

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose
Silje L. Kaspersen

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Denne rapporteringen kalles IS-24/8, og dette er sjuende rapport i denne serien. 2015-2019 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken, men det vil være et brudd i statistikken i 2020 både på grunn av mange kommunesammenslåinger 1. januar 2020 og på grunn av koronasituasjonen som har vanskeliggjort rapporteringen for kommunene.

Generelt har datainnsamlingen høy oppslutning ute i kommunene, og i 2016 var det kun én kommune som ikke leverte årsverkstall. I 2017, 2018 og 2019 har alle kommunene levert årsverkstall. Men i 2020 var det 66 kommuner som ikke rapporterte, og vi benyttet 2019-tall for disse. Fordi datainnsamlingen måtte pågå helt til 15. september i 2020, var det lite tid til kvalitetskontroll. Det har også vært vanskelig å få tak i riktige personer i kommunene, blant annet på grunn av omdisponeringer. I 2021 har det vært større deltakelse og det er 24 kommuner som ikke har levert data, i tillegg er det 10 kommuner som kun har levert årsverksinformasjon. Dette betyr at vi har årsverksinformasjon fra 94 prosent av kommunene for 2021 og på de andre spørsmålene har vi svar fra mellom 88 prosent til 93 prosent.

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 overfor det store arbeidet som er lagt ned. Det kvalitative datagrunnlaget vurderes å være av god kvalitet, og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret i de fleste kommuner. Det er likevel flere kommuner enn vanlig som oppgir at de må ta en grundigere kvalitetskontroll av tallene til neste år, så det er også usikkerhet knyttet til 2021-tallene, men usikkerheten er mindre i 2021 enn i 2020 fordi flere kommuner har rapportert.

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

Seniorforskerne Marian Ådnes og Jorid Kalseth har bidratt i hhv. kapittel 8 og 17.

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

Trondheim 22. november 2021



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	9
PANDEMIKONSEKVENSER	9
OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)	10
PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	12
SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	13
KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOMMUNALT SAMARBEID, SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE OG IDEELLE ORGANISASJONER	14
OPPSØKENDE VIRKSOMHET	15
ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD	15
ARBEIDSTILTAK	16
BRUKERMEDVIRKNING	16
BOLIGSITUASJONEN	17
OPPFØLGING AV BARN OG UNGE	18
OPPFØLGING AV ELDRE	19
PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	20
HELSEFELLESSKAP	20
ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	21
1 KUNNSKAPSGRUNNLAG	23
1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE	24
1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET	26
1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET	27
1.4 OPPSUMMERING	29
2 DATAGRUNNLAG	31
2.1 INNLEDNING	31
2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	32
2.2 DATAINNSAMLING	33
2.3 OM UTFYLLINGEN	35
2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET	36
EKSTREMVERDIER	36
VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL	36
2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL	37
2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	37
2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR	37
2.8 NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN OG FORANKRING HOS RÅDMANNEN	38
2.9 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	39

3	<u>PANDEMIKONSEKVENSER</u>	41
3.1	OPPRETHOLDELSE AV ORDINÆR DRIFT	42
3.2	OMDISPONERING AV PERSONELL	43
3.3	SKYLDES VANSKENE MED Å OPPRETTHOLDE ORDINÆR DRIFT OMDISPONERINGER TIL SMITTEVERN SARBEID?	45
3.4	NYE MÅTER Å KOMMUNISERE MED TJENESTEBRUKERNE PÅ	47
3.5	SAMARBEIDET MELLOM ALLMENNLEGETJENESTEN OG KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	54
3.6	ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER	55
3.7	OPPSUMMERING	57
4	<u>NASJONALE TALL</u>	59
4.1	ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	59
4.2	ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK	60
	TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	60
	TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER	62
4.3	ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	65
	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	65
	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE	68
4.4	REKRUTTERINGSPROBLEMER	72
	TILTAK MOT REKRUTTERINGSPROBLEMER	74
4.5	OPPSUMMERING	76
5	<u>ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK</u>	79
5.1	ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	79
5.2	ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE	80
5.3	ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE	82
5.4	ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	85
5.5	DE TI STØRSTE KOMMUNENE	86
6	<u>HOVEDFORLØP</u>	89
6.1	DATAGRUNNLAG	90
6.2	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)	90
6.3	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	91
6.4	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	91
6.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	93
6.6	OPPSUMMERING	95
7	<u>OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)</u>	97
7.1	KARTLEGGING 2021	101

7.2	VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE	102
7.3	FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET	105
7.4	DE STØRSTE UTFORDRINGENE PÅ RUSFELTET ETTER AVSLUTTET OPPTRAPPINGSPLAN	106
7.5	TILBUD FOR PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOLRELATERTE PROBLEMER	108
7.6	KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN	110
7.7	BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE	111
7.8	INVOLVERING AV KOMMUNEOVERLEGENE	112
7.9	OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER	113
7.10	LAVTERSKEK SKADEREDUKSJONSTILTAK FOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER	117
7.11	OPPSUMMERING	118

8 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS **121**

8.1	INNLEDNING	121
8.2	DATAGRUNNLAG	123
8.3	FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS	124
8.4	ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN	126
8.5	FORLØPSKOORDINATORENS ROLLE	126
8.6	NYE OPPGAVER SOM FØLGE AV INNØRING AV PAKKEFORLØP	127
8.7	ENDRINGER I MÅTEN Å ARBEIDE PÅ SOM FØLGE AV INNØRINGEN AV PAKKEFORLØP	130
8.8	INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP	130
8.9	GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV SAMARBEIDSAVTALER	131
8.10	ERFARINGER MED BRUKERE I PAKKEFORLØP	133
	PAKKEFORLØP I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	134
	PAKKEFORLØP I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	135
	PAKKEFORLØP I TSB	136
8.11	INVOLVERING I IMPLEMENTERINGEN AV PAKKEFORLØPENE	136
8.12	INVOLVERING AV TJENESTENE NÅR BRUKERNE MOTTAR PAKKEFORLØP	138
8.13	ENDRINGER I SAMARBEID SOM FØLGE AV INNØRING AV PAKKEFORLØP	140
8.14	ANDRE ERFARINGER	141
8.15	OPPSUMMERING	143

9 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP **147**

9.1	DATAGRUNNLAG	149
9.2	INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	150
9.3	SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER	151
9.4	KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL	152
9.5	PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT	153
9.6	KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFØREBYGGING	154
9.7	SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER	155
9.8	STØRSTE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED VOLD OG OVERGREP	156
9.9	ENDRING AV AVDEKKING AV VOLD I NÆRE RELASJONER I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE	157
9.10	PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK	158

9.11	OPPSUMMERING	159
10	<u>KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOM-MUNALT SAMARBEID, SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE OG IDEELLE ORGANISASJONER</u>	161
10.1	KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE	162
10.2	ERFARINGER MED KJØP FRA PRIVATE	163
10.3	KJØP FRA ANDRE KOMMUNER	164
10.4	INTERKOMMUNALT SAMARBEID	165
10.5	SAMARBEID MED FRIVILLIGE/IDEELLE ORGANISASJONER	167
10.6	OPPSUMMERING	168
11	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET</u>	169
11.1	OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	173
	MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET	174
11.2	TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM	175
11.3	ANTALL TEAM	176
11.4	ERFARINGER MED TEAMENE	176
11.5	DIGITALE LØSNINGER FOR OPPSØKENDE TEAM INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	176
11.6	OPPSUMMERING	178
12	<u>ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD, PSYKIATRISK LEGEVAKT OG TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD</u>	179
12.1	TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT	180
12.2	ÅRSAK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT	182
12.3	BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?	182
12.4	PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKNENDE	184
12.5	TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD	185
12.6	RASK PSYKISK HELSEHJELP	186
12.7	OPPSUMMERING	186
13	<u>ARBEIDSTILTAK</u>	189
13.1	DATAGRUNNLAG	190
13.2	SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV	190
13.3	IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	191
13.4	IPS/SE INNEN RUSARBEID	193
13.5	FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE	194
13.6	SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV	194
13.7	OPPSUMMERING	196

14	BRUKERMEDVIRKNING	197
<hr/>		
14.1	DATAGRUNNLAG	198
14.2	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	199
14.3	SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDEORGANISASJONER	200
14.4	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING	202
14.5	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	204
14.6	ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE	206
14.7	OPPSUMMERING	208
15	BOLIGSITUASJONEN	209
<hr/>		
15.1	DATAGRUNNLAG	210
15.2	STØRSTE UTFORDRINGER NÅR DET GJELDER BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN	210
15.3	HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG	212
15.4	HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON	215
15.5	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPENE	216
15.6	OPPSUMMERING	217
16	OPPFØLGING AV BARN OG UNGE	219
<hr/>		
16.1	DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING	220
16.2	LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER	221
16.3	TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER	222
16.4	RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE	224
16.5	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	225
16.6	VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	226
16.7	ORGANISERING AV HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN	227
16.8	KJENT MED PAKKEFORLØP FOR BARN OG UNGE I BARNEVERN	228
16.9	SAMARBEID MED BARNEVERN TJENESTEN	229
16.10	OPPSUMMERING	231
17	OPPFØLGING AV ELDRE	233
<hr/>		
17.1	DATAGRUNNLAG	234
17.2	KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV	235
17.3	SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE	236
17.4	GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK	238
17.5	OPPSUMMERING	240
18	PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE	241
<hr/>		

18.1	DATAGRUNNLAG	243
18.2	PÅRØRENDESTRATEGIEN	244
18.3	ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR	244
18.4	BAPP- OG SMIL-GRUPPER OG E-LÆRING OM BARN SOM PÅRØRENDE (KS)	245
18.5	SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE	245
18.6	IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKER-GRUPPER	247
18.7	TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD	248
18.8	VOKSNE PÅRØRENDE	249
18.9	OPPSUMMERING	252
19	HELSEFELLESSKAP	253
<hr/>		
19.1	DELTATT PÅ ARRANGEMENTER/MØTER DER HELSEFELLESSKAP HAR VÆRT TEMA	253
19.2	BEDRE SAMARBEID OM ULIKE GRUPPER	255
19.3	ØKE PRIORITERINGEN TIL DE SOM TRENGER DET MEST	255
19.4	FØRSTE INNTRYKK AV HELSEFELLESSKAPENE	256
19.5	OPPSUMMERING	256
20	ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	257
<hr/>		
20.1	DATAGRUNNLAG	257
20.2	NAPHA	258
20.3	KoRus	261
20.4	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)	264
20.5	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDS-FOREBYGGING)	267
20.6	NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	271
20.7	NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)	275
20.8	NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)	278
20.9	SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS)	281
20.10	OPPTREK SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?	285
20.11	OPPSUMMERING	287
REFERANSER		289
<hr/>		
VEDLEGG A: RELEVANT FORSKNING		295
<hr/>		
VEDLEGG B: FORKORTELSER		323
<hr/>		
VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2021		325
<hr/>		
VEDLEGG D: GRUNNLAGSDATA 2021		335

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Våren 2021 var landets kommuner fortsatt preget av pandemisituasjonen og det var stor usikkerhet rundt smitteutviklingen. Det er derfor naturlig at ikke alle kommuner har kunnet prioritere rapporteringen i år, og totalt var det 24 kommuner/bydeler som ikke rapporterte og ytterligere 10 kommuner har kun fylt ut et minimum av skjemaet ved å bekrefte årsverkene som ligger inne i systemet fra forrige rapportering. Det er 338 kommuner/bydeler som har fullført hele eller nesten hele rapporteringen og inkludert de 10 kommunene som har bekreftet årsverkene, gir dette en dekning på 93,5 prosent. For de 24 kommunene/bydelene som ikke har rapportert, har vi brukt 2020-tall.

Fra 2020 til 2021 finner vi en økning på 1,3 prosent i årsverkene til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid nasjonalt, fordelt på 1 prosents økning i tjenester og tiltak til voksne og 2,7 prosent økning i tjenester og tiltak til barn og unge.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring 2020-2021	
							Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091	125	1,0
Barn og unge	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700	97	2,7
Totalt	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569	16 792	223	1,3

PANDEMIKONSEKVENSER

For tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge er 82 prosent. Resten har i ulik grad ikke opprettholdt ordinær drift, og dette gjelder 12 prosent av kommunene/bydelene i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og 18 prosent i tjenester til barn og unge. Vi finner ingen systematiske sammenhenger med opprettholdelse av ordinær drift og kommunestørrelse eller fylke. Vi finner heller ikke en sammenheng med totalt antall smittede per innbygger og årsverk i tjenestene per innbygger i grad av opprettholdelse av ordinær drift i pandemien. Med unntak av kommunene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal, er det flere som har svart at de har opprettholdt tilbudet til voksne enn til barn og unge.

I overkant av halvparten av alle kommunene/bydelene har i ulik grad omdisponert personell til smittevernarbeid fra tjenester rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og innen tjenester til barn og unge har to av tre kommuner gjort større eller mindre omdisponeringer av personell til smittevernarbeid.

Vi finner at de som i størst grad har omdisponert personell er de som i minst grad har opprettholdt ordinær drift. Selv om vi ikke kan si at sammenhengen er kausal, er det en systematisk korrelasjon mellom variablene som indikerer at det er en sammenheng. Kommuner som i liten grad har omdisponert personell til smitteverntiltak, har i stor grad opprettholdt ordinær drift. Vi finner også en sammenheng

mellom høyere antall registrert smittede og høyere grad av omdisponert personell, og sammenhengene er statistisk signifikante.

Gjennom pandemien har mange kommuner hatt kontakt med brukerne på andre måter enn tidligere. Det er 95 prosent som svarer at de har hatt mye kontakt med brukerne på telefon når oppmøte ikke har vært mulig på grunn av smittevern hensyn, mens 55 prosent har brukt video. Det er 39 prosent av kommunene som svarer de har tatt i bruk digitale behandlingsverktøy, mens 89 prosent har møtt brukere ute. Når vi spør hvordan dette har fungert for brukerne, svarer de aller fleste at det har fungert greit for noen, men dårlig for andre. Det er særlig de som har de største utfordringene og de med mest alvorlige lidelser det har fungert dårlig for. Årsakene til dette at brukere mangler teknisk utstyr/internett, at de ikke har digital kompetanse, at de ikke ønsker digital kontakt via internett og noen ønsker heller ikke telefonkontakt, eller at de er for syke til å nyttiggjøre seg de digitale løsningene eller har alvorlige rusproblemer som er vanskelig å følge opp digitalt.

Det er i 2021 også tatt med et åpent spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien. Her er det 321 kommuner/bydeler (86 prosent) som har svart. Vi har gått gjennom alle svarene og finner at samarbeidet fungerer greit ifølge 63 prosent av kommunene/bydelene, mens 24 prosent svarer at det fungerer som før pandemien, og her ligger beskrivelser av både gode og mindre gode samarbeid – ofte med beskrivelser av at det er ulikt hvorvidt fastlegene i kommunen involverer seg i målgruppen. Det er 8 prosent av kommunene/bydelen som tydelig svarer at det er utfordringer i samarbeidet med allmennlegetjenestene. Ut ifra beskrivelsene ser dette ofte ut til å handle om manglende kontinuitet ved at de må forholde seg til mange forskjellige leger, at det mangler fastleger eller at fastlegene har for mye å gjøre til at de får til et godt samarbeid. Det er også noen som svarer at de har hatt godt samarbeid med smittevernsleger og kommuneoverlegen, men at fastlegene har vært lite tilgjengelige.

Det er også kartlagt om kommunene opplever endring i henvendelser/henvisninger til tjenestene til målgruppen, og det er særlig mange som rapporterer om en stor økning i henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent av kommunene) og for voksne (27 prosent). Blant de med rusmiddelproblemer, er det flest som svarer at det ikke er endringer i omfanget, men det er seks prosent som melder om stor økning også når det gjelder henvendelser/henvisninger både blant voksne og barn/unge når det gjelder rusmiddelproblemer. Det er vanskelig å vurdere ut ifra svarene hvilke deler av tjenesten dette gjelder, men det kan se ut som de som opplever økt pågang, har økning både i vedtaksbaserte tjenester og i lavterskeltilbudene.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

Nær halvparten av kommunene (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) medførte, mens 23 prosent svarer at dette har skjedd i noen grad. Ti prosent av kommunene svarer at dette i svært liten eller liten grad har skjedd. Det er også 15 prosent som svarer at Opptrappingsplanen ikke har hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens tre prosent svarer at de ikke vet om kapasiteten og kompetansen er videreført. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

Det er 81 prosent av kommunene som i 2021 oppga at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette er omtrent som i 2020 (82 prosent).

Det er tatt med et åpent spørsmål om hva som er de største utfordringene i kommunenes videre arbeid på rusfeltet etter at opptrappingsplanen nå er avsluttet. Her har 74 prosent av kommunene/bydelene svart, og det er særlig mange som oppgir at de trenger mer ressurser til å kunne avdekke og komme i kontakt med brukergruppen for å kunne forebygge, at de har betydelige boligutfordringer, at de trenger ressurser for å kunne gi tett nok oppfølging, styrking av ettervern, etablere tilbud innen arbeid og aktivitet, ressurser til arbeid med unge, og behov for bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bedre koordinering av tjenestene i kommunen.

