143
<u>9 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD</u>	<u>145</u>
9.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT	146
9.2 HVOR I KOMMUNENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE ER DØGNPLASSENE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS ETABLERT	147
9.3 OPPSUMMERING	149
<u>10 ARBEIDSTILTAK</u>	<u>151</u>
10.1 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV	152
10.2 IPS INNEN PSYKISK HELSE	154
10.3 IPS INNEN RUSARBEID	156
10.4 KVALITET PÅ SAMHANDLINGEN	157
10.5 OPPSUMMERING	159

11	BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERORIENTERING	161
11.1	DATAGRUNNLAG	162
11.2	BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM	162
11.3	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	164
11.4	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	167
11.5	OPPSUMMERING	168
12	BOLIGSITUASJONEN	171
12.1	DATAGRUNNLAG	172
12.2	HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG	172
12.3	HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN RUS/PSYKISK SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON	174
12.4	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR	176
12.5	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR	177
12.6	OPPSUMMERING	179
13	NASJONALE KVALITETSINDIKATORER	181
13.1	KJENNSKAP TIL KVALITETSINDIKATORENE	181
13.2	OPPSUMMERING	183
14	OPPFØLGNING AV BARN OG UNGE	185
14.1	GRAD AV TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING ETTER BEHOV	185
14.2	GRAD AV RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIET SAMARBEID FOR BARN OG UNGE MED VANSKER ELLER LIDELSER	186
14.3	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	186
14.4	VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	188
14.5	OPPSUMMERING	190
15	OPPFØLGNING AV ELDRE	191
15.1	DATAGRUNNLAG	192
15.2	TILRETTELEGGING FOR AT ELDRE SOM HAR PSYKISKE VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP	193
15.3	TILRETTELEGGING FOR AT ELDRE SOM HAR RUSMIDDELPROBLEMER ELLER RUSLIDELSE FÅR HJELP	194
15.4	KOMPETANSE PÅ ELDRE I MÅLGRUPPEN	195
15.5	OPPSUMMERING	196
16	PÅRØRENDE	197

16.1	DATAGRUNNLAG	198
16.2	VOKSNE PÅRØRENDE	198
16.3	BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE	201
16.4	OPPSUMMERING	202
17	SAMARBEID MED FASTLEGENE	203
17.1	DATAGRUNNLAG	203
17.2	GRAD AV HENVISNING TIL PSYKISK HELSE OG RUSARBEID I KOMMUNENE	204
17.3	HVA FASTLEGENE BIDRAR MED	205
17.4	OPPSUMMERING	207
18	SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	209
18.1	DATAGRUNNLAG	209
18.2	ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE	210
18.3	SAMARBEIDSAVTALER	213
18.4	OPPSUMMERING	216
19	SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	217
19.1	DATAGRUNNLAG	218
19.2	SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER	219
19.3	KJENNSKAP TIL VEILEDENE MATERIELL	221
19.4	OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER	223
19.5	TVERRSEKTORIETT SAMARBEID	224
19.6	OPPSUMMERING	225
20	ORGANISERING AV TJENESTENE OG INVOLVERING I FOLKEHELSEARBEIDET	227
20.1	ORGANISERING AV TJENESTER TIL VOKSNE	227
20.2	KOBLING TIL KOORDINERENDE ENHET	228
20.3	FOLKEHELSEARBEIDET	229
20.4	OPPSUMMERING	230
21	ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	231
21.1	DATAGRUNNLAG	231
21.2	NAPHA	232
21.3	KORUS	235
21.4	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)	237
21.5	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)	239
21.6	ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	242

21.7	KOMMUNENES FORNØYDHEIT MED SENTRENE	244
21.8	OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?	245
21.9	OPPSUMMERING	246
REFERANSER		247
VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2018		253

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Våren 2015 ble den første IS-24/8 kartleggingen gjennomført. For første gang hadde kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. 75 prosent av kommunene valgte da felles rapportering for voksne, og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. De øvrige kommunene rapporterte separat på psykisk helse og rus. I 2016 valgte 90 prosent av kommunene å rapportere felles for psykisk helse og rusarbeid for voksne, og 87 prosent for barn og unge. I 2017 ble valget om separert rapportering tatt bort, og alle kommunene har derfor rapportert felles for psykisk helse- og rusarbeid både i 2017 og 2018. Rapporten inkluderer årsverksdata for perioden 2007-2018. På tema der samme spørsmålene er inkludert tidligere år, har vi tatt med alle årene som er aktuelle for å følge med på utviklingen.

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

NASJONALE ÅRSVERKSTALL

I tabellen under vises årsverkene som er rapportert inn i 2015 -2018. Den siste kolonnen viser at fra 2017 til 2018 økte antall årsverk totalt med nesten ni prosent, fordelt på 7,5 prosent økning i tjenester til barn og unge og 8,9 prosents økning i tjenester til voksne. Dette er den sterkeste årlige veksten vi har observert i siden Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008.

Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2017 til 2018

	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring i %
Voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	1 029	8,9
Barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	232	7,5
Totalt	13 131	13 936	14 633	15 894	1 261	8,6

Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2017 til 2018, finner vi at i tjenester til voksne er det en økning fra 28 til 30 årsverk per 10 000 innbygger i tjenester, og en økning fra 27 til 30 årsverk per 10 000 innbygger for barn og unge. Dette betyr at når vi tar hensyn til befolkningsveksten, er veksten på 7,9 prosent i tjenester til voksne og 7,7 prosent i tjenester til barn og unge (totalt 7,9 prosent).

ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK

I tjenester til voksne går det flest årsverk til boliger med fast personell (40 prosent). 27 prosent av årsverkene går til behandling etc., mens 20 prosent går til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 13 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er størst økning i årsverk i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse (18,5 prosent), og i boliger med fast tilknyttet personell (8,2 prosent), men det er også økning i de andre tjenestene med unntak av kategorien andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud (nedgang på 5,7 prosent). Vi observerer en økning på 2 prosent totalt i årsverk som går til aktivitet (aktivitetssenter/dagsenter, kultur og fritidstilbud og til arbeidstiltak).

I tjenester til barn og unge, går 47 prosent av årsverkene til kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid", mens 45 prosent går til helsestasjon og skolehelsetjeneste og 8 prosent til aktiviteter, kultur og fritidstiltak. Antall rapporterte årsverk har økt med 10,6 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har gått ned med 4,7 prosent. Den største kategorien (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) økte med 6,9 prosent det siste året.

ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (55 prosent). Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er rapportert om 28 flere årsverk utført av psykologer og psykologspesialister enn i 2017, hvorav 5 er psykologspesialister. Totalt er det nå 189 årsverk i tjenester til voksne som utføres av psykiatere, psykologer eller psykologspesialister. Disse utgjør 1,5 prosent av alle årsverkene som er rapportert i tjenester til voksne.

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede med eller uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (63 prosent). I 2018 ble det rapportert totalt 330 årsverk utført av psykologer og psykologspesialister, noe som utgjør 38 flere årsverk enn i 2017. Psykologer utgjør nå 8 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 2 prosent er psykologspesialister og 6 prosent er psykologer.

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

Det er 24 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har årsverk i tjenester til voksne ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus og 3 prosent i tjenester til barn og unge. Kommunene har oppgitt antall årsverk og vi beregner at disse årsverkene utgjør 1,2 prosent av de rapporterte årsverkene i tjenester til voksne og 0,2 prosent i tjenester til barn og unge.

ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP

Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, "Sammen om mestring", definerer tre bruker- og pasientforløp basert på problemenes art, alvorlighetsgrad og varighet:

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

For fjerde året på rad har norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor de tre hovedforløpene. Rundt 90 prosent av kommunene har gjort en fordeling av årsverkene. Fordelingen gjort i 2018 ligger svært nært opp til tallene for 2017: 11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne går med til brukere i hovedforløp 1, 26 prosent i hovedforløp 2 og 63 prosent i hovedforløp 3. I tjenester til barn og unge er det en motsatt tendens; her går 49 prosent av årsverkene til barn og unge i hovedforløp 1, 31 prosent i hovedforløp 2 og 20 prosent i hovedforløp 3. Det er marginalt flere årsverk som går med til alvorlig syke barn og unge i hovedforløp 3 i år, sammenliknet med i fjor, men alt i alt viser tallene seg å være veldig stabile.

Kommunene skulle også gi en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. 73 prosent av kommunene vurderer tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 til å være godt eller svært godt, mens det tilsvarende tallet for brukere i hovedforløp 3 er 62 prosent (tre prosentpoeng opp fra 2017). De fleste kommuner vurderer tilbudet til de med lette til moderate problemer/lidelser å være bedre enn tilbudet til de med alvorlige og langvarige lidelser. Sju prosent av kommunene vurderte tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 3 til å være dårlig. Kommunene vurderer tilbudet til barn og unge med alvorlig problematikk å være dårligere enn tilbudet til voksne. 43 prosent av kommunene vurderer tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3 til å være godt eller svært godt (opp to prosentpoeng), mens 16 prosent vurderer det som dårlig eller svært dårlig. Dette er en marginal bedring fra 2017.

Hvis vi ser på ulike kommunestørrelser og i hvilken grad de svarte at tilbudet var godt eller svært godt, er det en tendens til at jo større kommunen er, jo mer fornøyd er de med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1, og jo mer misfornøyd er de med tilbudet til de alvorligst syke i hovedforløp 3. Kun én av fire store kommuner med mer enn 50 000 innbyggere er godt eller svært godt fornøyd med tjenestene til den yngste målgruppen. Her er det flere som har kommentert at for barn og unge er det spesialisthelsetjenesten og barnevernet som gjør mest for de alvorligst syke, og at tilbudet i kommunen for øvrig ikke er tilpasset målgruppen. I tjenester til voksne er kommunene relativt jevnt godt fornøyd uavhengig av kommunestørrelse for pasienter i hovedforløp 1 og 2, mens de er mer fornøyd jo større kommunen er når det gjelder hovedforløp 3.

STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

Nær halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de økte midlene i stor grad har vært benyttet til formålet, mens resten svarer i noen eller liten grad. Det er store forskjeller mellom små og store kommuner, og mens det er 21 prosent av kommunene som har svart at midlene i stor grad har vært benyttet til formålet i de minste kommunene, er andelen 73 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Det er ikke betydelig geografisk variasjon, så det er mer kommunestørrelse enn hvor kommunen ligger som skaper variasjon.

Seksti prosent av kommunene svarte at Opptappingsplanen har hatt direkte positive konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det er naturlig nok flest av de største kommunene som har svart at planen har ført til endringer. Det er mange ulike endringer kommunene rapporterer om, og flest (39 prosent) oppgir at planen har ført til at de har fått flere årsverk. Totalt beregner vi at det har kommet 501 nye årsverk som en direkte følge av Opptappingsplanen. 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 oppgis av 27 prosent av kommunene, og 29 prosent oppgir økt kapasitet i tilbudet for personer med milde og moderate rusmiddelrelaterte problemer. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de i større grad får involvert voksne som pårørende etter at planen trådte i kraft, mens 12 prosent oppgir at de i større grad får involvert barn som pårørende.

Få kommuner (5 prosent) oppgir at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. I 2017 var andelen 10 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 har ikke systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusmiddelrelatert problematikk, mens seks prosent svarer at de har slike systemer for voksne, 17 prosent svarer at de har det for unge, mens 27 prosent svarer de har det både for unge og voksne.

PAKKEFORLØP

Mange kommuner oppgir at de er kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det er 28 kommuner som svarer at de ikke er kjent med dette, og 19 kommuner har ikke svart på spørsmålet. Dette er typisk små kommuner i Midt-Norge og i Nord-Norge, og dette tyder på at informasjonen ikke når ut til alle kommunene.

Det er relativt store forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Flest kommuner forventer at pakkeforløp innen psykisk helse og rus fører til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det er også mange som forventer at det kommer klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det blir bedre pasient/bruker-informasjon (50 prosent). Noen færre kommuner som forventer bedre kartlegging av pasientene/brukerne før henvisning og bedre tilgjengelighet til helsetjenester for pasienten/brukerne, økt involvering av pårørende, mer reell brukerinvolvering, bedre utfall for pasienten/brukeren (bedre helse) og bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienten/brukeren. Det er få som i liten grad har forventinger til endringer, men det er en del som er avventende og svarer at de ikke vet (13 – 17 prosent).

Mange kommuner forventer/håper at pakkeforløpene skal bidra til en bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent). Det er også mange som forventer bedre samarbeid mellom nivåene (46 prosent). Det er få som forventer at ansatte i kommunale tjenester får mindre arbeid med innføring av pakkeforløpene (9 prosent svarer i svært stor grad eller i stor grad). Noen flere forventer bedre samarbeid internt i kommunene (29 prosent), og 33 prosent forventer at pakkeforløpene bidrar til bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

BRUKERMEDVIRKNING

Basert på et noe usikkert datagrunnlag med mange manglende observasjoner, ser det ut til at det bevilges stadig mer midler til brukermedvirkning i organisert form her i landet. 44 prosent av landets kommuner rapporterte å ha bevilget drøyt 105 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form i 2018.

Over 349 av landets kommuner (83 prosent) svarer at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsearbeid. Dette er en økning på 10 prosentpoeng fra 2017, da bare 300 kommuner svarte det samme. De minste kommunene oppgir at de i størst grad sikrer brukermedvirkning, og det er særlig kommunene i Vest-Agder, Aust-Agder, Rogaland og Vestfold som scorer høyt på brukermedvirkning. Det ble også spurt på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring. Her svarte 17 prosent av kommunene at de

hadde benyttet FIT, 17 prosent av kommunene svarte at de har eget brukerråd og 24 prosent har gjennomført brukerundersøkelse siste tolv måneder. Hele 69 prosent av landets kommuner svarer at de i stor eller svært stor grad jobber recovery-orientert (økning med to prosentpoeng fra 2017). De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det er 40 prosent av kommunene som oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 22 prosent opplever endring i TSB. Innen psykisk helsevern er det 21 prosent av kommunene som oppgir at det har vært en bedring i samarbeidet og 16 prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Innen TSB er det 14 prosent av kommunene som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet og seks prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en marginal bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarer at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som er fornøyd med avtalene i 2018 enn i 2017 på alle områdene med unntak av for voksne med rusmiddelproblemer (stabilt fra 2016 til 2018).

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Vi finner at det er 8 ACT-team i Norge, og 17 FACT-team. Vi finner at det er 39 kommuner som er omfattet av et ACT-team, og 39 kommuner og fem bydeler i Oslo er omfattet av FACT-team. Vi har undersøkt hvor stor andel av innbyggerne i landet som dekkes av ACT eller FACT-team, og kommer frem til at ACT-teamene dekker 19 prosent av totalbefolkningen, mens FACT-team dekker 23 prosent av befolkningen. Totalt er det 37 prosent av befolkningen som bor i en kommune med enten ACT-team eller FACT-team. Nesodden og Bergen er de eneste med både FACT og ACT. Totalt er det 80 kommuner som har enten ACT eller FACT, og dette dekker 18 prosent av kommunene.

Det var flere som nevnte i de åpne spørsmålene at det var planer om å etablere FACT-team i løpet av 2018. Datagrunnlaget vårt gjelder våren 2018 og er basert på informasjon fra kommunene og ikke spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor være flere team som er etablert av spesialisthelsetjenesten, uten at kommunene er involvert og det kan være team som er etablert etter april 2018. NAPHA oppgir at de anslår at det er 38 FACT-team og at det er 16 team under etablering. Helsedirektoratet opplyser (per august 2018) at det er gitt tilskudd til etablering og drift av 8 ACT-team, 38 FACT-team og 21 forprosjekter (ACT eller FACT) rundt om i landet i 2018. Det blir derfor viktig å videreføre rapporteringen på oppsøkende virksomhet i 2018 for å følge utviklingen. Om NAPHA sine anslag er riktige, er det håp om at spesialisthelsetjenesten i større grad kommer ut til brukerne i tiden fremover. Men spesialisthelsetjenesten må involvere kommunene i planene og etableringen, og teamene må følge opp brukerne med de alvorligste problemene som kommunene har fått eneansvar for. Det er også i 2018 mange kommuner som etterlyser større involvering av spesialisthelsetjenesten for brukere med langvarige og alvorlige lidelser (forløp 3).

Det er også andre flerfaglige oppsøkende team, og om vi tar med alle kommuner som har oppgitt at de har flerfaglige oppsøkende team, beregner vi at 52 prosent av befolkningen bor i kommuner som skal dekkes med flerfaglige oppsøkende team. Men dette sier ikke noe om hvor mange som faktisk får den oppfølgingen de trenger, eller om kapasiteten i disse teamene står i forhold til behovene.

ARBEID

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

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

Det er 89 kommuner/bydeler (20 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Dette er en økning fra 16 prosent i 2017. Som for psykisk helse, øker andelen systematisk med kommunestørrelse.

I 2017 var det 51 prosent av kommunene som rapporterte at samhandlingen mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke var særlig god. I 2018 har andelen sunket til 42 prosent, så utviklingen ser ut til å gå i riktig retning.

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 en av tre kommuner som oppgav at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Av de som hadde etablert et tilbud, var det 86 prosent som hadde valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens 14 prosent hadde etablert et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen.

Våren 2018 er det 73 kommuner (17 prosent) som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen. I 2017 var andelen 33 prosent. Av alle kommunene, er det 39 prosent som har etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 38 prosent har etablert tilbudet i egen kommune enten i bofellesskap, sykehjem eller i forbindelse med legevakt. Seks prosent av alle kommunene oppgir at de har valgt en annen løsning, for eksempel at de er en liten kommune som ikke har behov for dette tilbudet fordi de har godt samarbeid med sin DPS eller at de har sykestue som dekker behovet. I Oslo ser det ut til at Velferdsetaten driver egne sengeplasser. Det er 83 prosent av kommunene som har integrert døgntilbudet i somatikken, mens resten har etablert et eget tilbud til målgruppen psykisk helse og rus.

BOLIGSITUASJONEN

Det er 68 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske utfordringer og lidelser, mens det tilsvarende tallet for målgruppen som sliter med rusproblematikk er 55 prosent. Tallene kan ikke direkte sammenliknes med fjoråret (i 2017

var 60 prosent av kommunene i stor grad fornøyd med tilbudene som gis), da man ikke skilte mellom psykisk helse og rus i spørsmålsstillingen. Av årets spørsmålsstilling ser vi at det fortsatt er flere utfordringer i kommunalt rusarbeid, enn i psykisk helsearbeid. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere, og dette har vært tendensen de siste årene.

I 2018 er det også færre kommuner som mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en bedre bosituasjon for målgruppen, sammenliknet med 2017. Det er særlig de minste kommunene som i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en god bosituasjon.

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

KVALITETSINDIKATORER

Nær to av tre kommuner (66 prosent) oppgir at de kjenner til de nasjonale kvalitetsindikatorene og det er ikke betydelige forskjeller i andelen i store og små kommuner. Rundt halvparten av kommunene oppgir at de i noen (34 prosent) eller i stor grad (16 prosent) eller i svært stor grad (1 prosent) benytter de nasjonale indikatorene i arbeidet med oppfølging, utvikling eller prioritering.

OPPFØLGING BARN OG UNGE

Det er 80 prosent av kommunene som svarer at de tilrettelegger i stor grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. I 2017 var det 71 prosent som svarte slik. Resten av kommunene, med få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Det er 79 prosent av kommunene som svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage). Dette er kun en marginal endring fra 2017 (78 prosent). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksis.

Det er 54 prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2017 var andelen 41 prosent. Andelen som har en slik plan, øker tydelig med kommunestørrelse.

Vi beregner at rundt 15 prosent av kommunene ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Dette er typisk mindre kommuner.

OPPFØLGING AV ELDRE

For første gang har vi kartlagt hvordan kommunene følger opp eldre med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Det er relativt få kommuner som oppgir at de i liten grad tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Naturlig nok er det flest kommuner som oppgir at de i minst grad ivaretar oppfølging av eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester (26 prosent svarer i stor eller svært stor grad). Men det er flere kommuner som mener de tilrettelegger for at eldre som mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus får hjelp og oppfølging etter behov (76 prosent) og innen andre oppfølgingstjenester (56 prosent). Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de tilrettelegger for at eldre i sykehjem som har psykiske vansker får hjelp og oppfølging etter behov.

Som for psykisk helse, er det naturlig nok de eldre med rusmiddelproblemer som bor hjemme uten kontakt med kommunale helsetjenester som kommunene i minst grad når ut til (21 prosent svarer i svært stor eller i stor grad). Eldre som allerede mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus dekkes naturlig nok i størst grad (63 prosent) og innen andre kommunale oppfølgingstjenester (47 prosent), og eldre i sykehjem 39 prosent. Det er 32 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller svært stor grad tilrettelegger for at eldre med alkoholrelaterte problemer får hjelp og behandling.

Det ser ut til å være et betydelig forbedringspotensial for alle brukergruppene. Men det er nok vanskelig for kommunene å svare generelt på dette, også fordi det ikke foreligger prevalenstall for de ulike gruppene så de kan vite hvor mye de fanger opp.

PÅRØRENDE

I 2017 fant vi at en forutsetning for å få til godt pårørendearbeid for voksne pårørende, er at bruker selv ønsker involvering av pårørende. Vi fant også at det er lite tradisjon på dette fagområdet for å jobbe med hele familien når brukeren er voksen. De viktigste faktorene for involvering av voksne pårørende er sannsynligvis at pårørende i utgangspunktet er en viktig aktør i brukerens liv, og at tjenestene er tilgjengelig for pårørende. Når det gjelder barn og unge, er foreldrene i stor grad involvert i tilbudet. Når det gjelder barn og unge, fant vi at det er lite samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, og at tjenestene ikke i god nok grad kartlegger brukernes familiesituasjon. For å få fulgt opp barn og unge som pårørende er det nødvendig med god kommunikasjonsflyt mellom tjenester, og samtidig et sterkt familiefokus i tjenestene.

Det er i 2018 vanskelig å si noe om kvaliteten på oppfølgingen av pårørende fordi vi ikke vet hva som følges opp i spesialisthelsetjenesten, og hva som forventes av kommunene. Selv om mange kommuner svarer at de har et godt tilbud til pårørende, kan dette bety at pårørende får oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålene bør derfor endres neste år om de skal tas med, slik at systematikken i oppfølgingen av pårørende fremkommer, heller enn egenvurdert kvalitet.

SAMARBEID MED FASTLEGENE

Et stort flertall av kommunene mener at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (84 prosent). I 2012 var andelen 83 prosent. Vi har foreløpig ikke undersøkt hvorvidt de samme kommunene svarer det samme i 2012 og i 2018, men svarfordelingene på nasjonalt nivå er bortimot uendret i de to datasettene på alle spørsmålene. Svarene kan tyde på at fastlegene er

minst involvert og tilgjengelig i de store byene, men dette vil evalueringen av fastlegeordningen gi svar på.

I 2012 var det 15 prosent av kommunene som svarte at fastlegen i svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene/bydelene. I 2018 svarte 26 prosent av kommunene dette. Vi har ikke undersøkt om dette er fordi flere kommuner krever henvisning til tjenestene enn tidligere, eller om dette skyldes at tjenestene har blitt mer kjent for fastlegene nå enn i 2012, eller om tjenestene er bygget ut slik at de kan håndtere flere henvisninger.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Nær 40 prosent av kommunene/bydelen har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 21 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er bare marginale endringer fra 2017 til 2018. Det er 58 prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep. Dette er en tydelig økning fra 2017, da det var 46 prosent som svarte at de hadde etablert slike rutiner. Det er også en økning i antall kommuner som har innført skriftlige rutiner for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, fra 27 prosent av kommunene i 2017 til 36 prosent i 2018. Det er også en økning i antall kommuner som har kurs i selvmordsforebygging, fra 66 prosent til 74 prosent.

Det er 77 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk, og 26 prosent av kommunene har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell.

Det er 26 prosent av kommunene som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i 2018. Og like mange kommuner oppgir at de har oversikt over antall personer som henvender seg på grunn av seksuelle overgrep. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer at de har oversikt på begge områdene.

Det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep har forbedringspotensial i en stor andel av kommunene. Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at samarbeidet i disse sakene i stor grad er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke. Det er ingen endring fra 2017 til 2018.

ORGANISERING AV PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I KOMMUNENE

Totalt oppgir 65 prosent av alle kommunene i 2018 at arbeidet rettet mot voksne er organisert i en felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, mens ni prosent har integrerte tjenester. De resterende 27 prosentene oppgir at de har separate enheter/tjenester for henholdsvis psykisk helse- og rusarbeidet. Dette er i tråd med det bildet vi har hatt av utviklingen de siste årene, at flere samler tjenestene i en egen enhet.

For barn og unge er det stor variasjon i hvordan tjenestene er organisert. Det vanligste ser ut til å være at arbeidet ivaretas av eksisterende tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, skole og barnehager), men mange har også en egen tjeneste rettet mot barn og unge med psykiske helseproblemer. Andre har delt ansvar mellom sektorene helse og oppvekst, og en del har gitt ansvaret til

helsestasjonstjenesten. Noen oppgir også at de har organisert arbeidet i en egen forebyggingsenhet. Dette vil kartlegges grundigere neste år for å få en kvantitativ fordeling.

Vi har også vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og vi spurte derfor om dette i 2018. Kartleggingen viser at 71 prosent av kommunene svarer at fagfeltet er integrert i koordinerende enhet. Vi finner ingen statistiske forskjeller mellom kommunene etter hvor store de er, eller etter hvilket fylke de ligger i.

På et åpent spørsmål om på hvilken måte psykisk helse- og rusarbeid bidrar inn i det lokale folkehelsearbeidet per i dag, er det 62 kommuner som oppgir at de bidrar gjennom planarbeid knyttet til folkehelsearbeidet på ulike måter. Det er 46 kommuner som nevner at de samarbeider med frisklivssentralen og andre mestringstjenester, og 18 kommuner har svart at de bidrar blant annet på Verdensdagen for psykisk helse. Ti kommuner oppgir at kommunepsykologen deltar i folkehelsearbeidet. Andre svarer at de deltar i ulike prosjekter eller i enkelte tiltak, mens andre sier at de i liten grad bidrar inn i dette arbeidet.

På spørsmål om psykisk helsearbeid og rusarbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet er det 74 prosent som svarer ja for psykisk helse og 64 prosent som svarer ja for rus. Det er ikke statistiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Det er få kommuner som nå ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten. KORUS-ene er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (90 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (83 prosent). NAPHA har vært benyttet av 75 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 64 prosent av kommunene. Det er 55 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten.

Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff.

KONKLUSJON

Årsverksveksten fra 2017 til 2018 er den sterkeste veksten kommunene har rapportert siden opptrappingsplanen for psykisk helse var ferdig i 2008. Veksten er på 8,6 prosent (8,9 i tjenester rettet mot voksne og 7,5 i tjenester til barn og unge). Blant de viktigste temaene i årets rapport er resultat av Opptrappingsplan for rus (2016-2020) og forventninger til innføring av pakkeforløp fra 2019.

Vi finner at nær halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de økte midlene de har fått gjennom Opptrappingsplanen i stor grad har vært benyttet til formålet, mens resten svarer i noen eller liten grad. Det er store forskjeller mellom små og store kommuner, og mens det er 21 prosent av kommunene som har svart at midlene i stor grad har vært benyttet til formålet i de fleste kommunene, er andelen 73 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Det er ikke betydelig geografisk variasjon, så det er mer kommunestørrelse enn hvor kommunen ligger som skaper variasjon.

Seksti prosent av kommunene svarte at Opptrappingsplanen har hatt direkte positive konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det er naturlig nok flest av de største kommunene som har svart

at planen har ført til endringer. Det er mange ulike endringer kommunene rapporterer om, og flest (39 prosent) oppgir at planen har ført til at de har fått flere årsverk. Totalt beregner vi at det har kommet 501 nye årsverk som en direkte følge av Opptappingsplanen.

Når det gjelder pakkeforløp oppgir de aller fleste kommunene (90 prosent) at de er kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det er generelt store forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Forventingene handler for flest kommuner om at det blir en tydeligere ansvarsfordeling og rolleavklaring mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Men det er også en del kommuner som uttrykker skepsis til innføring av pakkeforløp for målgruppen, og dette ser i særlig grad ut til å handle om at de mener målgruppen trenger tett individuelt tilpasset oppfølging etter recovery-tankegang, mens pakkeforløpene standardiserer oppfølgingen heller enn å individualisere.

Vi opplever generelt en stadig økende oppslutning om rapporteringen, og alle kommunene bidrar. Det var i 2018 totalt 2300 fagfolk fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som har bidratt i utfyllingen.

1 KUNNSKAPSRUNNLAG

Denne rapporten tar for seg en rekke tema og problemstillinger innenfor psykisk helse- og rusfeltet i kommunal sektor, og brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere i kommunene, forskere og av studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger rundt om i landet. I tillegg til å framstille ressursinnsats og kompetanse i psykisk helse- og rusarbeid fordelt på ulike typer tiltak, utdanningsgrupper og hovedforløp, gis status i kommunene innenfor følgende tema i 2018: Opptappingsplanen for rusfeltet, pakkeforløp psykisk helse og rus, oppfølgende virksomhet, øyeblikkelig hjelp døgntilbud, arbeidstiltak, brukermedvirkning og brukerorientering, boligsituasjonen for målgruppen, nasjonale kvalitetsindikatorer, oppfølging av barn og unge, oppfølging av eldre, pårørende, samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten, selvmord, selvskading, vold og overgrep, organisering av psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, samt erfaring med kompetanse- og ressursenter for psykisk helse og rus. Prosjektet som datagrunnlaget i rapporten er innhentet gjennom, har til hensikt å monitorere utviklingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid over tid på vegne av helsemyndighetene. Vi har således ikke et mål om å diskutere enkeltresultater i hvert kapittel opp mot internasjonal litteratur på feltet i denne rapporten, det gjør vi i større grad ved å anvende data og kunnskap fra prosjektet inn i vitenskapelige publikasjoner på noen av temaene som er berørt her.

Det ligger utenfor rammene i prosjektet å gi en fullstendig litteraturgjennomgang på hvert enkelt tema, men i dette delkapitlet har vi gjort en oppsummering av de viktigste nasjonale føringene på feltet og nye vitenskapelige publikasjoner av relevans for tjenestene. Vi har søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed, i tillegg til å søke på norsk gjennom Google Scholar og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet. Søkeordene har vært kombinasjoner av community mental health services/community drug treatment/primary care/systematic review.

1.1 NASJONALE FØRINGER PÅ PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE OG "MESTRE HELE LIVET"

Gjennom ti år, fra slutten av 1990-tallet og fram til 2008, pågikk Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Den var bygget på Stortingsmelding 25 "Åpenhet og helhet", og er den hittil største reformen på psykisk helse-feltet i Norge. Evalueringen ble gjort av ulike forskningsmiljø i regi av Norges Forskningsråd, som pekte på at de fleste målene i planen ble nådd, men at det fortsatt gjensto mye arbeid, særlig når det gjaldt 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 opptappingsplanperioden, og det ble gjennomgående ansatt relativt høyt utdannet personell i denne tjenesten. Evalueringen av Opptappingsplanen pekte på at det fortsatt var behov for å øremerke midler til psykisk helse- og rusfeltet, og flere tilskuddsordninger i regi av helsemyndighetene ble opprettet (f.eks. tilskudd til rekruttering av psykologer til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, lavterskeltiltak, Rask psykisk helsehjelp, etablering av FACT og ACT-team, samt ulike kompetansehevende tiltak for personell i

kommunene). Disse har bidratt til å "holde trykket oppe" på dette feltet i årene etter Opptrappingsplanen. Det er etablert eller videreført flere nasjonale kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet, som skal støtte kommunenes og spesialisthelsetjenestens behov for informasjon, støtte og kompetanseheving. En vurdering fra kommunene på de mest sentrale kompetansesentrene presenteres til slutt i denne rapporten.

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

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

SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47(2008-2009)) har vært en sentral referanse i arbeidet med å få til bedre samarbeid både internt og på tvers av første- og andrelinjetjenesten. Av sentrale punkter i reformen kan nevnes:

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

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

SAMMEN OM MESTRING

Et av de viktigste styrende dokumentene ledere og tjenesteutøvere i norske kommuner forholder seg til i arbeidet med psykisk helse og rus per i dag, er veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne "Sammen om mestring" (IS-2076) som kom i 2014¹. Veilederen sier at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Videre skal arbeidet bidra til å bedre levekårene for personer som har et rusmiddel- eller psykisk helseproblem, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv. Pårørende til mennesker med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning. Det kommunale arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid omfatter både forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon.

Veilederen introduserte også 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 distriktspsykiatriske sentrene og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Veilederen peker på at psykisk helse- og rusarbeidet står overfor mange av de samme utfordringene, som krever like tilnæringsmåter, og understreker at det derfor er hensiktsmessig å se psykisk helse og rus i sammenheng. I årene etter at veilederen ble publisert har de aller fleste kommuner slått sammen psykisk helse og rus-enhetene sine. 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.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020

I Prop. 15 S (2015-2016) defineres *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020* (OP-rus)². OP-rus er innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet, et rusproblem. Disse skal sikres et bedre tilbud og gode tjenester i nærmiljøet, samt at det skal ses nærmere på innsatsen etter behandling (dvs. oppfølging), og det skal skapes muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid. Det skal også sørges for en god bolig. Planen har dermed et fokus på tjenesteyting og kommuner, og hvordan innsatsen innrettes for å samarbeide på kommunalt nivå for å yte gode tjenester, men også hvordan det samarbeides med Distriktspsykiatriske sentra (DPS) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Fylkesmannen og andre kompetansesentra, samt med frivillige organisasjoner, inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner.

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

¹<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

² Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020.

- Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer

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. Opptappingsplanen for rusfeltet er under evaluering av FAFO på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det er hittil publisert en nullpunktsanalyse for 2016 i evalueringen, som gir en oversikt over indikatorer (inkl. variabler fra IS-24/8) som skal måle måloppnåelse, og en organisasjonsstudie som viser hvordan planen tenkes implementert (Hansen, Tofteng et al. 2018).

OFFENTLIGE FØRINGER FOR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenestetilbud gjentas i en rekke stortingsmeldinger, utredninger og andre sentrale dokumenter som angår tjenester til barn og unge. Samhandlingsmeldinga påpeker at atferdsproblemer og internaliserte problemer som depresjoner, angst, selvskadning i tillegg til rusdebut hos unge er tett forbundet med hverandre, og derav behovet for hjelp fra, og godt samarbeid mellom, flere tjenester og sektorer. Det er sentralt i samhandlingsreformen å "finne fram til systemtiltak som har forankring i, og rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser."

Flatø-utvalgets utredning vurderer mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester (NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det rett). Utvalget foreslo at barnevern, helsetjenester og sosiale tjenester jobber mer samlet, slik at brukerne av tilbudene i større grad opplever at det er "en dør inn" når de trenger hjelp fra flere tjenester. Helsetilsynet underbygger Flatø-utvalgets beskrivelser av et fragmentert tjenesteapparat i sin høringsuttalelse til NOU-en, og peker på at dette kan resultere i at særlig de med langvarige, sammensatte og store behov for tjenester ikke får et tilstrekkelig tilbud. BLD og HOD har vært pådrivere for styrket samarbeid på regionalt nivå, og det har blitt inngått samarbeidsavtaler i samtlige regioner. Avtalene skal blant annet sikre et systematisk godt samarbeid mellom partene, og at barn og unge og deres familier "får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene". Individuell plan (IP) nevnes i denne sammenheng fordi det er et lovpålagt verktøy for samhandling når det dreier seg om pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det skal alltid gjøres en vurdering av om det er behov for IP. Når brukeren får tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er dette kommunens ansvar å sette i gang og å koordinere. Når det er helseforetaket som følger opp pasienten skal de varsle kommunen når de ser behov for en IP som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Da skal helseforetaket også medvirke i kommunens arbeid med IP.

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

utviklingen av tiltak etter hvert er stor, men at overgangen fra prosjekt til drift en stor utfordring (Melby, Ådnanes et al. 2017).

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 kommunene, Fylkesmannen og ulike brukerorganisasjoner. Seks direktorat står ansvarlige for Veiviseren: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet. De siste årene har flere kommuner benyttet metoden Housing First. Dette er en metode for bosetting av bostedsløse med et rusmiddelproblem og/eller psykiske lidelser. Housing First startet som pionerprosjektet "Pathways to Housing" i New York. De senere år har metoden fått bred utbredelse og anerkjennelse, også i Europa og Norge. Housing First eller elementer av Housing First er forsøkt og tiltak satt i gang i flere kommuner, dels i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Til forskjell fra en "trappetrinnsmodell" hvor den bostedsløse går veien via ulike midlertidige tilbud for å "kvalifisere" til en varig bolig, gis "bolig først", sammen med oppfølgingstjenester. Det ble i 2015 gjort en internasjonal kunnskapsoppsummering om finansieringen av Housing First. Denne konkluderte med at modellen i liten grad kan forventes å betale for seg selv, men vil være avhengig av tilskudd, men at den likevel kan lønne seg fordi den fører til en mer effektiv ressursallokering (Ly and Latimer 2015).

HANDLINGSPLANER MOT VOLD I NÆRE RELASJONER

Vold i nære relasjoner er et viktig satsingsområde for helsemyndighetene. Vold i nære relasjoner har et betydelig omfang og utgjør både et kriminalitets- og folkehelseproblem. Kommunale eller interkommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner skal sikre at kommunene har fokus på vold og overgrep og at berørte får et tilrettelagt og helhetlig tilbud. I følge Regjeringens nettsider skal

egne handlingsplaner styrke kunnskapsnivået hos de ansatte i kommunene og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer. Veilederen er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet og ble lansert i november 2013.

HANDLINGSPLAN MOT SELVMORD

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 (Folkehelseoven³), de senere års oppbygging av kommunale psykisk helse- og rustjenester (Ose and Kaspersen 2016), Samhandlingsreformen (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008), samt signaler gitt i den pågående "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017" (Helsedirektoratet 2014), er det selvmords- og selvskadingsforebyggende arbeidet som foregår i de kommunale helsetjenestene underkommunisert. IS-24/8 har hatt spørsmål om selvmordsforebyggende arbeid i flere år nå. Det første nasjonale programmet for forebygging av selvmord i Norge, "Handlingsplan mot selvmord", ble utviklet av Helsedirektoratet tidlig på 1990-tallet og var gjeldende i perioden 1994 til 1999. Statens helsetilsyn hadde ansvaret for gjennomføringen av programmet, som beskrives i en egen sluttrapport fra Statens helsetilsyn i år 2000 (Reinholdt 2000). I 2008 gav Sosial- og helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2008, Walby and Ness 2012), basert på en omfattende oppsummering av effektene av selvmordsforebyggende tiltak gjort av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2006 og 2007 (Mehlum, Dieserud et al. 2006, Mehlum, Dieserud et al. 2007). I 2011 kom også en veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord (Helsedirektoratet 2011). Da Helsedirektoratet i 2014 presenterte en ny "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017" (Helsedirektoratet 2014), var dette den første nasjonale planen for selvmordsforebyggende arbeid siden 2002 (Mork 2014). I motsetning til tidligere handlingsplaner på dette feltet er nå også forebygging av selvskading et uttalt mål. Planen presenterer fem delmål med 29 tilhørende tiltak: 1) God psykisk helse og mestring i befolkningen, 2) redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, 3) god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, 4) et kunnskapsbasert tjenesteapparat og 5) kunnskapsbaserte strategier og tiltak.

I 2016 lanserte Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) et eget e-læringskurs for helsepersonell. Tiltak i handlingsplanen var blant annet et eget e-læringskurs for helsepersonell som Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) lanserte i 2016. Kurset skal øke kunnskapen om risikofaktorer og forebygging av selvmord og gjøre fastleger og psykologer i primærhelsetjenesten bedre i stand til å gjøre selvmordsrisikovurderinger⁴. Ett annet tiltak var "Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord" lansert av Helsedirektoratet i 2017. Materialet gir kommunene råd og anbefalinger i 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

³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

⁴ <http://selvmordsrisikovurdering.no/>

følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. RVTS og NSSF bistår Helsedirektoratet i å understøtte implementeringen av det veiledende materialet.

PAKKEFORLØP PSYKISK HELSE OG RUS

I januar 2019 innføres de første tre av de nye pakkeforløpene for psykisk helse og rus⁵. Pakkeforløpene skal starte med en henvisning fra primærhelsetjenesten og slutte i kommunen etter at pasienten har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. De første tre pakkeforløpene som trer i kraft er generelle forløp som gjelder alle som henvises til psykisk helsevern for voksne eller barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fra februar 2019 kommer tilstandsspesifikke pasientforløp:

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

I kommunene har det for mange vært uklart hvilken rolle kommunene skal ha i pakkeforløp. Helsedirektoratet skrev følgende i sitt brev som ble sendt til kommunene høsten 2018:

"Helsedirektoratet er gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og bistå i implementeringen av pakkeforløpene for psykisk helse og rus i samarbeid med tjenestene og brukerorganisasjonene. Pakkeforløpene introduserer ingen nye rettigheter og plikter, men bidrar til å sette god praksis i system. Forløpene bygger på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og veiledere for utredning og behandling der dette finnes. Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, kommune, fastlege og andre relevante aktører er sentralt. De fem målene for pakkeforløpene er:

1. økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. unngå unødig ventetid
4. likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
5. bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

(...) Vi anbefaler at eksisterende samarbeidsavtaler og underliggende tjenesteavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennomgås og endres i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. Likeledes oppfordrer vi til at eksisterende, felles møtearenaer benyttes i arbeidet. For pasienter med behov for koordinerte og samtidige tjenester skal kommunen sikre nødvendig oppfølging før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med koordinering skal organiseres og hvilken instans som skal ha dette ansvaret."

SINTEFs gruppe for helsetjenesteforskning har fått oppdraget med å evaluere pakkeforløpene på vegne av Helsedirektoratet. Det har vært stilt spørsmål til kommunene vedrørende pakkeforløp i IS-24/8 for 2018, og resultatene presenteres i kapittel 7.

⁵<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#informasjon-til-kommunene-vedr.-pakkeforl%C3%B8p-for-psykisk-helse-og-rus>

Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 beskriver foreslått strategisk retning for målet om et digitalisert, samlet helsevesen som oppleves enklere, bedre og mer helhetlig for innbyggerne. Man ønsker å utvikle en gjennomgående digital journalløsning for hele helse- og omsorgstjenesten og behov for digital samhandling skal ivaretas i perioden. I følge strategiens nettside sluttet Regjeringen seg i juni 2016 til en utviklingsretning for en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten. "Én innbygger – én journal" skal gjennomføres med stegvise, selvstendige prosjekter som styres overordnet nasjonalt. Noen av hovedgrepene for denne perioden er derfor å legge en plan og starte opp tiltak som understøtter utviklingsretningen. Første tiltak blir en utprøving av målbildet med en løsning for området som dekker Midt-Norge. Det skal avgjøres om det også skal anskaffes en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Bedre sammenheng i pasientforløp nevnes som et mål, og prioriterte behov for bedre samhandling skal løses med utgangspunkt i eksisterende IKT- infrastrukturer.

En digital legemiddelkjede nevnes spesielt som et aspekt som skal strykes, og det skal generelt legges til rette for raskere spredning og innovasjon av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren. IS-24/8 spurte i 2017 om potensialet for å ta i bruk mer teknologi i psykisk helse- og rustjenestene, og her bekreftet kommunene vårt inntrykk om at det ligger et stort uutnyttet potensial her (Ose og Kaspersen, 2017). I løpet av de siste par årene har også Skype for business blitt godkjent som verktøy i pasientkonsultasjoner, noe som helt sikkert vil kunne løse en del utfordringer med å skaffe fagfolk i distriktene (kommuner i Finnmark og Helse Nord RHF har allerede erfaring med dette). Det er også tenkelig at teknologi kan gjøre at man når pasientgrupper som i utgangspunktet er dårlige hjelpsøkere (unge menn for eksempel), og at behandling kan utføres på nye måter. Bruk av Virtual Reality-teknologi i psykiatrisk behandling av angst er et eksempel på utviklingsarbeid som foregår i spesialisthelsetjenesten i dag, med lovende resultater (Oing and Prescott 2018). Denne utviklingen blir spennende å følge i årene som kommer.

1.2 INTERNASJONALE KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGER

IS-24/8 har i stor grad fokus på ressursinnsats og organisering av de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. 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 mye 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.

PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE SOM FORSKNINGSFELT

En nylig publisert systematisk litteraturoppsummering med tittel "Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature" (Jones, Hannigan et al. 2018) undersøkte hvilke intervensjoner som har vist seg å være mer eller mindre effektive for å fremme personlig tilpassede og recovery-orienterte helsetjenester for brukere av kommunale psykisk helse-tjenester. Forskerne gikk gjennom nesten fire tusen artikler fra 1990 og fram til 2018, og endte opp med 50 artikler som fylte inklusjonskriteriene. De identifiserte tre hovedtyper forskning på dette feltet; a) evalueringer av effektene av helsemyndighetenes politikk på organisasjonen, ledelse og tjenesteyting; b) evalueringer av forsøk på å forbedre organisering og

tjenester; c) brukere og tjenesteutøvere sine erfaringer med koordinering og samhandling i psykisk helsearbeid. Litteraturoppsummeringen fant ingen framtrødende artikler som peker seg ut med svært høye siteringsrater, eller artikler som er sitert gjentakende over lang tid. Forskerne peker på at dette forskningsfeltet synes å ha utviklet seg reaktivt som en respons til hyppige, og ofte uforutsette, endringer i politikken, heller enn som resultat av egen akademisk eller intellektuell kapasitet. Helsetjenesteforskning innenfor psykisk helsefeltet har en kort historie, uten noen dominante forskere eller forskningsmiljø. Studien konkluderer med at det er et gap internasjonalt gjennom flere tiår mellom politiske ambisjoner og intervensjoner på tjenestenivå som skal forbedre pasientforløp og koordinering, og det som er realiteten i praksis og erfaringer fra brukerne og tjenesteyterne. De mener vesentlige hindringer for involvering er skapt gjennom dårlig informasjonsutveksling og utilstrekkelige muligheter for å forhandle om tjenesteutviklingen.

ORGANISERING AV INNTAKSSYSTEMET TIL PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I KOMMUNEN

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

OPPGAVEDELING I PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID I DISTRIKTENE

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

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

Forskere i SINTEF publiserte sammen med NTNU artikkelen "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved" i *Nordic Journal of Psychiatry* i 2016.

Artikkelen undersøker om pasienter i psykisk helsevern som har behov får tjenester fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten (Ose, Kaspersen et al. 2016). Bakgrunnen var å få mer kunnskap om pasientene som ville bli omfattet av en eventuell overføring av DPS-ene til kommunene. Konklusjonen i denne studien er at mange av pasientene i psykisk helsevern har behov for tjenester fra begge nivå, og at dette først og fremst gjelder pasienter med de mest alvorlige diagnosene og de største sosiale problemene. En sterkere integrasjon av tjenestenivåene vil potensielt først og fremst komme disse pasientene til gode.

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

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

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

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

En systematisk litteraturgjennomgang og omfattende meta-analyse av nivået på utbrenthet blant de som jobber i helsetjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser, fant 62 studier i perioden 1997-2017 som tok for seg dette temaet og fylte inklusjonskriteriene. 33 studier (n = 9409) ble inkludert i meta-analysen. Resultatene tilsa at den overordnede prevalensen av følelsesmessig utmattelse var på 40 prosent, prevalensen av depersonalisering (strategi der man fjerner seg psykisk fra det som skjer, men er der fysisk) var på 22 prosent og for lave nivå på personlige prestasjoner på 19 prosent. En gjennomsnittlig psykisk helse-arbeider viste altså høye verdier på følelsesmessig utmattelse, moderate nivå på depersonalisering og akseptable nivå (på linje med populasjonen) for

personlige prestasjoner. Jo høyere alder, jo høyere sannsynlighet for at man drev med depersonalisering, men samtidig var høyere alder assosiert med bedre opplevelse når det gjaldt personlige prestasjoner. Arbeidsmengde og forholdet til andre ansatte på jobben var de viktigste prediktorer for utbrenthet, mens rolleavklaring, en følelse av profesjonell autonomi og rettferdig behandling var beskyttende. Det var også slik at de som jobbet i kommunale team uten mye spesialistkompetanse var mer sårbare for utbrenthet sammenliknet med team der man hadde mer spesialisert kompetanse (O'Connor, Muller Neff et al. 2018). To andre artikler har undersøkt liknende problemstillinger knyttet til utbrenthet blant ansatte som jobber med rusfeltet i kommunene, og hadde særlig fokus på forskjeller mellom urbane og rurale strøk. Her kom det fram at kollega-støtte og veiledning fra klinikere var de viktigste faktorene for å forebygge utbrenthet. I tillegg gav de som jobbet i distriktene (og ikke i urbane strøk) tilbakemelding om at de opplevde at rusarbeid ble sett på som lavstatus jobb, og at dette kunne bidra til å trigge utbrenthet (Oser, Biebel et al. 2013, Pullen and Oser 2014).

HVA PREDIKERER UTFALL FOR BRUKERE MED VANLIGE PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNEHELSETJENESTEN?

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

INTERNASJONAL OPPTRAPPINGSPLAN

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) kan 14 prosent av den globale sykdomsbyrden tilskrives mentale, nevrologiske og rusmiddelrelaterte lidelser. De fleste som har disse lidelsene har ikke tilgang til den behandlingen de trenger. Dette er bakgrunnen for at WHO i 2008 startet en egen opptrappingsplan "Mental Health Gap Action Programme"⁶, der målet er å skalere opp tjenester til denne brukergruppen over hele verden i form av konkrete tiltak. Prioriterte områder er depresjon, schizofreni og andre psykotiske tilstander, selvmord, epilepsi, demens, rus (alkohol/narkotika-relaterte tilstander) og psykiske lidelser blant barn og unge (WHO 2008). I en nylig publisert artikkel i World Psychiatry skriver Thornicroft et al. (2016) at det nå implementeres evidensbaserte tiltak i henhold til denne planen i over 90 land rundt om i verden. Artikkelen definerer lokalt psykisk helse- og rusarbeid

⁶ http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

som de tiltak og praksiser som trengs for å ivareta den psykiske helsen i en lokalbefolkning (Thornicroft, Deb et al. 2016). Dette gjøres i form av:

- a) tilgjengelige tjenester som ivaretar befolkningens behov,
- b) tjenester som bygger på konkrete mål for hver enkelt og den iboende styrken som ligger i personer med rus- og/eller psykiske problemer/lidelser,
- c) et tilstrekkelig støttenettverk i form av ulike veldimensjonerte tjenester og ressurser,
- d) å vektlegge tjenester som er både evidensbaserte og recovery-orienterte.

I internasjonal sammenheng bruker Norge mye ressurser på å gi befolkningen de helsetjenestene de trenger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I Thornicroft et al. (ibid.) vil Norge befinne seg i kategorien "high-resource setting" med et relativt avansert tjenestetilbud på begge tjenestenivå. Utgifter til helsetjenester utgjorde 10 prosent av brutto nasjonalprodukt i 2015 (311 milliarder kroner, ca. 60 000 kroner per innbygger⁷). Selv om budsjettene stadig øker har det likevel vært vanskelig å måle hvorvidt kvaliteten på tjenestene har blitt bedre – særlig innen psykisk helse- og rusfeltet.

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

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

⁷ <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>

1.3 FORSKNING FRA NORGE

PSYKISK HELSE I NORGE

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

I hovedtrekk viser oppdateringen de samme resultatene for voksenbefolkningen som den foregående rapporten; psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen, og bidrar til betydelig helsetap. De vanligste lidelsene blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser. Blant barn og unge er det angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som er vanligst. For ikke-dødelig helsetap er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andreplass etter muskel- og skjelettlidelser. Selvmord bidrar til mange tapte leveår. Kronisk insomni rammer en av syv voksne, og norske ungdommer sover for lite på hverdagene. Forekomsten av demens er høyere enn tidligere antatt. Det anslås at mellom 80 000 og 104 000 har demens. Forskerne finner ingen holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Men forskerne observerer en bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene. Det pekes på at man må styrke kunnskapen om årsakene til og konsekvensene av en slik økning og hvordan de psykiske plagene kan reduseres. Likeledes trengs økt kunnskap om innvandreres psykiske helse. Forfatterne påpeker videre at god oversikt over befolkningens psykiske helse forutsetter et godt datagrunnlag, og at det ligger både muligheter og begrensninger i de eksisterende dataene på psykisk helse og rus. For å kunne gi mer presise forekomsttall og for å kunne publisere løpende helseanalyser på psykisk helse og rus, er det behov for å innhente nye befolkningsbaserte data. Det er også behov for enklere og raskere tilgang til sammenstilte opplysninger fra helseregistrene og andre relevante registre (Reneflot A, Aarø LE et al. 2018).

OPPSUMMERT OM BRUKERMEDVIRKNING I PSYKISK HELSE-TJENESTER

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

tjenestenivåene. Samtidig må man sørge for at økte krav til brukermedvirkning ikke blir en ekstra tilleggsbelastning for dem som sliter mest (Pettersen and Lofthus 2018).

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

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

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

BRUKERERFARINGER I KOMMUNALT RUSARBEID

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

I delrapport 2 som presenterer det kvalitative intervjumaterialet kom det fram at flere av brukerne ønsket seg flere tilbud og tjenester som er døgnåpne og tilgjengelige i helgene. Dette gjaldt særlig ettervernstiltak, samt kreative tilbud og aktivitetstilbud. Brede tilbud med en bred brukergruppe er

også ønskelig for en del av brukerne som har kommet langt i rusmestringen. De tjenestene og tilbudene som informantene etterspurte gjenspeiler i stor grad tilbud og tiltak som flere beskriver som positive; de som er tilgjengelige, fleksible, brede og som tilbyr tilfredsstillende enkelthetrelasjoner. Resultatene fra denne delrapporten gjenspeiler også resultatene fra den kvantitative delrapporten; flere ønsker seg meningsfull aktivitet og hjelp til å etablere sosiale relasjoner og fellesskap. Ytterligere forbedringsområder for kommunene som ble nevnt (side 11 i delrapport 2, (KoRus-Midt 2018)) var:

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

SYKEPLEIERE I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID, I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

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

De fleste pasientene var mellom 31 og 50 år, og ca. 70 prosent av brukerne hadde en diagnostisert psykisk lidelse som den største utfordringen. 32 prosent slet med rusvaner alene, mens 44 prosent hadde både rus og psykisk helseproblemer (ROP). Den sistnevnte gruppen ble framstilt som den klart mest utfordrende for sykepleierne. Når det gjaldt sykepleiefaglige arbeidsmåter arbeidet 82 prosent i kliniske stillinger som off. godkjente sykepleiere, psykiatriske sykepleiere/psykisk helsearbeidere eller som helsesøstre. De aller fleste jobber dagvakter, uten kvelds- og nattevakter, enten fem eller seks dager i uken (11 prosent jobbet i 24/7-tilbud). De fleste sykepleierne jobbet hovedsakelig klinisk, der støttesamtaler er det sentrale (dernest motivasjonsarbeid, relasjonsbygging, veiledning og konsultasjon). De tre viktigste arbeidsmåtene var direkte klinisk arbeid, møter med andre fagpersoner om/med bruker, samt dokumentasjon av klinisk arbeid. I psykisk helse- og rustjenestene var direkte klinisk arbeid svært vanlig (90 prosent). De har kontakt med brukerne sine i snitt 1-3 ganger per uke.

Det er en utfordring å få involvert brukerne nok i utformingen av tilbudene (brukermedvirkning). Flere av sykepleierne oppgav også at de føler seg konstant testet – alt de gjør veies og måles. De bruker mye tid på å samhandle med NAV og spesialisthelsetjenesten, og de ser seg selv om som "limet" mellom de ulike tjenestene, fordi de kjenner brukerne såpass godt (Karlsson and Kim 2015).

I 2017 kom en SINTEF-rapport omhandlende sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosjektet tok for seg følgende problemstillinger: 1) Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB? 2) Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov? 3) Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB? Datagrunnlaget i studien er tre fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere ansatt i psykisk helsevern/TSB, samt en nasjonal spørreundersøkelse til sykepleiere ansatt på samme felt. 1918 respondenter besvarte undersøkelsen.

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

BETYDNINGEN AV UFAGLÆRT PERSONELL I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

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

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

Flodgren og Meneses, 2017:8

TILBUDET I KOMMUNENE TIL VOKSNE MED LETTERE PSYKISKE HELSEPROBLEMER

I februar 2018 publiserte SINTEF, i samarbeid med Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), en rapport utarbeidet på oppdrag fra KS om hvilke tjenestetilbud som finnes for voksne med lettere psykiske helseproblemer, og hvordan samarbeidet internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten fungerer i disse tjenestene (Ose, Kaspersen et al. 2018). Målet var å si noe om hvordan kommunene bør rigge sine tjenester til denne målgruppen i framtiden. Psykologer i kommunen er et tema som berøres flere steder i rapporten. Fra rapportens konklusjon går det fram at de tjenestene som etableres på psykisk helse- og rusfeltet i kommunene i større grad bør ses i sammenheng med de sosialfaglige tjenestene, og ikke minst spesialisthelsetjenesten, enn det som gjøres per i dag. Det advares mot å etablere veldig spissede lavterskeltjenester rettet mot spesifikke diagnoser, med mindre kommunen har ressurser og befolkningsgrunnlag til å etablere slike tjenester som del av en bredere lavterskeltjeneste som er åpen for alle:

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

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

RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)

Etter den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) med mål om å gjøre behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for befolkningen, har myndighetene opprettet en egen tilskuddsordning der kommunene kan søke om midler til å etablere Rask psykiske helsehjelp. Folkehelseinstituttet har evaluert RPH (Smith, Alves og Knapstad, 2016). Evalueringen viser en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon etter behandling på tvers av de tilbudte behandlingsformene, men noe mindre reduksjon for klienter som mottok gruppekurs sammenlignet med klienter som mottok veiledet selvhjelp eller ansikt-til-ansikt behandling. Evalueringen har brukt et forskningsdesign uten kontrollgruppe og kan derfor ikke si om de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen eller om folk har blitt friske av seg selv. Det pågår en randomisert kontrollert studie (RCT) i Kristiansand og Sandnes for å finne ut dette, og resultatene er forventet å foreligge i 2018, men vi kan ikke se at sluttrapport er publisert p.t.

BEDRE TVERRFAGLIG INNSATS (BTI)

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

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

- Kommunen bør ta kontroll over iverksettingen og sørge for at eksterne prosesser profesjonelle inngår i, ikke får gjennomslag på kommunalt nivå. Det innebærer at BTI bør forankres på mange nivåer i kommuneorganisasjonen, særlig er enhetsledernivå viktig, men også hos kommunalsjef ev. rådmann
- BTI bør synliggjøres i planer og budsjetter for å synliggjøre ansvarsforhold og deltakelse – ingen tjenesteenheter skal kunne tenke at de ikke har ansvar
- BTI må ses i sammenheng med annet utviklingsarbeid kommunale tjenesteenheter arbeider med slik at konkurranse unngås. Det bør diskuteres hvordan BTI kan utvides til f.eks. å omfatte §9A-saker i skolen, det bør diskuteres om henvisning til PPT er et innslagspunkt som skal danne grunnlag for å opprette logg
- Det bør gjennomføres grundige diskusjoner i hver tjenesteenhet om hva som er grunnlaget for å inngå i tverrsektorielt- og profesjonelt arbeid, hvorfor det skal gjøres, hva enheten skal bidra

med og hvem som har den delegerte myndigheten til faktisk å delta i det tverrsektorielle- og profesjonelle arbeidet. Dvs. at det skal forankres også hos hver enkelt medarbeider.

- Dette gjøres for å skape lojalitet til modellen og for å sørge for at ingen har mulighet til å "spille svartepet" for å unngå å ta ansvaret for stafettloggen
- Det bør holdes møter der medarbeidere i aktuelle tjenesteenheter blir kjent med hverandre, hverandres kunnskapsgrunnlag og hva andre profesjonelle kan bidra med
- Alle medarbeidere bør gjøres kjent med det bredere tverrsektorielle- og profesjonelle arbeidet i kommunen, særlig detaljer om møter: hvem leder dem, hvem deltar, hvem kan kontaktes hvis det er saker som skal diskuteres der etc.

Det er KoRus som har hovedansvaret for spredning av BTI-modellen⁸.

VOLDRISIKO BLANT PASIENTER SOM MOTTAR HELSETJENESTER FOR PSYKISK LIDELSE

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

KOMMUNENE BØR JOBBE MÅLRETTET MOT BRUKERE MED HØY RISIKO FOR RE-INNLEGGELSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Artikkelen "Unplanned Admissions to Inpatient Psychiatric Treatment and Services Received Prior to Admission" er akseptert for publisering i *Health Policy* (Ose, Kalseth et al. 2018). I denne artikkelen har forskerne studert på uplanlagte innleggelse i psykisk helsevern. De fant at på en gitt dag i Norge, er det 49 prosent av døgnpasientene som er innlagt for øyeblikkelig hjelp og 34 prosent er tvangsinnlagt. Fordi mange av pasientene både er innlagt for øyeblikkelig hjelp og samtidig tvangsinnlagt, beregnet de at 58 prosent av alle døgnpasientene har uplanlagte innleggelse. De som hadde mottatt poliklinisk behandling, konsultasjoner med fastlegen eller hatt hjemmetjenester og arbeid og aktivitetstiltak i løpet av de siste tre månedene før innleggelse hadde lavere sannsynlighet for uplanlagte innleggelse. Resultatene var robuste også når man kontrollerte for kliniske og sosiodemografiske kjennetegn. Artikkelen konkluderer med at for å redusere uplanlagte innleggelse, må de lokale tjenestene arbeide med målrettet forebyggende arbeid mot de som har høy risiko for uplanlagte innleggelse. Dette er personer med alvorlige psykiske lidelser, lavt funksjonsnivå, har selvmordsrisiko, voldsrisiko, lav utdanning og er født utenfor Norge. Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunalt psykisk helsearbeid sin innsats mot denne gruppen for å redusere uplanlagte innleggelse. Artikkelen konkluderer også

⁸ <http://kompetansesenterrus.no/file/artikkel12.pdf>

med at det bør vurderes om rater for uplanlagte innleggelser kan brukes som en felles kvalitetsindikator på alle nivå (kommune, DPS, sykehusavdelinger) og innføre en finansieringsmodell som gir incentiver til å arbeide i samme retning i det enkelte opptaksområdet.

SAMMENHENGEN MELLOM SOSIALE PROBLEM OG PSYKISK HELSE HOS UNGE I NAV

Artikkelen "Youth outside the labour force — Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach" ble publisert i *Children and Youth Services Review* i 2017 (Ose and Jensen 2017). Denne tar utgangspunkt i erfaringer fra brukere av NAV og ansattes erfaringer med å følge opp unge brukere. Resultatene viste at både somatiske og psykiske helseproblemer, sosiale problemer og andre problemer var høyst prevalent blant unge i NAV som ble antatt å stå et stykke fra arbeidslivet (registrert med innsatsbehov "spesielt tilpasset innsats" i NAV). Hovedkonklusjonen i artikkelen er at psykiske helseproblemer systematisk kamouflerer sosiale problemer, slik at mange unge med sammensatt problematikk i praksis blir henviset til psykiske helsetjenester heller enn at de får tverrfaglig oppfølging i primærtjenestene. Både sosialfaglig personell og helsefaglig personell utgjør viktig kompetanse for unge utenfor.

1.4 NORSK DELTAKELSE I EU-PROSJEKTER OM PSYKISK HELSE OG RUS

EUs rammeprogram Horizon 2020 har gitt støtte til flere store forskningsprosjekt med norske samarbeidspartnere som omhandler psykisk helse. SINTEF er involvert i flere av dem, der det nyeste prosjektet hadde oppstart i 2018 og handler om hvordan man best mulig kan gi skolebarn en bedre hverdag og generell livsmestring (BOOST). Boost ledes av forskere i SINTEF og skal følge elever og lærere i Modum kommune, Buskerud fylkeskommune, Poznan i Polen og i Cordoba i Spania over fire år. Det skal gjennomføres litteraturstudier, intervju, spørreundersøkelser og kartlegginger for å finne ut hvordan man best styrker barn og unges motstandskraft, for deretter å utarbeide et program i psykisk helse for opplæring av lærere, som kan brukes i skolen både i Norge og internasjonalt i framtiden. Prosjektet er per i dag i en fase der det samles inn data: <https://www.boostproject.eu/>.

Et annet forskningsprosjekt der forskere fra SINTEF leder arbeidspakker er European Welfare Models and Mental Wellbeing in Final Years of Life (EMMY, 2017-2019⁹), som ved bruk av ulike kvalitative metoder skal studere betydning av velferdssystemer på psykisk velvære blant eldre. Prosjektet er et samarbeid mellom forskere fra fire land (Finland, Italia, Spania og Norge)¹⁰, og vil være basert på case-studier, der målet er å utvikle et forskningsbasert beslutningsstøtteverktøy for å måle effekt av velferdspolitikken på psykisk velvære. Det er foreløpig ikke publisert artikler fra prosjektet, men postere har vært presentert på vitenskapelige konferanser (V. Donisi, F. Tedeschi et al. 2018).¹¹

SELFIE (Sustainable intEgrated care modeLS for multi-morbidity: delivery, Financing and performancE) er et annet forskningsprosjekt med mål om å kartlegge og analysere ulike behandlingsopplegg i Europa for personer med flere kroniske sykdommer (herunder psykiske lidelser) for å bedre helsetilbudet til denne gruppen. Prosjektet er koordinert fra Erasmus University i Rotterdam. Åtte land deltar, og Norge er representert ved Universitetet i Bergen, Uni Research Rokkansenteret og Uni Research Helse. Som del av prosjektet skal KS's læringsnettverk evalueres, der kommunene gis verktøy som skal sikre god

⁹ https://thl.fi/documents/189940/3263539/7.3.2018_EMMY+++Poster.pdf/75e46fb7-4d87-4ecd-bd39-ba74b966c07c

¹⁰ <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/european-welfare-models-and-mental-wellbeing-in-final-years-of-life-emmy->

¹¹ <https://www.sintef.no/en/projects/european-welfare-models-and-mental-wellbeing-in-fi/>

samhandling. Det finnes egne læringsnettverk for barn- og unge-feltet, samt for eldre og kronisk syke, som er de læringsnettverkene SELFIE skal evaluere. <https://www.selfie2020.eu/>

EU-prosjektet "Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalisation by Record Linkage of Large Administrative Data Sets (CEPHOS-LINK, April 2014 til mars 2017)" var et sekslands-samarbeid for å sammenlikne reinnleggelser i psykisk helsevern (Finland, Østerrike, Romania, Slovenia, Italia og Norge). Som del av dette prosjektet ble det publisert en serie litteraturstudier¹². SINTEF var ansvarlig for artikkelen "Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature" som ble publisert i *BMC Psychiatry* i 2016. Reinnleggelser i psykisk helsevern har vært studert lenge. Et viktig spørsmål er i hvilken grad reinnleggelser, i tillegg til pasientens behov, kan knyttes til kjennetegn ved behandlingssystemet eller tjenestesystemet mer generelt som pasientene er en del av. Litteraturgjennomgangen viser at det er et begrenset antall analyser av betydningen av system-variable. Studiene viser typisk forskjeller i reinnleggelser mellom ulike geografiske områder, men disse knyttes ofte ikke til spesifikke faktorer. Det er for få sammenlignbare studier til å trekke sterke konklusjoner om enkeltvariable, men litteraturen peker i retning av negativ sammenheng mellom reinnleggelser og gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus og etterbehandling og oppfølging etter utskriving. Registerdatanlysene av reinnleggelser i de seks landene viste at Norge har relativt sett høy reinnleggingsrate. Analyser av de norske dataene viser at det er store forskjeller mellom helseforetaksområdene og at det er flere pasientgrupper som har forhøyet sannsynlighet for å bli reinnlagt og som bør følges opp spesielt, herunder unge pasienter, ROP-pasienter og pasienter med psykosediagnose¹³. Sluttrapporten i prosjektet kan lastes ned her: https://cordis.europa.eu/result/rcn/203131_en.html.

EU-prosjektet "REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTAL health care (REFINEMENT, 2011-2013)" utviklet verktøy for å studere og sammenlikne ulike lands systemer innen psykisk helse (finansiering, organisering, tilgjengelighet, pasientforløp, kvalitet etc.) og var et samarbeid mellom ni europeiske land (Italia, Østerrike, Storbritannia, Finland, Spania, Estland, Frankrike, Romania og Norge)¹⁴. Verktøyene kan også brukes for å sammenligne tjenester mellom områder innad i et land. Beslutningsstøtteverktøyene finnes på prosjektets hjemmeside¹⁵. Der finnes også en samling av eksempler på bruk av verktøyene i åtte studieområder i Europa¹⁶. <http://www.refinementproject.eu/>. Et par sentrale referanser fra prosjektet som kan være av nytte for de som jobber innenfor psykisk helse- og rusfeltet i kommunene er 1) en artikkel som oppsummerer terminologien på feltet relatert til tjenesteyting, tjenestebruk, kvalitet på tjenestene og finansiering (Montagni, Salvador-Carulla et al. 2018) og 2) en artikkel som forsøker å lage en standardisering av måten å måle "Mental Health Systems" (helsetjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser) mellom europeiske land på (herunder Norge). Alle offentlige helsetjenester tilgjengelig for voksne med psykiske lidelser ble kodet, og tilgjengelighet, innhold og kapasitet i tjenestene ble vurdert. Det ble identifisert mer kommune-orienterte tjenester i England og Sør-Europa, mens Østerrike og de

¹² <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/comparative-effectiveness-research-on-psychiatric-hospitalisation/publications-and-presentations>

¹³ <https://www.thl.fi/documents/189940/2732416/7+NORWEGIAN+POLICY+BRIEF.pdf/c96d5251-8cb2-4ea6-9947-bb95fb937f6f>

¹⁴ <http://www.refinementproject.eu/>

¹⁵ <http://www.refinementproject.eu/results.php>

¹⁶ http://www.refinementproject.eu/APPENDIX_REFINEMENT_Decision_Support_Toolkit.pdf

skandinaviske landene hadde kommune-orienterte tjenester med høyere andel spesialisthelsetjeneste enn England og Sør-Europa (Gutiérrez-Colosía, Salvador-Carulla et al. 2017, Cetrano, Salvador-Carulla et al. 2018).

Artikkelen "Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the research on financing systems' effect on the quality of mental health care mapping services tool research protocol and its contribution to better integrated care" ble publisert i *International Journal of Integrated Care* i 2015 (Salvador-Carulla, Amaddeo et al. 2015). Artikkelen beskriver og diskuterer REMAST-verktøyet (REFINEMENT MAPPING Services Tool), som kombinerer en rekke standardiserte helsetjeneste-forskningsinstrumenter og geografiske informasjonssystemer (GIS) for å utvikle lokale atlaser. Anvendelse av deler av REMAST-verktøyet er vist i artikkelen "Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries" som ble publisert i *Epidemiology and Psychiatric Sciences* i 2017 (Gutiérrez-Colosía, Salvador-Carulla et al. 2017). I denne studien var formålet å kartlegge alle tjenestene innenfor et valgt studieområde i hvert land ved bruk av et felles standardisert åpent tilgjengelig system (DESDE-LTC). Alle offentlig finansierte helsetjenester innen psykisk helse for voksne (≥ 18 år) ble kodet. Tjenestetilgjengelighet, sammensetning og kapasitet ble sammenlignet på tvers av disse åtte områdene. I Norge var Sør-Trøndelag studieområdet. Sammenligningen viste betydelig variasjon i tilgjengelighet og kapasiteten i tjenester til mennesker med psykiske lidelser mellom områder i Europa. Sør-Trøndelag var kjennetegnet ved en stor grad av desentraliserte tjenester samtidig som det var relativt sett sykehusintensivt (høy sengerate, inkludert DPS-senger).

"Project Integrate" (September 2012-august 2016) var et EU-prosjekt som undersøkte betingelser for god omsorg og integrerte tjenester for personer med kroniske lidelser gjennom å studere utvalgte case og analysere tverrgående problemstilling knyttet til brukermedvirkning, tjenstedesign, IT, og finansieringssystemer. Psykisk helse var ett av fire case i prosjektet (to lokale psykisk helsetjenestesystemer i Sverige med ulik tilnærming til tjenesteintegrasjon), og en nærmere beskrivelse finnes på hjemmesiden til prosjektet.¹⁷ SINTEF var ansvarlig for rapport om betydning av organisering av finansiering og betalingsmodeller, der også de to svenske tjenestemodellene innen psykisk helse diskuteres.¹⁸ Artikkelen "How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond" ble publisert i *International Journal of Integrated Care* i 2017 (Borgermans, Marchal et al. 2017). Artikkelen gir en oversikt over erfaringer og kritiske suksessfaktorer med hensyn til politikktutforming for bedre og mer integrerte tjenester til mennesker med kroniske lidelser, og viser til behov for paradigmeskifte hvor pasienten og ikke tjenestene/profesjonene er i sentrum. Dette vil ha store konsekvenser for tjenestesystemene og innebærer en kompleks og krevende endringsprosess. <http://www.projectintegrate.eu.com/>

¹⁷ <http://www.projectintegrate.eu.com/>

¹⁸ <http://www.projectintegrate.eu.com/integrated-care/resource/articles/financial-models-for-care-integration>.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 288 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er framstilt i rapporten relatert til årsverksinnsats. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

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

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en liste, 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 i 2017 og i 2018 har alle kommunene levert data.

Alle kommunene og fylkesmannsembetene fikk tilsendt 2017-rapporten i papirformat for å øke motivasjonen for videre rapportering. Dette er også gjort tidligere år.

Betinget av grundig datakontroll, er dette sannsynligvis den beste måten å innhente datagrunnlaget for psykisk helse- og rusarbeid på i dagens system. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30), er kommunenes ansvar spesifisert til å omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Om KOSTRA videreutvikles til også å omfatte målgrupper, vil det være naturlig å integrere IS-24/8-rapporteringen i KOSTRA.

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

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

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

At det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og at det i vår kommunikasjon med kommunene argumenteres for at dette er viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene, 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 2018 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for fjerde gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene i våren 2018.

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

2.2 DATAINNSAMLING

23. mars 2018 ble følgende e-post sendt til alle kommuner:

Til ansvarlig for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen

Årets IS-24/8 kartlegging (som SINTEF og Sentio AS gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet), sendes til kommunene 5. april. Svarfrist blir 30. april. Vi anbefaler at kommunen/bydelen samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de tre påfølgende ukene (9. april-30. april), og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Representanter både for tjenester til barn/unge og tjenester til voksne bør delta på fagmøtet. Det er viktig at ansatte både innen psykisk helse og rusarbeid deltar. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å organisere rapporteringen på. Slik sikrer man også at svarene gir uttrykk for en felles forståelse i tjenestene.

Mer informasjon om prosjektet og datainnsamlingen finner du her:

<https://www.sintef.no/prosjekter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2015-arsverk/>

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommunalt-psykisk-helse--og-rusarbeid-2017/id2583036/>

Kartleggingen ble som planlagt utsendt 5. april. Svarfristen ble satt til 30. april.

Til postmottak. Denne eposten er sendt på vegne av Helsedirektoratet og skal sendes til de som har faglig ansvar for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Eposten inneholder viktig informasjon i forbindelse med den årlige kartleggingen som skal gjennomføres i alle kommuner (IS-24/8) og det er viktig at eposten havner hos rette vedkommende. Dette kan være rådmann, kommunalsjef eller enhetsledere/virksomhetsleder. I enkelte kommuner ble ikke tilsvarende epost i 2017 videresendt fra postmottak til rette vedkommende. Dette førte til at rapporteringsfristen ikke ble overholdt, og at de ansvarlige fikk svært kort tid på å svare.

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

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

Svarfrist er satt til 30. april og vi håper dette er tilstrekkelig tid. Rapporteringen inneholder tre deler:

Del 1: Årsverk. Årsverkene skal fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og forløp (som i 2017)

Del 2: Opptappingsplan rus, oppsøkende virksomhet og brukermedvirkning m.m.

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

Del 1 fylles ut felles for psykisk helse- og rusarbeid. Nytt i år er at fjorårstall ligger ferdig lagt inn i spørsmål om årsverk. Oppdater til 2018-tall, eller la stå hvis det ikke har vært endringer.

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

Bruk lenken under for å svare:

[Lenke her](#)

Hvem skal fylle ut?

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

Vi anbefaler at kommunene samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å gjennomføre rapporteringen på.

Nederst på første side i spørreskjemaet kan dere skrive ut en blank versjon av skjemaet som hjelp til å planlegge utfylling.

Spørsmål til rapporteringen

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

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

Frist for å rapportere er 30. april 2018.

Informasjon om kommende spørreundersøkelse blant brukere av psykisk helse- og rusarbeid i mai og juni 2018:

Som del av en større følgeevaluering av Kompetanseløft 2020 skal SINTEF, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomføre en spørreundersøkelse blant brukere (16 år+) og pårørende til barn og unge (under 16 år) som nylig har vært i kontakt med psykisk helse- og/eller rustjenester i kommunene. Dette vil bli den første landsomfattende undersøkelsen rettet mot denne målgruppen. Vi håper dere som jobber med psykisk helse og rus i kommunene vil hjelpe oss å videreformidle til brukerne en elektronisk lenke til spørreundersøkelsen. Ytterligere informasjon om brukerundersøkelsen og den elektroniske lenken vil sendes ut til postmottak i alle landets kommuner, og til fagansvarlige i psykisk helse- og rusarbeid, i slutten av april 2018. Undersøkelsen skal gjennomføres i mai og juni 2018. Kontaktperson for brukerundersøkelsen er silje.l.kaspersen@sintef.no.

Etter svarfristen var det 67 kommuner som ikke hadde startet utfyllingen. En del kommuner ba om utsatt frist, og de fikk frist til i slutten av mai. De som ikke hadde tatt kontakt, mottok en purring med frist 23. mai. Etter purringen var det noen kommuner som ba om enda lenger frist, og de fikk utsettelse til slutten av mai. Den 5. juni manglet vi åtte kommuner, og de siste kommunene rapporterte i midten av juni etter intense purrerunder.

Kontrollspørsmål ble sendt ut til i underkant av 30 kommuner, og dette er betydelig færre enn tidligere år. Årsaken kan være at vi la inn fjorårstall for å forenkle utfyllingen, og at det dermed blir mindre feil og mangler i rapporteringen. Spørsmålene handlet om endringer fra 2017 til 2018, om avvik mellom fordeling av årsverk mellom tiltaks- og utdanningskategorier (i tjenester for hhv. voksne og barn/unge), samt spørsmål om begrunnelse til kommuner som rapporterer enten veldig få eller veldig mange årsverk per innbygger.

2.3 OM UTFYLLINGEN

Det er 95 prosent av alle kommunene/bydelen som har svart på hvordan de har valgt å organisere besvarelsen i 2018.

Som vist i tabell 2.1 har 38 prosent valgt å organisere det som et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med både tjenester til voksne og barn/unge. Like mange har valgt å la hovedansvarlig for utfyllingen ta imot innspill fra de andre relevante tjenestene.

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

	Antall	Andel
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	156	38
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	26	6
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	10	2
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	20	5
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	157	38
Annen organisering, beskriv	47	11
Totalt	416	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 2308 personer som har vært involvert i kartleggingen. Dette betyr at 14,5 prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen.

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

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

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

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

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

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

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

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

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

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

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

2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

Fra 1. januar 2018 er det følgende endringer i kommunestrukturen og i fylkesinndelingen:

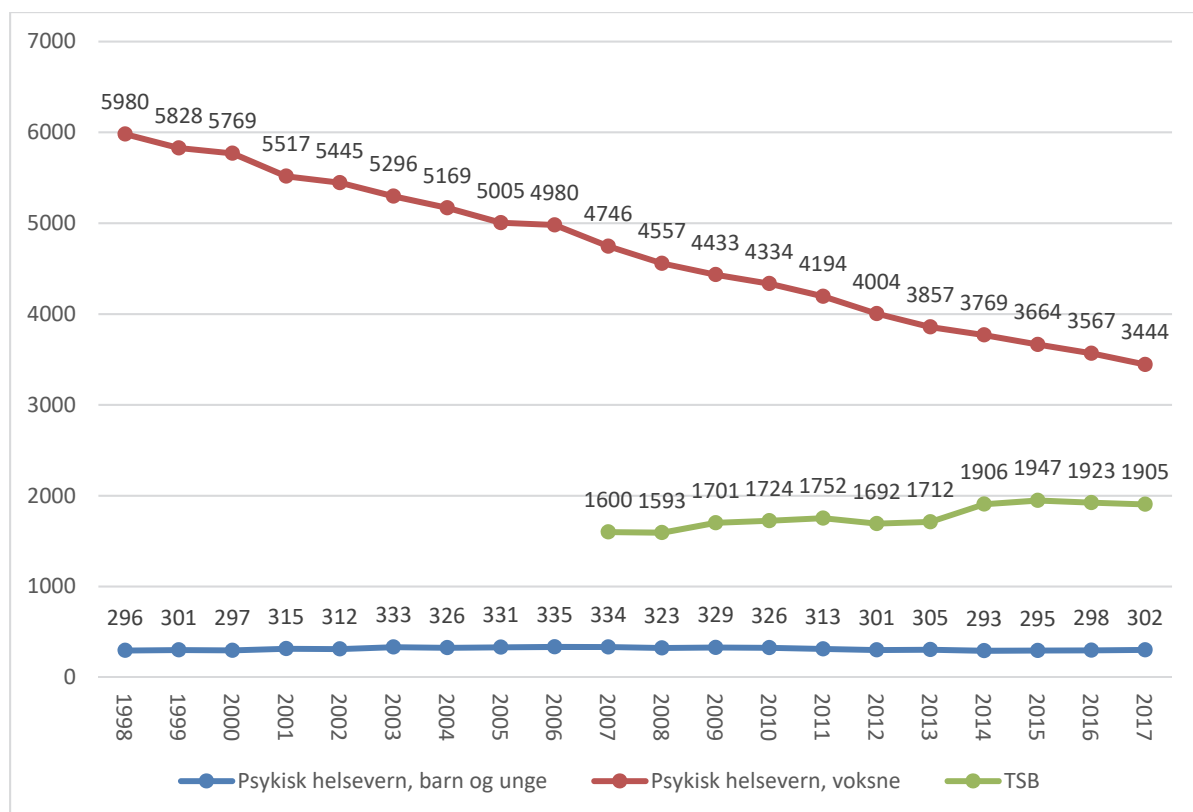
- Hof (0714) og Holmestrand (0702) = Holmestrand kommune - nytt kommunenummer: 0715
- Nøtterøy (0722) og Tjøme (0723) = Færder kommune - nytt kommunenummer: 0729
- Larvik (0709) og Lardal (0728) = Larvik kommune - nytt kommunenummer: 0712
- Rissa (1624) og Leksvik (1718) = Indre Fosen kommune - nytt kommunenummer: 5054
- Sør- (16) og Nord-(17) Trøndelag = Trøndelag Fylke - nytt fylkesnummer: 50.

Kommune- og fylkesnummer henger sammen, noe som medfører at alle kommunene i Trøndelag fikk nye kommunenummer fra 1. januar 2018.