Videre er det 39 prosent av kommunene som oppgir at de i stor eller svært stor grad har et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er økning fra 22 prosent i 2018. Det er 77 prosent av kommunene som oppgir hvilke tilbud dette er, og det fleste svarer at de tilbyr individuelle samtaler med ruskonsulent eller annen med ruskompetanse i kommune, at fastlegen følger opp disse eller at de har Rask psykisk helsehjelp som gir tilbud, noen sier de har velfungerende AA-grupper, turgrupper, Akan eller ulike tjenester som er rettet mot de med alvorlige rusmiddelproblemer. En av kommunene oppgir for eksempel at de fremover vil ha nærmere kontakt med arbeidslivet for denne målgruppen.

I 2021 er det 64 prosent som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, og i årene før var andelen 71-72 prosent. De fleste har brukt BrukerPlan (61 prosent) og litt over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (53 prosent), mens én prosent har benyttet Bruker-spør-bruker, og ti prosent har svart at de har brukt andre metoder. Dette er blant annet interne kartleggingsskjema, brukertilfredshetsevaluering KoRus, FIT, elevundersøkelser, SLT-relaterte aktiviteter, egne brukerundersøkelser og observasjoner generelt.

I 2019–2021 er det også spurt om kommunen/bydelen benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer. Det var 83 prosent av kommunene som svarte at de hadde gjort det, omtrent som i 2019 (86 prosent). Det er tatt med et åpent spørsmål om hva som er gjort for å forbedre tjenestene basert på kartleggingene, og noen har økt innsatsen mot unge gjennom mer kontakt med skoler og styrking av skolehelsetilbudet, mens andre arbeider med forbedring av boligsituasjonen, etablering av FACT-team, ansatt erfaringskonsulent eller økt tilgjengeligheten gjennom økt telefontid eller lenger åpningstid. Det er også en del som svarer at resultatet av kartleggingene brukes systematisk inn i planarbeidet eller for å argumentere for å øke eller beholde ressursene til målgruppene mot politisk og administrativ ledelse i kommunen.

Det er 63 prosent av kommunene som svarer at kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid, og 67 prosent at de er tilstrekkelig involvert i fagområdet psykisk helsearbeid, og dette er en liten økning fra 2020.

Det er videre spurt om i hvor stor grad kommunalt psykisk helse- og rusarbeid følger opp somatiske helseproblemer i de ulike målgruppene og det er 66 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad følger opp somatiske helseproblemer blant de med samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP), 65 prosent for de med hovedsakelig psykiske lidelser og 61 prosent for de med hovedsakelig rusmiddelproblem. Det er typisk fastlegen og hjemmetjenestene som følger opp somatiske helseproblemer, og tjenestene oppfordrer brukerne i målgruppen til å ta kontakt med somatiske helsetjenester, og mange følger de til avtalte timer i helsetjenesten. Men det er også en del som svarer at det er vanskelig å få fulgt opp den somatiske helsen dersom brukeren selv ikke ønsker det eller er

motivert for det (frykt for tap av førerkort ved legebesøk er én av årsakene som nevnes). Ernæring og fysisk aktivitet nevnes også som viktige tema for denne målgruppen.

Det er også spurt om noen av årsverkene som er rapportert inkluderer årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer. Blant de 91 prosent som svarte på dette, er det i overkant halvparten av kommunene/bydelene som svarer at de har slike årsverk (52 prosent). De er også bedt om å oppgi antall, og totalt summerer disse seg til totalt 388 årsverk, dvs. 3 prosent av årsverkene rettet mot voksne. Det er kommentert av noen at årsverkene gjelder feltpleie, FACT-team og andre skadereduserende tiltak.

PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

I 2021 er det 67 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en økning fra 55 prosent i 2019. Kommuner med færre enn 10 000 innbyggere har signifikant lavere sannsynlighet for å ha en forløpskoordinator på plass enn resten, og kommuner i Trøndelag og nordover ligger signifikant lavere enn resten av landet. Av disse som har forløpskoordinator på plass våren 2021, har 59 prosent valgt å organisere denne i koordinerende enhet eller tildelingskontor, mens 50 prosent har koordinatoren på enhet for helse og rus (noen har koordinatorene flere steder) og to prosent (fem kommuner) har organisert denne i NAV-kontoret.

Forløpskoordinatoren har oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten i flest kommuner (75 prosent), mens 50 prosent oppgir at rollen innebærer å gi individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er 30 prosent som oppgir at forløpskoordinatoren har oppgaver både på systemnivå og har individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er ikke betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, med unntak av at de mellomstore kommunene har noe lavere sannsynlighet for å svare at forløpskoordinatoren bidrar med individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp enn andre kommuner. Det er ingen systematiske forskjeller i forløpskoordinatorens rolle mellom fylkene.

Flertallet av kommunene svarer at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen ikke har fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus (78 prosent), mens 22 prosent svarer at de har fått nye oppgaver. De nye oppgavene kan være direkte knyttet til forløpskoordinatoren som er organisert i enheten, eller til at tjenestene nå er mer involvert i fastlegens henvisningsarbeid, eller at mer skal være utprøvd i kommunene før brukerne henvises til spesialisthelsetjenesten. Basert på de åpne svarene virker det fortsatt å være svært ulikt hvordan spesialisthelsetjenesten involverer kommunene når pasientene er i de ulike pakkeforløpene, og flere nevner at særlig TSB har blitt flinkere til å involvere kommunene, men datagrunnlaget er ikke tydelig nok til at vi kan konkludere med det.

Et flertall av kommunene (71 prosent) oppgir at måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i liten eller svært liten grad er endret med innføringen av pakkeforløp, mens hver fjerde kommune svarer at innføringen av pakkeforløp har endret måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i noen grad. Tre prosent (9 kommuner) svarer at måten å arbeide på i stor eller svært stor grad er endret. Det er ingen tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

Det er videre 41 prosent av kommunene/bydelene som i 2021 oppgir at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, en betydelig økning fra 2019 (da 23 prosent). Mindre kommuner har i sjeldnere utarbeidet slik informasjon enn større kommuner, og det er kommunene i Rogaland og Innlandet i tillegg til bydelene i Oslo som i størst grad har fått utarbeidet informasjon om pakkeforløp på nettsidene sine, mens dette arbeidet gjenstår for en del av kommunene og særlig mange i de to nordligste fylkene.

Det er 26-43 prosent av kommunene/bydelene som har gjennomgått og oppdatert de ulike samarbeidsavtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene i 2021.

Flere kommuner får erfaring med pakkeforløpene og i 2021 er det 68 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har erfaring med pasienter i psykisk helsevern for voksne i pakkeforløp. Tilsvarende andel for barn og unge er 39 prosent, mens 57 prosent svarer at de har erfaring med pasienter i pakkeforløp i TSB.

En del kommuner/bydeler (42-44 prosent) opplever at de ikke har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene, mens 18-23 prosent svarer at de har vært tilstrekkelig involvert. Vi ser nærmere på de som svarer at de er litt eller helt uenig i at de har vært tilstrekkelig involvert. Det er de nest minste kommunene som i størst grad opplever å ikke ha vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene i tillegg til bydelene i Oslo. Med unntak av Møre og Romsdal der en signifikant høyere andel kommuner opplever at de ikke har vært nok involvert i implementeringen av noen av de tre pakkeforløpene, er det ikke signifikante forskjeller mellom fylkene når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Blant påstandene som er tatt med i kartleggingen i 2021 er det flest som er enig i at de kommunale tjenestene i større grad blir kontaktet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter innføring av pakkeforløp (37 prosent), mens færrest er enig i at de får mer informasjon om brukernes forløp i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med før pakkeforløpene kom (22 prosent).

Det er naturlig nok blandede erfaringer med pakkeforløpene, og det er for tidlig å si hva konsekvensene vil være på lenger sikt. En del kommuner opplever at ansvarsfordelingen med spesialisthelsetjenesten har blitt tydeligere, men flertallet opplever liten endring så langt. Bedre samarbeid og flere møter om pasienter i pakkeforløp ser ut til å være tilfellet noen steder, og flere ser et potensial for bedre samarbeid gjennom pakkeforløpene. Andre opplever fortsatt at pakkeforløpene er noe som foregår i spesialisthelsetjenesten og at kommunene gjennom dette får flere oppgaver og større ansvar, men ikke mer av ressursene.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de blir involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord, gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam, mens det nest mest vanlige er å bli involvert når andre tjenester tar kontakt (85 prosent), eller at bruker tar kontakt (82 prosent) eller at det kommer en henvisning (82 prosent). Det er 65 prosent som oppgir at tjenestene involveres gjennom sin oppsøkende virksomhet.

Det er 46 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og andelen som har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk er 43 prosent i 2021. Færre (26-27 prosent) har skriftlige

rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk, oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk og oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose.

Det er nå 90 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet og dette er en økning fra 77 prosent i 2018. Det er også en økning fra 26 til 38 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2021 som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre har en slik plan, men det er økning i alle kommunegruppestørrelser.

Det er i 2021 spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd og det er 40 prosent av kommunene som svarer bekreftende. Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker i sannsynlighet for å ha gjennomført kompetansehevende tiltak på dette området. Blant disse er det flest (60 prosent) som har hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), mens 53 prosent har gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, og 15 prosent har hatt kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging).

Det er 70 prosent som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner og det er vanligere i store kommuner enn i små kommuner, men vi finner ingen forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

På et åpent spørsmål om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, svarer flest at det er å avdekke problemene og identifisere de som har behov for hjelp, og å få de til å ville ta imot hjelpen som finnes. Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (7 prosent), og 48 prosent svarer at de lykkes i noen grad, og 44 prosent svarer at de lykkes i liten eller svært liten grad.

KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOMMUNALT SAMARBEID, SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE OG IDEELLE ORGANISASJONER

Det er 59 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2021. Det betyr at 41 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (26 prosent). Det er svært lite endring i andelene fra 2020 til 2021. Kommunene har gode erfaringer med de fleste leverandørene, men mange kommenterer at det er kostbare tilbud å kjøpe for kommunene, og at de heller burde utviklet egne tilbud.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021. Tre prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Det er en liten nedgang i andel kommuner som svarer at de kjøper tjenester fra andre kommuner fra 2019 til 2021, og kjøpene ser ut til å gjelde heldøgns bo- og omsorgstjenester.

Det er 51 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan henge sammen med de mange kommunesammenslåingene i 2020.

I 2021 er det også spurt om det er inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen fagfeltet og hver fjerde kommune svarer at de har inngått samarbeidsavtale eller intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner. Mange av disse kommunene opplever gode bidrag fra frivillig/ideell sektor, både at de supplerer egne tjenester og at de bidrar til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Det er nå så mange team at det er lettere å se på de som ikke har slike team. Ut ifra NAPHAs oversikt ser det nå ut til å være etablert 83 FACT- og ACT-team.

Av de som 58 prosentene av kommunene/bydelene som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 61 prosent av de som oppgir at de har, eller er en del av, et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 24 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 8 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 15 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge.

Det er videre 49 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Dette er en liten økning fra 2017 (41 prosent). Målgruppe for arbeidet varierer, men det mest vanlige ser ut til å være tilbud til aldersgruppen 13-20 år og 13-23 år, men det er også noen som har 12-18 eller andre aldergrupper. Flere nevner FACT ung, enten at de har etablert et slikt team eller at de holder på å etablere det.

Det er 61 prosent av de som oppgir at de har, eller er en del av et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 24 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 8 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 15 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Generelt har kommunene god erfaring med teamene, men mange mangler foreløpig erfaring med å ha brukere i teamene – men de er positive. Flere beskriver også at samarbeidet har blitt bedre og bedre fra teamet ble etablert, så det virker å være gode prosesser rundt mange av etableringene.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team innen psykisk helse- og rusarbeid.

ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom, og fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å også gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Våren 2017 oppga hver tredje kommune at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 17 prosent som ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for målgruppen. I 2020 var andelen ti prosent (usikre tall), og i 2021 er det 11 prosent som svarte at de ikke har etablert et slikt tilbud for pasienter/brukere med

psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Blant de 37 kommunene som ikke har etablert tilbudet, oppgir de fleste at årsaken er at det ikke har vært behov for et slikt tilbud for målgruppen og at spesialisthelsetjenesten tar seg av dette. Andre oppgir at de ikke har lyktes med å få på plass et samarbeid om dette, enten med andre kommuner eller med spesialisthelsetjenesten. Noen svarer at de arbeider med å få på plass tilbud, mens andre utreder mulighetene politisk.

De fleste kommunene har valgt en interkommunal løsning med felles ØHD-avdeling (33 prosent), mens 24 prosent har et eget kommunalt tilbud, for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

Det er 57 prosent av kommunene som svarer at plassene blir benyttet i liten grad eller svært liten grad, mens ti prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. I 2019 og 2020 var det 50 prosent som svarte at plassene i liten grad ble benyttet, mens 12 prosent svarte at de i stor grad ble benyttet.

I 2021 ble det spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Det er 332 kommuner som svarer på spørsmålet (89 prosent) og av disse er det 79 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud.

I 2021 er det også lagt til et spørsmål om kommunen/bydelen har tjenester for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 331 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på dette spørsmålet, og av disse er det 148 (45 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud.

ARBEIDSTILTAK

Det er 61 prosent av kommunene/bydelene (n=200) som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, og dette er en liten økning fra 58 prosent i 2017.

I 2021 er det totalt 45 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid, og dette er en økning på 21 prosentpoeng fra 2017.

Det er 38 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2021 og dette er over en dobling siden 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, det er en liten økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 62 prosent i 2019 til 67 prosent i 2021.

Det er 63 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er en liten økning fra 60 prosent i 2020.

BRUKERMEDVIRKNING

Det er 81 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller i svært stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (34 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

Vi finner videre at 11 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 18 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse. På lokalt/regionalt nivå er det 14 prosent som svarer at de i stor grad har samarbeid med disse organisasjonene, mens 17 prosent svarer at de i svært liten grad har samarbeid med disse. Det er 13 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har bruker- og pårørendeorganisasjoner å samarbeide på lokalt eller regionalt nivå (særlig i Nord-Norge).

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent at de hadde det i 2021. Dette er omtrent som i 2018, da 44 prosent svarte at de hadde innhentet brukererfaring blant målgruppen de siste 12 månedene.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn, og i 2021 er det 64 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS), mens henholdsvis 35 og 40 prosent svarte at de har hatt brukerråd og brukerundersøkelse. Det er 20 prosent av kommunene som har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner. Gjennom perioden er det særlig nedgang i bruk av brukerråd og økning i tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker.

Det er en gradvis økning i andel kommuner/bydeler som svarer at de i stor eller i svært stor grad har recovery-orienterte tjenester fra 67 prosent i 2017 til 80 prosent i 2021.

Det er også en gradvis økning i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus, fra 27 prosent i 2019 til 38 prosent i 2020.

BOLIGSITUASJONEN

Om vi sammenlikner 2018 og 2021, finner vi at det ikke er store endringer i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid. En litt lavere andel svarer at det har vært en bedring i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid, men en omtrent like stor andel svarte at tilbudet hadde forverret seg siste år både i 2018 og i 2021. Boligsituasjonen kan altså ha blitt forbedret i noen kommuner, men forverret i andre.

Det er 74 prosent av kommunene som i 2021 at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med oppfølging de gir boligtilbudet for de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 66 prosent når det gjelder de med rusproblematikk og 62 prosent for ROP.

De største utfordringene på boligområdet handler fortsatt om å skaffe egnede boliger for målgruppen, men det er ulikt hva kommunene mangler. Noen mangler bemannede boligtilbud, mens andre har mangel på små og rimelige boliger som målgruppen kan leie eller eie. Mange i målgruppen har svak økonomi og får ikke leid bolig pga. høye priser og ofte dårlig betalingsevne. Andre steder er det lav omløpshastighet på de kommunale boligene eller at de har for dårlig kvalitet eller for lav standard. En del svarer at de mangler et godt nok differensiert tilbud, for eksempel at de mangler gode botilbud til målgruppen ROP. Det er også problemer med å etablere nye boliger i flere kommuner, på grunn av mangel på tomter, priser på tomter eller at etablerte nabolag ikke vil ha nyetableringer for denne gruppen. Det er også noen som nevner at hovedutfordringene på boligområdet, er at brukere ikke ønsker personell inn i boligen eller at de ikke har nok ressurser til å gi tett bo-trening og tett oppfølging.

Noen nevner også at hovedutfordringen er at kommuneadministrasjonen og politikerne ikke prioriterer botilbud til målgruppen til psykisk helse- og rusarbeid.

I 2018 svarte 31 prosent av kommunene at Husbankens ordninger i liten eller i svært liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. I 2019 og 2020 var andelen hhv. 28 prosent og 29 prosent, men er i 2021 er det 36 prosent som svarer slik. Det er altså ikke slik at det er en stadig høyere andel kommuner som i stor grad er fornøyd med ordningene i Husbanken rettet mot denne målgruppen. Det er relativt stabile tall de siste fire årene, men med en viss nedadgående trend uten at vi har noen forklaring på dette.

OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Det er 70 prosent av kommunene/bydelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen. Det er 7 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret mens resten har gjort det i noen grad. Kommunene i Innlandet, Vestland og Trøndelag oppgir i størst grad at dette ansvaret er definert.

Det er 69 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, 11 prosent ikke har et lavterskeltilbud utover fastlegene, mens 20 prosent har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen. Små kommuner svarer i mindre grad at de har et slikt tilbud enn større kommuner og det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

Omtrent halvparten av kommunene/bydelene (48 prosent) som svarer de har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 35 svarer at de i noen grad har det, og 18 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, men kommuner i Innlandet og Vestland svarer i større grad at de har gjort en slik tydeliggjøring overfor innbyggerne.

I 2020 var tallene usikre, men dersom vi ser på perioden 2018 til 2021, finner vi at andelen som har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, har økt fra 59 prosent i 2018 til 74 prosent i 2021. Andelen som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge var i 2018 på 54 prosent og i 2021 på 55 prosent. Det var i 2018 86 prosent som oppga at de hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi, og i 2021 var andelen 92 prosent. Av disse indikatorene, er det altså svakest utvikling i andel som har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge'.

I 2021 ønsket vi også å finne ut hvor helsestasjons- og skolehelsetjenesten var organisert og vi finner at det er flest kommuner som har organisert disse tjenestene under Helse (58 prosent), mens 31 prosent har organisert tjenestene under Oppvekst. Åtte prosent har valgt å organisere tjenestene rundt familien, mens tre prosent har valgt en annen organisering (for eksempel at familiens hus ligger under oppvekst, at de har interkommunal helsetjeneste, levekårsavdeling etc.).

Det er videre 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevernet, og andelen som er kjent med dette er høyest blant de største kommunene og lavest i Troms og Finnmark.

Det er også tatt med et spørsmål om i hvor stor grad kommunalt psykisk helse- og rusarbeid samarbeider med barneverntjenesten i kommunen. De fleste (53 prosent) svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten, 28 prosent svarer at de i stor grad samarbeider med barneverntjenesten og 13 prosent i liten eller svært liten grad. Lite samarbeid er vanligst i de minste og de største kommunene og kommunene i Nordland, Viken og Troms og Finnmark.

Det er også gitt anledning til å beskrive utfordringer i samarbeidet med barnevernet, og her kommer det frem at kommunene trenger en fast kontaktperson i de interkommunale barnevernstjenestene, at taushetsplikten fortsatt er et hinder for samarbeid, hyppig utskifting av personell og høyt sykefravær i barnevernstjenesten gir utfordringer i samarbeidet, at lite ressurser i barnevernstjenestene gir lav samarbeidskapasitet og at det ikke er etablerte samarbeidsarenaer med barnevernet som fungerer på en systematisk og effektiv måte.

OPPFØLGING AV ELDRE

I 2021 svarte 89 prosent av kommunene/bydelene (n=330) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 13 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er omtrent som i 2020. Kartleggingen i disse kommunene gjøres gjennom BrukerPlan, eller ved hjemmebesøk for visse aldersgrupper eller når de eldre mottar andre tjenester.

Hver tredje kommune/bydel oppgir at de spør eldre som skal kartlegges for behov for tjenester systematisk om alkoholvaner, og dette er det samme som i 2020.

Det er videre 36 prosent som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre, en økning i ett prosentpoeng fra 2020. Store kommuner har i større grad enn små kommuner systematisert forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Men mange spør ikke om psykisk helse og rusmiddelbruk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 21 prosent av kommunene/bydelene, mens 15 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 13 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser) og 16 prosent om eldre utsatt for vold og overgrep.

Med tanke på at det i årene som kommer blir mange flere eldre i kommunene og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, er det relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse. Det er også relativt få som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for sine ansatte på dette feltet. Kommunene ser foreløpig ikke ut til å være godt forberedt på å møte de økende behovene knyttet til eldre innen psykisk helse- og rusarbeid.

PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi og handlingsplan som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv. Pårørendestrategien har tre hovedmål: (1) Anerkjennelse pårørende som en ressurs, (2) God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid og (3) Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Det er derfor tatt med spørsmål om kommunene har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i strategien. Det er 52 prosent som svarer at de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende. Noen færre (40 prosent) svarer at de har planlagt tiltak for å oppnå mer forutsigbare og koordinerte tjenester. Det er videre 37 prosent som svarer at de planlegger tiltak for å gi bedre informasjon, opplæring og veiledning. Det er færrest som svarer at de planlegger tiltak for tilstrekkelig støtte og avlastning for barn og unge som pårørende (21 prosent).

Det er i 2021 også tatt med et spørsmål om hvor ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år er plassert i kommunen/bydelen. Det er 87 prosent av kommunene/bydelene som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helse-sykepleiere har dette ansvaret, mens 20 prosent svarer at de har egen barneansvarlig. Det er også 20 prosent som sier at ansvaret ligger i psykologtjenesten, mens like mange svarer at de har egne barne- og familieveiledere/terapeuter som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år.

Det er hhv. seks og syv prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) og SMIL-grupper (Styrket mestring i livet). Videre er det 24 prosent av kommunene som oppgir at de ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS.

Det er 57 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2021 og dette er på samme nivå som i 2019.

Vi ser en tydelig nedgang i andel som svarer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende på en god måte for voksne med rusmiddelproblemer og de som har tatt overdose. Dette kan være pandemirelatert, men det blir viktig å følge med på utviklingen de neste årene. Samtidig ser vi en liten økning i andel som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende på en god måte når det gjelder voksne med rusmiddelproblemer og voksne som har tatt overdose

HELSEFELLESSKAP

Etableringen av 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres i helsefellesskapene, har vi spurt om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til nå har vært involvert i dette arbeidet. Vi finner at 27 prosent av kommunene/bydelene våren 2021 svarer at ansatte i tjenestene har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, mens 62 svarer at de ansatte ikke har deltatt på noe slikt. De resterende 11 prosentene svarer at de ikke vet om noen ansatte innen psykisk helse og rusarbeid har deltatt på noe slikt. Det er naturlig nok få foreløpig som svarer at helsefellesskapene har ført til bedre samarbeid og økt prioritering om voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet, og de aller fleste svarer at de ikke vet om helsefellesskap har ført til bedre samarbeid

eller økt prioritering til de som trenger det mest. Det er ikke tydelige forskjeller etter kommunestørrelse og fylke.

ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter innenfor psykisk helse og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen over flere år, og generelt virker personellet i kommunene å være fornøyd med de tilbudene de har fått i kontakt med sentrene.

Det er kun to kommuner i utvalget i 2021 som ikke har hørt om NAPHA, én som ikke har hørt om KoRus og tre som ikke har hørt om RVTS. 10 kommuner hadde ikke hørt om RBUP/RKBU. 58 kommuner hadde ikke hørt om NKROP i 2021. Henholdsvis 29 og 20 kommuner oppgir at de ikke har hørt om NKVTS og NSSF. Tallene for 2020 er beheftet med usikkerhet pga. færre kommuner som svarte på kartleggingen, men sammenliknet med 2019 er det en bedring i utbredelse av kjennskap til sentrene for de alle fleste kompetansesentrene.

Videre er det 76 prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, 91 prosent med KoRus, 66 prosent RBUP/RKBU, 90 prosent med RVTS, 27 prosent med NKROP, 32 prosent med NKVTS, 27 prosent har vært i kontakt med eller brukt NSSF og 11 prosent som har vært i kontakt med SANKS. Den vanligste måten å ha kontakt med sentrene på er å besøke nettsiden, og/eller lese fagartikler fra sentrene og/eller delta på ulike kurs. Det er en marginal nedgang i tallene på bruk sammenliknet med 2020, og det er sannsynlig at pandemien har påvirket bruken av kompetansesentrene.

Det er 13-17 prosent av kommunene/bydelene som i løpet av de siste fem årene har svart at sentrene i *liten grad* opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene, og det er særlig de store kommunene som har denne opplevelsen.

Konklusjon

Gjennom pandemien har i overkant av halvparten av alle kommunene/bydelene har i ulik grad omdisponert personell til smittevernarbeid fra tjenester rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og innen tjenester til barn og unge har to av tre kommuner gjort større eller mindre omdisponeringer av personell til smittevernarbeid og vaksinerings.

Det er særlig mange som rapporterer om en stor økning i henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent av kommunene) og for voksne (27 prosent). Blant de med rusmiddelproblemer, er det flest som svarer at det ikke er endringer i omfanget, men det er seks prosent som melder om stor økning også når det gjelder henvendelser/henvisninger både blant voksne og barn/unge når det gjelder rusmiddelproblemer.

Det virker som det skjer mye på fagfeltet, men det er store forskjeller i det som bygges ut i de store kommunene og det som de mindre kommunene får etablert av tilbud. Det er derfor viktig at det også utvikles ordninger og tilskudd som også er tilpasset de mindre kommunene, slik at ikke forskjellene øker ytterligere.

1 KUNNSKAPSRUNNLAG

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid siden 2007, og det finnes årlige rapportutgivelser i dette prosjektet¹. Kartleggingsskjemaet som sendes ut til alle landets kommuner hver vår, utvikles av forskere i SINTEF i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og en faglig referansegruppe med representanter fra både Statsforvalteren, kommuneledelse, KS, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen av årsverksinnsats fordelt på tiltak og utdanning har vært lik i mange år, mens andre deler av kartleggingen endres etter behov og dekker et bredt spekter av tema helsemyndighetene ønsker å få mer informasjon om. Rapporten brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere i kommunene, forskere, studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger.

Det ligger utenfor rammene og hensikten i prosjektet å gi en systematisk kunnskapsoppsummering på hvert enkelt tema (kapittel) i rapporten, og vi diskuterer i liten grad enkeltfunn opp mot internasjonal litteratur på feltet. Vi ønsker likevel at leserne av rapporten skal få et innblikk i eksempler på ny forskning som berører psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. I dette kapitlet gir vi en oversikt over de viktigste nasjonale føringene på feltet, samt nye vitenskapelige publikasjoner (hovedsakelig oppsummeringsartikler) av relevans for tjenestene som har blitt publisert i løpet av det siste året (høst 2020/2021). Kunnskapsgrunnlaget oppdateres årlig, og strategier og planer som er pågående tar vi med i hver rapport så lenge de er gjeldende. Det er økende interesse for forskning ute i kommunene og de som arbeider i tjenestene har behov for å få en samlet oversikt over relevant forskning på deres fagområde. Systematiske sammenstillinger av litteratur inneholder en rekke sentrale referanser til litteratur på feltet, ofte med en vurdering av kvalitet på studiene, og vi oppfordrer til å bruke Helsebiblioteket.no, PubMed, Google Scholar eller få hjelp fra nærmeste medisinske bibliotek til å finne frem til fulltekstartikler.

Om litteratursøket

Søkestrengene utgjøres av ulike kombinasjoner av ordene (på norsk og engelsk) community mental health services/primary care/mental health/substance use/community drug treatment. Vi har søkt på norsk Google Scholar, Helsebiblioteket og Idunn (for eksempel Tidsskrift for psykisk helsearbeid) og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet (for eksempel Folkehelseinstituttet). Vi har søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på tema kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed, Endnote X9.2 benyttes som referanseverktøy. Søkene er begrenset til å gjelde 2020 og 2021, slik at vi kun favner publikasjoner siste år.

¹ Se tidligere rapporter i prosjektet her: <https://www.sintef.no/prosjekter/2015/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>

1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

De siste tre årene har vi utarbeidet en liste over offentlige meldinger, planer og strategier som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet. Tabellen er oppdatert medio oktober 2021, hovedsakelig ved bruk av søkefunksjonene etter offentlige dokumenter (på helse- og velferdsfeltet) på www.regjeringen.no. Vi gjør oppmerksom på at tabellen ikke er uttømmende, og at det kan finnes flere offentlige dokumenter som skulle vært på lista.

Tabell 1.1 Stortingsmeldinger, NOU-er, handlingsplaner, strategier og andre innsatser siste fem år på helse- og velferdsfeltet.

Meld. St. 15 (2017–2018)	Leve hele livet
Meld. St. 10 (2018–2019)	Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig. Den statlege frivilligheitspolitikken
Meld. St. 13 (2018–2019)	Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft
Meld. St. 18 (2018–2019)	Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester
Meld. St. 19 (2018–2019)	Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
Meld. St. 6 (2019–2020)	Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO
Meld. St. 7 (2019–2020)	Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023
Meld. St. 24 (2019–2020)	Lindrende behandling og omsorg
Meld. St. 14 (2020–2021)	Perspektivmeldingen 2021
Meld. St. 18 (2020–2021)	Opplive, skape, dele. Kunst og kultur for, med og av barn og unge
Meld. St. 25 (2020–2021)	Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle
Meld. St. 34 (2020–2021)	Sammen mot barne-, ungdoms- og gjengkriminalitet
Meld. St. 38 (2020–2021)	Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
Meld. St. 39 (2020–2021)	Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring
Meld. St. 40 (2020–2021)	Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030
Årlige meldinger	Regjeringens årlige meldinger "Kvalitet og pasientsikkerhet"
NOU 2017: 6	Offentlig støtte til barnefamiliene
NOU 2017: 12	Svikt og svik – gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt
NOU 2017: 16	På liv og død
NOU 2018: 2	Fremtidige kompetansebehov I – Kunnskapsgrunnlaget
NOU 2018: 16	Det viktigste først - prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
NOU 2018: 18	Trygge rammer for fosterhjem
NOU 2019: 2	Fremtidige kompetansebehov II
NOU 2019: 10	Åpenhet i grenseland. Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen
NOU 2019: 14	Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten
NOU 2019: 19	Jenterom, gutterom og mulighetsrom – Likestillingsutfordringer blant barn og unge
NOU 2019: 20	En styrket familietjeneste
NOU 2019: 24	Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak
NOU 2019: 25	Med rett til å mestre. Struktur og innhold i videregående opplæring
NOU 2019: 26	Rusreform – fra straff til hjelp
NOU 2020: 1	Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom
NOU 2020: 2	Fremtidige kompetansebehov III (blant annet estimering av behov for helsepersonell i framtiden)
NOU 2020: 5	Likhet for loven. Lov om støtte til rettshjelp (rettshjelpsloven)
NOU 2021: 6	Myndighetenes håndtering av koronaepidemien

NOU 2020: 13	Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester
Prop. 15 S (2015–2016)	Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020)
Prop. 12 S (2016–2017)	Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
Prop. 121 S(2018-2019)	Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)
Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018)	
Handlingsplan for å bedre tilliten mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevernet (2016–2021)	
Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)	
Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023	
Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert	
Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025	
Handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025.	
Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020-2023	
Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024	
Handlingsplan mot æresrelatert vold og negativ sosial kontroll	
Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)	
Kompetanseløft 2020 – Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	
Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)	
Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)	
Kompetanse for fremtidens barnehage – Revidert strategi for kompetanse og rekruttering (2018–2022)	
Integrering gjennom kunnskap – Regjeringens integreringsstrategi (2019–2022)	
Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030	
Mer kunnskap – bedre barnevern – Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024)	
Partnerskap mot mobbing (2016–2020)	
Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026)	
Regjeringens inkluderingsdugnad	
Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)	
Trygge foreldre – trygge barn, strategi for foreldrestøtte (2018–2021)	
Trygghet, mangfold og åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)	
Ekspertgruppe om unge som etterlates i utlandet mot sin vilje (rapport publisert 2020: "Det var ikke bare ferie")	
#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)	
Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser	
Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)	
Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025). En helsefremmende solidarisk alkoholpolitikk	
Nasjonal strategi mot nettrelaterte overgrep mot barn	

1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET

I dette delkapitlet presenterer vi en oversikt over utvalgte vitenskapelige rapporter og artikler fra Norge som er relevante for ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og for tema i denne rapporten. Vi har gjort tematiske søk på psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i Helsebiblioteket, Idunn-databasen og i enkelttidsskift (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Fokus på familien, Tidsskrift for omsorgsforskning, Tidsskrift for Norsk psykologforening, Tidsskrift for velferdsforskning og Tidsskriftet Den norske legeforening). Søket ble tidsavgrenset til 2020 og 2021, for å kun dekke de nyeste publikasjonene. Vi gikk gjennom treffene og valgte ut artikler som vi mener har et element av system og/eller tjenesteperspektiv i seg.

I fjorårets rapport² hadde vi med følgende tema, der sammendrag fra artiklene ble presentert i rapporten:

- Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten under covid-19-pandemien
- Erfaringer med Individuell plan
- Erfaringsmedarbeidere som aktører i utdanning av psykisk helse- og rusarbeidere
- Bruk av erfaringskompetanse i kommunene
- Ivaretagelse av samfunnsansvar i private virksomheter som leverer offentlige velferdstjenester
- Evaluering av varig tilrettelagt arbeid i kommunal regi
- Hvordan formidle forskningsbasert kunnskap fra rusfeltet?
- Hvordan integrere "Motiverende intervju" i klinisk praksis
- Planlegging av recoveryprosesser under innleggelse
- Utskriving av pasienter til kommunene – faglig rasjonalitet under press?
- Fastlegers vurdering av DPS-ene
- Effekstudie av Rask psykisk helsehjelp (RPH) og artikkel om RPH som interkommunalt tilbud
- Bofellesskap for ROP-brukere
- Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet
- Brukerstyrte behandlingsforløp – eksempel fra ROP-feltet
- Familierapeutisk arbeid i et kommunalt veiledningsteam – en samarbeidsorientert og forskningsbasert beskrivelse
- Helsefelleskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering?
- Sammenheng mellom behandlingsfornøydhet og effekt av kognitiv atferdsterapi
- Tilbakemeldingsverktøy (flere artikler om den pågående debatten)
- Psykologer i kommunen og bruk av digitale løsninger
- Livskvalitet i Norge

I årets rapport har vi valgt å komprimere resultatgjengivelsen fra søkene og heller presentere dem i en tabell med klikkbar lenke til artiklene (se vedlegg bakerst i rapporten). Vi anbefaler å søke på artikkelens tittel i Helsebiblioteket.no eller Google Scholar hvis lenken leder deg til en side der du ikke har tilgang til fulltekst av artiklene (fullteksttilgang kan avhenge av avtaler med tidsskriftene).