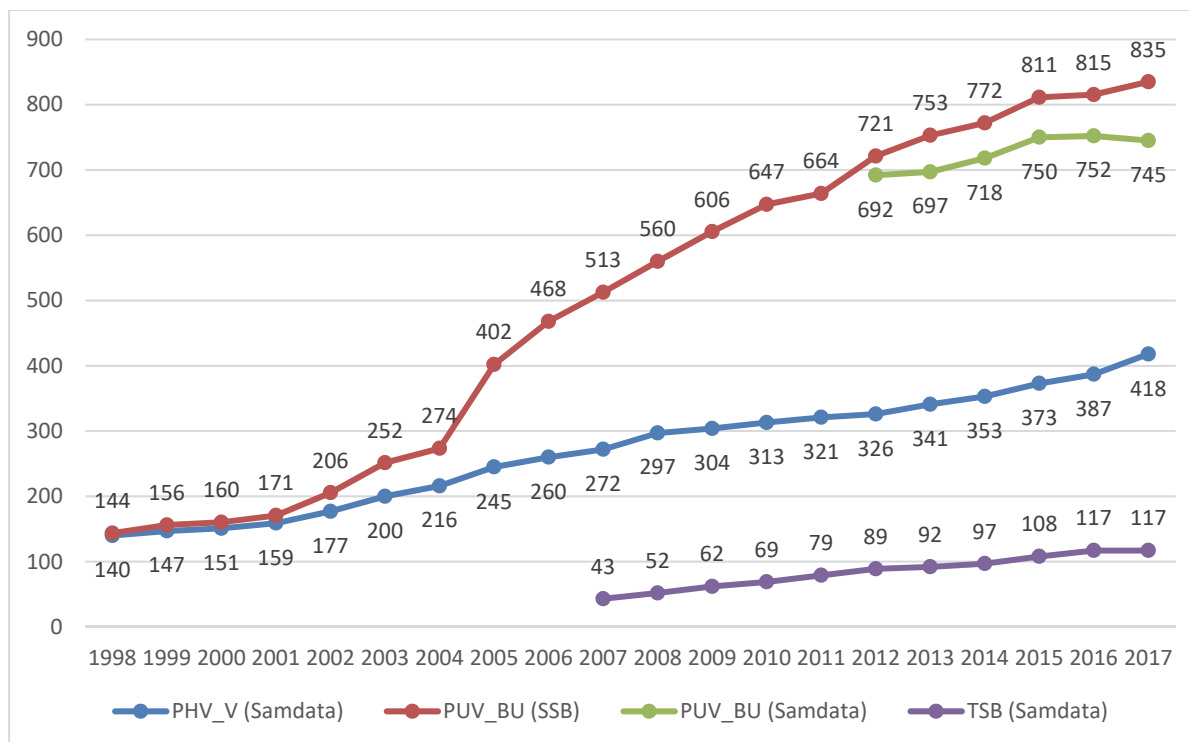
2.8 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

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



Figur 2.1 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2017. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.



Figur 2.2 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: SSB og Samdata 2017.

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.

2.9 FORKORTELSER

Det eksisterer en rekke forkortelser innen psykisk- helse og rusarbeid. Nedenfor følger en liste over vanlige forkortelser som brukes av kommunene.

Tabell 2.2 Vanlige forkortelser i fagfeltet.

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
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	Distriktpsykiatrisk 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	Hasjavvenningsprogrammet
ICDP	International Child Development Programme
IMR	Illness management recovery
IPS	Individual placement and support, hjelpe folk med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb
KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling
KAT	Kognitiv atferdsterapi
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring.
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse
LOS-prosjektet	Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen mv.
Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
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 risiko - program 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 ungdom i alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

2.10 INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2018

Innhold i kartleggingen våren 2018 er vist i tabell 2.3.

Tabell 2.3 Innhold i IS-24/8 skjema i 2018

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	<ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2017 og 2018</p>
Årsverks-innsats, tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer	<ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kommentarer + sumkontroller for antall årsverk i 2017 og 2018</p>
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat voksne og barn/unge)	<p>Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 i tjenester ansatte med erfaringskompetanse/ brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus? Hvis ja, hvor mange årsverk? 12. Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere? Hvis ja, hvor mange årsverk? (Kun spurt i forhold til voksne) <p>Kommentarer + sumkontroller tiltak og utdanningsgrupper 2018</p>
	Årsverk etter hovedforløp
Årsverksinn-sats, hovedforløp (separat voksne og barn/unge)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) <p>Kommentarer</p>

Del 2:	Opptappingsplan rus, oppsøkende virksomhet og brukermedvirkning m.m.
<p>OP-rus (2016-2020)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad har de økte midlene kommunen/bydelen har mottatt gjennom Opptappingsplan for rusfeltet blitt benyttet til formålet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad, vet ikke) 2. Har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? (Ja, nei, vet ikke) 3. På hvilken måte har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid i deres kommune/bydel i løpet av det siste året? <ul style="list-style-type: none"> • 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 _____ 4. Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptappingsplan for rusfeltet? (Oppgi antall) 5. I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 6. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? (Ja, Nei) 7. På hvilken måte er rusmiddelsituasjonen kartlagt? <ul style="list-style-type: none"> • BrukerPlan • Ungdata • Bruker-spør-bruker • Annet, hva _____ 8. Har kommunen/bydelen et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk? <ul style="list-style-type: none"> • Ja, for voksne • Ja, for unge under 18 år • Ja, for både unge (<18) og voksne (18+) • Nei <p>Om ja, beskriv kort:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Systemet for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon (åpen tekst) b) Hvilke tiltak/tilbud kommunen har til disse (åpen tekst) 9. I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) <p>Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer (åpen tekst)</p> 10. Har dere samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (Ja, nei) 11. Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? (Svært godt, godt, verken/eller, dårlig, svært dårlig) 12. I hvilken grad kartlegger og iverksetter kommunen tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 13. Har kommunen forankret rusarbeidet i sitt planverk? (Ja, nei) <p>Om ja, kan dere beskrive hvilket planverk. Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer (åpen tekst)</p> 14. Har kommunen et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose? (ja, nei)

Oppsøkende virksomhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ ungdomsteam)? (Ja, nei) Om ja, kan dere beskrive målgruppen 2. Har kommunen flerfaglige oppsøkende team? (Ja, nei) 3. Hvilke typer flerfaglige oppsøkende team (se Helsedirektoratet.no for definisjoner av ACT/FACT)? <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Utdyp svarene dine fra forrige side (åpen tekst) ACT-team: Hvor mange totalt i kommune/bydel (åpen tekst) FACT-team: Hvor mange totalt i kommune/bydel (åpen tekst) Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne: spesifiser nærmere hvilke aktører som inngår (åpen tekst) Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, spesifiser nærmere hvilke aktører som inngår (åpen tekst) Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge, spesifiser nærmere hvilke aktører som inngår (åpen tekst) Andre typer team spesifiser nærmere (åpen tekst)</p> 4. Er ACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner. (Ja, nei). Om ja, hvilke (åpen tekst) 5. Er FACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner. (Ja, nei). Om ja, hvilke (åpen tekst) 6. Har kommunen andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulant (som ikke er dekket av de foregående spørsmålene f.eks. kommuneoverlege, psykolog i kommunen, helsesøster etc.)? (Ja, nei). Hvis ja, spesifiser nærmere (åpen tekst).
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? <ul style="list-style-type: none"> • 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. Hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene innen psykisk helse og rus etablert? <ul style="list-style-type: none"> • Integrrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken • Som et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen
Arbeidstiltak	<ol style="list-style-type: none"> 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). 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. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud)
Brukermedvirkning og brukerorientering	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psyiskhelsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 2. Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) (Ja, nei) 3. På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd.? <ul style="list-style-type: none"> • FIT (Feedback-informerte tjenester), tidligere omtalt som Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) • Brukerråd • Brukerundersøkelse • Annet, hva (åpen tekst) 4. I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)

Bolig-situasjonen	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 2. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med rusproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 3. I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 4. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring) 5. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)
Del 3	Nasjonale kvalitetsindikatorer, oppfølging av pårørende/eldre, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegene m.m.
Nasjonale kvalitetsindikatorer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kjenner dere til de nasjonale kvalitetsindikatorerne? (link til kvalitetsindikatorerne her) (Ja, nei) 2. Om ja, i hvor stor grad benyttes de nasjonale kvalitetsindikatorerne i kommunens arbeid med oppfølging, utvikling eller prioritering av kommunens helse og omsorgstjenester? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
Oppfølging av barn og unge	<ol style="list-style-type: none"> 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, 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)
Oppfølging av eldre med psykiske helseutfordringer	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske 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) <ul style="list-style-type: none"> • Eldre som allerede mottar oppfølgings- tjenester innenfor psykisk helse- og rus • Eldre som mottar andre oppfølgingstjenester fra kommunen (hjemmetjenester mv.), men der hovedårsaken til at de mottar tjenesten ikke er psykisk helse- og rusproblematikk • Eldre i sykehjem (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) • Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester 2. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har rusmiddelproblemer eller ruslidelser, får hjelp og oppfølging etter behov? <ul style="list-style-type: none"> • Eldre som allerede mottar oppfølgings- tjenester innenfor psykisk helse- og rus (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) • Eldre som mottar andre oppfølgingstjenester fra kommunen (hjemmetjenester mv.), men der hovedårsaken til at de mottar tjenesten ikke er psykisk helse- og rusproblematikk (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) • Eldre i sykehjem (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) • Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) • Eldre med alkoholrelaterte problemer (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 3. I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 4. I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med rusrelatert problematikk/lidelse? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)

Pårørende	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> • 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) 2. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> • 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)
Samarbeid med fastlegene	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad) 2. Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helse- og rusarbeid: <ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle enkeltsakene (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Fastlegene er våre viktigste støttespillere (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) • Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune (Enig, delvis enig, verken enig/uenig, delvis uenig, uenig, vet ikke) <p>Kommentarer</p>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten (som i 2017)	<p>Opplevd samarbeid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei) 2. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei) 3. Hvordan har samarbeidet med psykisk helsevern utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere) 4. Hvordan har samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere) <p>Samarbeidsavtaler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer 6. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser 7. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser 8. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer

<p>Pakkeforløp for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er kommunen kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus? (Ja, nei) 2. I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for brukerne (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad): <ul style="list-style-type: none"> • Bedre kartlegging av pasienten/brukeren før henvisning • Klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten • Bedre utredninger av pasienten/brukeren • Bedre tilgjengelighet til helsetjenester for pasientene/brukerne • Kortere ventetid for pasientene/brukerne • Bedre pasient/bruker-informasjon • Mer reell brukermedvirkning • Økt involvering av pårørende • Bedre utfall for pasienten/brukeren (bedre helse) • Bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienten/brukeren <p>Kommentarer</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for tjenestene (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad): <ul style="list-style-type: none"> • Bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) • Bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten • Bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og fastlegen • Bedre samarbeid internt i kommunale tjenester • Mindre arbeid for ansatte i kommunale tjenester <p>Kommentarer</p>
<p>Selv mord, selvska- ding, overdose, vold og overgrep</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for (Ja, nei): <ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk? • Oppfølging av personer med selvska- dingsproblematikk? • Oppfølging av personer etter overdose? • Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep? • Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester? • Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging? 2. Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvska- ding og selvmordsforsøk? (Ja, nei) 3. Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell? (Ja, nei) 4. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år? (Ja, nei) 5. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år? (Ja, nei) <p>Kommentarer</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. I hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep tilfredsstillende? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
<p>Erfaring med kompetanse- og ressurs-senter for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: <ul style="list-style-type: none"> • NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) • KORUS (regionale kompetansesenter for russpørsmål) • RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/ barnevern) • RVTS (Regionale ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmords-forebygging) • ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse) 2. Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig) <ul style="list-style-type: none"> • Besøkt nettsiden • Telefonkontakt • Konkret samarbeid • E-læringstilbud • Lest fagartikler • Deltatt på kurs • Deltatt på kompetansehevende program/tiltak • Annet, hva 3. Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurs-senter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått? 4. I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurs-sentrene 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)

<p>Organisering av psykisk helse- og rusarbeidet i kommunen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilken organisering har kommunen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne? <ul style="list-style-type: none"> • Felles enhet/tjeneste for psykisk helse- og rusarbeid • Separate enheter/tjenester for henholdsvis psykisk helse- og rusarbeid (Med egen enhet/tjeneste menes at arbeidet med psykisk helse og rus er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter som f.eks. pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell) • Integrerte tjenester for psykisk helse- og rusarbeid (Psykisk helse- og rusarbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helse- og rusarbeid. Det er ikke etablert en egen enhet for psykisk helse- og rusarbeid) <p>Omtrent hvor mange årsverk jobber i den felles enheten for psykisk helse- og rusarbeid? (antall)</p> <p>Om integrerte tjenester, spesifiser nærmere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Både psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er integrerte tjenester • Kun psykisk helsearbeid er integrert, rusarbeid er ikke integrert • Kun rusarbeid er integrert, psykisk helsearbeid er ikke integrert • Ansvar hos rådmann/helsesjef (Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid for voksne i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet/tjeneste for psykisk helse- og rusarbeid.) • Annen organisering (Gjelder kommunale tjenester innen psykisk helse for voksne) <ol style="list-style-type: none"> 2. Hvilken organisering har kommunen for psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge? (åpent svar) 3. Er tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helse-problemer integrert i kommunens koordinerende enhet? (Ja, nei) 4. På hvilken måte bidrar psykisk helse- og rusarbeid inn i det lokale folkehelsearbeidet per i dag? (åpent svar) 5. Inngår psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet per i dag? (Ja, nei) 6. Inngår rusarbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet per i dag? (Ja, nei)
<p>Om utfyllingen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år? <ul style="list-style-type: none"> • 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) 2. Omtrent hvor mange ansatte i kommunen har vært med og bidratt med innspill i denne rapporteringen? (antall)
<p>Godkjenning og kontakt</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? 2. Epost-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen 3. Postadresse for utsending av rapport

3 NASJONALE TALL

Dette er fjerde gang datainnsamlingen gjøres samlet for kommunalt psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid.¹⁹

Summen av årsverk rapportert i 2015 - 2018 er vist i tabell 3.1. Totalt er det i 2018 rapportert 15 894 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner, og situasjonen gjelder våren 2018.

Det er rapportert en økning på 1 261 årsverk fra 2017 til 2018, hvorav 1 029 årsverk i tjenester og tiltak til voksne og 232 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det rapportert en økning på 8,6 prosent, fordelt på 8,9 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 7,5 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2015 - 2018.

	2015	2016	2017	2018	Endring 2017-2018	Endring i %
Voksne	10 429	11 063	11 534	12 563	1 029	8,9
Barn og unge	2 702	2 873	3 099	3 331	232	7,5
Totalt	13 131	13 936	14 633	15 894	1 261	8,6

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015-2018 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid. Det vil ikke være riktig å inkludere årsverkene for rusarbeid i årene før 2015 grunnet en betydelig overrapportering av årsverk i perioden det var to ulike rapporteringer.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid 2007-2013/2014, og psykisk helse og rusarbeid 2015-2017.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955	11 728	13 131	13 936	14 633	15 894

Som vist i tabell 3.3, er det en stabil fordeling av årsverkene til tjenester og tiltak til voksne (79 prosent) og til barn og unge (21 prosent).

¹⁹ Tidligere hadde Rambøll ansvaret for datainnsamlingen for kommunalt rusarbeid (IS-8) og SINTEF for psykisk helsearbeid (IS-24). SINTEF har nå ansvaret for hele datainnsamlingen, og rapporteringen kalles nå IS-24/8 fordi både IS-24 og IS-8 er godt innarbeidede begreper i mange kommuner.

Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid 2015-2018.

	2015		2016		2017		2018	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Voksne	10 429	79	11 063	79	11 534	79	12 563	79
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	3 099	21	3 331	21
Totalt	13 131	100	13 936	100	14 633	100	15 894	100

1.1 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

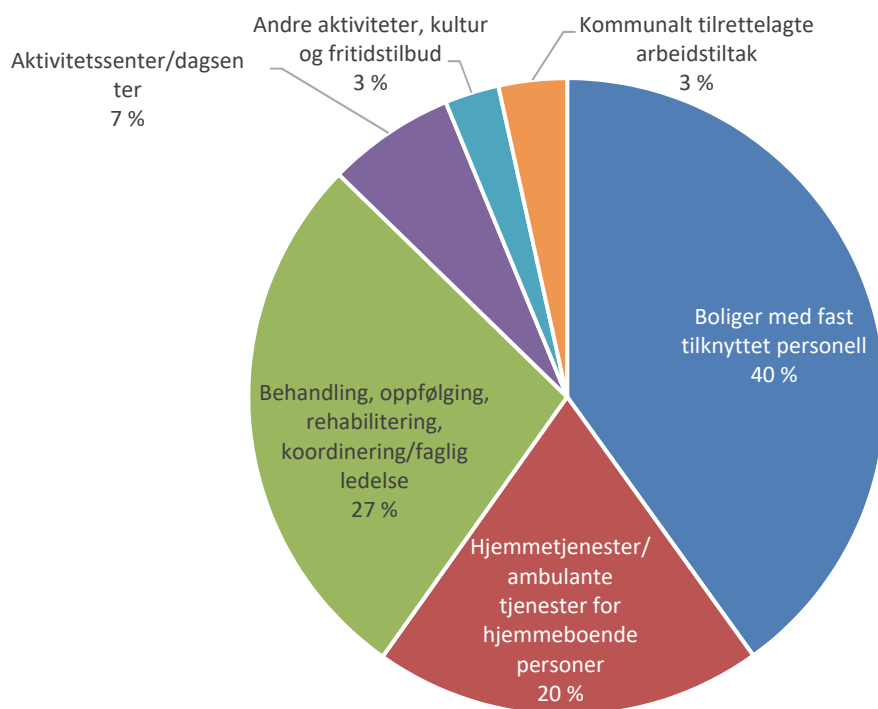
1.1.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats for hele landet fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er størst økning i årsverk i boliger med fast tilknyttet personell, men det er også økning i de andre tjenestene. Vi observerer en økning på 12,7 prosent totalt i årsverk som går til aktivitet (dagsenter, kultur og fritidstilbud og til arbeidstiltak).

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2015 – 2018, endring siste år i årsverk og prosent.

	2015	2016	2017	2018	Endring fra 2017 til 2018	
					Årsverk	%
Boliger med fast tilknyttet personell	4 231	4 363	4 653	5 034	381	8,2
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 205	2 334	2 405	2 482	77	3,2
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/ faglig ledelse	2 524	2 868	2 912	3 450	538	18,5
Aktivitetssenter/dagsenter	745	739	778	815	37	4,8
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	321	353	367	346	-21	-5,7
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	403	406	420	435	15	3,7
Totalt	10 429	11 063	11 534	12 563	1 029	8,9

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (40 prosent). Totalt går 27 prosent av årsverkene til behandling etc., mens 20 prosent går til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 13 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er kun små endringer fra 2017 i prosentvis fordeling av årsverk på ulike tjenester og tiltak til voksne.



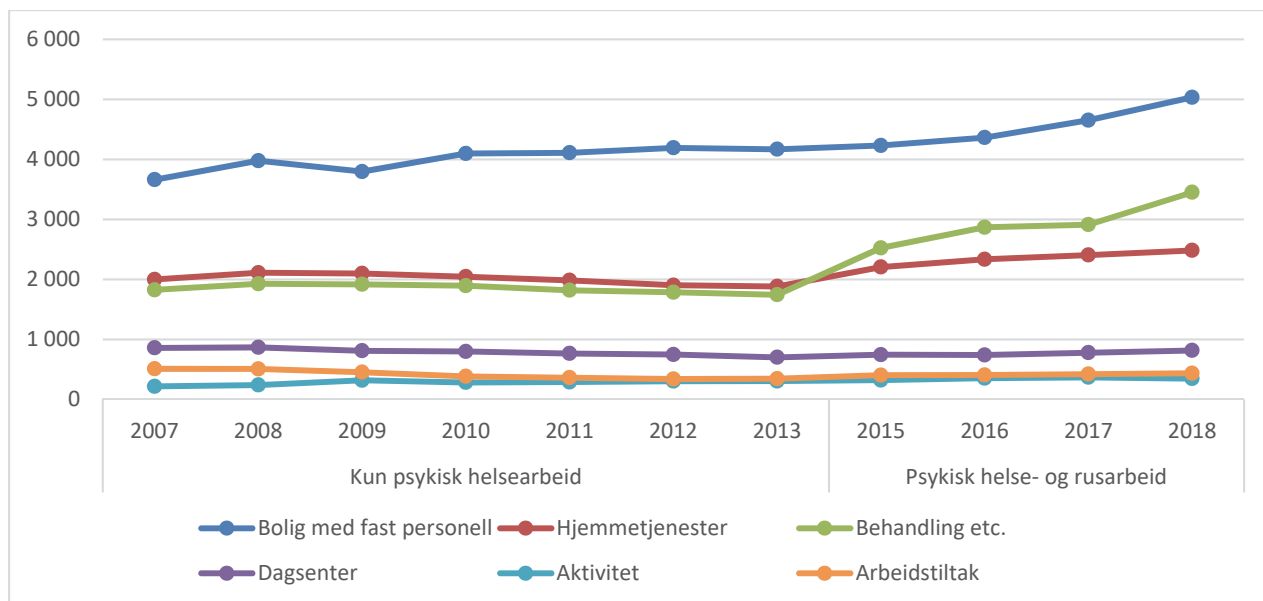
Figur 3.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2018.

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 - 2018, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796	4 098	4 110	4 192	4 169	4 231	4 363	4 653	5 034
Hjemmetjenester	1 998	2 110	2 099	2 045	1 984	1 902	1 882	2 205	2 334	2 405	2 482
Behandling etc.	1 825	1 927	1 917	1 895	1 818	1 785	1 743	2 524	2 868	2 912	3 450
Dagsenter	858	866	810	798	764	747	700	745	739	778	815
Aktivitet	217	239	318	282	288	303	305	321	353	367	346
Arbeidstiltak	509	507	453	383	362	339	345	403	406	420	435
Sum voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563

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



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2018.

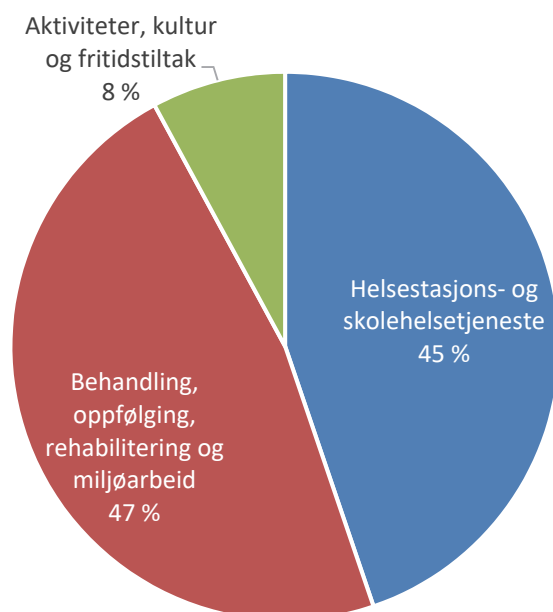
1.1.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Det er totalt rapportert 3 331 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer i 2018. Antall rapporterte årsverk har økt med over 10 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak er redusert med nærmere fem prosent. Den største kategorien (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 6,9 prosent det siste året.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2018.

	2015	2016	2017	2018	Endring fra 2017 til 2018	
					Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	1 349	1 492	143	10,6
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	1 474	1 576	102	6,9
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	276	263	-13	-4,7
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	232	7,5

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



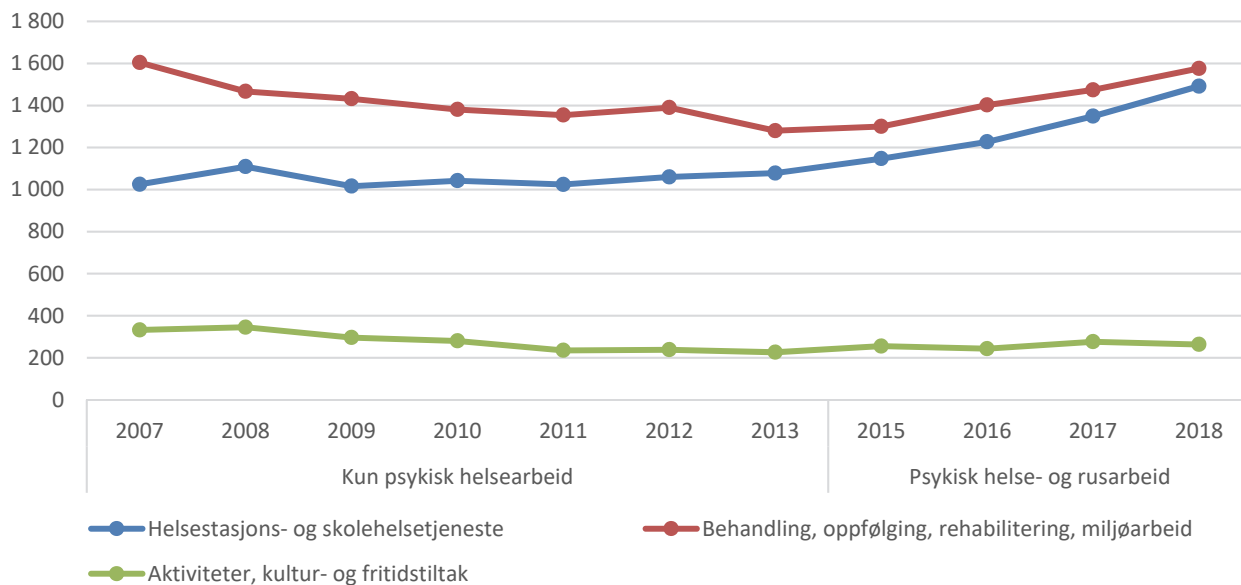
Figur 3.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2018.

I tabell 7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2018 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- 2018.

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

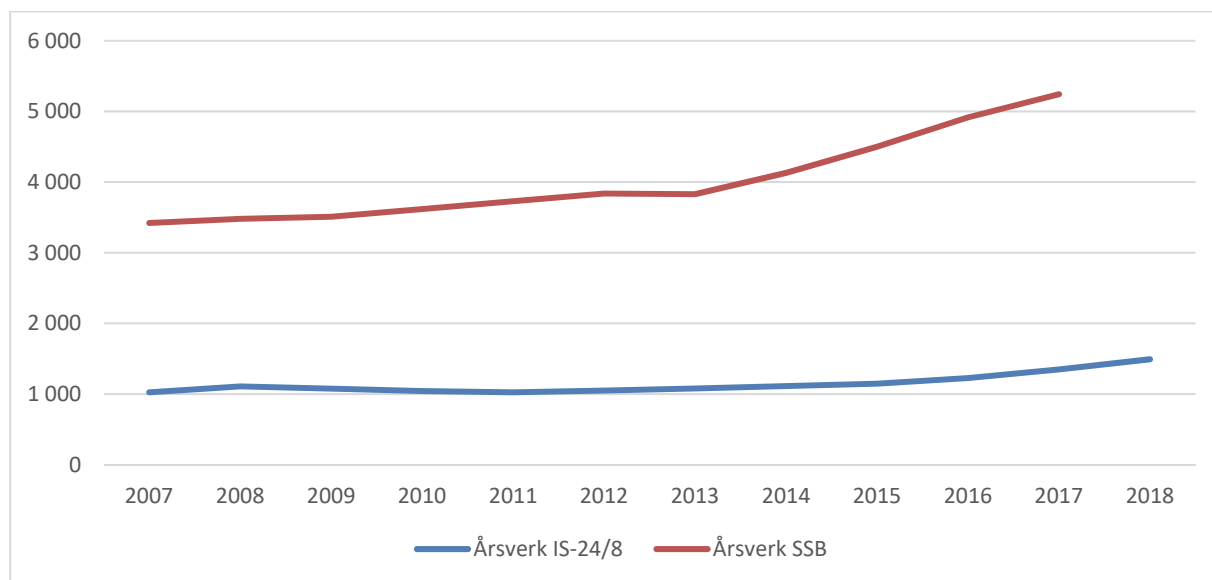
Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 345 flere årsverk, og dette utgjør en økning på 30 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 8 årsverk i samme periode. Trenden med økning i årsverk til helsestasjon- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, se figur 3.4.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2018.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste, sammenlikning med data fra SSB

SSB følger utviklingen i antall årsverk i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Figur 3.5 sammenstiller tilgjengelige data fra SSB (til og med 2017). 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 ser ut til at en redusert andel av årsverkene går til psykisk helse- og rusarbeid, i 2007 var andelen 30 prosent, mens den var redusert til 26 prosent i 2017. Det er uansett en økning i antall årsverk som går til psykisk helse- og rusarbeid, og fra 2012 til 2018 har det vært en økning på 442 årsverk.



Figur 3.5 Antall årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste, totaltall (SSB) og psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8), 2007-2018.

1.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

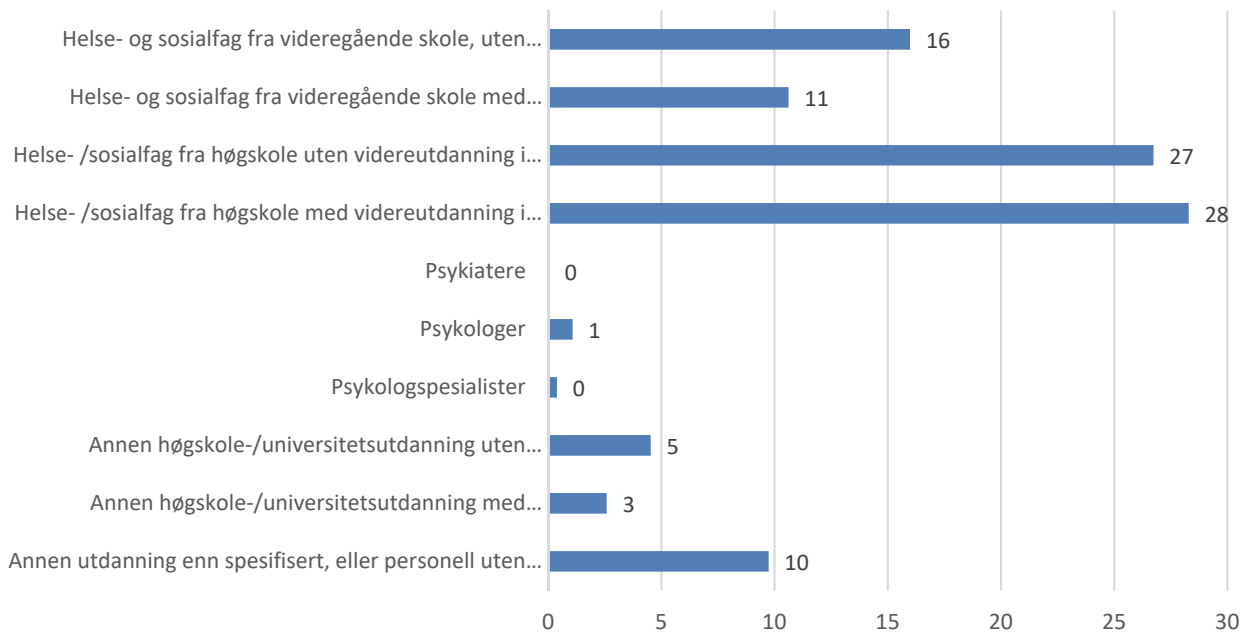
1.2.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om 4 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert 185 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2018 og dette utgjør en økning på 17 prosent fra 2017.

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 – 2018.

	2015	2016	2017	2018	Endring fra 2017 til 2018	
					Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	1 670	1 754	2 009	255	14,5
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 293	1 346	1 334	-12	-0,9
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	2 882	2 983	3 360	377	12,6
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 166	3 307	3 555	248	7,5
Psykiatere	7	6,0	5,8	4	-2	-27,6
Psykologer	50	91	113	136	23	20,0
Psykologspesialister	23	31	44	49	5	10,5
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	500	600	569	-31	-5,1
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	248	299	287	325	38	13,2
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 126	1095	1 224	129	11,7
Totalt	10 429	11 063	11 534	12 563	1 029	8,9

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier fremkommer i figur 3.6. Psykiatere og psykologer utfører i 2018 samlet 1,5 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, 2018.

Det er gjort endringer i utdanningskategoriene, men vi har sammenstilt 2015 med tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid i tabell 3.9. Bruddet i 2014 innebærer særlig relativt færre årsverk med utdanning på videregående skole nivå og flere med høyskoleutdannelse. Det er stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2018.

Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015- 2018, voksne.

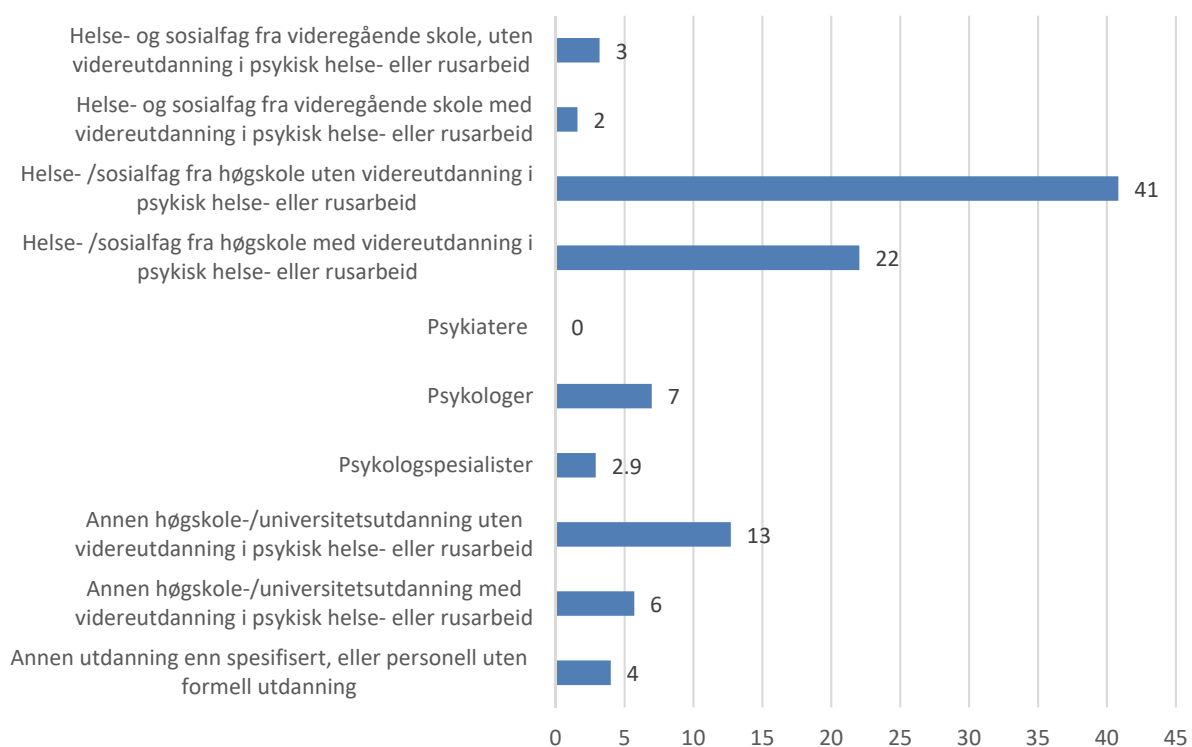
	Kun psykisk helsearbeid					Psykisk helse- og rusarbeid			
	2007	2008	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	20	20	15	15	15	16
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse-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

1.2.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. I 2017 ble det rapportert om 7 årsverk utført av psykiatere i tjenester til barn og unge, men disse er ikke rapportert i 2018. Det er kun en marginal økning i antall psykologspesialister (2 årsverk), men 36 nye årsverk utført av psykologer.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2018.

	2015	2016	2017	2018	Endring fra 2017 til 2018	
					Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	111	106	-5	-4,1
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	65	53	-12	-18,6
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 262	1 360	98	7,8
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	652	734	82	12,6
Psykiatere	1	0	7	0	-7	-100,0
Psykologer	169	196	196	233	36	18,6
Psykologspesialister	62	77	95	97	2	2,3
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	380	424	44	11,5
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	180	190	10	5,7
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	151	134	-17	-11,5
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	232	7,5



Figur 3.7 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2018.

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

Tabell 3.11 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2018.

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

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

Vi finner at 105 kommuner/bydeler (24 prosent) oppgir at de har årsverk i tjenester til voksne ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. I tjenester til barn og unge, er det 13 kommuner/bydeler som oppgir at de har ansatte med erfaringskompetanse (3 prosent).

Totalt er det rapportert om 147 årsverk i tjenester til voksne og 7,5 årsverk i tjenester til barn og unge. Dette utgjør 1,2 prosent av årsverkene i tjenester til voksne og 0,2 prosent i tjenester til barn og unge.

Det er også spurt om noen av årsverkene inkluderer årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere. Vi finner at 126 kommuner/bydeler (29 prosent) svarer bekreftende på dette. Totalt har kommunene/bydelene rapportert at de har 228 årsverk.

3.3 OPPSUMMERING

I 2017 ble det totalt rapportert 14 633 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og 15 894 i 2018. Dette gir en økning i antall årsverk på 8,6 prosent, fordelt på 8,9 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 7,5 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

Trenden med at det særlig ansettes flere årsverk i boliger med fast personell i tjenester til voksne, og at det rapporteres om flere årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste i tjenester rettet mot barn og unge, fortsetter i 2018.

I tjenester til voksne, er det rapportert om fire årsverk utført av psykiatere (2 færre enn i 2017), 136 psykologer (23 flere enn i 2017) og 49 psykologspesialister (fem flere enn i 2017). Disse utgjør 1,5 prosent av alle årsverkene i tjenester til voksne i 2018.

I tjenester til barn og unge, er det ingen rapporterte årsverk utført av psykiatere (fra 7 årsverk i 2017), og 233 psykologer (36 flere enn i 2017) og 97 psykologspesialister (2 flere enn i 2017). Psykologene og psykologspesialistene utfører nå 9,9 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Det er 24 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har årsverk i tjenester til voksne ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus og 3 prosent i tjenester til barn og unge. Kommunene har oppgitt antall årsverk og vi beregner at disse årsverkene utgjør 1,2 prosent av de rapporterte årsverkene i tjenester til voksne og 0,2 prosent i tjenester til barn og unge.

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2017 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke og til slutt grupperer vi kommunene etter HF-opptaksområde og helseregion (RHF). I 2018 gikk antall kommuner ned fra 426 til 422 kommuner. Med Oslo på bydelsnivå og to etater som rapporterer, er det 438 kommuner/bydeler i 2018.

4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Fra tabell 4.1 ser vi at mens 53 prosent av kommunene har under 5 000 innbyggere, utgjør dette kun 10 prosent av befolkningen. De 16 største kommunene, med over 50 000 innbyggere, utgjør fire prosent av kommunene og innbyggerne i disse kommunene utgjør nå førti prosent av befolkningen.

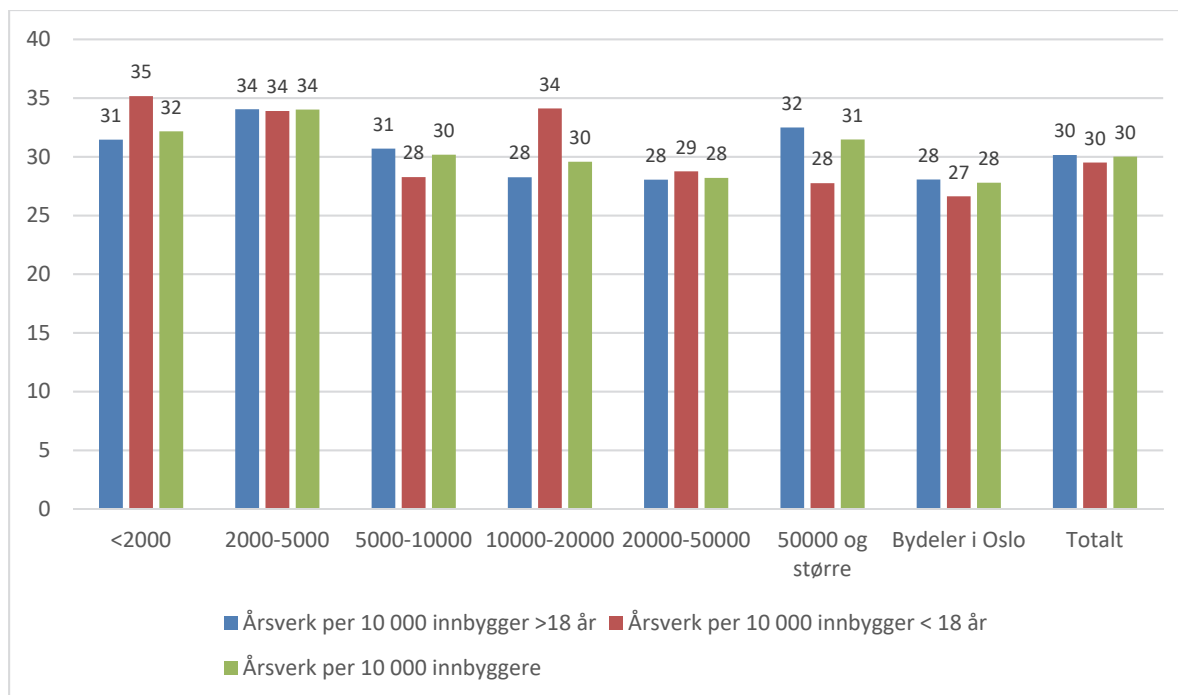
Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr 1. januar 2018. Kilde: SSB

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	95	23	22 480	2	94 824	2	117 304	2
2000-5000	126	30	82 955	7	323 265	8	406 220	8
5000-10000	87	21	130 401	12	477 537	11	607 938	11
10000-20000	55	13	174 712	15	600 726	14	775 438	15
20000-50000	43	10	272 006	24	978 931	23	1 250 937	24
50000 og større	16	4	446 453	40	1 691 329	41	2 137 782	40
Totalt	422	100	1 129 007	100	4 166 612	100	5 295 619	100

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

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr 1. januar 2018.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
<2000	298	79	377	31	35	32
2000-5000	1 100	281	1 382	34	34	34
5000-10000	1 466	369	1 834	31	28	30
10000-20000	1 697	596	2 293	28	34	30
20000-50000	2 746	782	3 528	28	29	28
50000 og større	3 737	872	4 609	32	28	31
Bydeler i Oslo	1 519	352	1 871	28	27	28
Totalt	12 563	3 331	15 894	30	30	30



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

Det er fortsatt flest årsverk i forhold til antall innbyggere i de små kommunene, men det er en tydelig utjevning fra 2017 til 2018 ved at veksten i tjenester til voksne har vært sterkest i de største kommunene og svakest i de minste kommunene. Særlig har det vært sterk vekst i bydelene i Oslo, med vekst på 8 årsverk per 10 000 innbygger i tjenester til voksne, og 2 årsverk per 10 000 innbygger i tjenester til barn og unge. For barn og unge er det særlig kommuner med 10000-20000 innbyggere som har hatt sterkest vekst, med 4 årsverk per 10 000 innbyggere.

4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

Nordland har 44 kommuner (10 prosent av alle kommuner) og er dermed det største fylket målt i antall kommuner, men innbyggerne i Nordland utgjør kun fem prosent av befolkningen. Aust-Agder og Vest-Agder har hver tre prosent av kommunene og har hhv. to og fire prosent av befolkningen. Oslo og Akershus har tilsammen nesten hver fjerde innbygger.

Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr 1. januar 2018. Kilde: SSB.

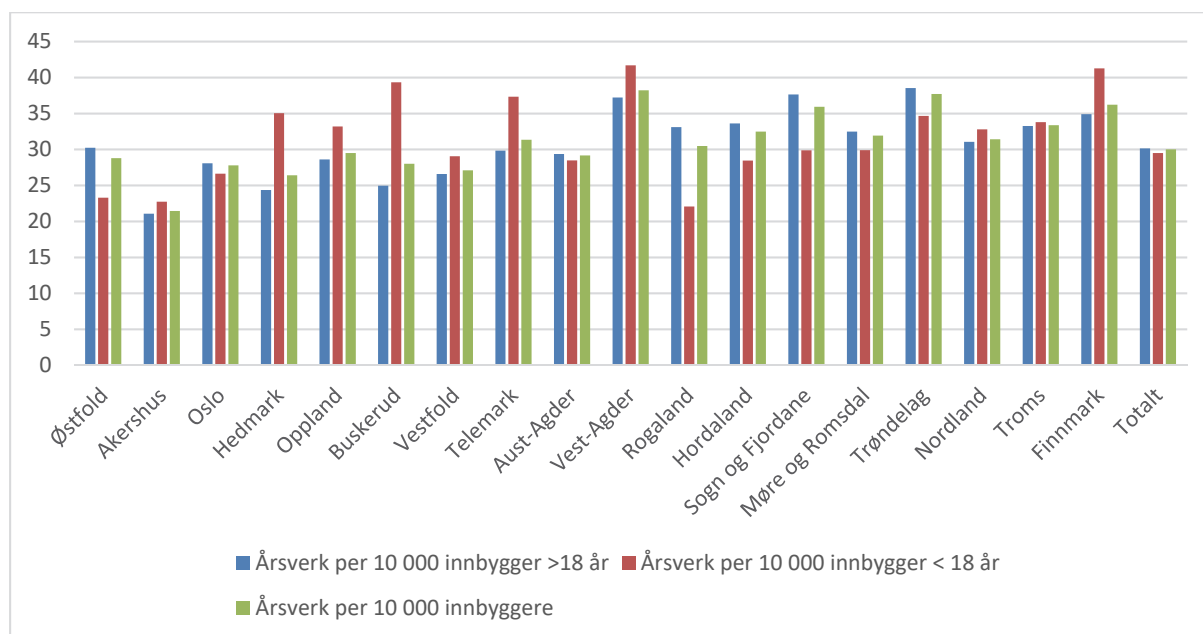
	Antall kommuner/bydeler		Innbyggere < 18 år		Innbyggere > 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	18	4	61 287	5	234 133	6	295 420	6
Akershus	22	5	142 797	13	471 229	11	614 026	12
Oslo*	17	4	132 129	12	541 340	13	673 469	13
Hedmark	22	5	37 639	3	159 327	4	196 966	4
Oppland	26	6	36 857	3	153 013	4	189 870	4
Buskerud	21	5	59 566	5	222 203	5	281 769	5
Vestfold	9	2	51 516	5	197 542	5	249 058	5
Telemark	18	4	34 769	3	138 622	3	173 391	3
Aust-Agder	15	3	25 729	2	91 493	2	117 222	2
Vest-Agder	15	3	42 296	4	144 236	3	186 532	4
Rogaland	26	6	112 772	10	360 754	9	473 526	9
Hordaland	33	8	114 784	10	407 755	10	522 539	10
Sogn og Fjordane	26	6	24 214	2	86 016	2	110 230	2
Møre og Romsdal	36	8	57 264	5	209 592	5	266 856	5
Trøndelag	47	11	96 817	9	361 927	9	458 744	9
Nordland	44	10	49 044	4	194 291	5	243 335	5
Troms	24	5	33 939	3	132 560	3	166 499	3
Finnmark	19	4	15 588	1	60 579	1	76 167	1
Totalt	438	100	1 129 007	100	4 166 612	100	5 295 619	100

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

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, fylke pr 1. januar 2018.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	708	143	851	30	23	29
Akershus	992	325	1 317	21	23	21
Oslo*	1 519	352	1 871	28	27	28
Hedmark	388	132	520	24	35	26
Oppland	438	122	560	29	33	29
Buskerud	555	234	789	25	39	28
Vestfold	525	150	675	27	29	27
Telemark	414	130	543	30	37	31
Aust-Agder	269	73	342	29	28	29
Vest-Agder	537	176	713	37	42	38
Rogaland	1 194	249	1 443	33	22	30
Hordaland	1 371	327	1 697	34	28	32
Sogn og Fjordane	324	72	396	38	30	36
Møre og Romsdal	681	171	852	32	30	32
Trøndelag	1 395	336	1 730	39	35	38
Nordland	603	161	764	31	33	31
Troms	441	115	555	33	34	33
Finmark	211	64	276	35	41	36
Totalt	12 563	3 331	15 894	30	30	30

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



Figur 4.2 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2018.

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

Trøndelag Sogn og Fjordane og Vest-Agder som rapporterer mange årsverk per innbygger, mens Akershus, Oslo og Hedmark ligger lavt. Dette er tilsvarende som tidligere års kartlegginger har vist.

4.3 ÅRSVERK FORDELTE ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i Helseforetak.²⁰ Årsverkene i Helseetaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 4.5 ser vi at Ahus-området tar opp 10 prosent av befolkningen, mens Vestre-Viken og Helse-Bergenområdet tar opp ni prosent hver. Det minste helseforetaket, Helse Finnmark med 19 kommuner i sitt opptaksområde, har en prosent av befolkningen i sitt opptaksområde, mens Helse Sogn og Fjordane har to prosent av befolkningen. Fordi Nordland er delt i Helgeland og Nordland-området, er det Helse Innlandet som desidert har flest kommuner i sitt opptaksområde, med hele 47 kommuner (11 prosent av alle kommunene). Befolkningen i disse kommunene utgjør 7 prosent av totalbefolkningen.

Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr 1. januar 2018. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/bydeler		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	17	4	233 575	6	61 163	5	294 738	6
Ahus-området	24	5	415 438	10	123 585	11	539 023	10
OUS-området	6	1	209 389	5	58 835	5	268 224	5
Lovisenberg-området	5	1	130 400	3	22 552	2	152 952	3
Diakonhjemmet-området	3	1	115 870	3	25 728	2	141 598	3
Innlandet	47	11	306 974	7	73 085	6	380 059	7
Vestre Viken-området	26	6	382 520	9	108 804	10	491 324	9
Vestfold	7	2	184 621	4	48 039	4	232 660	4
Telemark	18	4	138 622	3	34 769	3	173 391	3
Sørlandet	30	7	235 729	6	68 025	6	303 754	6
Helse Stavanger-området	18	4	276 917	7	87 819	8	364 736	7
Helse Fonna-området	19	4	139 355	3	41 377	4	180 732	3
Helse Bergen-området	22	5	352 237	8	98 360	9	450 597	9
Sogn og Fjordane	26	6	86 016	2	24 214	2	110 230	2
Møre og Romsdal	36	8	209 592	5	57 264	5	266 856	5
St. Olavs-området	25	6	256 716	6	67 628	6	324 344	6
Nord-Trøndelag	22	5	105 211	3	29 189	3	134 400	3
Helgeland	18	4	62 662	2	15 952	1	78 614	1
Nordland-området	21	5	110 653	3	28 160	2	138 813	3
UNN-området	29	7	153 536	4	38 871	3	192 407	4
Finnmark	19	4	60 579	1	15 588	1	76 167	1
Totalt	438	100	4 166 612	100	1 129 007	100	5 295 619	100

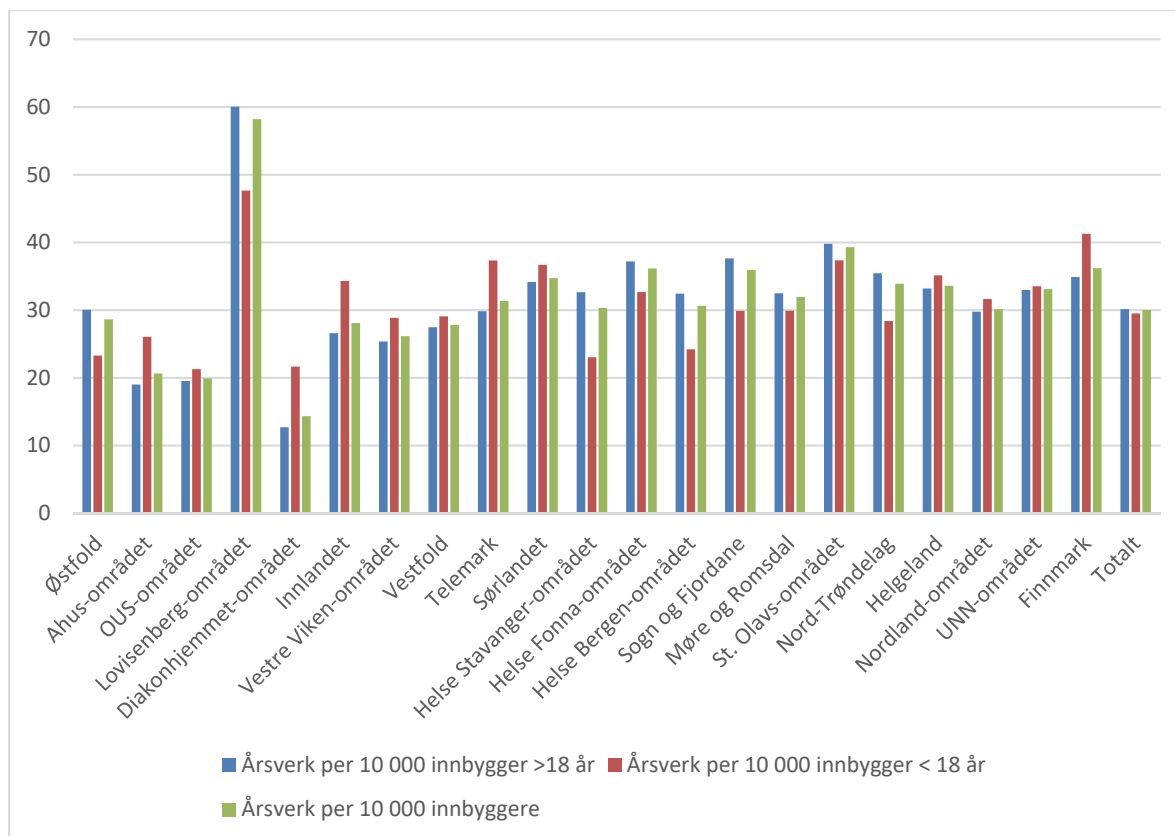
²⁰ Takk til seniorrådgiverne Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng i Helsedirektoratet som har lånt oss syntaksen sine og forklart endringer fra forrige år.

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, HF-område pr 1. januar 2018.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	702	143	844	30	23	29
Ahus-området	790	322	1112	19	26	21
OUS-området	409	125	534	20	21	20
Lovisenberg-området	783	107	890	60	48	58
Diakonhjemmet-området	147	56	203	13	22	14
Innlandet	817	251	1067	27	34	28
Vestre Viken-området	970	314	1284	25	29	26
Vestfold	507	140	647	27	29	28
Telemark	414	130	543	30	37	31
Sørlandet	805	250	1055	34	37	35
Helse Stavanger-området	904	202	1106	33	23	30
Helse Fonna-området	518	135	653	37	33	36
Helse Bergen-området	1142	238	1381	32	24	31
Sogn og Fjordane	324	72	396	38	30	36
Møre og Romsdal	681	171	852	32	30	32
St. Olavs-området	1022	253	1274	40	37	39
Nord-Trøndelag	373	83	456	35	28	34
Helgeland	208	56	264	33	35	34
Nordland-området	329	89	419	30	32	30
UNN-området	506	130	637	33	34	33
Finnmark	211	64	276	35	41	36
Totalt	12563	3331	15894	30	30	30

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

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



Figur 4.3 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, HF-område, 2018.

Det er betydelig variasjon i årsverk per innbygger etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det rapportert mange årsverk i forhold til innbyggertallet i bydelen. I tjenester til voksne skyldes dette i stor grad at Velferdsetatens årsverk er inkludert i opptaksområdet, og det er rapportert 487 årsverk til voksne fra Velferdsetaten og ingen årsverk til barn og unge. Så for barn og unge er det reelt at det er rapportert mange årsverk fra bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo. Diakonhjemmet har betydelig lavere årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sitt opptaksområde (bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker) enn øvrige HF, særlig i tjenester til voksne.

4.4 ÅRSVERK FORDELTE ETTER HELSEREGION

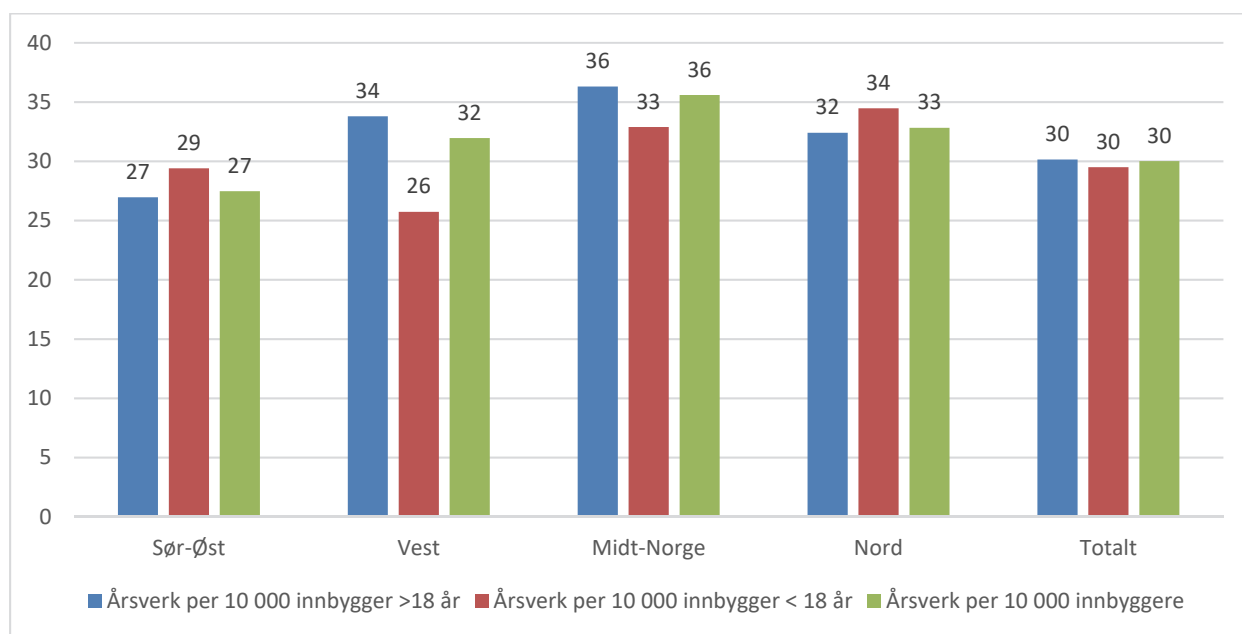
Som vist i tabell 4.7 har helseregion Sør-Øst 56 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest, Midt-Norge og i Nord. Det er ingen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

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

	Antall kommuner		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sør-Øst	183	42	2 353 138	56	624 585	55	2 977 723	56
Vest	85	19	854 525	21	251 770	22	1 106 295	21
Midt-Norge	83	19	571 519	14	154 081	14	725 600	14
Nord	87	20	387 430	9	98 571	9	486 001	9
Totalt	438	100	4 166 612	100	1 129 007	100	5 295 619	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, Helseregion pr 1. januar 2018.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Sør-Øst	6 344	1 837	8 181	27	29	27
Vest	2 888	648	3 536	34	26	32
Midt-Norge	2 075	507	2 582	36	33	36
Nord	1 255	340	1 595	32	34	33
Totalt	12 563	3 331	15 894	30	30	30



Figur 4.4 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, Helseregion, 2018.

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

4.5 OPPSUMMERING

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

5 HOVEDFORLØP

Kommunene har de siste fire 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)²¹. 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 som de rapporterer på tiltakskategorier og utdanningskategorier, på hovedforløp. Det er fjerde år på rad at kommunene bes om å gjennomføre

²¹ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

en slik fordeling, og presisjonen har blitt bedre, selv om det fortsatt er en del avvik i tallene. Sammenliknet med 2015 og 2016, er det nå færre kommuner med store avvik mellom antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og årsverk rapportert på hovedforløp. I 2017 var det 33 kommuner som valgte å ikke rapporterte noe på hovedforløp i tjenester for voksne, selv om de hadde rapportert årsverk på tiltak og utdanningskategorier. I 2018 hadde tallet for første gang siden 2015 økt noe igjen; det var 45 kommuner/bydeler (10 prosent) som valgte å ikke rapportere noe på hovedforløp for voksne brukere. Mens det i 2017 manglet rapportering fra 67 kommuner/bydeler når det gjaldt brukere av tjenester for barn og unge, hadde dette tallet sunket til 61 kommuner/bydeler (14 prosent) i 2018. Helse- og velferdsetaten i Oslo bidrar også med svar i rapporteringen, og inngår i de 438 kommune/bydelene som utgjør grunnlaget på nasjonalt nivå.

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

5.1 DATAGRUNNLAG

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

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

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

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

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

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

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

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

5.2 RESPONS

Ideelt sett skulle kommunene og bydelene fordele nøyaktig samme antall årsverk på hovedforløp som på tiltak og utdanningskategorier, men dette er for en relativt høy andel av kommunene fortsatt vanskelig 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 mange kommuner at de ikke har systemer for å ta ut slik informasjon, og mange synes det er vanskelig å gjøre en skjønnsmessig vurdering. Feilmarginen har gått ned over tid. I 2017, i tjenester for

voksne, hadde 80 prosent av kommunene/bydelene en feilmargin på kun +/- ett årsverk, denne andelen hadde økt til 82 prosent i 2018. Det tilsvarende tallet i tjenester for barn og unge var 78 prosent i 2017 og 84 prosent av kommunene i 2018.

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 75 prosent av årsverkene for voksne og 72 prosent av årsverkene for barn og unge. Disse lar vi være grunnlaget for videre beskrivelser av forløpsfordelingen senere i kapitlet.

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 2018

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall kommuner/bydeler (voksne)	Antall kommuner/bydeler (barn/unge)
Årsverk tiltak	12 563	3 331	15 894	438	438
Årsverk hovedforløp (+/- ett årsverk i avvik)	9 372	2 390	11 761	393	377
% fordelt på hovedforløp med avvik +/- ett årsverk	75	72	74	90	86

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 og 2018. Det er ubetydelige forskjeller de siste to årene, og små forskjeller de siste fire årene. I 2018 var det flere store kommuner som hadde relativt store avvik i forløpsrapporteringen, og vi presenterer derfor fordelingen for de kommunene som hadde pluss/minus ett årsverk i avvik for 2018. I tjenester for voksne har det ingen betydning for fordelingen mellom forløp om man presenterer faktiske/rapportert tall, eller tall korrigeret for kommunene med store avvik, men for barn og unge utgjorde det en forskjell. For å få en mest mulig lik logikk i presentasjonen presenteres korrigererte tall (uten kommuner med store avvik) både for voksne og barn og unge.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2017 og 2018

	2017		2018	
	Antall	%	Antall	%
Hovedforløp 1	1 092	10	1024	11
Hovedforløp 2	2 779	27	2425	26
Hovedforløp 3	6 649	63	5923	63
Totalt	10 520	100	9 372	100

En sensitivitetanalyse på fjorårstallene (2017), som inkluderte kun kommuner og bydeler som hadde fordelt like mange årsverk på tiltak som på hovedforløp, viste at det ikke var forskjell i fordelingen mellom ukorrigererte og korrigererte tall.

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 og 2018. For 2018 tallene var det noen kommuner som hadde store avvik mellom årsverk rapportert på tiltak, og årsverk rapportert i forløp, og vi presenterer derfor tall for de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom tiltak og forløp i 2018.

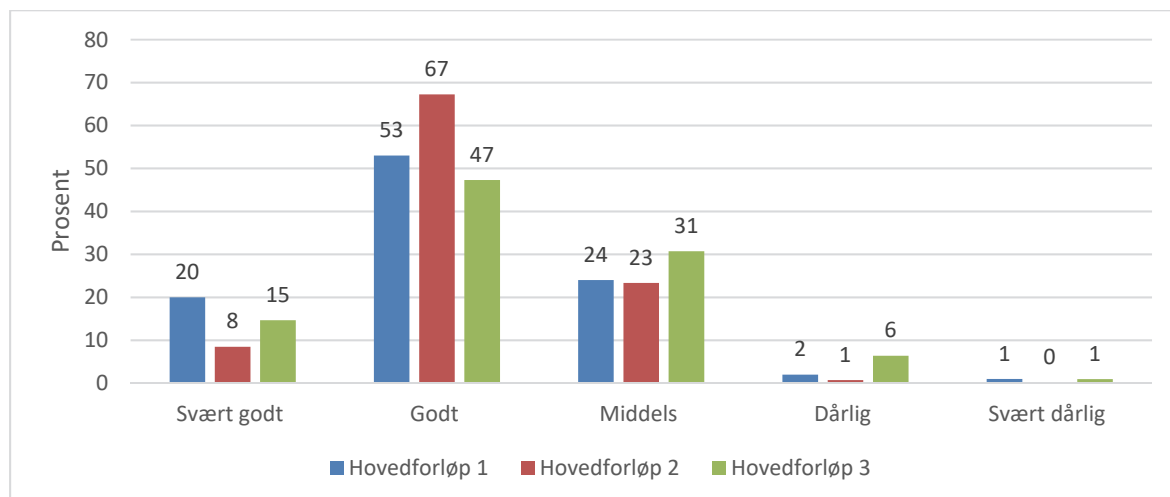
Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2017 og 2018

	2017		2018	
	Antall	%	Antall	%
Hovedforløp 1	1 262	48	1 160	49
Hovedforløp 2	888	34	737	31
Hovedforløp 3	462	18	493	20
Totalt	2 612	100	2 390	100

Fordelingen på hovedforløp i tjenestene for barn og unge viser at rundt halvparten av barn og unge om benytter de kommunale psykisk helse- og rustjenestene befinner seg i kategorien milde og kortvarige problemer. Andelen barn og unge med mer alvorlige lidelser har økt med to prosentpoeng fra 18 til 20 prosent av brukerne.

5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

Nesten alle kommunene og bydelene (97 prosent) har gitt en vurdering av tilbudet fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne. I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvise fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene.

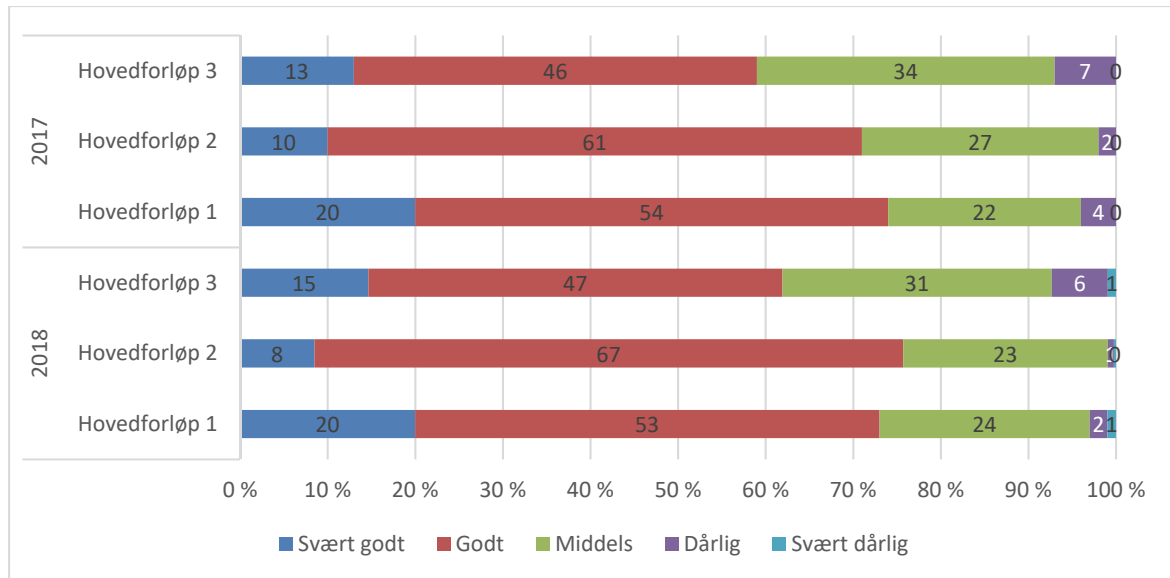


Figur 5.1 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp i 2018. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 419, Hovedforløp 2: n = 424, Hovedforløp 3: n = 423.

Det samlede tilbudet i tjenester til voksne i hovedforløp 1 vurderes som godt eller svært godt av ca. 73 prosent av respondentene i 2018 (ned fra 77 prosent i 2016 og 74 prosent i 2017). Hovedforløp 2 regnes som godt eller svært godt for 76 prosent av respondentene, mens det tilsvarende tallet for

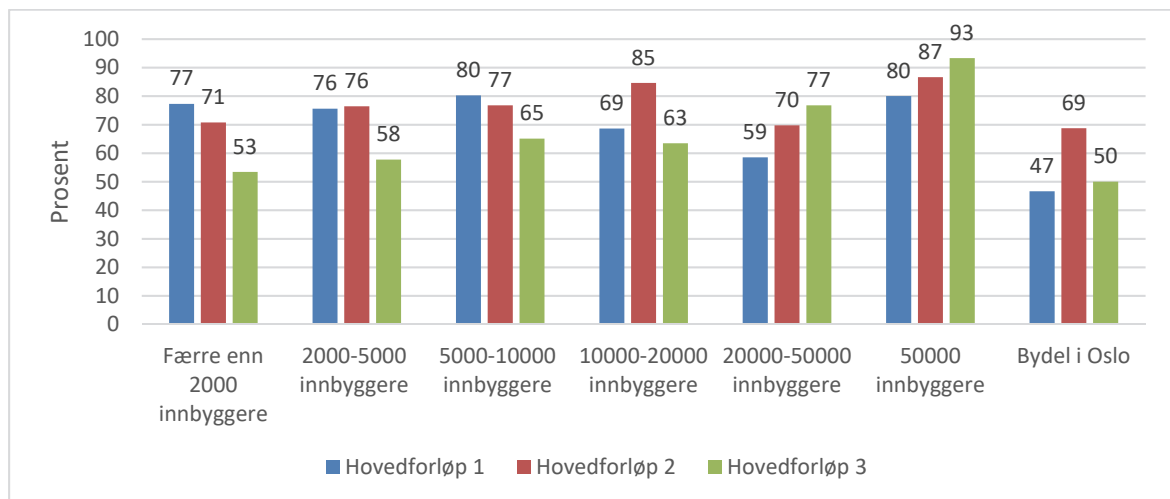
hovedforløp 3 er 62 prosent. Sju prosent av utvalget regner tilbudet til de mest alvorlig syke som dårlig eller svært dårlig.

I figur 5.2 presenteres en sammenlikning av rapporteringen på hovedforløp i 2017 og 2018. Figuren viser at det rapporteres om svært små endringer i graden av fornøydhets de siste to årene.



Figur 5.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne fordelt på hovedforløp. Årene 2017 og 2018.

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



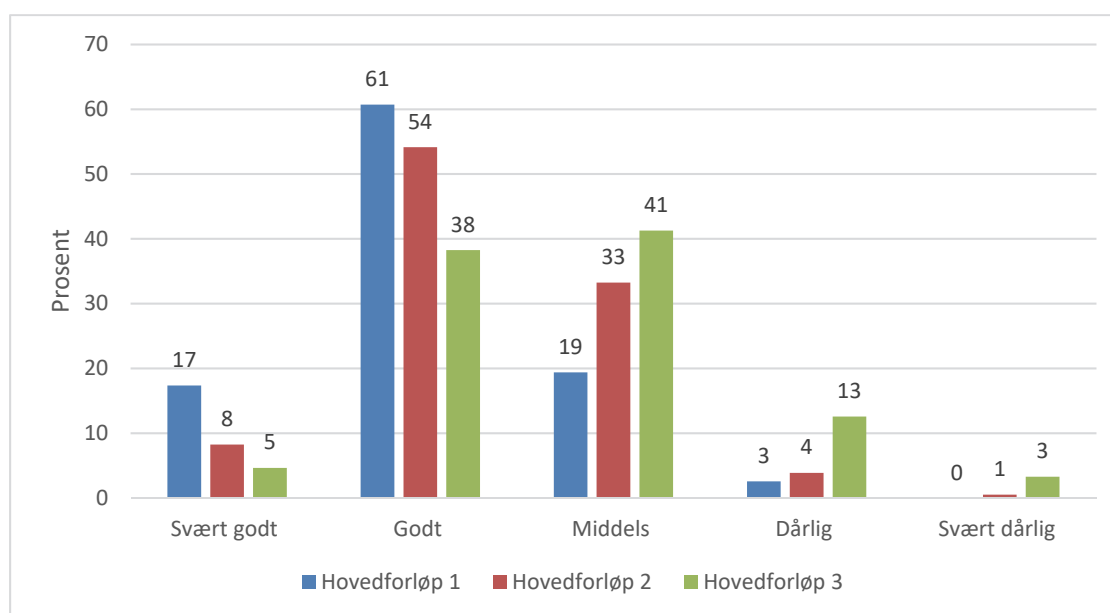
Figur 5.3 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2018, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Figuren over viser at de aller mest innbyggerrike kommunene er relativt godt fornøyd med tjenestetilbudet til voksne i alle hovedforløp, mens de mindre kommunene ikke er like fornøyd med det tilbudet som gis de aller mest belastede brukerne i hovedforløp 3. Dette er samme resultat som

for 2017. Det ser også ut til at kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere i mindre grad sier seg godt eller svært godt fornøyd med tilbudet i hovedforløp 1 og 2. Bydelene i Oslo ligger også under de øvrige kommunegruppene på alle tre hovedforløp. Seks av bydelene var godt eller svært godt fornøyd med tilbudet til de som befinner seg i hovedforløp 1, 11 bydeler var fornøyd med hovedforløp 2, mens 8 bydeler var fornøyd med tilbudet til de i hovedforløp 3.

5.6 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

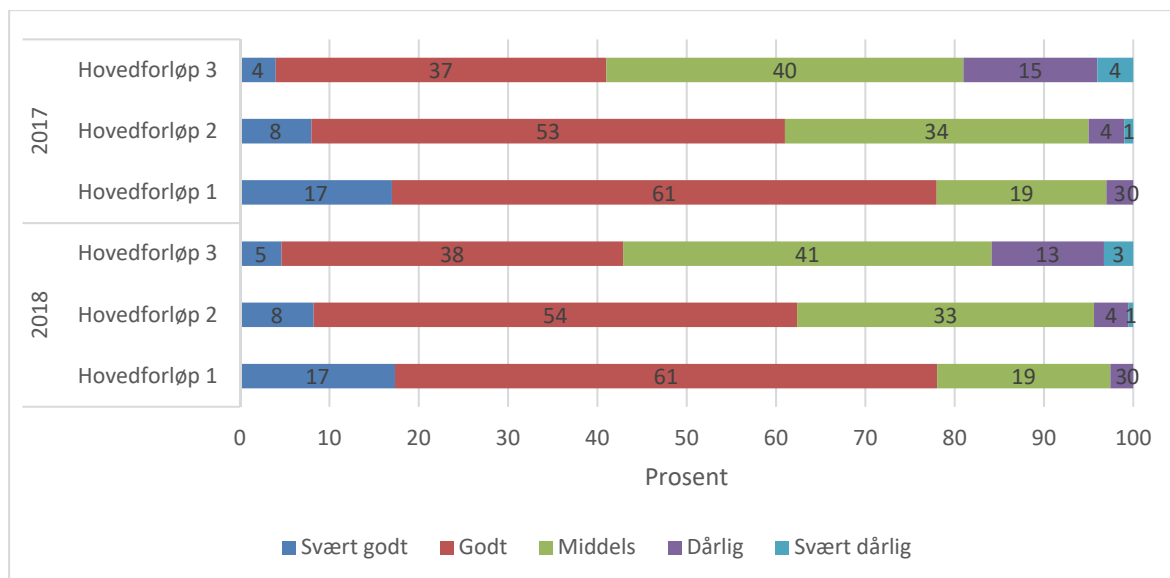
I underkant av 90 prosent av kommunene/bydelene gav en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge. I figur 5.4 presenteres vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge.



Figur 5.4 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp for 2018. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 392, Hovedforløp 2: n = 388, Hovedforløp 3: n = 366.

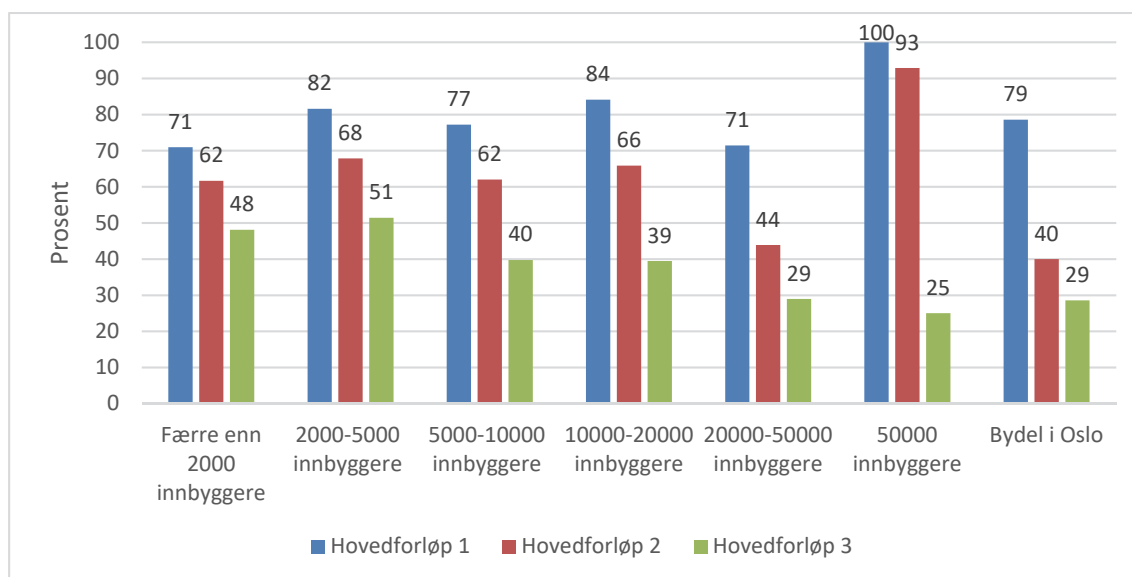
78 prosent av kommunene/bydelene mener de er godt/svært godt fornøyd med det samlede tilbudet til brukergruppen i hovedforløp 1, noe som er nøyaktig samme andel som i 2017, og to prosentpoeng mindre enn i 2016. Tilsvarende var 62 prosent av kommunene godt/svært godt fornøyd med tiltakene til brukerne i hovedforløp 2 (ned ett prosentpoeng fra 2017), mens 43 prosent er godt/svært godt fornøyd med tjenestene til de som er i hovedforløp 3 (opp to prosentpoeng fra 2017).

Få kommuner vurderer tilbudene til brukere/pasienter i hovedforløp 1 og 2 som dårlige, men det er 16 prosent av kommunene/bydelene som mener de har et dårlig eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige psykisk helse- og rusproblemer. I 2017 var dette tallet 19 prosent. Figur 5.5 presenterer en sammenlikning av utviklingen mellom 2017 og 2018.



Figur 5.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 312, Hovedforløp 2: n = 307, Hovedforløp 3: n = 284.

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



Figur 5.6 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2018, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Av kommunene som besvarte spørsmålet om vurdering av tjenestene for barn og unge, svarte 71 prosent av de minste kommunene (<2000 innbyggere) at de var godt/svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1 (ned fra 73 prosent i 2017). Det er en tendens til at andelen kommuner som er fornøyd med tilbudet øker med antall innbyggere når det gjelder hovedforløp 1, mens det er synkende med kommunestørrelse for hovedforløp 3. I kommuner med over 50 000 innbyggere er de svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1 og 2. I kommuner med over 20 000

innbyggere er det bare 25-29 prosent av kommunene som sier at de er godt eller svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3. Dette er en nedgang fra 2017 da den tilsvarende andelen lå på 31-33 prosent.

5.7 KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)

Fagpersonellet som rapporterer fra kommunene og bydelene gis anledning til å legge inn kommentarer til de fleste av spørsmålene i skjemaet, og mange benytter seg av denne muligheten. 104 kommuner hadde skrevet en kommentar når det gjaldt hovedforløp for voksne, 98 hadde kommentert tjenester for barn og unge. Etter å ha gått gjennom kommentarene som ble gitt i forbindelse med rapportering av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, er det noen tema vi ser går igjen. Som foregående år handler det fortsatt om mangel på tilbud til de med alvorlige, langvarige og sammensatte lidelser (ettervern, arbeidstiltak og aktivitetstilbud nevnes av flere), mangel på bemannede boliger og for lav bemanning og ressurser til psykisk helse- og rusfeltet generelt. Som positive tiltak nevnes f.eks. opprettelse av FACT eller ACT-team, Rask Psykisk Helsehjelp og interkommunale samarbeid der kommunene utfyller hverandre godt.