Vi endte med å inkludere 29 norske bidrag (Olesen , Anvik, Sandvin et al. 2020, Askheim 2020, Hansen, Tofteng et al. 2020, Høyland, Schuchert et al. 2020, Landheim and Odden 2020, Lauveng 2020, Lindvig,

² https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endeligrapportis24_8_2020.pdf

Topor et al. 2020, Nøkleby, Muller et al. 2020, Reed 2020, Seip 2020, Skriver and Meier 2020, Thorbjørnsen, Tingvoll et al. 2020, Trzebinski 2020, Aass 2021, Ådnanes, Høiseth et al. 2021, Bergh, Michaelsen et al. 2021, Berntsen 2021, Bjørkquist and Ramsdal 2021, Danielsen 2021, Hansen, Tofteng et al. 2021, Helland, Rognstad et al. 2021, Hjellum 2021, Nordaunet 2021, Riksrevisjonen 2021, Sivertsen and Mydland 2021, Sørly, Fresvik et al. 2021, Trondsen and Manskow 2021, Warholm 2021) fra årets litteratursøk i de norske kildene. Vi gjør oppmerksom på at det vil finnes enkeltartikler fra Norge, med norske data, som er publisert internasjonalt og som ikke vil fanges opp her eller i de systematiske litteratursøkene omtalt i neste delkapittel.

Av relevante bøker som omtaler psykisk helse- og rusarbeid det siste året har vi valgt å trekke fram en nyutgivelse av "Grunnbok i psykisk helsearbeid" av Arnhild Lauveng (Lauveng 2020), Kapittel 6 om psykisk helsearbeid av Øydgard og medforfattere i boka "Velferdstjenestens vilkår" redigert av Anvik og medforfattere (Anvik, Sandvin et al. 2020) og en utgivelse fra Bjørkquist og Ramsdal (Bjørkquist and Ramsdal 2021) med tittel "Statlig politikk og lokale utfordringer. Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse". De to sistnevnte bøkene er publisert med åpen tilgang og finnes gratis på internett.

Videre har det kommet flere vitenskapelige rapporter på rusfeltet, herunder evalueringen av opptrappingsplan rus fra Fafo (Hansen, Tofteng et al. 2020, Hansen, Tofteng et al. 2021), en NORCE-rapport om effekter av ettervern innen rusbruk og avhengighet (Høyland, Schuchert et al. 2020), samt NK-ROPs sluttrapport om evaluering av FACT-team i Norge (Landheim and Odden 2020). FHI har gitt ut en rapport om tvang og grensetting i barnevernet og fosterhjem (Nøkleby, Muller et al. 2020), mens Senter for omsorgsforskning har publisert en kunnskapsoppsummering om fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid (Danielsen 2021). På psykisk helse-feltet har det videre kommet en SINTEF-rapport (andre delrapport) i evalueringen av pakkeforløp psykisk helse og rus (Ådnanes, Høiseth et al. 2021), NORCE har gitt ut rapport om boligløsninger for personer med psykisk helse – og/eller rusproblematikk (Sørly, Fresvik et al. 2021), samt at Riksrevisjonen nylig kom med en viktig rapport om sine undersøkelser av psykiske helsetjenester rundt om i landet (Riksrevisjonen 2021). Vi fant flere relevante artikler med systemperspektiv i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Tidsskrift for omsorgsforskning, Fokus på familien, Psykologtidsskriftet og Sykepleien (Olesen, Askheim 2020, Lindvig, Topor et al. 2020, Seip 2020, Skriver and Meier 2020, Thorbjørnsen, Tingvoll et al. 2020, Bergh, Michaelsen et al. 2021, Helland, Rognstad et al. 2021, Nordaunet 2021, Sivertsen and Mydland 2021, Trondsen and Manskow 2021). Vi inkluderte også to doktorgradsavhandlinger om hhv. recovery og familiesentrerte samtaler (Reed 2020, Aass 2021), og fire masteroppgaver (Trzebinski 2020, Berntsen 2021, Hjellum 2021, Warholm 2021).

1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET

Denne rapporten har søkelys på ressursinnsats og organisering av de kommunale psykisk helse- og rus-tjenestene. Tjenesteperspektivet i disse tjenestene er ikke et stort forskningsfelt som sådan internasjonalt, forskningen er relativt fragmentert og publikasjonene innenfor psykisk helse- og rusfeltet handler i stor grad om helseutfall hos brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger. Psykisk helsefeltet er dessuten mer forsket på enn rusfeltet. Med en rapport som spenner vidt i tema, ligger det utfordringer i prosjektet å gjøre en oppsummering som favner alt, men i det følgende har vi valgt ut noen av de nyeste systematiske litteraturoppsummeringene på feltet, som refererer til stor del relevant litteratur.

I fjorårets rapport³ finner man referanser og korte oppsummeringer av følgende forskningstema fra systematiske kunnskaps-oppsummeringer, der sammendraget (abstract) fra artiklene ble presentert på norsk:

- Covid-19-relaterte artikler på psykisk helse- og rusfeltet; endringer i tjenestene, virkningen på psykisk helse hos helsepersonell, psykisk helse-intervensjoner og oppfølging under pandemier
- Virkningen av offentlig publisering av aktivitetsdata på atferden til både helsepersonell og brukere
- Endringer i helsetjenestene som følge av eksternt tilsyn
- Sammenheng mellom kompetansesammensetning hos sykepleiere i psykisk helsevern og pasientutfall
- Recovery-relaterte utdanningsintervensjoner for psykisk helsepersonell
- Alvorlig psykisk sykdom og helsetjenestebruk for somatiske lidelser
- Samfunnsøkonomiske evalueringer av folkehelseintervensjoner for å bedre psykisk helse og forebygge selvmordstanker og selvmordsatferd
- Bruk av psykiske helsetjenester blant barn og unge
- Barn og hjelpsøking på psykisk helse-feltet
- Identifisering av førskolebarn med psykiske helseproblemer i primærhelsetjenesten
- Erfaring med å være hyppig bruker av kommunehelsetjenesten og akutte helsetjenester
- Intervensjoner som skal redusere avvik mellom antall henviste brukere og antallet som faktisk møter opp i kommunale tjenester til barn og unge
- Forbedring av utskrivelse fra akuttinnleggelse til kommunen for mennesker med psykiske lidelser
- Effekten av tverrfaglig psykiatrisk hjemmebehandling for pasienter med psykiske lidelser
- Strategier for å involvere pasienter og pårørende i samarbeidende tjenester rettet mot angst- og depresjonslidelser
- Vold mot eldre kvinner
- Effekt av fast bolig og inntektstervensjoner for hjemløse i høyinntektsland
- Sammenhengen mellom pasientsentrert behandling og utfall i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vi har også i år begrenset søkene til å gjelde kun systematiske kunnskapsoppsummeringer fra det siste året (oktober 2020 til oktober 2021). Vi søkte i litteraturl databasen PubMed med følgende søkestrenger, der tittel og sammendrag ble gjennomgått av forsker som vurderte relevansen opp mot tema som dekkes i årets IS-4/8-rapport:

- 1) community OR primary AND "mental health" AND services
- 2) community OR primary AND "substance abuse" OR drug AND services

Per 15. oktober 2021 ga dette 225 treff for psykisk helse-temaet og 188 treff for rus-temaet. Etter gjennomgang inkluderte vi 29 relevante systematiske kunnskapsoppsummeringer på psykisk helse (Fadyl, Anstiss et al. 2020, Hafford-Letchfield, McQuarrie et al. 2020, Henderson, Fisher et al. 2020, R, Savaglio et al. 2020, Bradley and Becker 2021, Carrillo de Albornoz, Sia et al. 2021, Cherak, Rosgen et al. 2021, Duong, Bruns et al. 2021, Estrany-Munar, Talavera-Valverde et al. 2021, Feldman, Gebreslassie et

³ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endeligrapportis24_8_2020.pdf

al. 2021, Fogarty, McCombe et al. 2021, Gaiser, Buche et al. 2021, Golden, Springs et al. 2021, Kalra, Hooker et al. 2021, Kerman, Polillo et al. 2021, Krause, Chung et al. 2021, Lee, Kuhn et al. 2021, Lim, Caan et al. 2021, M, Walpola et al. 2021, McGrath, Duncan et al. 2021, Mutschler, Bellamy et al. 2021, Onapa, Sharpley et al. 2021, Parker, Banfield et al. 2021, Petkari, Kaselionyte et al. 2021, Quinlan-Davidson, Roberts et al. 2021, Ramsey, Galway et al. 2021, Siegel, Zuo et al. 2021, van Ginneken, Chin et al. 2021, Vitger, Korsbek et al. 2021) og kun seks kunnskapsoppsummeringer på rus (Rombouts, Conigrave et al. 2020, Alsuhaibani, Smith et al. 2021, Arum, Fraser et al. 2021, Blank, Baxter et al. 2021, Hellström, Pedersen et al. 2021, Kerman, Polillo et al. 2021). Når det gjaldt rus handlet de aller fleste studiene om spesifikke tilstander/sykdommer som følge av rusmiddelbruk og avhengighet, og var i (enda) mindre grad enn for psykisk helsearbeid system- og/eller tjenesteorienterte. På samme måte som for de norske artiklene, laget vi en tabell i vedlegg til rapporten med oversikt over funnene, korte oppsummeringer av resultatene og med lenker til artiklene.

1.4 OPPSUMMERING

IS-24/8 har i stor grad fokus på ressursinnsats og styringsinformasjon i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Dette tjeneste- og systemperspektivet er ikke et stort nasjonalt eller internasjonalt forskningstema. I dette kapitlet har vi sett på relevante nasjonale føringer, forskning og evalueringer fra Norge og de nyeste internasjonale kunnskapsoppsummeringene. Resultatene er presentert med korte oppsummeringer og klikkbare lenker i tabeller i vedlegg A.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 578 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for tabellene og figurene som er framstilt i rapporten relatert til årsverksinnsats. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

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

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en database i SSB eller i kommunene, men antall årsverk må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er krevende å gjøre slike anslag fordi mange tjenester er involvert, men kommunene har opp gjennom årene utviklet egne metoder for hvordan de anslår årsverkene. De får også tilgang på 'hjelpark' for å sammenstille informasjon fra de ulike tjenestene. Datagrunnlaget er dermed ikke egnet til å sammenlikne nivå på årsverkene mellom enkeltkommuner, men brukes primært til å følge utviklingen i fagfeltet på nasjonalt nivå. IS-24/8 prosjektet skal både bidra til at helsemyndighetene får formidlet føringer, planer og forventninger til de kommunale tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid, og til at kommunene får formidlet sine erfaringer, forventninger og behov tilbake til myndighetene. Alle kommunene, statsforvaltningsembetene og kompetansesentrene får tilsendt den årlige rapporten i papirformat.

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

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

tilbakemeldinger fra kommunene om at det er viktig informasjon som rapporteres i IS-24/8. Noen kommuner er kritiske til at de må rapportere, men det er betydelig færre kritiske tilbakemeldinger de siste årene enn tidligere. Å kun følge årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering.

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

Det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og i vår kommunikasjon med kommunene argumenterer vi for at datagrunnlaget utgjør viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene. Dette er sannsynligvis avgjørende for at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos tidligere Fylkesmannen, nå Statsforvalteren, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som driver vår nettbaserte løsning, og som følger opp 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 Statsforvalteren som dekker den aktuelle kommunen. Da kan rådgiveren gi oss et annet navn enn det vi har fra før, eller ta kontakt med kommunene for å oppfordre de til å rapportere. I 2020 og 2021 har vi ikke involvert Statsforvalteren i samme grad som tidligere år, fordi vi ikke har ønsket å legge press på kommuner som kunne ha en krevende driftssituasjon under pandemien. I 2020 ble mange ansatte omdisponert til testing og sporing, og i 2021 var det i tillegg store oppgaver knyttet til vaksinerings i kommunene. Dersom situasjonen er normalisert våren 2022, vil vi igjen ha som mål at alle kommunene skal delta.

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 siden 2015 ansvaret for hele datainnsamlingen, og rapporteringen kalles nå IS-24/8 fordi både IS-24 og IS-8 er godt innarbeidede begreper i mange kommuner.

I 2021 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for sjuende gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene våren 2021. Kommunene bes om å ta utgangspunkt i uke 5, eller finne en annen representativ uke.

Det er kun Oslo som leverer data på bydelsnivå, og alle de 15 bydelene rapporterte i perioden 2015-2019. I 2021 var det to bydeler som ikke rapporterte. I tillegg leverer den sentrale Velferdsetaten og Helseetaten i Oslo egne data på noen årsverk, men i 2021 ble det ikke levert tall fra Velferdsetaten.

2.2 DATAINNSAMLING

I 2020 varte datainnsamlingen fra 15. april til 15. september. Det var også i 2021 forventninger fra kommunene om levering i september, men vi besluttet i samråd med Helsedirektoratet å avslutte datainnsamlingen 1. juli, fordi det var vanskelig å forutse hvordan smittesituasjonen ville være til høsten.

Det var 24 kommuner/bydeler som ikke rapporterte i 2021 og ytterligere 10 kommuner har kun fylt ut et minimum av skjemaet ved å bekrefte årsverkene som ligger inne i systemet fra forrige rapportering. Det er 338 kommuner/bydeler som har fullført hele eller nesten hele rapporteringen og inkludert de 10 kommunene som har bekreftet årsverkene, gir dette en dekning på 93,5 prosent. For de 24 kommunene/bydelene som ikke har rapportert, har vi brukt 2020-tall.

Informasjon om datainnsamlingen ble sendt til alle kommunene/bydelene 19. mars med beskjed om at kartleggingen blir sendt ut 14. april og at svarfristen i år ble satt til 20. mai. I år ba vi dem om å oppgi hvem som skulle være ansvarlig for kommunens rapportering med kontaktinformasjon slik at vi kunne sende lenken direkte til rapporteringsansvarlig i tillegg til postmottak. Det ble gitt utsettelse i flere omganger til kommuner som tok kontakt, og per 26. mai var det 196 kommuner/bydeler som hadde fullført og 22 hadde startet. Det ble sendt en purring til alle som ikke hadde fullført, med endelig svarfrist 14. juni. Den 18. juni var det fortsatt 91 kommuner som ikke hadde startet, og Sentio iverksatte tiltak for å komme i kontakt med disse på telefon og e-post.

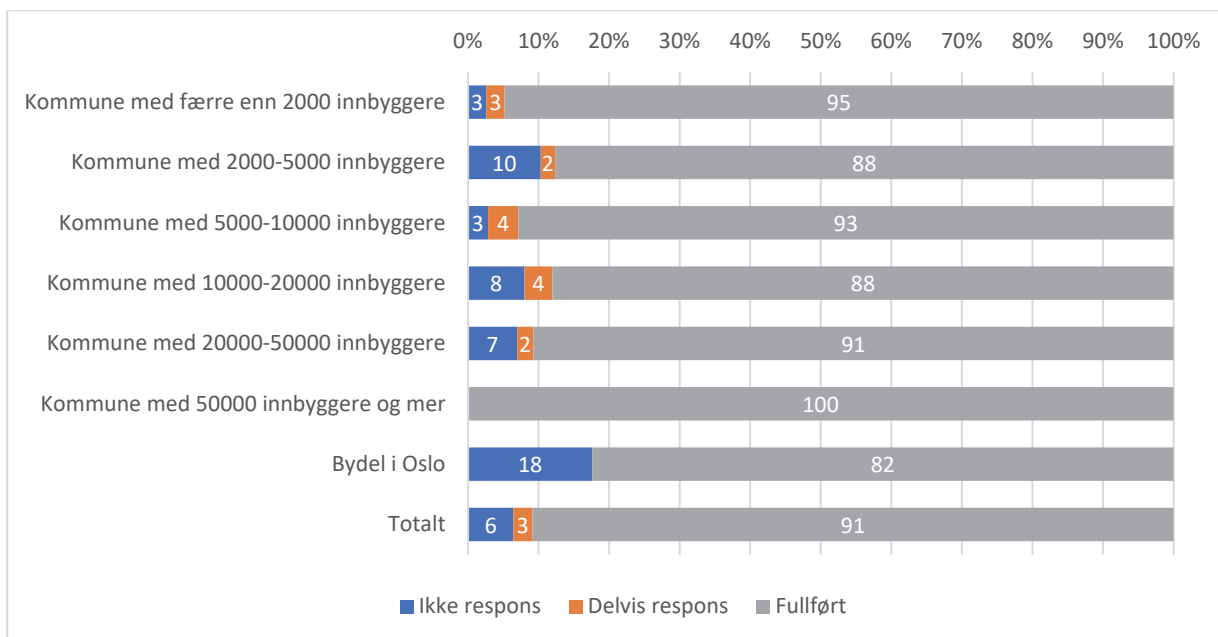
Tabell 2.1 viser fordelingen av antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter avsluttet datainnsamling og kommunestørrelse målt med antall innbyggere. Figur 2.1 viser prosentvis fordeling i størrelsesgruppen. Det er ikke signifikante forskjeller i respons etter kommunestørrelse.

Tabell 2.1 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter befolkningstall, 2021.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	2	2	73	77
Kommune med 2000-5000 innbyggere	10	2	85	97
Kommune med 5000-10000 innbyggere	2	3	65	70
Kommune med 10000-20000 innbyggere	4	2	44	50
Kommune med 20000-50000 innbyggere	3	1	39	43
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0	18	18
Bydel i Oslo*	3	0	14	17
Totalt	24	10	338	372

* Inkludert Velferdsetaten og Helseetaten

Mest komplette data kommer i 2021 fra kommuner med 50 000 innbyggere eller mer, utenom Oslo, der alle 18 kommunene har fullført rapporteringen. Blant de 77 minste kommunene i landet, med færre enn 2000 innbyggere, er det kun 2 kommuner (3 prosent) som ikke har respondert.



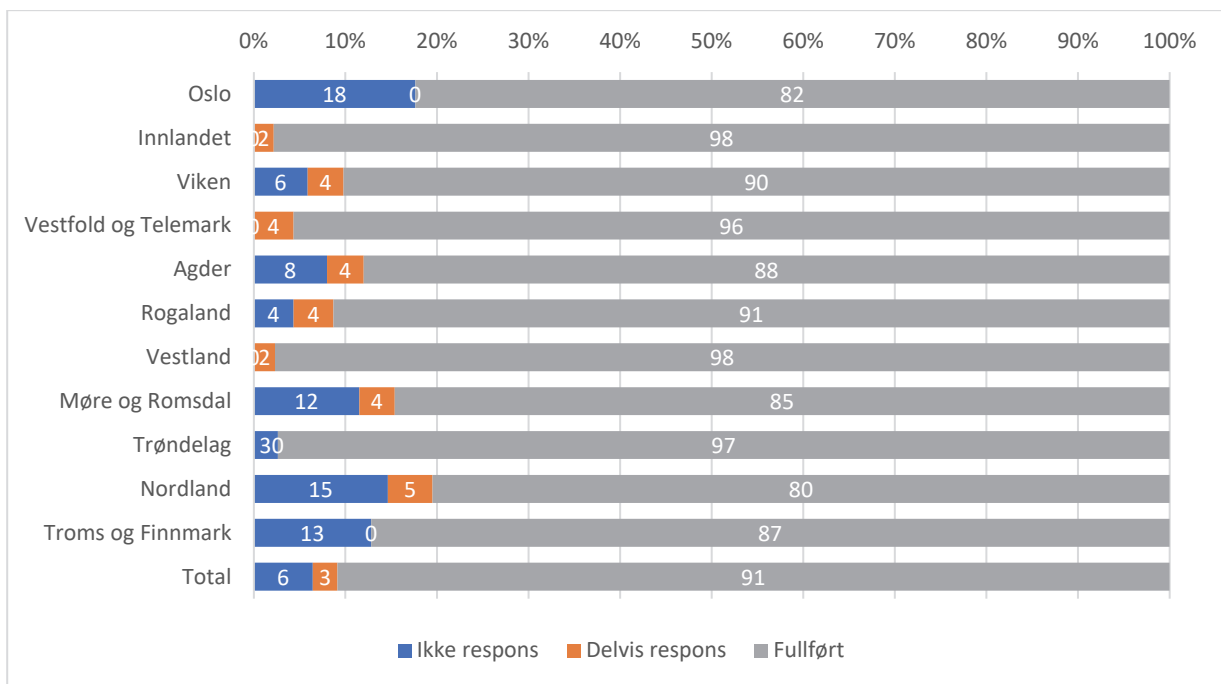
Figur 2.1 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter befolkningstall, 2021.

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

Tabell 2.2 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter fylke, 2021.

	Ikke respons	Delvis respons	Fullført	Antall
Oslo	3	0	14	17
Innlandet	0	1	45	46
Viken	3	2	46	51
Vestfold og Telemark	0	1	22	23
Agder	2	1	22	25
Rogaland	1	1	21	23
Vestland	0	1	42	43
Møre og Romsdal	3	1	22	26
Trøndelag	1	0	37	38
Nordland	6	2	33	41
Troms og Finnmark	5	0	34	39
Total	24	10	338	372

Mest komplette data kommer i 2021 fra Innlandet, Vestland og Trøndelag. I Oslo er det bydelene Sagene og Nordre Aker i tillegg til Velferdsetaten som ikke har deltatt.



Figur 2.2 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter fylke, 2021.

2.3 OM UTFYLLINGEN

Som vist i tabell 2.3 har 43 prosent av kommunene valgt å la hovedansvarlig for utfyllingen ta imot innspill fra de andre relevante tjenestene uten å gjennomføre et felles fagmøte, og dette er en like stor andel som i 2019. I 2021 har 26 prosent valgt å organisere det som et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med både tjenester til voksne og til barn/unge, mens like stor andel som i 2020 (9 prosent) har valgt å besvare skjemaet i felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for henholdsvis tjenester for voksne og tjenester for barn/unge.

Tabell 2.3 Hvordan har dere valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i år?

	2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	156	38	139	33	84	29	94	26
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	26	6	30	7	25	9	32	9
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	10	2	4	1	18	6	15	4
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	20	5	35	8	19	6	29	8
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	157	38	178	43	116	39	158	43
Annen organisering	47	11	32	8	32	11	37	10
Totalt	416	100	418	100	294	100	365	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 1740 personer som har vært involvert i kartleggingen i 2021. Dette betyr at ti prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen. Dette er den samme andelen som i 2020, og i 2019 var det tilsvarende 14 prosent som deltok. Pandemien kan ha bidratt til at færre er involvert i utfyllingen.

At så mange ansatte er involvert i rapporteringen 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 og de må ta kontakt med flere tjenester, enheter, avdelinger som gir bistand og hjelp til personer som har psykiske helseproblemer/lidelser og/eller rusproblemer/lidelser og få de til å anslå årsverk som går til målgruppen. Det er også dette som beskrives av de som har krysset av for "Annen organisering".

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

Årsverksdataene i psykisk helse- og rusarbeid inneholder typisk flere ekstreme verdier. I 2020 og 2021 har datakontrollen ikke vært like grundig som tidligere år fordi vi ikke har villet belaste kommunene mer enn nødvendig i pandemisituasjonen.

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

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

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

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

I dette prosjektet er det bestemt at kommunene skal være anonyme når det gjelder svar på kvalitative spørsmål. Dette betyr at kommunene anonymiseres når vi benytter sitat. Ulempen med dette, er at kommunene ikke kan ta kontakt med andre kommuner som de ser de har felles problemstillinger med ut ifra sitatene. Det kan være at de ønsker erfaringsutveksling eller trenger konkrete råd i for eksempel oppstart av nytt tilbud. Årsaken til at det er anonymt, er at det ligger en del sensitiv informasjon i sitatene, for eksempel om samarbeidspartnere. I tillegg tror vi rapporteringen fra kommunene får høyere kvalitet om de er trygge på at informasjonen ikke benyttes til andre formål enn de er informert om. Datagrunnlaget kan brukes til forskning, men enkeltkommuner vil ikke kunne identifiseres i publikasjoner eller presentasjoner av resultatene.

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 fram og svarene fortjener grundige analyser. SINTEF har utviklet 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 innholdet i alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden er tilpasset prosjekt med bredt definerte problemstillinger. Dette er en tematisk koding på detaljert nivå som gjøres ved hjelp av standard Microsoft Office-program. Teksten kodes og sorteres etter ulike tema. Deretter sorteres teksten i hovedtema og undertema. Metoden sørger for at datagrunnlaget utnyttes godt, og at det ikke er tilfeldig hva som tas med innenfor samme tema. På noen av spørsmålene får vi til en kvantitativ kartlegging av de åpne svarene, og kan vise fordelingen i en tabell eller i en figur. Det varierer i hvilke tilfeller vi velger å gjøre hva, og beslutningen styres av kompleksitet i svarene og vurderinger som for eksempel om det er det mulig å sammenlikne svarene med det andre har svart. Noe er typisk småkommuneproblematikk, mens annet er mer generelle funn. Noen ganger kommer det fram noe nytt, mens andre ganger bekrefter funnene tidligere presenterte resultater. Det kvalitative datagrunnlaget inngår først og fremst som kontekst til de kvantitative svarene og beskrivelsene brukes som eksempler. Men vi bruker også svarene på de åpne spørsmålene for å utvikle treffsikre svaralternativer dersom det senere skal gjøres kartlegginger for få oversikt over omfang og for å følge utviklingen.

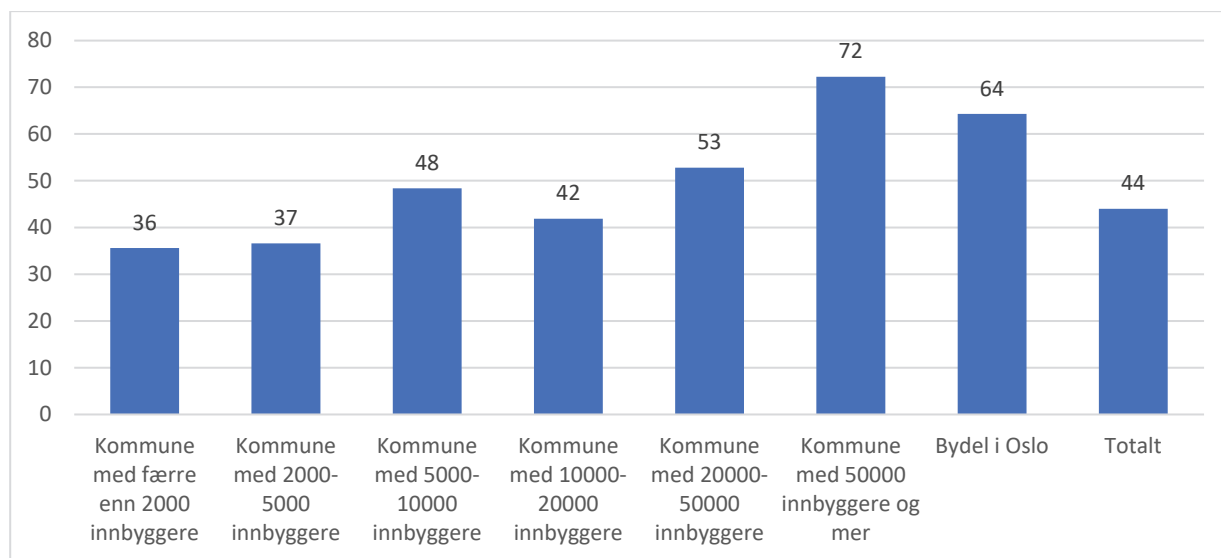
2.7 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

Fra 1. januar 2020 var det store endringer i kommune- og fylkesinndelingen, og det er nå 356 kommuner⁴ fordelt på 11 fylker. Med bydelene er det totalt 372 kommuner/bydeler som skal rapportere. I 2021 er det ingen endringer i kommunestruktur.

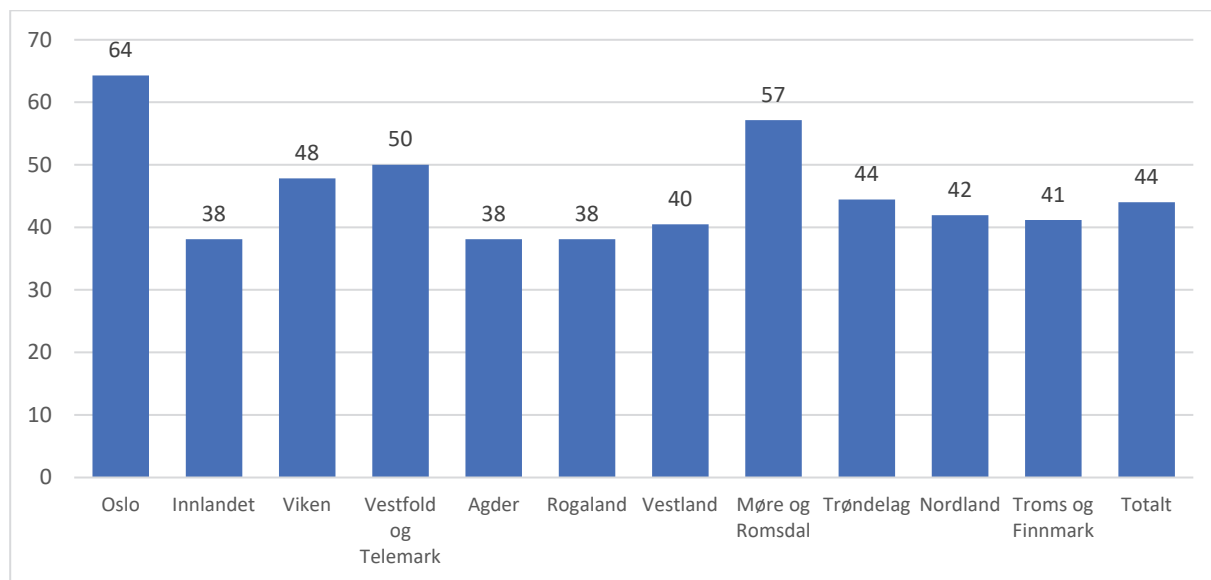
⁴<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>

2.8 NYTTE AV IS-24/8 RAPPORTEN OG FORANKRING HOS RÅDMANNEN

I 2019 - 2020 har vi også spurt om kommunene/bydelene har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. I 2019 var andelen 39 prosent, mens den i 2021 var 44 prosent. Det er fortsatt slik at en noe større andel av de store kommunene benytter den, men forskjellene mellom kommunegrupper i bruk av rapporten var i 2020 ikke signifikant. Med ett unntak av kommunene i Agder som hadde lav andel som benyttet rapporten (30 prosent), er det heller ikke signifikante forskjeller mellom fylker. Andelen som har benyttet rapporten var høyest i Oslo (64 prosent) og i Møre og Romsdal (57 prosent).



Figur 2.3 Prosent av kommunene som svarer at de har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 2.4 Prosent av kommunene som svarer at de har benyttet fjorårets rapport fra SINTEF. Fylke, 2021.

Vi har også spurt om grad av nytte av rapporten blant de som svarer at de har benyttet rapporten i arbeidet med kommunens psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 2.4, er det ti prosent som i liten grad har nytte av rapporten og 31 prosent som har stor nytte (stor grad eller svært stor grad). Det er ikke betydelig systematisk variasjon etter kommunestørrelse eller fylke.

Tabell 2.4 Svar på spørsmål om i hvilken grad de opplever at rapporten er nyttig i dette arbeidet. 2019 – 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	3	2	5	3	3	2
I liten grad	12	7	10	7	10	7
I noen grad	105	61	94	64	86	59
I stor grad	41	24	37	25	37	26
I svært stor grad	6	4	2	1	7	5
Vet ikke/ikke svart	4	2	0	0	2	1
Totalt	171	100	148	100	145	100

Vi spør også om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Det er i 2021 totalt 70 prosent av kommunene/bydelene som svarer at rapporteringen er godkjent gjennom delegasjon og 10 prosent direkte ved gjennomsyn.

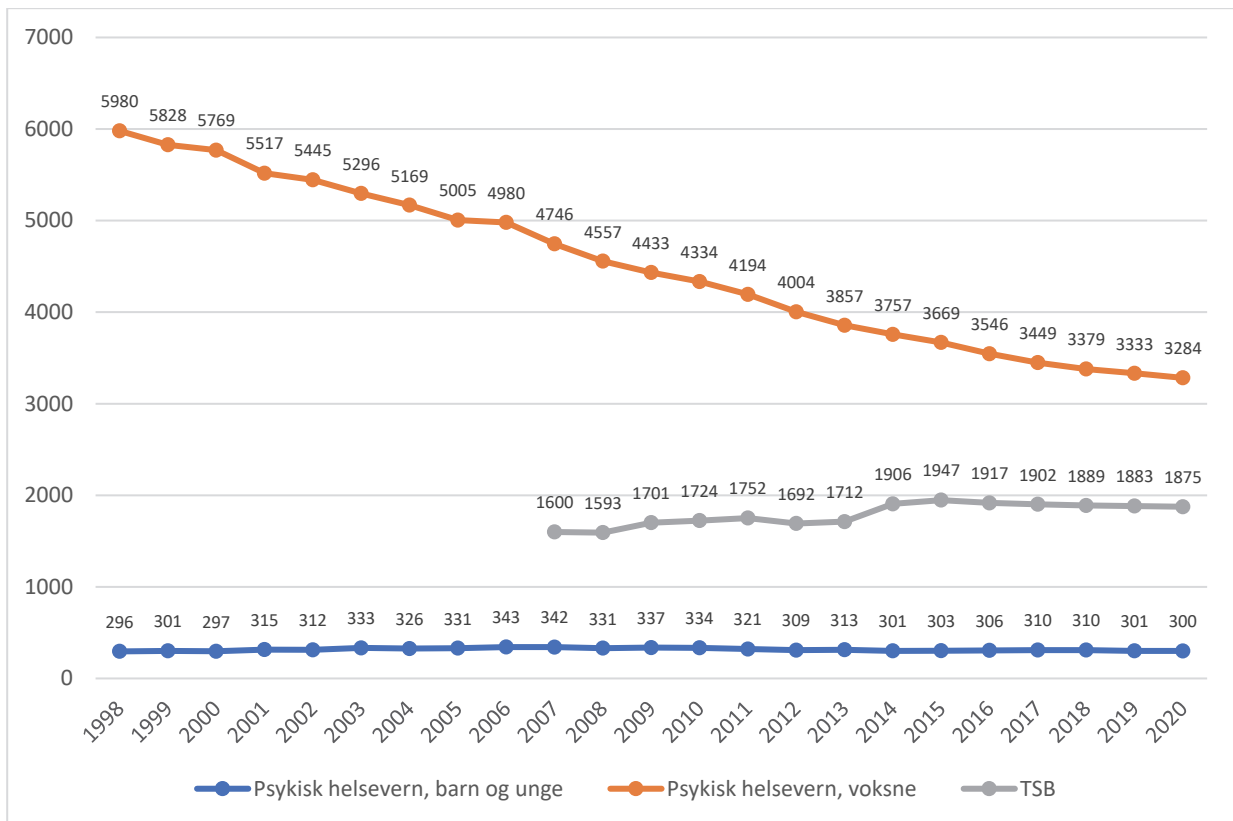
Tabell 2.5 Svar på spørsmål om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. 2019 – 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, direkte ved gjennomsyn	54	12	28	9	33	10
Ja, gjennom delegasjon	296	68	218	73	237	70
Nei	66	15	48	16	57	17
Ikke svart	20	5	4	1	11	3
Totalt	436	100	298	100	338	100