Har fått mange unge som sliter i hverdagen, og vi er ikke tilstrekkelig bemannet for å kunne følge opp. Ikke har vi fått psykologkompetanse heller i tjenesten. Mange har blitt avvist på VOP og henvist til den kommunale psykiske helsetjenesten, og vi har minimalt med ressurser til følge opp. Vi har også noen som har et stort behov for grunnbemannet bolig, noe kommunen ikke kan tilby. (Mellomstor kommune i Nordland)

Kommunen opplever stor pågang i tilbudet i hoved forløp 1 og 2, større pågang enn ressursene. Mangler psykolog i forløp 2 og 3, lavterskeltilbud for arbeid og aktivitet, ulike boformer med bemanning. Kommunen har etablert et oppfølgingsteam som følger opp brukere i hovedforløp 3, med mulighet for å gi tettere oppfølging til de aller dårligst fungerende, i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kommunen trenger flere tilrettelagte boliger med bemanning. (Stor kommune i Akershus)

Å skape gode nok tiltak for brukere med sammensatte lidelser (ROP) er ofte utfordrende. Ofte kan det bli noe lang ventetid for å sette inn tiltak i hovedforløp 2. Innsats som utføres av samarbeidende kommunale tjenester (nav, boligkontor) fanges ikke godt nok opp av tallene over. (Stor kommune i Nordland)

På noen områder gir vi svært gode tilbud og på andre et dårlig tilbud. I 2017 ble det gjennomført en nedbemanning på rusfeltet fra tre stillinger til en. Samtidig hadde vi en økning på 66 prosent henvendelser i forhold til psykiske problemer/lidelser. Vi har dyktige ansatte som gjør en god jobb, men vi har ikke systematisk innhentet tilbakemeldinger fra brukerne. (Mellomstor kommune i Finnmark)

Kommunen har udekkede behov, spesielt opp mot aktivitet og sysselsetting. Det er ikke avsatt økonomiske ressurser til iverksetting og tilstrekkelig oppfølging for gruppen som står langt fra ordinært arbeidsliv. Heller ikke de som er nærmere ett ordinært arbeidsliv, men trenger tett oppfølging i kortere eller lengre tid har et godt nok tilbud. (Liten kommune i Trøndelag)

Felles vurdering sammen med NAV sosial og psykisk helsetjeneste. Vi er i en liten kommune som har store fordeler i forhold i samarbeid på tvers å lage individuelt tilpassede tjenester. Likevel

utfordringer i forhold til å ha gode nok differensierte tiltak/tilbud. Har en avstand geografisk til spesialisthelsetjeneste som kan oppleves som at tilbud derfra ikke er så tilgjengelig. (Liten kommune i Hordaland)

Har interkommunalt samarbeid med nabokommunen. I vår kommune tilbys støttesamtaler. Alvorlige og langvarige problemer tas hånd om av nabokommunen der det er finns personell med psykiatrisk sykepleiere, psykologer og psykiater. Hvis det trengs støttesamtaler utover deres tilbud er det vår kommune som utfører dette. (Liten kommune i Nordland)

5.8 KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)

I det tilsvarende kommentarfeltet ved fordeling av årsverk på hovedforløp for tjenester rettet mot barn og unge, fikk vi kommentarer fra 98 kommuner og bydeler. Flere skriver at barn og unge med alvorlige og langvarige helseproblemer i stor grad følges opp i spesialisthelsetjenesten og gjennom barnevernet, og at kommunen derfor i liten grad prioriterer tjenestetilbudet til denne målgruppen:

Vi velger i år å ikke rapportere på hovedforløp 3. da disse henvises til 2.linjetjeneste. (Mellomstor kommune i Akershus)

Men det var også eksempler på at kommunene må ta seg av mer alvorlig syke barn etter endringer i prioriteringer i spesialisthelsetjenesten:

Folkehelseprofilen viser at kommunen har ekstra utfordringer. På grunn av at BUP-spesialisthelsetjenesten har endret prioriteringer må kommunen behandle flere alvorlige og langvarige problemer for barn og unge uten at ressurser og kompetanse strekker til. Overgangene mellom spesialisthelsetjeneste og kommune kan by på utfordringer i tillegg til samarbeid mellom ulike tjenester og etater i kommunen. (Stor kommune i Buskerud)

Gjelder i hovedsak helsesøstertjenesten. Ikke spesifikke psykiske helsetjenester. Veksten her ligger hos voksne, i tråd med kravene i samhandlingsreformen, redusert sengekapasitet i sykehus og planlagte dagbøter for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rusvern. (Mellomstor kommune i Hordaland)

Kommunen har ikke bygget opp et tilbud for barn og unge som er i gråsonen mellom hovedforløp 2 og 3 etter at samhandlingsreformen ble iverksatt. Derfor kjøper kommunen en del tjenester, samt har en uavklart ansvarsfordeling. (Mellomstor kommune i Finnmark)

Det var også flere av kommunene som nevnte behov for psykolog som kunne jobbe med de alvorligst syke barna:

Hovedforløp 3: Det er store utfordringer knyttet til å få til en stabil og god psykologtjeneste. (Liten kommune i Vest-Agder)

En annen kommune mente at det tar for lang tid før psykisk helse-avdelingen får sakene fra helsestasjonen:

Det tar for lang tid før psykisk helse får sakene fra helsestasjonen. De sitter ofte med sakene for lenge og alene. Overføre saker forttere til rett instans, samt koordinere. Tror ikke en skal være så

redd for å snakke med familier om det. Styrke psykisk helsetjenestene. (Mellomstor kommune i Buskerud)

5.9 OPPSUMMERING

For fjerde året på rad har norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Rundt 90 prosent av kommunene hadde gjort en slik fordeling av årsverkene. Fordelingen gjort i 2018 ligger svært nært opp til tallene for 2017: 11 prosent av årsverkene i tjenester til voksne går med til brukere i hovedforløp 1, 26 prosent i hovedforløp 2 og 63 prosent i hovedforløp 3. I tjenester til barn og unge er det en motsatt tendens; her går 49 prosent av årsverkene til barn og unge i hovedforløp 1, 31 prosent i hovedforløp 2 og 20 prosent i hovedforløp 3. Det er marginalt flere årsverk som går med til alvorlig syke barn og unge i hovedforløp 3 i år, sammenliknet med i fjor, men alt i alt viser tallene seg å være veldig stabile.

Kommunene skulle også gi en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. 73 prosent av kommunene vurderer tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 til å være godt eller svært godt, mens det tilsvarende tallet for brukere i hovedforløp 3 er 62 prosent (tre prosentpoeng opp fra 2017). De fleste kommuner vurderer tilbudet til de med lette til moderate problemer/lidelser å være bedre enn tilbudet til de med alvorlige og langvarige lidelser. Sju prosent av kommunene vurderte tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 3 til å være dårlig. Kommunene vurderer tilbudet til barn og unge med alvorlig problematikk å være dårligere enn tilbudet til voksne. 43 prosent av kommunene vurderer tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3 til å være godt eller svært godt (opp to prosentpoeng), mens 16 prosent vurderer det som dårlig eller svært dårlig. Dette er en marginal bedring fra 2017.

Hvis vi ser på ulike kommunestørrelser og i hvilken grad de svarte at tilbudet var godt eller svært godt, er det en tendens til at jo større kommunen er, jo mer fornøyd er de med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1, og jo mer misfornøyd er de med tilbudet til de alvorligst syke i hovedforløp 3. Kun én av fire store kommuner med mer enn 50 000 innbyggere er godt eller svært godt fornøyd med tjenestene til den yngste målgruppen. Her er det flere som har kommentert at for barn og unge er det spesialisthelsetjenesten og barnevernet som gjør mest for de alvorligst syke, og at tilbudet i kommunen for øvrig ikke er tilpasset målgruppen. I tjenester til voksne er kommunene relativt jevnt godt fornøyd uavhengig av kommunestørrelse for pasienter i hovedforløp 1 og 2, mens de er mer fornøyd jo større kommunen er når det gjelder 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 rustjenestetene er små tjenester i kommunene, og at det er behov for å sikre at midlene når de riktige brukerne. Like mange sa at de forventet at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning. Mange kommuner oppgav også at de forventet mer midler til forebygging, særlig for barn og unge. Mange hadde forventninger til at boligtilbudet skulle bedres, men også at det skulle bli bedre og mer koordinerte tilbud til målgruppen. Mange forventet også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skulle bli bedre, men også at det interne samarbeidet skulle bedres. Blant de som ikke hadde særlige forventninger til planen i 2016, var det ofte knyttet mot manglende øremerking, men også at en del kommuner er for små til å kunne forventes å bygge ut et omfattende tilbud. Kommunene ba i 2016 om klare føringer fra myndighetene, tilstrekkelig med midler som når frem til målgruppen og en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Våren 2017 var det kun 16 kommuner (4 prosent) som svarte at de ikke var kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), mens 49 kommuner (12 prosent) svarte at de ikke var kjent med at Opptappingsplan for rusfeltet ble tilført økte midler i rammen/frie inntekter til kommunene. Totalt var det 54 prosent av kommunene som svarte at Opptappingsplanen for rusfeltet hadde hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen våren 2017. Den vanligste konsekvensen var at de har fått flere årsverk, og 40 prosent av kommunen oppgav å ha fått flere årsverk. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer ble oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering ble oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent hadde fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området ble oppnådd av 21 prosent av kommunene, mens 10 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 9 prosent hadde i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft. Ti prosent av kommunene oppgav at de i liten grad hadde sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. 72 prosent av kommunene svarte at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Andelen økte tydelig med kommunestørrelse. De fleste som

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

6.1 KARTLEGGING VÅREN 2018

I 2018 har vi kartlagt i hvilken grad de økte midlene er brukt til formålet, og om opptrappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser for kommunalt rusarbeid det siste året, og hvis ja, hvilke endringer som har forekommet. Vi har også kartlagt hvor mange nye årsverk kommunen har fått som følge av opptrappingsplanen, og om kommunene selv mener de har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Videre har vi spurt om kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen og på hvilken måte dette eventuelt er gjort. I tillegg er spørsmål om samarbeid med fastlegene tatt med og hvorvidt kommunen/bydelen kartlegger og iverksetter tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem. Spørsmålene som inngår og de konkrete spørsmålsformuleringene er vist i tabell 1.2

6.2 OM DE ØKTE MIDLENE HAR BLITT BENYTTET TIL FORMÅLET

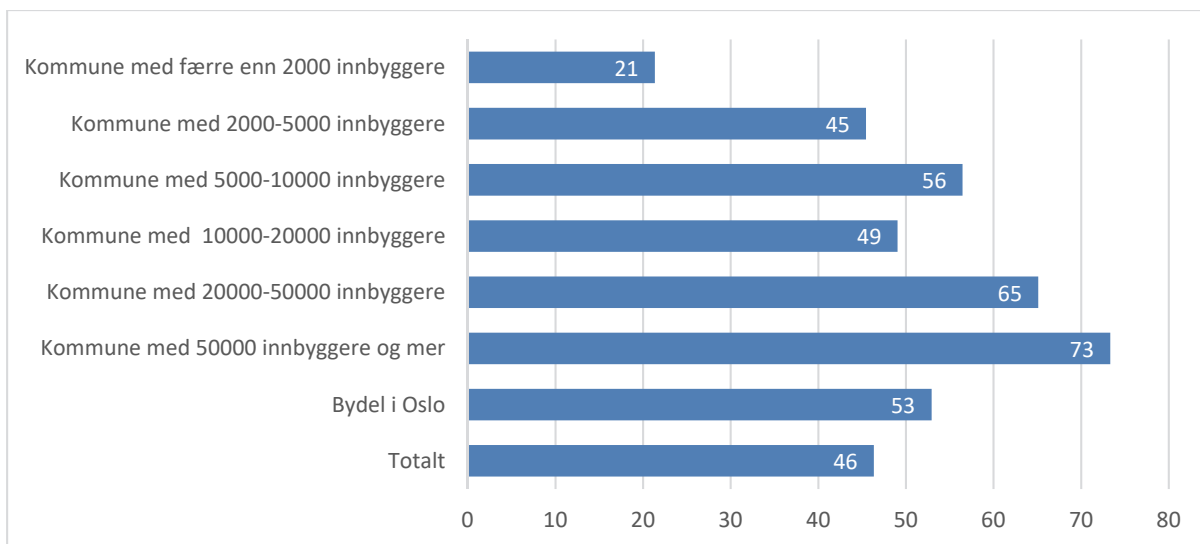
Som vist i tabell 6.1 er det 46 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad har benyttet de økte midlene til formålet. Det er 49 kommuner som svarte at de ikke vet hvordan midlene er benyttet og nesten like mange som erfarer at midlene i svært liten grad er benyttet til formålet.

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

	Antall	Prosent
I svært stor grad	86	20
I stor grad	110	26
I noen grad	101	24
I liten grad	30	7
I svært liten grad	47	11
Vet ikke	49	12
Total	423	100

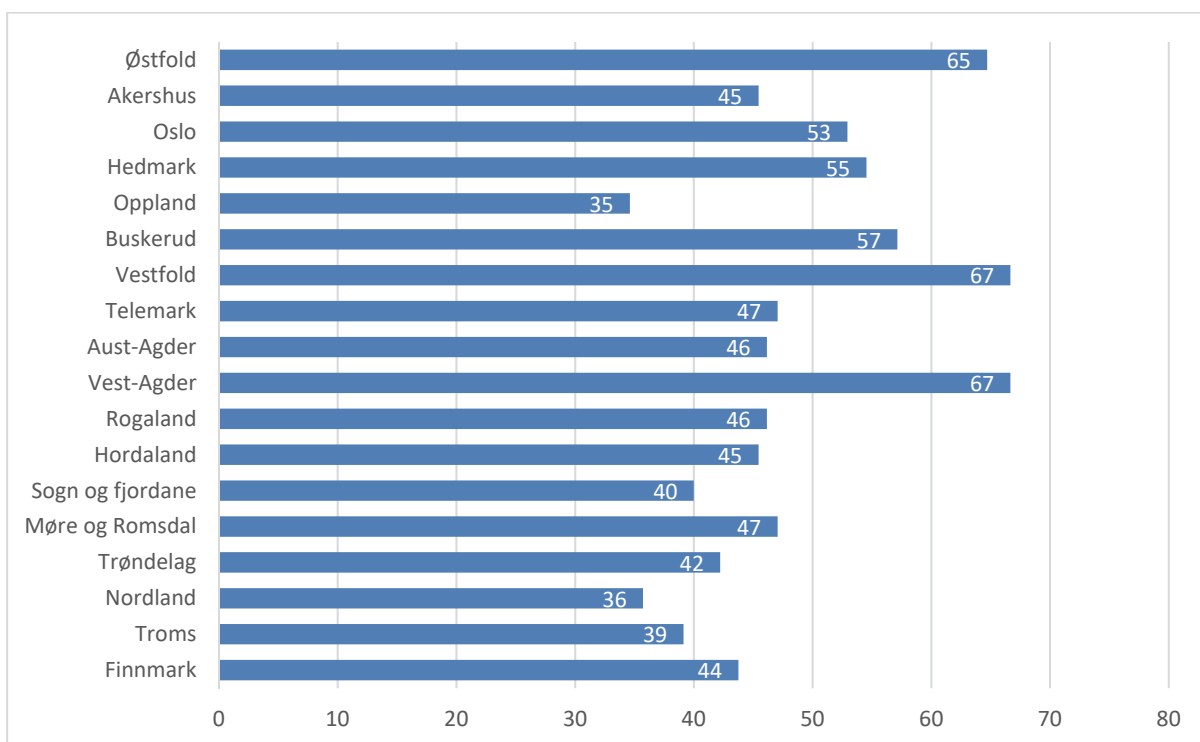
Vi velger her å analysere nærmere hva som kjennetegner kommuner som svarer at midlene i svært stor grad eller i stor grad benyttes til formålet. Slik får vi også kunnskap om hva som kjennetegner de som i mindre grad erfarer at de økte midlene benyttes til formålet. Det er 15 kommuner som ikke har svart på spørsmålet, og disse kodes til missing.

Som vist i figur 6.2 er det lavest andel av de miste kommunene som svarer at de i stor grad har benyttet midlene til formålet (21 prosent), og høyest andel i de største kommunene utenom Oslo (73 prosent).



Figur 6.1 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 6.2 er andelen kommuner som svarer at de har benyttet de økte midlene til formålet, lavest i Oppland, Nordland og Troms og høyest i Vestfold, Vest-Agder og i Østfold.



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

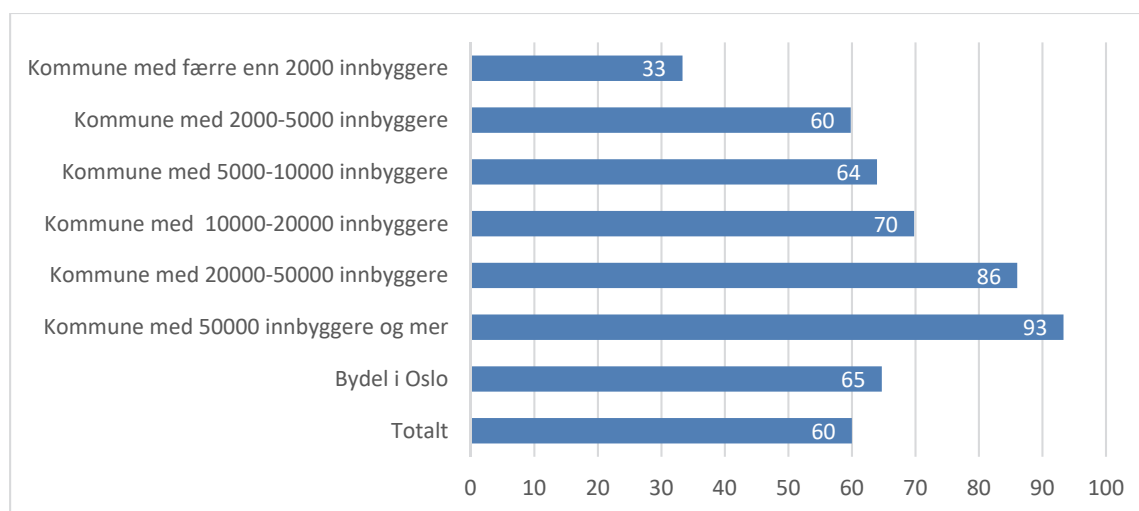
Men vi finner at de fleste fylkesforskjellene ikke er signifikante når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Dette får særlig utslag i Nordland der det er mange små kommuner. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ikke systematisk forskjell i andelen kommuner som svarer at de benytter midlene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

Vi har også undersøkt om det er noen sammenheng mellom antall årsverk som rapporteres til voksne (per innbygger) og sannsynlighetene for å bruke midlene på det de var ment for. Vi finner at jo flere årsverk kommunen har rapportert per innbygger, jo større sannsynlighet er det for at de har svart at midlene i stor eller svært stor grad har vært benyttet til formålet. Dette resultatet holder seg også når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Det er altså slik at større tilbud målt i antall årsverk per innbygger, vil kunne bety at det er lettere å styre midlene i riktig retning. Kommuner som har svart at de bruker midlene på formålet har 33 årsverk per 10 000 innbygger mot 26 for kommuner som har svart noe annet (veide tall). Det er signifikante forskjeller, og denne forskjellen består om vi kontrollerer for størrelse og for fylke.

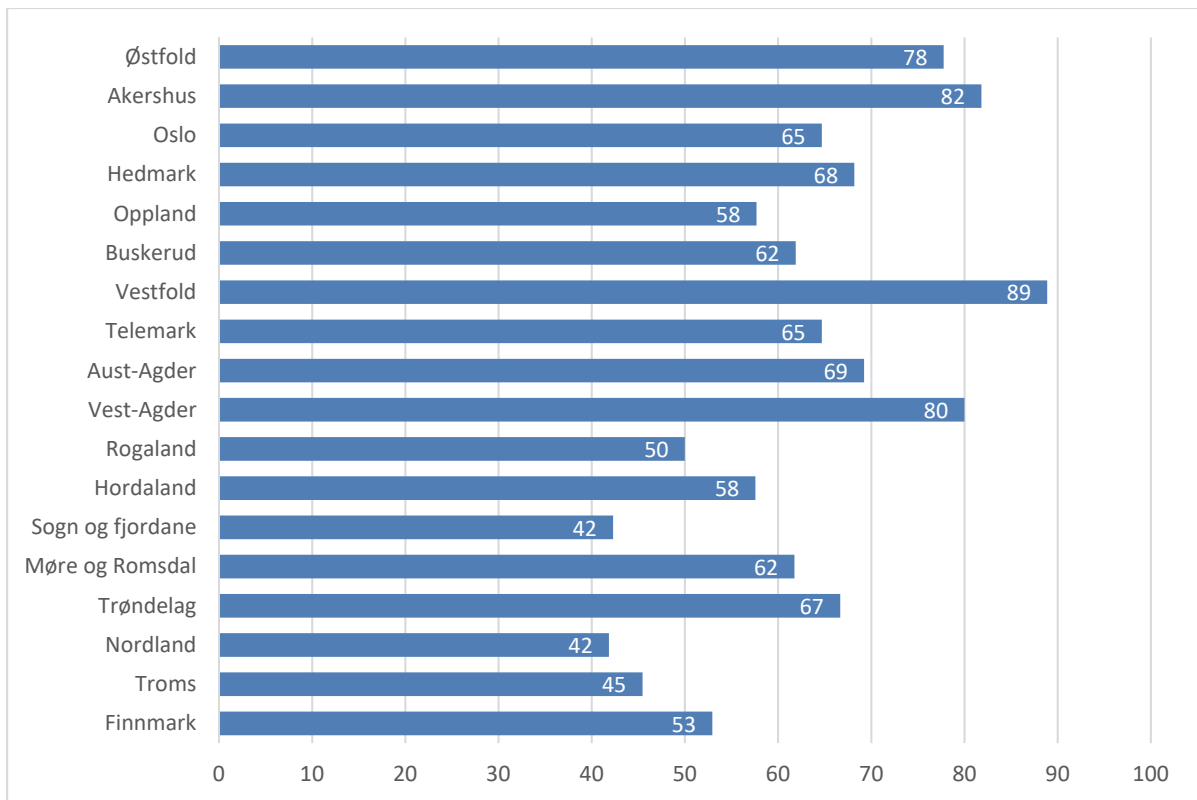
6.3 KONSEKVENSENE AV OPPTRAPPINGSPLANEN I KOMMUNENE

Det er 257 kommuner/bydeler (60 prosent) som har svart ja på spørsmål om Opptappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det er 126 kommuner/bydeler som har svart nei (30 prosent) og 43 har svart at de ikke vet (10 prosent). I alt er det 8 kommuner som ikke har svart på dette spørsmålet.

Om vi ser nærmere på de kommunene som har svart ja, finner vi at det er systematiske forskjeller både etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet. Forskjellene er vist i figur 6.3 og 6.4.



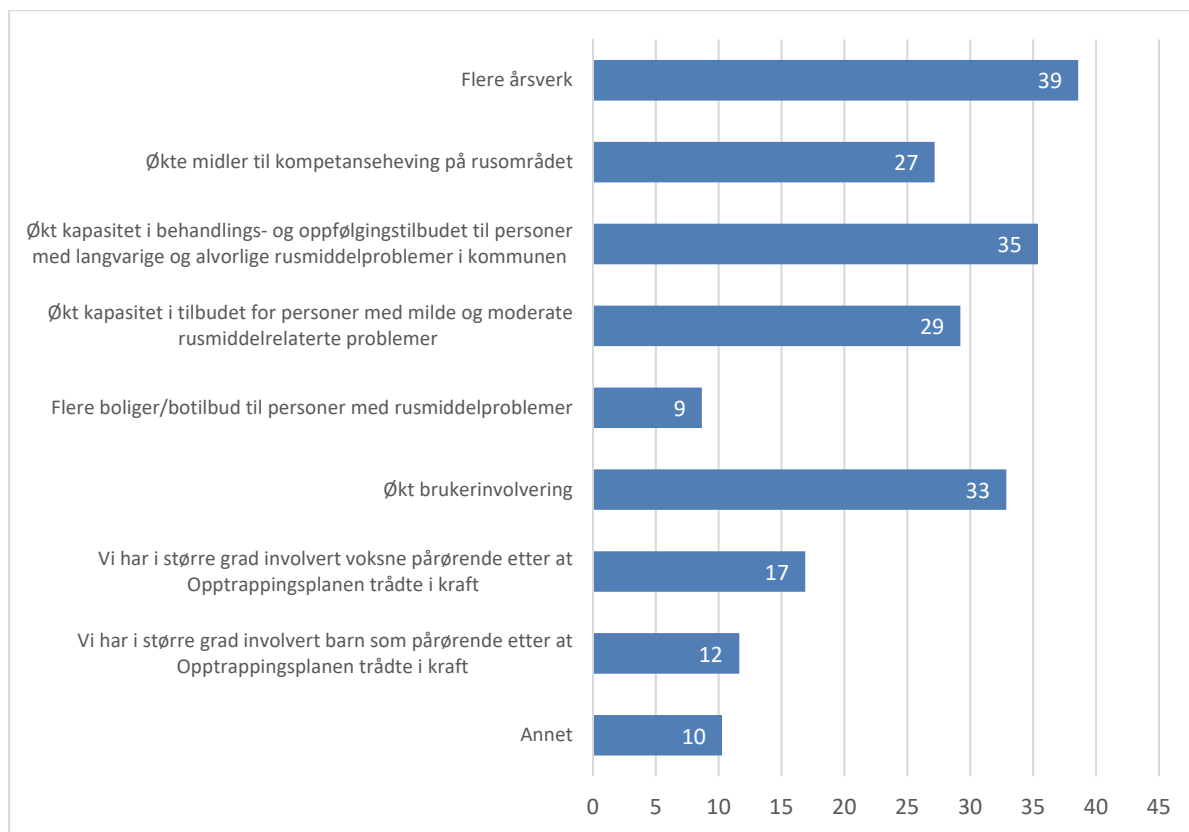
Figur 6.3 Prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen har hatt direkte konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året i kommunen/bydelen, kommunestørrelse.



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

Også her blir fylkesforskjellene mindre når vi kontrollerer for kommunistørrelse.

Det er flest kommuner/bydeler som har rapportert at de har fått flere årsverk (39 prosent av alle kommuner). Se figur 6.5. Det er også mange som har fått økt brukerinvolvering (33 prosent) og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (35 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (29 prosent). Av alle kommuner og bydeler er det 27 prosent som har oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet og 17 prosent som har i større grad har involvert voksne pårørende og 12 prosent barn og unge. Det er ni prosent av kommunene som svarer at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene.



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

De 45 kommunene/bydelene som har svart "Annet" har blant annet svart at samarbeidet er forbedret, at de har fått Ruskoordinator, økt samarbeid med frivillige og bedre kvalitet gjennom et styrket tilbud.

Totalt er det rapportert om 501 nye årsverk. Disse fordeler seg som vist i tabell 6.2 etter kommunestørrelse og som vist i tabell 6.3 etter fylke.

Tabell 6.2 Hvor mange flere årsverk har kommunen fått som følge av opptappingsplan for rusfeltet? Kommunestørrelse.

	Antall årsverk	Antall årsverk per 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	7	0,6	1,7
Kommune med 2000-5000 innbyggere	47	1,2	3,4
Kommune med 5000-10000 innbyggere	74	1,2	4,0
Kommune med 10000-20000 innbyggere	117	1,5	5,1
Kommune med 20000-50000 innbyggere	155	1,2	4,4
Kommune med 50000 innbyggere og mer	86	0,6	1,9
Bydel i Oslo	17	0,3	0,9
Totalt	501	0,9	3,2

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

	Antall årsverk	Antall årsverk per 10 000 innbygger	Antall nye årsverk i prosent av totalt rapporterte årsverk
Østfold	36	1,2	4,2
Akershus	65	1,1	4,9
Oslo	17	0,3	0,9
Hedmark	25	1,3	4,8
Oppland	14	0,8	2,6
Buskerud	25	0,9	3,2
Vestfold	43	1,7	6,4
Telemark	14	0,8	2,6
Aust-Agder	14	1,2	4,0
Vest-Agder	5	0,3	0,8
Rogaland	32	0,7	2,2
Hordaland	51	1,0	3,0
Sogn og Fjordane	7	0,6	1,7
Møre og Romsdal	32	1,2	3,7
Trøndelag	27	0,6	1,6
Nordland	63	2,6	8,2
Troms	14	0,8	2,4
Finnmark	18	2,3	6,4
Totalt	501	0,9	3,2

6.4 SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER

Det er 423 kommuner/bydeler som har svart (97 prosent) på i hvilken grad de mener de har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Det var ti prosent av kommunene/bydelene som i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer i 2017, mens andelen er nede i fem prosent i 2018.

Tabell 6.4 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).

	2017	2018
I svært liten grad	1	1
I liten grad	9	4
I noen grad	45	47
I stor grad	39	41
I svært stor grad	6	7
Totalt	100	100

Tabell 6.5 Prosent som svarer i at kommunen/bydelen i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, kommunestørrelse 2017, 2018.

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

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

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

6.5 KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

I 2017 var det 303 av 423 kommuner/bydeler (72 prosent) som svarte at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. I 2018 var 71 prosent som svarte ja, og 97 prosent av kommunene har svart. Andelen øker med kommunestørrelse jf. tabell 6.7. Fordelingen på fylke er vist i tabell 6.8.

Tabell 6.7 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 og 2018

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

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

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

De fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen, har brukt BrukerPlan (61 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent har benyttet bruker-spør-bruker.

Tabell 6.9 Antall og andel som svarer på hvilken måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt, 2017 og 2018

	2017		2018	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle
BrukerPlan	270	61	207	47
Ungdata	239	54	44	10
Bruker-spør-bruker	14	3	3	1
Annet	49	11	46	11

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

Vi ser videre på disse etter kommunestørrelse (tabell 6.10) og fylke (tabell 6.11).

Tabell 6.10 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, kommunestørrelse 2018.

	Bruker-Plan	Ung-data	Bruker-spør-bruker	Annet	Av alle	Ikke oppgitt metode
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	21	9	1	7	39	3
Kommune med 2000-5000 innbyggere	41	13	0	10	63	2
Kommune med 5000-10000 innbyggere	63	11	1	9	85	1
Kommune med 10000-20000 innbyggere	51	11	2	13	76	3
Kommune med 20000-50000 innbyggere	65	2	0	19	86	2
Kommune med 50000 innbyggere og mer	67	0	0	20	87	0
Bydel i Oslo	82	12	0	6	100	0

Tabell 6.11 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, fylke 2018.

	Brukerplan	Ungdata	Bruker-spør-bruker	Annet	Av alle	Ikke oppgitt metode
Østfold	67	0	0	6	72	0
Akershus	45	0	5	18	68	0
Oslo	82	12	0	6	100	0
Hedmark	50	27	0	9	86	4
Oppland	81	4	0	15	100	0
Buskerud	14	14	5	5	38	2
Vestfold	67	11	0	22	100	0
Telemark	28	17	0	17	61	4
Aust-Agder	7	27	0	20	53	8
Vest-Agder	33	0	0	0	33	0
Rogaland	58	8	0	23	88	0
Hordaland	79	6	0	0	85	0
Sogn og Fjordane	38	4	0	0	42	0
Møre og Romsdal	50	11	0	6	67	4
Trøndelag	40	15	0	15	70	3
Nordland	30	14	2	14	59	1
Troms	42	4	0	8	54	2
Finnmark	42	5	0	11	58	7
Totalt	47	10	1	11	68	3

Under annet kom det frem at mange hadde benyttet både BrukerPlan og Ungdata. Det må altså være mulig å gi flere svar på dette spørsmålet.

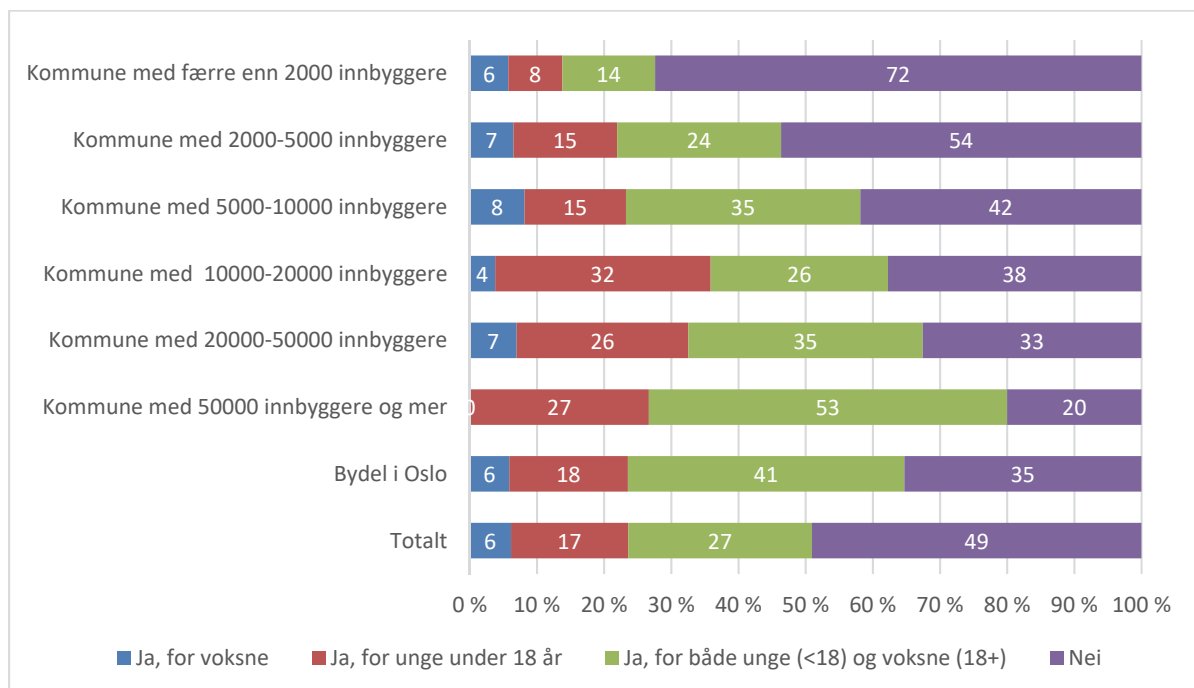
6.6 SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING

I 2017 var det 44 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. I 2018 var andelen 51 prosent. Spørsmålet ble i 2018 også konkretisert i forhold til hvem de hadde systemer for.

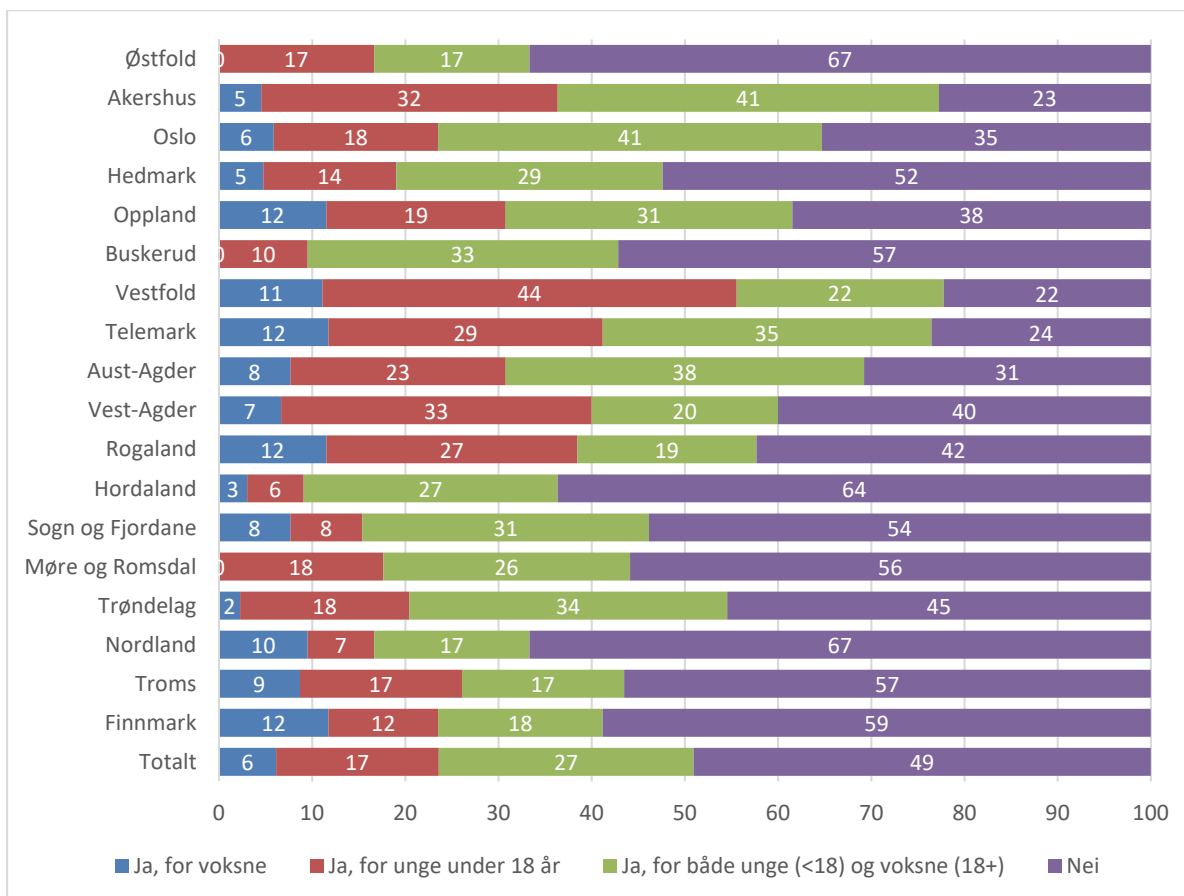
Tabell 6.12 Antall og andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, 2018.

	Antall	Prosent
Ja, for voksne	26	6
Ja, for unge under 18 år	74	17
Ja, for både unge (<18) og voksne (18+)	116	27
Nei	208	49
Total	424	100

Som det fremkommer av figur 6.6, er tydelige forskjeller etter kommunestørrelse. Fylkesvariasjonen er vist i figur 6.7.



Figur 6.6 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 2018.



Figur 6.7 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 2018.

Det er systematisk variasjon etter både kommunestørrelse og fylke, og fylkesforskjellene er fortsatt systematiske etter at vi har kontrollert for kommunestørrelse.

Av de 216 kommunene som har svart at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, er det 208 (96 prosent) som har gitt en kort beskrivelse på systemet. Det som beskrives er for eksempel:

- Samarbeidsmøter med ulike aktører
- Systematisert arbeid gjennom familiesenter
- Interne rutiner, samarbeidsavtaler og teamarbeid
- Tidlig innsats for gravide, for eksempel at jordmortjenesten har rutine for å spørre om rus i svangerskapet (TIGRIS, TWEAK, EPDS, BIR)
- Systematiske kartlegginger i første møte
- Kartleggingsverktøy Audit og Dudit
- Koordinerende enhet, utekontakter
- Kommunalt rusteam, tverrfaglig sammensatt, med målsetting om tidlig inn og forebyggende tiltak.
- Liten kommune, oversiktlig og god dialog

For barn og unge:

- Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT)

- BTI-samarbeid (Samhandlingsmodell til bruk i kommuner for å bedre den tverrfaglige innsatsen i og mellom tjenester rettet mot barn, unge og familier som bekymrer, KoRus)
- Jevnlige samarbeidsmøter mellom skole, helsestasjon og psykisk helse/rus
- Helsesøster har faste dager på ungdomskule og videregående skole. Psykisk helse og Rus fast dag på ungdomskulen. Tett samarbeid mellom helsestasjon og Psykisk helse og Rus.
- Samarbeidsmøter og nær kontakt mellom skole, fritidsarenaer og helsetjenestetilbud
- Ungdomsteam og samarbeid med NAV
- "Tidlig ute" et samarbeid mellom kommune, NAV, Barnevern og politi, og SLT
- Ung Helse team i videregående skole
- Samhandling med fastlege, helsesøstertjeneste og psykisk helse
- Helsesamtale ved helsesøster i 8.klassetrinn. Henvisninger fra fastlege/samt kartlegging ved rus og psykiatriavdelingen.
- Samarbeid med barnevern og skole som kontakter rustjenesten med mistanke om begynnende rusrelatert problem.
- Felles arena med ressursgruppe barneansvarlig og flere med oppfølging av barn som pårørende.
- Ruskonsulenter som arbeider med helsesøstre og skolene for tidlig innsats
- Fagmøter på tvers av tjenester der det kan identifiseres unge nystartere.
- Basismøter på skuler og barnehager, faste og regelmessige drøftingsmøter der rus og psykisk helse, helsestasjon, PPT, barnevern og andre er med.
- Tett kontakt og faste møter med politiet
- Tilstede i skolene og Salto. Skolehelseteam. Team med barnevern og NAV.
- God dialog med barnevernstjenesten og helsestasjon. To møter i året med politi, barnevern, helsestasjon og rådgiverne fra skolene.

En kommune beskriver litt grundigere hva de har gjort i forhold til tjenester til barn og unge:

Senter for oppvekst er en samorganisering av ulike tjenester for barn og unge. Det benyttes samtykkeerklæring for samhandling mellom avdelingene. Det er etablert et tverrfaglig og tverretatlig Ungdomstorg for brukere i alderen 13-23 år. Her møter de ulike etater med sine representanter slik at ungdommen har en dør inn i forhold til ulike behov. Ungdomstorget og den ordinære rustjenesten gir blant annet samtaletilbud og hasjavvenningskurs (Stor kommune med velutviklet tilbud).

Kommunene skulle også beskrive kort hvilke tiltak/tilbud kommunen har til personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Her har 189 kommuner beskrevet hvilket tilbud de har. Svarene er for eksempel:

- Aktivitetstilbud, tilrettelagt arbeid
- Individuell behandling eller støtte
- Koordinering
- BTI
- Foreldreveiledning
- Ambulant oppfølging, ungdomskontrakt
- Kommunale boliger

- Rustester
- Drop-in tilbud for både barn, unge og voksne, oppvekstteam, samhandlingsforum, SLT-koordinator
- Du-kurs, psykolog, helsesøster, SLT koordinator, hasj-avvenningskurs
- Forsterket Helsestasjon / oppfølging i svangerskapet og etter fødsel (3 år)
- Får tilbud om samtaler og oppfølging av miljøterapeut på skolen, helsesøster, rus- og psykiatritjeneste (for de over 16). Henvises til spesialisthelsetjeneste.
- Hasjavvenningsprogram, råd og veiledning, nettverksmøter og videre henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Lavterskel for kontakt. Samtaletilbud, støtte til praktiske gjøremål (miljøterapi)
- LOS-funksjon, Ungdomsavdelingen, Skolehelsetjenesten, og helsestasjon for ungdom
- Rask psykisk helsehjelp, råd og veiledning, ruskonsulenter
- Tilbud om samtale hos helsesøster.
- Ungdomar på sommarjobbtiltak, tiltak i regi av Frisklivslivssentralen
- Åpen helsestasjon på skolen, ruskonsulent er ukentlig tilgjengelig for 5. til 10. trinn.
- Åpne møteplasser i fritidsklubber, ruskontrakter, kulturtilbud, helsestasjon for ungdom og helsestasjon for gutter, LOS oppfølging

Noen har beskrevet litt mer:

Det har vore eit stort kompetanseløft med BTI i alle sektorar i kommunen, og TUT-teamet er tverrfagleg samansett av aktuelle hjelpetenester til å yte aktuell hjelp. Dette er ikkje fullt utvikla for vaksne, men er planlagt også for vaksne (Mellomstor kommune i Vest)

Full pakke - aktivitetstilbud, lav terskel aktivitetstilbud i tjenesten, støttekontakt, miljøarbeider, boveiledning, støttesamtaler, IP/koordinator, helseoppfølging (Liten kommune i Sør-Øst)

Lågterskel dagsenter Med musikkterapi. Lågterskel arbeidstiltak. Individuelle tiltak (Liten kommune i Vest)

Vi har faste møter med Nav og noen treffpunkt med legene for å samarbeide om identifisering og behandling av personer med rusrelatert problematikk. Rus/psykisk helsetjeneste har faste aktiviteter og tett kontakt med personer med denne problematikken. Vi har ikke andre behandlingstilbud med tett oppfølging på ettermiddag og helg (Liten kommune i Nord).

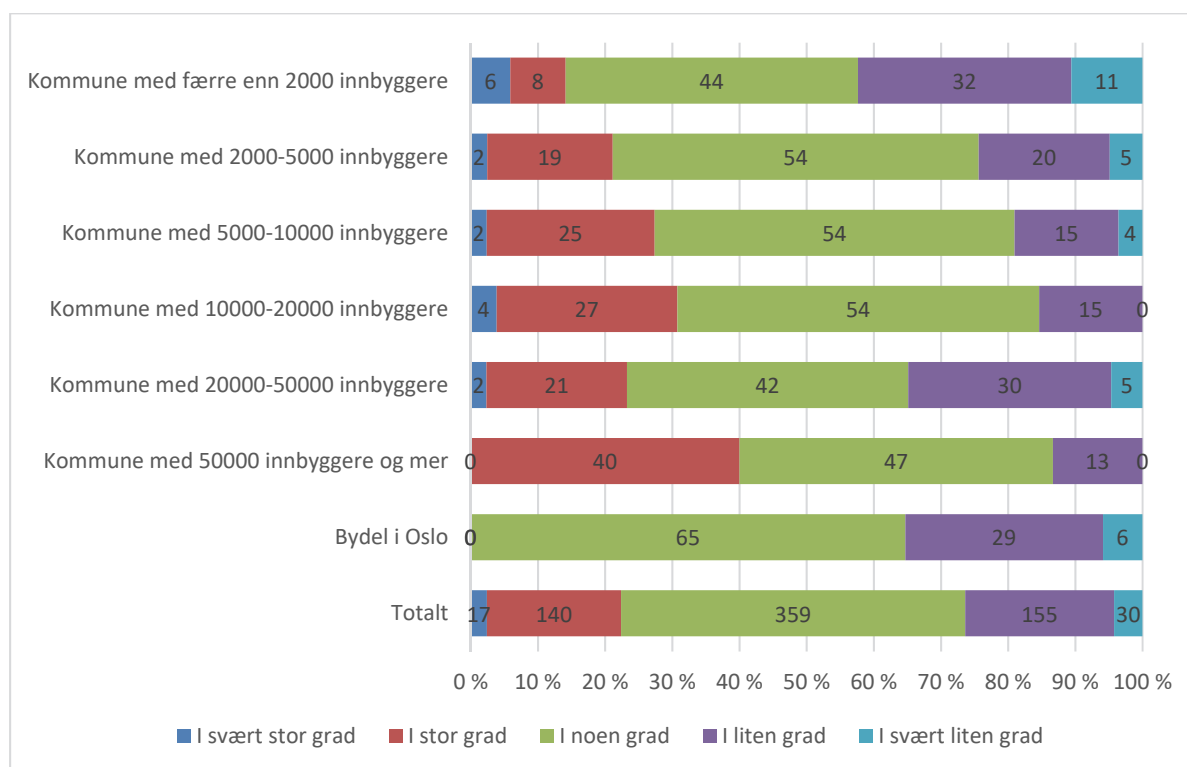
6.7 KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSTILBUD

Som vist i tabell 6.13 er det 22 prosent av kommuner som mener de i svært stor grad eller i stor grad har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet.

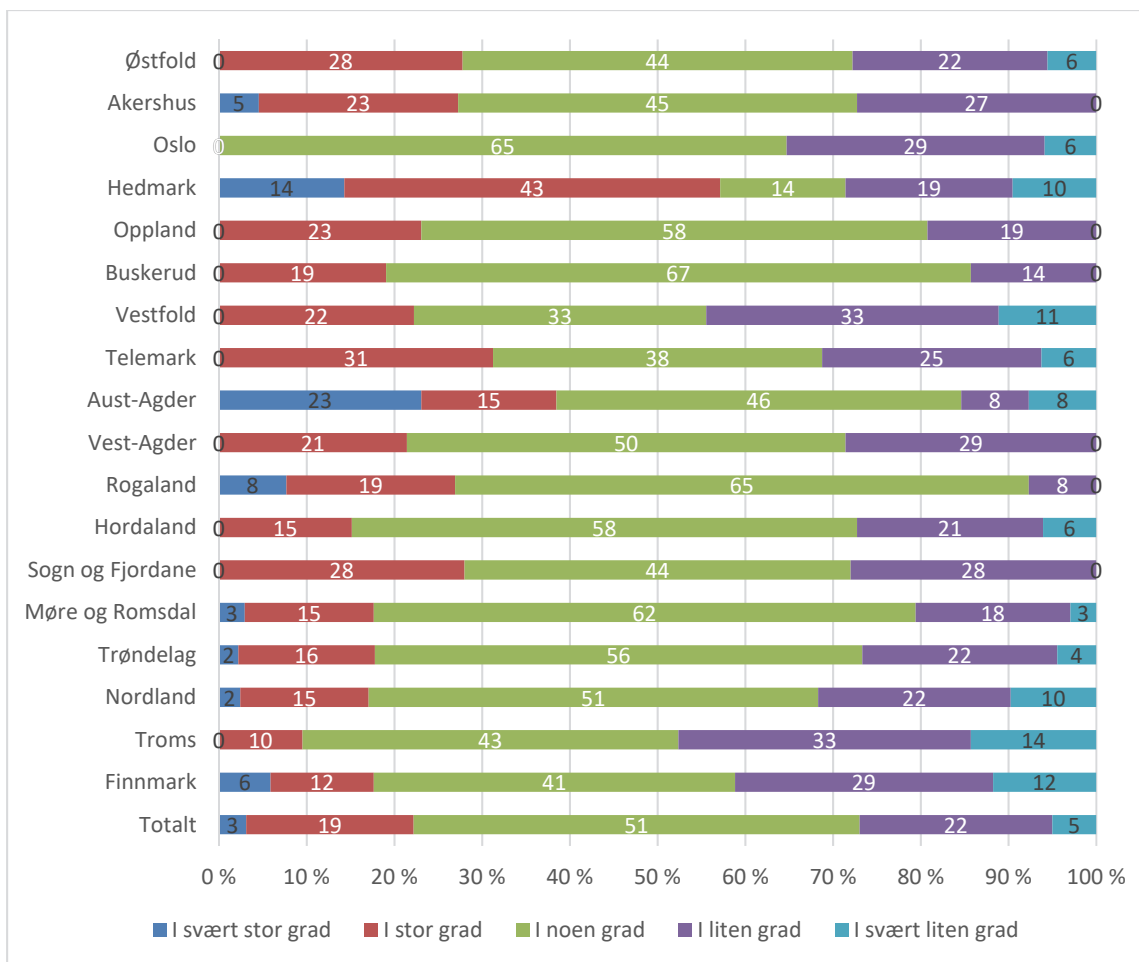
Tabell 6.13 I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018

	Antall	Prosent
I svært stor grad	13	3
I stor grad	80	19
I noen grad	213	51
I liten grad	92	22
I svært liten grad	21	5
Total	419	100

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



Figur 6.8 Andel kommuner som svarer på om de har i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, kommunestørrelse 2018



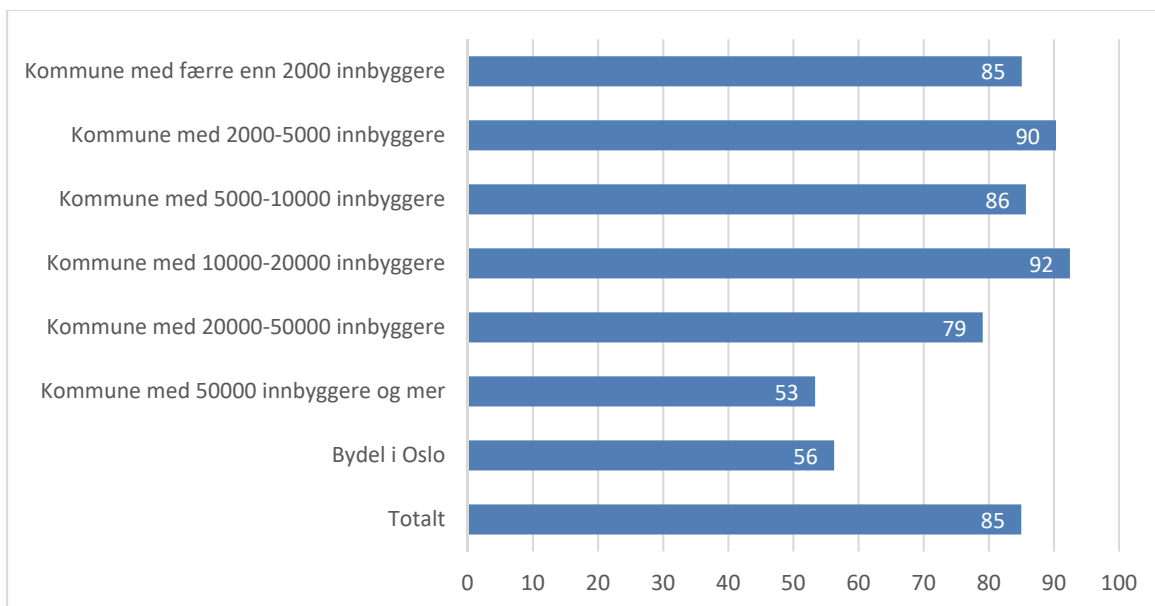
Figur 6.9 Andel kommuner som svarer på om de har i hvilken grad vurderer kommunen at de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, fylker 2018

6.8 SAMARBEID MED FASTLEGENE OM PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOL-RELATERTE PROBLEMER

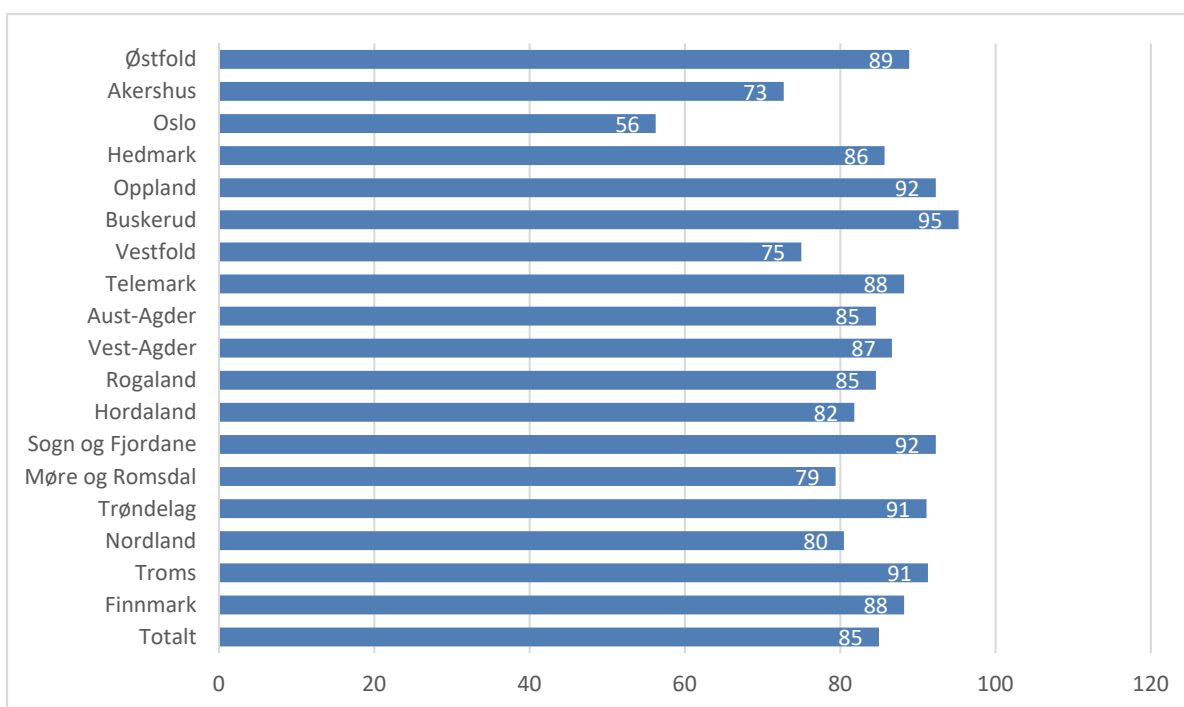
Totalt er det 85 prosent av kommunene som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. 96 prosent av alle bydeler og kommuner har svart. Fordelingen etter kommunistørrelse og fylker er vist i hhv figur 6.10 og 6.11.

Tabell 6.14 Har dere samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018

	Antall	Andel
Ja	358	85
Nei	64	15
Total	422	100



Figur 6.10 Andel kommuner som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer, kommunistørrelse 2018



Figur 6.11 Andel kommuner som svarer at de har samarbeid med fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkohol-relaterte problemer, fylke 2018

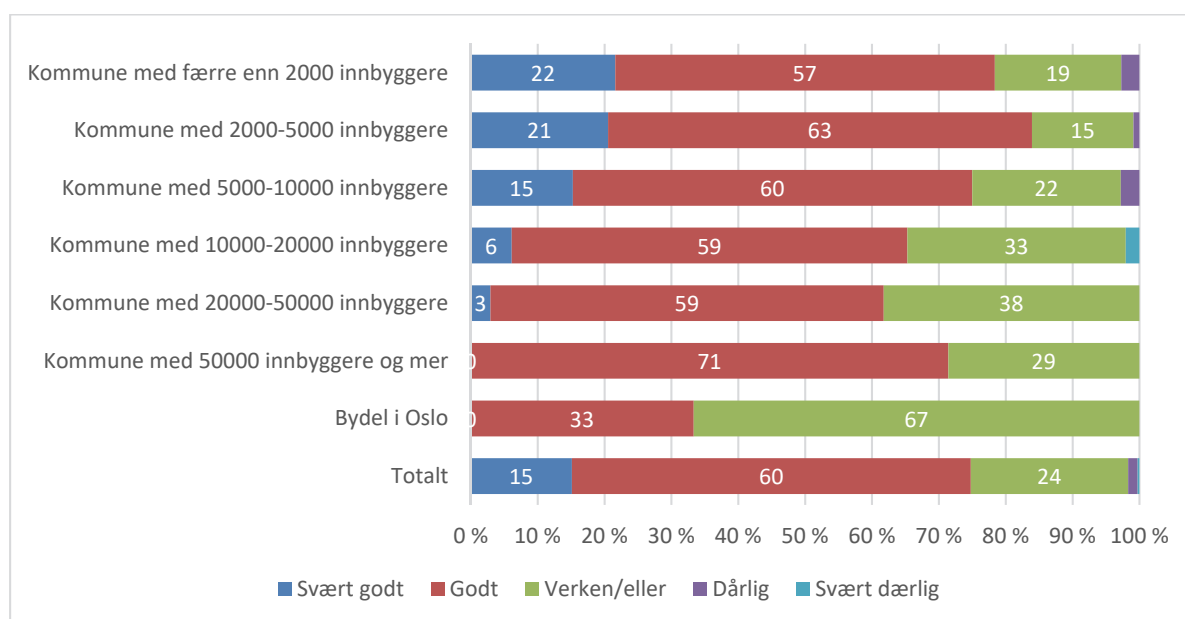
Kommunene er også bedt om å vurdere kvaliteten på dette samarbeidet med på en skala fra svært godt til svært dårlig. Fordelingen på nasjonalt nivå fremkommer i tabell 6.15 og etter kommunistørrelse i figur 6.12 og etter fylke fremkommer i figur 6.13. Av de 358 kommunene som svarte at de samarbeidet med fastlegene, var det 357 kommuner som gav en vurdering på kvaliteten.

Av kommunene som svarer at de samarbeider med fastlegene om voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, var det 75 prosent som svarte at de har et godt eller svært godt samarbeid. Det er bare seks kommuner/bydeler som svarer at de har et dårlig eller svært dårlig samarbeid.

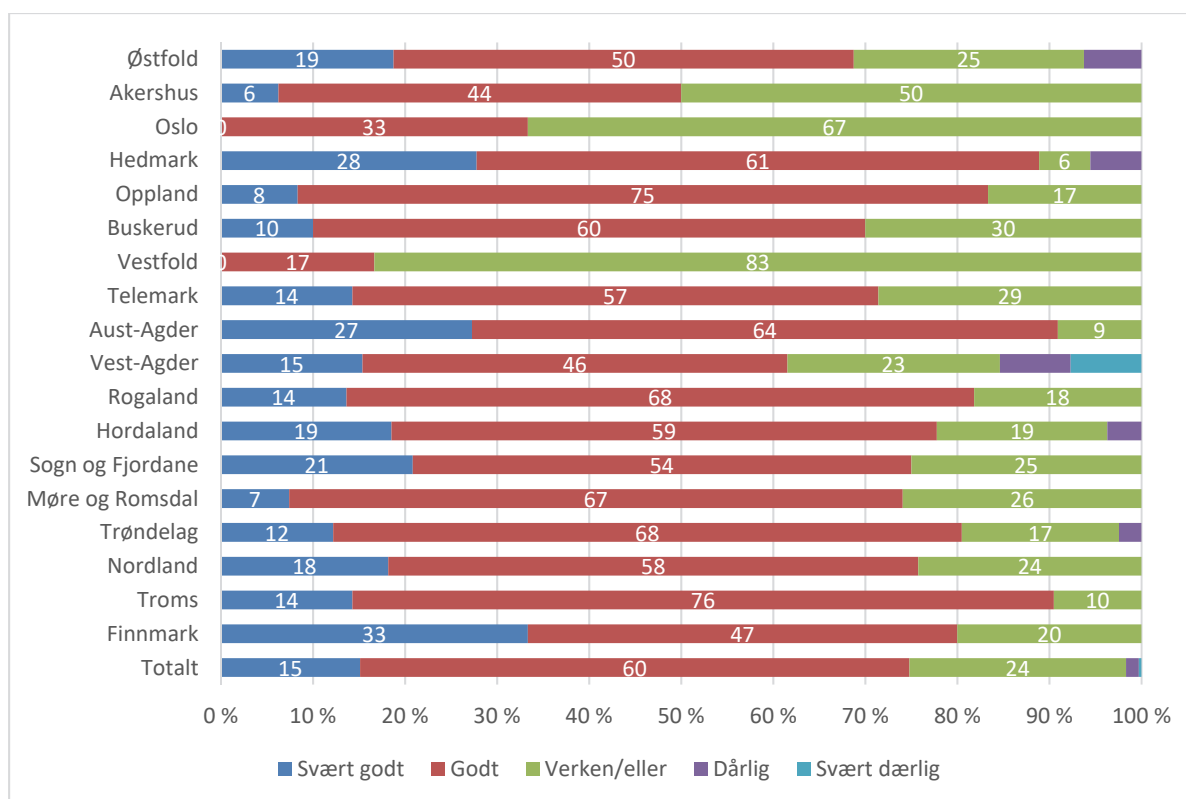
Tabell 6.15 Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018

	Antall	Prosent
Svært godt	54	15
Godt	213	60
Verken/eller	84	24
Dårlig	5	1
Svært dårlig	1	0
Total	357	100

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



Figur 6.12 Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? kommunestørrelse 2018



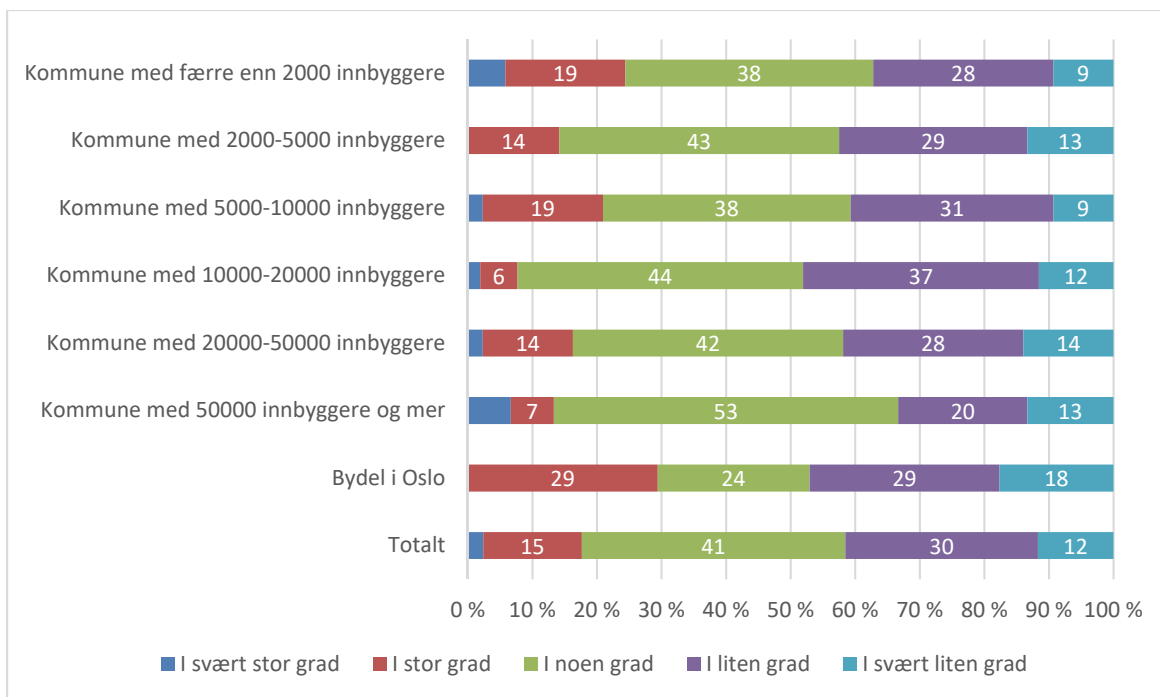
Figur 6.13 Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene om voksne personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? fylke 2018

6.9 TILTAK FOR ELDRE OVER 65 ÅR

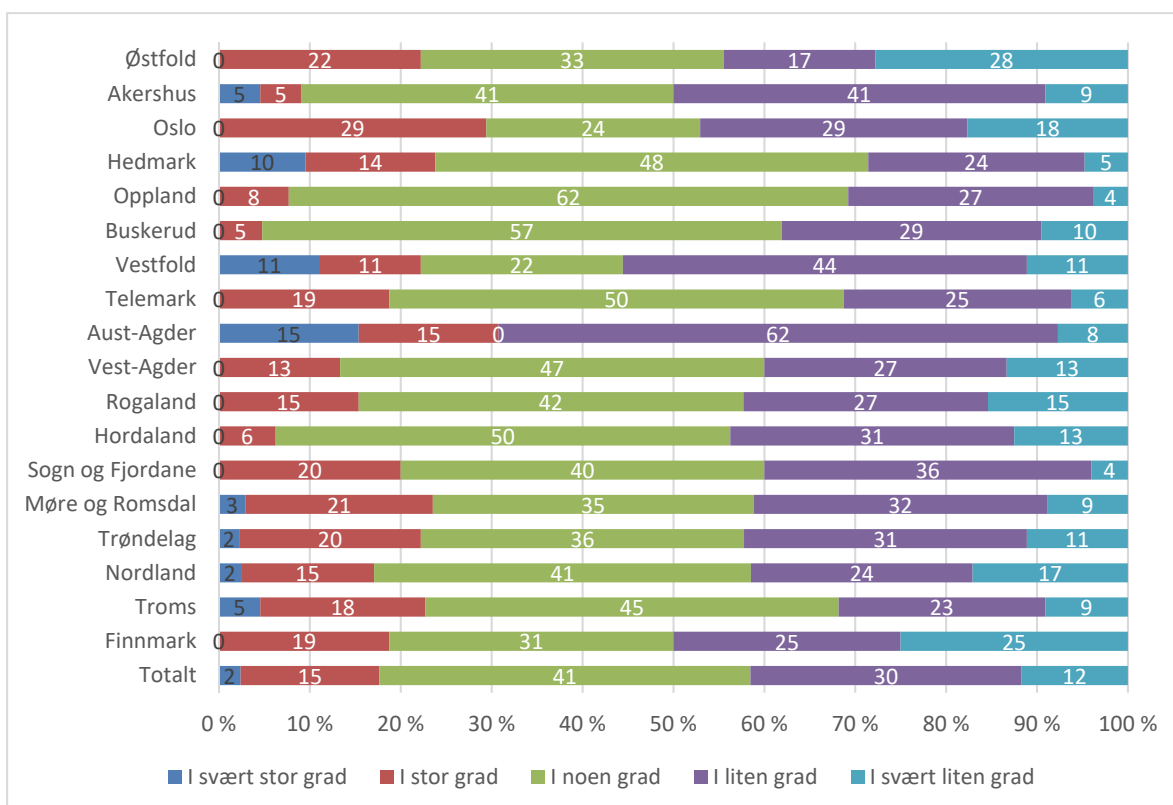
På spørsmål om i hvilken grad kommunen/bydelen kartlegger og iverksetter tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem, er det 17 prosent av kommunene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad gjør dette. 96 prosent av kommunene har svart på spørsmålet. Fordelingen etter kommunestørrelse og fylke er vist i hhv. figur 6.14 og 6.15.

Tabell 6.16 I hvilken grad kartlegger og iverksetter kommunen tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem? 2018

	Antall	Andel
I svært stor grad	10	2
I stor grad	64	15
I noen grad	171	41
I liten grad	125	30
I svært liten grad	49	12
Total	419	100



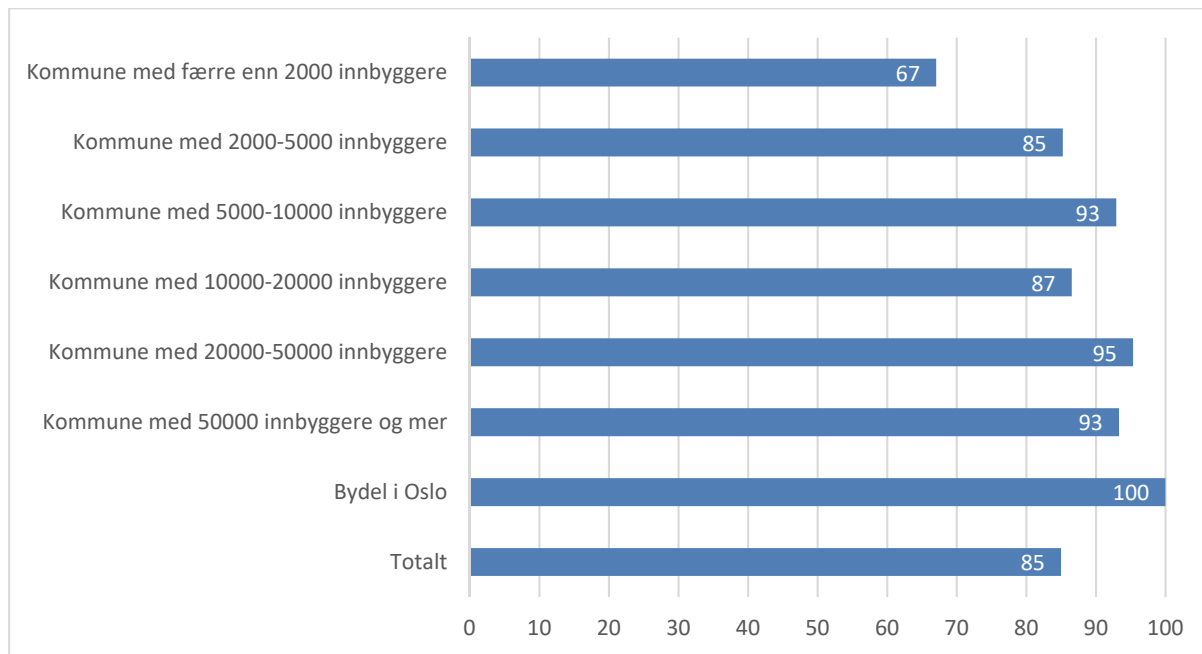
Figur 6.14 I hvilken grad kartlegger og iverksetter kommunen tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem? Kommunestørrelse, 2018.



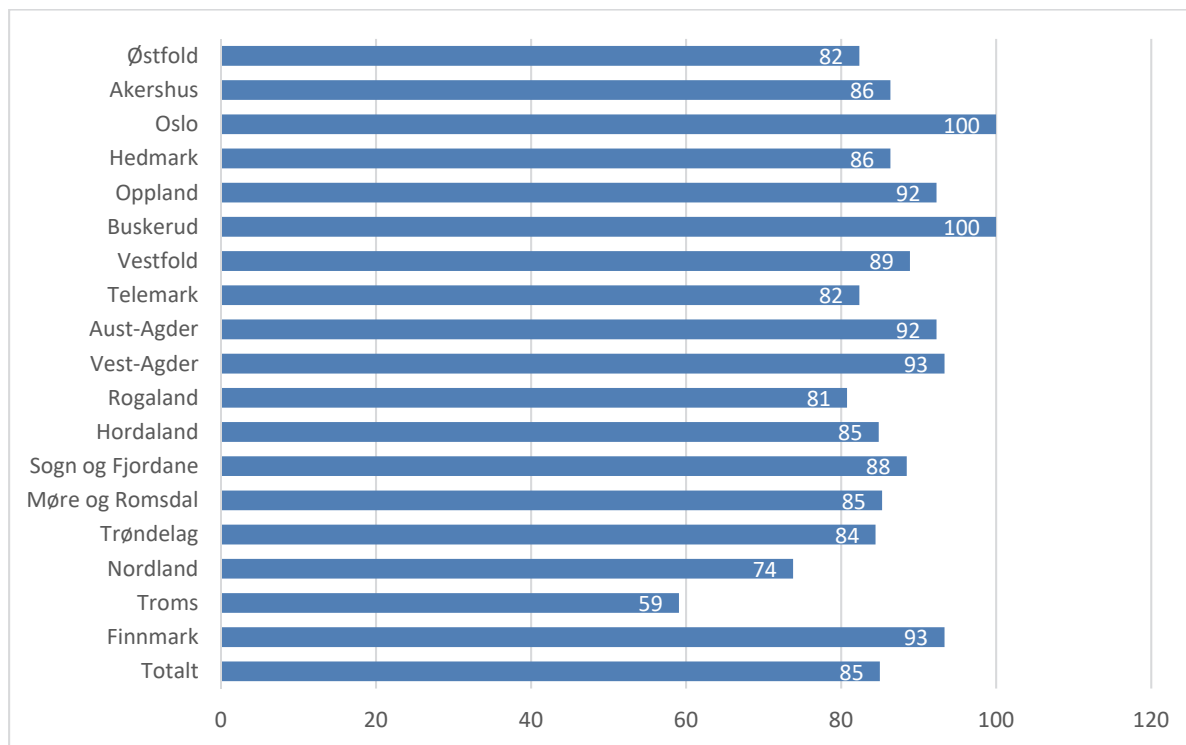
Figur 6.15 I hvilken grad kartlegger og iverksetter kommunen tiltak for eldre over 65 år med alkoholrelaterte problemer som mottar hjemmetjenester eller oppholder seg i sykehjem? Fylke, 2018.

6.10 FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET

Det er 85 prosent av kommunene som oppgir at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, mens 15 prosent har svart nei. Fordelingen etter kommunistørrelse er vist i figur 6.16 og etter fylke i figur 6.17.



Figur 6.16 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Kommunistørrelse, 2018



Figur 6.17 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk. Fylke, 2018

Det er 191 kommuner som har svart på hvilket planverk rusarbeidet er forankret i. Her har vi kodet de åpne svarene slik at vi har antallet som har svart hvilke planverk.

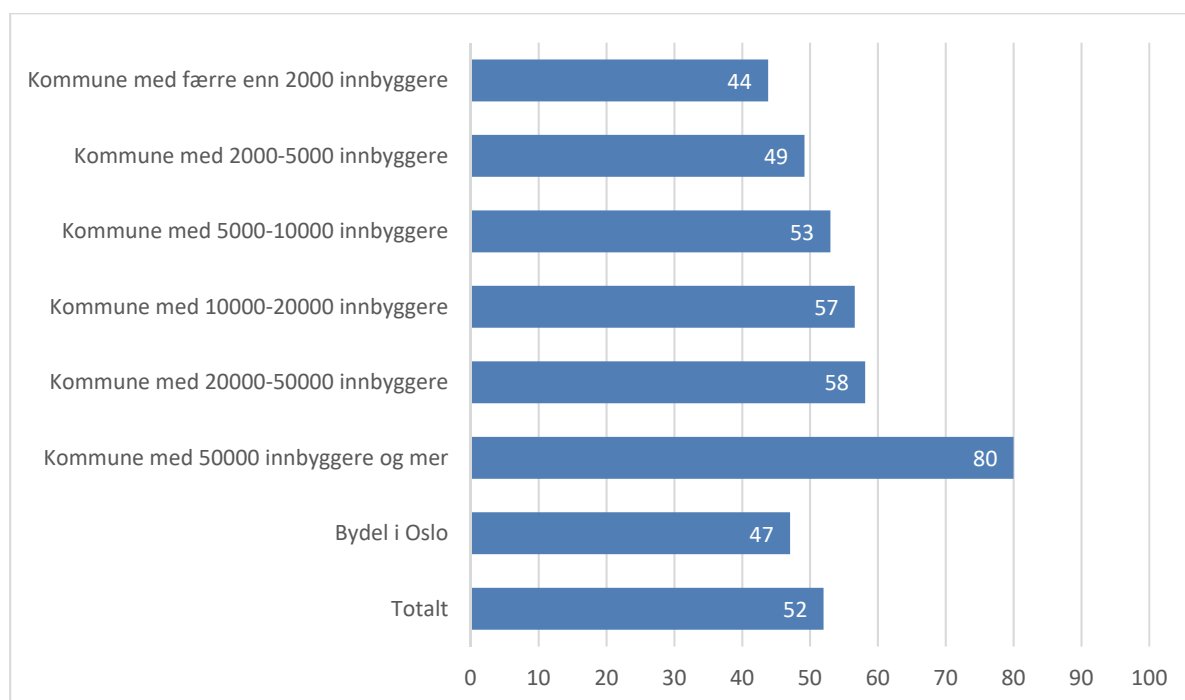
Tabell 6.17 Hvilket planverk rusarbeidet er forankret i, 2018

	Antall	Andel
Ruspolitisk/rusmiddelspolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan	114	60
Helse- og omsorgsplan/helse og velferd	26	14
Handlingsplan for rus og psykisk helse	24	13
Økonomi, budsjett, virksomhetsplaner	11	6
Begge deler	3	2
Folkehelseplan/handlingsplan for folkehelse	3	2
Annet (interkommunale planer, ikke fullført arbeid)	10	5
Totalt	191	100

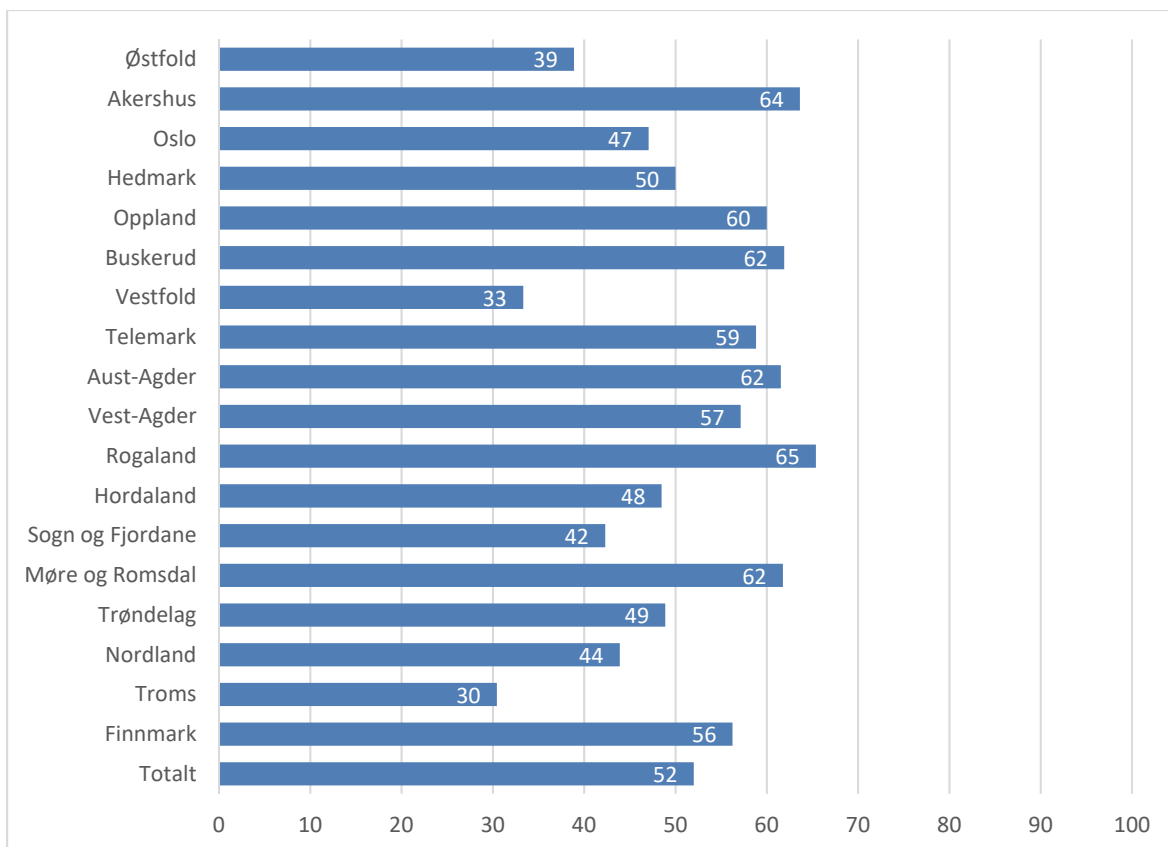
6.11 OPPFØLGING AV BRUKERE ETTER EN IKKE-DØDELIG OVERDOSE

Har kommunen et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose? (ja, nei)

Det er 52 prosent av kommunene som svarer at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. Resten svarer at de ikke har dette, og 422 kommuner/bydeler har svart. Figur 6.18 viser andelen etter kommunestørrelse og figur 6.19 etter fylke.



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



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

6.12 OPPSUMMERING

Nær halvparten av kommunene oppgir at de økte midlene i stor grad har vært benyttet til formålet, mens resten svarer i noen eller liten grad. Det er store forskjeller mellom små og store kommuner, og mens det er 21 prosent av kommunene som har svart at midlene i stor grad har vært benyttet til formålet i de minste kommunene, er andelen 73 prosent i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Det er ikke betydelig geografisk variasjon, så det er mer kommunestørrelse enn hvor kommunen ligger som skaper variasjon.

Seksti prosent av kommunene svarte at Opptrappingsplanen har hatt direkte positive konsekvenser i kommunalt rusarbeid det siste året. Det er naturlig nok flest av de største kommunene som har svart at planen har ført til endringer. Det er mange ulike endringer kommunene rapporterer om, og flest (39 prosent) oppgir at planen har ført til at de har fått flere årsverk. Totalt beregner vi at det har kommet 501 nye årsverk som en direkte følge av Opptrappingsplanen. 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 oppgis av 27 prosent av kommunene, og 29 prosent oppgir økt kapasitet i tilbudet for personer med milde og moderate rusmiddelrelaterte problemer. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de i større grad får involvert voksne som pårørende etter at planen trådte i kraft, mens 12 prosent oppgir at de i større grad får involvert barn som pårørende.

Få kommuner (5 prosent) oppgir at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. I 2017 var andelen 10 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 har ikke systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusmiddelrelatert problematikk, mens seks prosent svarer at de har slike systemer for voksne, 17 prosent svarer at de har det for unge, mens 27 prosent svarer de har det både for unge og voksne.

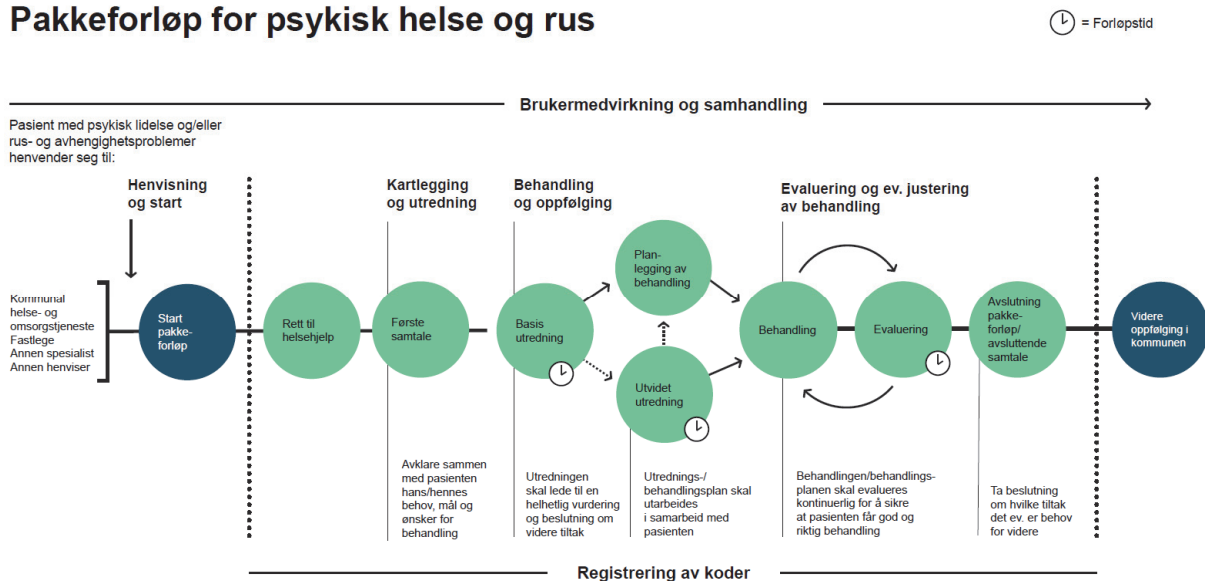
7 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

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, 5) Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på de fem målsettingene helsemyndighetene har for innføring av pakkeforløp, og referere til aktuell forskning og kartlegging på området. Figuren under viser Pakkeforløpenes innhold.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus



BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERTILFREDSHET

Mål om brukermedvirkning og brukertilfredshet innebærer at pasientens synspunkter legges til grunn, og at en får mulighet til å bidra til å finne den behandlingstilnærmingen som passer best. Pakkeforløpene skal tilpasses ens behov. Videre at pårørende kan være en samarbeidspartner og støtteperson for pasienten gjennom forløpet, og at helsepersonell skal legge til rette for en forutsigbar dialog med pårørende ved helse- og omsorgstjenester til pasient/bruker (helsenorge.no).