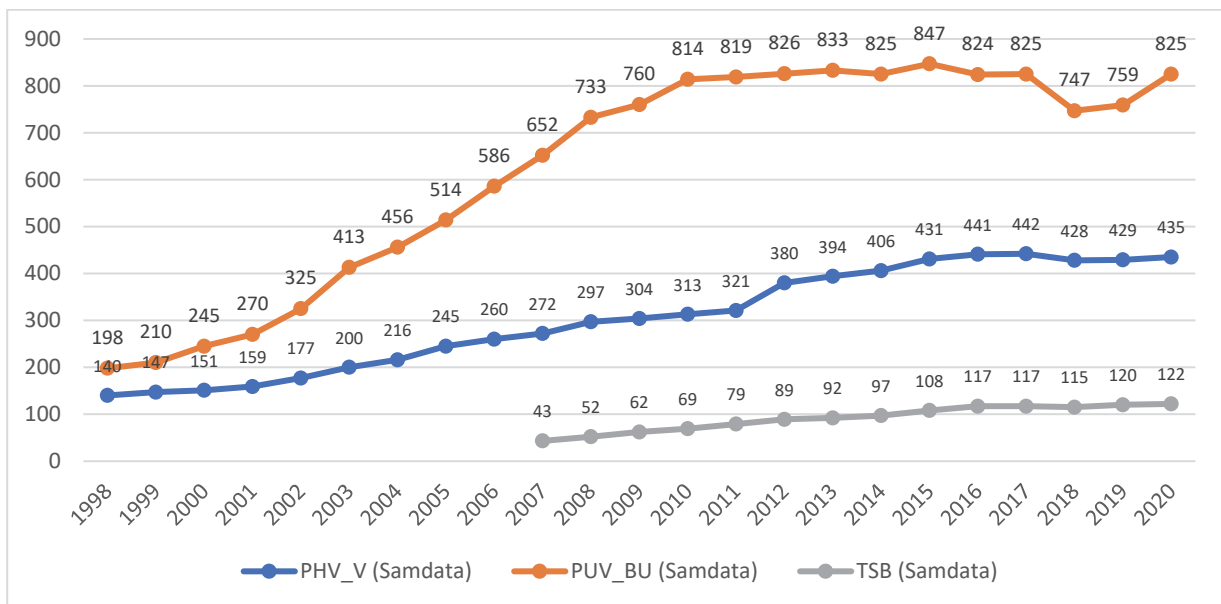
2.9 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

I det følgende viser vi utviklingen i antall døgnplasser og polikliniske kontakter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fram til og med siste tilgjengelige statistikkår, som er 2020.



Figur 2.5 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998–2020. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.



Figur 2.6 Antall polikliniske kontakter pr. 1000 innbygger, 1998–2020. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.

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 frem til 2010 og en utflating i påfølgende år.

3 PANDEMIKONSEKVENSER

I dette kapittelet undersøkes følgende:

- Opprettholdelse av ordinær drift i kommunene
- Omdisponering av personell til pandemirelatert arbeid
- Nye kommunikasjonsmåter med brukerne når fysisk møte ikke kunne gjennomføres

I begynnelsen av pandemien, i mars og april 2020, ba vi kommunene gi en beskrivelse av konsekvensene av pandemien så langt for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Nesten 80 prosent av kommunene delte sine erfaringer, og basert på analyser av dette kvalitative datagrunnlaget der det stort sett var lederne av kommunalt psykisk helse og rusarbeid som svarte, oppsummerte vi på følgende måte:

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

Våren 2021 ba vi kommunene besvare følgende spørsmål:

- I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift under covid-19-pandemien? - Voksne
- I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift under covid-19-pandemien? - Barn/unge
- I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste til smittevernarbeid under covid-19-pandemien? - Voksne
- I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste til smittevernarbeid under covid-19-pandemien? - Barn/unge
- I hvilken grad har kommunen/bydelen tatt i bruk andre måter for kontakt når oppmøte ikke har vært mulig pga. smittevern hensyn (covid-19-pandemien) innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?
 - Telefon
 - Video
 - Digitale behandlingsverktøy
 - Møtes ute
 - Annet, hva

- Hvordan opplever tjenestene at endring i metoder for oppfølging har fungert for brukerne av tjenestene?
- Hvordan har samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fungert under covid-19-pandemien?
- Har det i løpet av covid-19-pandemien vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019 når det gjelder:
 - Barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblem
 - Barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer
 - Voksne med hovedsakelig psykiske helseproblem
 - Voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer

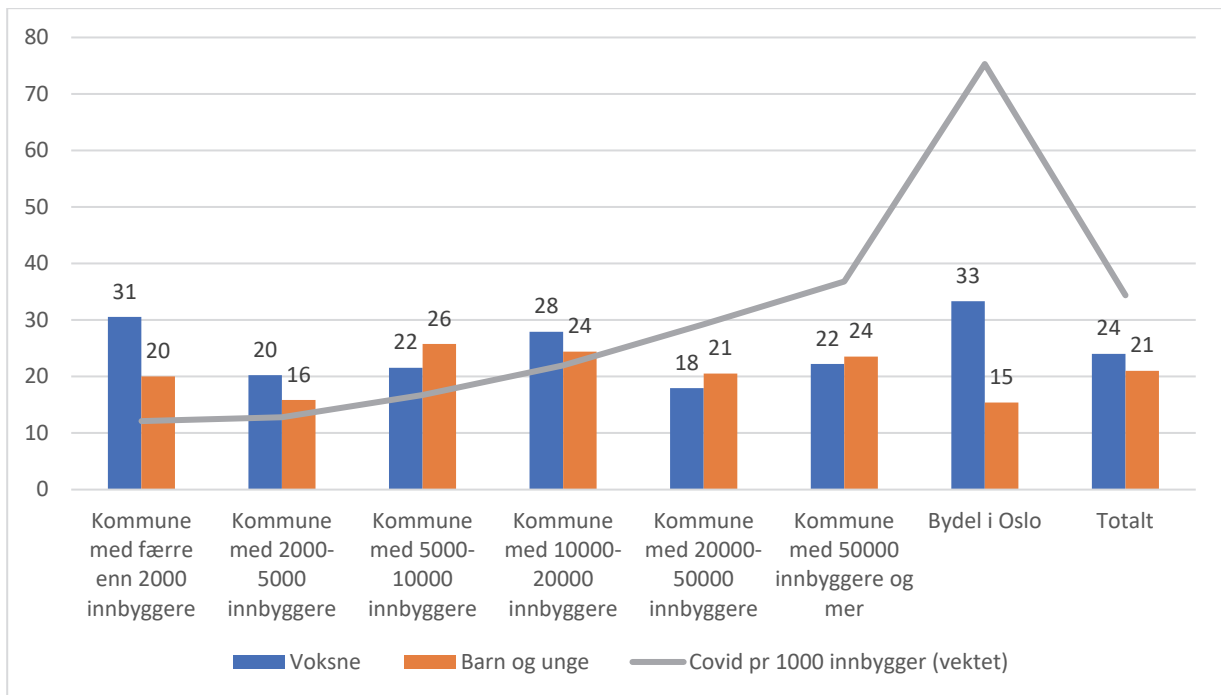
3.1 OPPRETTHOLDELSE AV ORDINÆR DRIFT

Det er 90 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet om tjenester til voksne, og 88 prosent om barn og unge. Det er få kommuner som svarer at de i liten grad har opprettholdt ordinær drift til voksne og til barn og unge, se tabell 3.1. For tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge er 82 prosent.

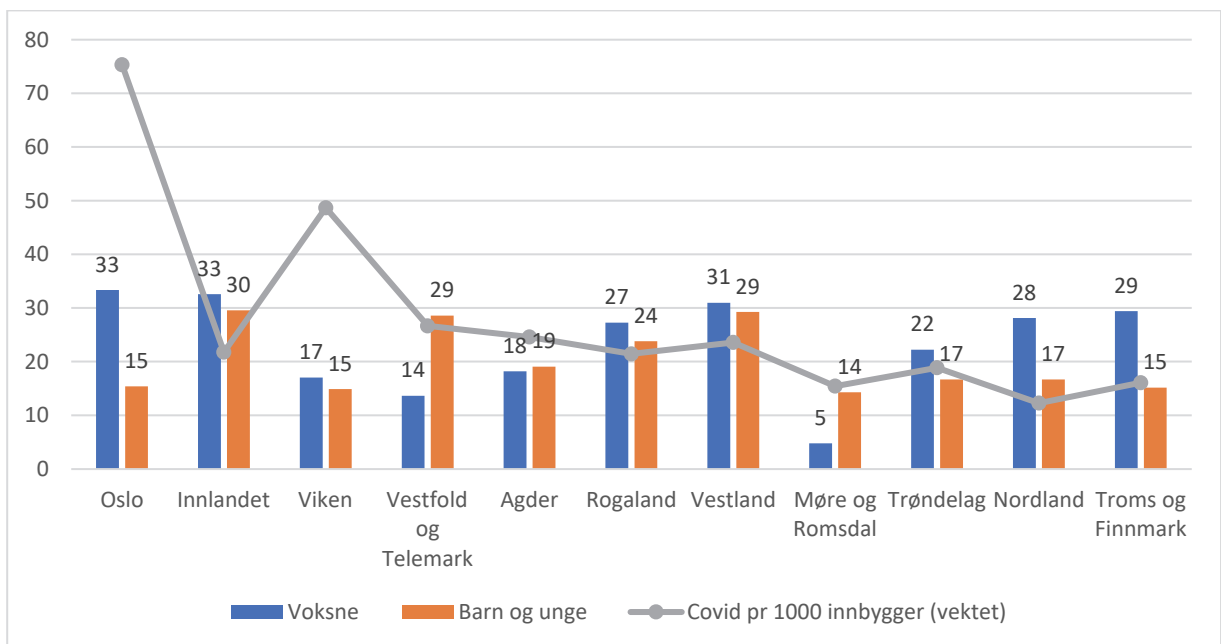
Tabell 3.1 I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift til voksne og barn/unge under covid-19-pandemien?

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	80	24	68	21
I stor grad	212	64	200	61
I noen grad	39	12	52	16
I liten grad	1	0	7	2
I svært liten grad	1	0	1	0
Totalt	333	100	328	100

Vi undersøker videre om det er noen observerbare kjennetegn ved kommunene som svarer at de i svært stor grad har opprettholdt driften og vi kan ha en hypotese om at disse kommunene i minst grad har fått påvirket tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusfeltet. Men vi finner ingen systematiske sammenhenger med kommunestørrelse (figur 3.1) og fylke (figur 3.2), og heller ikke etter totalt antall smittede per innbygger og årsverk i tjenestene per innbygger. Men som vi viser i kapittel 3.3, har grad av opprettholdelse av ordinær drift sammenheng med grad av omdisponering av personell til pandemirelatert arbeid.



Figur 3.1 Andel kommuner/bydeler som svarte at tilbudet i svært stor grad er opprettholdt og totalt antall covid-smittede pr. 1. oktober 2021 (kilde: FHI), kommunestørrelse.



Figur 3.2 Andel kommuner/bydeler som svarte at tilbudet i svært stor grad er opprettholdt og totalt antall covid-smittede pr. 1. oktober 2021 (kilde: FHI), fylke.

Med unntak av kommunene Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal, er det flere som har svart at de i svært stor grad har opprettholdt tilbudet til voksne enn til barn og unge.

3.2 OMDISPONERING AV PERSONELL

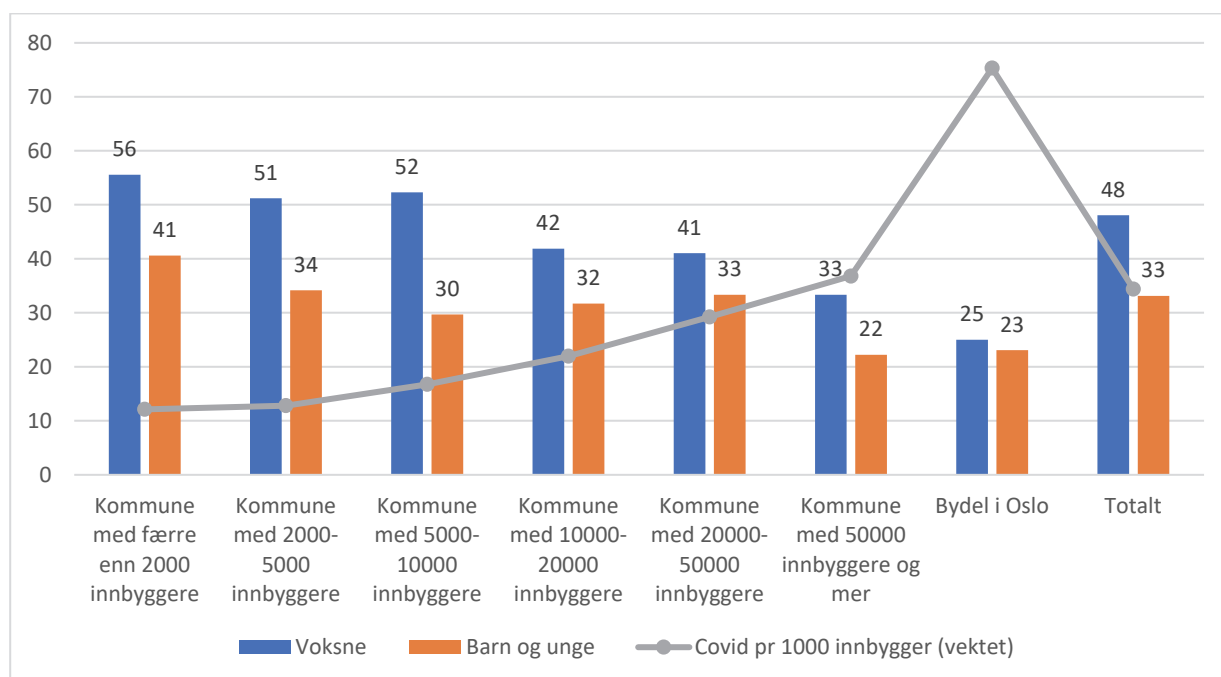
Det er 90 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet om omdisponering av personell i tjenester til voksne (n=333), og 88 prosent (n=326) til barn og unge. Om vi antar at de som svarer "i svært liten grad" er kommuner der personell ikke er omdisponert fra psykisk helse- og rustjenester til smittevernarbeid under pandemien, gjelder dette omtrent halvparten av alle kommunene/bydelene i

tjenester til voksne og hver tredje kommune innen tjenester til barn og unge, se tabell 3.2. Dette betyr at i overkant av halvparten av kommunene har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne brukere til smittevernarbeid og vaksinerings i større eller mindre grad. I tjenester til barn og unge har to av tre kommuner i større eller mindre grad gjort omdisponeringer av personell til smittevernarbeid.

Tabell 3.2 I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste for voksne og barn/unge til smittevernarbeid under covid-19-pandemien?

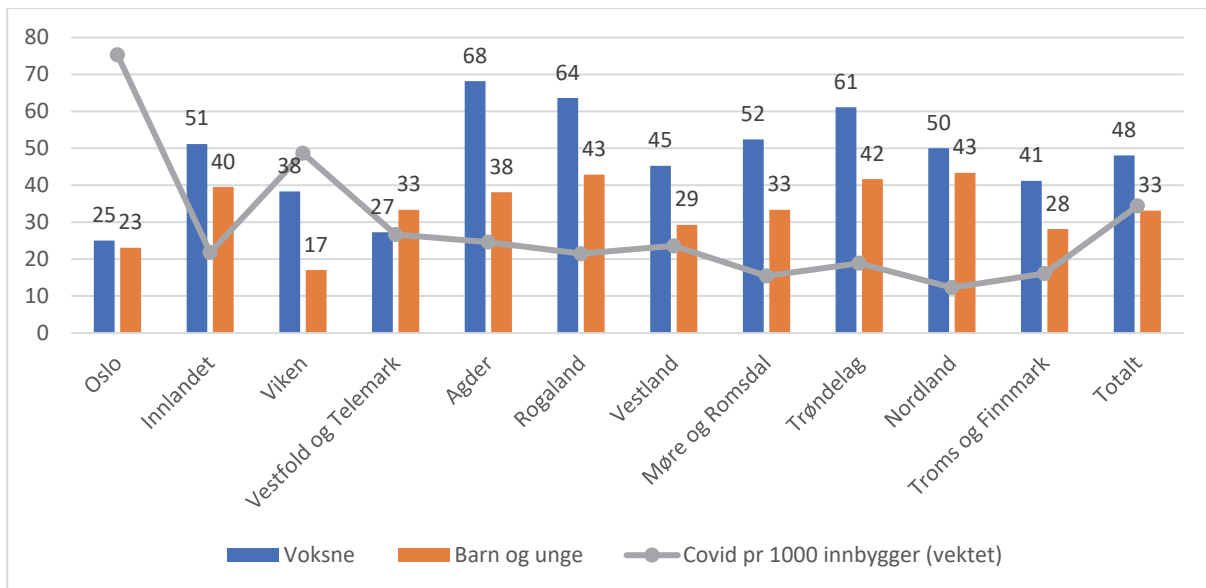
	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	4	1	4	1
I stor grad	8	2	24	7
I noen grad	83	25	112	34
I liten grad	78	23	78	24
I svært liten grad	160	48	108	33
Totalt	333	100	326	100

Vi ser videre på de som svarer "I svært liten grad" for å se om det er systematiske forskjeller i observerbare kjennetegn ved disse kommunene.