En undersøkelse om folks oppfatninger om egen helse og om helsetjenestetilbudet (Ådnanes & Dyrstad, 2015) viste at det varierer med folks sykdomsbilde hva folk vurderer som de viktigste kriteriene for kvalitet i helsetjenesten. Generelt var det stor enighet om at det viktigste var tilgjengelighet til helsetjenester (korte avstander og ventetider) og behandling som virker, utført av godt kvalifisert helsepersonell. Personer med psykiske vansker skilte seg imidlertid ut ved at de i mye større grad enn andre brukere og pasientgrupper vektla betydningen av respekt for pasientens verdighet. Dette er også i tråd med forskning fra NTNU som blant annet viser at brukere ved distriktpspsykiatriske sentre løftet fram respekt som en fundamental og undervurdert del for å få til reell brukermedvirkning (By Rise 2012).

I brukerundersøkelsene PasOpp går det fram at 60 prosent av pasientene i TSB og 61 prosent i psykisk helsevern oppgir at de i stor eller svært stor grad har hatt mulighet til å gi tilbakemeldinger om behandlingen eller fått fortalt behandlerne/personalet det som var viktig om sin tilstand (Skudal, Holmboe et al. 2017) (Kjøllestad, Iversen et al. 2017). For de øvrige skjedde dette kun i noen grad, liten grad eller ikke i det hele tatt. Videre går det fram at relativt mange opplevde at institusjonen ikke hadde gitt tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes.

Når det gjelder pakkeforløp vil det ha stor betydning hvorvidt pasientene opplever at de har muligheter til å påvirke eget forløp. Et viktig spørsmål er om pakkeforløpet gir muligheter for individuell tilpasning, det en gjerne kaller "skreddersøm", eller om elementer ved pakkeforløpet kan utgjøre et hinder i så måte.

SAMMENHENGENDE TJENESTER

Pakkeforløpene skal bidra til at pasienten får sammenhengende tjenester. Henvisning, utredning, behandling og oppfølging innen psykisk helse og rus krever at mange tjenesteutøvere samhandler og koordinerer sine arbeidsoppgaver. Overgangene mellom nivåer og aktører i helsetjenesten aktualiserer mange velkjente utfordringer knyttet til samhandling, som kommunikasjon og informasjonsoverføring og pasientens opplevelse av et sammenhengende tjenesteforløp.

Samarbeid mellom tjenestene

Fastlegene er en viktig aktør i pakkeforløp, både gjennom oftest å være den som henviser pasienten til utredning i spesialisthelsetjenesten, og dermed er den som inkluderer pasienter i pakkeforløp, samt at fastlegen har en viktig oppgave med å informere pasientene om det videre forløpet. Fastlegen skal, ifølge Fastlegeforskriftens § 19, samarbeide med andre tjenesteutøvere om pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og fastlegen plikter også å informere om og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og koordinator i kommunen. Arbeid med pasienter med psykiske vansker og lidelser tar mye tid for fastlegene, viser kartleggingen av fastlegers tidsbruk (Rebnord IK 2018). Studier av fastleger og samarbeid viser imidlertid at fastlegene i mindre grad deltar i samarbeid enn ønsket og forventet av samarbeidende tjenester (Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth et al. 2016, Steihaug, Johannessen et al. 2016). Når det gjelder fastlegens samarbeid med psykisk helsevern fant vi store individuelle forskjeller blant fastlegene i hvor stor grad de er involvert i samarbeid om sine pasienter med en psykisk lidelse (Ådnanes and Bjørngaard 2006). Studien viste at det var mer samarbeid mellom fastlegen og psykisk helsevern når det dreide seg om små og mellomstore kommuner enn større kommuner, og mer samarbeid om yngre enn eldre pasienter (ibid.). I en rapport under utarbeidelse for Helsedirektoratet, basert på SINTEFs evaluering av tilskudd til rekruttering av psykologer i

kommunen, går det fram at fastlegene ønsker seg et tettere samarbeid med disse ettersom de selv har lite rom for å følge opp pasienter som trenger intensive tilbud med for eksempel kognitiv terapi (Kaspersen et al., unpubl.).

Videre er det et spørsmål om fastlegen og andre i kommunens tilgjengelighet til psykisk helsevern. En studie viste at fastlegene opplevde dårlig tilgjengelighet, både når det gjaldt generell telefonkontakt, det å få lagt inn pasienter, og det å få råd og veiledning (Ådnes, Hatling et al. 2005). Samme studie viste også betydningen av at fastlegen har kjennskap til de som jobber i spesialisthelsetjenesten, har faste møter med dem, samt at de har lav terskel for kontakt ved behov (op. cit.). En studie gjort av (Tøndel and Ose 2014) om samarbeidet innen psykisk helse blant fastleger og kommune- og spesialisthelsetjenester, fant at problemstillingene knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi de lokale systemene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenesten er tema i kapittel 18.

Brukernes opplevelse av kontinuitet

Parallelt med nedbygging og omstrukturering av tjenestene som gjeldende prinsipp internasjonalt og nasjonalt, har temaet kontinuitet i forløp (continuity of care) blitt et sentralt og omfattende forskningstema (Puntis et al., 2016). Flere studier har identifisert kritiske faktorer i systemet samt brukernes egen opplevelse av kontinuitet i tjenestene de mottar (Burns, Catty et al. 2009, Jones, Ahmed et al. 2009, Rose, Sweeney et al. 2009, Sweeney, Rose et al. 2012, Ådnes and Steihaug 2013, Ådnes and Steihaug 2016). Disse studiene identifiserer en rekke forutsetninger for å oppnå kontinuitet i forløpet som tilgang til tjenester, stabile tjenester, stabile kontaktpersoner og behandlere, god koordinering mellom helse- og sosiale tjenester. Når det gjelder effekter for brukeren viser også forskning at kontinuitet i tilbudet har psykologiske og sosiale effekter på brukerens livskvalitet, evne til å fungere i samfunnet og tilfredshet med omsorgstjenesten (Adair, McDougall et al. 2003). Noe av dette bekreftes i en studie gjennomført av SINTEF, basert på polikliniske pasienter i psykisk helsevern, der vi finner at pasienters erfaringer med helsetjenestene – herunder kontinuitet, udekket behov og relasjon til behandler, virker inn på livskvalitet (Ådnes Forthcoming).

Verktøy for samhandling og koordinering

Helhetlig pasientforløp med god brukerinvolvering er et overordnet mål, og det fins en rekke koordineringstiltak som skal ivareta dette: utarbeiding av avtaler mellom nivå og mellom tjenester, samarbeidsfora, opprettelse av koordinatorfunksjoner, kriseplaner, ansvarsgruppe, individuelle plan (IP), elektronisk samhandlingssystemer etc. Evalueringene av Opptappingsplanen for psykisk helse viste at det i begrenset grad ble benyttet koordinerende verktøy som koordinatorstilling, ansvarsgrupper, samarbeidsteam og IP (Forskningsrådet, 2009). Det er også en rekke seinere studier som viser at IP i vesentlig mindre grad utarbeides og brukes enn det vi kan forvente (Holum 2012, Ose, Ådnes et al. 2014). Nye tall fra SSB for perioden 2010-2017 viser at antall med IP er vesentlig lavere enn anslått og at bruken ikke har økt i de senere årene. Manglende ressurser og kapasitet var de vanligst oppgitte årsakene til at arbeid med IP ikke prioriteres (Ose and Kaspersen 2017). Likevel svarte 76 prosent av kommunene at de som har behov for IP får *tilbud* om IP. Andelen kommuner som oppga

dette var høyest i de minste kommunene og avtok med kommunestørrelse, med unntak av de største (>50,000), som hadde nest høyest andel.

Forløpskoordinatorene vil være pakkeforløpenes viktigste "verktøy" for samhandling og koordinering. De er helt sentrale i så måte ettersom de skal ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.

UNNGÅ UNØDIG VENTETID

Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er regulert i § 2-1 b i "Pasient- og brukerrettighetsloven". I november 2015 ble skillet mellom rettighetspasient og behovspasient fjernet, og alle som spesialisthelsetjenesten mener har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får nå rett til helsehjelp. Alle pasienter får dermed også en individuell frist for når helsehjelp senest skal starte opp. Fristen for å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten er nå maksimalt 10 virkedager. Rettighetsvurdering skal skje på grunnlag av henvisningen, og det er ikke lenger et lovkrav å innhente supplerende opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse hvis henvisningen er mangelfull. Videre er det innført krav om at pasientene skal få informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang - samtidig med at de får informasjon om resultatet av vurderingen, og om hvilken frist som er satt for start av helsehjelp. Når helsehjelpen starter er fristen innfridd og pasienten skal tas av ventelisten.

I perioden 2008–2010 ble det introdusert 32 prioriteringsveiledere som inkluderte 398 tilstandsgrupper. Hensikten var å klassifisere hvilke pasienter som har rett til prioritert behandling og derigjennom sette likere vurderinger og en maksimal behandlingsfrist (Lund Håheim 2015). Prioriteringsveilederne gir nå anbefalinger om rettighet og frist for de vanligste henvisningstypene innenfor hvert av 33 fagområder. Anbefalingene er på gruppenivå, og i veilederne listes det også opp individuelle forhold som skal tas i betraktning før det konkluderes om rett og frist for den enkelte pasient. Veilederne er laget med tanke på at 75–80 prosent av henvisningene innenfor et fagområde vil dekkes av prioriteringsveilederne (Helsedirektoratet 2017). I følge Helsedirektoratet er hovedtrekk fra ventelistesituasjonen i 1. tertial 2018:

- Gjennomsnittlig ventetid var på 67 dager i somatikk, 59 dager i psykisk helsevern for barn og unge, 54 dager i psykiske helsevern for voksne og 46 dager for TSB.
- Andel fristbrudd var i underkant av to prosent og var tilnærmet stabilt fra i fjor. BUP har høyest andel fristbrudd med 6 prosent, mens psykisk helsevern for voksne lå på 0,8 prosent. TSB hadde 1,4 prosent fristbrudd.
- Antall nyhenviste ble redusert med om lag fire prosent fra 1. tertial 2017 til 1. tertial 2018 for somatiske fagområder og TSB, og økte noe innen psykisk helsevern
- Antall ordinært avviklet fra venteliste ble redusert for somatikk og psykisk helsevern for barn og unge, men økte for psykisk helsevern for voksne og TSB
- Antallet som ventet på helsehjelp ved utgangen av første tertial 2018 var stabilt innen somatisk sektor. Antall ventende økte innen psykisk helsevern og ble redusert innen TSB

Kaarbø og Carlsen (2014) analyserte norske ventelistedata og så på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og ventetider, uten å finne at lavere utdanning og inntekt hang sammen med lengre ventetider, slik hypotesen de jobbet ut i fra var formulert. Resultatet gjaldt for begge kjønn.

I Norge har vi en overordnet helsepolitisk målsetning om at helsetjenestene skal være likeverdige og at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status (jf. Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategi "Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle"). Plikten til å yte likeverdige helsetjenester følger til dels direkte av helselovgivningen, men også av den generelle plikten til likeverdig offentlig tjenesteyting etter diskrimineringslovverket. Å gi befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet omtales i §1.1 i både lov om pasient- og brukerrettigheter, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesteloven. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at hele befolkningen i helseregionen blir tilbudt likeverdig og forsvarlig spesialisthelsetjeneste, og skal utøve en overordnet organisering og styring slik at dette prinsippet ivaretas.

En av hovedårsakene til behovet for å strukturere tjenestene i normgivende forløp, er at det er stor variasjon knyttet til innholdet i utrednings- og behandlingstilbudet pasientene får. Dette ble blant annet påpekt i et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester ved distriktpspsykiatriske senter i 2008 og 2009²². Det har også vært påvist store forskjeller i behandlingsrater mellom bostedsområder i de årlige Samdata-publikasjonene fra Helsedirektoratet. Pakkeforløpene skal bidra til at pasienter og pårørende får mer likeverdige tilbud uavhengig av hvor i landet de bor, og uønsket variasjon i ventetider, utredning og behandling skal reduseres. I grunnlagsdokumentene til pakkeforløpene heter det at forløpene skal understøtte god praksis og være basert på faglige retningslinjer og veiledere der det foreligger. Mer forutsigbare og forpliktende forløp vil stille større krav til ledelse og organisering av tjenestene, og forhåpentligvis bidra til bedre rammer for kvalitetssikring og evaluering. Forløpene skal gi rom for fleksible løsninger og nødvendig samhandling med andre instanser, samtidig som økt fokus på samvalg skal gi pasienten økt medvirkning i behandlingsbeslutningene.

Det finnes relativt lite forskning på likeverdige tilbud i spesialisthelsetjenesten, og den forskningen som finnes handler hovedsakelig om hvordan man ivaretar likeverdige tilbud til innvandrerbefolkningen og hvordan sosial ulikhet i helse påvirker helsetjenestebruk (Elstad, Finnvoll et al. 2015). En kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet som så på tiltak på systemnivå og verktøy for likeverdige tjenester for innvandrere fant én relevant, men liten, studie, og konkluderte med at fremtidig forskning må begynne med å undersøke hvordan ulikheter på dette feltet blir definert og målt. Oppsummeringen peker også på at vi vet for lite om hvorvidt helsetjenesten er like tilgjengelig for hele befolkningen (Munthe-Kaas, Bidonde Torre et al. 2018).

Befolkningsundersøkelsen nevnt over, som SINTEF gjorde i 2014 (Ådnanes and Dyrstad 2015) viste at personer med psykisk sykdom ga en systematisk mer negativ vurdering av behandlingstilbudet i helsetjenestene enn personer med somatiske helseproblemer. De hadde mindre tiltro til behandlingen de fikk, mente i mindre grad at samarbeidet mellom sykehus og fastlege var tilfredsstillende, de var mindre fornøyd med kommunikasjonen med behandlingsstedet, og de mente i mindre grad at de har hatt mulighet til å påvirke behandlingsopplegget.

²² https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetsrapport3_2010.pdf/

SOMATISK HELSE OG GODE LEVEVANER

En viktig begrunnelse for pakkeforløp er at "en samordnet innsats for å styrke den somatiske helsen til pasientene er helt sentral for å øke levealderen." Dette innebærer at pasientens somatiske helse skal følges opp som en integrert del av behandlingen, og her anbefales at dette skjer i et samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Pasienter i psykisk helsevern og TSB er sårbare pasientgrupper med vesentlig kortere levealder enn resten av befolkningen. En studie av Wahlbeck et al (2011) i Sverige, Finland og Danmark viser at personer som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har inntil 20 års kortere levealder enn resten av befolkningen – et gap som ikke har blitt vesentlig mindre de siste 20 år. Denne overdødeligheten gjelder alle psykiatriske diagnosegrupper. Wahlbeck og kolleger konkluderer at det blant annet er behov for helsefremmende tiltak for å redusere dette gapet. Andre studier peker på at også underbehandling forekommer blant pasienter med psykiske lidelser ved at de får forskrevet langt færre medikamenter for en spesiell lidelse enn pasienter uten psykiske problemer (Mitchell, Lord et al. 2012).

I den siste PasOpp-undersøkelsen i Folkehelseinstituttet er det innført nye spørsmål som skal være med å belyse resultat av pakkeforløp, blant annet relatert til fysisk helse og levevaner. Her svarte 83 prosent av pasienter innlagt i henholdsvis psykisk helsevern og i TSB at fysisk helse hadde blitt undersøkt under oppholdet. Når det gjaldt tilrettelegging for fysisk aktivitet svarte 85 prosent av pasientene i psykisk helsevern at det var i stor eller svært stor grad var tilrettelagt mens 74 prosent i TSB svarte det samme (Kjøllestad, Iversen et al. 2017, Skudal, Holmboe et al. 2017).

EVALUERING AV PAKKEFORLØP

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

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

I resten av kapitlet presenteres datagrunnlaget og resultatene fra IS-24/8 nå i 2018.

7.2 DATAGRUNNLAG

1. Er kommunen kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus? (Ja, nei)
2. I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for brukerne (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad):
 - Bedre kartlegging av pasienten/brukeren før henvisning
 - Klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten
 - Bedre utredninger av pasienten/brukeren
 - Bedre tilgjengelighet til helsetjenester for pasientene/brukerne
 - Kortere ventetid for pasientene/brukerne
 - Bedre pasient/bruker-informasjon
 - Mer reell brukermedvirkning
 - Økt involvering av pårørende
 - Bedre utfall for pasienten/brukeren (bedre helse)
 - Bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienten/brukeren

Kommentarer

3. I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for tjenestene (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad):
 - Bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling)
 - Bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
 - Bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og fastlegen
 - Bedre samarbeid internt i kommunale tjenester
 - Mindre arbeid for ansatte i kommunale tjenester

Kommentarer

7.3 KOMMUNENES KJENNSKAP MED PAKKEFORLØP

Det er kun 28 kommuner som svarer at de ikke har kjennskap til at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Om vi tar med de som ikke har svart på spørsmålet, er det 47 kommuner som ikke er kjent med dette. Dette er i stor grad de minste kommunene som har få årsverk til målgruppen.

Tabell 7.1 Er kommunen kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus?

	Ja	Nei	Ikke svar	Antall kommuner
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	75	12	8	95
Kommune med 2000-5000 innbyggere	111	9	6	126
Kommune med 5000-10000 innbyggere	79	6	2	87
Kommune med 10000-20000 innbyggere	51	1	3	55
Kommune med 20000-50000 innbyggere	43	0	0	43
Kommune med 50000 innbyggere og mer	15	0	0	15
Bydel i Oslo	17	0	0	17
Totalt	391	28	19	438

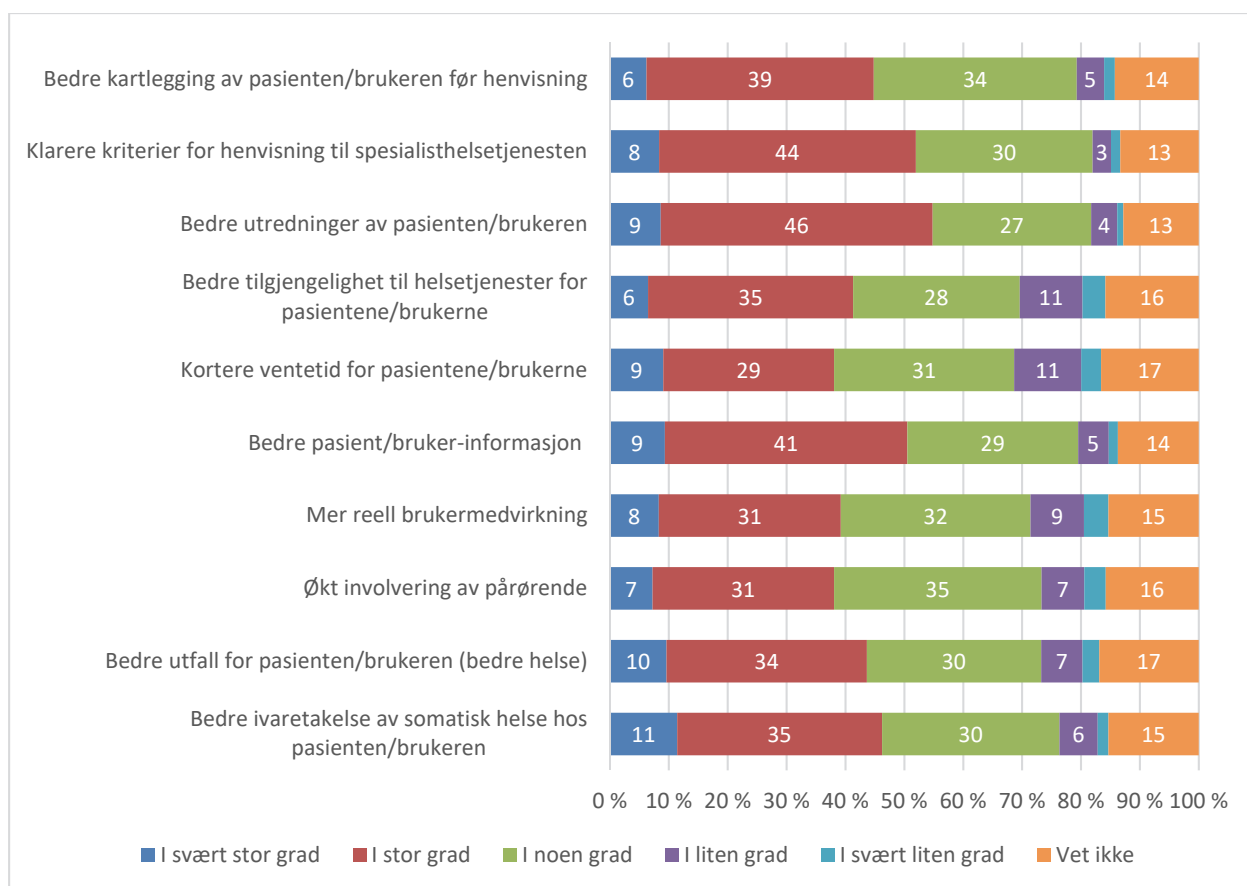
Som vist i tabell 7.2 ligger disse kommunene i Midt-Norge og i Nord-Norge.

Tabell 7.2 Er kommunen kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus?

	Ja	Nei	Ikke svar	Antall kommuner
Østfold	17	1	0	18
Akershus	22	0	0	22
Oslo	17	0	0	17
Hedmark	20	1	1	22
Oppland	26	0	0	26
Buskerud	21	0	0	21
Vestfold	9	0	0	9
Telemark	16	1	1	18
Aust-Agder	12	1	2	15
Vest-Agder	14	1	0	15
Rogaland	25	0	1	26
Hordaland	31	2	0	33
Sogn og Fjordane	23	3	0	26
Møre og Romsdal	30	3	3	36
Trøndelag	40	5	2	47
Nordland	36	4	4	44
Troms	18	4	2	24
Finnmark	14	2	3	19
Totalt	391	28	19	438

7.4 FORVENTNINGER TIL PAKKEFORLØP INNEN PSYKISK HELSE OG RUS FOR BRUKERNE

SINTEF utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet to grupper spørsmål om forventninger til pakkeforløp i kommunene, den ene gjelder brukerne og den andre gjelder tjenestene. Som vist i figur 7.1, er det stor variasjon i forventningene når det gjelder brukerne. Flest kommuner forventer at pakkeforløp innen psykisk helse og rus fører til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det er også mange som forventer at det kommer klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det blir bedre pasient/bruker-informasjon (50 prosent). Det er også mange kommuner som forventer bedre kartlegging av pasientene/brukerne før henvisning og bedre tilgjengelighet til helsetjenester for pasienten/brukerne, økt involvering av pårørende, mer reell brukerinvolvering, bedre utfall for pasienten/brukeren (bedre helse) og bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienten/brukeren. Det er få som i liten grad har forventninger til endringer, men det er en del som er avventende og svarer at de ikke vet (13 – 17 prosent).



Figur 7.1 I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for brukerne? n=386

Det er gitt 54 kommentarer til disse spørsmålene. Noen svarer at dette med pakkeforløp i større grad gjelder fastleger enn de andre kommunale tjenestene. En kommune svarer at den største og viktigste endringen med pakkeforløpene er at det blir en forventning om at brukerne får samme hjelp uavhengig av kommunetilhørighet. En annen svarer at dersom forventningene innfris, vil dette innebære en betydelig endring i måten de arbeider på i dag fra "stolpetankegang" til konkret samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, dvs. "skulder til skulderjobbing". En kommune advarer mot at pakkeforløp kan øke byråkratiet, mens en annen formidler at de ønsker at psykososial påvirkning på symptomer og bedring, f.eks. boforhold, arbeidsforhold, sosialt nettverk, privatøkonomi også blir tatt med i pakkeforløpene. En kommune formidler et annet tydelig budskap til helsemyndighetene:

Generelt opplever vi at det er store forventninger til den kommunale psykiske helsetjenesten i henhold til utvikling av nye tjenester og behandlingstilbud for nye målgrupper. Samtidig opplever vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad er involvert i de overordnede drøftingene om implikasjoner av pakkeforløpene for primærhelsetjenesten. Det dreier som en stor reform og hvor kommunen heller ikke i tilstrekkelig grad er gitt den nødvendige økning i rammebetingelser for å utvide vårt samlede tilbud (som også krever økning i kompetanse, f.eks. er det et behov for økt psykoterapi kompetanse innen flere områder i psykisk helse og rus feltet).

Andre sier de ikke har nok kjennskap til pakkeforløpene til å uttale seg. Det er også noen som er kritiske til innføring av pakkeforløp for denne målgruppen:

Har liten tro på pakkeforløp. Mange av pasientene passer ikke inn og vi tenker at dette blir igjen et verktøy for å definere de sykeste og de med personlighetsforstyrrelser ut av spesialisthelsetjenesten som kronikere og lite mottakelige for behandling.

I og med at prioriteringsveilederen fortsatt er gjeldende er det usikkert om pakkeforløp vil medføre bedre tilgjengelighet. Kommunen er bekymret for de brukerne som ikke gis rett til helsehjelp etter prioriteringsveilederen, men som har store behov basert på vurdering av egen funksjon i dagliglivet.

Kan ikke se at pakkeforløp klarer å ivareta behov av individuell karakter. Uforenelig med recovery-tankegangen

Pakkeforløp kan klargjøre prioriteringer tydeligere og gjøre informasjonsflyten bedre, men vil også kunne forsinke henvisninger og føre til flere avslag. Vanskelig å se at utkommet for pasienten blir bedre.

Reagerer på ordet "Pakkeforløp" lite verdighet på dette ordet. Ellers kan byråkrati påvirke et negativt utfall for pasientene.

Tror økende fokus på individualisert oppfølging enn pakkeforløp ville gitt langt større gevinst for brukeren.

Vi er skeptiske til pakkeforløp for pasienter med rus- og psykiske lidelser. Disse pasientene er ikke like avgrensede i sine utfordringer/lidelser som de somatiske pasientene. Vi har dårlige erfaring med at somatiske forløp "kopieres" til denne brukergruppa.

Vi forventer ikke at det blir kortere ventetid, da det allerede er manglende tilgang på tjenester.

Vi vet lite om hvordan pakkeforløp blir for våre brukere. Vi tenker at det er vanskelig å standardisere behandlingsforløp når det er individuelle tiltak som er anbefalt. Vi er bekymret for at dette fører til at de ikke får hjelp fordi de ikke evner å følge opp eller ikke passer inn i kriteriene.

Viktig at pakkeforløpa tek høgde for samansatte problemstillinger. Risiko for at brukarar med samansette problem vil falle utanfor rammene som er lagt i pakkeforløpet

Mens andre er mer optimistiske:

På grunn av erfaringer fra pakkeforløp på kreft/annet, har vi store forventninger.

Raskere avklaring av klare problemstillinger

Siden dette er et satsningsområde for sentrale myndigheter, må vi jo forvente at det skal føre til forbedring for brukerne.

Tror logistikken og samhandlingen bedres og at det vil føre til bedre tjenester, som vil være bra for pasienten og pårørende.

Tydeligere ansvarsfordeling.

Det er også noen som fremhever at pakkeforløp kanskje ikke er så viktig for de små kommunene.

Vi er en liten kommune og har generelt et godt tverrfaglig samarbeid med korte beslutningsveier, kort saksbehandlings og ventetid på hjelp, ukentlig samarbeid mellom fastleger, psykisk helse og ev.t rusvernkoordinator. Har også tett samarbeid med DPS og med spesialisthelsetjeneste i oppfølging rus (LAR + universitetssykehuset).

Andre etterlyser mer ressurser og tydeligere ansvarsfordeling:

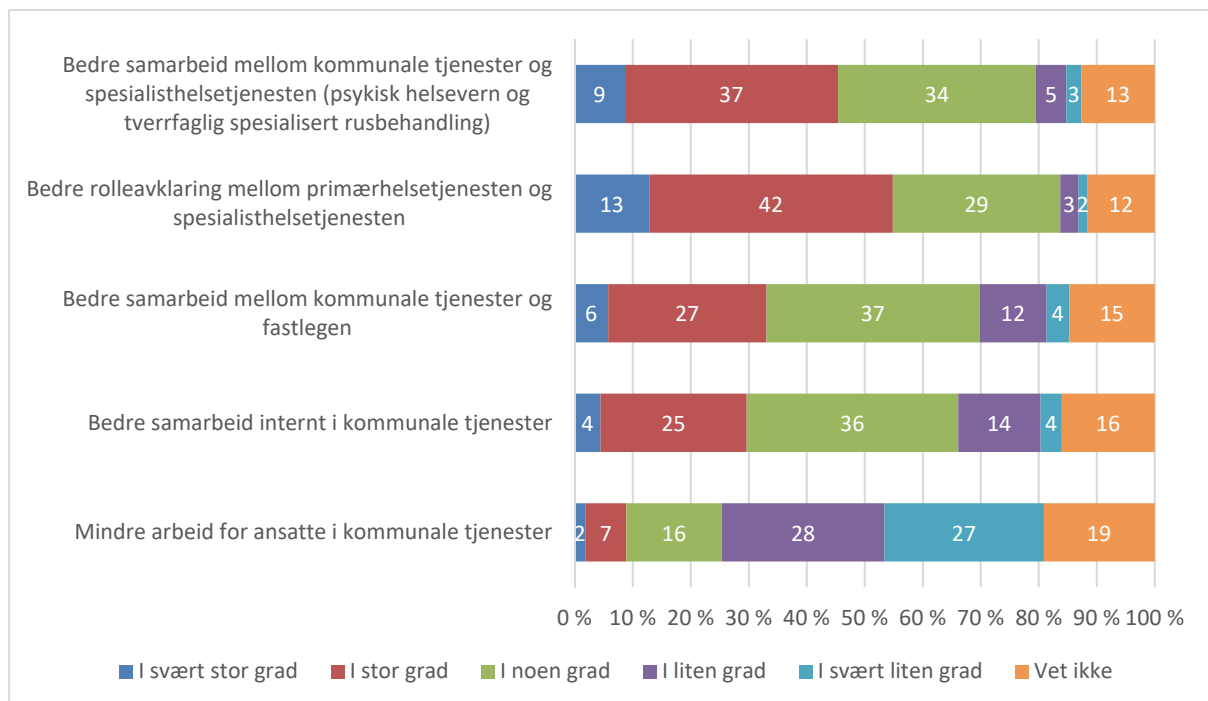
Vi håpar på alt, og vandrar med freidig mot! Men: Våre forventningar er auka ressursbruk, og god deling av ressurser mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste. Vi treng klare retningslinjer for kva kommunen(fastlege og kommunale psykisk helse- og rustenester) skal gjere. Avklaringar av fag/ kven gjer kva OG ressursauke må til, ellers så blir det ingenting av eit godt pakkeforløp.

Vår kommune er ikke en del av arbeidet med pakkeforløp. Men, vi forventer at tilbudet og effektiviteten forbedres og at vi i større grad får tydeliggjort det tilbudet som pasientene får i sps, helsetjenesten. Det er noe uklart i dag hva som gis der og hva kommunen har ansvar for.

Vi ser videre på hvilke forventninger kommunene har til pakkeforløp og endringer for tjenestene.

7.5 FORVENTNINGER TIL PAKKEFORLØP INNEN PSYKISK HELSE OG RUS FOR TJENESTENE

Det er mye større variasjon i svarene her, men som kommentarene foran også indikerer, er det mange som forventer bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent). Det er også mange som forventer bedre samarbeid mellom nivåene (46 prosent).



Figur 7.2 I hvilken grad forventer dere at pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil føre til forbedringer på følgende områder for tjenestene? n=381

Det er få som forventer at ansatte i kommunale tjenester får mindre arbeid med innføring av pakkeforløpene (9 prosent svarer i svært stor grad eller i stor grad). Noen flere forventer bedre

samarbeid internt i kommunene (29 prosent), og 33 prosent forventer at pakkeforløpene bidrar til bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Det er gitt 38 kommentarer til dette, og noen kommenterer at den fysiske avstanden til DPS er like lang etter innføring pakkeforløp. Andre kommenterer at de forventer at det blir tydeligere hvem som skal gjøre hva.

Noen mener at det fortsatt blir størst belastning på kommunene:

De kommunalt ansatte vil fortsatt ha mye arbeid med disse brukerne, fordi det meste må gjøres lokalt. Vi har et godt samarbeid både innad i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten, men det kan alltid bli bedre.

Det legges mere ansvar på kommunen, men det kommer ikke flere midler, så da skal de ansatte i kommunen bare gjøre mere arbeid, fortære og kunne ha faglig kompetanse på alt. Stilles store krav og mange forventninger. Ønsker at spesialisthelsetjenesten både på barn, unge og voksne kommer ut til kommunene. Særlig i de delene av landet hvor det er store geografiske avstander.

Erfaring de senere årene, er at arbeidet i kommunene øker - der pasienten bor. Det medfører som oftest økte forventninger til kommunale tjenester. All implementering av nye reformer krever merarbeid for kommunale tjenester.

Forventer ikke mindre arbeid for kommunens ansatte, men bedre kapasitet hvor ressursene allokeres fra koordinering av samarbeidspartnere mot mer direkte brukerkontakt.

En av kommunene kommenterer at det er lite å hente på internt samarbeid fordi det er så få folk i tjenestene. En kommune forklarer at de har utarbeidet et godt samarbeid med fastlegene, og håper at pakkeforløpene fører til at samarbeidet bedres for alle uavhengig av fastlege og hvor brukeren bor.

Flere kommuner kommenterer at spesialisthelsetjenesten i mye større grad må bidra ute i kommunene. Bydelene i Oslo kommenterer at Oslo kommune sentralt har avvist oppstart av pakkeforløp i en høringsuttalelse. Flere kommuner oppgir at de ønsker økt fokus på individuelle opplegg heller enn pakkeforløp. Andre er mer avventende med å ha forventninger til at det faktisk innføres. Noen sier de har hatt god erfaring med pakkeforløp for andre brukergrupper.

7.6 OPPSUMMERING

Mange kommuner oppgir at de er kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det er 28 kommuner som svarer at de ikke er kjent med dette, og 19 kommuner har ikke svart på spørsmålet. Dette er typisk små kommuner i Midt-Norge og i Nord-Norge, og dette tyder på at informasjonen ikke når ut til alle kommunene.

Det er relativt store forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Flest kommuner forventer at pakkeforløp innen psykisk helse og rus fører til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det er også mange som forventer at det kommer klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det blir bedre pasient/bruker-informasjon (50 prosent). Noen færre kommuner som forventer bedre kartlegging av pasientene/brukerne før henvisning og bedre tilgjengelighet til helsetjenester for pasienten/brukerne, økt involvering av pårørende, mer reell brukerinvolvering, bedre utfall for pasienten/brukeren (bedre helse) og bedre ivaretagelse av somatisk

helse hos pasienten/brukeren. Det er få som i liten grad har forventinger til endringer, men det er en del som er avventende og svarer at de ikke vet (13 – 17 prosent).

Mange kommuner forventer/håper at pakkeforløpene skal bidra til en bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent). Det er også mange som forventer bedre samarbeid mellom nivåene (46 prosent). Det er få som forventer at ansatte i kommunale tjenester får mindre arbeid med innføring av pakkeforløpene (9 prosent svarer i svært stor grad eller i stor grad). Noen flere forventer bedre samarbeid internt i kommunene (29 prosent), og 33 prosent forventer at pakkeforløpene bidrar til bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

8 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

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

I 2009 startet Helsedirektoratet²³ en satsning med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det 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 NAPHA²⁴, som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP, er kompetansesenteret med ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge, er Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Både ACT og FACT er lokalbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. Temaene er flerfaglig sammensatt og har høy kompetanse med blant annet sosionom, psykolog og psykiater. Teamene følger opp brukerens behov på en rekke områder som bolig, rusbehandling, psykiatrisk behandling, familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester. Teamene samarbeider også tett med blant annet NAV, sykehusavdelinger og boligtiltak.

NAPHA oppgir på forespørsel at de har registrert 8 ACT-team og 38 FACT-team per høsten 2018, og at mange er i oppstartsfase. Dette er tilsvarende antall som har fått tilskudd fra Helsedirektoratet. Den første evalueringen av ACT-team i Norge viste følgende hovedresultater (KoRus-Øst and ROP 2014):

- ACT-teamene har lyktes i å rekruttere målgruppen, og de dekker en befolkning på 800 000
- Teamene inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse. Nær 90 prosent av brukerne har schizofreni/schizotyp/paranoid lidelse eller bipolar lidelse. Om lag 60 prosent av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler
- I løpet av en treårsperiode er omtrent 600 brukere inkludert i 12 ACT-team. De minste teamene har i løpet av perioden hatt i overkant av 30 brukere, mens de største teamene var oppe i 100. Opptaksområdet for det enkelte team varierer fra 40 000 til 117 000, og totalt for alle tolv teamene var opptaksområdene i underkant av 800 000.
- Det hyppigste innholdet i kontaktene var støttesamtaler, dernest administrering av medikamenter og planlegging av behandling eller tiltak. Disse aktivitetene utgjorde til sammen

²³ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>

²⁴ <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

nær halvparten av kontaktene med brukerne. Det som fulgte etter disse i omfang, var ulike typer praktisk hjelp med husarbeid og bolig, samt aktiviteter som innebar sosial kontakt eller trening i sosiale eller praktiske ferdigheter.

- Nedgang i bruk av tvang med færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern og sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang (fra 11 500 til 5 200 oppholdsdøgn)
- Sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern og særlig for personer med mange innleggelses før inntak i ACT-team
- Færre har alvorlige psykiatriske og depressive symptomer
- Færre har alvorlig selvmordsrisiko
- Færre har problemfylt bruk av rusmidler
- Brukerne sier at har bedre helse, og at de er mer fornøyd med ACT enn tidligere behandling.
- Brukerne er særlig fornøyd med å få mange typer tjenester fra ett og samme team.
- Pårørende er fornøyd
- ACT-modellen oppfattes som en framtidrettet måte å jobbe på, og det er et utbredt ønske fra teamansatte om å fortsette å jobbe etter modellen. Ønsker for framtida er å kunne jobbe mer målrettet, systematisk og langsiktig med den enkelte bruker, å bli bedre på metoder og å lykkes med enda bedre brukermedvirkning.

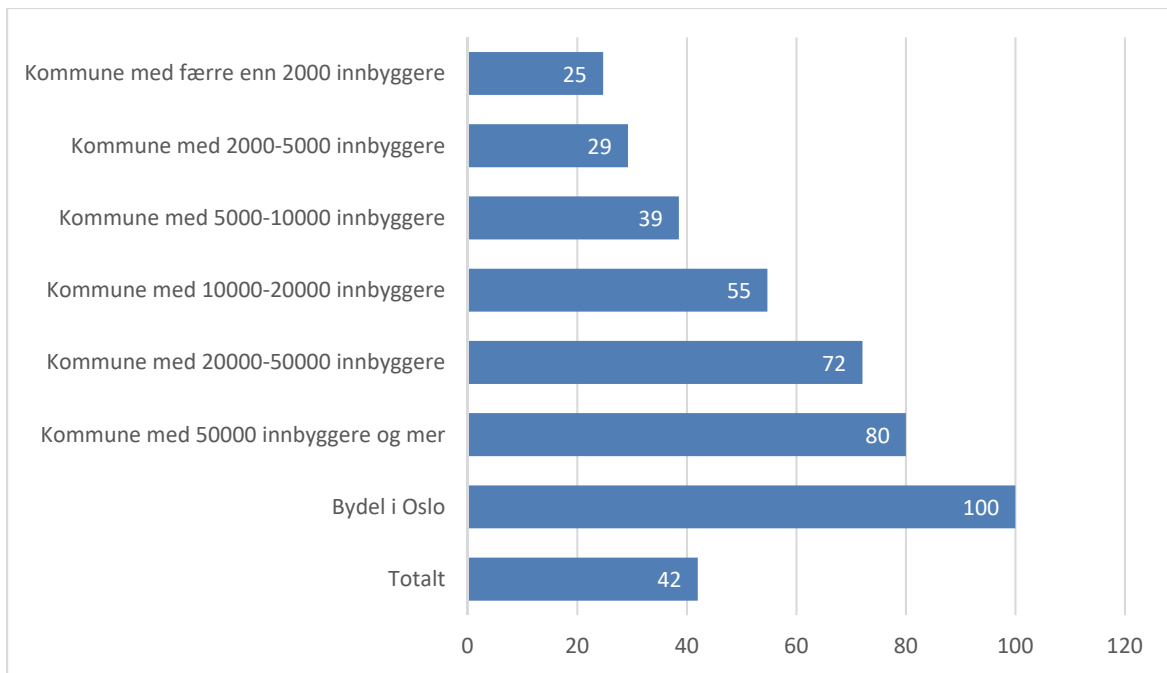
Det ble nylig utført en systematisk litteraturoppsummering om ACT-team som retter seg mot ungdom (Vijverberg, Ferdinand et al. 2017). Oppsummeringen inkluderte 13 enkeltstudier og konkluderte med at litteraturen så langt er begrenset, men lovende. De finner indikasjoner på at ACT-team rettet mot unge er effektive når det kommer til å redusere psykiske symptomer, forbedre generell fungering for ungdommene og i å hindre innleggelses i spesialisthelsetjenesten. Det trengs flere randomiserte kontrollerte studier for å si mer om effekt.

I dette kapittelet ser vi nærmere på antall team og antall kommuner som er inkludert i ACT eller FACT team. Vi undersøker også hvor stor andel av befolkningen som er dekket av kommuner som er inkludert i ACT eller FACT-team. Men vi starter med å se på oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom.

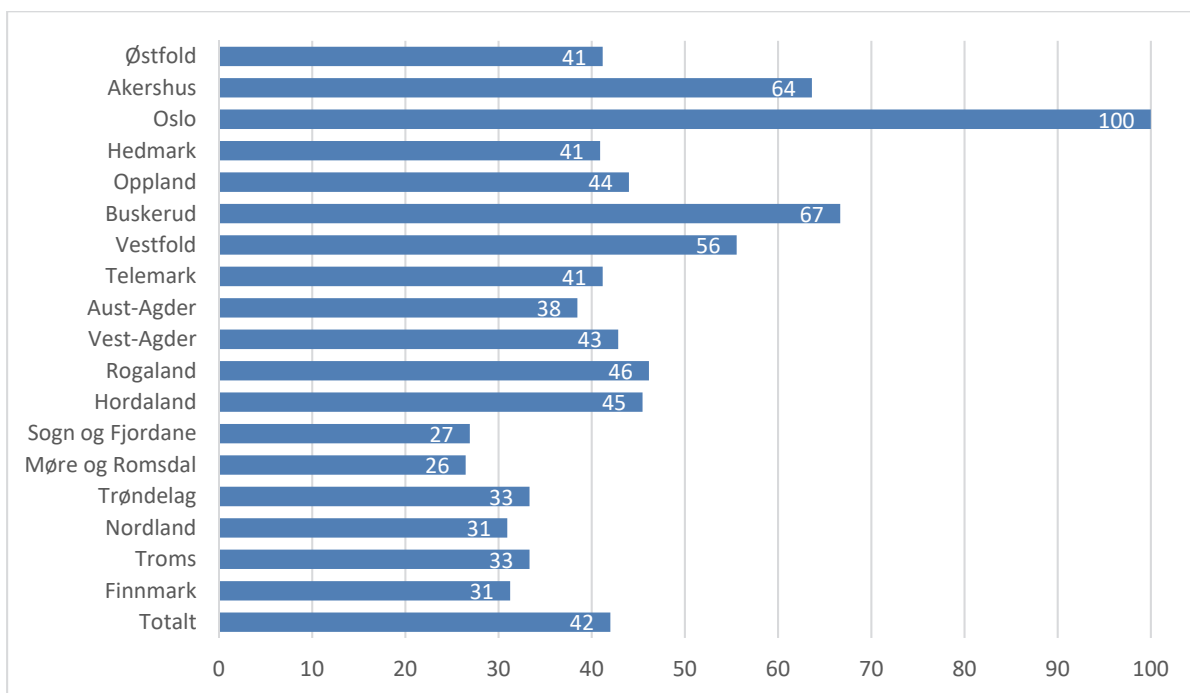
8.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 423 kommuner/bydeler som har svart (97 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Av disse er det 179 kommuner/bydeler som oppgir at de har slik aktivitet, og dette utgjør 42 prosent av kommunene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017, og da var det 41 prosent som oppgav at de hadde oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Det er altså svært liten endring fra 2017 til 2018.

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



Figur 8.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, kommunestørrelse 2018.



Figur 8.2 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, fylke 2018.

MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Det er 114 av de 179 kommunene (63 prosent) som har beskrevet målgruppen og det er få endringer fra i fjor. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Den vanligste aldersgruppen er 13-20 år, og den nest vanligste 13-23 år. Men det er også noen kommuner som har 12-18 åringer som målgruppe for dette arbeidet.

De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

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

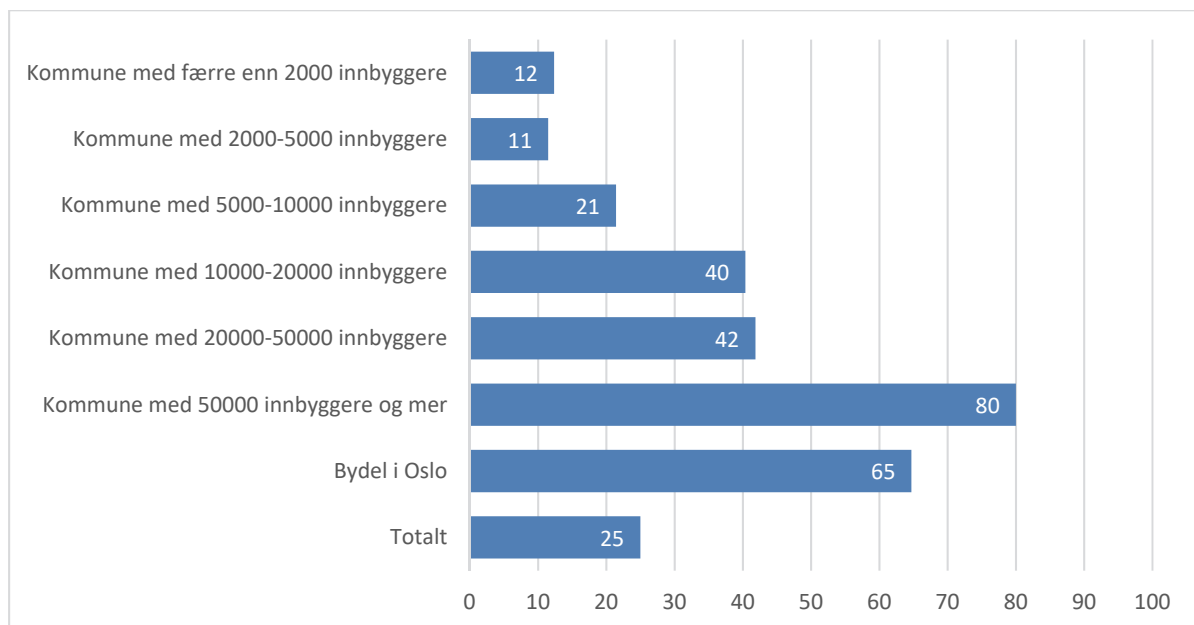
8.2 FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM

Det er 105 kommuner/bydeler som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, og 96 prosent av kommunene har svart på dette. Det er altså fem færre kommuner/bydeler som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team i 2018 enn i 2017.

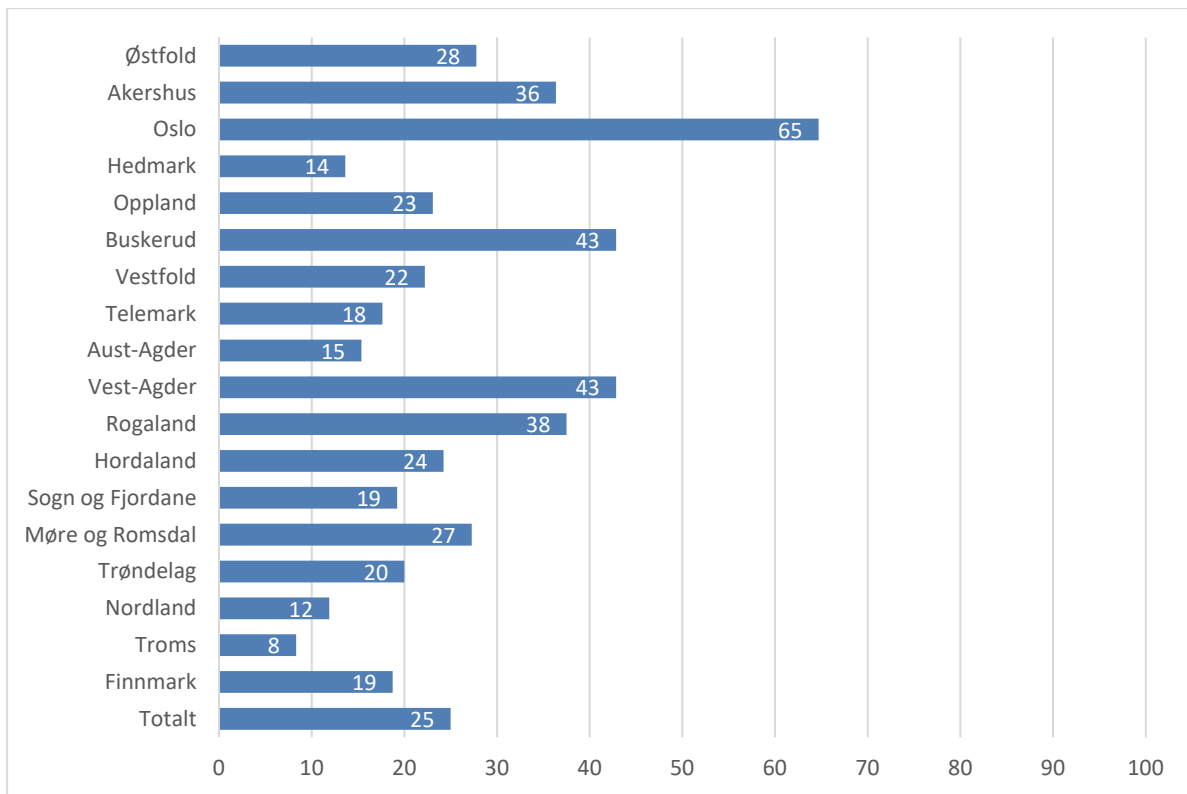
Tabell 8.1 Antall og andel av kommunene/bydelene som har flerfaglige oppsøkende team i 2017 og 2018.

	2017		2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Har flerfaglige oppsøkende team	110	26	105	25
Har ikke flerfaglige oppsøkende team	313	74	317	75

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



Figur 8.3 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, kommunestørrelse 2018.



Figur 8.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, fylke 2018.

8.3 ANTALL ACT-TEAM

Det er 14 kommuner som oppgir at de er en del av ACT-team, men når de oppgir hvilke andre kommuner som er omfattet av samarbeidet finner vi at disse ikke alltid har oppgitt dette selv. Basert på svarene som kommunene har gitt, ser det ut til å være følgende åtte ACT team i Norge i 2018:

- Mosseregionen (Moss, Råde, Rygge og Våler)
- Folleregionen (Nesodden, Frogn, Oppegård, Ski, Vestby, Ås og de søndre dele av Enebakk)
- Haugesund
- Jæren (Time, Hå, Klepp og Gjesdal)
- Bergen
- Sunnmøre (Ålesund, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Volda, Ørsta, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram)
- Tromsø
- Trondheim, Klæbu og Melhus

Dersom dette er riktig, er det 38 kommuner som har ACT team. Men det er altså kun 14 kommuner som oppgir at de har ACT-team. Om dette betyr at ACT-teamene ikke er aktive i alle kommunene, eller om de kaller de noe annet noen steder, at de ikke har brukere i målgruppen, at brukerne kun følges opp av DPS og ikke kommunen, er vanskelig å si. Det kan også skyldes at avtalen om team er forankret høyere opp i kommunen uten at fagpersonene foreløpig er informert.

8.4 ANTALL FACT-TEAM

Der er 26 kommuner/bydeler som rapporterte at de har FACT-team. Ut i fra svarene fra kommunene, finner vi at det er følgende 17 FACT-team i Norge:

- Nesodden
- Bærum
- Gjøvik
- Drammen, Nedre Eiker, Svelvik
- Ringerike, Krødsherad, Hole, Jevnaker og Modum + Hallingdal (Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol)
- Kristiansand
- Vennesla, Songdalen og Søgne
- Listerkommunene (Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal)
- Sandnes
- Bergen
- Askøy
- Romsdalskommunene (Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Sandøy, Aukra, Fræna og Gjemnes)
- Bydel Gamle Oslo
- Bydel Grünerløkka
- Bydel Sagene
- Bydel St. Hanshaugen
- Bydel Nordre Aker

Totalt inkluderer disse FACT-teamene 39 kommuner og fem bydeler i Oslo. Men det var bare 26 kommuner som oppgav at de har FACT-team. Dette kan skyldes at noen er opprettet i 2018, og Helsedirektoratet oppgir at det er etablert mange team i 2018. Ringerike DPS har for eksempel etablert FACT-team i 2018, og har etablert samarbeid med de første kommunene, og skal nå etablere samarbeid med kommunene i Hallingdal. Vi har derfor medregnet disse. I tillegg vet vi at det planlegges flere FACT-team, blant annet i Nordland.

8.5 ANNET OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT VOKSNE (I SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN)

Det er 37 kommuner som oppgir at de har annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne. Når vi går inn i beskrivelsene av disse teamene, finner vi at dette kan være mange forskjellige team;

- Oppsøkende rusteam
- Ambulant team etter ACT modell
- Akuttambulant team
- ROP-team
- ROS team
- Samhandlingsteam
- OR team (Oppsøkende Rehabiliteringsteam)
- Psykoseteam
- Bo-oppfølgingstjeneste

- AFO-team (Ambulerende fleksibel oppfølging)
- FAS-team (Forpliktende ambulant samhandlingsteam)
- Kommunalt rusteam sosionomer og psykolog og sykepleier fra SMP (Sosialmedisinsk poliklinikk)
- Samarbeid mellom ruskonsulent, miljøarbeidere, miljøterapeuter fra spesialist-helsetjenesten
- NAV rus-team, psykisk helsearbeid, DPS (TSB Valdres)
- Tverrfaglig og tverretatlig samarbeidsteam med NAV, fastlege, DPS, hjemmetjeneste og psykisk helsetjeneste
- Samhandlingsteam fra DPS og kommunetjeneste ved utskrivelse fra fengsel eller rusinstitusjoner.
- Psykisk helse, nav, fastlege, serp , ambulant team, akutt team
- Psykoseteam Habiliteringstjenesten
- Tandem, ambulerende team som gir boligoppfølging for mennesker med rus og psykiske lidelser. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidstiltak mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeid mellom kommune og DPS
- Psykiater og ambulant team
- Tverrfaglig team pr i dag vernepleier og sosionom som samarbeider med andre aktuelle faggrupper ved behov.
- En aktør, bydelen i tett samarbeid med DPS
- Ulike tjenester i bydelen, DPS og avdeling for rus og avhengighet
- Avdeling Bolig først samarbeider med spesialisthelsetjenesten, Velferdsetaten og politi rundt personer med tyngre psykiske vansker og voldsproblematikk.
- Psykisk helse og rus medarbeidere i kommunen samt spesialister fra DPS og ARA
- Velferdsetaten har Uteseksjonen, Pro Sentret (prostituasjon)

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

8.6 KOMMUNALT OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM (IKKE I SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN)

Det er 52 kommuner/bydeler som oppgir at de har slike oppsøkende behandlings eller oppfølgingsteam.

Typer virksomhet som beskrives er typisk psykisk helse- og rusteam som oppsøker brukere som ikke søker tjenesten selv, samarbeid med mange aktører, også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Eksempler som er gitt inkluderer:

- ROP-team
- Familiens hus, med eget tverrfaglig team
- Ruskonsulent, miljøterapeuter og miljøarbeidere i team
- Tverrfaglig sammensatt gruppe i Stangehjelpa
- Helse- og sosialfaglig personell i lavterskeltiltak som i stor grad er brukerstyrt. Tett kontakt med lege og spesialisthelsetjenesten
- NAV rusteam, psykisk helsearbeid

- Ressursteam bestående av helsesøster, psykisk helsearbeider, ungdomslos, barnevernstjeneste. Trer i kraft ved behov.
- Mestringsenheten
- Brukererfaringskonsulenter. Helse og sosialfaglig høgskole. Tett samarbeid mellom psykisk helse og rus.
- Hjemmetjenesten og virksomhet psykisk helse- og rus
- Psykisk helse, Nav, fastlege,
- Innsatsteam, Miljøarbeidertjenesten, NAV og andre.
- Sykepleier, vernepleier, sosionom pedagog
- Ungteam for unge mellom 16 og 25 år og oppfølgingsteamene for voksne over 25 år gir psykisk helsehjelp og sosialfaglig oppfølging.
- Oppfølgingstjenesten som er et tverrfaglig kommunalt team som yter tjenester til personer med utfordringer knyttet til rus, kognitiv fungering og psykisk helse.
- Samarbeid mellom barnevern, NAV, fastleger, psykisk helse og rus
- Oppvekstteam
- Livskvalitet: Aktivitetstilbud og lavterskel arbeidstiltak
- Helsestasjon, barnevern, PPT, psykiatri, skole
- Ambulerende psykiatriteam
- Boligsosialt tverrfaglig team i avdeling Psykisk helse og Rus

En kommune beskriver litt mer om hvordan de arbeider, og dette kan være en god beskrivelse på hvordan de kommunale tjenestene følger opp brukere med store behov:

Rus- og Psykisk Helseteam driver oppsøkende behandling for de fleste ROP pasientene. I Rus- og Psykisk Helseteam har vi følgende profesjoner: Psykolog, klinisk sosionom, spesialsykepleier, sosionom, sykepleier. Kvar enkelt ROP pasient får et individuelt tilpassa behandlingsopplegg som innebefatter; boligsosial oppfølging, vasking av leilighet, betale regninger, innkjøp av matvarer o.l., deltar på møter sammen med dem, har samtaler, fysisk aktivitet osv.

Det er vanskelig å kartlegge alle tilbudene som gis, men innen psykisk helse og rusarbeid utføres mye av de sosialfaglige arbeidet i tjenestene i kommunene.

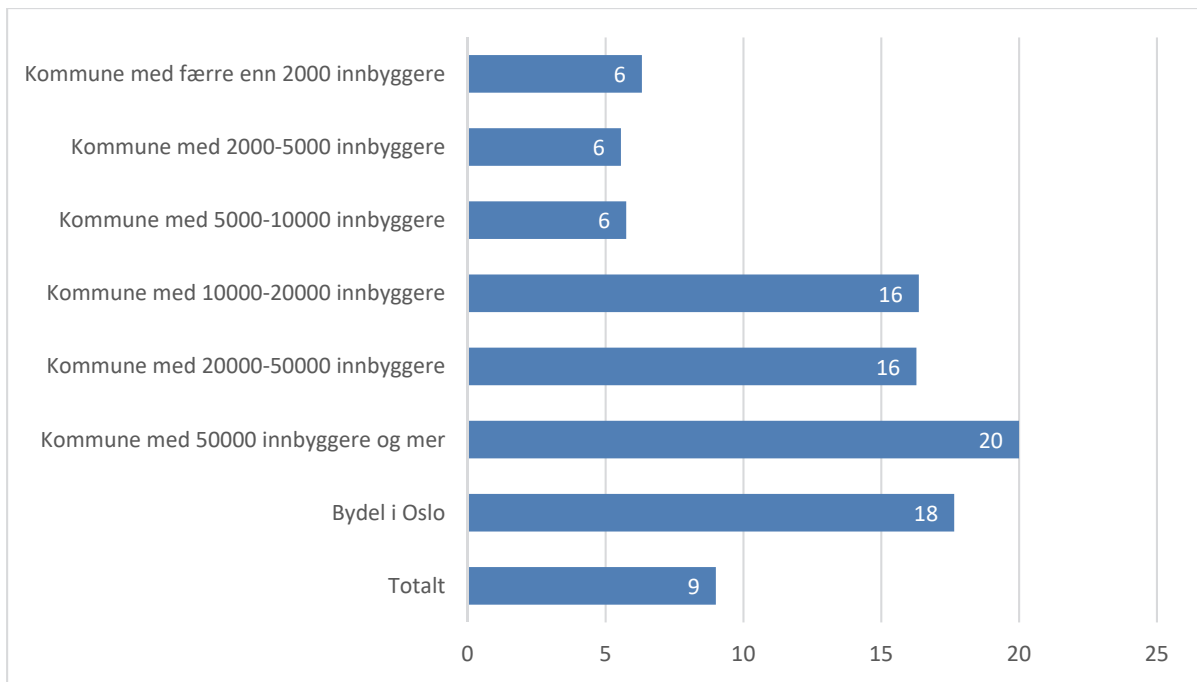
8.7 OPPSØKENDE SAMHANDLINGSTEAM RETTET MOT BARN OG UNGE

Det er 40 kommuner/bydeler oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Dette arbeidet gir kommunene følgende eksempler på:

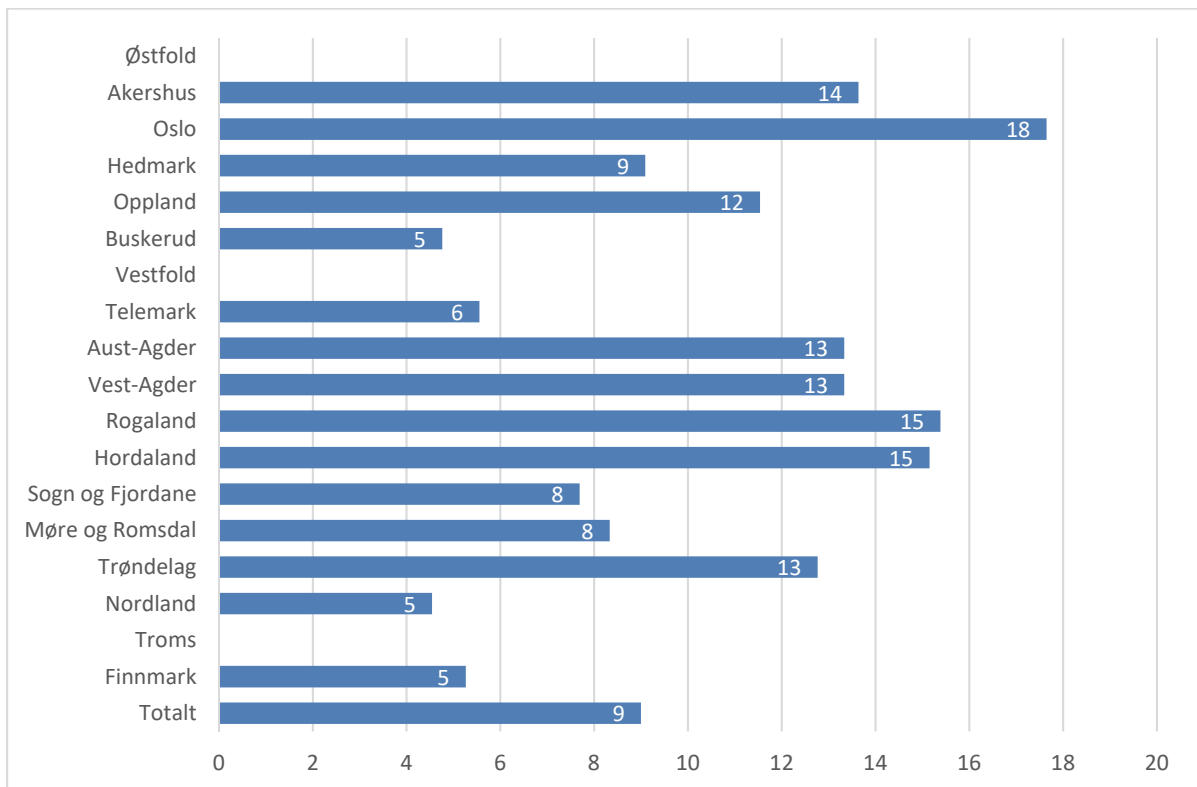
- En vernepleier og en miljøarbeider
- Torsdagspatruljen: et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for å samordne tiltak til ungdommer 16-24 år.
- Forebyggende, psykisk helse og avhengighet. Helsestasjon for ungdom
- SLT koordinator. LOS medarbeidere, Helsesøstre og psykiatrisk sykepleier, psykolog
- Tverrfaglig sammensatt gruppe i Stangehjelpa, inkludert ungdomskontaktene og skolehelsesøstre
- Familieteam som består av helsesøster, barne- og familieveileder, PP-tjenesten, psykolog og barnevern.
- Ungdomsteam NAV, Ungdomskontakt Valdres videregående skole

- Psykiatrisk sykepleier, helsesøster, barnevernspedagog, PPT
- BUP, barnevern, PPT, kommunehelse, barnehage, skole
- Psykolog, helsesøster, psykomotorisk fysioterapeut
- Forebyggende, skole /oppfølgingstjeneste, NAV.
- Politi, Psykisk, helse, rus og avhengighet, helsestasjon. Nav
- Forebyggende team
- Psykososialt team som samhandler med helsesøstre og oppvekst
- Ungdomsteam
- Barnevernspedagog, sosionom, psykolog, helsesøster.
- Skole, barnehage, psykisk helse, politi, barnevern, PPT, BUP
- Meistringsteam for oppfølging av elever på ungdomsskuletrinnet, i skoletida. jobber tett på elever med særskilde behov
- Helsestasjon, psykolog, PPT, lærer, lege, barnevern
- Kultur, oppvekst, SLT
- Helsesøster, psykiatrisk sjukepleier, PPT, Barnevern
- Psykisk helseteam for barn og unge
- Tjenesten for psykisk helse og rus, helsestasjon, rådgjevar i skule, PPT
- Delta gruppe - næring og kultur, NAV, folkehelse, psykisk helse
- Rus og psykisk team for barn og unge (RoP-ung)
- Tiltaksteam der helsestasjon, barnevern, NAV, rus/psykisk helse møtes jevnlig. Skole, barnehage og spesialisthelsetjenesten møtes etter behov.
- Sosialarbeider, fylkeskommunal oppfølgings tjeneste, samt kommunal tjeneste for ungdom deltar i team, også kommunehelsetjenesten er representert i dette.
- Helsesøster, psykiatrisk koordinator - oppfølgingstjenesten for videregående elever og oppfølging av dropp-ut elever
- Psykisk helse- og rusarbeid, helsesøstertjenesten, PPT, barneverntjenesten
- Yes hjelpetjeneste, sammensatt av ulike fagbakgrunn.
- Skolehelseteam
- BUP, forebyggende enhet og skolehelsetjenesten
- Utekontakten med barnevernspedagoger, sosionomer, samfunnsviter og flere med videreutdanning.

Sannsynligvis er det flere enn disse 40 kommunene som har oppsøkende arbeid rettet mot barn og unge, men det er ikke sikkert det er team som er satt sammen slik som i disse kommunene. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt dette er et riktig omfang i forhold til behov, men vi kan se på hvordan dette fordeler seg på kommunestørrelse og fylker.



Figur 8.5 Andel kommuner som har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge, kommunestørrelse, 2018



Figur 8.6 Andel kommuner som har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge, fylke, 2018

Som vist i figur 8.6, er det tre fylker der ingen kommuner har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Men det er ikke disse fylkene som for eksempel ligger lavest på andel ungdomsskoleelever med depresjonssymptom (det er Rogaland og Sogn og Fjordane ifølge Ungdata).

8.8 ANDRE TYPER TEAM

Det er 18 kommuner/bydeler som sier de har andre typer team. Følgende er oppgitt:

- Ambulerende rusteam
- Ambulerende team- psykisk helse. Jobber ambulerende etter vedtak fra tjenestekontoret. Organisert i avdeling psykisk helse og rus som gir tilbud til personer over 18 år.
- ROS SI/DPS Kongsvinger sammen med kommunen driver oppsøkende arbeid med barn/ unge og voksne der det vurderes eller etterspørres.
- Psykisk helse og rus
- Lavterskel helsetilbud til rusavhengige
- Moonlight, NAV i skole/tverrfaglig team
- BUTT, samarbeid med 2.linje tjenesten.
- Rusteam som jobber oppsøkende og er flerfaglig sammensatt. Tett samarbeid med fastlege i kvar sak.
- Hverdagsrehabiliteringsteam
- Psykiatri, NAV, Frivilligsentralen
- Ambulante team - Ambulant team - DPS Akutteam-sjukehus, Alderspsykiatrisk team
- Barne- og familieteam
- ROP-tjenesten - team rettet mot unge i etableringsfasen (med dårlig boevne) Miljøterapeutisk fokus
- Tverrfaglige møtestrukturer
- Ruskonsulent og forebyggende enhet

En av kommunene beskriver det slik:

Det er ikke etablert et fast team, men der det er nødvendig samarbeider for eksempel Psykisk helsetjeneste og andre faginstanser som kreftkoordinator, helsesøster, jordmor, fastlege og lignende innad i kommunen. I tillegg er det tett samarbeid med Ambulant akutt team ved UNN der vi blant annet kan ha oppsøkende virksomhet.

8.9 ANDRE ANSATTE SOM ARBEIDER OPPSØKENDE

Spørsmålet som er stilt er om kommunen har andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulant (som ikke er dekket av de foregående spørsmålene f.eks. kommuneoverlege, psykolog i kommunen, helsesøster etc.)?

Kommunene har tradisjonelt ulike grupper ansatte (formelle eller uformelle team) som arbeider oppsøkende i brukernes hjem og yter vedtaksbaserte tjenester. For eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester, helsesøstertjenestene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet), og stort sett alle årsverk som arbeider med forløp 3. Det er derfor vanskelig for kommunene å svare på dette, fordi spørsmålet vil forstås ulikt. Men alle kommuner arbeider oppsøkende med noen brukergrupper. Det er 184 kommuner/bydeler som oppgir at de har andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulant. Hva disse ansatte har som oppgaver, er beskrevet på ulike måter.

Feltpleie/lavterskeltiltak rus og ruskonsulenter nevnes av flere kommuner som noen som jobber oppsøkende mot sine brukergrupper. En av kommunene skrev om rustjenestene at "tjenestene utøves

på mange arenaer og aller minst på kontor". Noen har også startet opp prosjekter med oppsøkende virksomhet i forbindelse med Opptappingsplanen for rusfeltet.

Oppsøkende team i forbindelse med oppfølging i bolig er også vanlig, noen har valgt å kalle dem "Bo-team". En del kommuner har også egne team som følger opp eldre som bor hjemme, eller de har forebyggende besøk blant eldre.

Ungdomskontakter, psykologer som jobber med ungdom og "ungdomslos" nevnes som en gruppe som jobber oppsøkende i ungdomsmiljøer, i samarbeid med ungdomsklubber o.l. og opp mot helsestasjoner og helsestasjon for ungdom. Noen nevner også at de har psykisk helsearbeider som jobber ambulant opp mot ulike videregående skoler i kommunen.

Enkelte kommuner har egne oppsøkende familieteam (også i barnevernet), eller har oppsøkende virksomhet som en del av ordinært helsestasjonsarbeid (f.eks. prosjektet "Hjem først". Flyktingetjenesten nevnes også som en tjeneste med en god del oppsøkende virksomhet, og enkelte kommuner har egen flyktingehelsesøster.

Ambulerende miljøarbeidertjeneste til funksjonshemmede nevnes i en kommune. Av de mer spesialiserte teamene kan det nevnes at Velferdsetaten i Oslo har en egen Hepatitt C klinikk, som er ambulant. Samt at de store frivillige organisasjonene driver gatenært arbeid i storbyene.

8.10 SAMLET VURDERING

Alle kommuner arbeider med oppsøkende virksomhet, for eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester, helsestasjonene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet) og stort sett alle årsverk som følger opp brukere i forløp tre. Behandlingsbegrepet er vanskelig i kommunene, og mange gir hjelp som grenser til behandling. Miljøarbeid innebærer for eksempel mye terapiarbeid, uten at det benyttes spesifikke behandlings- eller terapiformer.

I tabellen under har vi tatt med det kommunene svarer, og ikke antall kommuner som vi vet inngår i et spesifikt ACT eller FACT samarbeid. Årsaken til at de ikke har krysset av for at de har slike team kan skyldes mange faktorer, for eksempel at teamet nylig er etablert, eller at de ikke har brukere som er i målgruppen, eller at spesialisthelsetjenesten ikke får informert godt nok om tjenestene de etablere.

Tabell 8.2 Type flerfaglige team som kommunene oppgir å ha, antall og prosent 2017.

	2017			2018		
	Antall kommuner/bydeler	Prosent av de som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team	Prosent av alle kommuner/bydeler	Antall kommuner/bydeler	Prosent av de som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team	Prosent av alle kommuner/bydeler
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	23	21	5	14	13	3
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	20	18	5	26	25	6
Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	27	25	6	37	35	8
Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	18	16	4	40	38	9
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgningsteam	49	45	11	52	50	12
Andre typer team:	26	24	6	18	17	4

Vi har også undersøkt om de som har flerfaglige oppsøkende team bruker mer ressurser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi finner at de som har flerfaglige team bruker 32 årsverk per 10 000 voksne innbyggere, mens de som ikke har det – bruker 28 årsverk pr 10 000 innbygger (veide rater). Men når vi undersøker om kommuner med flerfaglige oppfølgende team har flere årsverk enn de som ikke har det, finner vi ingen signifikant sammenheng. Så bildet er at disse kommunene i gjennomsnitt har flere årsverk enn kommuner som ikke har slike team, det er ikke så store forskjeller at de er signifikante.

Når vi gjør det samme for oppsøkende behandlingsteam rettet mot barn og unge, finner vi at kommuner som har slike team, har færre årsverk enn de som ikke har slike team (28 mot 30 årsverk per innbygger under 18 år). Forskjellene er ikke statistisk signifikante.

8.11 OPPSUMMERING

Vi finner at kommunene har rapportert om 8 ACT-team og 17 FACT-team. Vi finner at det er 39 kommuner som er omfattet av et ACT-team, og 39 kommuner og fem bydeler i Oslo er omfattet av FACT-team. Vi har undersøkt hvor stor andel av innbyggerne i landet som dekkes av ACT eller FACT-team, og kommer frem til at ACT-teamene dekker 19 prosent av totalbefolkningen, mens FACT-team dekker 23 prosent av befolkningen. Totalt er det 37 prosent av befolkningen som bor i en kommune med enten ACT-team eller FACT-team. Nesodden og Bergen er de eneste som inngår i et samarbeid

om drift av både FACT og ACT i dette datagrunnlaget. Totalt er det 80 kommuner som har enten ACT eller FACT, og dette dekker 18 prosent av kommunene.

Om vi baserer beregningen på de kommunene som oppgir at de har ACT eller FACT-team, blir tallene lavere. Da dekker ACT 13 prosent av befolkningen, og FACT dekker 20 prosent, og totalt 28 prosent av befolkningen. Men fordi det er gitt tilskudd til en god del flere FACT-team, antar vi at det vil være betydelig flere kommuner som rapporterer at de er med i et FACT-samarbeid våren 2019 enn våren 2018.

Men det er også andre flerfaglige oppsøkende team, og om vi tar med alle kommuner som har oppgitt at de har flerfaglige oppsøkende team, beregner vi at 52 prosent av befolkningen bor i kommuner som skal dekkes med flerfaglige oppsøkende team. Men dette sier ikke noe om hvor mange som faktisk får den oppfølgingen de trenger, eller om kapasiteten i disse teamene.

9 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

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.

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 2017-kartleggingen (Ose & Kaspersen, 2017) fant vi følgende:

Våren 2017 var det en av tre kommuner som ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Av de som hadde etablert et tilbud, var det 86 prosent som hadde valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens 14 prosent hadde etablert et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen.

Etableringen av tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnopphold er i mange kommuner gjort gjennom interkommunalt samarbeid. Andre har opprettet plassene i sykehjem, bofellesskap eller i forbindelse med kommunens legevakt.

Følgende er kartlagt i 2018 og resultatene presenteres i dette kapittelet:

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)

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

- Integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken
- Som et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen

Kategoriene er laget ut fra svar på åpne spørsmål i 2017. Det første spørsmålet var registrert med et flersvaralternativ, slik at de kunne sette flere kryss. Vi har derfor kodet om slik at for eksempel de som krysset av for interkommunalt samarbeid og i bofellesskap eller sykehjem, er registrert med interkommunalt samarbeid.

9.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT

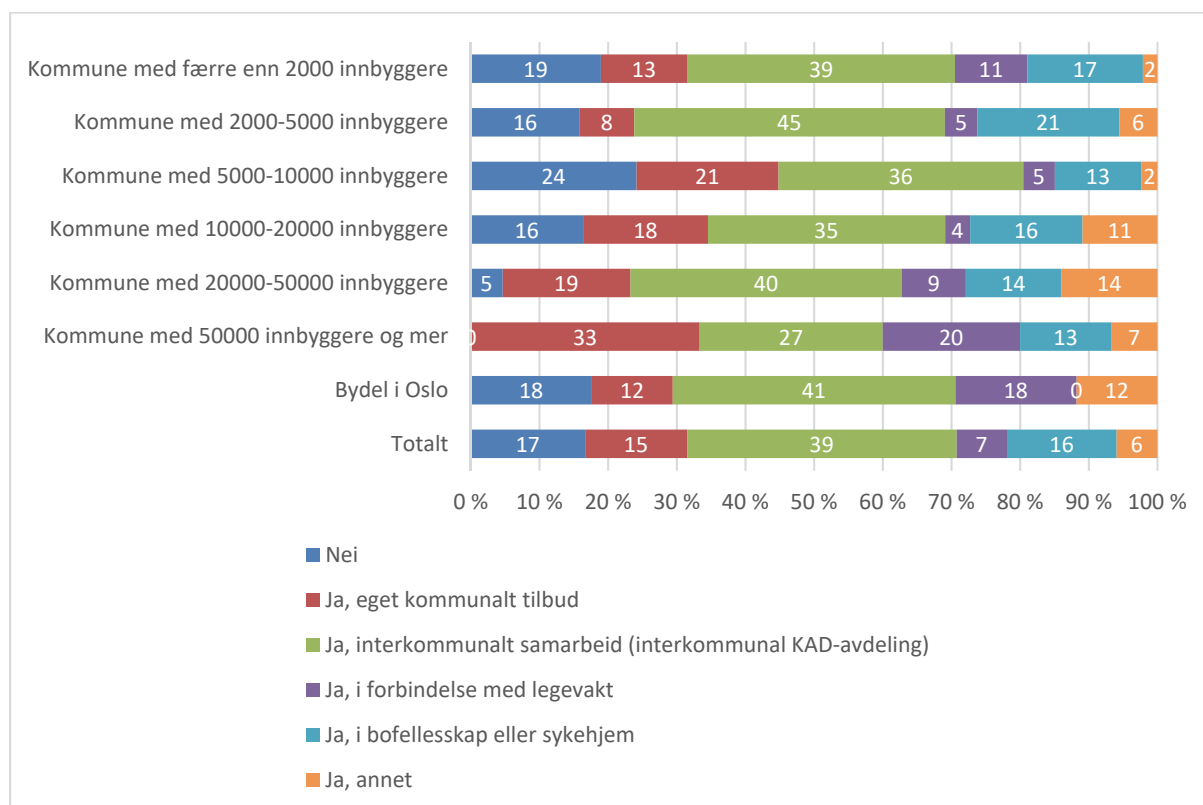
Det er 14 kommuner (som ikke har svart på følgende spørsmål om de har etablert et tilbud. Det er 73 kommuner som ikke har fått etablert tilbud ennå.

Svarene viser at de fleste kommunene har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (39 prosent), mens 31 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem. Seks prosent har svart annet, og her er det mange som har nevnt KAD-plasser. Dette bør derfor være med i parentes etter svaralternativ to til neste år.

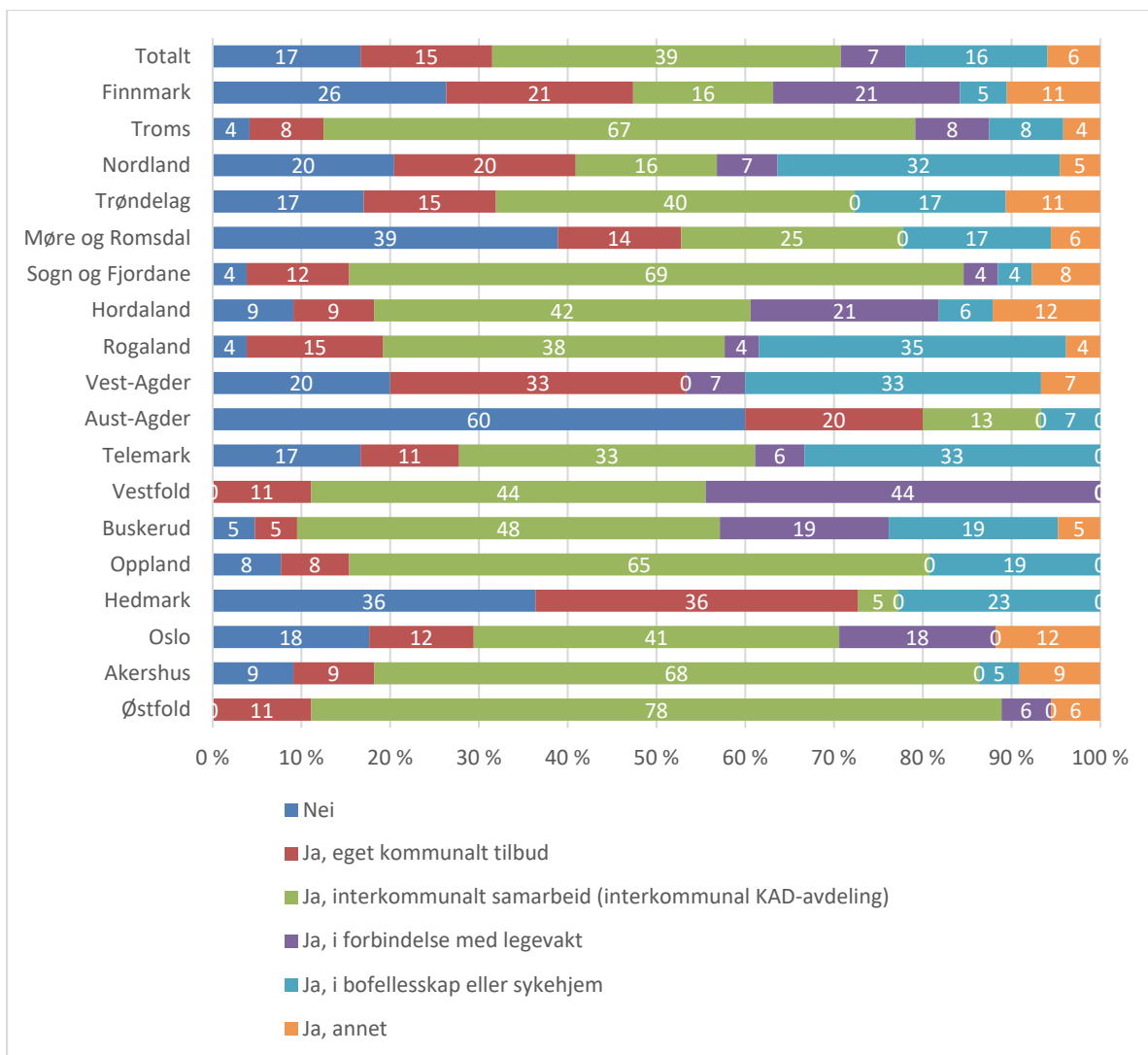
Tabell 9.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk?