Figur 3.3 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i svært liten grad har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse- og rus til smittevernsarbeid, kommunestørrelse.

Det er ingen tydelig sammenheng med kommunestørrelse og andel som i minst grad har omdisponert personell fra disse tjenestene, hverken for tjenester rettet mot voksne eller mot barn og unge.



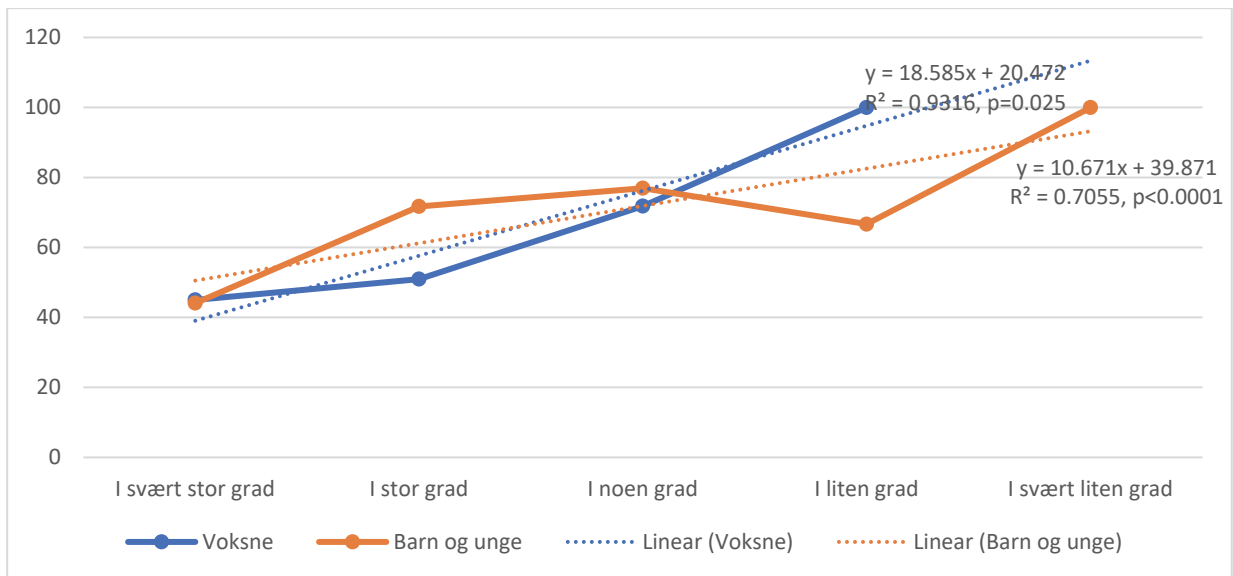
Figur 3.4 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i svært liten grad har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse- og rus til smittevernsarbeid, fylke.

Det er særlig kommunene i Agder, Rogaland og Trøndelag som ser ut til å være minst rammet av omdisponeringer i tjenester for voksne, mens for tjenester rettet mot barn og unge er det ingen systematiske forskjeller.

Men omdisponeringen har en viss sammenheng med antall totalt smittede i den enkelte kommune, og vi finner at sannsynligheten for å være svært lite rammet av omdisponering er høyere jo lavere smitte, dvs. i områder med høy smitte er det mer sannsynlig at det er gjort omdisponeringer til smittevernsarbeid, både i tjenester til voksne og til barn og unge.

3.3 SKYLDES VANSKENE MED Å OPPRETTHOLDE ORDINÆR DRIFT OMDISPONERINGER TIL SMITTEVERNARBEID?

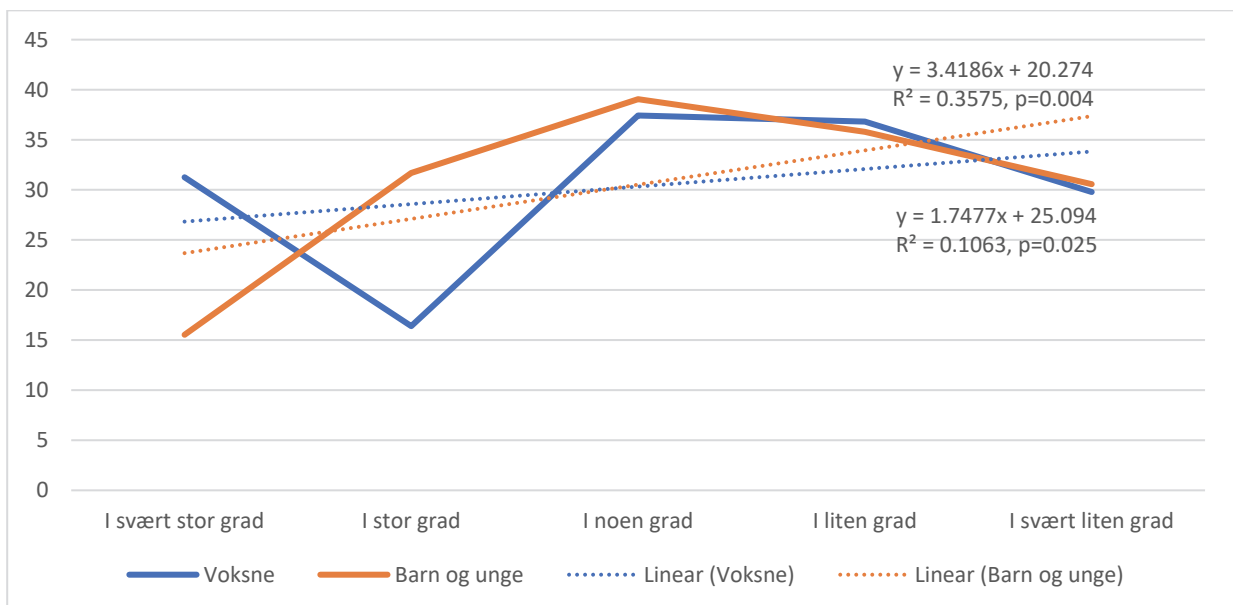
Her ser vi på sammenhengen mellom grad av opprettholdelse av ordinær drift og omdisponering av personell til smittevernarbeid og vaksineringsarbeid. Andel kommuner som i ulik grad har omdisponert personell (alle som ikke har svart at de i svært liten grad har omdisponert personell) etter i hvilken grad de har opprettholdt ordinær drift er vist i figur 3.5.



Figur 3.5 Andel som svarer at de har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse og rus (Y-akse) og grad av opprettholdelse av ordinær drift (X-akse), 2021.

Fra figur 3.5 ser vi at det er en tydelig trend ved at de som i liten grad har opprettholdt ordinær drift i størst grad har hatt omdisponert personell. Selv om vi ikke kan si at sammenhengen er kausal, er det en systematisk korrelasjon mellom variablene som indikerer at det er en sammenheng. Kommuner som i liten grad har omdisponert personell har altså i stor grad opprettholdt ordinær drift.

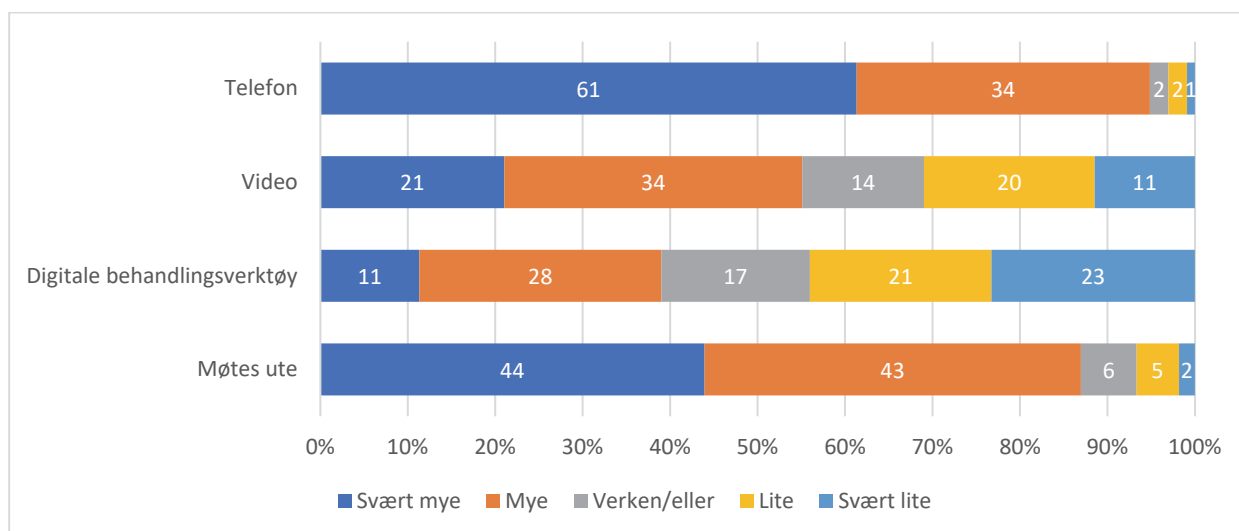
Det er også en sammenheng mellom totalt antall registrert smittede i kommunen og i hvilken grad de har omdisponert personell, men sammenhengene er svakere enn mellom omdisponering av personell og opprettholdelse av ordinær drift, se figur 3.6.



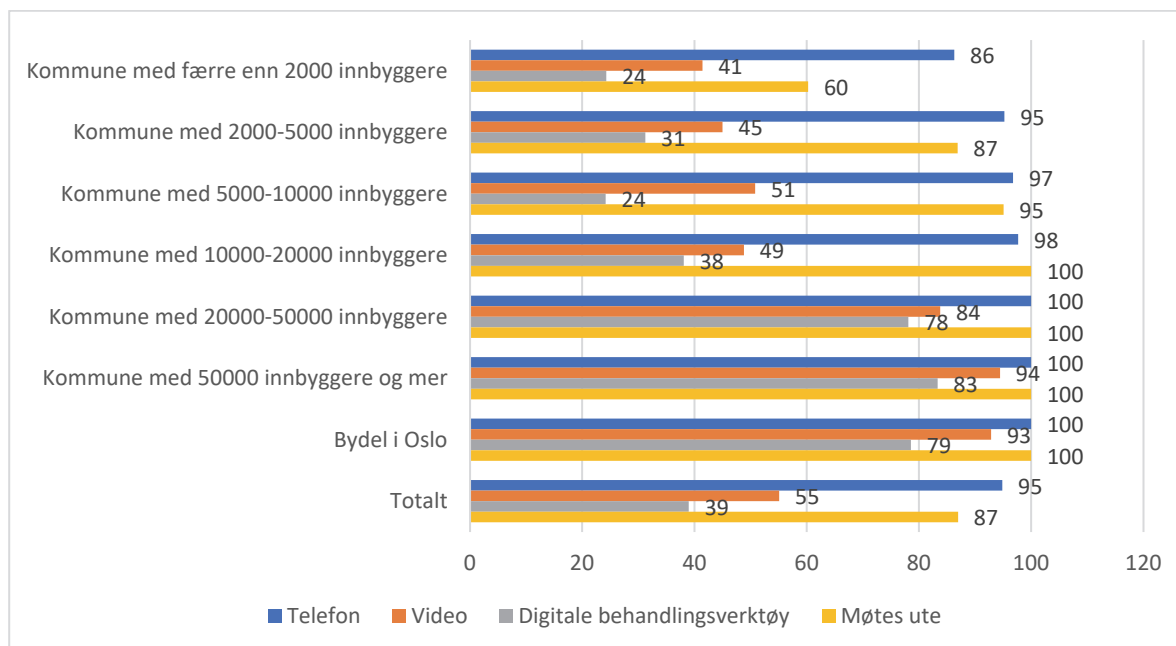
Figur 3.6 Antall totalt smittede personer per 1000 innbygger (Y-akse) og svar på i hvilken grad de har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse og rus rettet mot voksne og barn/unge (X-akse), 2021.

3.4 NYE MÅTER Å KOMMUNISERE MED TJENESTEBRUKERNE PÅ

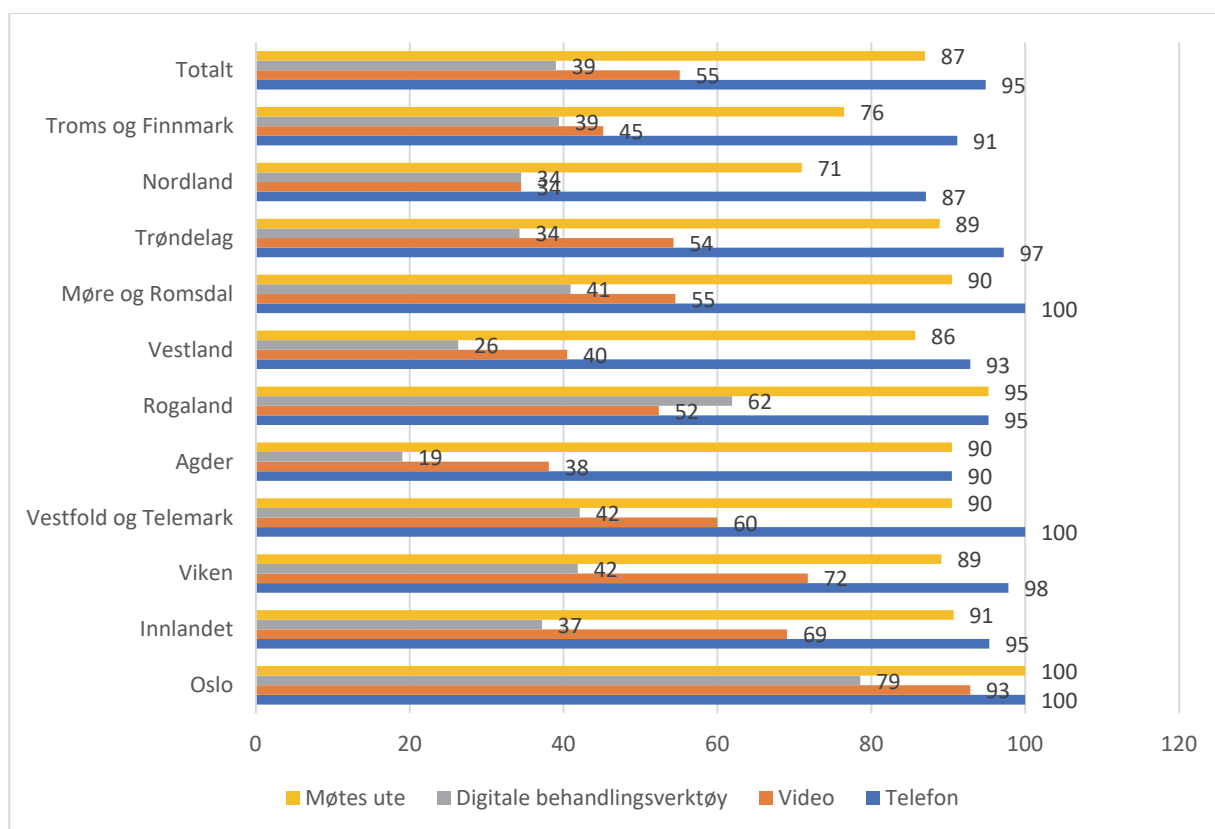
Som vist i figur 3.7 er det særlig mange som svarer at de har hatt svært mye (61 prosent) eller mye (34 prosent) kontakt med brukerne på telefon når oppmøte ikke har vært mulig på grunn av smittevernhensyn. Det er også en del som har brukt video mye eller svært mye (totalt 55 prosent), mens 39 prosent har tatt i bruk digitale behandlingsverktøy. Hele 89 prosent av kommunene har møtt brukerne ute. Vi ser videre på de som svarer svært mye eller mye og grupperer kommunene etter kommunestørrelse (figur 3.8) og fylke (figur 3.9). Det er betydelige forskjeller både etter kommunestørrelse og mellom fylkene.



Figur 3.7 I hvilken grad kommunen/bydelen har tatt i bruk andre måter for kontakt når oppmøte ikke har vært mulig pga. smittevernhensyn (covid-19-pandemien) innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 2021.



Figur 3.8 Prosent av kommunene som svarer at de mye eller svært mye har brukt andre måter for kontakt når oppmøte ikke har vært mulig pga. smittevernhensyn (covid-19-pandemien) innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 3.9 Prosent av kommunene som svarer at de mye eller svært mye har brukt andre måter for kontakt når oppmøte ikke har vært mulig pga. smittevern hensyn (covid-19-pandemien) innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2021.