	Antall	Prosent
Nei	73	17
Ja, eget kommunalt tilbud	65	15
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	172	39
Ja, i forbindelse med legevakt	32	7
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	70	16
Ja, annet	26	6
Totalt	438	100

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



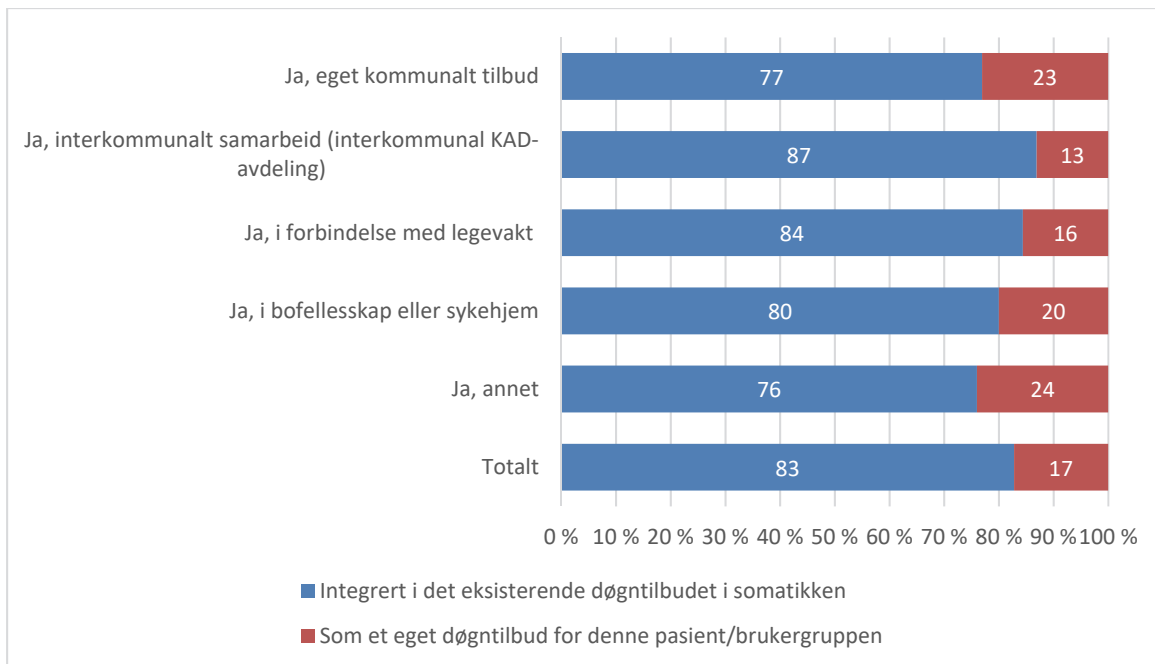
Figur 9.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Kommunestørrelse, 2018.



Figur 9.2 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Fylke, 2018.

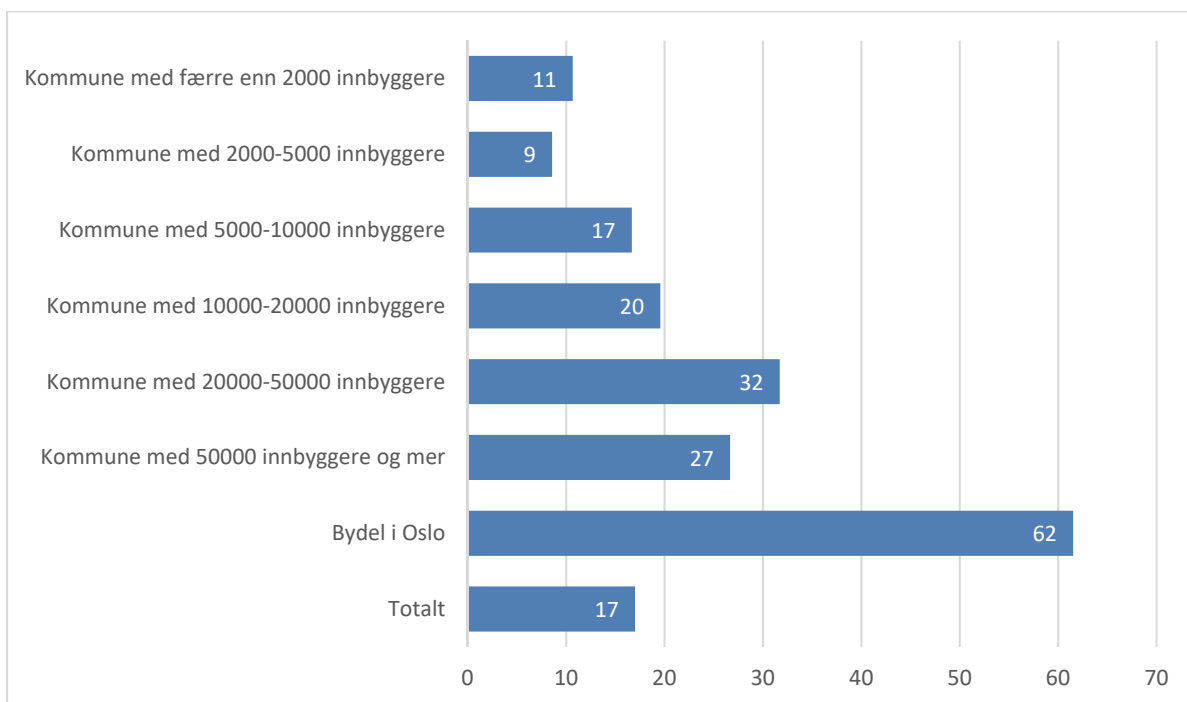
9.2 HVOR I KOMMUNENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTE ER DØGNPLASSENE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS ETABLERT

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

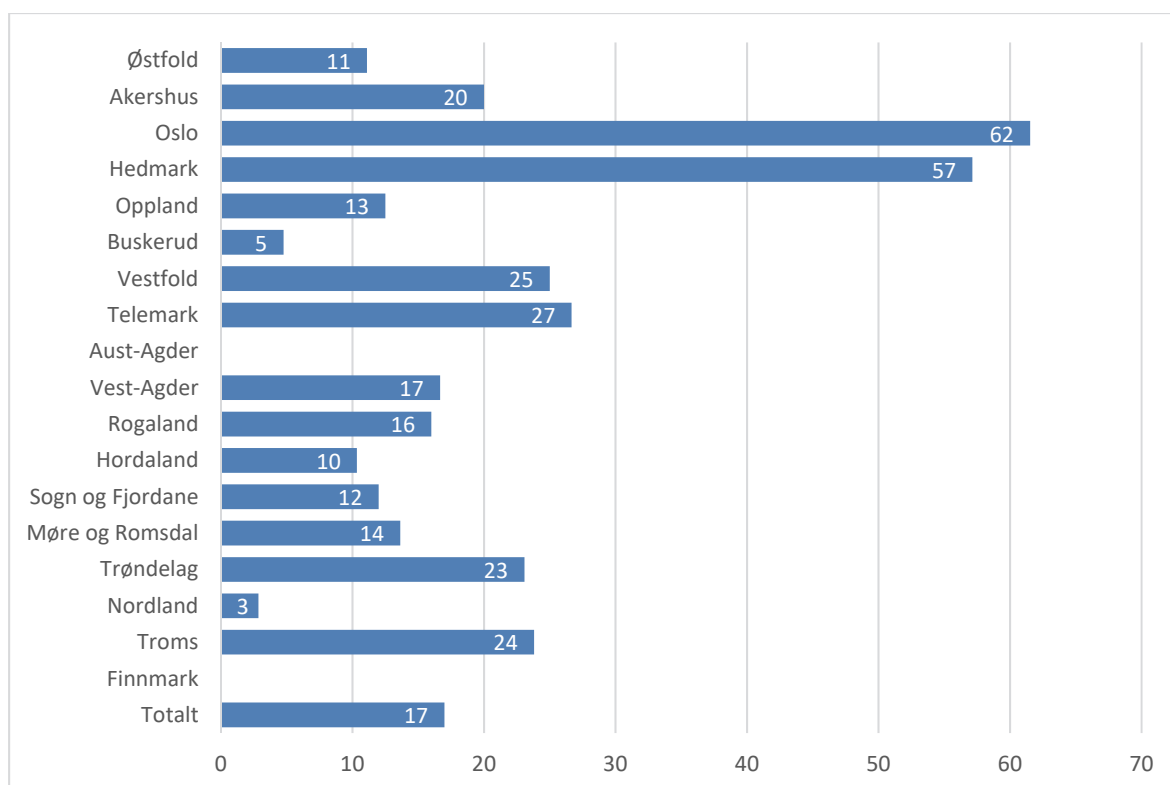


Figur 9.3 Hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene innen psykisk helse og rus etablert?

Som vist i figur 9.3 er det 83 prosent som er integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, men det er ikke store forskjeller i fordelingen mellom de ulike løsningene.



Figur 9.4 Prosent av kommunene som har etablert plassene som et eget døgntilbud til denne pasient/brukergruppen? Kommunestørrelse, 2018.



Figur 9.5 Prosent av kommunene som har etablert plassene som et eget døgntilbud til denne pasient/brukergruppen? Fylke, 2018.

9.3 OPPSUMMERING

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

Våren 2017 var det en av tre kommuner som oppgav at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Av de som hadde etablert et tilbud, var det 86 prosent som hadde valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens 14 prosent hadde etablert et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen.

Våren 2018 er det 73 kommuner (17 prosent) som ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen. I 2017 var andelen 33 prosent. Av alle kommunene, er det 39 prosent som har etablert interkommunal KAD-avdeling, mens 38 prosent har etablert tilbudet i egen kommune enten i bofellesskap, sykehjem eller i forbindelse med legevakt. Seks prosent av alle kommunene oppgir at de har valgt en annen løsning, for eksempel at de er en liten kommune som ikke har behov for dette tilbudet fordi de har godt samarbeid med sin DPS eller at de har sykestue som dekker behovet. I Oslo ser det ut til at Velferdsetaten driver egne sengeplasser. Det er 83 prosent av kommunene som har integrert døgntilbudet i somatikken, mens resten har etablert et eget tilbud til målgruppen psykisk helse og rus.

10 ARBEIDSTILTAK

Yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 15 årene, og særlig i retning av den evidensbasert tilnærmingen "Supported Employment" (SE) eller "Individual Placement and Support" (IPS). SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". Årsaken er at denne tilnærmingen har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser. I Norge har det generelt vært en bevisst satsning på arbeidsmarkedstiltak gjennom mange år slik at flere kan komme i arbeid. Dette var også vært 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 8 bydeler i Oslo hadde tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er 18 kommuner og 8 bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helsearbeid. Innen rusarbeid er det 36 kommuner og 5 bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS og 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo som oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

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

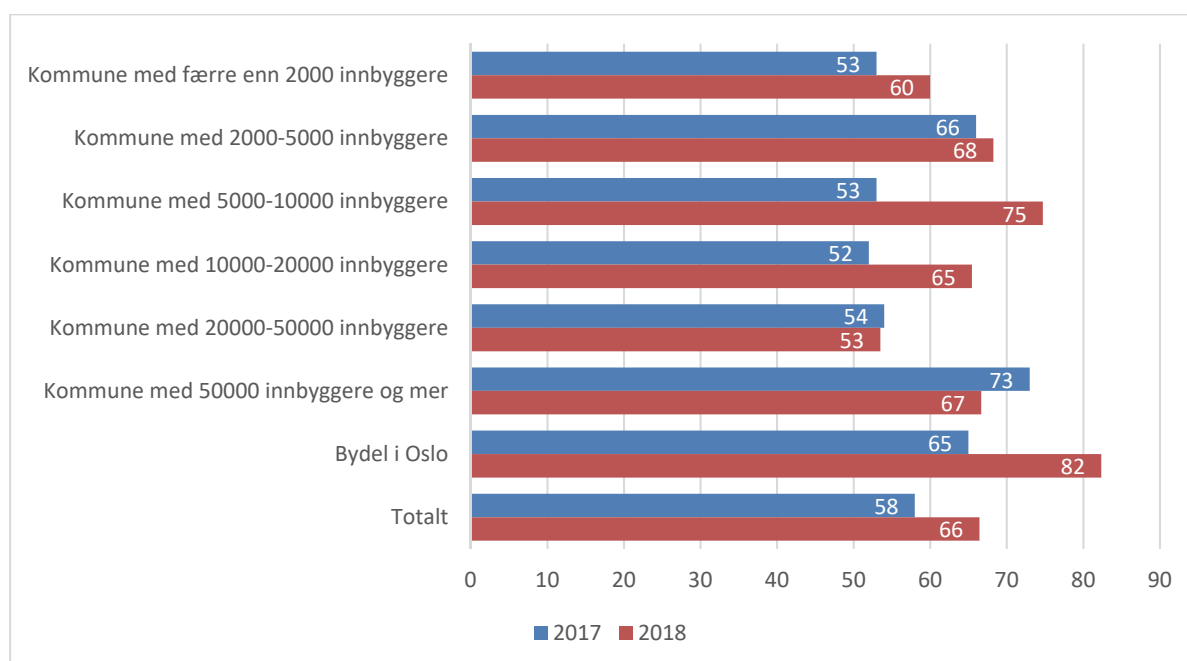
I 2017 fant vi at totalt 257 kommuner/bydeler (58 prosent) svarte at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Vi fant ikke noen tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse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

kommunene, mens 38 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige 10 prosent svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig). Resten av kapitlet handler om situasjonen våren 2018. Det er de samme spørsmålene som inngikk i 2017, så vi tar med begge årene på alle spørsmålene for å se utviklingen.

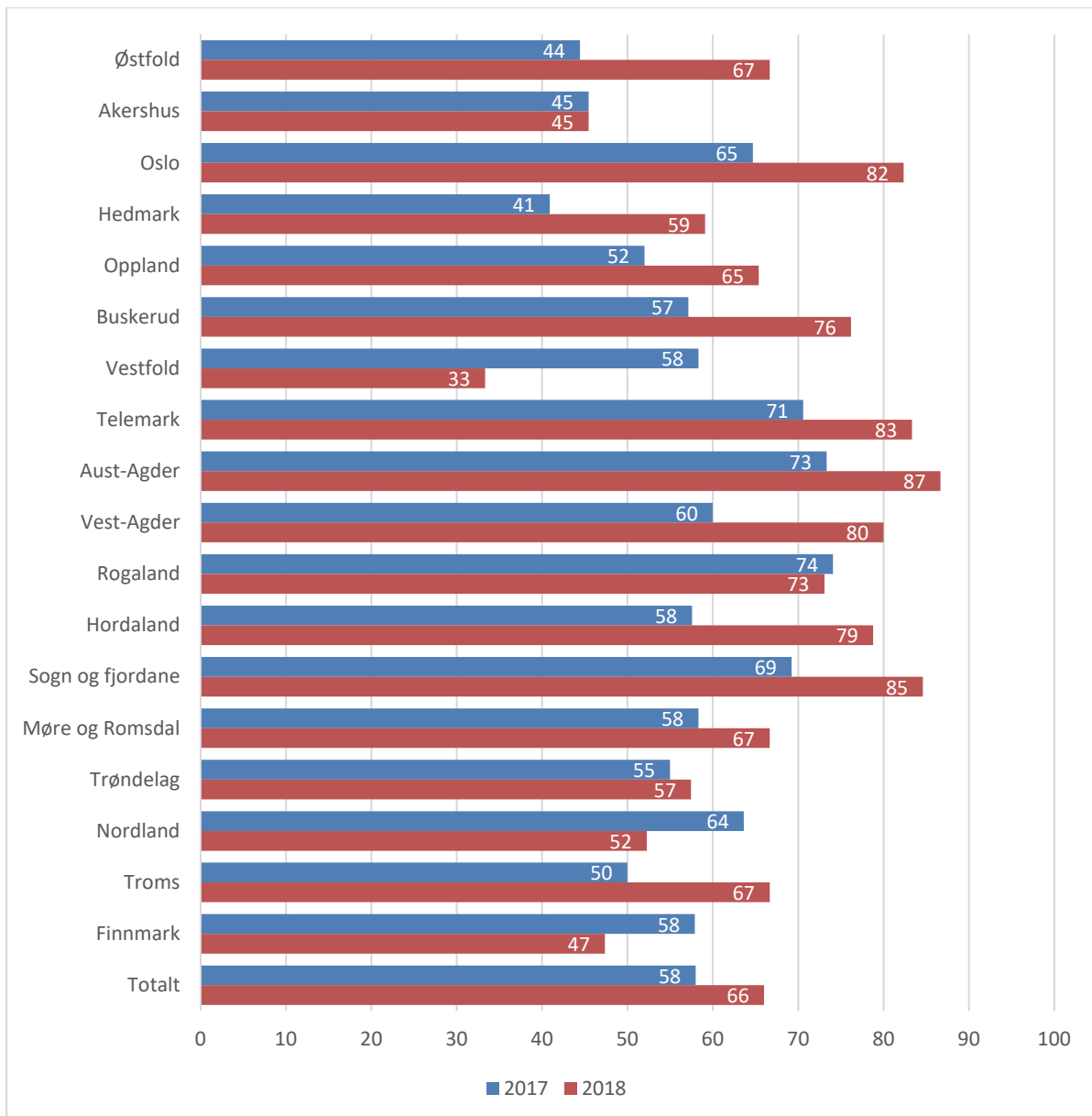
10.1 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 413 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (94 prosent). Av disse er det 291 (70 prosent) som svarer at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Vi antar at de som ikke har svart, ikke har etablert et samarbeid om arbeidsrettet rehabilitering. Da er andelen som har etablert samarbeid 66 prosent. I 2017 var det 58 prosent som rapporterte at de hadde etablert et samarbeid, så dette er en tydelig økning.

Som vist i figur 10.1, er det økning i alle gruppene foruten de største kommunene utenom Oslo.



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

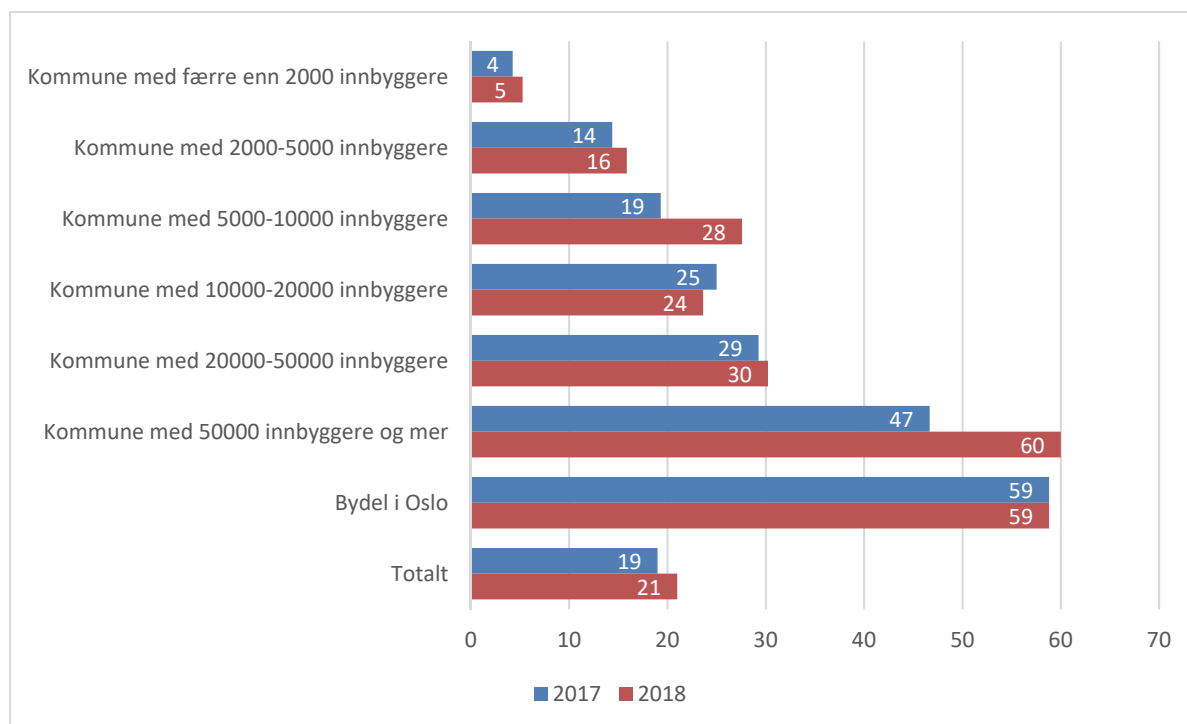


Figur 10.2 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2017 og 2018.

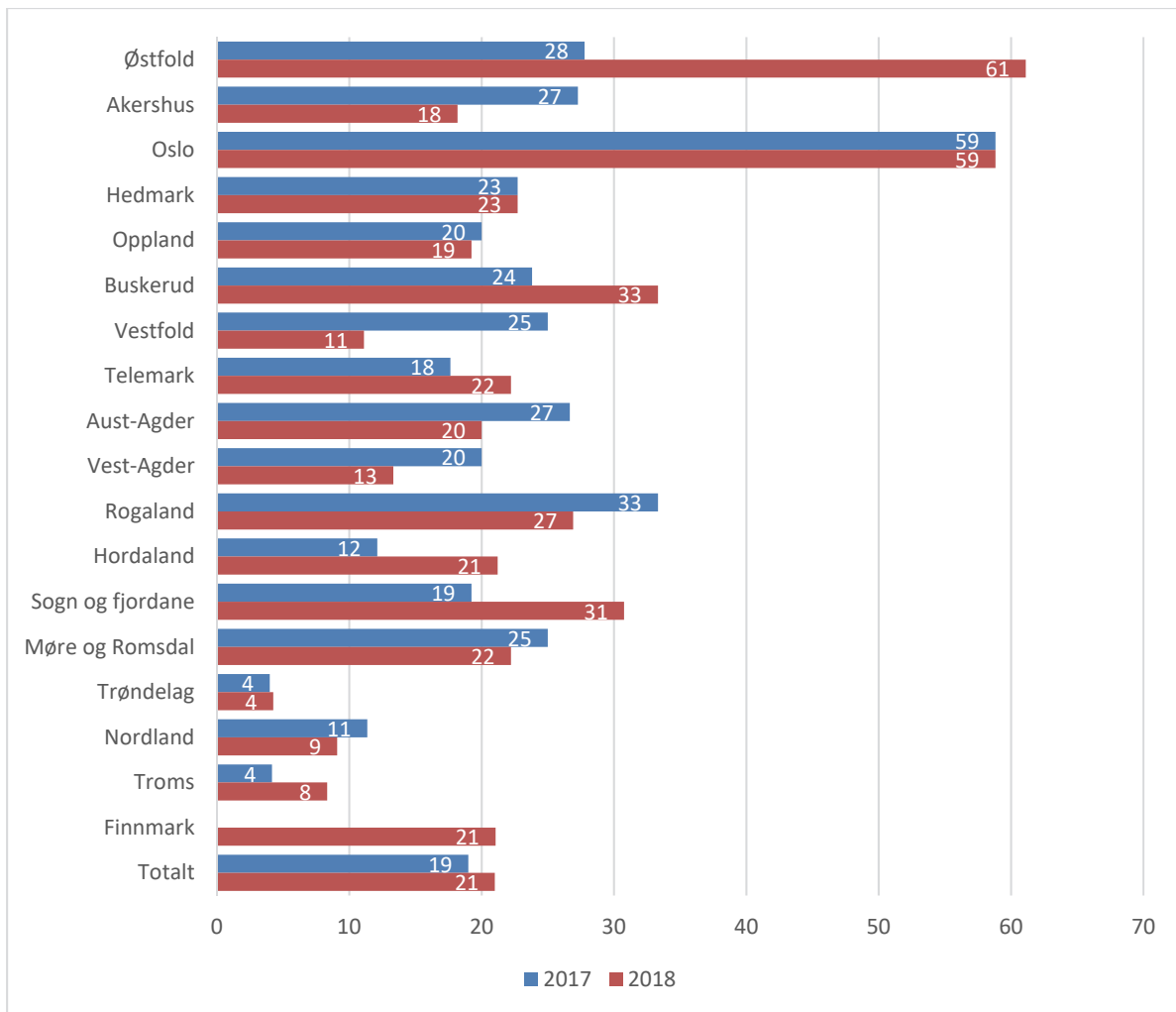
Fra figur 10.2 ser vi at det er en økning i alle fylker i andel kommuner som svarer at de har etablert et samarbeid, med unntak av kommunene i Vestfold, Nordland og Finnmark. I Rogaland er det nærmest uendret. Det er ikke signifikante forskjeller hverken etter kommunestørrelse eller fylke, og dette betyr at forskjellene kan være helt tilfeldig. Det er altså betydelig variasjon innen alle størrelsesgrupper og i alle fylker.

10.2 IPS INNEN PSYKISK HELSE

Det er 398 kommuner/bydeler (90 prosent) som har svart på spørsmålet om de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Av disse er det 94 kommuner eller 24 prosent som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dersom vi antar at de som ikke har svart ikke har tatt i bruk IPS, finner vi at det er 21 prosent av kommunene som har tatt i bruk IPS innen psykisk helse. Dette er en liten økning fra 19 prosent i 2017. Fordelingen etter kommunistørrelse er vist i figur 10.3.



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

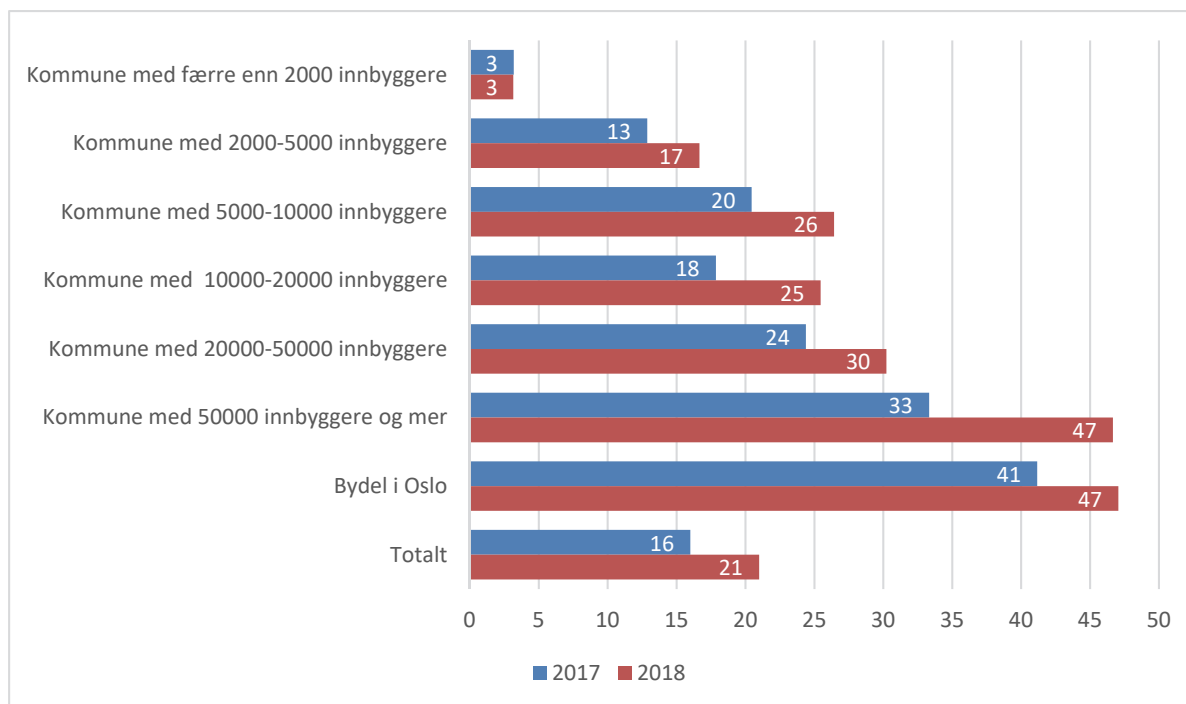


Figur 10.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, fylke 2017 og 2018.

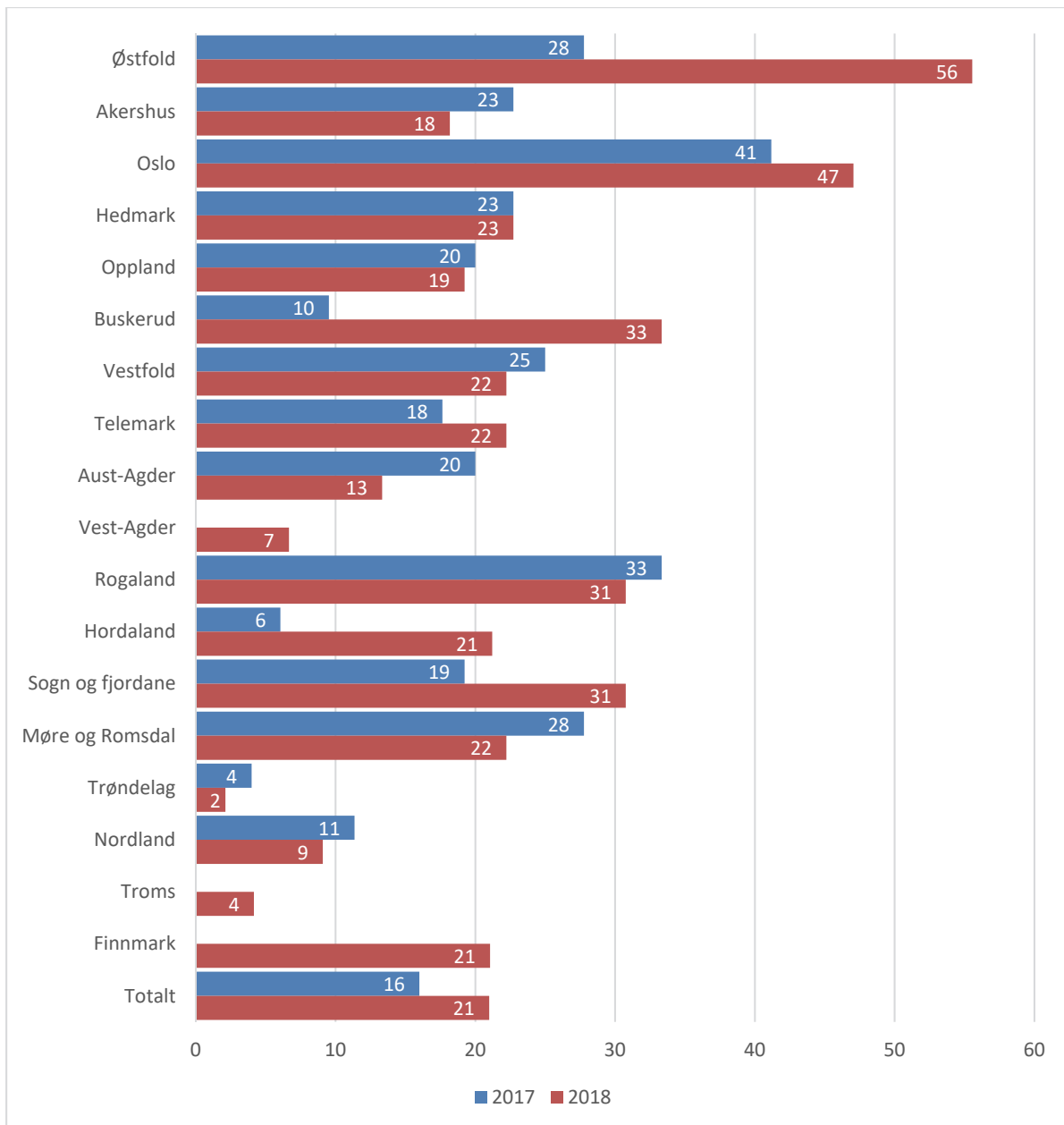
Det ser spesielt ut til å være en sterk økning i kommuner i Østfold som er involvert i IPS tiltak innen psykisk helse.

10.3 IPS INNEN RUSARBEID

Det er 395 kommuner (90 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Av disse er det 89 kommuner (23 prosent) som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Om vi antar at de som ikke har svart, ikke har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid, er det 20 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid. I 2017 var det 16 prosent. Det er en sterk økning med kommunestørrelse, se figur 10.5 og betydelig variasjon mellom fylker, se figur 10.6. Bildet er ganske likt i 2017 og i 2018.



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



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

Det ser ut som både rus og psykiske helse er involvert i satsningen i Østfold. Nedgangen i Trøndelag skyldes fylkessammenslåingen som gjør at Nord-Trøndelag er inkludert. Der var det ingen kommuner som rapporterte at de hadde tatt i bruk IPS innen rusarbeid i 2017 i Nord-Trøndelag.

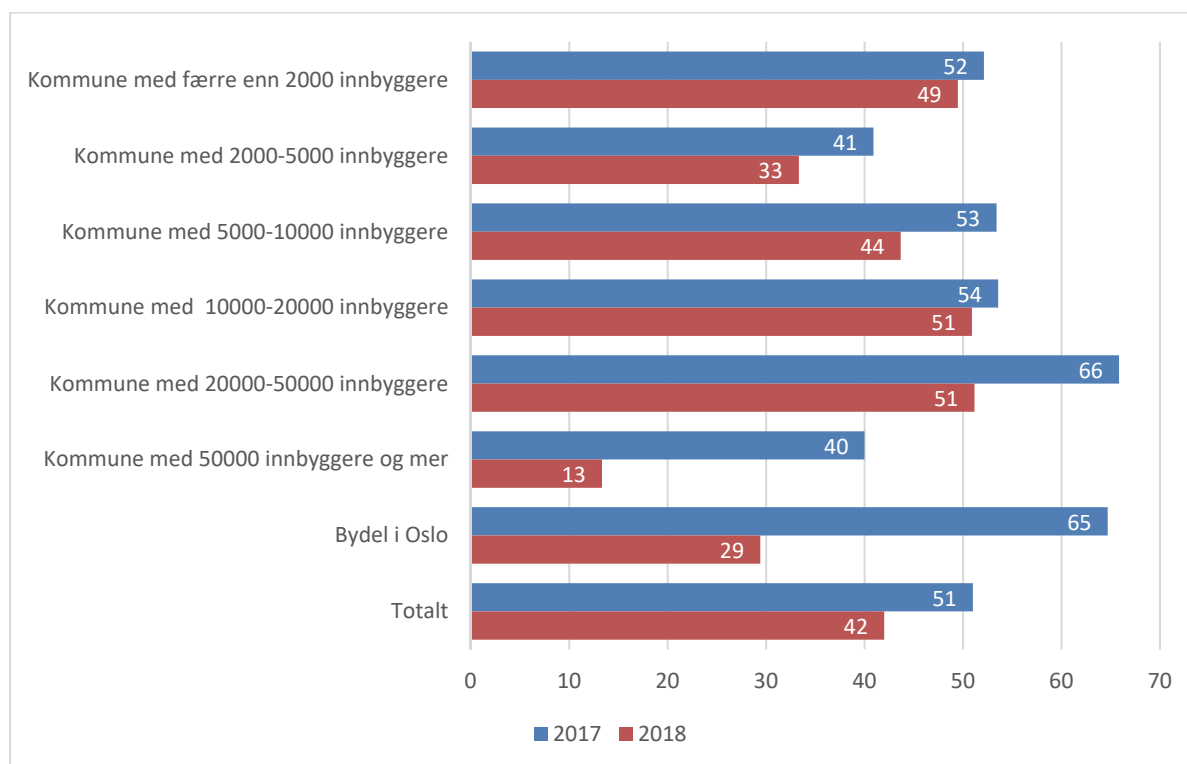
10.4 KVALITET PÅ SAMHANDLINGEN

Det er 424 kommuner/bydeler som har svart (97 prosent) på hvordan de vil 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. Av disse er det 60 prosent som svarer at samhandlingen er god (svært god eller god), mens 31 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige (9 prosent) svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig).

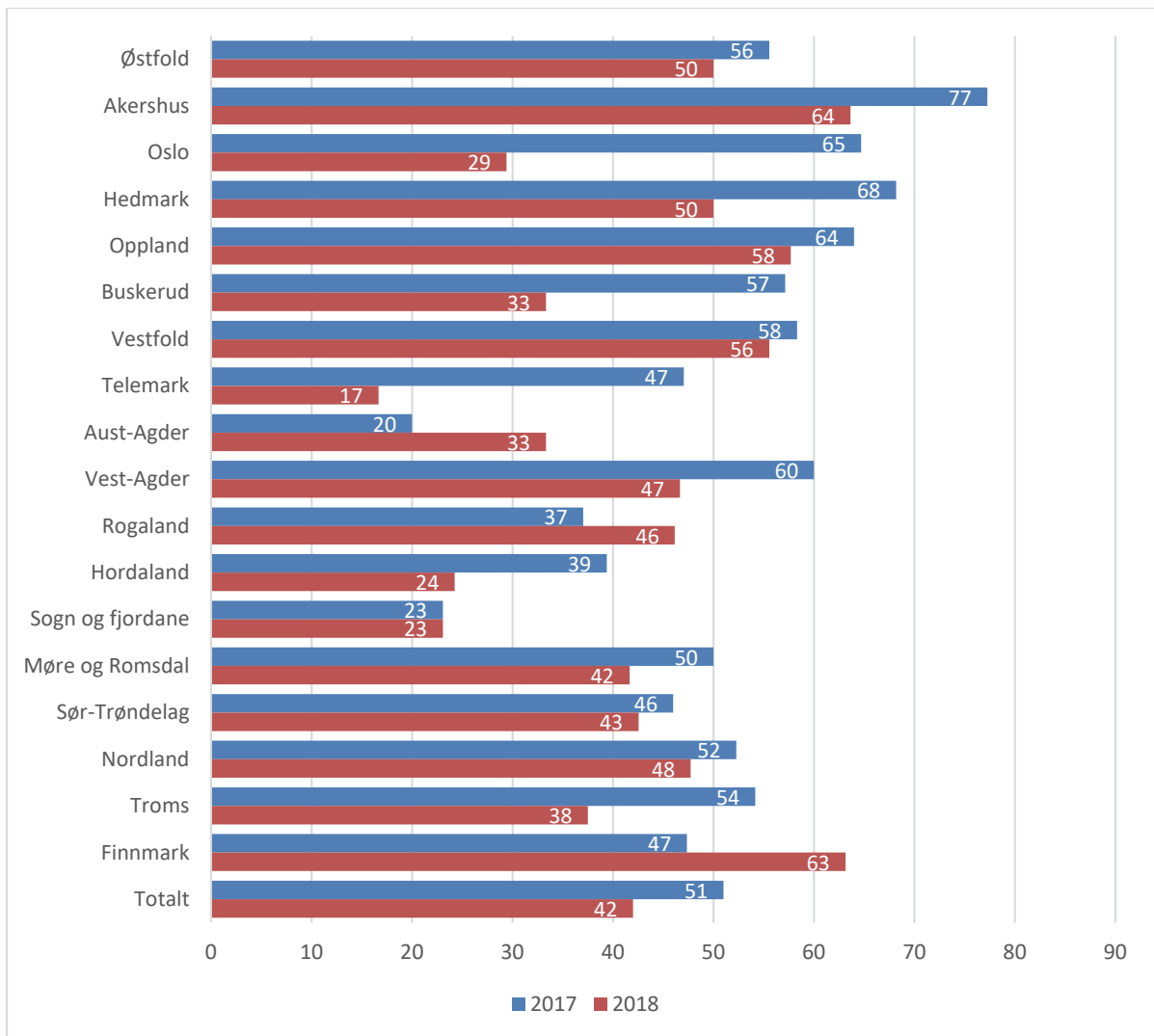
Tabell 10.1 Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV? 2017 og 2018.

	2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	52	12	48	11
God	167	40	206	49
Hverken god eller dårlig	157	38	133	31
Mindre God	32	8	27	6
Dårlig	10	2	10	2
Totalt	418	100	424	100

Respondentene kan ha høy terskel for å si at samhandlingen ikke er god fordi de selv er en del av denne samhandlingen. Vi analyserer derfor kategoriene utenom svært god og god og antar det er noen utfordringer i samhandlingen. "Hverken god eller dårlig" kan for eksempel bety at det er lite samarbeid mellom aktørene. Vi antar at de 14 kommunene som ikke har svart, ikke har en svært god eller god samhandling. Det er da 42 prosent av kommunene som ikke har god samhandling, mot 51 prosent i 2017. Andelen går ned i alle størrelsesgrupper, se figur 10.7.



Figur 10.7 Prosent av kommunene som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke er god, kommunestørrelse 2017 og 2018.



Figur 10.8 Prosent av kommunene som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke er god, fylke 2017 og 2018.

10.5 OPPSUMMERING

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

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

Det er 89 kommuner/bydeler (20 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Dette er en økning fra 16 prosent i 2017. Som for psykisk helse, øker andelen systematisk med kommunestørrelse.

I 2017 var det 51 prosent av kommunene som rapporterte at samhandlingen mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke var særlig god. I 2018 har andelen sunket til 42 prosent, så dette ser ut til å gå i riktig retning.

11 BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERORIENTERING

Helhetlige pasient- og brukerforløp med brukeren som aktiv medvirker i tjenesteforløpet 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))). Senest i målbeskrivelsene innenfor pakkeforløp for psykisk helse og rus som iverksettes i januar 2019, der økt brukermedvirkning og brukertilfredshet står sentralt²⁵. Ifølge en beskrivelse på helsenorge.no innebærer dette: "at dine synspunkter som pasient legges til grunn, og at du får mulighet til å bidra til å finne den behandlingstilnærmingen som passer best for deg. Pakkeforløpene skal tilpasses ditt behov.". Også pårørende løftes fram som en sentral kilde til samarbeid og informasjon.

SINTEF gjennomførte våren 2018 en nasjonal brukerundersøkelse (KOMHELSE 2018) blant folk som har mottatt tjenester på grunn av utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold, overgrep eller traumer. I overkant av 700 brukere fra hele landet besvarte undersøkelsen. Når det gjaldt brukermedvirkning, spurte vi om de opplevde at den hjelpen de har fått fra kommunale tjenester har vært tilpasset deres egen situasjon. Her svarer nesten halvparten (48 prosent) at hjelpen i stor/svært stor grad har vært tilpasset situasjonen. Hver fjerde respondent svarte "I noen grad", mens 14 prosent av respondentene svarte "I liten grad" eller "Ikke i det hele tatt". Det neste spørsmålet handlet om medbestemmelse – om de hadde fått lov til å bestemme hvilken hjelp de skulle få. Over 70 prosent opplevde at de i en eller annen grad hadde fått være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få, mens nær 30 prosent svarte "I liten grad" eller "Ikke i det hele tatt". På spørsmål om respondentene syntes det er rom for å gi tilbakemeldinger til de ansatte på det tilbudet de har fått, svarte 43 prosent at de i stor/svært stor grad opplevde rom for å gi tilbakemelding, mens 35 prosent ikke opplevde at det var rom for det. Når det gjaldt å få informasjon om ulike behandlingsmuligheter viste det seg at relativt få, 31 prosent, var i stor/svært stor grad fornøyd med informasjonen, mens 44 prosent i liten grad var fornøyd (Kaspersen, Lassemo, Kroken, Ose og Ådnanes, kommende SINTEF-rapport 2018²⁶).

I PasOpp-undersøkelsene som Folkehelseinstituttet gjennomfører går det fram av siste undersøkelse at 41 prosent av pasientene i TSB oppgir at de i stor grad har hatt mulighet til å gi tilbakemeldinger om behandlingen etter samtaler med behandler, mens 19 prosent oppgir at dette er gjort i svært stor grad (Skudal, Holmboe et al. 2017). I psykisk helsevern svarte 61 prosent av pasientene at de "i stor grad" eller "i svært stor grad" hadde fått fortalt behandlerne/personalet det som var viktig om tilstanden sin. 71 prosent av pasientene svarte "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" at institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes (Kjøllesdal, Iversen et al. 2017).

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

²⁶ Kaspersen, SL., Lassemo, E., Kroken, A., Ose, SO., Ådnanes, M. (2018, kommende): Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. SINTEF-rapport 2018:01004. Trondheim.

En av de seneste norske kunnskapsoppsummeringene innenfor psykisk helsearbeid konkluderer med at brukermedvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet del av tjenesten, hverken ved individuell behandling eller på systemnivå (Klausen 2016). 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)²⁷ 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 og andre måleverktøy)²⁸, der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og tilpasser tjenestene deretter.

11.1 DATAGRUNNLAG

I skjema for 2018 ble følgende spørsmål om brukermedvirkning og brukerorientering inkludert:

- Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2017? Vennligst oppgi svaret i hele kroner.
- I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiskhelsefeltet? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) (Ja, nei)
- På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd?
 - FIT (Feedback-informerte tjenester), tidligere omtalt som Klient- og resultatstyrt praksis (KOR))
 - Brukerråd
 - Brukerundersøkelse
 - Annet, hva (åpen tekst)
- 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)

I det følgende gir vi en deskriptiv beskrivelse av resultatene.

11.2 BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM

IS-24/8-rapporteringen har over flere år samlet informasjon om kommunenes økonomiske bevilgninger til organisert brukermedvirkning. Disse kan omfatte støtte til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og/eller deres pårørende som skal sikre brukermedvirkning på systemnivå. Det er også spesifisert at midlene som rapporteres om kan omfatte

²⁷ 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>

²⁸ <https://www.napha.no/fit/>

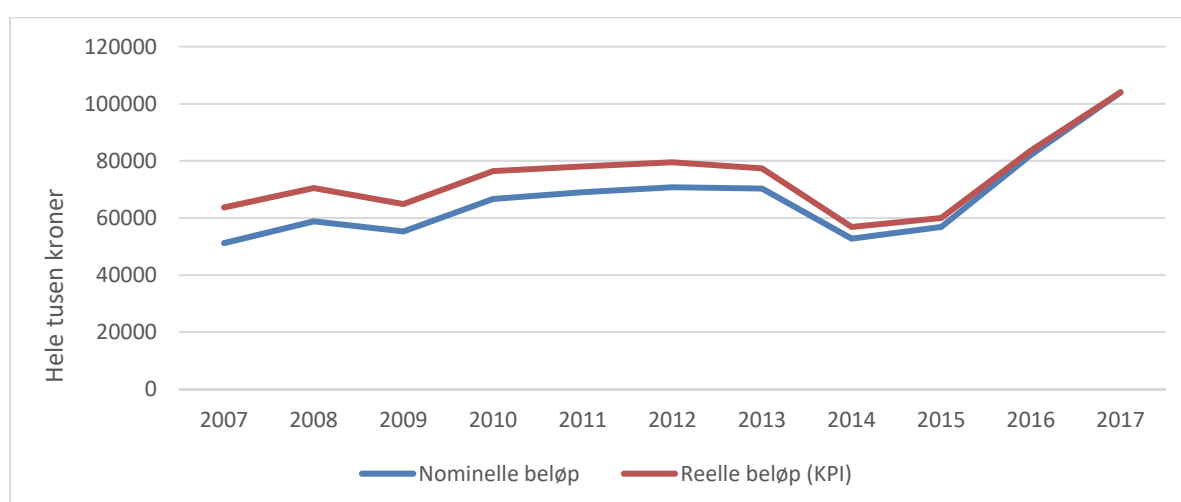
brukerråd, brukerrepresentanter o.l. Informasjonen om beløpet som eventuelt er bevilget til brukermedvirkning er ikke nødvendigvis lett tilgjengelig informasjon for de som typisk er involvert i rapporteringen, og vi mistenker at det er årsaken til at relativt mange kommuner hopper over dette spørsmålet, eller svarer null. I 2018 var det 101 kommuner eller bydeler (23 prosent av kommunene/bydelene) som manglet svar på dette spørsmålet. 183 kommuner/bydeler (42 prosent) sto oppført med null bevilgninger til organisert brukermedvirkning. Totalt var det altså 64 prosent av kommunene som enten manglet informasjon eller sto oppført med null. Dette er en liten forverring fra 2016, da 262 kommuner (ca. 60 prosent) enten oppgav 0 i brukermedvirkning eller hoppet over spørsmålet. Vi antar at beløpet vi kan presentere på nasjonalt nivå er kraftig underestimert. De aller fleste store kommunene har svart (og utgjør en stor andel av beløpet), men det finnes også små kommuner som bevilger flere hundre tusen kroner i året til brukerorganisasjoner.

Totalt har 154 kommuner og bydeler rapportert at de har bevilget i overkant av 105 millioner kroner til brukermedvirkning i 2017. Tallgrunnlaget tilbake til 2007 er tilgjengelig i tabellen og i figuren under.

Tabell 11.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2017 (i 1 000 kroner)

År	Nominelle beløp	Endring i prosent	Reelle beløp (KPI*)	Endring i prosent
2007	51 200	-	63 698	-
2008	58 800	15	70 493	11
2009	55 300	-6	64 896	-8
2010	66 695	21	76 398	18
2011	69 036	4	78 063	2
2012	70 747	2	79 486	2
2013	70 328	-1	77 368	-3
2014	52 776	-25	56 873	-26
2015	56 861	8	59 988	5
2016	82 097	44	83 602	39
2017	105 000	27	105 000	24

*Prisjustert med utgangspunkt i konsumprisindeksen (KPI).

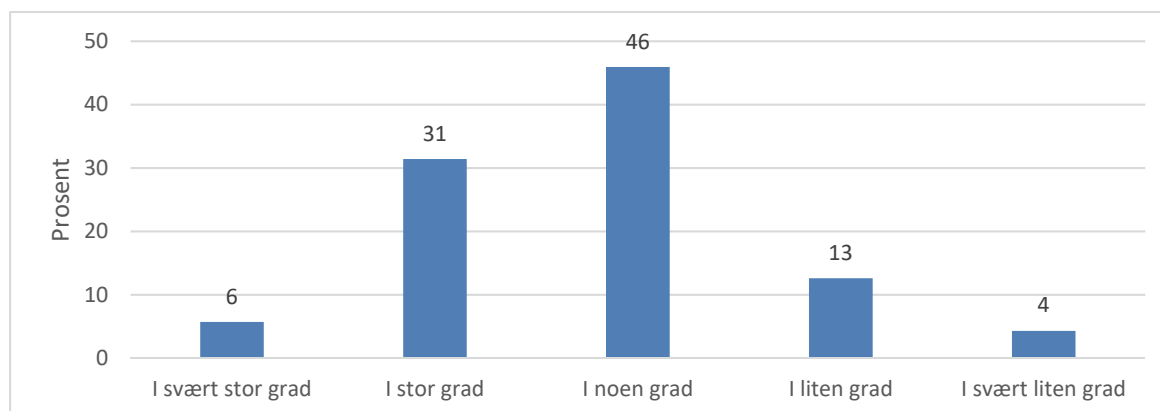


Figur 11.1 Beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form fra kommunene samlet, 2007-2016.

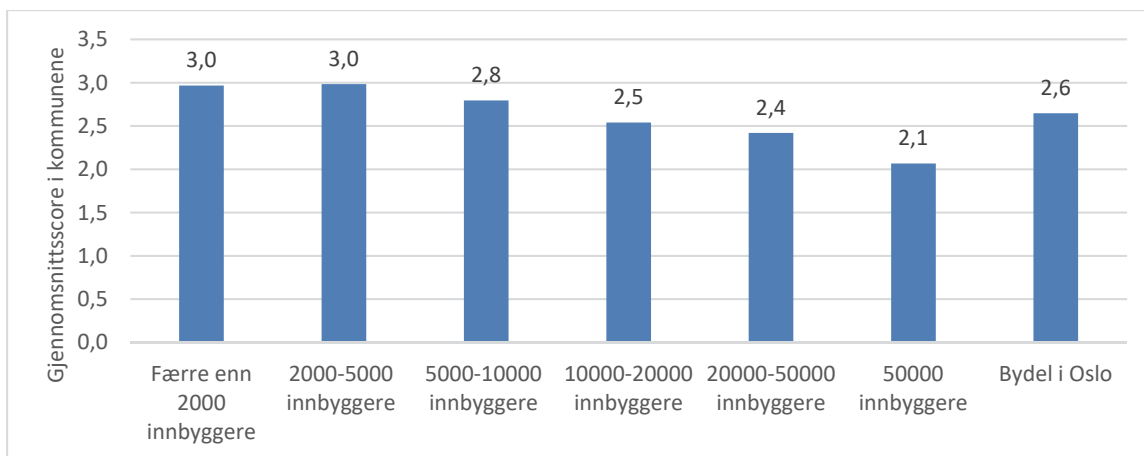
Den kraftige økningen i beløpet for brukermedvirkning fra 2015 til 2016 (39 prosent) forklares i stor grad med en sterk økning i beløpet som rapporteres fra Oslo kommune. Økningen fra 2016 til 2017 skyldes blant annet at Tromsø og Bergen har rapportert inn betraktelig høyere beløp enn tidligere. Svar i kommentarfelt fra Tromsø: *"Vi har tatt med alle driftstilskuddene til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og /eller rusmiddelproblemer, Gatejuristen, Gateavisa Virkelig, RIO/Kafe X, Kirkens Bymisjon, Kirkens Sosialtjeneste, Fontenehuset, Selvhjelpsstiftelsen, Marborg"*. Også Bergen kommune har økt satsingen med halvannen million til nær ni millioner kroner: *"Forandringsfabrikken - Mitt liv. Samarbeider med barnevernstjenestene i Bergen kommune. Ellers er det en rekke brukerorganisasjoner og brukerstyrte tiltak som får støtte."*

11.3 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

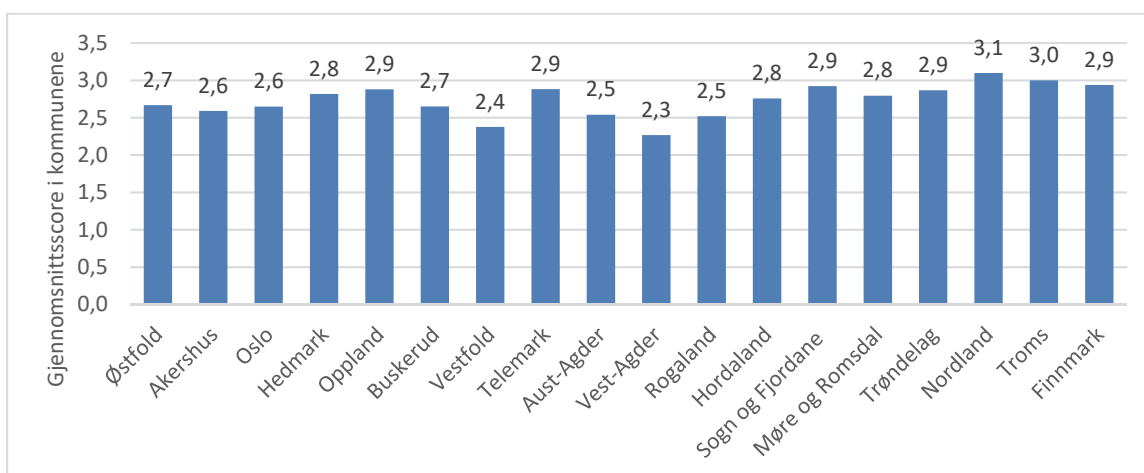
I sin kunnskapsoppsummering om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, peker Klausen på at norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukermedvirkning på systemnivå, mens det er behov for å i større grad implementere brukermedvirkning på individnivå (Klausen 2016). Mye av brukermedvirkningen skjer i praksis når kommunale tjenesteytere tilpasser seg brukernes tilbakemeldinger (Valla 2014). I rapporteringen for 2018 ba vi kommune vurdere i hvilken grad de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet. Her var det 420 kommuner og bydeler (96 prosent) som avla et svar (se figur 11.2). 17 prosent av kommunene som svarte, sier at de i liten grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen. 37 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning. Resultatene er presentert i figurene under, både på nasjonalt nivå og som en gjennomsnittsscore for kommunene i hvert fylke og per kommunegruppe basert på innbyggertall. Jo lavere gjennomsnitt, jo mer har kommunene svart positivt på spørsmålet om brukermedvirkning. Som vi ser av figurene er det generelt små variasjoner på fylkesnivå, mens det er en tendens til mer involvering av brukere i de minste kommunene, sammenliknet med store kommuner.



Figur 11.2 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? 2018.



Figur 11.3 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? 1 = I svært stor grad til 5 = I svært liten grad. N = 421 kommuner i 2018, gjennomsnittsscore for kommunene i ulike kommunegrupper etter innbyggertall.



Figur 11.2 I hvilken grad sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rus? 1 = I svært stor grad til 5 = I svært liten grad. N = 421 kommuner i 2018, gjennomsnittsscore for kommunene i fylket

På spørsmål om kommunene på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene, svarer 44 prosent av kommunene/bydelene "Ja", mens over halvparten, 56 prosent, svarer "Nei". Denne fordelingen var nøyaktig den samme i 2017 som i 2018.

Fordelingen på kommunistørrelsesgrupper er vist i tabell 11.2 og fordelt på fylker i tabell 11.3.

Tabell 11.2 Antall og prosentandel kommunene som svarer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet, kommunestørrelse, 2018.

	Antall som svarer "Ja"	Antall som svarer "Nei"	Antall som har svart	Antall som mangler svar	Antall kommuner i fylket	Andel av de som svarer som har svart "Ja"	Andel av alle kommuner som svarer "Ja"
Færre enn 2000 innbyggere	13	74	87	8	95	15	14
2000-5000 innbyggere	35	86	121	5	126	29	28
5000-10000 innbyggere	43	42	85	2	87	51	49
10000-20000 innbyggere	34	18	52	3	55	65	62
20000-50000 innbyggere	36	7	43	0	43	84	84
50000 innbyggere	12	3	15	0	15	80	80
Bydel i Oslo	12	5	17	0	17	71	71
Total	185	235	420	18	438	44	42

Tabell 11.3 Antall og prosentandel kommunene som svarer at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutviklingen innen rus- og psykisk helsefeltet, fylke, 2018.

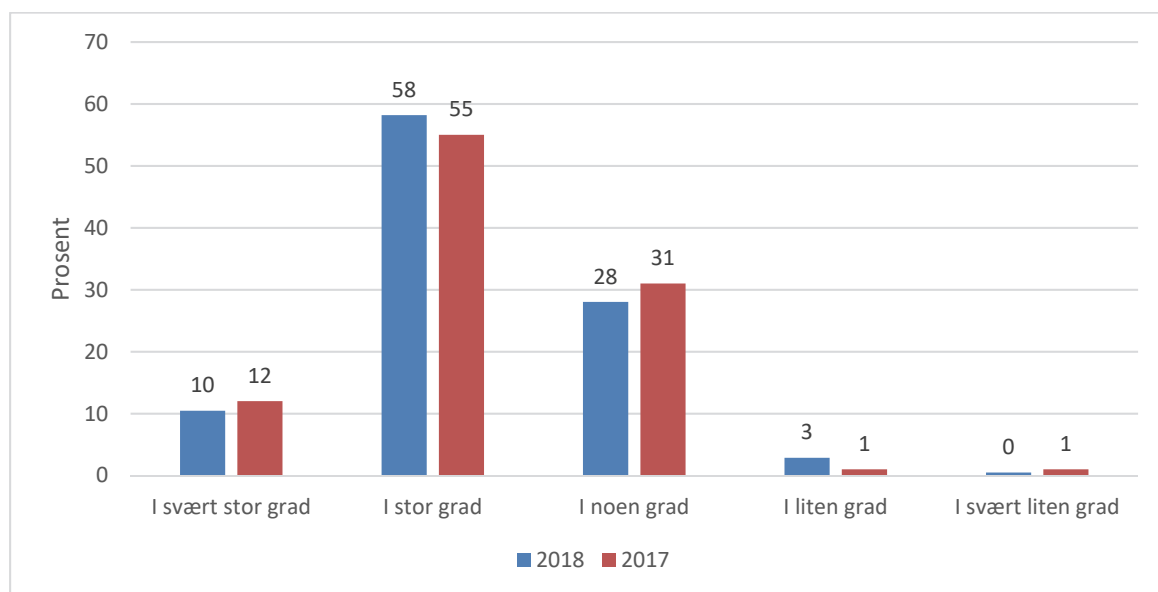
	Antall som svarer "Ja"	Antall som svarer "Nei"	Antall som har svart	Antall som mangler svar	Antall kommuner i fylket	Andel av de som svarer som har svart "Ja"	Andel av alle kommuner som svarer "Ja"
Østfold	8	10	18	0	18	44	44
Akershus	17	5	22	0	22	77	77
Oslo	12	5	17	0	17	71	71
Hedmark	12	9	21	1	22	57	55
Oppland	12	13	25	1	26	48	46
Buskerud	11	10	21	0	21	52	52
Vestfold	8	1	9	0	9	89	89
Telemark	6	11	17	1	18	35	33
Aust-Agder	10	3	13	2	15	77	67
Vest-Agder	8	7	15	0	15	53	53
Rogaland	15	10	25	1	26	60	58
Hordaland	10	22	32	1	33	31	30
Sogn og Fjordane	8	18	26	0	26	31	31
Møre og Romsdal	13	21	34	2	36	38	36
Trøndelag	15	30	45	2	47	33	32
Nordland	12	29	41	3	44	29	27
Troms	5	18	23	1	24	22	21
Finnmark	3	13	16	3	19	19	16
Total	185	235	420	18	438	44	42

Det ble også spurt på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring. Her svarte 17 prosent av kommunene at de hadde benyttet FIT, 17 prosent av kommunene svarte at de har eget brukerråd og 24 prosent har gjennomført brukerundersøkelse siste tolv måneder. I 2017 var det 43 prosent av kommunene som hadde gjennomført brukerundersøkelse, så det kan være at mange gjennomfører dette annethvert år eller sjeldnere, slik at det i rapporteringen for 2018 er færre som

har gjennomført dette siste tolv måneder. I kategorien "Annet" var det flere som skrev at de har ansatt erfaringskonsulent i tjenestene, at de har med brukerrepresentanter i møter, arbeids- og styringsgrupper, at de bevilger midler/driftstilskudd til brukerorganisasjoner nevnes, etablering av pårørendenettverk, tar i bruk feedback-informerte tjenester, Brukerplan, tjenstedesign, husmøter mv. En av bydelene skriver at Oslo har startet opp en egen utdanning for mennesker med egen erfaring; Erfaringsskolen, og at denne er utarbeidet i et samarbeid mellom brukere og fagfolk.

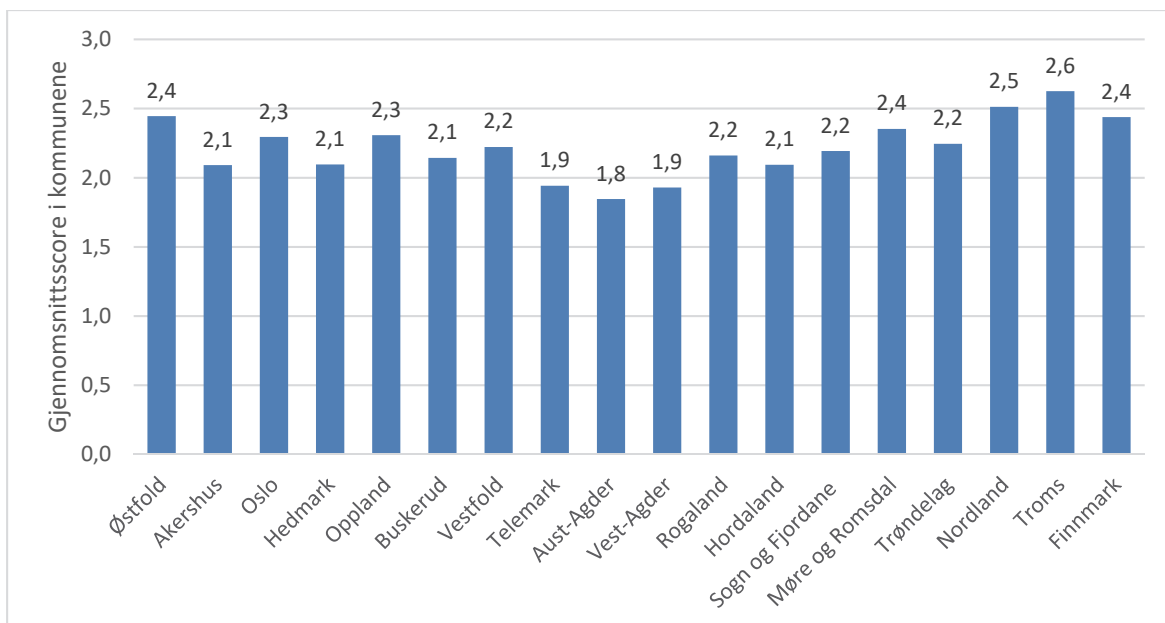
11.4 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i 2018. Med recovery-orientert ble det forstått at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. 421 kommuner og bydeler besvarte spørsmålene i 2018. Resultatene er presentert for begge år i figuren under.

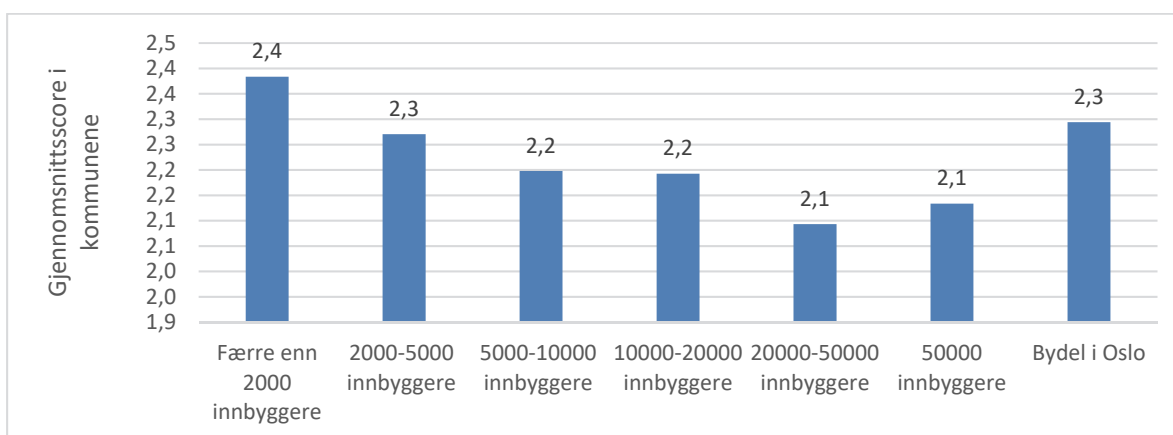


Figur 11.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? N = 419 i 2017, N = 421 kommuner i 2018.

68 prosent av kommunene mener at tjenestetilbudet i stor eller svært stor grad er recovery-orientert, helt på linje med fjorårets resultat. 28 prosent mener at tjenestetilbudet i noen grad er recovery-orientert, mens 3 prosent av kommunene mener tjenestene i liten grad er recovery-orienterte. Av de 14 kommunene som svarer i liten (12 kommuner) eller svært liten (2 kommuner) grad, er alle små kommuner i distriktene. I figuren under presenterer vi resultatene som gjennomsnittsscore for kommunene i fylket. Skalaen går fra 1-5 der 1 betyr i svært stor grad recovery-orienterte og 5 betyr i svært liten grad recovery-orienterte tjenester, jo lavere gjennomsnitt, jo mer recovery-orientert. Sørlandskommunene kommer godt ut her, mens Troms er det fylket som i minst grad sier at de jobber recovery-orientert. Det er en tendens til at mindre kommuner er mer recovery-orienterte enn de største kommunene.



Figur 11.5 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 1 = I svært stor grad til 5 = I svært liten grad. N = 421 kommuner i 2018, gjennomsnittsscore for kommunene i fylket



Figur 11.6 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 1 = I svært stor grad til 5 = I svært liten grad. N = 421 kommuner i 2018, gjennomsnittsscore for kommunene i hver kommunegruppe basert på innbyggertall

11.5 OPPSUMMERING

Basert på et noe usikkert datagrunnlag med mange manglende observasjoner, ser det ut til at det bevilges stadig mer midler til brukermedvirkning i organisert form her i landet. 44 prosent av landets kommuner rapporterte å ha bevilget drøyt 105 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form i 2018.

Over 349 av landets kommuner (83 prosent) svarer at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet. Dette er en økning på 10 prosentpoeng fra 2017, da bare 300 kommuner svarte det samme. De minste kommunene oppgir at de i størst grad sikrer brukermedvirkning, og det er særlig kommunene i Vest-Agder, Aust-Agder,

Rogaland og Vestfold som scorer høyt på brukermedvirkning. Det ble også spurt om på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring. Her svarte 17 prosent av kommunene at de hadde benyttet FIT, 17 prosent av kommunene svarte at de har eget brukerråd og 24 prosent har gjennomført brukerundersøkelse siste tolv måneder. Hele 69 prosent av landets kommuner svarer at de i stor eller svært stor grad jobber recovery-orientert (økning med to prosentpoeng fra 2017). De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

12 BOLIGSITUASJONEN

Alle kommuner har et ansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. I 2014 trådte den boligsosiale strategien *Bolig for velferd*²⁹ 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^{30,31}. 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)³².

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 Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)). I 2017 var det 60 prosent av kommunene som oppga at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, var typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere. Det var 22 prosent av kommunene som svarte at

²⁹ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf

³⁰ <https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/>

³¹ <https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/tiltaksplan/>

³² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Husbandens ordninger i liten grad bidro til at flere i målgruppen rus/psykisk helse ble sikret en bedre bosituasjon i deres kommune. Andelen som mente dette, falt med kommunestørrelse med unntak av de aller minste kommunene. På spørsmål om endringer i boligsituasjonen siste år, var det 5 prosent av kommunene som svarte at det var en forverring innen psykisk helsearbeid og 10 prosent som svarte at det var en forverring innen rusarbeid. Men som i 2016, var det i 2017 mange flere kommuner som opplevde en bedring (om lag hver tredje kommune) enn en forverring. I det følgende presenterer vi resultatene for rapporteringen i 2018.

Tall fra Brukerplan (Hustvedt, Lie et al. 2018) viser at 73 prosent av mottakerne har en permanent og tilfredsstillende bosituasjon. Andelen mottakere på rødt, som er bostedsløse, er redusert fra ti til åtte prosent fra 2014 til 2017. I 2017 var 1 948 mottakere med rusproblemer bostedsløse. En andel på 83 prosent av de bostedsløse har samtidige rus- og psykiske problem (BrukerPlan, 2017).

12.1 DATAGRUNNLAG

Fem spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2018, og de tre siste av disse hadde samme formulering i 2017. De to første spørsmålene var i fjor ett generelt spørsmål, som i år har blitt splittet mellom psykisk helse og rusproblematikk.

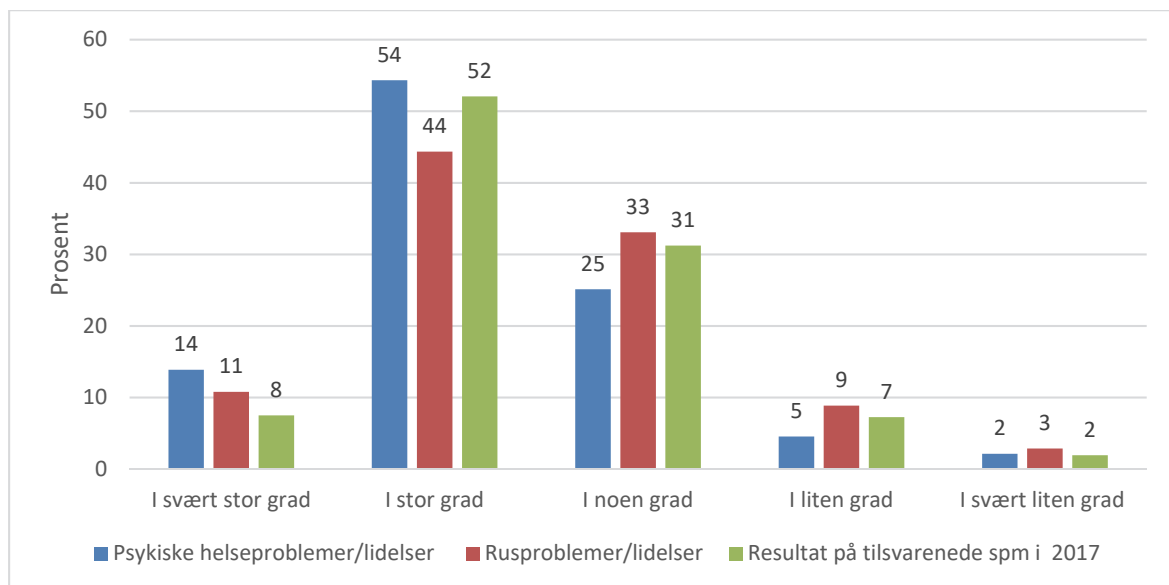
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med rusproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- I hvilken grad bidrar Husbandens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? (Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring)

12.2 HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG

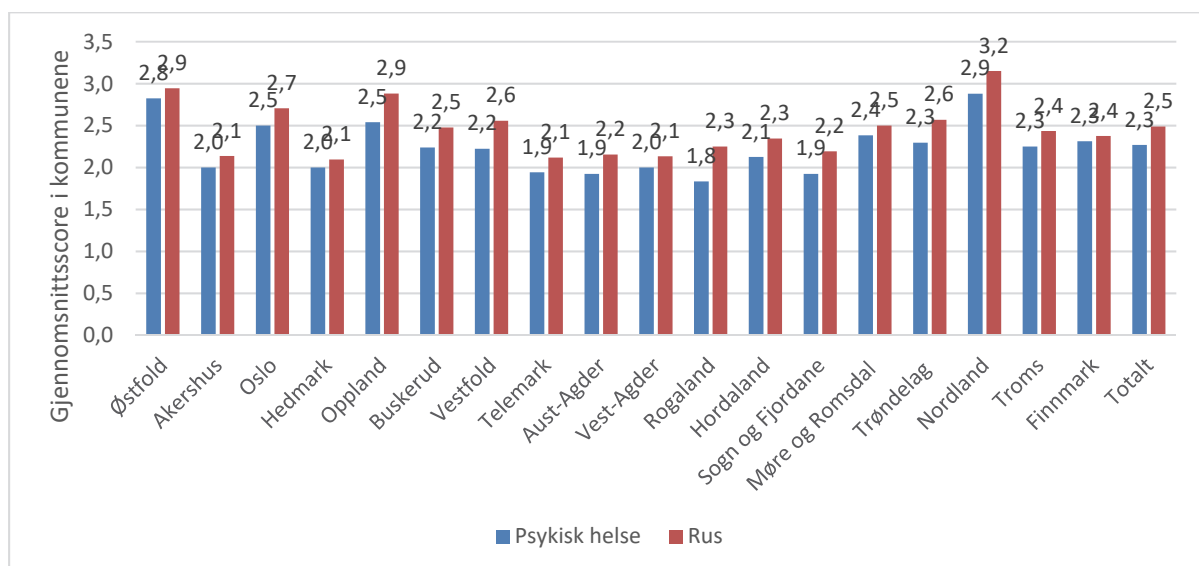
På spørsmål om i hvilken grad kommunene gir et godt tilbud om oppfølging i bolig for hhv. personer med psykisk helse- og rusproblematikk, oppgir storparten av kommunene at de er fornøyde. De rapporterer at de er mer fornøyde med tilbudet om oppfølging til personer med psykisk helseproblematikk, sammenliknet med oppfølgingen som gis til de med rusproblematikk. 68 prosent av kommunene er i stor eller svært stor grad fornøyd med tilbudet til de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 55 prosent når det gjelder de med rusproblematikk. 12 prosent av kommunene sier at de i liten eller svært liten grad er fornøyd med tilbudet til rusmiddelavhengige, og dette er i stor grad små og mellomstore kommuner.

Sammenlikner vi med det tilsvarende spørsmålet som ble stilt i 2017 (da ikke skilt mellom psykisk helse og rus), ser vi at resultatene er omtrent uendret fra i fjor. Gitt styrkingen i antall årsverk som har kommet gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet det siste året, bør vi kunne forvente en bedring på disse spørsmålene til neste år. Ser vi på gjennomsnittsscoren på fylkesnivå (jo lavere score, jo bedre fornøydhet) er det en del variasjon mellom fylkene i 2018, men oppfølgingen av rusmiddelavhengige

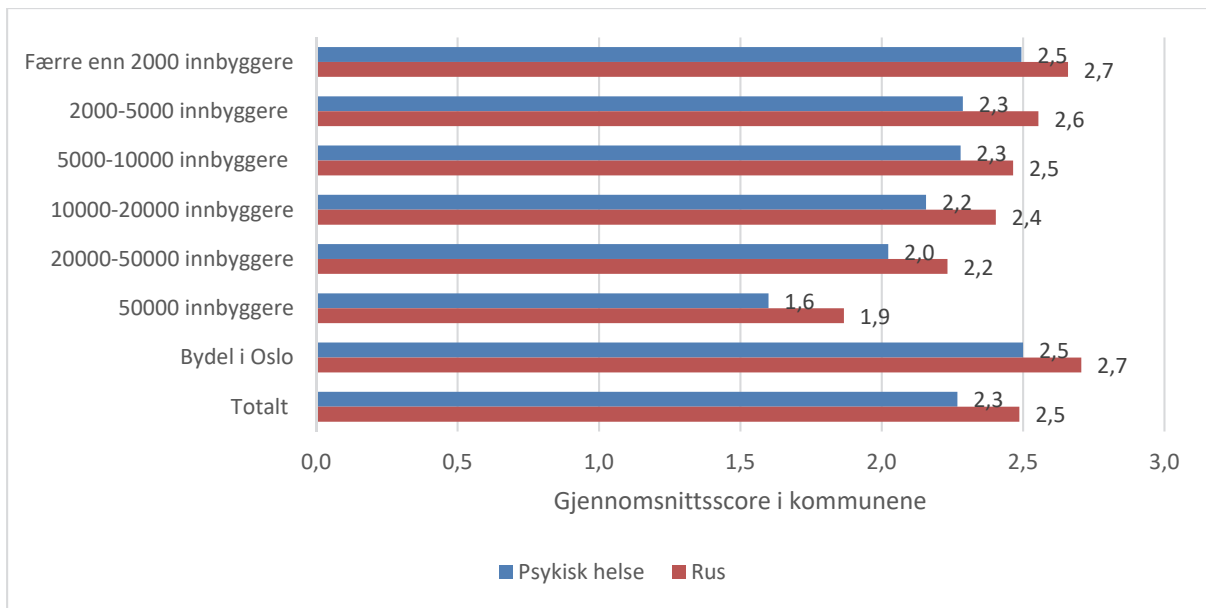
gis gjennomgående dårligere score sammenliknet med psykisk helse. På kommunegruppenivå, basert på innbyggerantall, ser vi at de største kommunene er mer fornøyd med tilbudene sine, enn de mindre kommunene.



Figur 12.1 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=418) og rusproblemer (n = 419) i 2018. Tall på tilsvarende spørsmål, men som ikke skilte mellom psykisk helse og rus for 2017 (N=413)



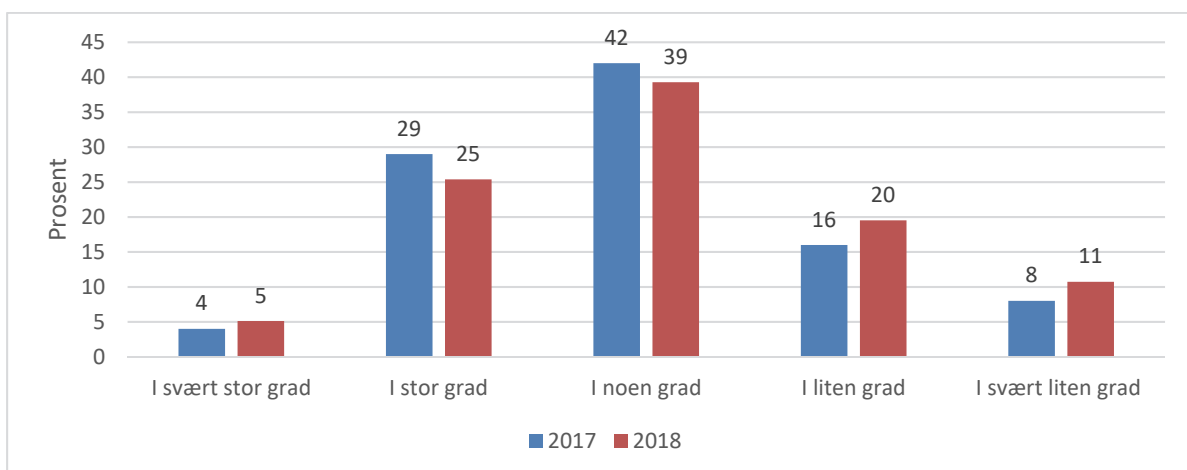
Figur 12.2 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=418) og rusproblemer (n = 419) i 2018. Gjennomsnittsscore på en skala fra 1-5, der 1 er "I svært stor grad" og 5 er "I svært liten grad".



Figur 12.3 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til hhv. personer med psykiske helseproblemer (n=418) og rusproblemer (n = 419) i 2018. Gjennomsnittsscore på en skala fra 1-5, der 1 er "I svært stor grad" og 5 er "I svært liten grad". Kommunestørrelse.

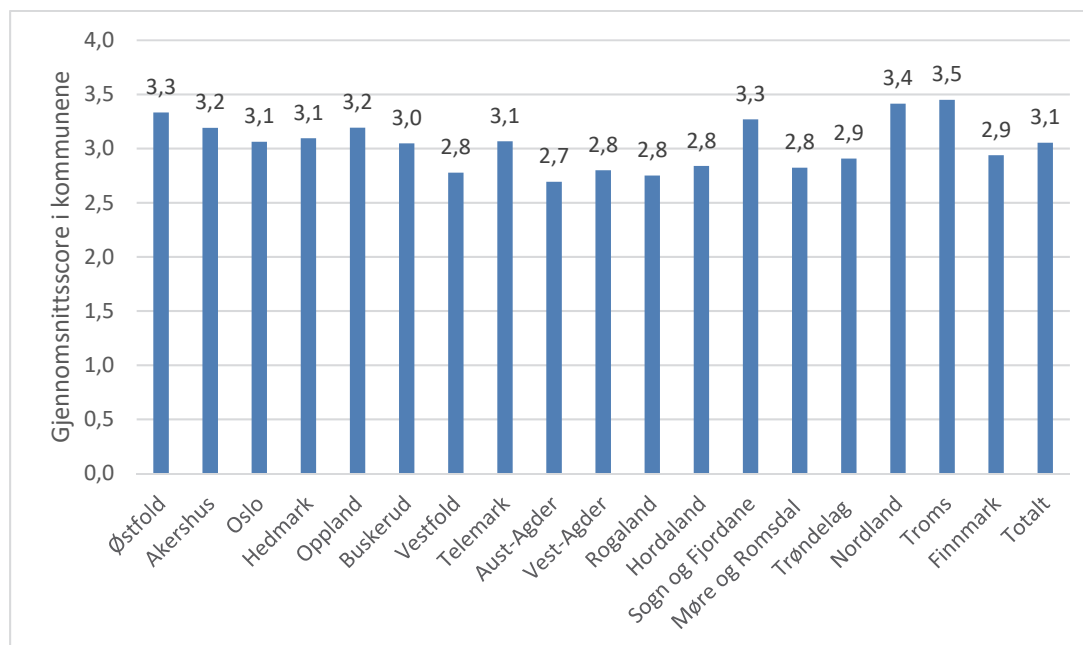
12.3 HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN RUS/PSYKISK SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON

Det var 30 prosent av kommunene i 2018 som svarte at Husbankens ordninger i stor eller svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen ble sikret en bedre boligsituasjon, mot 33 prosent i 2017. I 2017 var det 99 kommuner (24 prosent) som svarte at Husbankens ordninger i svært liten eller i liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. Dette tallet har økt til 124 kommuner (30 prosent) i 2018. Det er altså færre kommuner som mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en bedre bosituasjon i 2018 enn i 2017.

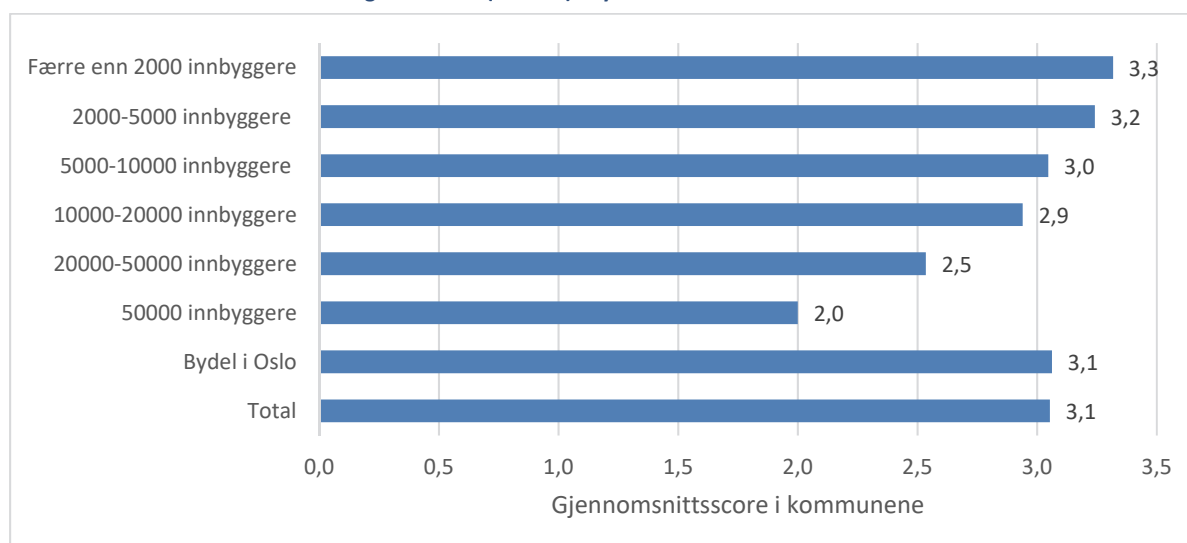


Figur 12.4 I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? Prosentandel. År 2017 (n = 405) og 2018 (n = 410).

Figurene under viser vi gjennomsnittsscore på spørsmålet om Husbankens ordninger bidrar til å bedre bosituasjonen fordelt på fylkesnivå og kommunestørrelsesnivå. Svarskalaen går fra 1 (I svært stor grad) til 5 (I svært liten grad), slik at lavere gjennomsnitt betyr større grad av fornøydhets. Her ser vi at Østfold, Sogn og Fjordane, Nordland og Troms er de som i minst grad har kommuner som er fornøyd med bidraget fra Husbanken for å sikre en bedre boligsituasjon for målgruppen. Agder-fylkene, Vestfold, Rogaland, Hordaland og Møre og Romsdal er mer fornøyd. Ser vi nærmere på kommunestørrelse, ser vi at de største kommunene i gjennomsnitt er mer fornøyd enn de minste kommunene.



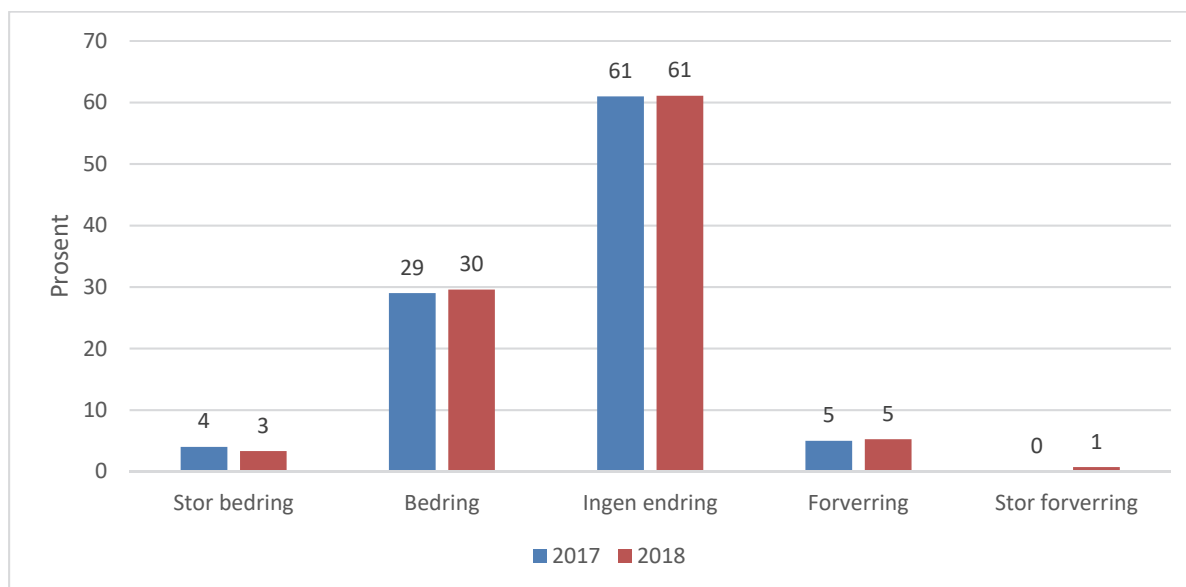
Figur 12.5 I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? Gjennomsnittsscore på en skala fra 1-5, der 1 tilsvarer "I svært stor grad" og 5 tilsvarer "I svært liten grad". 2018 (n = 410). Fylke.



Figur 12.6 I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? Gjennomsnittsscore på en skala fra 1-5, der 1 tilsvarer "I svært stor grad" og 5 tilsvarer "I svært liten grad". 2018 (n = 410). Kommunestørrelse.

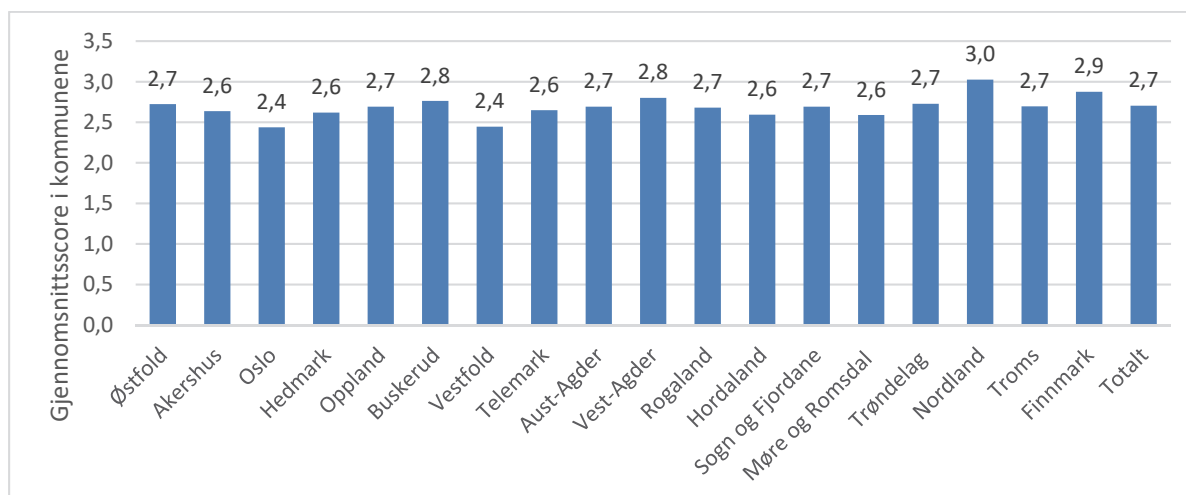
12.4 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR

På spørsmål om hvordan boligsituasjonen for mennesker med psykiske helseutfordringer har endret seg siste år, er bildet omtrent helt likt situasjonen i 2017. Over 60 prosent svarer at det ikke er noe endring, mens én tredjedel av kommunene rapporterer om en bedring. Fem prosent av kommunene oppgir at det har vært en forverring for denne målgruppen.

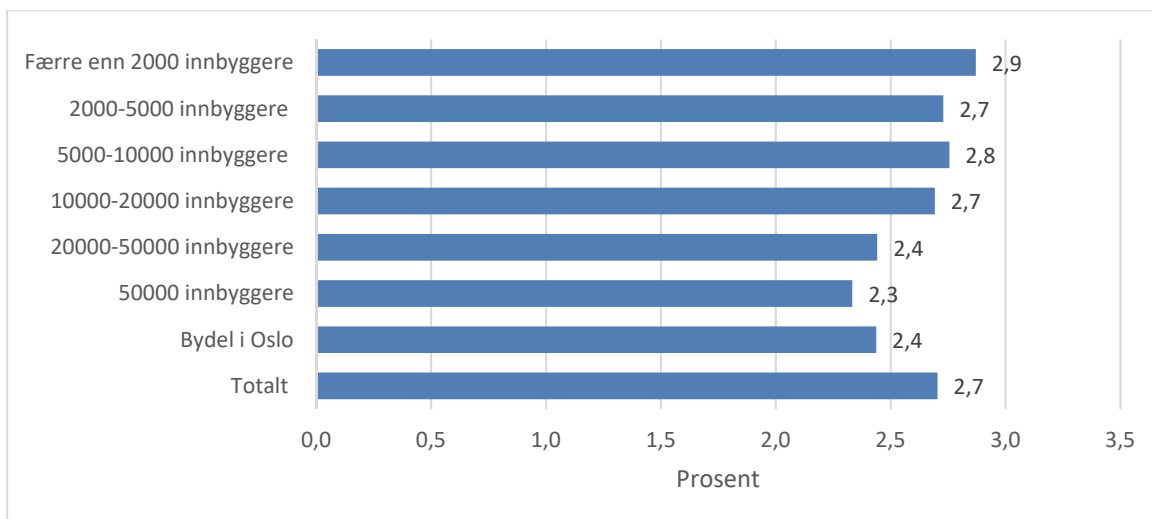


Figur 12.7 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? N = 418 i 2017, n = 419 i 2018.

I neste figur presenterer vi gjennomsnittsscoren på fylkesnivå (fempunkts skala der 1 = stor bedring og 5 = stor forverring). Her ser vi at det er relativt lite variasjon, men at særlig Oslo og Vestfold har opplevd bedring, mens Nordland og Finnmark er de som i minst grad rapporterer om bedring. Dette er i tråd med utviklingen fra 2016 til 2017. Basert på kommunistørrelse, ser vi at de største kommunene er mer fornøyd enn de minste.



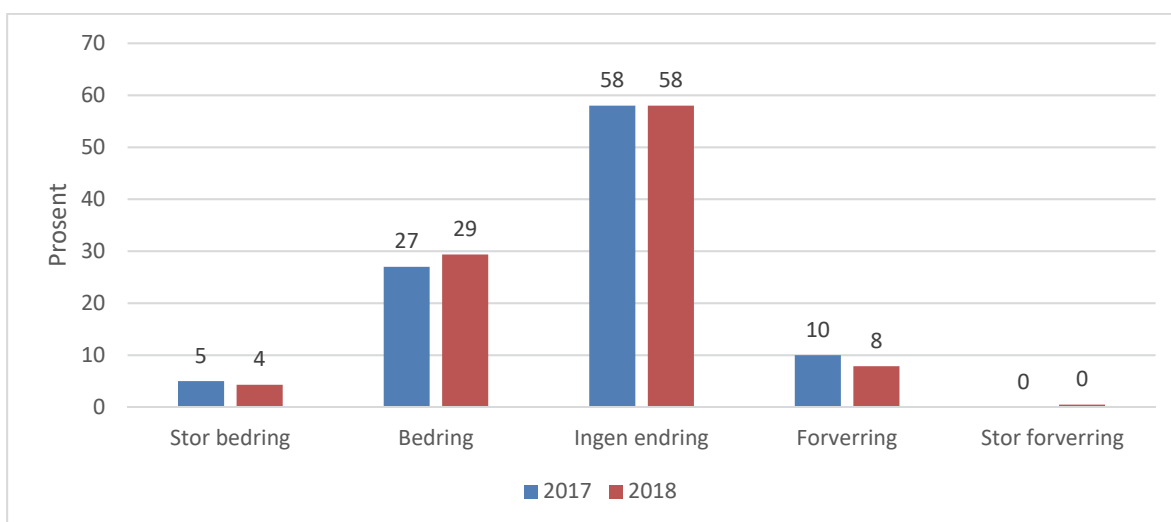
Figur 12.8 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? N = 419 i 2018, fylkesnivå. Gjennomsnittsscore i kommunene basert på skala fra 1-5, der 1 = stor bedring og 5 = stor forverring.



Figur 12.9 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? N = 419 i 2018, fylkesnivå. Gjennomsnittsscore i kommunene basert på skala fra 1-5, der 1 = stor bedring og 5 = stor forverring.

12.5 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR

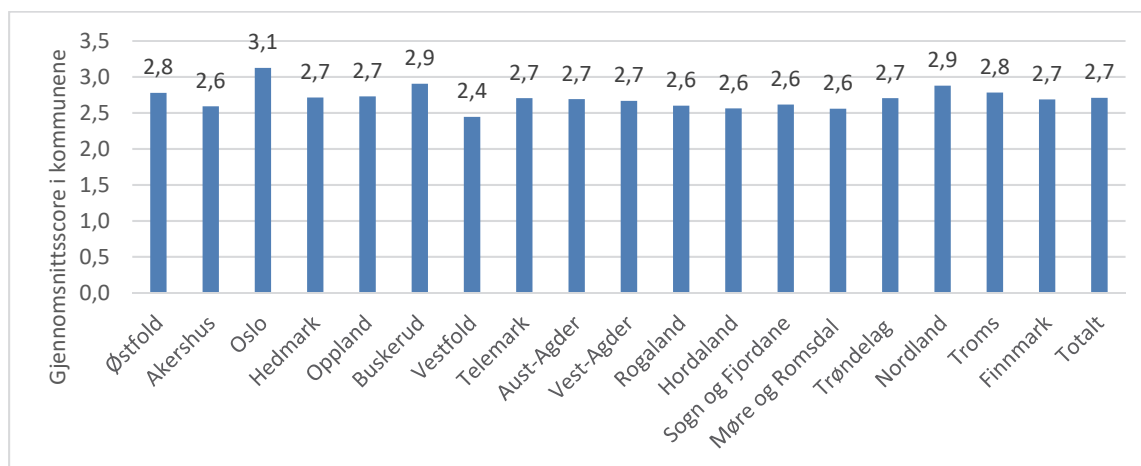
Omtrent én tredjedel av kommunene rapporterte at de har opplevd en bedring i boligsituasjonen for rusmiddelavhengige fra 2017 til 2018, noe som er på nivå med bedringen som ble rapportert for perioden 2016 til 2017. 58 prosent har ikke opplevd noen endring, mens åtte prosent av kommunene har opplevd at situasjonen har blitt verre (for psykisk helse husker vi at andelen med forverring var på fem prosent). Det er litt færre kommuner som sier de har opplevd forverring siste år, sammenliknet med situasjonen i fjor.



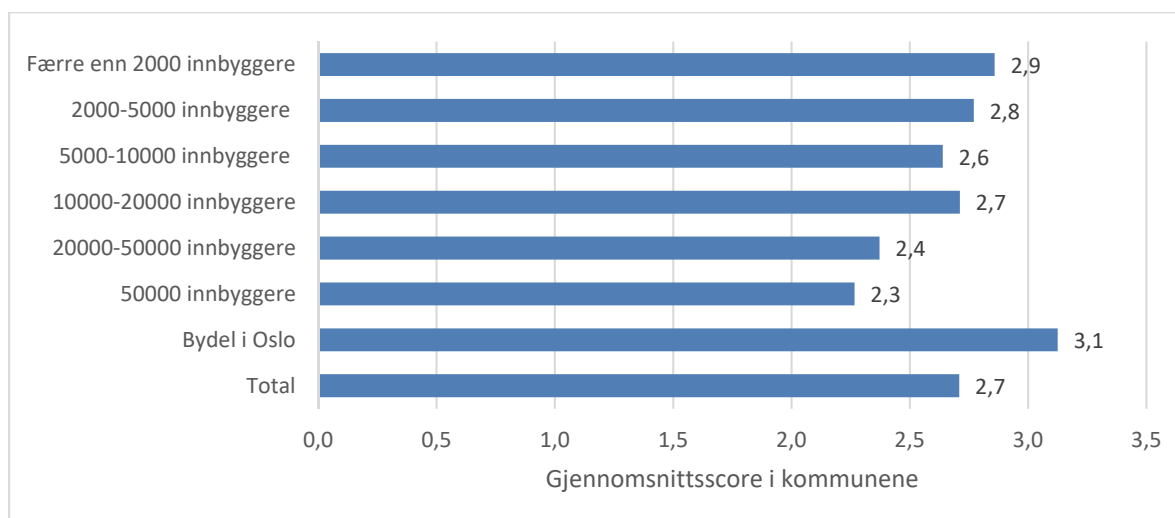
Figur 12.10 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? N = 418 i 2017, n = 419 i 2018.

Hvis vi bryter tallene opp på fylkesnivå og etter kommunestørrelse, ser vi at det er relativt lite variasjon mellom fylkene. Vestfold skiller seg ut med et litt lavere gjennomsnitt og dermed stor grad av bedring,

mens bydelene i Oslo skiller seg ut ved at fire av bydelene melder om en forverring av boligsituasjonen for rusmiddelavhengige, mens de aller fleste andre bydelene svarer at situasjonen er lik fjoråret. Også kommunene i Buskerud og Nordland melder i større grad enn andre fylker om en forverring av situasjonen. Ser vi på kommunestørrelse blir kommunene stort sett mer fornøyd jo større de er, med unntak av de nevnte bydelene i Oslo.



Figur 12.11 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? N = 419 i 2018, gjennomsnittsscore for kommunene i fylket. Gjennomsnittet er beregnet på en skala fra 1-5, der 1 = stor forbedring, og 5 = stor forverring.



Figur 12.12 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? 2018 (n = 419), gjennomsnittsscore i hver kommunegruppe basert på innbyggertall. Gjennomsnittet er beregnet på en skala fra 1-5, der 1 = stor forbedring, og 5 = stor forverring.

12.6 OPPSUMMERING

Det er 68 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med psykiske utfordringer og lidelser, mens det tilsvarende tallet for målgruppen som sliter med rusproblematikk er 55 prosent. Tallene kan ikke direkte sammenliknes med fjoråret (i 2017 var 60 prosent av kommunene i stor grad fornøyd med tilbudene som gis), da man ikke skilte mellom psykisk helse og rus i spørsmålsstillingen. Av årets spørsmålsstilling ser vi at det fortsatt er flere utfordringer i kommunalt rusarbeid, enn i psykisk helsearbeid. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere, og dette har vært tendensen de siste årene.

I 2018 er det også færre kommuner som mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en bedre bosituasjon for målgruppen, sammenliknet med 2017. Det er særlig de minste kommunene som i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til å sikre en god bosituasjon.

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

13 NASJONALE KVALITETSINDIKATORER

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukerne får. De brukes også til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring.

Helsemyndighetene ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten. De nasjonale kvalitetsindikatorerne blir publisert på helsenorge.no.

I visningen på helsenorge.no sammenliknes kvalitetsindikatorerne på lokalt og nasjonalt nivå. For spesialisthelsetjenesten er nivåene behandlingssted, HF, RHF og landsnivå. For de kommunale indikatorene er nivåene kommune, fylke og landsnivå. Informasjon og resultater fra kvalitetsindikatorerne brukes også i internasjonal sammenheng av OECD.

Tverrfaglige grupper fra helse- og omsorgssektor, registermiljø og Helsedirektoratet definerer parametere for å måle tjenester av god kvalitet. Helsedirektoratet har etablert egne kvalitetsindikatorgrupper som har i oppgave å identifisere og utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor sine områder. Det er ledelsen i Helsedirektoratet som tar endelig beslutning om hvilke grupper som skal opprettes og hva som skal være mandatet til den enkelte gruppen. Kvalitetsindikatorgruppene er satt sammen av personer med helsefaglig ekspertise fra helse- og omsorgssektoren og fagpersoner fra Helsedirektoratet innen prosjekt, analyse og med bred faglig kjennskap til sektoren, samt representanter fra ulike registermiljø på området.

En nasjonal kvalitetsindikator skal ifølge Helsedirektoratet være:

- Betydningsfull. Det innebærer at helsepolitisk og samfunnsmessig betydning er beskrevet.
- Vitenskapelig begrunnet. Det vil si at de nasjonale kvalitetsindikatorerne måler etablert praksis i helsetjenesten basert på eksisterende lovverk, nasjonale retningslinjer, veiledere og forskning.
- Nyttig. Det vil si at målgruppene kan bruke de nasjonale kvalitetsindikatorerne til sitt formål.
- Gjennomførbar. Det innebærer at den nasjonale kvalitetsindikatoren er basert på tilgjengelig data og relevante rapporteringer.
- Jevnlig oppdatert. De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal ha oppdaterte resultater for at de skal kunne benyttes i henhold til formålet.

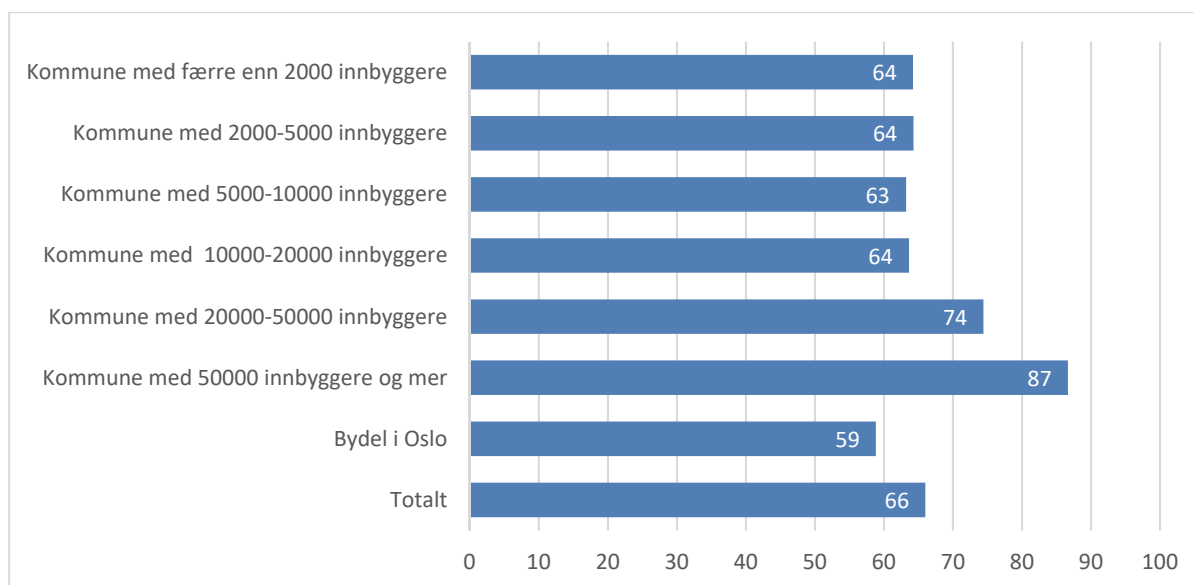
Helsedirektoratet ønsker å vite om kommunene kjenner til kvalitetsindikatorerne og IS-24/8 inkluderer derfor følgende to spørsmål:

- Kjenner dere til de nasjonale kvalitetsindikatorerne? ([link til kvalitetsindikatorerne her](#))
- Om ja, i hvor stor grad benyttes de nasjonale kvalitetsindikatorerne i kommunens arbeid med oppfølging, utvikling eller prioritering av kommunens helse og omsorgstjenester?

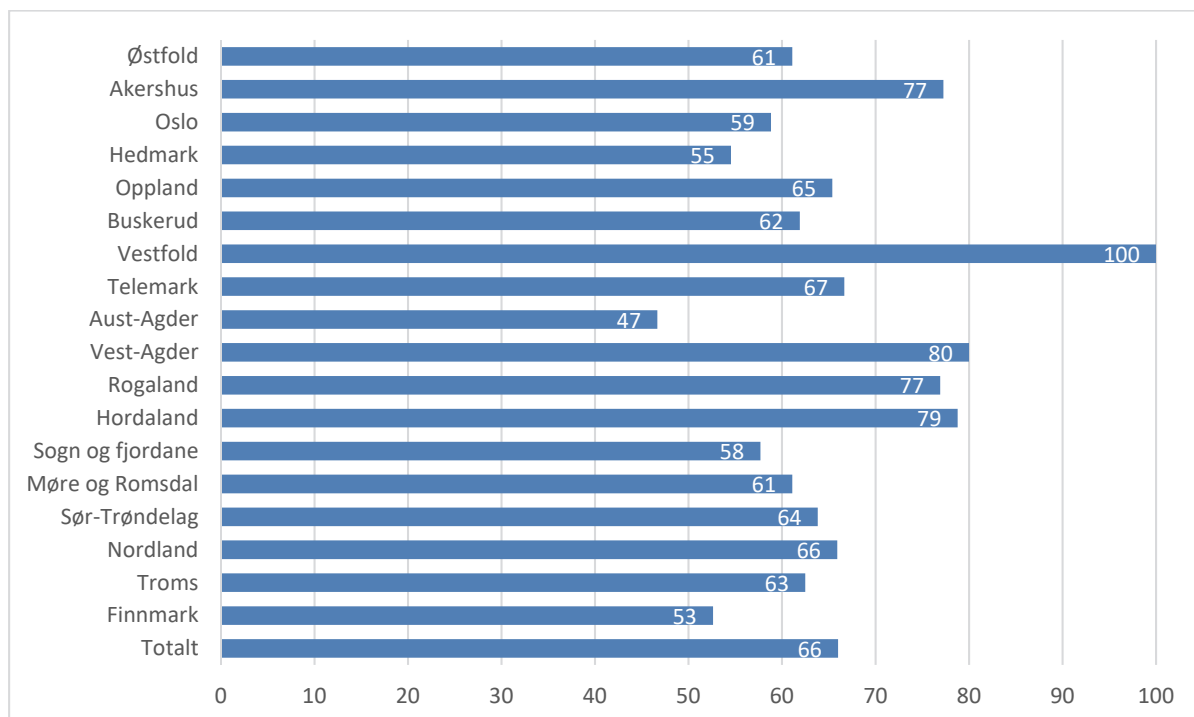
13.1 KJENNSKAP TIL KVALITETSINDIKATORENE

Det er 420 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet (96 prosent). Av disse er det 287 som har svart at de kjenner til kvalitetsindikatorerne. Dersom vi antar at de som ikke har svart ikke

kjenner til kvalitetsindikatorerne, finner vi at 66 prosent av kommunene har kjennskap til kvalitetsindikatorerne. Det er noe variasjon etter kommunestørrelse, men det er ikke betydelige forskjeller på små og store kommuner.



Figur 13.1 Prosent av kommunene som svarer at de kjenner dere til de nasjonale kvalitetsindikatorerne, kommunestørrelse 2018.



Figur 13.2 Prosent av kommunene som svarer at de kjenner dere til de nasjonale kvalitetsindikatorerne, fylke 2018.

Tabell 13.1 I hvor stor grad benyttes de nasjonale kvalitetsindikatorene i kommunens arbeid med oppfølging, utvikling eller prioritering av kommunens helse og omsorgstjeneste, 2018.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	6	1
I stor grad	69	16
I noen grad	149	34
I liten grad	51	12
I svært liten grad	12	3
Kjenner ikke til	151	34
Total	438	100

Ut i fra dette kan vi si at rundt halvparten av kommunene bruker de nasjonale kvalitetsindikatorene i kommunens arbeid med oppfølging, utvikling eller prioritering av kommunens helse og omsorgstjeneste.

13.2 OPPSUMMERING

Nær to av tre kommuner (66 prosent) oppgir at de kjenner til kvalitetsindikatorene og det er ikke betydelige forskjeller i andelen i store og små kommuner. Rundt halvparten av kommunene oppgir at de i noen (34 prosent) eller i stor grad (16 prosent) eller i svært stor grad (1 prosent) benytter de nasjonale indikatorene i arbeidet med oppfølging, utvikling eller prioritering.

14 OPPFØLGNING AV BARN OG UNGE

Koordinert innsats for barn og unge (0-24 samarbeidet): Bidra til helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge innen fagområdene barnehage, grunnopplæring, barnevern, helse, sosiale tjenester og arbeidsliv.

Sosiale tjenester i Nav. Fra formålsparagrafen i sosialtjenesteloven: "Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud."

I dette kapittelet 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, 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?

Det er Helsedirektoratet som har utarbeidet akkurat disse spørsmålene. Vi er usikre på hvordan kommunene svarer, både i forhold til hva som er "tilrettelegging", "etablering" og hvilket referansepunkt de bruker som sammenlikning. Men Helsedirektoratet ønsket at spørsmålene skulle inngå på samme måte i 2018 som i 2017.

14.1 GRAD AV TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING ETTER BEHOV

Det er 414 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent). Det er svært få kommuner som svarer at de i svært liten grad (ingen) eller i liten grad (6 kommuner) tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Tre av disse kommunene har under 2000 innbyggere, to har 2000-5000 innbyggere mens den siste har mellom 20000-50000 innbyggere. De seks kommunene er spredt på seks ulike fylker.

Tabell 14.1 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, 2017.

	2017		2018		Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år (veid)
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
I svært liten grad	0	0	0	0	.
I liten grad	8	2	6	1	23
I noen grad	107	27	75	18	25
I stor grad	232	58	274	66	30
I svært stor grad	52	13	59	14	36
Totalt	399	100	414	100	30

Som vist i siste kolonne i tabell 14.1, er det en sammenheng mellom årsverksinnsats og hvor godt de opplever at de tilrettelegger for barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Det er en statistisk positiv sammenheng mellom fornøydhet og årsverksinnsats (OR=1.02, KI= 1.00531-1.033278).

14.2 GRAD AV RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE MED VANSKER ELLER LIDELSER

Det er også svært få kommuner som svarer at de i liten grad har etablert rutiner, og dette er med ett unntak ikke de samme kommunene som svarte at de i liten grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov (se forrige avsnitt). Fire av kommunene har færre enn 2000 innbyggere, og tre har mellom 2000 og 5000 innbyggere. Fire av kommunene ligger i Nordland og de andre fire er fordelt på fire fylker.

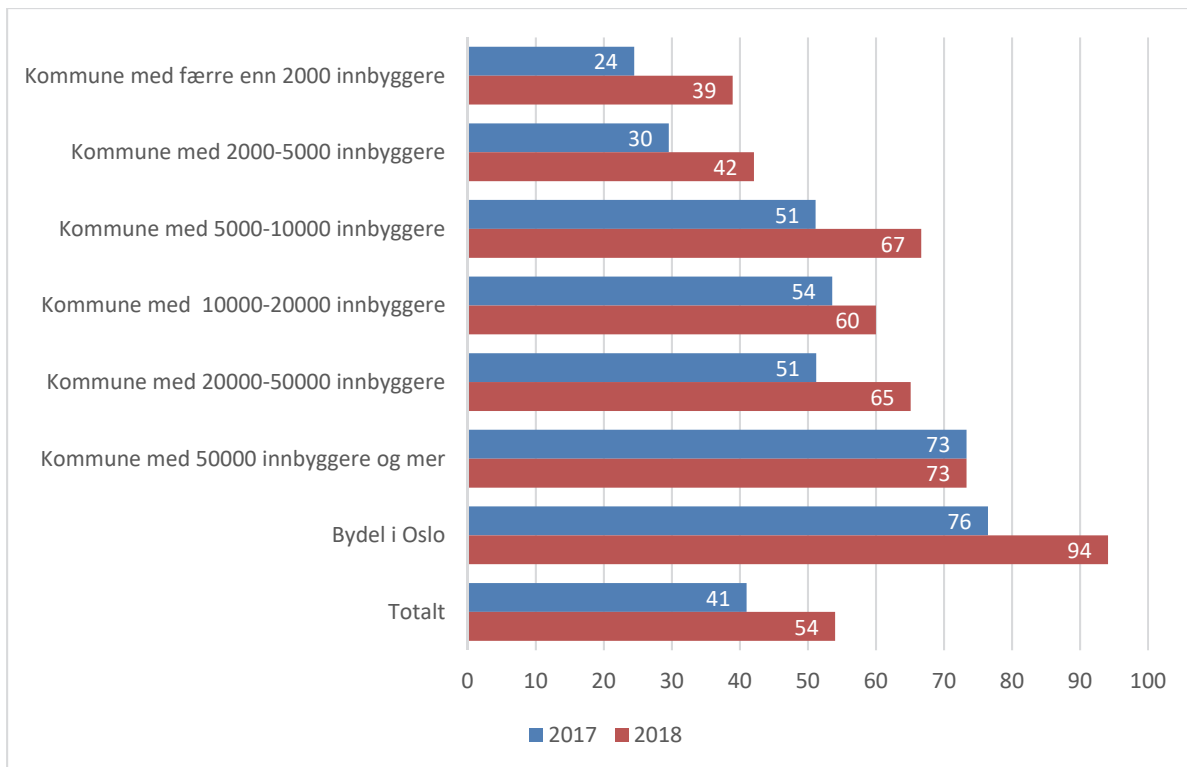
Tabell 14.2 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2017 og 2018.

	2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	2	1	0	0
I liten grad	6	2	8	2
I noen grad	82	20	76	19
I stor grad	235	59	235	57
I svært stor grad	76	19	90	22
Totalt	401	100	409	100

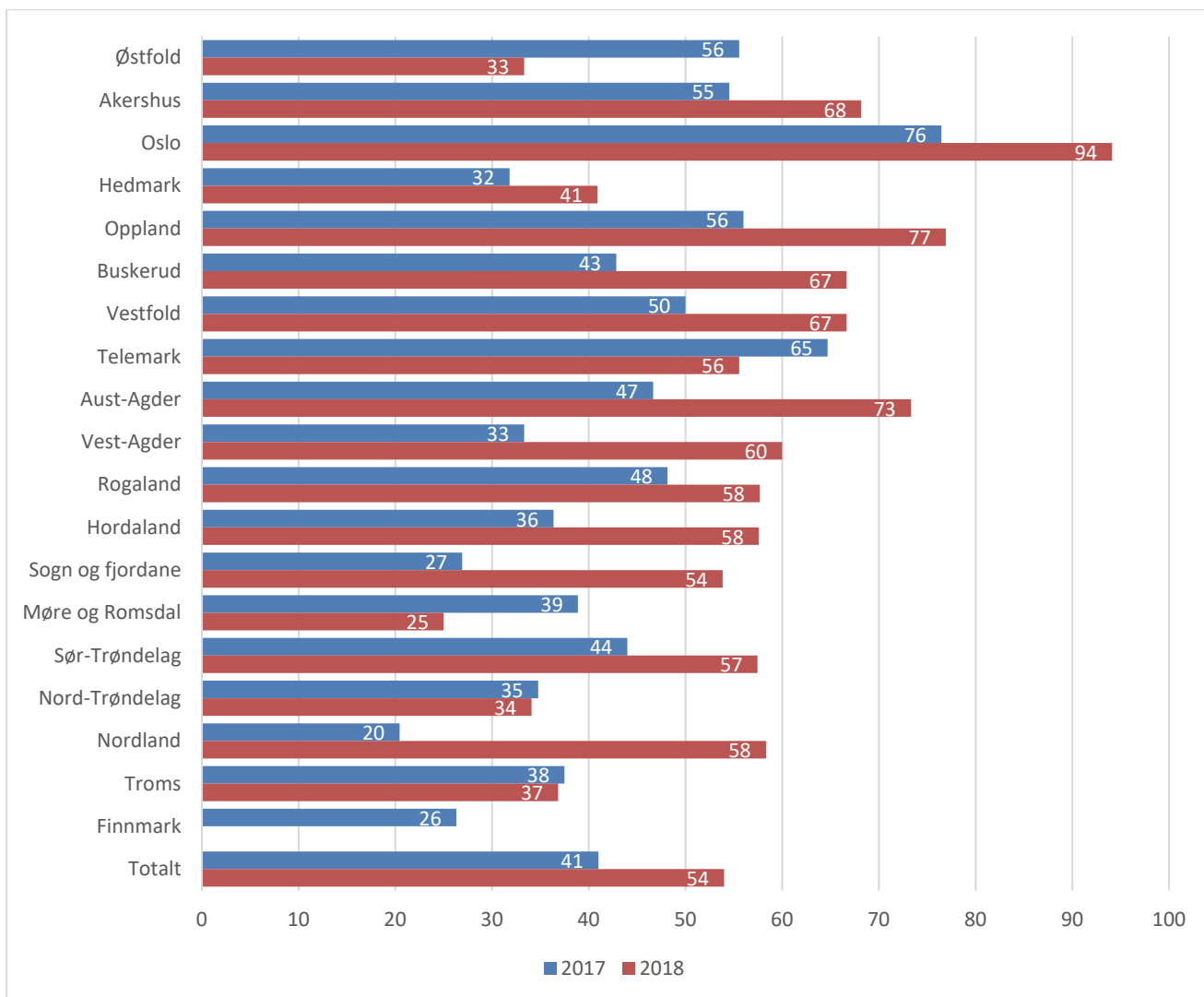
14.3 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

Det er 405 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet (92 prosent), og av disse er det 236 (58 prosent) som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Om de som ikke har svart ikke har en slik overordnet handlingsplan/strategi, betyr dette at 54 prosent av kommunene/bydelene har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2017 var det 41 prosent, så det er flere kommuner som har fått en slik plan.

Vi ser videre på hvordan dette fordeler seg på kommuner av ulik størrelse og på fylke.



Figur 14.1 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, kommunestørrelse 2017 og 2018.

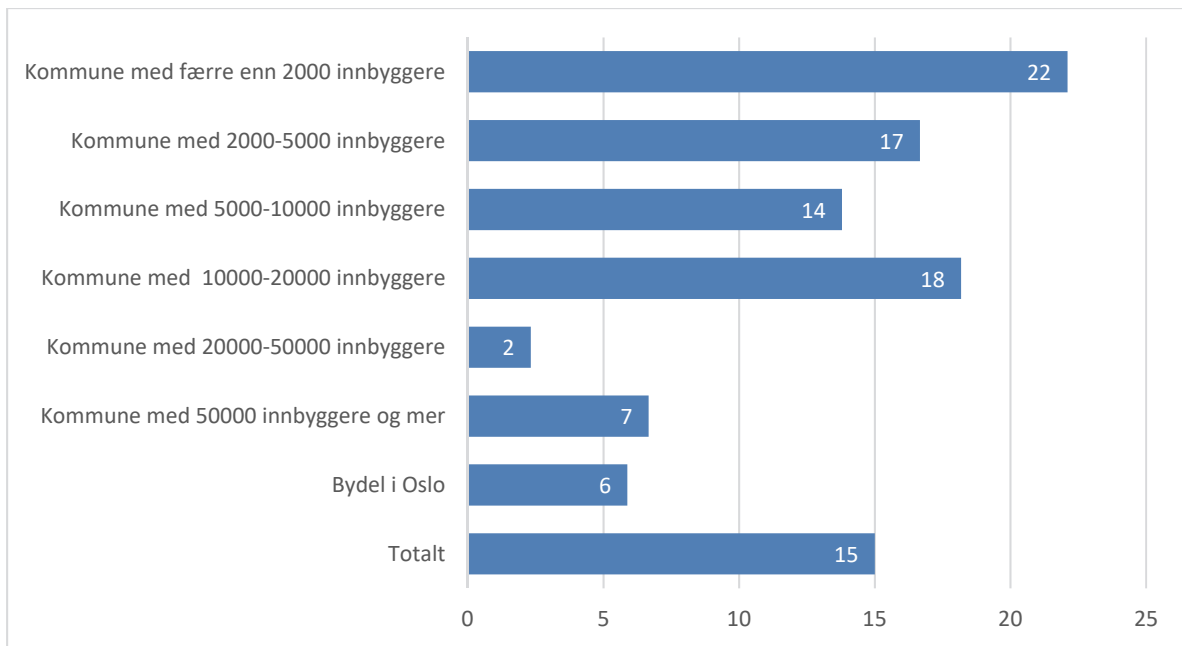


Figur 14.2 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, fylke 2017 og 2018.

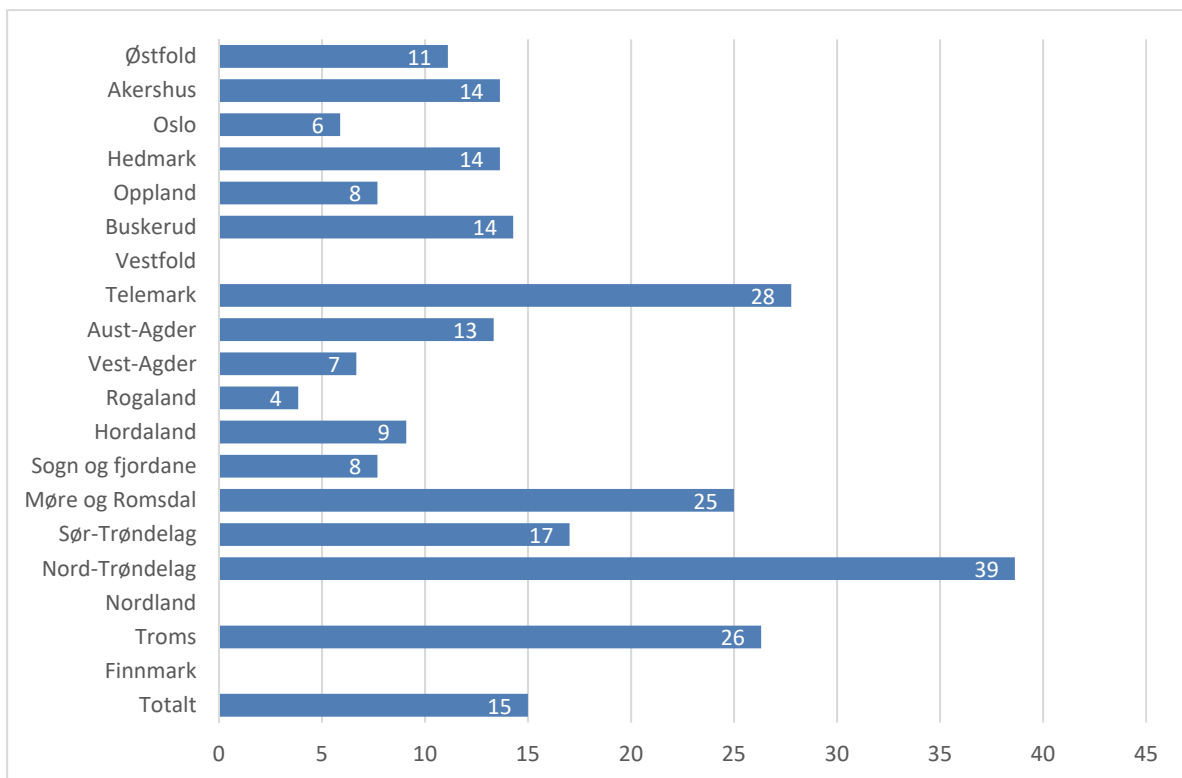
14.4 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

Det er 407 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (93 prosent), og av disse er det 371 (91 prosent) som svarer bekreftende på at kommunens tjenester har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Om vi antar at de som ikke har svart ikke har virksomme prosedyrer, er det 67 kommuner (15 prosent) som ikke har virksomme prosedyrer.

Vi finner ingen systematisk variasjon etter fylke eller etter kommunestørrelse, men vi tar med figurene som viser fordelingen.



Figur 14.3 Prosent av kommunene som svarer at de ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, kommunebørrelse 2018.



Figur 14.4 Prosent av kommunene som svarer at de ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, fylke 2018.

14.5 OPPSUMMERING

Det er 80 prosent av kommunene som svarer at de tilrettelegger i stor grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. I 2017 var det 71 prosent som svarte slik. Resten av kommunene, med få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Det er 79 prosent av kommunene som svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage). Dette er kun en marginal endring fra 2017 (78 prosent). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksis.

Det er 54 prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2017 var andelen 41 prosent. Andelen som har en slik plan, øker tydelig med kommunestørrelse.

Vi beregner at rundt 15 prosent av kommunene ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Dette er typisk mindre kommuner.

15 OPPFØLGNING AV ELDRE

Flere internasjonale studier har vist at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant unge voksne enn blant eldre, men vi har i Norge begrenset kunnskap om forekomst av psykiske lidelser i ulike aldersgrupper (Reneflot, Aarø et al. 2018). Studier, både norske og internasjonale, viser at et mindretall av personer som opplever psykiske plager har vært i kontakt med helsetjenesten (Layard 2006, Moussavi, Chatterji et al. 2007, Torvik, Ystrom et al. 2018). Resultater fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at 13 prosent av de med symptomer på depresjon og 25 prosent av de med symptomer på angst hadde søkt hjelp for plagene sine (Roness, Mykletun et al. 2005). Dette illustrerer at tall fra behandlingsapparatet og de nasjonale pasientregistrene gir lite informasjon om forekomsten av psykiske lidelser.

Sosioøkonomiske forskjeller i helse, også psykisk helse, er velkjente. Sosioøkonomisk svake grupper har ofte svake sosiale nettverk, og også dårligere forutsetninger for å danne nye nettverk (Aartsen, Veenstra et al. 2017). En norsk studie viser at sosiale helseforskjeller er størst i aldersgruppen 45-65 år, og at de avtar noe blant eldre (Eriksen 2018). En internasjonal studie, hvor Norge inngår, (Hansen, Slagsvold et al. 2017) viser at prevalensen av depresjon blant eldre 60-80 er omtrent dobbelt så høy blant kvinner som blant menn. Denne studien viser også at prevalensen av depressive symptomer er opp til tre ganger så høy i Østeuropeiske land enn i de Nordiske landene, og dette forklares av en velutbygget velferdsstat. Lavere utdanning er gjennomgående en risikofaktor for depresjon. Dette forsterkes også av at prevalensratene for depresjon er høyere i land med lavere BNP.

Kunnskap om forekomst av rusbrukslidelser i Norge er mangelfull. I den grad den eksisterer er den basert på intervjuundersøkelser i befolkningen. Ingen av disse er gjort i nasjonal representative utvalg, og eldre er i liten grad representert (Reneflot, Aarø et al. 2018). En norsk studie viser at kun 3 prosent av de med identifisert alkoholmisbruk i en diagnostisk undersøkelse ble registrert med alkoholmisbruk i primærhelsetjenesten, og tilsvarende 7 prosent i spesialisthelsetjenesten (Torvik, Ystrom et al. 2018).

Blant menn eldre enn 65 år ligger selvmordsraten på 16-21 pr 100 000, vesentlig lavere med 6-8 pr 100 000 blant kvinner (Reneflot, Aarø et al. 2018). Basert på en nederlandsk studie (Ott, Breteler et al. 1995) er prevalensen av demens i Norge anslagsvis mellom 80 000 og 104 000 (Reneflot, Aarø et al. 2018). Mens insidensen av demens blant de yngste eldre, 60-64 år, er 3,4 pr 1000 personår er den 158 pr 1000 personår for de eldste eldre, over 95 år. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig risiko på 0,34 prosent for de yngste eldre og 16 prosent for de eldste eldre.

Det foreligger i samfunnet en forventning om at ensomhet er en del av det å bli eldre, noe som gjerne medfører økt oppmerksomhet på negative tankemønstre og følelser (Masi, Chen et al. 2011). Norske undersøkelser viser imidlertid at nordmenn, og spesielt eldre kvinner, har flere venner i dag enn tidligere (Daatland and Koløen 2013). Likevel er det viktig å huske at også eldre er en svært heterogen gruppe med store individuelle variasjoner i helse, funksjon og sosial omgang.

Ensomhet blir sett på som et av samtidens tabu (Svendsen 2006, Svendsen 2015), og defineres ofte som en subjektiv og ubehagelig opplevelse som oppstår når en persons sosiale nettverk oppleves

utilstrekkelig på en eller annen måte, for eksempel ved at antallet sosiale kontakter og kvaliteten på disse er mindre enn det man skulle ønske (Peplau 1982, De Jong Gierveld and Van Tilburg 2010). Forskningslitteraturen skiller mellom ulike former for ensomhet. I følge Weiss (1973) kan man skille mellom emosjonell isolasjon, som er ensomhet der nær emosjonell kontakt er fraværende, og sosial isolasjon, som handler om tilgang på sosialt nettverk.

Det kan også finnes positive aspekter ved ensomhet, selv om disse i stor grad har vært ignorert i forskningen. Det engelske *solitude* beskriver nettopp en positiv og frivillig ensomhet. Dette understreker det komplekse ved begrepet ensomhet. En person kan være alene uten å være ensom, og motsatt kjenne seg ensom uten å være alene. Mens frivillig ensomhet kan være en kilde til kreativitet og livskvalitet, kan ufrivillig ensomhet oppleves ødeleggende og belastende (Lunde 2016).

En rekke studier har vist at mennesker som har hatt problemer med å etablere vennskap i oppveksten har økt risiko for ensomhet i voksen alder (Tornstam 2007, Dykstra 2009, Wang, Mann et al. 2018). I Norge satses det på økt samhandling mellom tjenestenivåene og kommunene skal sørge for sine innbyggere slik at opphold i spesialisthelsetjenesten forebygges eller reduseres (Hoff 2015). Med flere oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen stiller dette større krav til kommunen som tjenesteyter. Forarbeider til samhandlingsreformen viste et behov for å "sikre tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted" (ibid.). For å sikre en god helsetjeneste for personer som mottar helsetjenester fra flere nivå, spesielt eldre personer, er godt samarbeid, og herunder utveksling av informasjon om behandling og muligheter, mellom nivåene viktig. En spesiell utfordring ved overføring mellom nivå har vist seg å være lite eller mangelfull informasjon om legemidler (Bleken 2018).

I en tilrådning fra Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2018, kom Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

15.1 DATAGRUNNLAG

1. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske vansker eller lidelser, får hjelp og oppfølging etter behov?
 - Eldre som allerede mottar oppfølgings- tjenester innenfor psykisk helse- og rus
 - Eldre som mottar andre oppfølgings-tjenester fra kommunen (hjemmetjenester mv.), men der hovedårsaken til at de mottar tjenesten ikke er psykisk helse- og rusproblematikk
 - Eldre i sykehjem
 - Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester
2. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har rusmiddelproblemer eller ruslidelser, får hjelp og oppfølging etter behov?
 - Eldre som allerede mottar oppfølgings- tjenester innenfor psykisk helse- og rus
 - Eldre som mottar andre oppfølgings-tjenester fra kommunen (hjemmetjenester mv.), men der hovedårsaken til at de mottar tjenesten ikke er psykisk helse- og rusproblematikk
 - Eldre i sykehjem
 - Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester
 - Eldre med alkoholrelaterte problemer

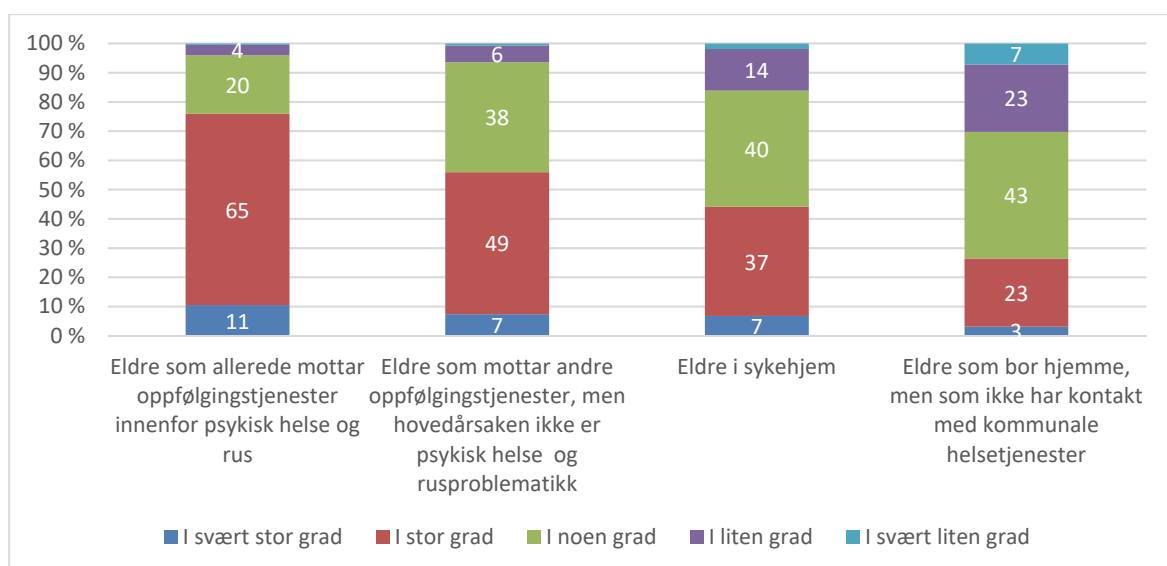
3. I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med psykiske helseproblemer/lidelser? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)
4. I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med rusrelatert problematikk/lidelse? (I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad)

15.2 TILRETTELEGGING FOR AT ELDRE SOM HAR PSYKISKE VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP

Det er relativt få kommuner som oppgir at de i liten grad tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske vansker eller lidelser, får hjelp og oppfølging etter behov. Naturlig nok er det flest kommuner som oppgir at de i minst grad ivaretar oppfølging av eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester.

Tabell 15.1 Antall kommuner som oppgir at de ivaretar oppfølging av eldre som har psykiske lidelser for ulike brukere, 2018.

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Totalt
Eldre som allerede mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus	44	274	84	15	2	419
Eldre som mottar andre oppfølgingstjenester, men hovedårsaken ikke er psykisk helse og rusproblematikk	31	204	158	24	3	420
Eldre i sykehjem	28	155	165	59	8	415
Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester	13	97	180	96	30	416



Figur 15.1 I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske vansker eller lidelser, får hjelp og oppfølging etter behov?

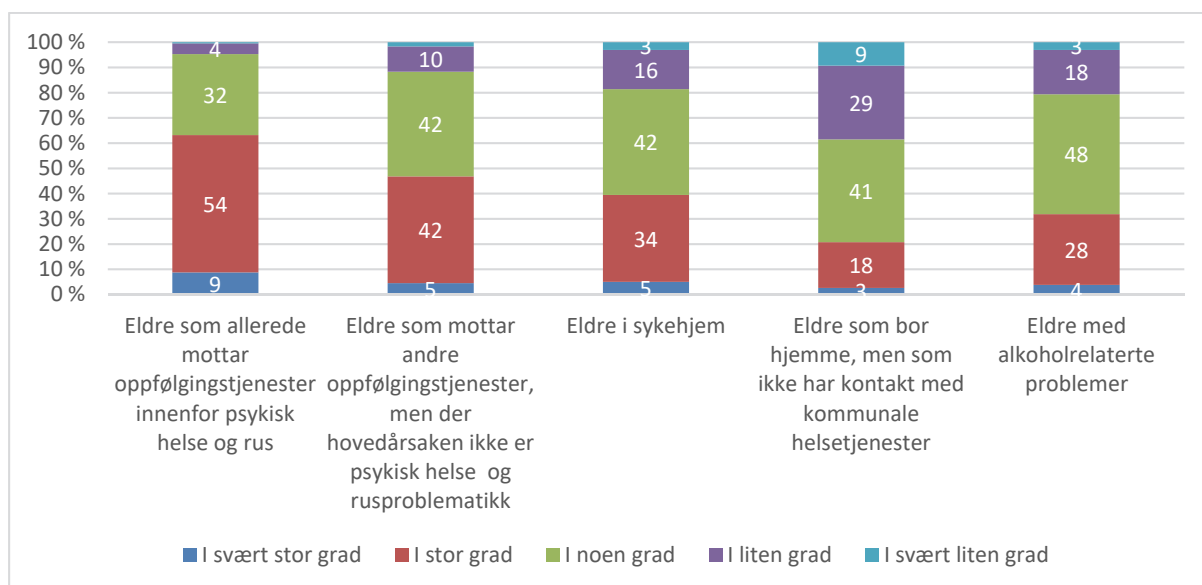
Det er relativt få kommuner som oppgir at de i liten grad tilrettelegger for at eldre (67 år+) som har psykiske vansker eller lidelser, får hjelp og oppfølging etter behov. Naturlig nok er det flest kommuner som oppgir at de i minst grad ivaretar oppfølging av eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester (26 prosent svarer i stor eller svært stor grad). Men det er flere kommuner som mener de tilrettelegger for at eldre som mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus (76 prosent) og andre oppfølgingstjenester (56 prosent). Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de tilrettelegger for at eldre i sykehjem som har psykiske vansker får hjelp og oppfølging etter behov.

Det er vanskelig å si noe mer ut ifra dette, men spørsmålene bør videreutvikles til neste år for å finne ut mer om hva kommunene erfarer at det er behov for på dette området.

15.3 TILRETTELEGGING FOR AT ELDRE SOM HAR RUSMIDDELPROBLEMER ELLER RUSLIDELSE FÅR HJELP

Tabell 15.2 Antall kommuner som oppgir at de ivaretar oppfølging av eldre som rusmiddelproblemer eller ruslidelse for ulike brukere, 2018.

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Totalt
Eldre som allerede mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus	37	229	135	18	2	421
Eldre som mottar andre oppfølgingstjenester, men der hovedårsaken ikke er psykisk helse og rusproblematikk	19	177	174	42	7	419
Eldre i sykehjem	21	144	175	65	13	418
Eldre som bor hjemme, men som ikke har kontakt med kommunale helsetjenester	11	76	171	123	39	420
Eldre med alkoholrelaterte problemer	16	118	200	74	13	421



Figur 15.2 Prosent av kommunene som oppgir grad av tilrettelegging for eldre som har rusmiddelproblemer eller ruslidelser, får hjelp og oppfølging etter behov?

Som for psykisk helse, er det naturlig nok de eldre med rusmiddelproblemer som bor hjemme uten kontakt med kommunale helsetjenester som kommunene i minst grad når ut til (21 prosent svarer i svært stor eller i stor grad). Eldre som allerede mottar oppfølgingstjenester innenfor psykisk helse og rus dekkes naturlig nok i størst grad (63 prosent) og andre kommunale oppfølgingstjenester (47 prosent), og eldre i sykehjem 39 prosent. Det er 32 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller svært stor grad tilrettelegger for at eldre med alkoholrelaterte problemer får hjelp og behandling.

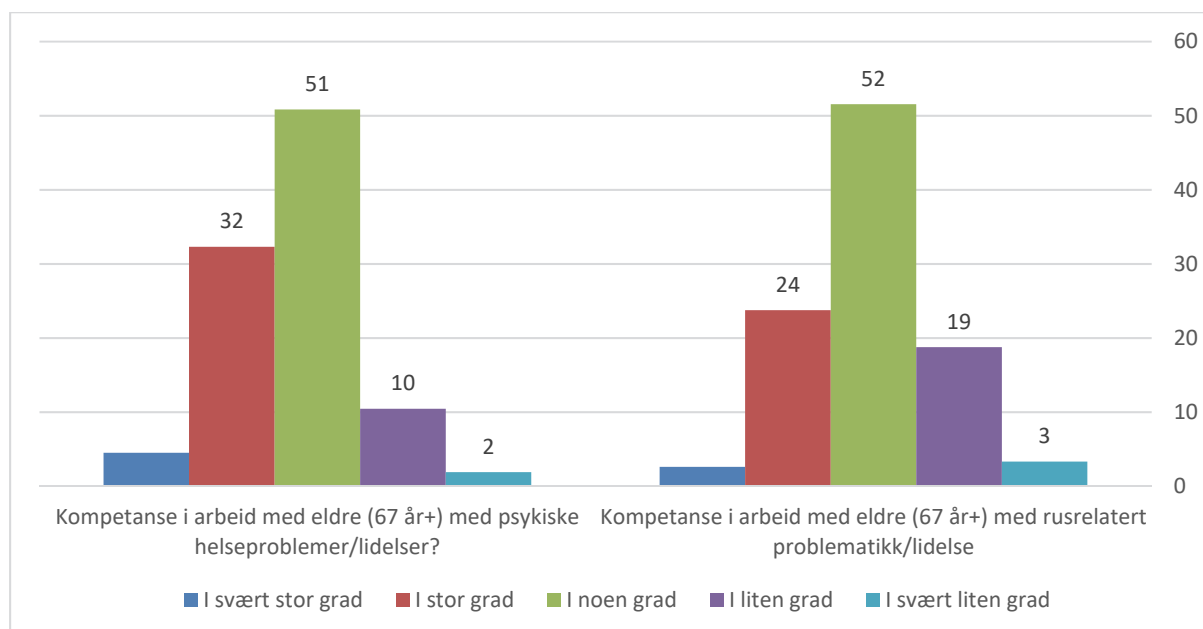
Det ser ut til å være et betydelig forbedringspotensial for alle brukergruppene. Men det er nok vanskelig for kommunene å svare generelt på dette, også fordi det ikke foreligger prevalenstall for de ulike gruppene så de kan vite hvor mye de fanger opp.

15.4 KOMPETANSE PÅ ELDRE I MÅLGRUPPEN

Som for de første spørsmålene, er det vanskelig for kommunene å svare presist på dette. Men de fleste kommunene mener de i stor grad eller i noen grad har tilstrekkelig kompetanse for arbeid med målgruppen.

Tabell 15.3 I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med psykiske helseproblemer/lidelser?

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Tot alt
Kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med psykiske helseproblemer/lidelser?	19	136	214	44	8	421
Kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med rusrelatert problematikk/lidelse	11	100	217	79	14	421



Figur 15.3 I hvilken grad vil dere si at kommunal helse- og omsorgstjeneste har tilstrekkelig kompetanse i arbeid med eldre (67 år+) med psykiske helseproblemer/lidelser?

De fleste kommunene svarer at de i noen grad har tilstrekkelig kompetanse, og det er flere som mangler kompetanse på rus enn på psykisk helse. Det er sannsynligvis for lite kunnskap om dette til at

kommunene kan si hvilken kompetanse de har behov for. Når Folkehelseinstituttet konkluderer med at kunnskap om forekomst av psykiske lidelser og rusbrukslidelser blant eldre i Norge er mangelfull, er det vanskelig for kommunene å vurdere behovet for økt kompetanse og å vite hvordan de mest effektivt skal få til systematisk forebyggingsarbeid, for eksempel rettet mot ensomhet blant eldre.

15.5 OPPSUMMERING

Det er lite kunnskap om forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser blant eldre i befolkningen i Norge. Dette er et svakt utviklet kunnskapsområde, og kommunene har derfor foreløpig ikke gode kilder til å finne informasjon om virksomme tiltak.

16 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.

BrukerPlan har opplysning om mottakere av kommunale tjenester med omsorg eller samvær med barn. For tjenestemottakere med rusproblemer viser BrukerPlan at av de 23 206 mottakerne med rusproblemer er det 4 887 som har barn, noe utgjør en andel på 21 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 8 090 barn registrert i 2017. Av disse var det 1 884 barn som mottakeren selv hadde omsorg for, 4 174 barn som hadde samvær med mottakere og 2 032 barn som ikke hadde kontakt med mottakeren. En andel på 39 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 25 prosent som hadde rød levekårsindeks og tre prosent som hadde blålys levekårsindeks. Dette er en liten forbedring fra 2016 hvor tilsvarende tall var henholdsvis 28 prosent og fire prosent.

Blant mottakere som er rød eller blålys på levekårsindeks er det 342 mottakere som har omsorg for til sammen 545 barn. Blant mottakere med samvær med barn er det 1 499 mottakere med rød eller blålys skår på levekårsindeks. Om lag halvparten av disse mottar ikke barnevernstjenester.

BrukerPlan viser også at av de 23 206 mottakerne med rusproblemer, er det registrert 69 gravide mottakere. 26 prosent av disse har rød eller blålys levekårsindeks. Av de 69 gravide er det 38 prosent som mottok barnevernstjenester. En tredjedel av de gravide mottakerne med rusproblemer er utsatt for vold.

BrukerPlan viser videre av de 30 964 mottakerne med psykiske helseproblemer er det 7 629 som har barn under 18 år, noe som utgjør en andel på 25 prosent. Totalt er det 14 295 barn registrert på mottakere med psykiske helseproblemer i 2017. Av disse er det 10 412 barn som mottakeren selv

hadde omsorg for, 3 047 barn som har samvær med mottakeren og 836 barn som ikke har kontakt med mottakeren. En andel på 45 prosent av mottakere med omsorg for barn, bor også med partner. Andelen med omsorg for barn er mye større enn blant mottakere med rusproblemer hvor andelen mottakere med omsorg er fem prosent.

Mottakere med omsorg for barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet for alle mottakere med psykiske helseproblemer. I 2017 hadde 15 prosent av mottakere med omsorg for barn enten rød eller blålys levekårsindeks mot 25 prosent for alle mottakere med psykisk helseproblem. Mottakere med samvær eller ingen kontakt med barn har imidlertid dårligere skår på levekårsindeksen. I disse to gruppene er det henholdsvis 30 og 45 prosent med rød eller blålys levekårsindeks. Blant mottakere som er rød eller blålys på samlet vurdering er det 886 mottakere som har omsorg for barn og 553 mottakere som har samvær med barn. Flertallet av disse har ikke barnevernstjenester.

Av de 30 964 mottakerne med psykiske helseproblemer var 149 gravide i 2017. De fleste (85 prosent) har grønn eller gul levekårsindeks. En andel på 19 prosent av de gravide har barnevernstjenester.

Flere kommuner i datamaterialet for IS-24/8 nevner hvert år at funn fra BrukerPlan har gjort at de har fått satt fokus på barn som pårørende. Noen oppgir at BrukerPlan viste at det var flere barn som pårørende enn tjenesten hadde kjennskap til, og at de derfor har satt inn mer ressurser for å opparbeide bedre kompetanse på barn som pårørende.

16.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er tatt med i årets kartlegging:

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Voksne med rusmiddelproblemer
- Voksne som har tatt overdose
- Voksne med psykiske vansker/lidelser
- Voksne som har begått selvmord
- Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Barn og unge med selvskadings-problematikk
- Unge med rusmiddelproblemer

Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?

- Foresatte med rusmiddelproblemer
- Foresatte som har tatt overdose
- Foresatte med psykiske vansker/lidelser
- Foresatte som har begått selvmord

16.2 VOKSNE PÅRØRENDE

Tallene i tabell 16.1 og 16.2 er også vist i figur 16.1 og 16.2. Tallene viser at den store majoriteten av kommunene (88-92 prosent), svarer at de har et middels eller godt tilbud. Det er 33 prosent av kommunene som svarer at de ikke har erfaring med voksne som har tatt overdose, og 13 prosent som svarer at de ikke har erfaring med voksne som har begått selvmord og 12 prosent som ikke har erfaring med unge med rusmiddelproblemer. Dette trenger ikke å bety at dette ikke har forekommet i kommunen, men at det er andre deler av tjenestene som tar seg av slike hendelser, for eksempel

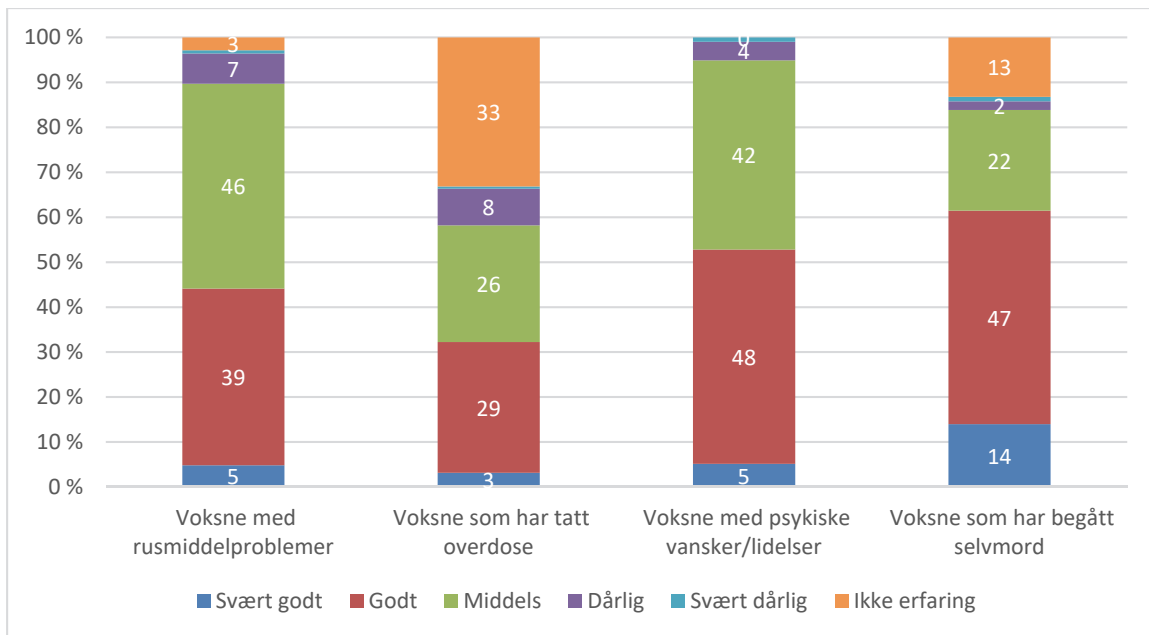
fastlegen. Som tidligere nevnt kan det være svært ulikt hva kommunene legger i de ulike svaralternativene (særlig svært godt, godt og middels). Veldig få kommuner svarer at de har et svært dårlig tilbud, med unntak av voksne pårørende som har barn og unge med selvskadingsproblematikk. Der er det syv prosent som svarer at de har et svært dårlig tilbud til disse pårørende. Dette kan være fordi barn og unge med selvskadingsproblemtikk behandles i spesialisthelsetjenesten. Tallene fremkommer også i de to neste figurene.

Tabell 16.1 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018.

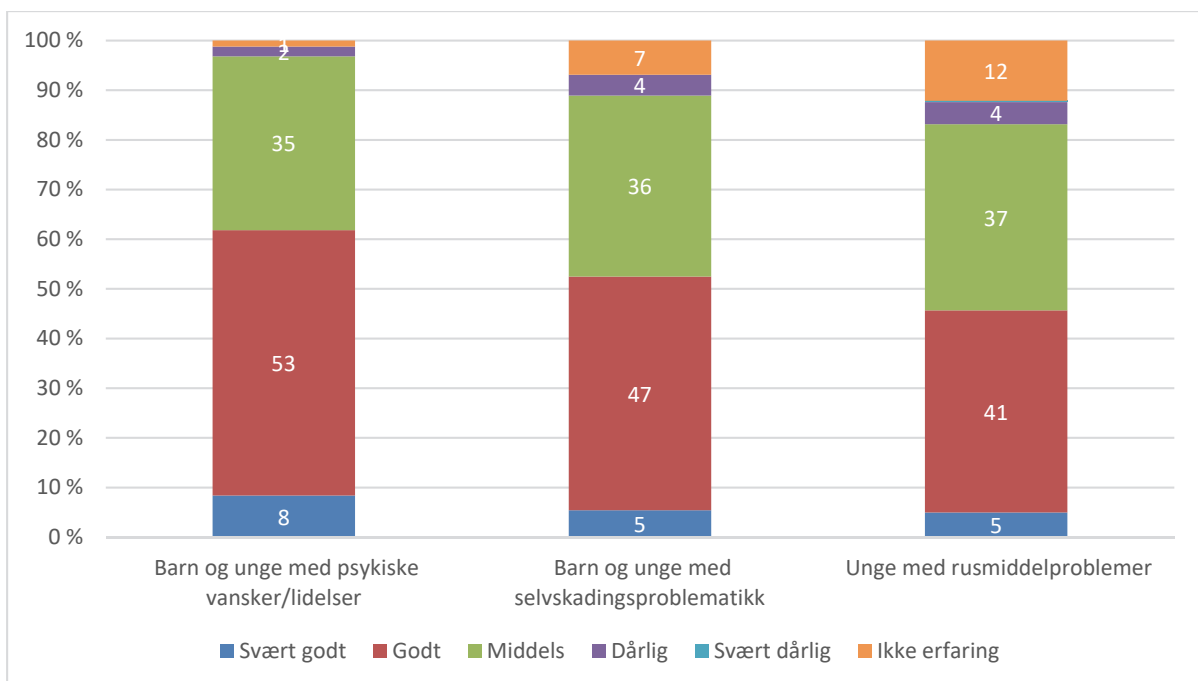
	Voksne som pårørende for:			
	Voksne med rusmiddelproblemer	Voksne som har tatt overdose	Voksne med psykiske vansker/lidelser	Voksne som har begått selvmord
Svært godt	5	3	5	14
Godt	39	29	48	47
Middels	46	26	42	22
Dårlig	7	8	4	2
Svært dårlig	1	0	1	1
Ikke erfaring	3	33	0	13
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner	417	416	409	415

Tabell 16.2 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018.

	Voksne som pårørende for		
	Barn og unge med psykiske vansker/lidelser	Barn og unge med selvskadingsproblematikk	Unge med rusmiddelproblemer
Svært godt	8	5	5
Godt	53	47	41
Middels	35	36	37
Dårlig	2	4	4
Svært dårlig	0	0	0
Ikke erfaring	1	7	12
Totalt	100	100	100
Antall kommuner	406	406	403



Figur 16.1 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018.



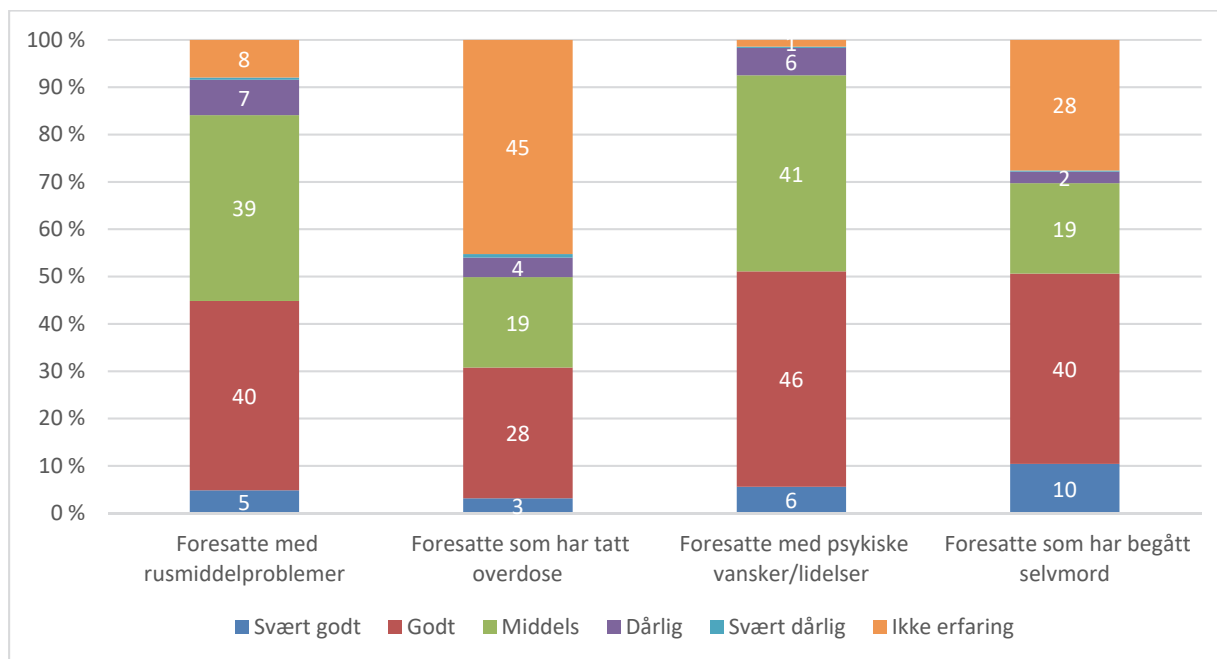
Figur 16.2 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2018.

16.3 BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE

Svarfordelingen er svært lik når det gjelder barn og unge som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer og voksne med psykiske vansker/lidelser. Det er 3-10 prosent som svarer at de har et svært godt tilbud, mens 28-46 prosent svarer at de har et godt tilbud. Det er få som svarer at de har et svært dårlig tilbud, men 2-7 prosent som svarer at de har et dårlig tilbud. Men alle kommuner har ikke erfaringer med alt, og 45 prosent av kommunene har ikke erfaring med overdose, og 28 prosent har ikke erfaring med selvmord.

Tabell 16.3 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukere, 2018.

	Foresatte med rusmiddelproblemer	Foresatte som har tatt overdose	Foresatte med psykiske vansker/lidelser	Foresatte som har begått selvmord
Svært godt	5	3	6	10
Godt	40	28	46	40
Middels	39	19	41	19
Dårlig	7	4	6	2
Svært dårlig	0	1	0	0
Ikke erfaring	8	45	1	28
Totalt	100	100	100	100
Antall kommuner	415	413	413	413



Figur 16.3 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av barn som pårørende for ulike brukere, 2018.

Det er vanskelig ut ifra dette å si for hvilke pårørende utfordringene er størst og hvem kommunene klarer å gi et adekvat tilbud. Det er også vanskelig å si hva totalbildet er, når vi ikke vet mer om hva spesialisthelsetjenesten dekker.

16.4 OPPSUMMERING

I 2016 fant vi at en forutsetning for å få til godt pårørende arbeid for voksne pårørende, er at bruker selv ønsker involvering av pårørende. Vi fant også at det er lite tradisjon på dette fagområdet for å jobbe med hele familien når brukeren er voksen. De viktigste faktorene for involvering av voksne pårørende er sannsynligvis at pårørende i utgangspunktet er en viktig aktør i brukerens liv, og at tjenestene er tilgjengelig for pårørende. Når det gjelder barn og unge, er foreldrene i stor grad involvert i tilbudet. Når det gjelder barn og unge, fant vi at det er lite samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, og at tjenestene ikke i god nok grad kartlegger brukernes familiesituasjon. For å få fulgt opp barn og unge som pårørende er det nødvendig med god kommunikasjonsflyt mellom tjenester, og samtidig et sterkt familiefokus i tjenestene.

Det er i 2018 vanskelig å si noe om kvaliteten på oppfølgingen av pårørende fordi vi ikke vet hva som følges opp i spesialisthelsetjenesten, og hva som forventes av kommunene. Selv om mange kommuner svarer at de har et godt tilbud til pårørende, kan dette bety at pårørende får oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålene bør derfor endres neste år om de skal tas med.

17 SAMARBEID MED FASTLEGENE

Det finnes god statistikk om fastleger i offentlige register i NAV og SSB og kommunene skal derfor ikke rapportere på legeårsverk knyttet til psykisk helsearbeid i IS-24/8. Fastlegene er en viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet og kommer altså i tillegg til årsverkene rapportert i IS-24/8. I dette delkapittelet ser vi nærmere på fastlegens rolle i kommunalt psykisk helsearbeid.

I 2012 fant vi at et stort flertall av kommunene mente at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (83 prosent). Vi fant at kommunene erfarte at det var stor forskjell fra fastlege til fastlege i hvor god kompetanse de hadde på psykisk helse, og hvor interessert de er i problemstillinger rundt psykisk helse. En del små kommuner oppgav at høy turn-over blant fastlegene går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud. Faste samarbeidsmøter var et ønske fra kommunene og de som hadde etablert et slikt samarbeid, var i større grad fornøyd med legens involvering sammenliknet med de som ikke hadde etablert faste samarbeidsmøter.

Den største utfordringen for kommunene i 2012, var sannsynligvis å få fastleger som ikke synes å være interessert i problemstillinger rundt psykisk helse på banen. Noen fastleger gjør ofte bare minimum av innsats før de involverer spesialisthelsetjenesten. De kommunene som har fått til avtaler om fast andel tid fra fastlegene som brukes på ansvarsgruppemøter og faglige diskusjoner, ser ut til å ha kommet lenger i samarbeidet. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet enn selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette er basert på erfaringene fra fagpersonene innen psykisk helse.

Nå i 2018 har vi spurt tjenestene om fastlegens involvering. Forskjellen på 2012 og 2018 er at i 2018 er også rusarbeid tatt med, mens kartleggingen i 2012 involverte bare psykisk helse. Funnene i dette kapittelet viser at fastlegens grad av involvering generelt ser ut til å være uendret fra 2012 på nasjonalt nivå. Vi har foreløpig ikke undersøkt hvorvidt de samme kommunene svarer det samme i 2012 og i 2018, men svarfordelingene på nasjonalt nivå er bortimot uendret i de to datasettene.

17.1 DATAGRUNNLAG

- I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen?
- Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helse- og rusarbeid:
 - Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle enkeltsakene
 - Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
 - Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
 - Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det
 - Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
 - Fastlegene er våre viktigste støttespillere
 - Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

Alle disse spørsmålene var formulert på samme måte i 2012.

17.2 GRAD AV HENVISNING TIL PSYKISK HELSE OG RUSARBEID I KOMMUNENE

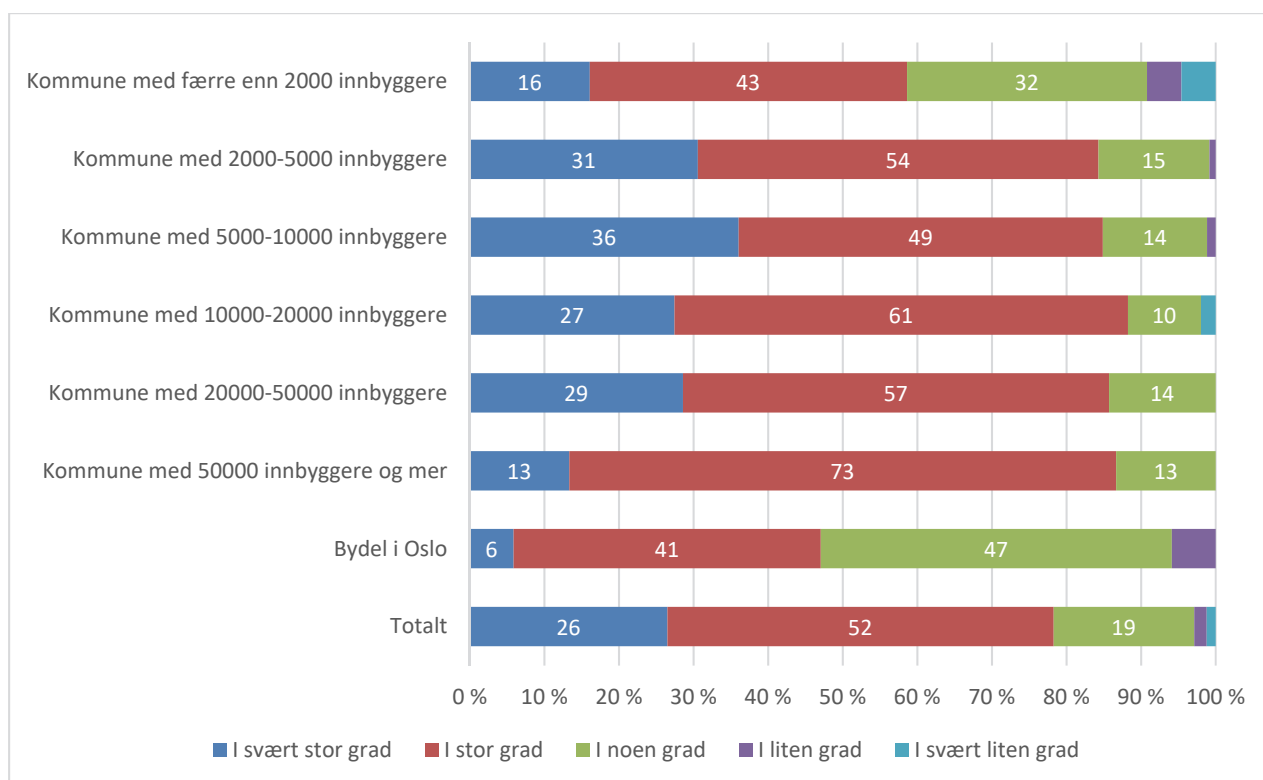
I 2012 var det 15 prosent av kommunene som svarte at fastlegen i svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene/bydelene. I 2018 svarte 26 prosent av kommunene dette. Rundt halvparten av kommunene (49 prosent i 2012 og 52 prosent i 2018) svarte at fastlegene i stor grad henviser, mens få svarer at fastlegene i liten grad henviser (fem prosent i 2012 og tre prosent i 2018).

Tabell 17.1 I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen? 2012 (407), 2018 (419)

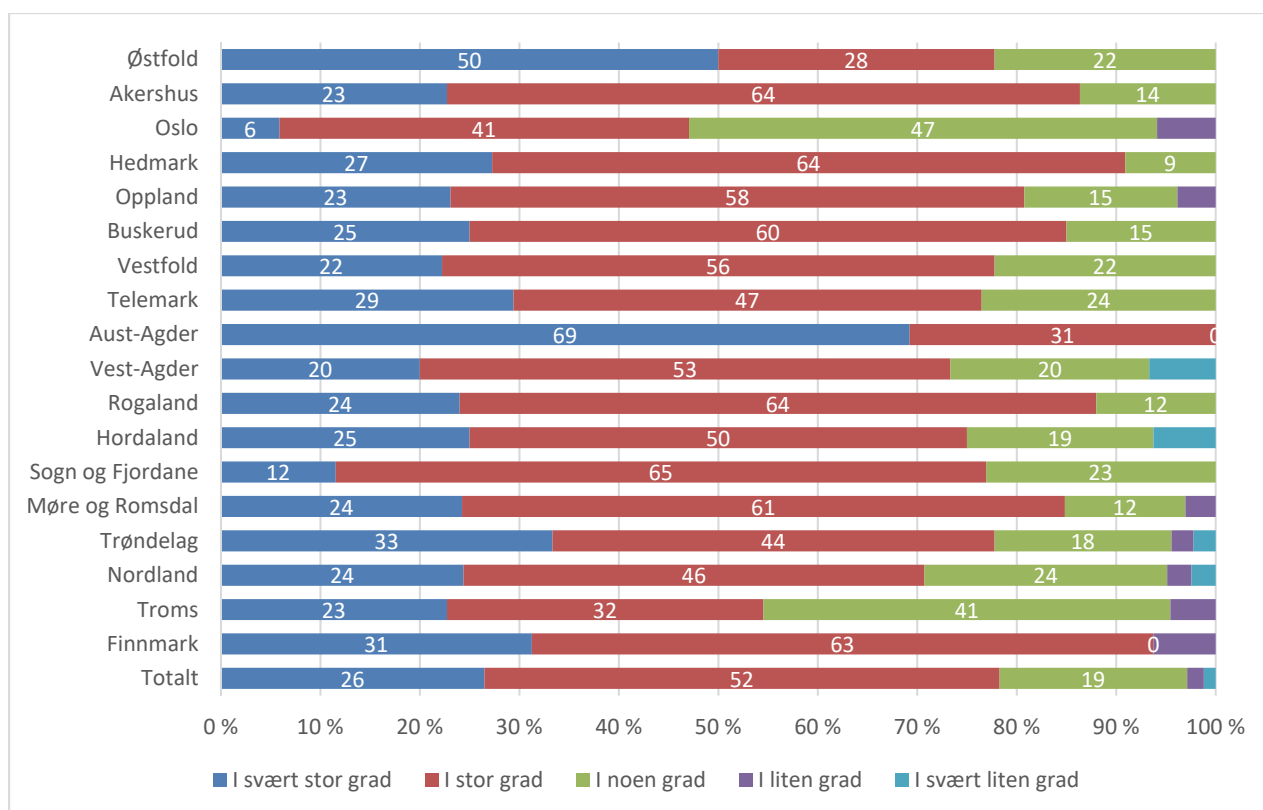
	2012	2018
I svært stor grad	15	26
I stor grad	49	52
I noen grad	30	19
I liten grad	4	2
I svært liten grad	1	1
Total	100	100

Noen kommuner er ikke basert på henvisninger, men baserer seg på at den enkelte søker selv til koordinerende enhet. Det kan likevel være fastlegene som ber sin pasient ta kontakt eller bidrar til at det etableres et tilbud.

Fordelingen etter kommunestørrelse og fylke er vist i hhv figur 17.1 og figur 17.2. Figurene kommenteres ikke, og er tatt med av hensyn til arbeidet som gjøres hos fylkesmannen.



Figur 17.1 I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen? Kommunestørrelse, 2018



Figur 17.2 I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen? Kommunestørrelse, 2018.

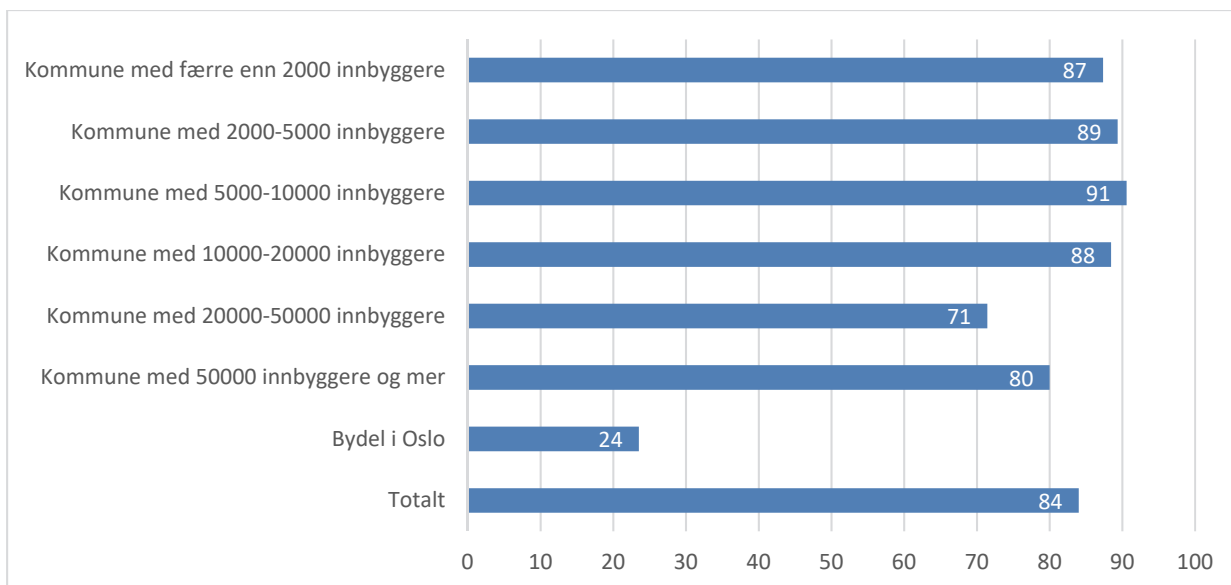
17.3 HVA FASTLEGENE BIDRAR MED

I tabell 17.2 ser vi på prosent av kommunene/bydelene som har svart at de er helt eller delvis enig i påstanden. Det er svært stabilt i andelen som er enig i påstanden mellom 2012 og 2018. Det er 85 prosent av kommunene som erfarer at fastlegene generelt er godt involvert i enkeltsaker, og 92 prosent som svarer at fastlegene er viktige i kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 73 prosent som svarer at fastlegene er deres viktigste støttespiller og 84 prosent som svarer at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunen.

Tabell 17.2 Andel (prosent) av kommunene som er enige i påstandene, 2017 (n=407) og 2018 (n=422)

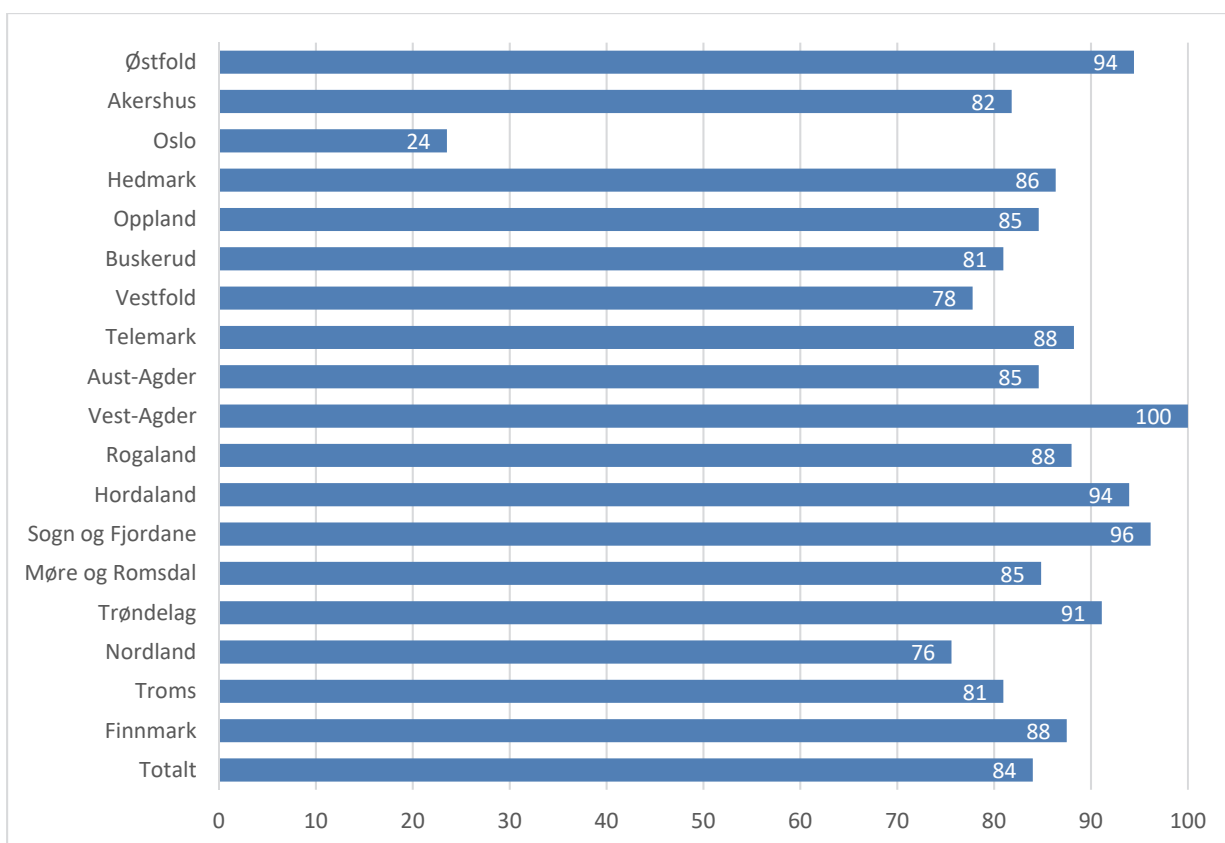
	2012	2018
Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle enkeltsakene	83	85
Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse	40	40
Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk	33	34
Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det	80	84
Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	91	92
Fastlegene er våre viktigste støttespillere	73	73
Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune	83	84

Vi ser nærmere på det siste spørsmålet om de mener generelt at psykisk helsearbeid har et godt samarbeid med fastlegene og viser fordelingen etter kommunestørrelse og fylke for 2018.



Tabell 17.3 Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune, kommunestørrelse, 2018

Figur 17.4 kan tyde på at utfordringene i fastlegeordningen er størst i de store byene, men dette vil den kommende evalueringen av fastlegeordningen gi svar på.



Tabell 17.4 Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune. Fylke, 2018

Det er gitt 108 åpne kommentarer om fastlegene fra kommunene. Svarene handler i stor grad om det samme som vi vet fra tidligere. At det er stor forskjell fra lege til lege og at kommunalt ansatte med fastlønn ser ut til å bidra mer både i samarbeid rundt brukerne og deltakelse i planarbeidet. Den ene

kommunen nevner at skolelegens rolle bør klargjøres bedre, mens andre etterlyser mer samarbeid. Det er fortsatt mange brukere i noen kommuner som har liten eller ingen kontakt med fastlegen, foruten å få skrevet ut resepter. Noen steder er det vanskelig å få tak i fastlegene, men E-meldingssystemet har forenklet samarbeidet ifølge noen. En kommune opplever at fastlegen henviser personer med hverdagsutfordringer og mener disse ikke skal ha et tilbud i kommunen, mens de i en annen kommune erfarer at legen nekter å ta imot og sende urinprøver til analyse, som er tatt "ute i felten". En kommune forteller at de har leger knyttet til familiesenter, og at det fungerer bra. Andre sier at de har et godt samarbeid mellom kommuneoverlege, helse og sosial og fastlegene. En annen henviser til at fastlegene har ikke som oppdrag å bidra i utviklingsarbeid i tjenesten; dette ligger til det offentlige legearbeidet. En annen kommune har et annet perspektiv:

Kommunen har etablert fast samarbeidsfora med veiledning på saker og generelt med fem fastlegekontor. Legene, NAV, tjenestekontor, psykisk helse og rustjenesten, DPS og AAT deltar og det er gode tilbakemeldinger fra alle parter.

17.4 OPPSUMMERING

Et stort flertall av kommunene mener at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (84 prosent). I 2012 var andelen 83 prosent. Vi har foreløpig ikke undersøkt hvorvidt de samme kommunene svarer det samme i 2012 og i 2018, men svarfordelingene på nasjonalt nivå er bortimot uendret i de to datasettene på alle spørsmålene. Svarene kan tyde på at fastlegene er minst involvert og tilgjengelig i de store byene, men dette vil evalueringen av fastlegeordningen gi svar på.

I 2012 var det 15 prosent av kommunene som svarte at fastlegen i svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene/bydelene. I 2018 svarte 26 prosent av kommunene dette. Vi har ikke undersøkt om dette er fordi flere kommuner krever henvisning til tjenestene enn tidligere, eller om dette skyldes at tjenestene har blitt mer kjent for fastlegene nå enn i 2012, eller om tjenestene er bygget ut slik at de kan håndtere flere henvisninger.

18 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

I 2017 fant vi at rundt halvparten av kommunene (49 prosent) oppgav at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 27 prosent opplever endring i TSB. Som i 2016 var det flere kommuner som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet enn som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarte at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som var fornøyd med avtalene i 2017 enn i 2016 på alle områdene, og nedgangen i fornøydhet er størst rundt samarbeidsavtalene om voksne med rusmiddelproblemer. Mens 45 prosent av kommunene ikke opplever at det har vært noen endring i DPS-ene sitt utadrettede arbeid de siste 2-3 årene, rapporterte 21 prosent av kommunene om en forverring og 28 prosent av kommunene en forbedring på dette området. Det var særlig i de mest innbyggerrike kommunene at den utadrettete virksomheten til DPS-ene ble rapportert å ha blitt bedre.

I dette kapittelet er det naturlig å bruke helseforetaksområde heller enn fylke når vi ser på geografiske forskjeller.

18.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er inkludert i 2018-kartleggingen:

Opplevd samarbeid:

- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)
- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? (Ja, nei)
- Hvordan har samarbeidet med psykisk helsevern utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)
- Hvordan har samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling utviklet seg det siste året? (Mye bedre, bedre, dårligere, mye dårligere)

Samarbeidsavtaler:

- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer

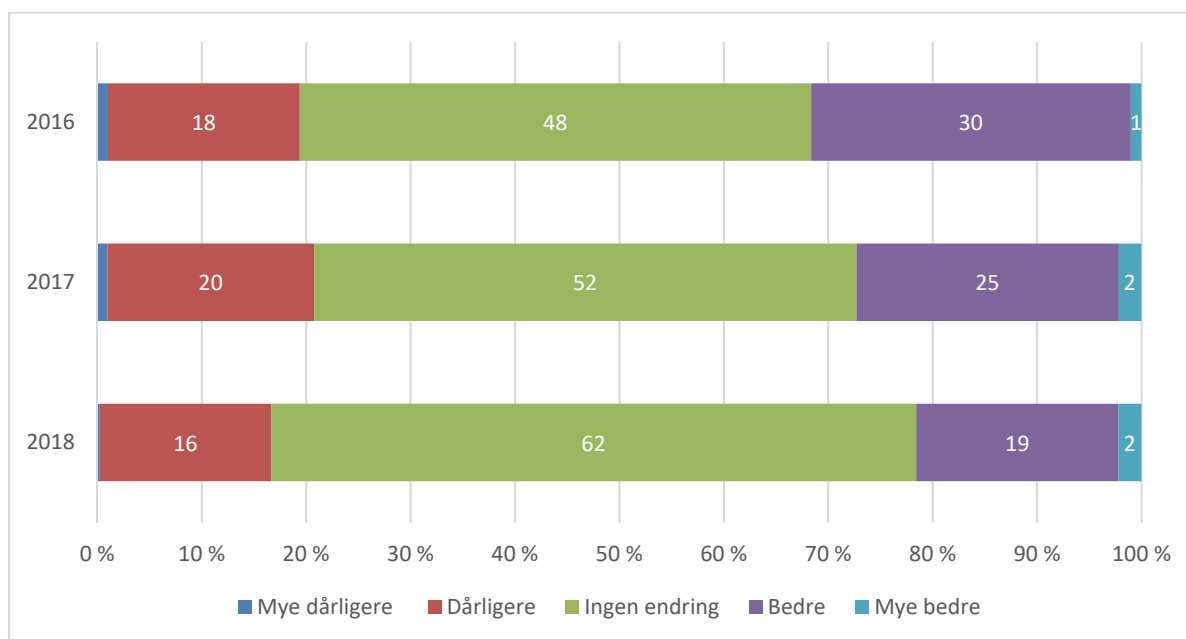
18.2 ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE

Det er 40 prosent av kommunene som oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 22 prosent opplever endring i TSB i 2018.

Tabell 18.1 Antall og prosent av kommunene som opplever at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (PHV) og i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste 12 månedene, 2017 og 2018

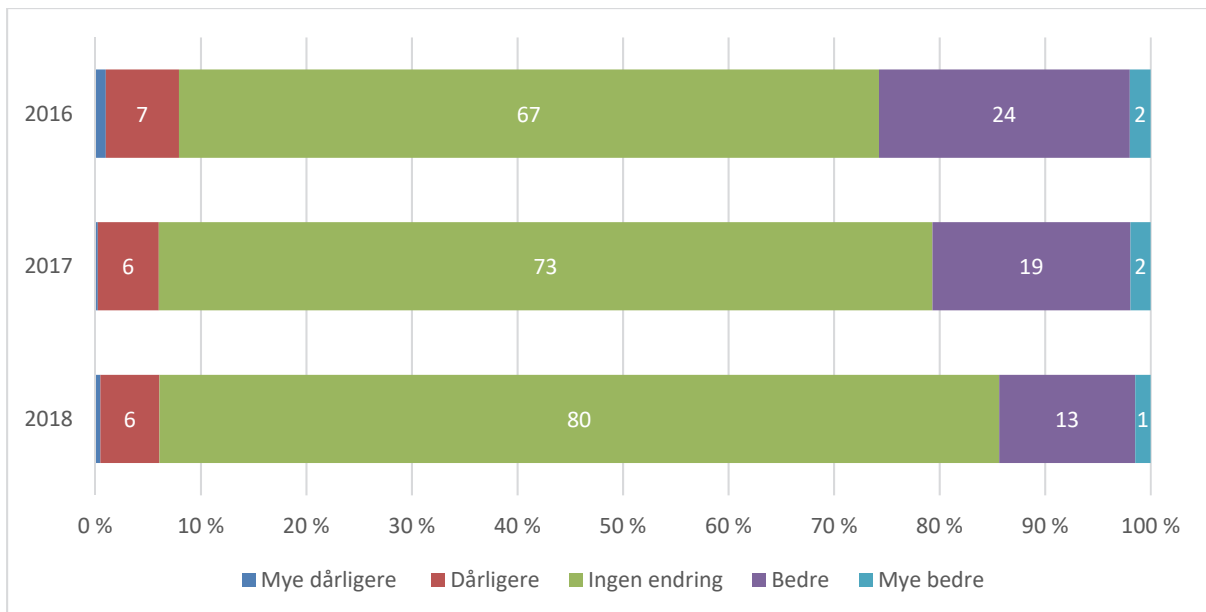
	PHV 2017		PHV 2018		TSB 2017		TSB 2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	204	49	170	40	112	27	91	22
Nei	215	51	252	60	305	73	327	78
Totalt	419	100	422	100	417	100	418	100

Som vist i figur 8.1 er det relativt flere og flere kommuner som ikke opplever noen endring. Situasjonen er likevel at det fortsatt er en positiv utvikling ved at det er flere kommuner som opplever bedring enn som opplever forverring.



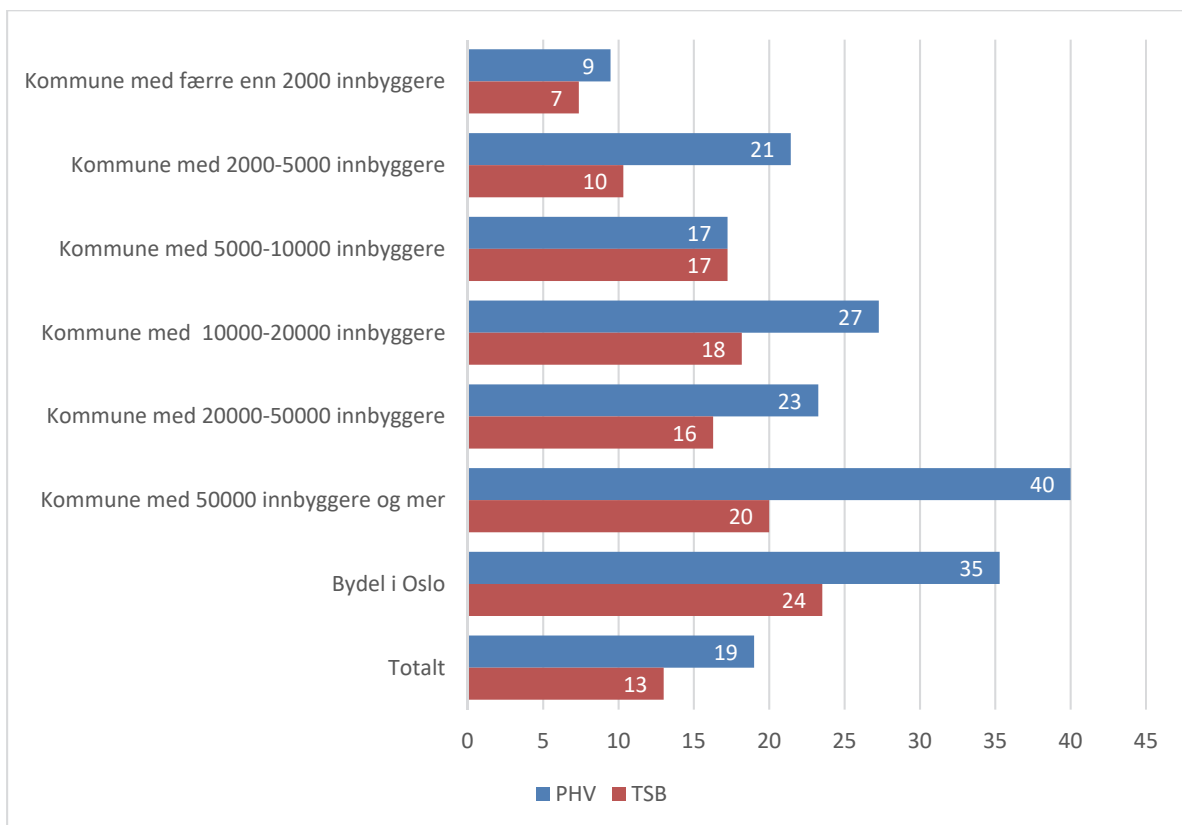
Figur 18.1 Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med psykisk helsevern har utviklet seg det siste året, 2016 (n=413), 2017 (n=414) og 2018 (n=408).

Samarbeidet med TSB viser tilsvarende utvikling, og flere kommuner har ikke erfart noen endring siste år enn i 2016 og i 2017. Det er også relativt færre som opplever forverring i samarbeidet med TSB, men også færre som opplever bedring. Det er likevel slik at det er en god del flere kommuner som opplever bedring enn som opplever forverring.

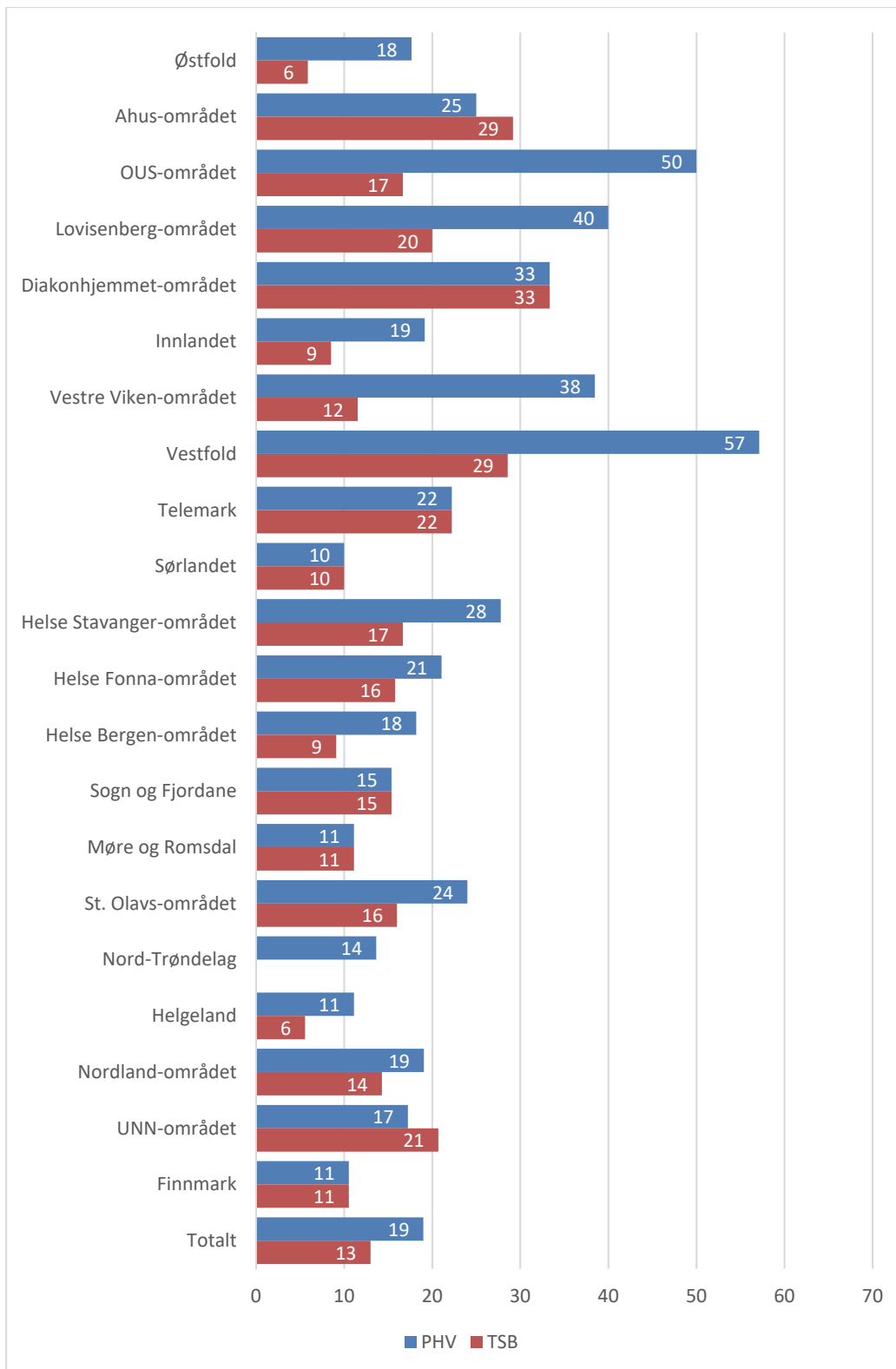


Figur 18.2 Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med TSB har utviklet seg det siste året, 2016 (n=413), 2017 (n=416) og 2018 (n=411).

Vi ser videre på hvordan de som opplever bedring i samarbeidet (har svart bedre eller mye bedre) fordeler seg på kommuner med ulik størrelse (figur 8.3) og etter hvilket opptaksområde (HF-område) kommunene tilhører (figur 8.4).



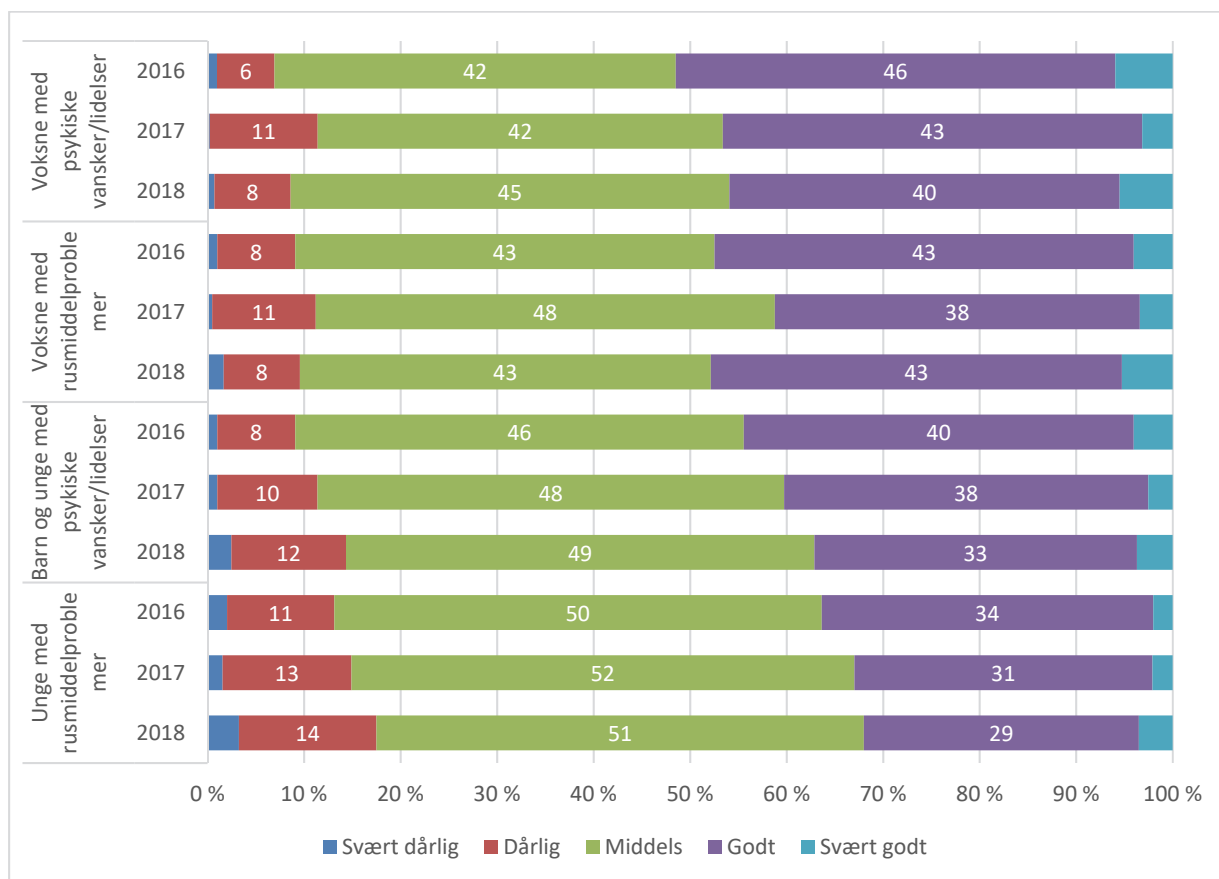
Figur 18.3 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), kommune størrelse 2018.



Figur 18.4 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), HF-område 2018.

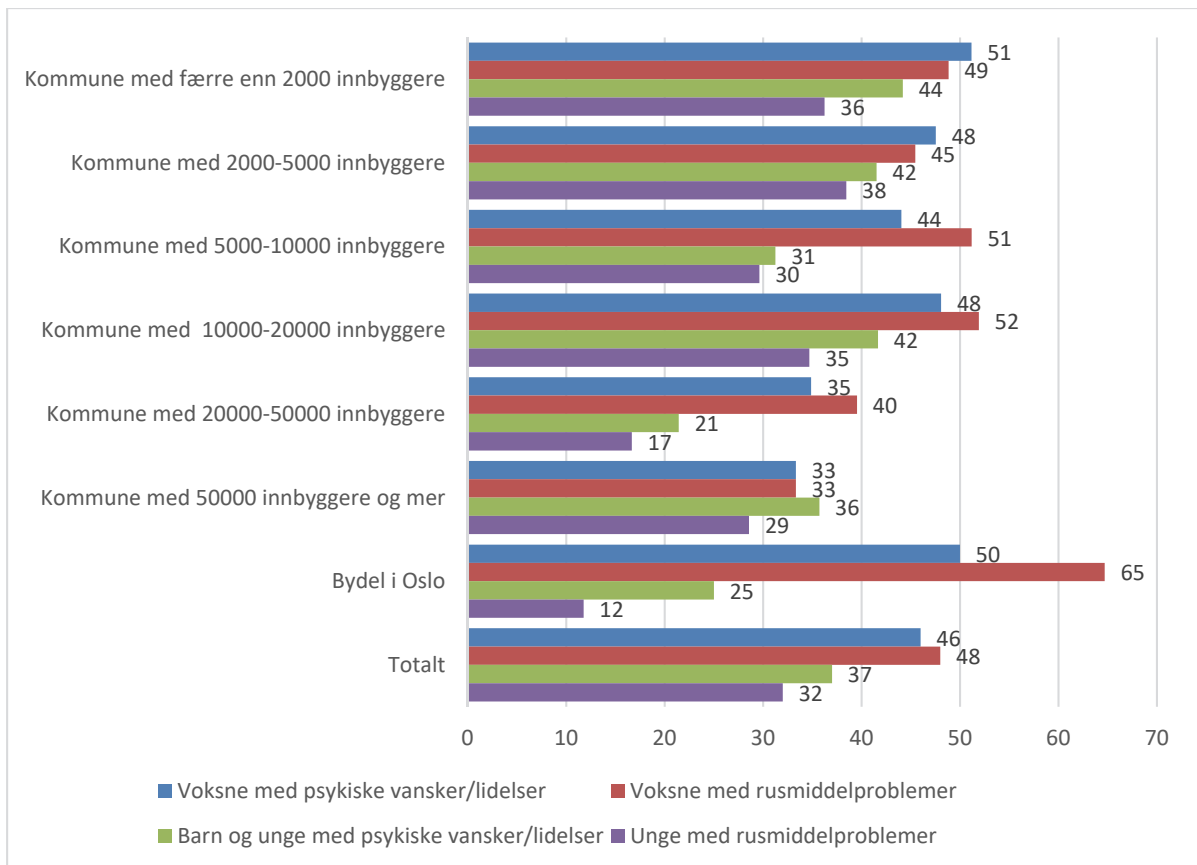
18.3 SAMARBEIDSAVTALER

Som vist i figur 8.5 er det under halvparten av kommunene som erfarer at samarbeidsavtalene på de ulike områdene fungerer godt eller svært godt. Men det er noen flere som erfarer at avtalene fungerer godt i 2018 enn i 2017 for voksne. Men det er nedgang i andel kommuner som erfarer at avtalene fungerer godt innen tjenester til barn og unge.

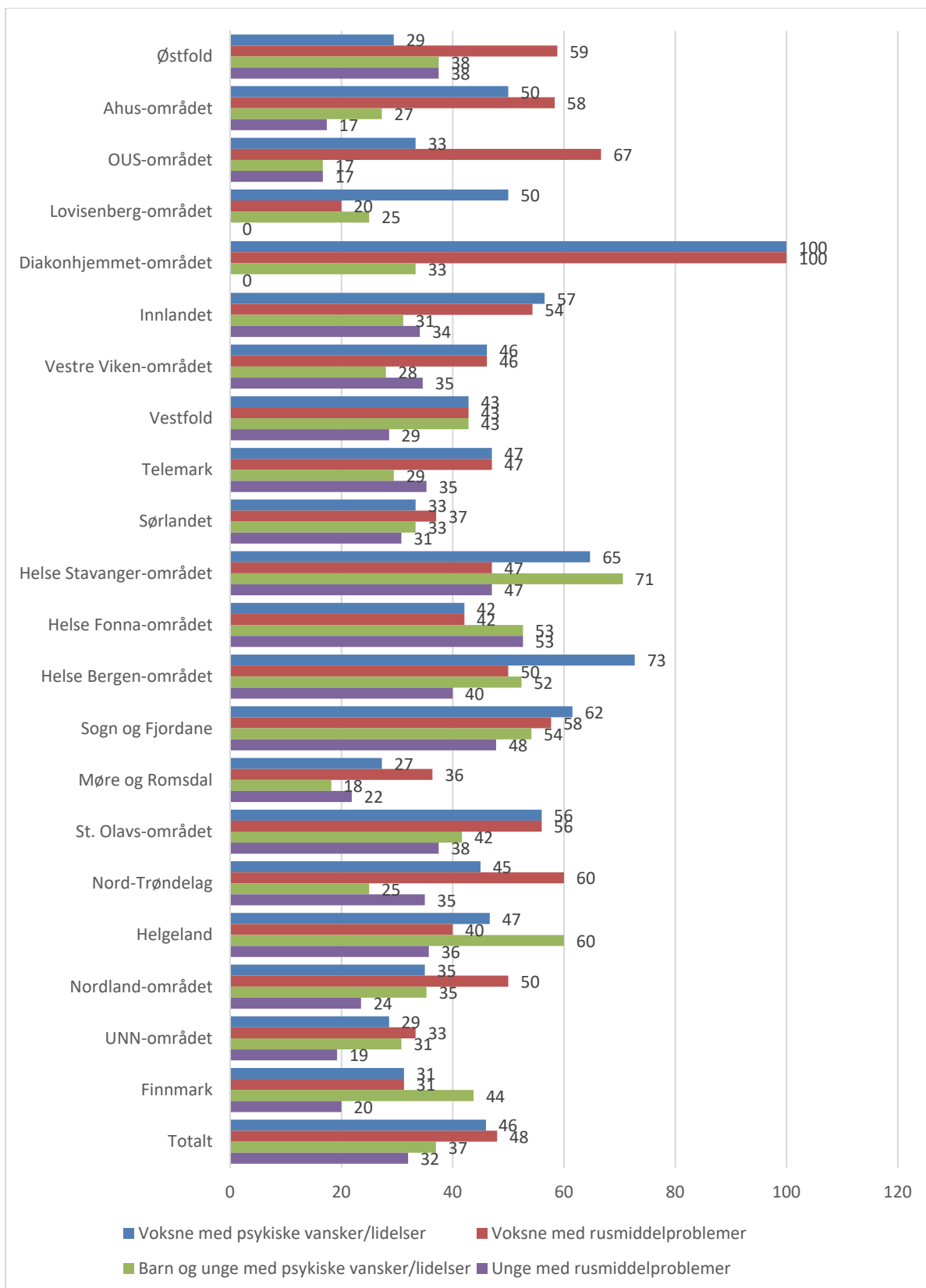


Figur 18.5 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene? 2016, 2017 og 2018.

Vi ser videre på de som svarer godt eller svært godt etter kommunestørrelse (figur 8.6) og HF-område (figur 8.7).



Figur 18.6 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, kommunestørrelse 2018.



Figur 18.7 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, HF-område 2018.

18.4 OPPSUMMERING

Det er 40 prosent av kommunene som oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 22 prosent opplever endring i TSB. Innen psykisk helsevern er det 21 prosent av kommunene som oppgir at det har vært en bedring i samarbeidet og 16 prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Innen TSB er det 14 prosent av kommunene som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet og seks prosent som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en marginal bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarer at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som er fornøyd med avtalene i 2018 enn i 2017 på alle områdene med unntak av for voksne med rusmiddelproblemer der andelen er stabil fra 2016 til 2018.

19 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

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)³³. 2017 er også siste året i "Nasjonal overdosestrategi 2014-17 Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve" (Helsedirektoratet, IS-0418, 2014)³⁴. Denne har som mål å bedre oppfølgingen etter ikke-dødelige overdoser, bedre vurderingen av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng, samt å bedre hjelpetilbudet til pårørende og nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord³⁵. Det nye materialet skal gi kommunene råd og anbefalinger i 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. De viser i siste rapport at blant tjenestemottakere med rusproblemer, er det 91 prosent som ikke har foretatt selvmordsforsøk det siste året eller er vurdert å stå i fare for å begå selvmord. Det var syv prosent av mottakerne med rusproblem som ble vurdert å være i fare for selvmord. To prosent hadde ekstra høy risiko ved at de hadde hatt selvmordsforsøk det siste året. I forhold til overdose, var det 90 prosent av brukerne som ikke har hatt noen episode med overdose det siste året. Dette er omtrent det samme som i 2015, men en oppgang på fire prosentpoeng fra 2016. Andelen med høyest risiko, ved at de både har tatt overdose det siste året og står i fare for ny, var i 2017 på tre prosent. Det er en overvekt av mottakere som injiserer blant dem som står i fare for overdose.

³³<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

³⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/>

³⁵ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/forebygging-av-selvskading-og-selvmord-i-kommunen>

Blant mottakere av kommunale tjenester med psykiske helseproblemer viser BrukerPlan at 93 prosent av mottakere med psykisk helseproblem vurderes ikke til å være i fare for selvmord, eller har hatt selvmordsforsøk det siste året. Syv prosent av mottakerne har enten hatt selvmordsforsøk det siste året eller står i fare for selvmord. Det er en overvekt av mottakere i aldersgruppen 18-23 år som enten har hatt selvmordsforsøk det siste året eller som står i fare for selvmord.

Mange mennesker som har psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer opplever vold og trusler, enten ved at mottakeren er utsatt for vold, eller utsetter andre for vold. BrukerPlan viser at 31 prosent av mottakere av med rusproblemer opplever vold og trusler, mens andelen med psykiske helseproblemer er 11 prosent. Kvinner er i større grad enn menn utsatt for vold.

Helsedirektoratet ønsker å benytte IS-24/8-rapporteringen på psykisk helse- og rusarbeid til å kartlegge kommunenes arbeid med forebygging og oppfølging av selvmord, selvmordsforsøk og overdoser. I 2016 var det med tre spørsmål på dette temaet, og resultatene viste at fire av ti kommuner svarte at de hadde etablert rutiner internt i kommunen for oppfølging etter selvmordsforsøk. Kun to av ti kommuner rapporterte at de har etablert rutiner for oppfølging etter overdose.

I 2017 fant vi at 40 prosent av kommunene hadde skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 22 prosent hadde skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 20 prosent hadde skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Nesten halvparten av kommunene (46 prosent) oppgav at de hadde skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 27 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Vi fant også at 22 prosent av kommunene har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 23 prosent som har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene.

I 2017 fant vi også at det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep har forbedringspotensial i en stor andel av kommunene. Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at samarbeidet i disse sakene i stor grad er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke, men flere kommuner i Vestfold og Rogaland kan se ut til å ha relativt flere kommuner med tilfredsstillende samarbeid sammenliknet med kommuner i andre fylker.

19.1 DATAGRUNNLAG

I 2018 er følgende spørsmål inkludert og dette er de samme som var med i 2017:

- Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
 - Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?
 - Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
 - Oppfølging av personer etter overdose?
 - Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?
 - Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?
 - Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging?

- Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvmordsforsøk og selvmordsforsøk?
- Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?
- Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år?
- Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år?
- I hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep tilfredsstillende?

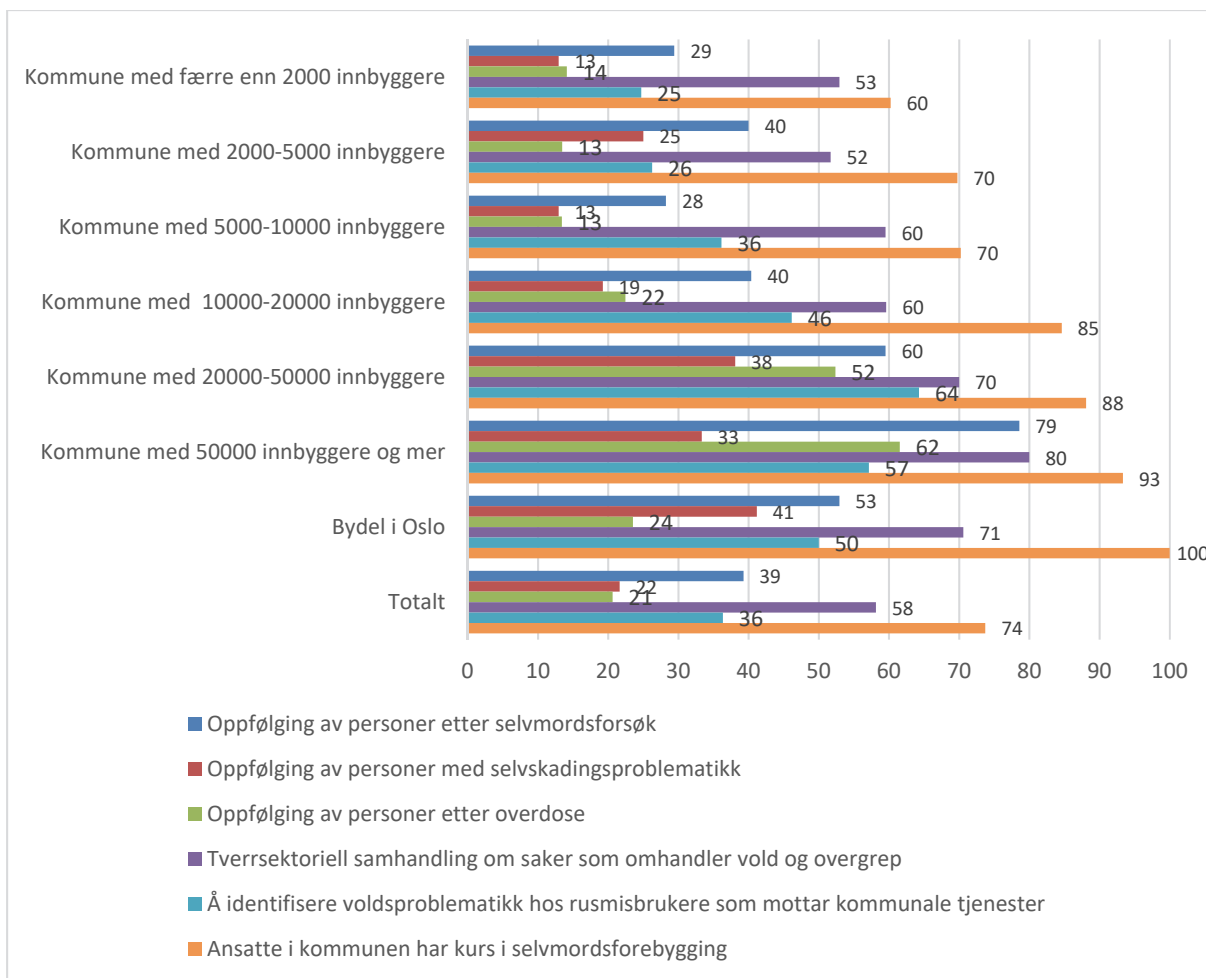
19.2 SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER

Som vist i tabell 19.1 er det 39 prosent av kommunene som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 21 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er en økning på 12 prosentpoeng i andel kommuner som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 36 prosent i 2018 har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Tabell 19.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2017 og 2018.

	2017		2018	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?	40	412	39	415
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?	20	412	22	416
Oppfølging av personer etter overdose?	22	407	21	407
Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?	46	411	58	411
Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?	27	405	36	410
Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging?	66	415	74	411

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 19.1.



Figur 19.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, kommunistørrelse 2018.

Fra figur 19.1 kan vi se at skriftlige rutiner/prosedyrer i større grad innført i de største kommunene når det gjelder kurs i selvmordsforebygging. Dette gjelder for eksempel alle bydelene, og over 90 prosent av kommunene med mer enn 50 000 innbyggere. I de minste kommunene var det til sammenlikning 60 prosent av kommunene som svarte at de ansatte har kurs i selvmordsforebygging. Det er også en stigende sammenheng mellom kommunistørrelse og det å ha skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, men for de aller største byene og for bydelene i Oslo, faller andelen ned til hhv. 57 prosent og 50 prosent. På landsbasis er det 36 prosent av kommunene som har slike rutiner. Når det gjelder tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, har 58 prosent av kommunene skriftlige rutiner/prosedyrer for slikt samarbeid, og andelen er høyest i de største kommunene, der 80 prosent av kommuner med over 50 000 innbyggere sier de har dette på plass. Skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose er også langt mer utbredt i de største kommunene, men vi ser at blant bydelene i Oslo var det bare 24 prosent som svarte at dette var på plass. Det kan være naturlig at de minste kommunene i mindre grad har etablert slike rutiner, da overdoser kan forekomme svært sjelden. Oppfølging etter selvskadingsproblematikk har også et lavt snitt på nasjonalt nivå – kun 22 prosent av kommunene sa at de hadde dette etablert. Også her er det relativt stor forskjell mellom små og store kommuner, der sistnevnte i større grad har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Med unntak av bydelene i Oslo og kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere, er det en positiv sammenheng mellom kommunistørrelse og oppfølging av

personer etter selvmordsforsøk. På landsbasis var det 39 prosent av kommunene som sa de hadde etablert dette. I kommuner med mer enn 50 000 innbyggere hadde nær 80 prosent av kommunene etablert slike rutiner.

Tabell 19.2 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, fylke 2018.

	Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	Oppfølging av personer etter overdose	Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep	Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester	Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging
Østfold	44	22	17	50	28	56
Akershus	67	33	45	71	57	95
Oslo	53	41	24	71	50	100
Hedmark	38	24	24	71	52	62
Oppland	46	35	19	81	44	85
Buskerud	63	25	40	70	42	85
Vestfold	56	56	50	29	50	89
Telemark	24	6	29	41	35	71
Aust-Agder	46	15	38	62	46	92
Vest-Agder	33	13	7	86	50	86
Rogaland	48	20	21	83	52	96
Hordaland	41	16	23	56	35	75
Sogn og Fjordane	27	19	8	72	31	58
Møre og Romsdal	33	21	15	52	27	61
Trøndelag	24	16	9	38	22	64
Nordland	35	18	13	37	23	59
Troms	32	23	23	64	36	73
Finnmark	31	13	13	33	19	75
Totalt	39	22	21	58	36	74

19.3 KJENNSKAP TIL VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i tabell 19.3 er det totalt 77 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskadning og selvmordsforsøk. Andelen øker med kommunestørrelse og det er 411 kommuner som har svart på spørsmålet (94 prosent). Det er 26 prosent av kommunene som har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell, og også her øker andelen med kommunestørrelse. Det er 409 kommuner/bydelar som har svart (93 prosent).

Tabell 19.3 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvsikring og selvmordsforsøk, og som har plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell

	Gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvsikring og selvmordsforsøk		Lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	73	85	18	84
Kommune med 2000-5000 innbyggere	75	119	19	118
Kommune med 5000-10000 innbyggere	70	81	29	82
Kommune med 10000-20000 innbyggere	85	52	31	51
Kommune med 20000-50000 innbyggere	79	43	35	43
Kommune med 50000 innbyggere og mer	93	15	33	15
Bydel i Oslo	94	16	50	16
Totalt	77	411	26	409

Tabell 19.4 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvsikring og selvmordsforsøk, og som har plan for å gjøre dette materialet kjent

	Gjort seg kjent med det veiledende materialet		Lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Østfold	65	17	19	16
Akershus	90	21	43	21
Oslo	94	16	50	16
Hedmark	86	21	48	21
Oppland	77	26	19	26
Buskerud	76	21	5	21
Vestfold	78	9	33	9
Telemark	76	17	24	17
Aust-Agder	85	13	15	13
Vest-Agder	100	13	31	13
Rogaland	84	25	29	24
Hordaland	78	32	22	32
Sogn og Fjordane	69	26	19	26
Møre og Romsdal	78	32	33	33
Trøndelag	60	45	24	45
Nordland	72	39	21	39
Troms	68	22	29	21
Finnmark	81	16	13	16
Totalt	77	411	26	409

19.4 OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER

Det er også spurt om kommunen/bydelen har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om:

- vold i nære relasjoner i løpet av et år
- seksuelle overgrep i løpet av et år

Det er 408 kommuner/bydeler som har svart (93 prosent) på disse spørsmålene og det er 26 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 26 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Dette er en økning fra hhv. 22 og 23 prosent i 2017. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene. Av de som svarte at de har oversikt over personer som har henvendt seg om vold i nære relasjoner i løpet av et år, er det 79 prosent som også har svart at de har oversikt over personer som har henvendt seg om seksuelle overgrep.

Tabell 19.5 Prosent av om kommunene/bydelene som oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år. Kommunestørrelse, 2018.

	Vold i nære relasjoner		Seksuelle overgrep	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	37	84	43	84
Kommune med 2000-5000 innbyggere	28	116	25	115
Kommune med 5000-10000 innbyggere	19	84	25	83
Kommune med 10000-20000 innbyggere	22	51	16	51
Kommune med 20000-50000 innbyggere	19	42	14	42
Kommune med 50000 innbyggere og mer	20	15	13	15
Bydel i Oslo	31	16	19	16
Totalt	26	408	26	406

Tabell 19.6 Prosent av om kommunene/bydelene som oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år. Kommunestørrelse, 2018.

	Vold i nære relasjoner		Seksuelle overgrep	
	Prosent	Antall svar	Prosent	Antall svar
Østfold	18	17	18	17
Akershus	20	20	5	19
Oslo	31	16	19	16
Hedmark	29	21	29	21
Oppland	27	26	19	26
Buskerud	19	21	33	21
Vestfold	22	9	33	9
Telemark	12	17	6	16
Aust-Agder	38	13	31	13
Vest-Agder	20	15	20	15
Rogaland	44	25	44	25
Hordaland	19	31	23	31
Sogn og Fjordane	28	25	25	24
Møre og Romsdal	28	32	29	31
Trøndelag	34	44	29	45
Nordland	21	38	38	39
Troms	41	22	32	22
Finnmark	6	16	6	16
Totalt	26	408	26	406

19.5 TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

Til slutt har vi spurt om i hvilken grad det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep. Det er 404 kommuner/bydeler som har svart (92 prosent) på dette spørsmålet og mer enn halvparten (52 prosent) svarer at de i noen grad har tilfredsstillende tverrfaglig samarbeid i disse sakene.

Tabell 19.7 Respons på spørsmål om i hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep, 2017 og 2018.

	2017	2018
I svært liten grad	4	5
I liten grad	13	12
I noen grad	52	53
I stor grad	27	27
I svært stor grad	4	3
Totalt	100	100
Antall kommuner	404	413

Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i svarene.

19.6 OPPSUMMERING

Nær 40 prosent av kommunene/bydelen har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 21 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er bare marginale endringer fra 2018. Det er 58 prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep. Dette er en tydelig økning fra 2017, da det var 46 prosent som svarte at de hadde etablert slike rutiner. Det er også en økning i antall kommuner som har innført skriftlige rutiner for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester, fra 27 prosent av kommunene i 2017 til 36 prosent i 2018. Det er også en økning i antall kommuner som har kurs i selvmordsforebygging, fra 66 prosent til 74 prosent.

Det er 77 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskadning og selvmordsforsøk, og 26 prosent av kommunene har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell.

Nesten halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 27 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Det er 26 prosent av kommunene som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i 2018. Og like mange kommuner oppgir at de har oversikt over antall personer som henvender seg på grunn av seksuelle overgrep. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer at de har oversikt på begge områdene.

Det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep har forbedringspotensial i en stor andel av kommunene. Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at samarbeidet i disse sakene i stor grad er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke. Det er ingen endring fra 2017 til 2018.

20 ORGANISERING AV TJENESTENE OG INVOLVERING I FOLKEHELSEARBEIDET

Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan man vil organisere tjenestene innen psykisk helsearbeid. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det ikke uventet at det finnes mange mulige organiseringsformer.

I 2013 hadde om lag 60 prosent av kommunene valgt å organisere rus og psykisk helse i samme enhet/avdeling eller team.

20.1 ORGANISERING AV TJENESTER TIL VOKSNE

I 2013 hadde om lag 60 prosent av kommunene valgt å organisere rus og psykisk helse i samme enhet/avdeling eller team. I 2018 har vi kartlagt om tjenestene til voksne er organisert innenfor disse grupperingene:

- Felles enhet/tjeneste for psykisk helse- og rusarbeid
- Separate enheter/tjenester for henholdsvis psykisk helse- og rusarbeid (Med egen enhet/tjeneste menes at arbeidet med psykisk helse og rus er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter som f.eks. pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell)
- Integreerte tjenester for psykisk helse- og rusarbeid (Psykisk helse- og rusarbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helse- og rusarbeid. Det er ikke etablert en egen enhet for psykisk helse- og rusarbeid)

Det er 420 kommuner/bydeler (96 prosent) som har svart. Som vist i tabell 19.1, er det 65 prosent av kommunene som nå har felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, mens ni prosent har integrerte tjenester. Dette er i tråd med det bilde vi har hatt av utviklingen de siste årene.

Tabell 20.1 Hvilken organisering har kommunen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne?

	Antall	Andel
Felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid	271	65
Separate enheter/tjenester for henholdsvis psykisk helse- og rusarbeidet	112	27
Integreerte tjenester for psykisk helse- og rusarbeid	37	9
Total	420	100

For de som har svart at de har en felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, har vi spurt hvor mange årsverk som er tilknyttet enheten (omtrentlig anslag). Det er 266 av de 271 kommunene som har svart. Totalt er det rapportert om 5226 årsverk. Dette betyr at 42 prosent av årsverkene som er rapportert innen tjenester til voksne innen psykisk- helse og rusarbeid, er tilknyttet en egen tjeneste eller enhet.

Vi har også spurt de som har integrerte tjenester om de kunne spesifisere nærmere hvordan de har valgt å gjøre dette. Av de 37 kommunene som svarte at de hadde integrerte tjenester, var det 35 som svarte på hvordan tjenestene var integrert. De fleste har som vist i tabell 20.1 valgt å holde både psykisk helse og rusarbeid integrert i de øvrige tjenestene.

Tabell 20.2 Om det er Hvilken organisering har kommunen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne?

	Antall	Andel
Både psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er integrerte tjenester	24	69
Kun psykisk helsearbeid er integrert, rusarbeid er ikke integrert	2	6
Kun rusarbeid er integrert, psykisk helsearbeid er ikke integrert	3	9
Annen organisering	6	17
Totalt	35	100

Vi har i liten grad oversikt over organiseringen i tjenester til barn og unge i dag, og vi valgte derfor å stille et åpent spørsmål om dette til kommunene/bydelene. De viktigste basistjenestene (møter alle) for barn og unge er helsestasjon, barnehage, skole og SFO. Hjelpetjenester som bistår basistjenestene inkluderer helsestasjon – og skolehelsetjeneste, PPT, barnevern og BUP. Det er 373 kommuner (85 prosent) som har gitt en beskrivelse. Her er det mange åpne svar å gå gjennom, og vi arbeider med å utvikle nye spørsmål om dette til kartleggingen i 2019. Noen eksempler på beskrivelser gis i det følgende:

- Arbeidet ivaretas av eksisterende tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, skole og barnehager)
- Ansatte med psykisk helse/ruskompetanse plassert i helsestasjon, grunnskole eller videregående skole
- Egen tjeneste/avdeling/team/årsverk rettet mot barn og unge med psykiske helseproblemer
- Egen tjeneste/enhet Barn og unge (inkludert psykisk helse)
- Delt ansvar mellom sektorene helse og oppvekst
- Ansvar er lagt til helsestasjon
- Egen forebyggingsenhet
- Ansvar er delt mellom psykisk helse og NAV

Det er flere dimensjoner her, og vi må bruke mer tid på å formulere gode spørsmål basert på svarene.

20.2 KOBLING TIL KOORDINERENDE ENHET

Vi har også vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og spurte derfor om dette. Totalt er det 71 prosent av kommunene som har svart at feltet er integrert i koordinerende enhet. 93 prosent av kommunene/bydelene har svart. Det er ingen statistiske forskjeller mellom kommunene etter hvor

store de er, eller etter hvilket fylke de ligger i, og det er derfor ikke tatt med figurer etter kommunestørrelse og fylke.

20.3 FOLKEHELSEARBEIDET

På et åpent spørsmål om på hvilken måte psykisk helse- og rusarbeid bidrar inn i det lokale folkehelsearbeidet per i dag, er det 316 kommuner som har svart (72 prosent). Vi finner at det er 62 kommuner som oppgir at de bidrar gjennom planarbeid knyttet til folkehelsearbeidet på ulike måter. Det er 46 kommuner som nevner at de samarbeider med frisklivssentralen og andre mestringstjenester, og 18 kommuner har svart at de bidrar blant annet på Verdensdagen for psykisk helse. Ti kommuner oppgir at kommunepsykologen deltar i folkehelsearbeidet. Andre svarer at de deltar i ulike prosjekter eller i enkelte tiltak, mens andre sier at de i liten grad bidrar inn i dette arbeidet.

Det er hhv. 414 og 418 kommuner/bydeler (95 prosent) som har svart på spørsmålet om psykisk helsearbeid og rusarbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Av disse er det 74 prosent som svarer ja for psykisk helse og 64 prosent som svarer ja for rus. Andelen som svarer ja fordeler seg etter kommunestørrelse som vist i tabell 20.3. Fylkesfordelingen er vist i tabell 20.4.

Tabell 20.3 Inngår psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet per i dag? Kstr. 2018.

	Psykisk helse	Rus
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	66	56
Kommune med 2000-5000 innbyggere	76	66
Kommune med 5000-10000 innbyggere	78	76
Kommune med 10000-20000 innbyggere	67	56
Kommune med 20000-50000 innbyggere	77	63
Kommune med 50000 innbyggere og mer	80	67
Bydel i Oslo	88	59
Totalt	74	64

Tabell 20.4 Inngår psykisk helsearbeid som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet per i dag? Fylke, 2018.

	Psykisk helse	Rus
Østfold	59	53
Akershus	77	55
Oslo	88	59
Hedmark	80	81
Oppland	67	58
Buskerud	71	67
Vestfold	100	100
Telemark	88	76
Aust-Agder	69	54
Vest-Agder	80	80
Rogaland	96	68
Hordaland	70	52
Sogn og Fjordane	65	58
Møre og Romsdal	79	76
Trøndelag	68	62
Nordland	66	63
Troms	74	65

Finnmark	60	50
Totalt	74	64

20.4 OPPSUMMERING

Totalt oppgir 65 prosent av alle kommunene i 2018 at arbeidet rettet mot voksne er organisert i en felles enhet for psykisk helse- og rusarbeid, mens ni prosent har integrerte tjenester. De resterende 27 prosentene oppgir at de har separate enheter/tjenester for henholdsvis psykisk helse- og rusarbeidet. Dette er i tråd med det bilde vi har hatt av utviklingen de siste årene, at flere samler tjenestene i en egen enhet.

For barn og unge er det stor variasjon i hvordan tjenestene er organisert. Det vanligste ser ut til å være at arbeidet ivaretas av eksisterende tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, skole og barnehager), men mange har også en egen tjeneste rettet mot barn og unge med psykiske helseproblemer. Mange har delt ansvar mellom sektorene helse og oppvekst, og en del har gitt ansvaret til helsestasjonstjenesten. Noen oppgir også at de har organisert arbeidet i en egen forebyggingsenhet. Dette vil kartlegges grundigere neste år for å få en kvantitativ fordeling.

Vi har også vært usikre på hvordan tjenestetilbudet til personer med rus- og/eller psykisk helseproblemer er integrert i kommunens koordinerende enhet, og vi spurte derfor om dette i 2018. Kartleggingen viser at 71 prosent av kommunene svarer at fagfeltet er integrert i koordinerende enhet. Vi finner ingen statistiske forskjeller mellom kommunene etter hvor store de er, eller etter hvilket fylke de ligger i.

På et åpent spørsmål om på hvilken måte psykisk helse- og rusarbeid bidrar inn i det lokale folkehelsearbeidet per i dag, er det 62 kommuner som oppgir at de bidrar gjennom planarbeid knyttet til folkehelsearbeidet på ulike måter. Det er 46 kommuner som nevner at de samarbeider med frisklivssentralen og andre mestringstjenester, og 18 kommuner har svart at de bidrar blant annet på Verdensdagen for psykisk helse. Ti kommuner oppgir at kommunepsykologen deltar i folkehelsearbeidet. Andre svarer at de deltar i ulike prosjekter eller i enkelte tiltak, mens andre sier at de i liten grad bidrar inn i dette arbeidet.

På spørsmål om psykisk helsearbeid og rusarbeid inngår som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet, er det 74 prosent som svarer ja for psykisk helse og 64 prosent som svarer ja for rus. Det er ikke statistiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

21 ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene for psykisk helse og rus. Følgende sentre er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KORUS (regionale kompetansesenter for rus-spørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)

Dette temaet har vært med i de tre siste kartleggingene, men spørsmålene har variert. Resultatene fra de to foregående kartleggingene har vist at det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS, ROP-tjenesten.

Sentrene har ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene. Formålet med kapitlet er derfor ikke å sammenlikne sentrene.

KORUS er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (86 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (80 prosent). NAPHA har vært benyttet av 65 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 59 prosent av kommunene. Det er 52 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff.

21.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra 57 ulike variabler i datasettet. Det er rundt 415 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent) på følgende spørsmål:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt:
 - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
 - KORUS (regionale kompetansesenter for rus-spørsmål)
 - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
 - RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
 - ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig)
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler

- Deltatt på kurs
- Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
- Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått?
- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner som har kontakt med ressurscenterne heller enn tjenestene. 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. I dette kapittelet er de som har svart "Svært nyttig" eller "Nyttig" kodet som "Nyttig".

Den første delen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i 2016. Vi tar derfor med begge årene i fremstillingene. I dette kapittelet teller Oslo som en kommune.

21.2 NAPHA

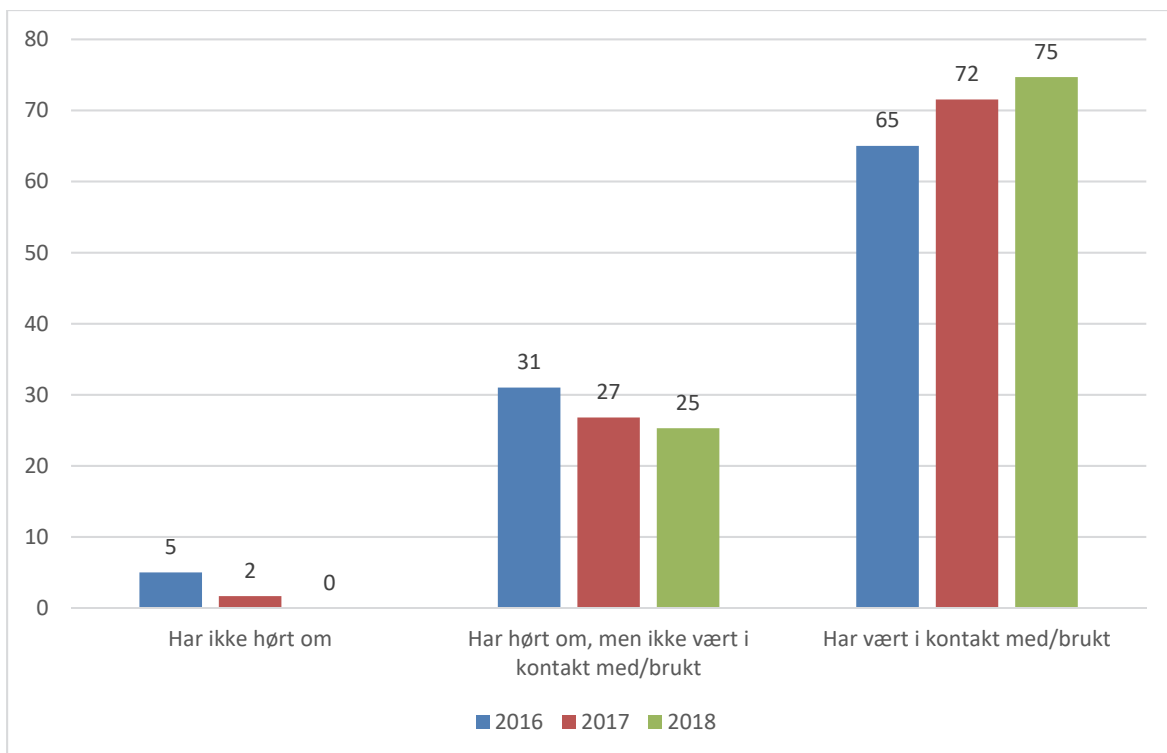
NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom tilskuddsbrev og dialogmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

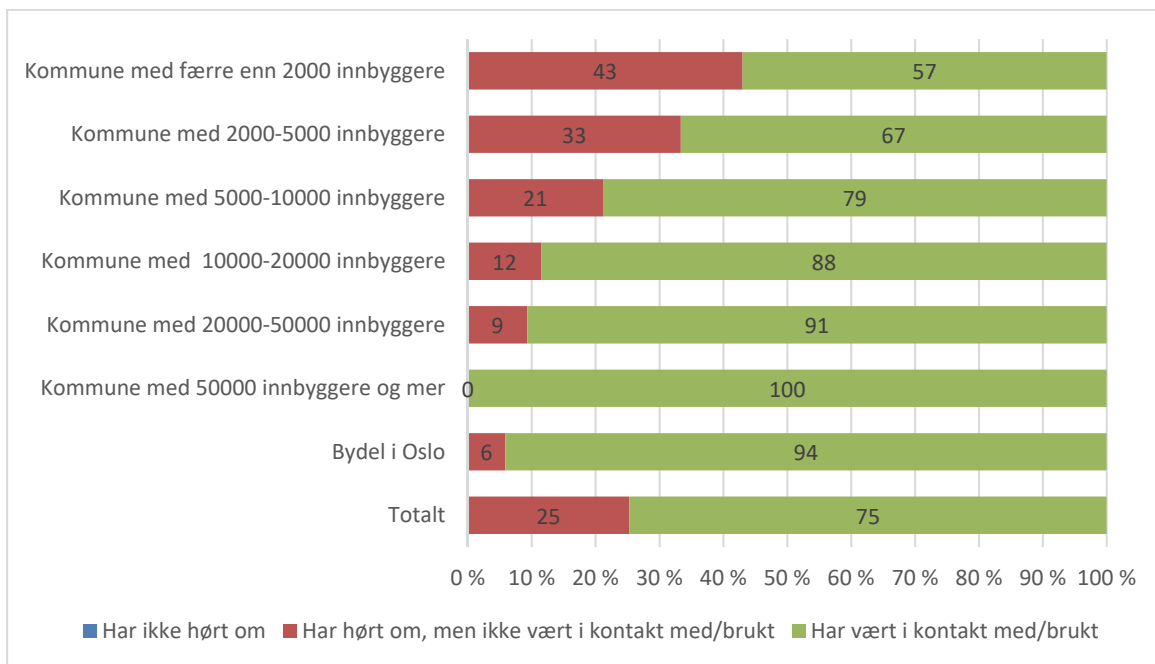
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark.
- Team Midt dekker Nord- og Sør-Trøndelag, samt Møre og Romsdal.
- Team Vest dekker Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.
- Team Sør dekker Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.
- Team Øst dekker Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland.

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Fra figur 21.1 ser vi at det er 75 prosent av kommunene som har vært i kontakt med NAPHA, en økning på tre prosentpoeng siden 2017.

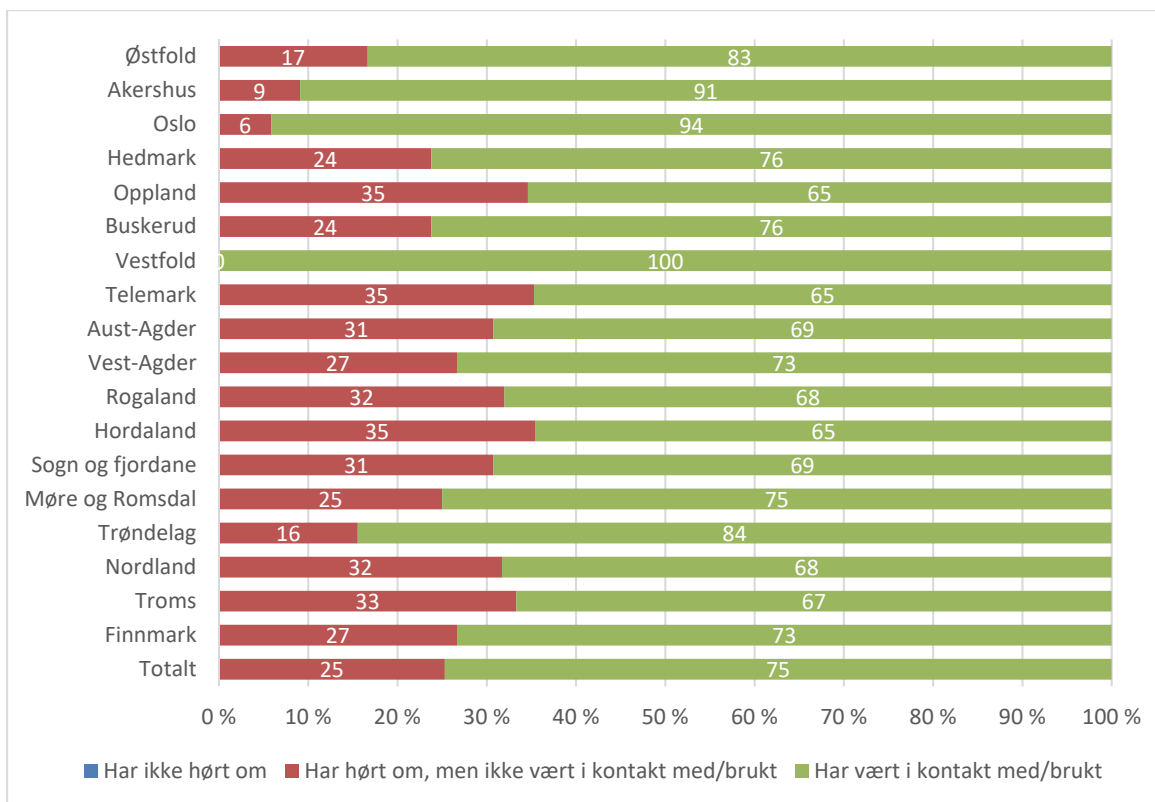


Figur 21.1 Andel kommuner som kjenner til NAPHA, 2016-2018.



Figur 21.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, kommunestørrelse 2018.

Det er en betydelig lavere andel av de små kommunene som ikke har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, jf. figuren over. Det er nå ingen kommuner som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA.



Figur 21.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, fylke 2017.

Fra tabell 21.1 ser vi at 60 prosent av kommunene svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA i 2018, mens 51 prosent av kommunene oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA. 43 prosent har deltatt på kurs, mens for eksempel 23 prosent har deltatt på kompetansehevende program/tiltak.

Tabell 21.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426) og 2018 (n=422)

	2016		2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	247	58	298	70	253	60
Lest fagartikler	218	51	269	63	216	51
Deltatt på kurs	159	37	169	40	183	43
Telefonkontakt	60	14	109	26	113	27
Konkret samarbeid	55	13	79	19	106	25
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18	89	21	95	23
E-læringstilbud	11	3	20	5	25	6
Annet, hva	12	3	16	4	18	4

21.3 KORUS

Kompetansesenter rus (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Kompetansesenterets primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal skje i tett samarbeid med andre regionale aktører, og bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet (Tilskuddsbrev til de regionale kompetansesentre rus (KoRus)).

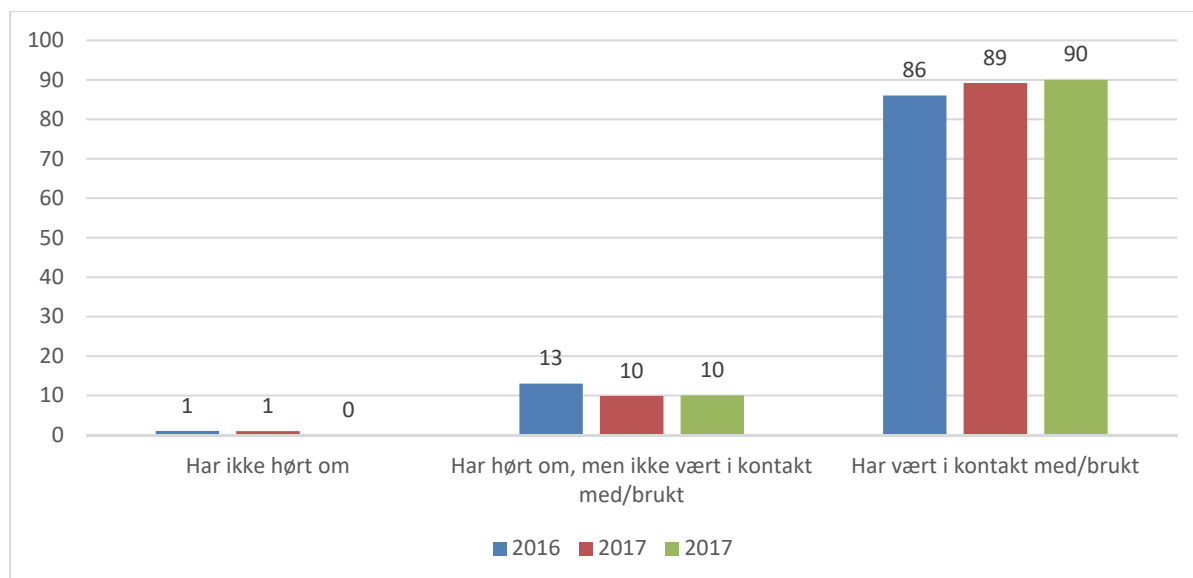
De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) har som sin primære rolle å styrke praksisfeltet gjennom å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse.

Det er 7 KoRus:

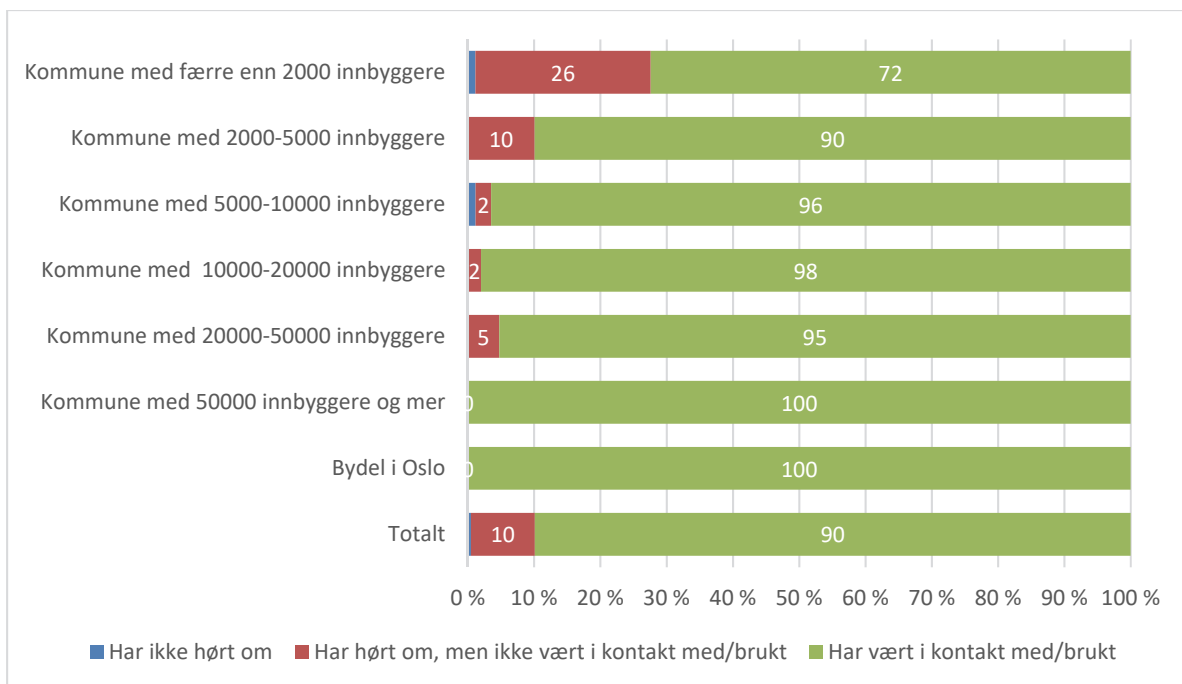
- KoRus – Midt-Norge (St.Olavs Hospital HF)
- KoRus – Vest Bergen (Stiftelsen Bergensklinikkene)
- KoRus – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KoRus – Sør (Borgestadklinikken Blå Kors)
- KoRus – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KoRus – Øst (Sykehuset Innlandet HF)
- KoRus – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) har som sin primære rolle å styrke praksisfeltet gjennom å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse.

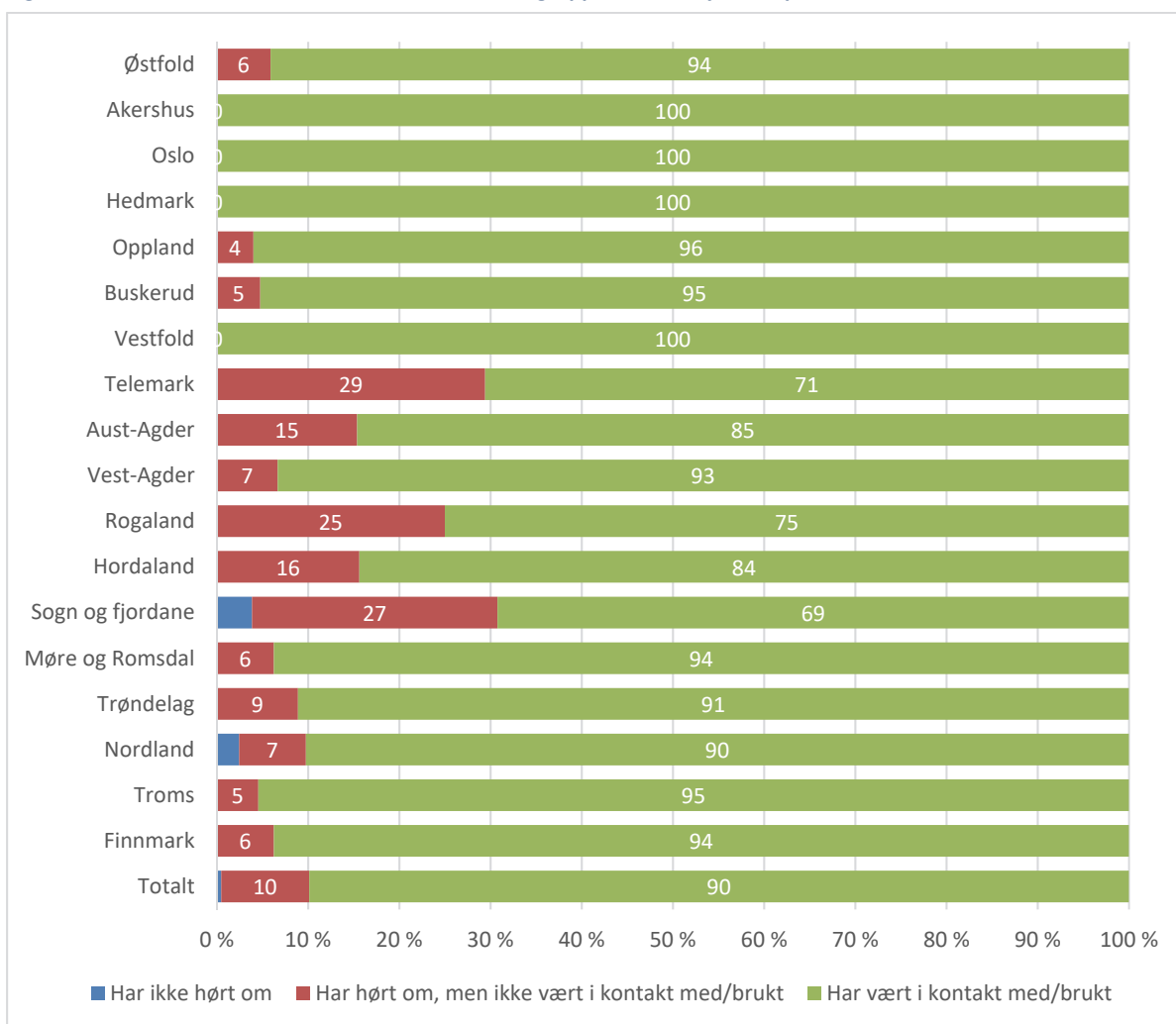
Fra figur 21.2 ser vi at 90 prosent av kommunene oppgir å ha vært i kontakt med KORUS i 2018. Det er i 2018 kun to kommuner som oppgir at de ikke har hørt om KoRus.



Figur 21.4 Andel kommuner som kjenner til KoRus, 2016, 2017 og 2018.



Figur 21.5 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, kommunistørrelse 2018.



Figur 21.6 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, fylke 2018.

Det er 59 prosent av landets kommuner som svarer at de besøkt nettsiden og deltatt på kurs i 2018, se tabell 21.2. Totalt har 56 prosent av landets kommuner hatt konkret samarbeid med KoRus mens 39 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevende tiltak.

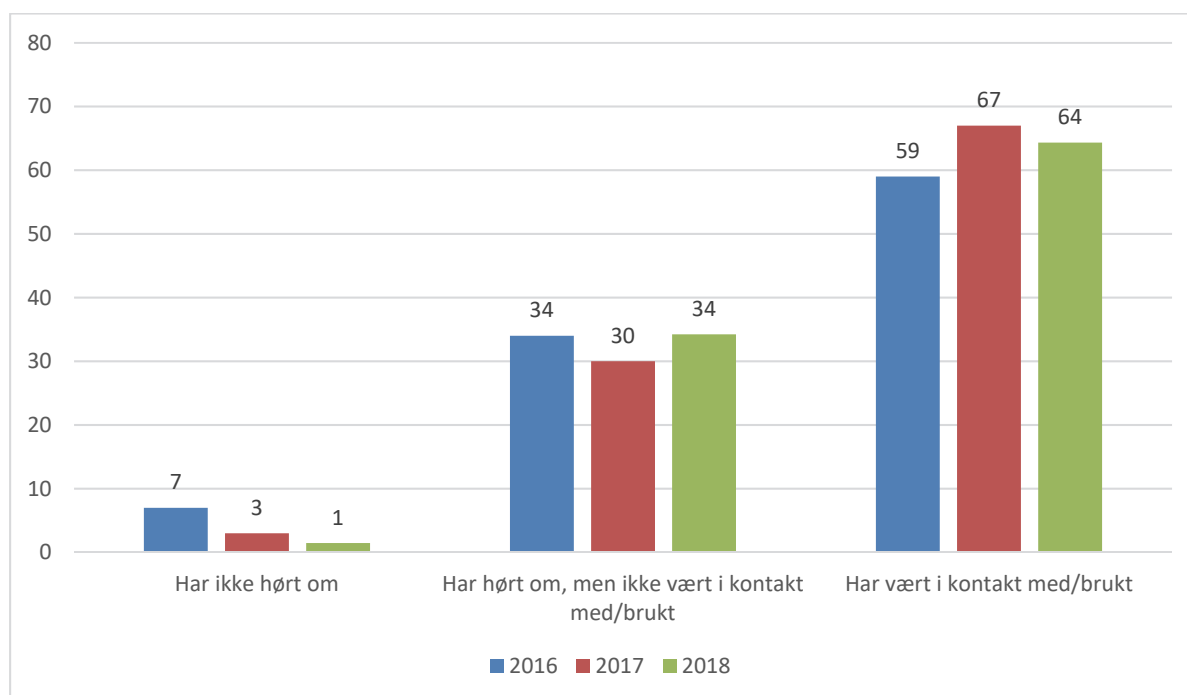
Tabell 21.2 Kontakt med KoRus, 2016 (N=428), 2017 (n=426) og 2018 (n=422)

	2016		2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	208	49	266	62	250	59
Deltatt på kurs	233	54	256	60	248	59
Konkret samarbeid	188	44	225	53	237	56
Telefonkontakt	147	34	200	47	194	46
Lest fagartikler	163	38	204	48	168	40
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	165	39	184	43	166	39
E-læringstilbud	22	5	19	4	22	5
Annet	13	3	17	4	21	5

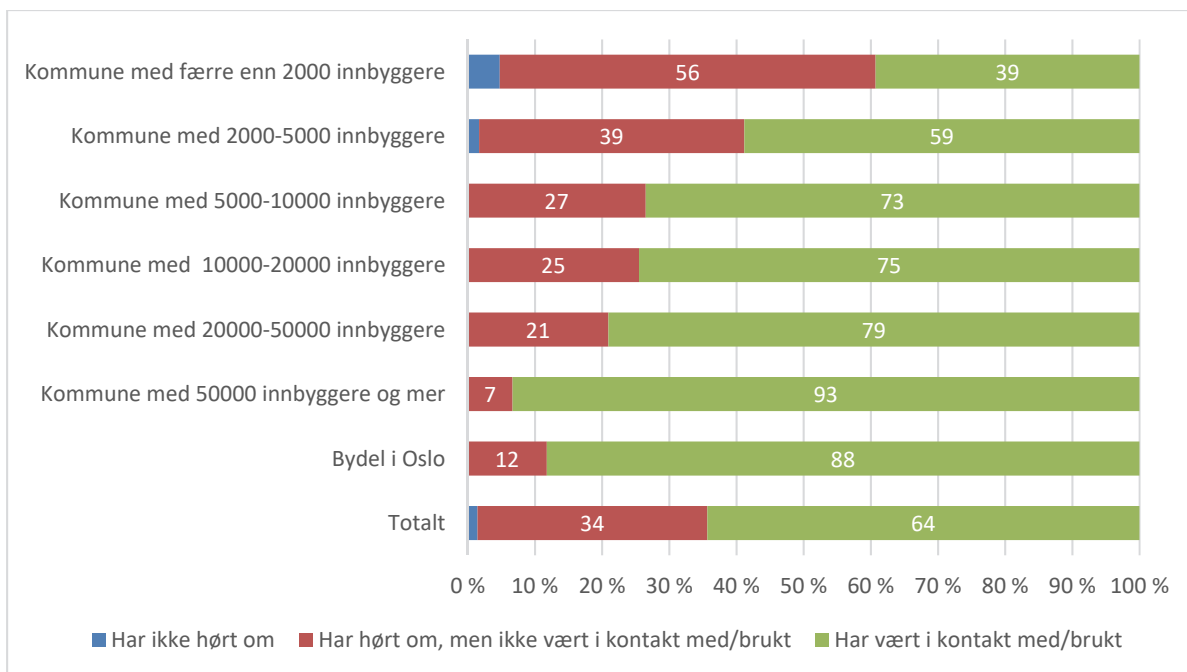
21.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

Det er fire regionale RBUP senter, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern.

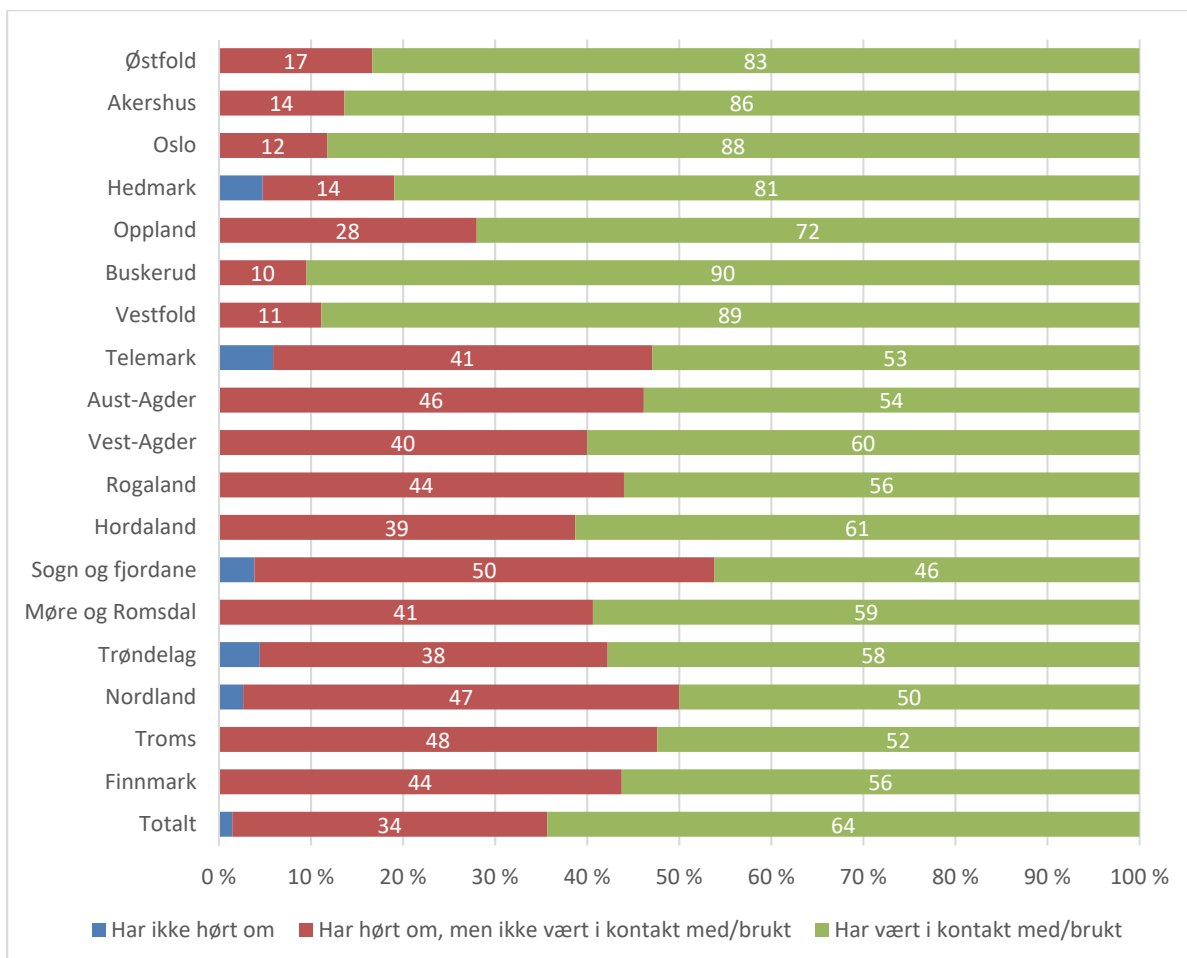
Som vist i figur 21.7, er det sekstifire prosent av kommunene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP.



Figur 21.7 Andel kommuner som kjenner til RBUP/RKBU, 2016, 2017 og 2018.



Figur 21.8 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, kommunestørrelse 2018.



Figur 21.9 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2018.

Det er 42 prosent av kommunene som oppgir at de har besøkt nettsiden og 35 prosent som oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, mens 28 prosent har lest fagartikler, se tabell 21.3.

Tabell 21.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426) og 2018 (n=422)

	2016		2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	127	30	202	47	179	42
Deltatt på kurs	129	30	168	39	147	35
Lest fagartikler	92	21	148	35	117	28
Konkret samarbeid	70	16	80	19	95	23
Telefonkontakt	64	15	95	22	92	22
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	70	16	86	20	86	20
E-læringstilbud	7	2	10	2	10	2
Annet	12	3	7	2	8	2

21.5 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)

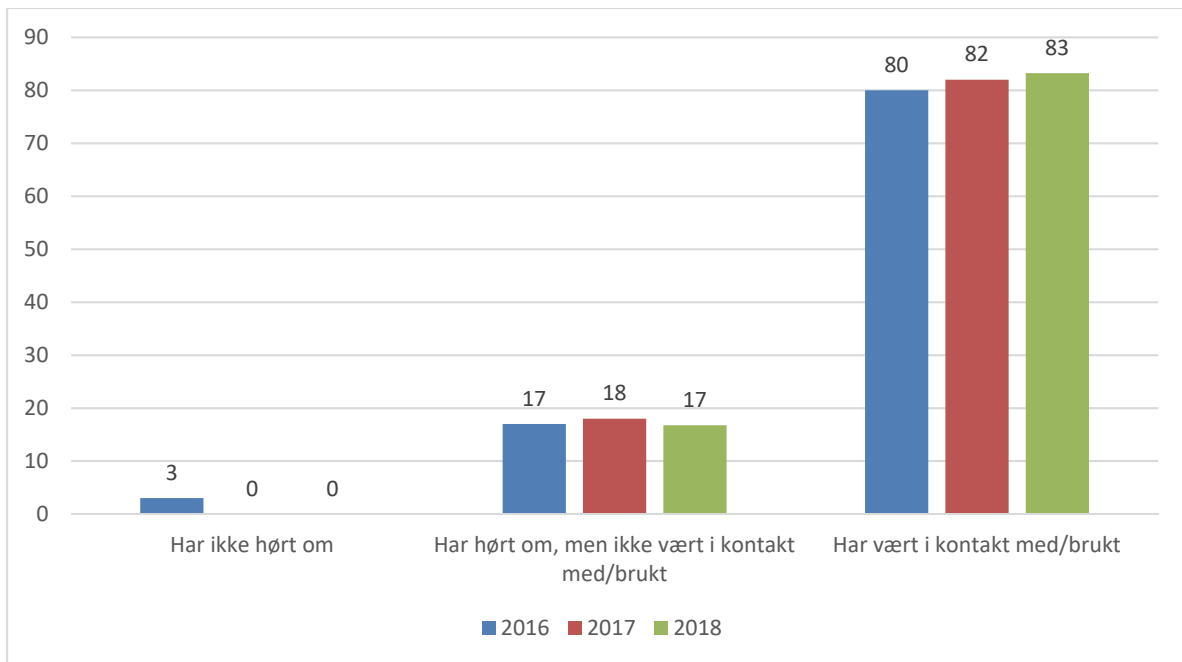
Det er fem regionale ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet.

De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

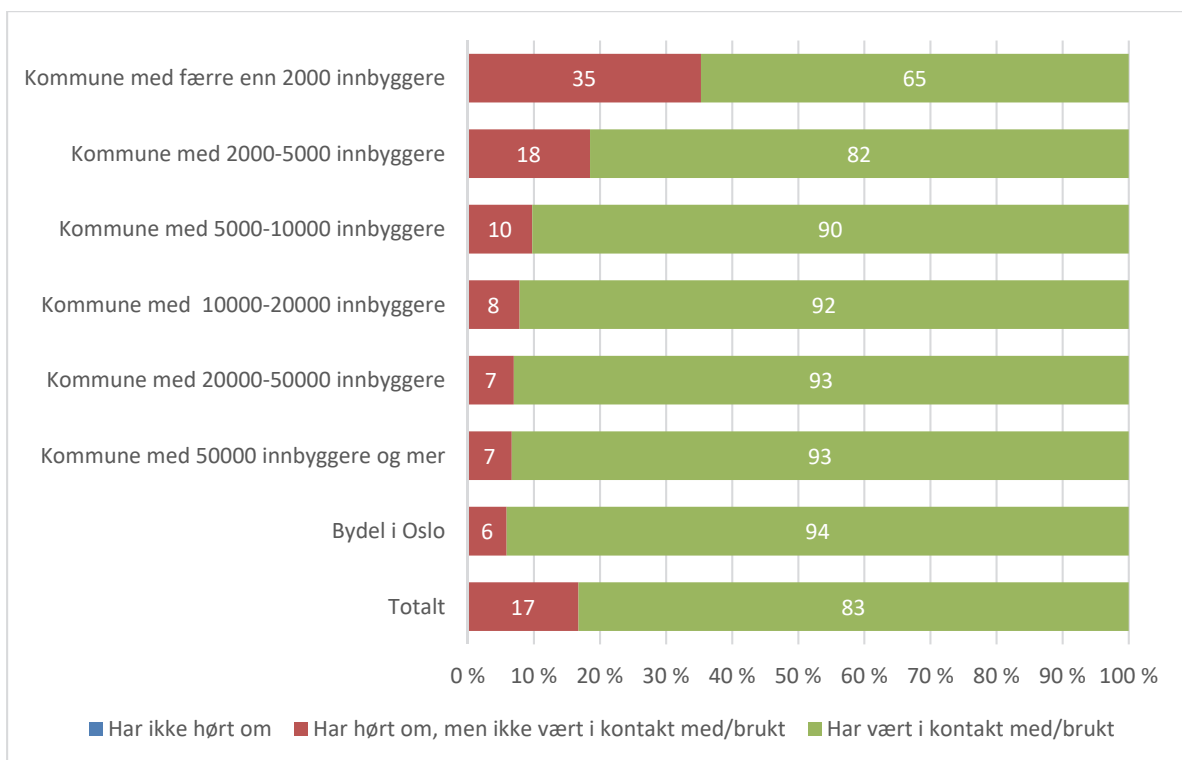
Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

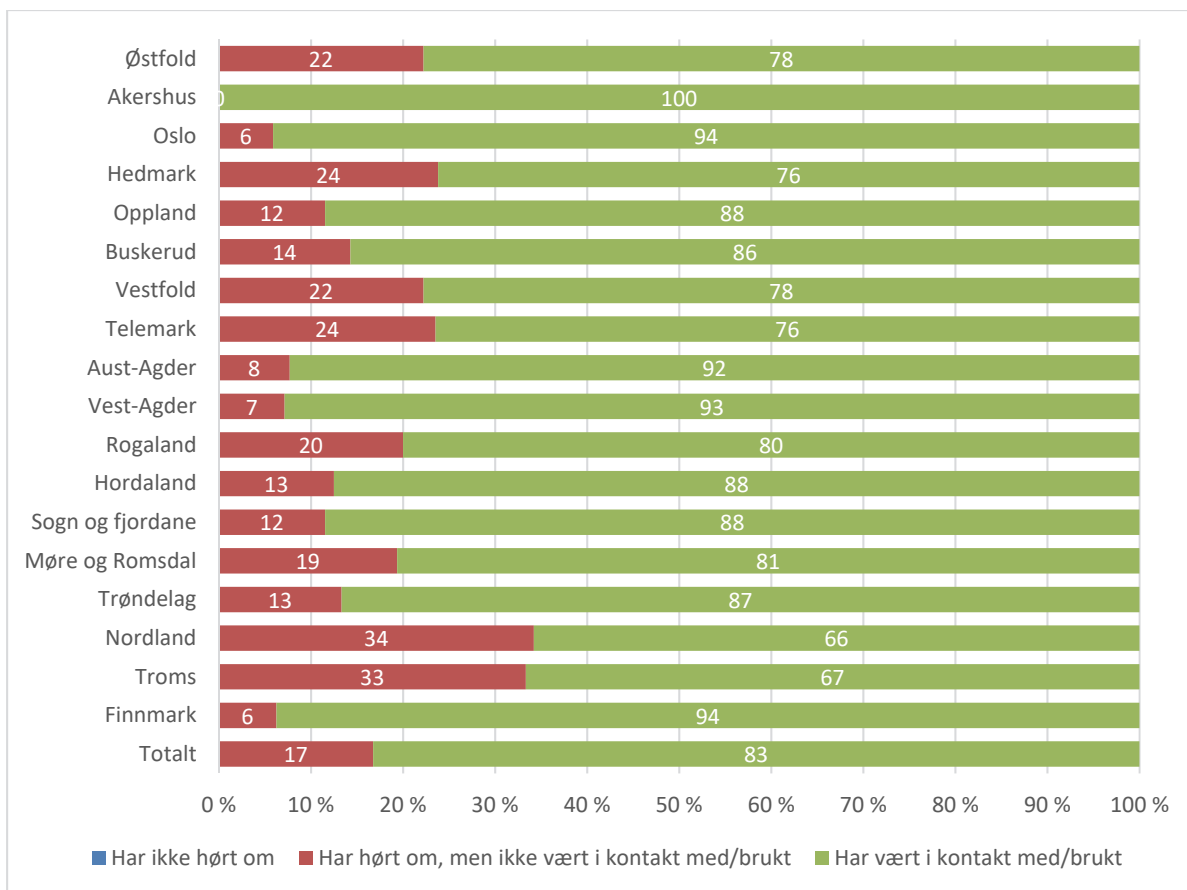
Som vist i figur 18.4, er det 83 prosent av kommunene som våren 2018 svarer at de har vært i kontakt med RVTS. Det er kun en liten kommune i Troms som har svart at de ikke kjenner RVTS.



Figur 21.10 Andel kommuner som kjenner til RVTS, 2016, 2017 og 2018.



Figur 21.11 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, kommunestørrelse 2018.



Figur 21.12 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, fylke 2018.

58 prosent av kommunene oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RVTS og 60 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 21.4. Det er 34 prosent av kommunene som oppgir at de har vært i telefonisk kontakt med RVTS, mens 32 prosent av kommune oppgir at de har hatt konkret samarbeid med RVTS.

Tabell 21.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2017 (n=426) og 2018 (n=422)

	2016		2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11
Annet	10	2	10	2	16	4

21.6 ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet rusproblemer og psykiske problemer.

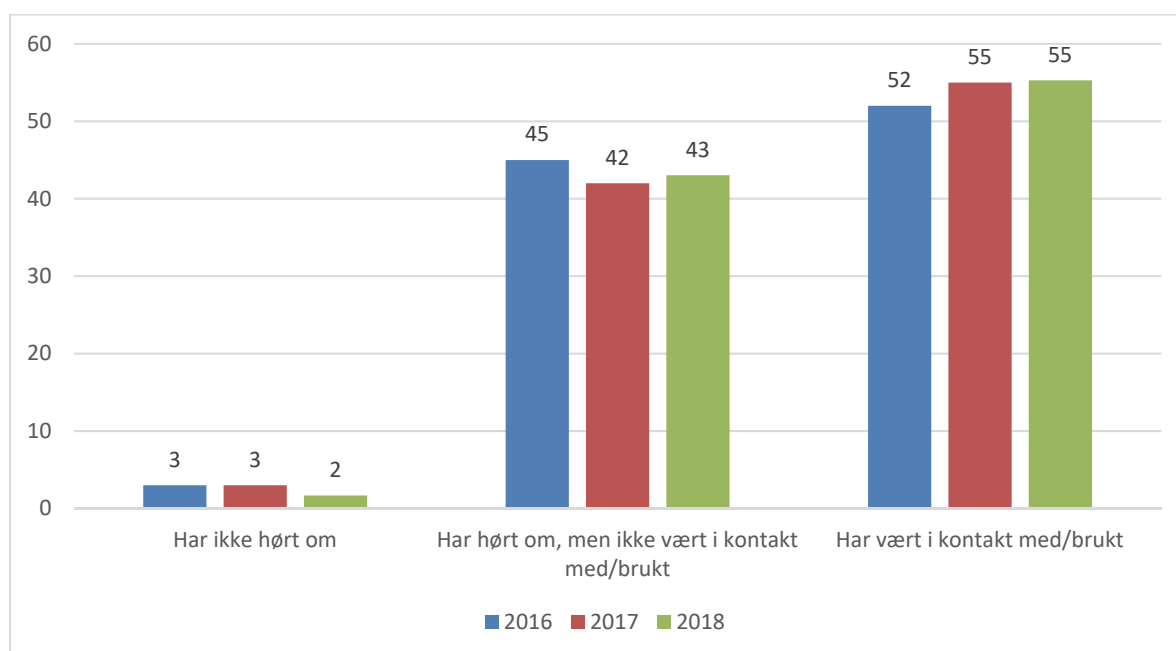
Målgruppene for tjenestens arbeid er ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern, kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV og frivillige organisasjoner, samt brukere/pasienter og deres pårørende.

Kompetansetjenesten skal:

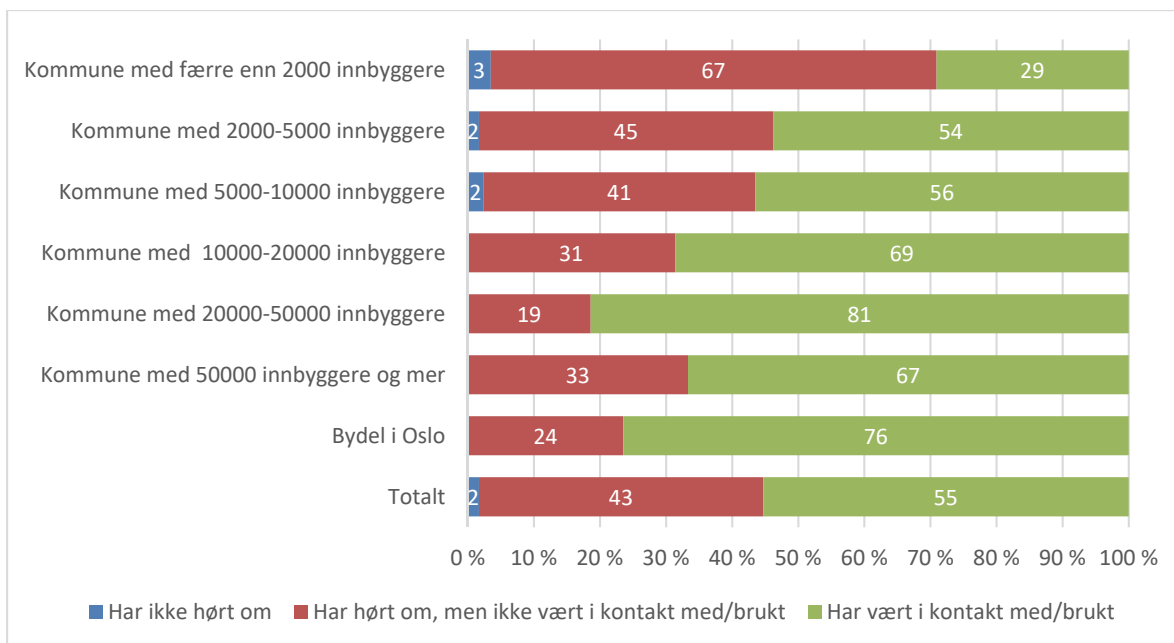
1. Sørge for kunnskaps- og kompetansespredning
2. Bidra til kompetanseutvikling
3. Delta i forskning og etablering av nasjonalt forskernettverk
4. Bidra i relevant opplæring og undervisning
5. Etablere og drifte faglige nettverk
6. Ha oversikt over behandlings- og oppfølgingstjenester og formidle behandlingsresultater

De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

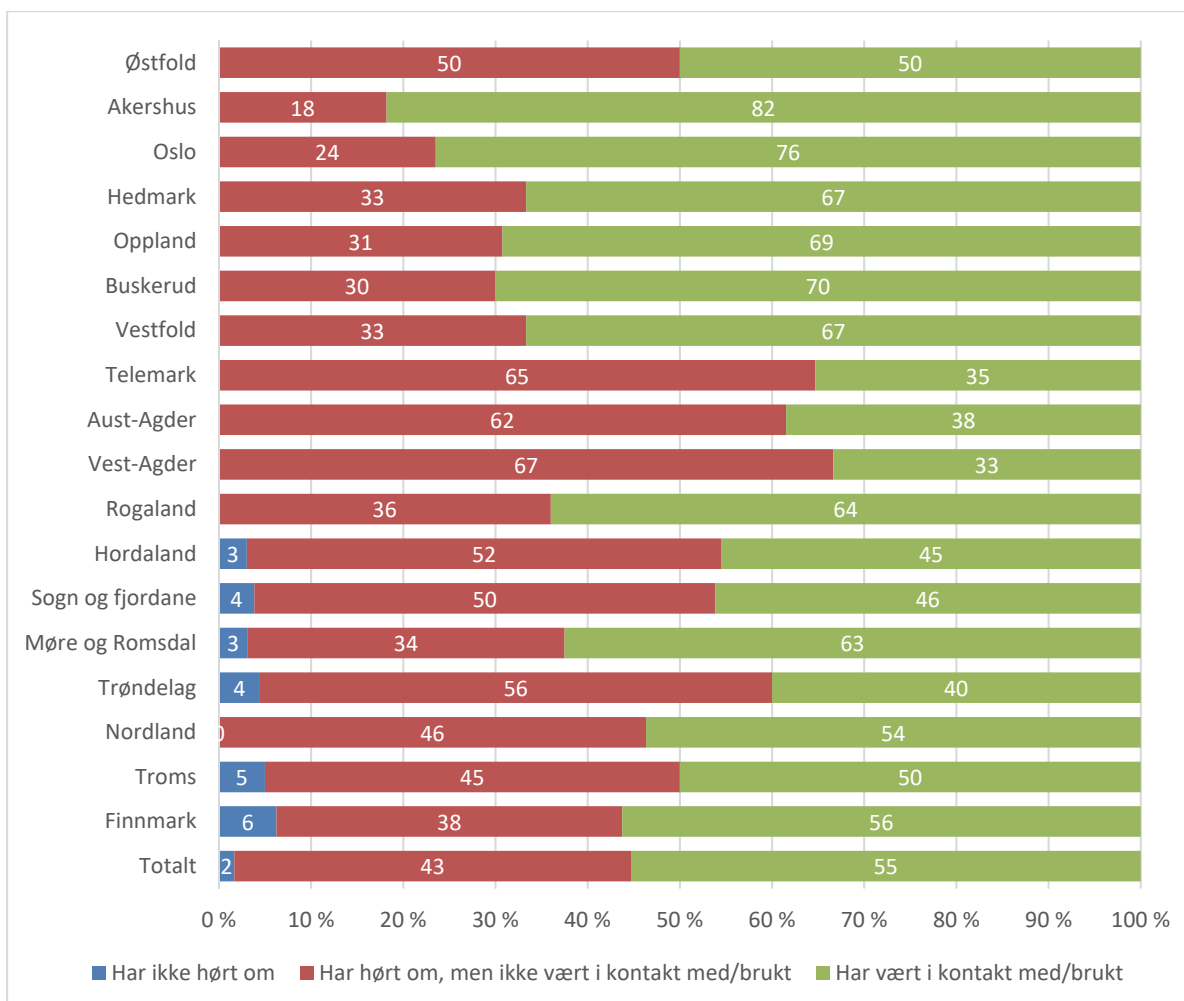
Totalt svarer 55 prosent av kommunene at de har vært i kontakt med ROP-tjenesten, se figur 21.13.



Figur 21.13 Andel kommuner som kjenner til ROP-tjenesten, 2016, 2017 og 2018.



Figur 21.14 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til ROP-tjenesten, kommunestørrelse 2018.



Figur 21.15 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til ROP-tjenesten, fylke 2018.

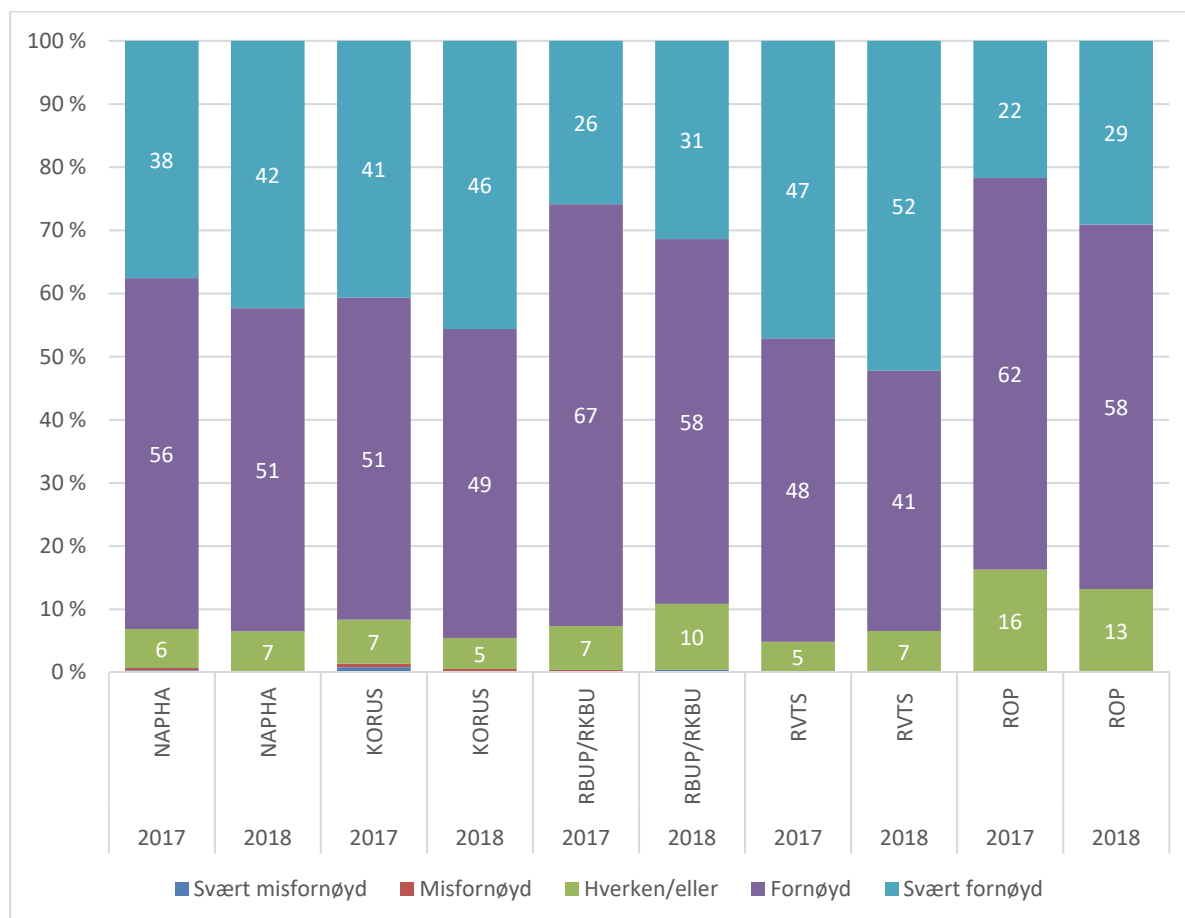
Totalt har 41 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til ROP-tjenesten, mens 29 prosent har lest fagartikler fra ROP-tjenesten, se tabell 21.5.

Tabell 21.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426) og 2018 (n=422).

	2016		2017		2018	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	163	38	245	58	171	41
Lest fagartikler	127	30	177	42	123	29
Deltatt på kurs	119	28	108	25	95	23
Telefonkontakt	52	12	49	12	62	15
Konkret samarbeid	49	11	47	11	59	14
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11	48	11	45	11
E-læringstilbud	19	4	18	4	15	4
Annet	4	1	11	3	7	2

21.7 KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE

Det er kun en kommune som oppgir at de er svært misfornøyd og en kommune som er misfornøyd. Som figuren viser er det store flertallet av kommunene fornøyd eller svært fornøyd med alle kompetanse- og ressursentrene.



Figur 21.16 Andel kommuner etter fornøydhet med tilbudet de har fått fra tjenesten, 2018.

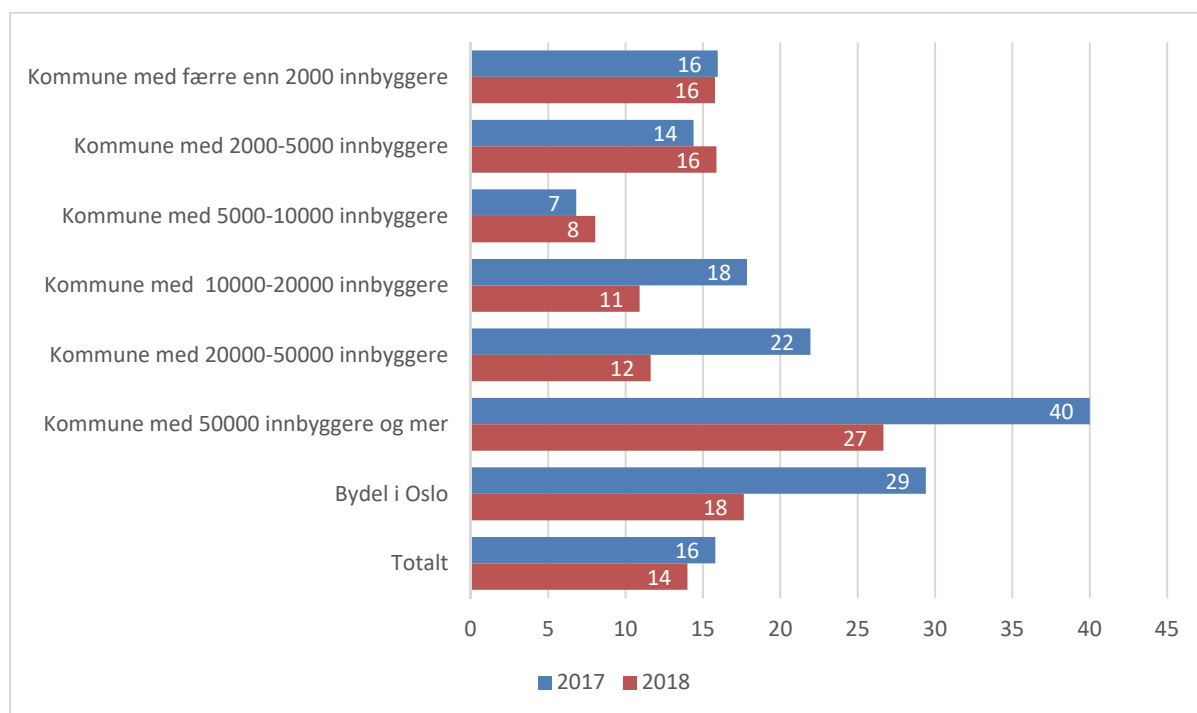
21.8 OPPTRENER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?

I 2017 og 2018 ble det spurt om i hvilken grad kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud til kommune. I 2018 var det 45 prosent av kommunene som svarte, synes i stor eller svært stor grad at dette er tilfellet. I 2017 var andelen 41 prosent.

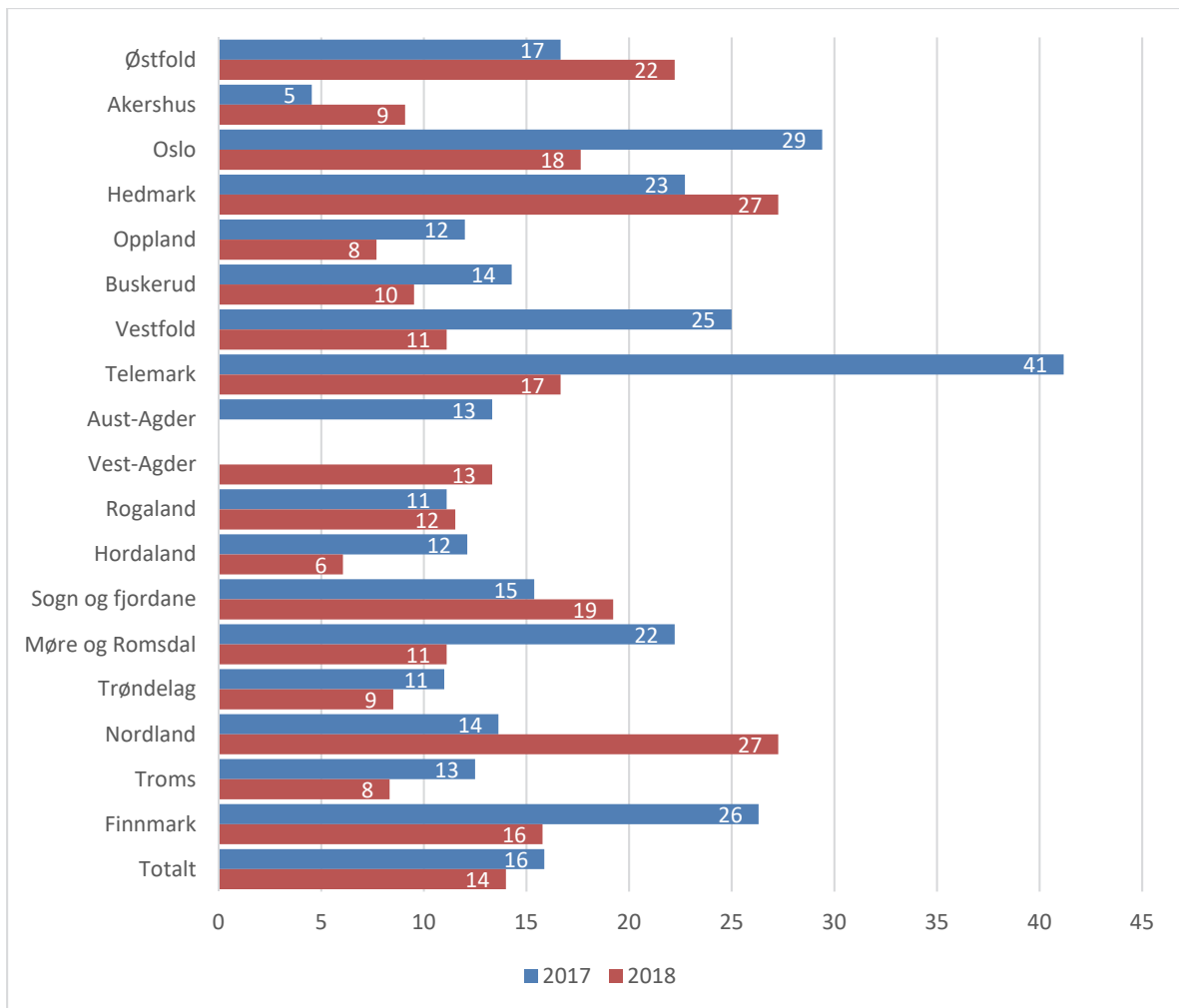
Tabell 21.6 I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? 2017 og 2018.

	2017		2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	13	3	15	4
I liten grad	57	14	45	11
I noen grad	169	42	169	41
I stor grad	151	37	152	37
I svært stor grad	15	4	31	8
Totalt	405	100	412	100

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet (60 kommuner eller 15 prosent av de som har svart, eller 14 prosent av alle kommuner).



Figur 21.17 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, kommunistørrelse 2017, 2018.



Figur 21.18 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, fylke 2017, 2018.

21.9 OPPSUMMERING

Det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten (0-2 prosent). KORUS-ene er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (90 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (83 prosent). NAPHA har vært benyttet av 75 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 64 prosent av kommunene. Det er 55 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten.

Det er forskjeller mellom sentrene i hvilken type kontakt kommunene har hatt. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff. Det store flertallet av kommunene 84-95 prosent av kommunene er godt fornøyd med tilbudet de har fått fra sentrene, men 15 prosent av kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene i liten grad opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene.

REFERANSER

- Aarre, T. (2010). Manifest for psykisk helsevern Oslo, Universitetsforlaget.
- Aartsen, M., M. Veenstra and T. Hansen (2017). "Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health." *SSM-population health* 3: 419-426.
- Adair, C. E., G. M. McDougall, A. Beckie, A. Joyce, C. Mitton, C. T. Wild, A. Gordon and N. Costigan (2003). "History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes." *Psychiatric Services* 54(10): 1351-1356.
- Amati, F., C. Banks, G. Greenfield and J. Green (2018). "Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review." *J Public Health (Oxf)* 40(3): e375-e387.
- Beckers, T., B. Koekkoek, B. Tiemens, L. Jaqx-van Tienen and G. Hutschemaekers (2018). "Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study." *J Psychiatr Ment Health Nurs*.
- Bleken, S. (2018). Helsepersonells erfaringer med utskrivelse av pasient-med fokus på legemiddelinformasjonsoverføring til pasient, omsorgspersoner og behandlingenheter.
- Borgermans, L., Y. Marchal, L. Busetto, J. Kalseth, F. Kasteng, K. Suija, M. Oona, O. Tigova, M. Rösenmuller and D. Devroey (2017). "How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond." *International Journal of Integrated Care* 17(4).
- Burns, T., J. Catty, S. White, S. Clement, G. Ellis, I. R. Jones, P. Lissouba, S. McLaren, D. Rose and T. J. P. m. Wykes (2009). "Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon." 39(2): 313-323.
- By Rise, M. (2012). Lifting the veil from user participation in clinical work—What is it and does it work?
- Cetrano, G., L. Salvador-Carulla, F. Tedeschi, L. Rabbi, M. R. Gutierrez-Colosia, J. L. Gonzalez-Caballero, A. L. Park, D. McDaid, R. Sfetcu, J. Kalseth, B. Kalseth, O. Hope, M. Brunn, K. Chevreul, C. Strassmayr, G. Hagmair, K. Wahlbeck, F. Amadeo and R. group (2018). "The balance of adult mental health care: provision of core health versus other types of care in eight European countries." *Epidemiol Psychiatr Sci*: 1-10.
- Daatland, S. and K. Koløen (2013). Vennskap, samvær og fortrolighet - om omfang og typer av vennskap i eldre år. Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG)—runde 1 og 2. NOVA rapport. S. Daatland and B. Slagsvold. 15: 193-200.
- De Jong Gierveld, J. and T. Van Tilburg (2010). "The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys." *European journal of ageing* 7(2): 121-130.
- Dykstra, P. A. (2009). "Older adult loneliness: myths and realities." *European journal of ageing* 6(2): 91.
- Elstad, J., J. Finnvold and I. Texmo (2015). Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn, NOVA. 10/15.

- Eriksen, N. (2018). "Sosiale helseforskjeller i eldre år." <https://blogg.hioa.no/norlag/2018/07/11/sosiale-helseforskjeller-i-eldre-ar/> 2018.
- Flodgren, G. and J. Meneses (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. Rapport – 2017. Folkehelseinstituttet. Oslo.
- Gutiérrez-Colosía, M. R., L. Salvador-Carulla, J. Salinas-Pérez, C. García-Alonso, J. Cid, D. Salazzari, I. Montagni, F. Tedeschi, G. Cetrano and K. Chevreul (2017). "Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries." *Epidemiology and Psychiatric Sciences*: 1-14.
- Hansen, G. V. and H. Ramsdal (2015). "Brukermedvirkning og samarbeid-vanskelige mål å kombinere?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 12(03): 196-205.
- Hansen, S. I., M. Tofteng, V. Flatval, S. Andersson, L. Holst and K. Bråthen (2018). Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016. F.-r. 2018:08. Oslo.
- Hansen, T., B. Slagsvold and M. Veenstra (2017). "Educational inequalities in late-life depression across Europe: results from the generations and gender survey." *European journal of ageing* 14(4): 407-418.
- Helgesen, M. (2018). Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Spørreundersøkelse til Helsedirektoratets samarbeidskommuner. N.-r. 2018:16. Oslo.
- Helse-og-omsorgsdepartementet (2008). St.meld.nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo.
- Helsedirektoratet (2008). Forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo, Sosial-og-helsedirektoratet IS-1511.
- Helsedirektoratet (2011). Ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord. Oslo, Helsedirektoratet. IS-1898.
- Helsedirektoratet (2014). Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo.
- Helsedirektoratet (2016). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet. Oslo. IS-2483.
- Helsedirektoratet (2017). Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten. IS-2626.
- Hoelt, T. J., J. C. Fortney, V. Patel and J. Unutzer (2018). "Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review." *J Rural Health* 34(1): 48-62.
- Hoff, A. (2015). Samhandlingsmøte. Tverrfaglig helsepersonells erfaringer fra deltakelse på samhandlingsmøter to uker etter utskrivelse av en eldre person fra alderspsykiatrisk sykehusavdeling til sykehjem.
- Holum, L. C. (2012). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care.
- Hustvedt, I. B., T. Lie, M. E. Håland, B. Stevenson and S. Nesvåg (2018). Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. BRUKERPLAN - ÅRSRAPPORT 2017. Stavanger, KORFOR.
- Husøy, G. (2015). "Brukerperspektiv i psykisk helsevern-retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 12(04): 317-324.
- Jones, A., B. Hannigan, M. Coffey and A. Simpson (2018). "Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature." *PLoS One* 13(6): e0198427.

- Jones, I. R., N. Ahmed, J. Catty, S. McLaren, D. Rose, T. Wykes, T. J. S. Burns and medicine (2009). "Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers." 69(4): 632-639.
- Karlsson, B., M. Borg, E. Ogundipe, T. Sjøfjell and K. Bjørklykhaug (2017). "Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie." Nordisk tidsskrift for helseforskning Vol 13(Nr 2).
- Karlsson, B. and S. H. Kim (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. En studie om sykepleiers rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. . S. f. p. h. o. r. H. i. B. o. Vestfold. Forskningsrapport nr. 16/2015.
- Kinderman, P. (2014). A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being. . UK Palgrave Macmillan.
- Kirchhoff, R., L. Bøyum-Folkeseth, I. Gjerde and T. Aarseth (2016). "Samhandlingsreformen og fastlegene—et avstandsforhold?" Tidsskrift for omsorgsforskning 2(02): 95-106.
- Kjøllesdal, J., H. H. Iversen, K. Danielsen, M. Haugum and O. Holmboe (2017). "Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016. Nasjonale resultater." PasOpp-rapport.
- Klausen, R. K. (2016). "Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid—En oppsummering av kunnskap."
- KoRus-Midt (2018). Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. Delrapport 1 og 2. K. r.-. Midt-Norge. Trondheim
- KoRus-Øst and N. k. ROP (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? .
- Layard, R. (2006). "Health policy: The case for psychological treatment centres." BMJ: British Medical Journal 332(7548): 1030.
- Lund Håheim, L. (2015). Evaluering av 32 prioriteringsveiledere: en systemintervensjon for å redusere ventetider til elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret.
- Lunde, L.-H. (2016). "Lever vi i ensomhetens tidsalder? Om ensomhet blant eldre [Are we living in the age of loneliness? On loneliness among older adults]." Scandinavian Psychologist 3.
- Ly, A. and E. Latimer (2015). "Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature." Can J Psychiatry 60(11): 475-487.
- Masi, C. M., H.-Y. Chen, L. C. Hawkley and J. T. Cacioppo (2011). "A meta-analysis of interventions to reduce loneliness." Personality Social Psychology Review 15(3): 219-266.
- Mehlum, L., G. Dieserud, O. Ekeberg, B. Grøholdt, L. Mellesdal, F. Walby and K. Myhre (2006). Forebygging av selvmord, del 1: psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 24.
- Mehlum, L., G. Dieserud, O. Ekeberg, B. Grøholdt, L. Mellesdal, F. Walby and K. Myhre (2007). Forebygging av selvmord, del 2, Kunnskapssenteret. Nr 4 - 2007. .
- Melby, L., M. Ådnanes, J. Kaasbøll, F. Kasteng and S. O. Ose (2017). Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. S.-r. 2017:00418. Trondheim.
- Melby, L., M. Ådnanes and F. Kasteng (2017). Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. S. A28053. Trondheim
- Mitchell, A. J., O. Lord and D. Malone (2012). "Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis." The British Journal of Psychiatry 201(6): 435-443.
- Montagni, I., L. Salvador-Carulla, D. McDaid, C. Strassmayr, F. Endel, P. Naatanen, J. Kalseth, B. Kalseth, T. Matosevic, V. Donisi, K. Chevreul, A. Prigent, R. Sfectu, C. Pauna, M. R. Gutierrez-Colosia, F. Amaddeo

- and H. Katschnig (2018). "The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment." *Adm Policy Ment Health* 45(2): 342-351.
- Montgomery, L., G. Wilson, S. Houston, G. Davidson and C. Harper (2018). "An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland." *Health Soc Care Community*.
- Mork, E. (2014). "Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading - en kommentar." *Suicidologi* 19(2): 2-6.
- Mork, E. (2015). "Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading." *Suicidologi* 19(2).
- Moussavi, S., S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel and B. Ustun (2007). "Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys." *The Lancet* 370(9590): 851-858.
- Munthe-Kaas, H. M., M. J. Bidonde Torre, H. L. Nguyen, G. M. Flodgren and J. Meneses (2018). Effekt av verktøy for likeverdige helsetjenester for innvandrere: en systematisk oversikt.
- O'Connor, K., D. Muller Neff and S. Pitman (2018). "Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants." *Eur Psychiatry* 53: 74-99.
- Oing, T. and J. Prescott (2018). "Implementations of Virtual Reality for Anxiety-Related Disorders: Systematic Review." *JMIR Serious Games* 6(4): e10965.
- Ose, S. O. (2016). "Using Excel and Word to Structure Qualitative Data." *Journal of Applied Social Science*.
- Ose, S. O. and C. Jensen (2017). "Youth outside the labour force—Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach." *Children and Youth Services Review* 81: 148-156.
- Ose, S. O., J. Kalseth, M. Ådnanes, T. Tveit and S. E. Lilleeng (2018). "Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission." Forthcoming in *Health Policy*.
- Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF-rapport A27975. Trondheim 204.
- Ose, S. O. and S. L. Kaspersen (2017). *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.
- Ose, S. O., S. L. Kaspersen and C. Børve (2018). En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. . S. 2018:00201. Trondheim.
- Ose, S. O., S. L. Kaspersen and I. Pettersen (2016). "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved." *Nord J Psychiatry*: 1-8.
- Ose, S. O., S. Lilleeng, I. Pettersen, T. Ruud and J. van Weeghel (2017). "Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census." *Nordic journal of psychiatry* 71(8): 551-560.
- Ose, S. O., M. Ådnanes and I. Pettersen (2014). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013*.
- Oser, C. B., E. P. Biebel, E. Pullen and K. L. Harp (2013). "Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: a rural versus urban comparison." *J Psychoactive Drugs* 45(1): 17-27.
- Ott, A., M. M. Breteler, F. Van Harskamp, J. J. Claus, T. J. Van Der Cammen, D. E. Grobbee and A. Hofman (1995). "Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study." *Bmj* 310(6985): 970-973.
- Peplau, L. A. (1982). "Perspective on loneliness." *Lonelins: A Sourcebook of Current Theory, Research Therapy*.

Pettersen, H. and A.-M. Lofthus (2018). "Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? ." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 15(2-3): 112-123.

Pullen, E. and C. Oser (2014). "Barriers to substance abuse treatment in rural and urban communities: counselor perspectives." *Subst Use Misuse* 49(7): 891-901.

Rebnord IK, E. O., Hunskår S, Morken T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

Reinholdt, N. P. (2000). *Handlingsplan mot selvmord - sluttrapport*. Oslo, Statens helsetilsyn. IK-2720.

Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K and Ø. S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Oslo.

Reneflot, A., L. E. Aarø, H. Aase, T. Reichborn-Kjennerud, K. Tambs and S. Øverland (2018). *Psykisk helse i Norge [Mental health in Norway]*. 18.

Roness, A., A. Mykletun and A. Dahl (2005). "Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(1): 51-58.

Rose, D., A. Sweeney, M. Leese, S. Clement, I. R. Jones, T. Burns, J. Catty and T. J. A. P. S. Wykes (2009). "Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report." 119(4): 320-324.

Roy, M., P. Dagenais, L. Pinsonneault and V. Dery (2018). "Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Quebec, Canada): A systematic and multisource literature review." *Int J Health Plann Manage*.

Salvador-Carulla, L., F. Amaddeo, M. Gutiérrez-Colosía, D. Salazzari, J. L. Gonzalez-Caballero, I. Montagni, F. Tedeschi, G. Cetrano, K. Chevreur and J. Kalseth (2015). "Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care." *International journal of integrated care* 15(4).

Skjeldal, E. (2015). "En syk psykiatri." 2016.

Skudal, K. E., O. Holmboe, M. Haugum and H. K. H. Iversen (2017). "Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017 (PasOpp-rapporter)." *PasOpp-rapport*.

Steihaug, S., A.-K. Johannessen, M. Ådnes, B. Paulsen and R. Mannion (2016). "Challenges in achieving collaboration in clinical practice: the case of Norwegian health care." *International journal of integrated care* 16(3).

Svendsen, L. (2006). *Den moderne ensomheten*. Aftenposten.

Svendsen, L. (2015). *Min, din eller vår ensomhet?* Morgenbladet.

Sweeney, A., D. Rose, S. Clement, F. Jichi, I. R. Jones, T. Burns, J. Catty, S. McLaren and T. J. B. H. S. R. Wykes (2012). "Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study." 12(1): 145.

Thornicroft, G., T. Deb and C. Henderson (2016). "Community mental health care worldwide: current status and further developments." *World Psychiatry* 15(3): 276-286.

Tornstam, L. (2007). "Stereotypes of old people persist: A Swedish "Facts on aging quiz" in a 23-year comparative perspective." *International journal of ageing and later life* 2(1): 33-59.

Torvik, F. A., E. Ystrom, K. Gustavson, T. H. Rosenström, J. G. Bramness, N. Gillespie, S. H. Aggen, K. S. Kendler and T. Reichborn-Kjennerud (2018). "Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 137(1): 54-64.

Tøndel, G. and S. O. Ose (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*.

- V. Donisi, F. Tedeschi, J. Kalseth, E. Lara, N. Martín-María, M. Miret, J. Cresswell-Smith, A.K. Forsman, J. Nordmyr, L. Rabbi, K. Wahlbeck and F. Amaddeo (2018). "Self-rated wellbeing and general health in final years of life: An exploratory population-based study among the oldest old." *Journal of Psychosomatic Research* Volume 109(2018).
- Valla, B. (2014). *Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*, Gyldendal akademisk.
- Vijverberg, R., R. Ferdinand, A. Beekman and B. van Meijel (2017). "The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review." *BMC Psychiatry* 17(1): 284.
- Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler and T. M. Laursen (2011). "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders." *The British Journal of Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Walby, F. and E. Ness (2012). "Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern - erfaringer og utfordringer videre." *Suicologi Årg.* 17(1).
- Wang, J., F. Mann, B. Lloyd-Evans, R. Ma and S. Johnson (2018). "Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review." *BMC psychiatry* 18(1): 156.
- Weaver, N., M. Coffey and J. Hewitt (2017). "Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature." *J Psychiatr Ment Health Nurs* 24(6): 431-450.
- Weiss, R. S. (1973). "Loneliness: The experience of emotional and social isolation."
- WHO (2008). *Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Frankrike.
- Ådnanes, M. and J. Bjørngaard (2006). *Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser*. SINTEF Helse. 230.
- Ådnanes, M. and K. Dyrstad (2015). *Oppfatning av egen helse, helsetilbudet og prioritering i Helse-Norge. Oversikt og analyser basert på statistikk og opinionsundersøkelse i 2014*. LHL. ISBN: 978-82-7496-101-2, SINTEF.
- Ådnanes, M., T. Hatling and L. Grut (2005). *Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse*.
- Ådnanes, M., Kalseth, J. Ose, S.O., Rugkåsa, J. & Puntis, S. (Forthcoming). "Is quality of life associated with service satisfaction measured as perceived continuity of care, therapeutic relationship and unmet service needs? A comparison of outpatients with severe and non-severe mental illness diagnoses." Akseptert for publisering i *Quality of Life Research (QURE)*.
- Ådnanes, M. and S. J. I. j. o. i. c. Steihaug (2013). "Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways-an explorative study." 13(3).
- Ådnanes, M. and S. J. I. j. o. i. c. Steihaug (2016). ""You Never Know What Happens Next"—Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year." 16(3).

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2018

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk per 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	52	41	11	17	17	17
104	Moss	158	145	12	48	56	19
105	Sarpsborg	181	133	49	33	30	41
106	Fredrikstad	201	181	20	25	28	12
111	Hvaler	10	8	2	22	22	20
118	Aremark	1	1	0	9	9	11
119	Marker	7	5	2	20	17	36
121	Rømskog	6	6	0	94	111	16
122	Trøgstad	16	13	3	31	31	29
123	Spydeberg	20	18	2	34	40	14
124	Askim	45	42	3	29	34	8
125	Eidsberg	27	19	8	24	21	34
127	Skiptvet	11	9	2	29	30	25
128	Rakkestad	15	11	4	18	17	22
135	Råde	19	14	5	26	24	33
136	Rygge	51	36	15	32	28	44
137	Våler	22	18	4	40	43	32
138	Hobøl	8	7	2	14	15	13
211	Vestby	32	20	12	18	15	27
213	Ski	51	40	11	16	17	15
214	Ås	59	40	19	29	25	44
215	Frogn	60	36	24	38	29	74
216	Nesodden	52	37	15	27	25	33
217	Opppegård	69	42	26	25	20	41
219	Bærum	266	242	23	21	25	8
220	Asker	190	146	43	31	32	30
221	Aurskog-Høland	32	16	16	20	12	47
226	Sørums	29	19	10	16	14	21
227	Fet	22	18	5	19	20	18
228	Rælingen	25	20	5	14	15	11
229	Enebakk	14	10	3	13	12	13
230	Lørenskog	68	47	21	18	16	24
231	Skedsmo	91	70	20	17	17	17
233	Nittedal	83	48	35	35	27	60
234	Gjerdrum	13	8	5	19	15	31
235	Ullensaker	79	64	16	22	23	18
236	Nes	21	15	6	10	9	12

237	Eidsvoll	42	36	6	17	19	11
238	Nannestad	18	16	2	13	16	6
239	Hurdal	5	3	2	18	14	34
402	Kongsvinger	35	25	9	19	17	28
403	Hamar	80	66	14	26	27	24
412	Ringsaker	73	44	29	21	16	42
415	Løten	14	9	4	18	15	27
417	Stange	54	36	18	26	22	43
418	Nord-Odal	13	10	3	25	23	36
419	Sør-Odal	19	18	1	25	28	8
420	Eidskog	24	19	5	40	38	48
423	Grue	19	15	4	40	36	60
425	Åsnes	32	29	4	44	47	31
426	Våler	19	12	8	52	38	132
427	Elverum	67	54	13	32	32	30
428	Trysil	22	20	2	34	36	19
429	Åmot	6	4	2	12	10	24
430	Stor-Elvdal	7	5	2	27	24	46
432	Rendalen	6	5	1	33	34	30
434	Engerdal	2	1	1	12	9	22
436	Tolga	2	2	0	12	12	9
437	Tynset	8	4	4	14	9	31
438	Alvdal	5	2	3	21	12	51
439	Folldal	8	7	1	48	50	36
441	Os	7	3	4	38	19	134
501	Lillehammer	60	45	16	22	20	29
502	Gjøvik	98	86	12	32	35	19
511	Dovre	9	7	3	34	30	54
512	Lesja	6	3	3	28	18	64
513	Skjåk kommune	5	4	1	24	23	28
514	Lom kommune	13	13	0	55	67	7
515	Vågå	7	6	1	20	20	17
516	Nord-Fron	6	6	0	11	13	2
517	Sel	6	5	1	11	11	9
519	Sør-Fron	20	13	7	63	53	102
520	Ringebu	12	8	4	27	22	47
521	Øyer	13	9	4	25	21	41
522	Gausdal	26	21	6	43	42	47
528	Østre Toten	42	31	11	28	25	40
529	Vestre Toten	39	33	6	29	31	21
532	Jevnaker	13	9	4	19	17	25
533	Lunner	34	29	5	37	40	25
534	Gran	57	38	20	41	34	69
536	Søndre Land	32	28	4	57	60	41
538	Nordre Land	18	13	6	27	23	44

540	Sør-Aurdal	11	9	3	38	36	47
541	Etnedal	5	3	2	36	27	71
542	Nord-Aurdal	14	8	6	21	15	46
543	Vestre Slidre	3	3	1	16	17	12
544	Øystre Slidre	9	8	1	27	29	16
545	Vang	3	3	0	18	19	13
602	Drammen	229	164	65	33	30	45
604	Kongsberg	45	38	7	16	17	13
605	Ringerike	69	58	11	23	24	18
612	Hole	22	15	7	32	28	45
615	Flå	3	3	1	30	30	32
616	Nes (Buskerud)	14	13	1	42	46	22
617	Gol	12	7	5	26	19	54
618	Hemsedal	10	5	5	39	24	95
619	Ål	11	7	4	23	19	37
620	Hol	15	13	2	33	34	26
621	Sigdal	16	14	2	46	50	29
622	Krødsherad	4	4	1	19	20	18
623	Modum	73	46	27	53	42	97
624	Øvre Eiker	54	27	27	28	18	66
625	Nedre Eiker	62	49	13	25	25	22
626	Lier	61	39	22	24	19	38
627	Røyken	45	27	18	20	16	33
628	Hurum	23	11	12	24	15	63
631	Flesberg	12	9	3	43	41	51
632	Rollag	5	4	1	38	35	49
633	Nore og Uvdal	6	4	2	23	20	35
701	Horten	94	55	39	34	25	70
704	Tønsberg	180	138	42	40	38	45
710	Sandefjord	132	104	28	21	21	21
711	Svelvik kommune	16	9	7	23	16	55
712	Larvik	133	114	19	28	30	20
713	Sande (Vestfold)	12	9	3	13	12	14
715	Holmestrand	37	28	9	26	25	31
716	Re kommune	25	23	2	26	31	9
729	Færder	47	46	1	18	22	2
805	Porsgrunn	124	90	33	34	31	46
806	Skien	147	111	36	27	26	32
807	Notodden	43	34	9	34	34	36
811	Siljan	11	8	3	47	44	57
814	Bamble	44	33	11	31	29	37
815	Kragerø	37	21	16	35	24	86
817	Drangedal	11	10	1	27	30	14
819	Nome	25	24	2	38	44	13

821	Bø (Telemark)	23	21	2	36	41	15
822	Sauherad	8	6	2	17	16	22
826	Tinn	30	26	4	51	55	37
827	Hjartdal	2	1	1	14	9	31
828	Seljord	10	7	3	34	30	50
829	Kviteseid	6	5	1	25	26	19
830	Nissedal	3	2	1	21	19	26
831	Fyresdal	2	2	0	18	20	11
833	Tokke	6	4	2	28	24	44
834	Vinje	11	8	4	31	27	48
901	Risør	19	16	3	27	29	19
904	Grimstad	71	60	12	31	34	22
906	Arendal	142	108	35	32	31	37
911	Gjerstad	10	7	3	40	36	59
912	Vegårshei	2	2	0	10	11	8
914	Tvedestrand	17	15	1	27	32	10
919	Froland	14	12	2	23	28	11
926	Lillesand	34	26	8	32	31	33
928	Birkenes	8	5	3	16	12	26
929	Åmli	4	3	1	21	20	23
935	Iveland	3	2	1	23	20	30
937	Evje og Hornnes	7	4	2	19	16	28
938	Bygland	6	5	1	49	52	35
940	Valle	3	2	1	22	20	29
941	Bykle	2	1	1	25	18	52
1001	Kristiansand	410	311	99	45	44	49
1002	Mandal	36	28	9	23	23	24
1003	Farsund	34	28	6	35	37	28
1004	Flekkefjord	36	22	14	40	31	71
1014	Vennesla	53	38	15	36	34	44
1017	Songdalen	30	22	8	45	43	51
1018	Søgne	26	19	7	23	21	26
1021	Marnardal	4	3	1	19	19	21
1026	Åseral	3	2	1	28	26	31
1027	Audnedal	7	4	3	37	28	64
1029	Lindesnes	10	7	3	20	19	26
1032	Lyngdal	25	21	5	29	33	20
1034	Hægebostad	6	5	1	35	38	27
1037	Kvinesdal	30	25	5	50	55	35
1046	Sirdal	4	3	1	20	23	12
1101	Eigersund	71	64	7	47	56	19
1102	Sandnes	206	168	38	27	29	20
1103	Stavanger	466	390	75	35	38	26
1106	Haugesund	136	115	22	37	39	28
1111	Sokndal	4	3	1	12	13	6

1112	Lund	7	5	3	23	19	35
1114	Bjerkreim	7	4	2	23	21	29
1119	Hå	57	49	8	31	36	15
1120	Klepp	46	34	13	24	24	25
1121	Time	37	34	4	20	24	7
1122	Gjesdal	30	26	5	26	30	14
1124	Sola	71	53	18	27	27	27
1127	Randaberg	42	23	19	38	28	68
1129	Forsand	2	1	1	18	15	27
1130	Strand	28	23	5	22	24	16
1133	Hjelmeland	6	5	1	21	24	13
1134	Suldal	13	11	2	35	39	22
1135	Sauda	13	12	2	29	32	18
1141	Finnøy	6	5	2	20	20	20
1142	Rennesøy	18	15	2	36	43	17
1144	Kvitsøy	2	1	1	37	19	96
1145	Bokn	1	1	1	17	14	27
1146	Tysvær	38	33	6	35	40	20
1149	Karmøy	102	91	11	24	28	11
1151	Utsira	1	1	0	43	37	65
1160	Vindafjord	32	27	4	36	41	20
1201	Bergen	844	735	110	30	33	19
1211	Etne	8	6	2	19	18	21
1216	Sveio	22	19	4	39	43	27
1219	Bømlo	32	26	6	27	30	19
1221	Stord	93	73	20	49	51	45
1222	Fitjar	14	12	2	44	50	24
1223	Tysnes	8	6	2	28	26	38
1224	Kvinnherad	103	56	47	78	55	162
1227	Jondal	3	2	1	30	28	40
1228	Odda	23	21	2	34	38	16
1231	Ullensvang	8	5	3	22	19	36
1232	Eidfjord	3	2	0	29	32	17
1233	Ulvik	4	2	2	36	18	103
1234	Granvin	4	3	1	45	42	58
1235	Voss	41	29	11	28	26	36
1238	Kvam	28	21	6	33	33	34
1241	Fusa	7	6	1	18	19	13
1242	Samnanger	5	3	2	21	17	34
1243	Os (Hordaland)	60	56	3	29	37	7
1244	Austevoll	9	6	3	17	16	20
1245	Sund	29	24	5	41	46	25
1246	Fjell	63	36	27	25	19	42
1247	Askøy	157	119	37	54	56	48
1251	Vaksdal	4	4	0	10	12	4

1252	Modalen	2	1	1	47	35	85
1253	Osterøy	25	17	8	31	28	42
1256	Meland	16	9	7	20	16	31
1259	Øygarden	13	9	4	27	25	32
1260	Radøy	14	11	3	27	29	22
1263	Lindås	40	35	5	25	30	12
1264	Austrheim	9	7	2	32	32	32
1265	Fedje	1	1	0	14	14	16
1266	Masfjorden	7	6	0	39	47	11
1401	Flora	26	14	12	21	15	44
1411	Gulen	6	4	2	27	21	50
1412	Solund	3	2	0	31	32	26
1413	Hyllestad	3	2	1	19	18	21
1416	Høyanger	19	14	5	45	42	59
1417	Vik	17	16	1	63	75	17
1418	Balestrand	6	5	1	46	47	43
1419	Leikanger	2	2	0	10	11	6
1420	Sogndal	16	12	4	20	19	20
1421	Aurland	9	9	0	49	58	7
1422	Lærdal	15	14	1	71	80	32
1424	Årdal	11	10	2	21	23	16
1426	Luster	15	14	1	29	35	8
1428	Askvoll	9	7	2	28	29	24
1429	Fjaler	8	4	4	29	20	61
1430	Gaular	8	5	3	26	21	42
1431	Jølster	11	11	1	36	46	8
1432	Førde	68	55	12	52	56	38
1433	Naustdal	7	3	4	26	15	63
1438	Bremanger	18	18	0	48	58	5
1439	Vågsøy	22	18	4	37	39	30
1441	Selje	11	9	2	39	41	33
1443	Eid	41	38	3	67	81	22
1444	Hornindal	1	1	0	8	6	12
1445	Gloppen	19	14	5	32	30	36
1449	Stryn	26	24	2	36	43	14
1502	Molde	70	50	20	26	23	36
1504	Ålesund	158	128	30	33	34	29
1505	Kristiansund	82	73	9	34	38	18
1511	Vanylven	35	31	4	110	117	79
1514	Sande	6	5	1	23	24	21
1515	Herøy	48	37	12	54	52	59
1516	Ulstein	28	27	1	33	41	5
1517	Hareid	15	11	5	30	27	39
1519	Volda	30	26	4	33	36	22
1520	Ørsta	27	22	6	25	26	23

1523	Ørskog	6	4	2	24	22	33
1524	Norddal	3	1	2	17	10	43
1525	Stranda	27	26	2	60	69	20
1526	Stordal	1	0	0	5	5	5
1528	Sykkylven	11	6	5	14	10	28
1529	Skodje	3	3	0	7	9	3
1531	Sula	21	14	7	23	21	29
1532	Giske	27	19	8	33	31	38
1534	Haram	26	24	3	28	32	12
1535	Vestnes	26	24	2	40	46	18
1539	Rauma	27	18	9	35	30	57
1543	Nesset	4	3	1	13	11	20
1545	Midsund	5	3	1	22	20	29
1546	Sandøy	1	1	1	9	6	20
1547	Aukra	5	4	2	15	14	18
1548	Fræna	37	24	14	38	31	61
1551	Eide	18	9	9	53	36	106
1554	Averøy	3	3	1	5	5	5
1557	Gjemnes	3	3	1	13	14	9
1560	Tingvoll	8	7	2	27	27	25
1563	Sunndal	20	16	4	28	28	31
1566	Surnadal	41	38	3	69	80	24
1567	Rindal	7	5	2	32	30	42
1571	Halsa	9	9	1	59	66	27
1573	Smøla	9	8	1	41	44	26
1576	Aure	3	3	1	9	9	12
1804	Bodø kommune	171	130	41	33	32	38
1805	Narvik	59	48	11	32	32	30
1811	Bindal	17	15	2	114	125	69
1812	Sømna	8	6	1	38	39	34
1813	Brønnøy kommune	15	11	4	19	18	20
1815	Vega	9	8	1	71	79	36
1816	Vevelstad	1	1	1	20	12	53
1818	Herøy	10	9	1	53	61	20
1820	Alstahaug	29	26	3	39	44	21
1822	Leirfjord	4	4	1	17	20	10
1824	Vefsn	30	22	8	22	20	30
1825	Grane	6	4	2	38	31	65
1826	Hattfjelldal	4	3	1	31	27	47
1827	Dønna	3	3	0	19	24	0
1828	Nesna	2	2	0	9	12	0
1832	Hemnes	15	12	3	33	34	28
1833	Rana	107	81	26	41	39	50
1834	Lurøy	1	1	0	7	6	8

1835	Træna	1	0	1	15	5	58
1836	Rødøy	4	1	3	29	10	91
1837	Meløy	35	24	10	54	48	77
1838	Gildeskål	5	4	1	26	27	19
1839	Beiarn	5	3	2	50	38	121
1840	Saltdal	25	21	3	53	57	35
1841	Fauske - Fuosko	17	13	4	17	17	19
1845	Sørfold	4	2	2	22	14	52
1848	Steigen	8	5	3	30	24	57
1849	Hamarøy - Hábmer	3	2	1	18	14	35
1850	Divtasvuodna - Tysfjord	3	2	0	13	14	12
1851	Lødingen	9	7	2	41	41	42
1852	Tjeldsund	2	1	1	14	11	28
1853	Evenes	2	2	1	16	14	24
1854	Ballangen	10	8	2	38	38	40
1856	Røst	1	1	1	23	16	60
1857	Værøy	2	2	0	23	25	14
1859	Flakstad	4	3	0	28	30	17
1860	Vestvågøy	13	8	5	12	9	21
1865	Vågan	21	21	0	22	27	0
1866	Hadsel	20	18	2	25	28	15
1867	Bø (Nordland)	8	6	2	31	28	48
1868	Øksnes	9	6	3	20	17	34
1870	Sortland - Suortá	26	22	4	25	27	18
1871	Andøy	31	26	5	63	66	50
1874	Moskenes	9	9	0	82	94	13
1902	Tromsø	196	139	57	26	23	36
1903	Harstad - Hárstták	71	65	6	29	33	12
1911	Kvæfjord	20	16	4	68	66	74
1913	Skånland	16	14	2	53	57	40
1917	Ibestad	1	1	1	7	4	22
1919	Gratangen	4	3	0	32	35	19
1920	Loabák - Lavangen	12	11	1	109	134	25
1922	Bardu	27	25	3	68	79	29
1923	Salangen	30	25	5	135	141	110
1924	Målselv	25	15	9	36	28	69
1925	Sørreisa	4	3	1	11	11	11
1926	Dyrøy	7	6	1	61	67	33
1927	Tranøy	2	1	1	14	7	44
1928	Torsken	5	4	1	49	47	58
1929	Berg	1	1	0	11	14	0
1931	Lenvik	57	43	15	49	47	55

1933	Balsfjord	19	18	1	33	38	14
1936	Karlsøy	4	4	1	19	18	24
1938	Lyngen	18	13	4	61	56	82
1939	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	7	6	1	40	43	28
1940	Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	6	6	0	27	32	0
1941	Skjervøy	11	10	1	37	42	14
1942	Nordreisa	12	12	0	24	31	0
1943	Kvænangen	2	2	0	18	20	9
2002	Vardø	3	3	1	16	15	18
2003	Vadsø	20	15	5	34	31	44
2004	Hammerfest	47	29	19	45	35	81
2011	Guovdageaidnu - Kautokeino	8	5	4	27	20	54
2012	Alta	69	54	15	33	34	30
2014	Loppa	3	3	0	34	37	16
2015	Hasvik	5	4	1	45	45	46
2017	Kvalsund	12	8	5	117	87	268
2018	Måsøy	5	4	1	43	39	62
2019	Nordkapp	10	8	2	31	29	42
2020	Porsanger - Porsángu - Porsanki	10	8	2	24	23	27
2021	Kárásjohka - Karasjok	17	15	2	64	70	39
2022	Lebesby	4	3	1	27	29	20
2023	Gamvik	1	1	0	7	6	12
2024	Berlevåg	5	4	1	48	42	79
2025	Deatnu - Tana	26	24	2	89	100	35
2027	Unjárga - Nesseby	7	6	1	73	77	54
2028	Båtsfjord	3	3	0	15	16	9
2030	Sør-Varanger	21	18	3	21	22	15
5001	Trondheim	881	713	168	46	46	43
5004	Steinkjer	57	52	5	26	30	11
5005	Namsos	62	49	13	48	48	46
5011	Hemne	21	17	5	51	50	55
5012	Snillfjord	2	1	1	18	10	56
5013	Hitra	38	31	7	81	82	76
5014	Frøya	23	21	2	46	53	18
5015	Ørland	22	15	8	41	34	70
5016	Agdenes	7	6	1	40	45	20
5017	Bjugn	7	6	1	14	15	12
5018	Åfjord	23	19	4	71	71	69
5019	Roan	1	1	0	14	14	12
5020	Osen	2	2	0	21	20	25

5021	Oppdal	19	16	4	28	28	26
5022	Rennebu	7	5	2	27	22	47
5023	Meldal	17	12	5	42	37	64
5024	Orkdal	59	43	16	49	46	60
5025	Røros	11	9	2	19	19	17
5026	Holtålen	3	3	0	15	16	11
5027	Midtre Gauldal	8	7	1	13	14	8
5028	Melhus	38	33	5	23	26	13
5029	Skaun	14	9	5	18	15	24
5030	Klæbu	12	9	4	20	19	22
5031	Malvik	26	22	4	19	21	12
5032	Selbu	5	4	1	12	12	12
5033	Tydal	2	2	1	28	24	43
5034	Meråker	9	6	3	38	31	68
5035	Stjørdal	73	46	27	30	25	49
5036	Frosta	5	2	3	20	11	54
5037	Levanger	69	58	11	34	37	24
5038	Verdal	35	32	3	24	27	10
5039	Verran	16	15	2	66	72	36
5040	Namdalseid	10	9	1	62	70	29
5041	Snåase - Snåsa	10	8	2	47	49	37
5042	Lierne	7	6	1	51	55	36
5043	Raarvihke - Røyrvik	1	1	0	27	27	31
5044	Namsskogan	2	1	1	23	15	61
5045	Grong	9	7	2	37	34	52
5046	Høylandet	4	3	1	30	28	37
5047	Overhalla	7	4	3	19	15	32
5048	Fosnes	1	1	0	15	11	32
5049	Flatanger	3	3	0	29	34	5
5050	Vikna	32	31	1	71	91	9
5051	Nærøy	33	31	2	64	77	14
5052	Leka	1	1	0	10	12	0
5053	Inderøy	9	8	1	13	14	9
5054	Indre Fosen	27	20	7	26	25	32
30101	Gamle Oslo	136	91	45	25	20	48
30102	Grünerløkka	174	130	44	29	26	51
30103	Sagene	134	123	11	31	33	19
30104	St. Hanshaugen	80	68	12	21	20	26
30105	Frogner	94	67	27	16	13	40
30106	Ullern	36	22	14	11	8	19
30107	Vestre Aker	73	58	15	15	16	13
30108	Nordre Aker	81	43	38	16	11	33
30109	Bjerke	56	43	14	17	17	18
30110	Grorud	62	49	14	22	22	23

30111	Stovner	98	75	23	29	30	28
30112	Alna	84	57	28	17	15	25
30113	Østensjø	143	105	37	28	27	33
30114	Nordstrand	64	46	18	12	12	16
30115	Søndre Nordstrand	56	50	6	14	17	6
30116	Velferdsetaten	487	487	0	Ikke befolkning		
30117	Helseetaten	13	6	7	Ikke befolkning		
301	Oslo samlet	1871	1519	352	28	28	27
	Totalt	15894	12563	3331	30	30	30

Rapporten inneholder sammenstillinger og analyser av kommunenes rapportering på psykisk helse- og rusarbeid til Helsedirektoratet, IS-24/8, for 2018. På landsbasis har mer enn 2 300 fagpersoner vært involvert i arbeidet med å kartlegge ressursinnsatsen på dette feltet i kommunene. I rapporteringen for 2018 har alle landets kommuner rapportert på årsverksinnsats.

I tillegg til å framstille ressursinnsats og kompetanse i psykisk helse- og rusarbeid fordelt på ulike typer tiltak, utdanningsgrupper og hovedforløp, gis en status for Opptrappingsplanen for rusfeltet. Øvrige tema som behandles i årets rapport er: pakkeforløp psykisk helse og rus, oppfølgende virksomhet, øyeblikkelig hjelp døgntilbud, arbeidstiltak, brukermedvirkning og brukerorientering, bolig-situasjonen, nasjonale kvalitetsindikatorer, oppfølging av barn og unge, oppfølging av eldre, pårørende, samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten, selvmord, selvskading, vold og overgrep, organisering av psykisk helse- og rusarbeid i kommunene, samt erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus. For de fleste temaene presenteres utvikling over tid og resultater på fylkesnivå og etter kommunestørrelse. For årsverksinnsats og utvalgte tema presenteres også resultater fra kommunene delt inn etter helseforetaksområde.