Det er også 32 kommuner som har svart at de har brukt andre former for kommunikasjon enn telefon, video, møtes ute og digitale behandlingsverktøy. I en åpen beskrivelse av hva de har gjort nevnes:

- Matombringing
- Brukt sosiale medier og ulike spillplattformer for å ha kontakt med brukere
- "Walk and talk"
- Assistert selvhjelp
- Fysiske møter i store rom
- Videokonsultasjoner via Confrere
- Gruppetilbud via videoløsninger
- Samtaler på bibliotek
- Samtaler ute i naturen
- Digitale foreldreveiledningskurs

Vi har også med et åpent spørsmål om hvordan endringene i metoder for oppfølging har fungert for brukerne av tjenestene, og det er 278 kommuner/bydeler (74 prosent) som har svart på dette.

Gjennomgang av svarene tyder på at det har fungert greit for noen, men dårlig for andre. Det er særlig de som har de største utfordringene og de med mest alvorlige lidelser det har fungert dårlig for. Det nevnes flere grunner til dette:

- Mangel på teknisk utstyr/internett
- Manglende digital kompetanse hos bruker
- Ønsker ikke digital kontakt via internett og noen ønsker heller ikke telefonkontakt
- De er for syke til å nyttiggjøre seg de digitale løsningene
- Alvorlige rusproblemer er vanskelig å følge opp digitalt

Vi tar med noen beskrivelser som kommunene har gitt som viser bredden i erfaringene:

Dårlig erfaring med digitale videoløsninger hos brukergruppen. Denne gruppen har ofte ikke smart-telefoner, eller abonnement/data til å gjennomføre dette. Telefonsamtaler har derimot fungert bedre. Dette er ikke en erstatning for fysiske samtaler og sosial kontakt. Økt antall uteavtaler med for eksempel gåtur har hatt en positiv effekt.

For mange har det fungert veldig bra, men for andre vanskelig å forholde seg til digitale løsninger. Sikrer noe mer kontinuitet i oppfølgingen når alle er tilgjengelige på nett. Vanskelig ved oppstart av nye behandlingsrelasjoner. For de med lavt funksjonsnivå har det skapt vansker, også inn mot dagsenter og lavterskeltilbudene.

Det har fungert godt for mange. Vi har en oppfatning at en kombinasjon av digitale løsninger og fysisk oppmøte kan fungere godt, og er noe vi kommer til å fortsette med. Samtidig ser vi at det å møtes ansikt til ansikt har en egen verdi som det er viktig å opprettholde. For enkelte brukere, og for enkelte deler av tjenesten, er det til tider tidsbesparende å slippe reisevei til og fra fysiske avtaler. Enkelte av våre tjenester har gått svært mye tur med sine brukere, noe som har vært bra både for den fysiske formen og den terapeutiske relasjonen. Digitale verktøy som Assistert selvhjelp har kommunen hatt gode erfaringer med. Det er en utfordring at mange av brukere med betydelig problematikk ikke har

De fleste foretrekker telefonsamtaler eller å møtes ute, fremfor på andre digitale plattformer som eks. Join.

Personavhengig med individuell tilpasning. Funnet alternative måter å møtes på, gjerne det å møtes ute med walk and talk. Spesielt vanskelig å møtes digitalt med de tyngste rusavhengige. Mange har gitt tilbakemelding om at det har vært lettere å treffe sine oppfølgere på telefon det siste året.

Mange har gode erfaringer med å møtes ute:

Det å møtes på alternative måtar (som ute) har vist seg positivt. Det kan skape forskjellsbehandling for dei som ikkje har digital kompetanse.

Hjemmebesøk var en periode vanskelig fordi hele familien var hjemme. "Ut å lufte hunden" har fungert godt.

Mange brukere har gitt uttrykk for at telefon og video har vært greit, mens flere synes det er vanskelig uten personlig møte. Å møtes ute er det som har gitt oss best tilbakemeldinger.

Noe utfordrende med de digitale møterommene. Pasienten kan oppleve dette som krevende, om det er problemer med påkobling etc. Gåturet og aktivitet, samt samtaler ute er positivt. Fysisk

aktivitet gir bedring psykisk. Telefonsamtaler har gått greit. Her er utfordringen hos behandler, på grunn av mangel på observasjon.

Men ikke alle brukerne ønsker å møtes ute heller:

Noen synes det har vært svært positivt, mens andre har vært vanskelige å nå, f.eks. for samtale på tur pga. redsel for smitte. Smittevernstiltak og smitteredsel har også ført til en del utsettelse og avlysning av vurderingssamtaler i enkelte tjenester. Andre tjenester har i stor grad tilpasset seg forutsetningene.

Andre sier at bruk av teknologi for opprettholdelse av kontakt når fysiske møter har vært vanskelig, opplever at det fungerer for en kortere periode, men ikke på lenger sikt:

Det fungerer i en unntakstilstand, men er ikke optimalt verken for bruker eller ansatt.

Det går bra med telefon og video for en kort periode på noen uker.

Fungerte best i starten av pandemien, etter hvert som tiden gikk ble det tydelig at det ikke var tilstrekkelig oppfølging. De som da hadde behov for personlig oppmøte har fått det, men noen fortsetter med video/telefon hvor dette fungerer for bruker.

Varies etter individuelle behov. I starten av pandemien gav brukerne tilbakemelding på at det fungerte ok med digitale løsninger. Etter hvert som pandemien ble langvarig, oppgis det slitasje fra brukerne på det med digital oppfølging hvor de ønsker fysisk oppfølging av sin terapeut.

Digitale tjenester kan føre til økt tilgjengelighet av tjenestene og for noen:

På noen områder bedre: mer tilgjengelige tjenester for de som bor i utkanten av kommunen. På andre områder dårligere, ansatte opplever at video/telefonmøter går ut over relasjonen til bruker.

Det har fungert godt, men vi opplever auka isolasjon og at vi får andre type brukere enn før. Det er fleire henvendelser frå andre mindre tradisjonelle saker personer som kjenner seg sliten, kjenner på isolasjon osv...

Gode tilbakemeldinger fra brukerne. Enkelte sier de ville ikke tatt kontakt om det var fysisk møte. Det digitale møtet har gjort det lettere å ta kontakt. Sier de opplever kvalitativt veldig god hjelp. Vi har faglig vurdert nødvendig behov for fysiske møter, forsvarlighet - sammen med pasientene - og har definerte pasientsamtalerom der det er nødvendig med fysiske samtaler innendørs. Behandlerne har vært proaktive, oppsøkende og gitt systematisk hjelp og behandling. Driften har vært tilnærmet ordinær.

Mens andre oppgir at noen har trukket seg bort fra tjenestene av ulike årsaker og noen har fått en forverring i helsetilstanden:

Det har ikke vært optimalt. Det er ikke alle som vil snakke i telefon. Noen er redd for smitte og vil ikke treffes ute. Andre har trukket seg veldig tilbake i denne perioden.

Det har vore utfordrende for psykisk sjuke å ha oppfølging gjennom telefon og video.

Endringene har medført større ensomhet og økte psykiske vansker.

For noen brukere har dette vært mottatt med god respons, og hvor brukerne har ønsket dette. For andre brukere har dette ikke vært god nok oppfølging, som har ført til at de føler seg mer alene og isolert. Vi har opplevd at enkelte brukere har ønsket å avvente oppfølging til situasjonen med smittesituasjonen har endret seg. Vi har i stor grad forsøkt følge også disse opp gjennom telefonoppfølging - regelmessig.

Vi har tilstrebet oss til å ha minst mulig endring i tjenestetilbudet, men aktivitet og gruppevirksomhet har vært skadelidende. Enkelte av brukerne har tålt situasjonen dårlig, det er stor ensomhetsproblematikk, mange trigger i smitte samt flere "svarte" tanker.

Mange svarer bra, greit eller ok, men mange oppgir at det ikke har vært optimalt for de sykeste:

Det har fungert til en viss grad med telefonkontakt, men det er ikke det samme som å møtes. Da er elektroniske samtaler med bilde bedre. Det er imidlertid endel brukere som ikke har utstyr til det og derfor har vi skaffet utlånsutstyr. For noen har det fungert veldig bra og gå tur, men ikke for alle. Tror vi har funnet en metode for de fleste så det har fungert om ikke optimalt, -så tilfredsstillende.

Som en nødløsning har det fungert slik forholdene det siste året har vært.

En del oppgir at de har kunnet opprettholdt tilbudet til målgruppen fordi har ikke hatt særlig med smitte i kommunen:

Det har vært lite eller ingen endring i metoder for oppfølging. Grunnen er at vi har vært heldig og ikke hatt noen smitte i kommunen. Vi har sett det som viktig og ikke laget unødige forandringer i tilbudet til de psykisk syke. Dette har vært en beroligende faktor og vært en av grunnene til at vi ikke har opplevd særlig økt sykdomsbilde blant våre brukere gjennom pandemien.

Det tok litt tid i starten med å venne seg til å ikke ha vedkommende ansikt til ansikt, men det gikk veldig bra etter hvert. Tror det har rustet tjenesten til å se muligheter for å benytte andre metoder for oppfølging.

Ellers er det noen som svarer at det fungerer bedre med digitale tjenester for barn og unge enn voksne, mens andre svarer at det har fungert bedre for voksne enn barn og unge. Så det er ulike erfaringer, og det er også ulikt hva som er forsøkt.

Enkelte gir tilbakemelding om at det er opplevd som tettere oppfølging, hyppigere kontakt. Andre gir tilbakemelding om behov for mer oppfølging, og et tap at kollektive tiltak er borte/stengt. De som er eldre og har en kognitiv dysfunksjonalitet har behov for økt oppfølging og nyttiggjør seg i liten grad digitale oppfølgingsverktøy. Det har vært fint å kunne benytte andre kanaler når det har vært nødvendig, men opplever at særlig barn og unge ikke føler at videokonsultasjoner er tilfredsstillende og kan erstatte personlige samtaler i fysisk samme rom.

Innen psykisk helse voksne har det fungert greit. Noen brukere har synes dette har vært fint, men for andre har dette vært krevende og som har gjort at flere har avlyst eller hatt et endret behov for tjenester. Ungdom har ikke ønsket å bruke digitale løsninger, og det kan ha noe med at de bor sammen andre som de ikke vil dele at de tar imot tjenester.

Voksne brukere foretrekker bruk av personlig kontakt, noen unge er mer positiv til digital oppfølging

Videokonsultasjon har fungert godt og en del velger å fortsette med dette selv om de får tilbud om fysiske møter. Å møtes ute til "walk and talk" har også fungert godt. Helsestasjonen har bl.a. hatt tilbud om utendørs barselgruppe.

Noen har gjennomført digitale brukerkurs og har gode erfaringer, og mange erfarer å ha fått til en differensiering der de har prioritert hjemmebesøk til de som har hatt behov for det og resten på telefon eller video.

Egentlig ganske bra for mange. Brukerne har fortsatt fått et godt tilbud, og det er tatt ekstra hensyn til sårbare grupper.

Dette er varierende. Noen synes det gir svært god hjelp og foretrekker digitale løsninger. For noe fungerer det ikke med digitale løsninger og de har alle fått tilbud om hjemmebesøk eller møter på kontoret.

For noen har det vært positivt, mens andre ønsker å møte i våre lokaler fysisk. Vi har tilrettelagt for en differensiering ifht hva brukeren har ønsket og hva som har vært nødvendig for en god oppfølging i perioden.

Fungert godt for enkelte pasienter, andre er mer avhengig av fysisk kontakt. Utfordrende med gruppebehandling. Fungert på noe kursvirksomhet, men ikke alt. Fungert noe på aktivitetstilbudene, men ikke for alle.

Har gått ok. Telefon har fungert for noen, mens ikke for andre. Vi har prøvd å tilpasse oss etter behovene.

I mars 2020 ringte vi alle våre brukere / pasienter for å avklare videre oppfølging og smittevern. I hvordan form tjenestene skulle videreføres og omfang. Vi har også hatt kontakt med flere pårørende. Vi opplever at pasientene er relativt fornøyde, selv om flere uttrykker ensomhet og nedstemthet som følge av ned stenging, kohorter osv.

Mange har særlig gode erfaringer med å møte brukerne utendørs:

Endring av tjenestetilbudet for brukere under covid19 har i all hovedsak forringet tilbudet. Det er likevel unntak da noen brukere og ansatte har opplevd at det å møtes ute er en fordel.

For enkelte er det utfordrende å ha samtaler gjennom telefon/ video, enkelte brukere har ikke tilgang på digitale verktøy, for enkelte har det vært en god erfaring, møtes ute på tur har vært veldig positivt. Mange savner fysisk kontakt med behandler.

For enkelte har det fungert bra å snakke på telefon eller via digitale verktøy. Men de fleste har hatt et stort ønske om å møte fysisk de tilbakemeldingen er at det det er hyggelig å prate med noen som er "mer levende". Denne tilbakemeldingen har medført at småturer i nærmiljøet ofte er benyttet for samtale og tur.

Gode tilbakemeldinger fra brukerne. Enkelte sier de ville ikke tatt kontakt om det var fysisk møte. Det digitale møtet har gjort det lettere å ta kontakt. Sier de opplever kvalitativt veldig god hjelp.

Vi har faglig vurdert nødvendig behov for fysiske møter, forsvarlighet - sammen med pasientene- og har definerte pasientsamtalerom der det er nødvendig med fysiske samtaler innendørs. Behandlerne har vært proaktive, oppsøkende og gitt systematisk hjelp og behandling. Driften har vært tilnærmet ordinær.

En annen dimensjon som nevnes av noen er at det for ansatte er tidsbesparende med digitale møter:

Greit, men ikke det samme som ansikt til ansikt. Veldig tidsbesparende med møter på Teams som ikke krever oppmøte.

Video fungerer veldig godt, men flere ansatte og brukere som oppgir at de ser frem til fysisk oppmøte. Enkelte ansatte opplever sterk effektivisering av arbeidet ved bruk av video bl.a. reisetid, mer effektive samtaler, mulighet for raskere samtale da en bare kan kople opp.

Flere sier også at brukerne har vist forståelse for endringene som er gjort i perioden:

Har fungert fint. Brukerne har vært opptatte av smittevern, og har full forståelse for at vi må finne alternative måter å samhandle på.

Opplever stor forståing frå tenestemottakarane. Tenestemottakarane har fått ytra korleis dei ynskjer oppfølging (telefon, spasertur, video, avvente).

Noen har planlegger å gjennomføre en brukerundersøkelser for å finne ut hvordan det har fungert, mens andre har gjort det:

Me gjorde ein liten brukerundersøkelse, brukere opplever at det var utfordrande med berre telefonkontakt. Video fungerte betre.

En annen dimensjon som flere nevner handler om observasjonsmuligheter når det brukes digitale løsninger:

Telefonkonsultasjoner fungerer greit innimellom, om det ikke blir hver gang. Går her glipp av kroppsspråk, blikkontakt, observasjon av kropp og holdning, observasjon av reaksjoner. Ut på tur fungerer godt som samtalearena, men kan skje at man går glipp av noe som skal dokumenteres i og med at man ikke noterer stikkord underveis. Er metode som har fungert veldig godt i koronapandemien. SMS brukes også til kortere beskjeder. Epost til å sende info og verktøy til pas.

Ungdommer syns det er ok å snakke i telefon, men foretrekker fysisk oppmøte. Observasjonsmulighet er betydelig dårligere med digitale løsninger. Mister mulighet for god relasjonsbygging

Det har fungert bra for mange, og flere melder at de kan tenke seg å videreføre alternative metoder. Noen brukergrupper nås bedre med digitale løsninger, mens andre faller fra. Positivt, barn og unge er møtt på nye arenaer. Ungdommer er trygge på og positive til digitale arenaer. Utfordrende å gjennomføre observasjoner. Pandemitretthet, gleder seg til normal hverdag.

En del oppgir også at brukerne har vært redde for smitte:

Tjenestene opplever at brukerne har fått opprettholdt kontakt med sin behandler, og turer ut har fungert godt som erstatning for samtale inne på kontor f.eks. Da flere brukere og er redd for

smitte, har de vært fornøyde med tilrettelagt kontakt med trygge smitteverntiltak. Vi har og opprettholdt dagtilbud i stor grad ved at to - tre har fått feles tilbud ute.

Det er også noen som oppgir at denne perioden har ført til endringer som kanskje vil vare:

Det har vært en omstilling, både for tjenesten og brukerne. Men det har fungert godt i perioden med begrenset mulighet til besøk.

Vi er i endring og FIT har hjulpet oss godt på veien.

Veldig bra. Vi kommer til å fortsette med mye av det fremover

Det tok litt tid i starten med å venne seg til å ikke ha vedkommende ansikt til ansikt, men det gikk veldig bra etter hvert. Tror det har rustet tjenesten til å se muligheter for å benytte andre metoder for oppfølging.

Video har vært lite aktuelt for brukergruppene, men telefon og samtaler på tur har vist seg å være viktige måter å opprettholde kontakten med brukere. Bruk av tur som samtalearena vil nok også bli videreført etter pandemien.

Vi opplever det som svært lærerikt. Vi som tjeneste har måttet endre oss og da opplever vi at pasientene også er med på endringen. I mange tilfeller har endringene vært til det positive. Ved å bruke nye arenaer i oppfølgingen så opplever vi at tjenesten er bedre tilpasset pasientens behov.

En kommune oppsummerer det mange kommuner oppgir å ha erfart gjennom pandemien:

Vanskelig å fullføre bra oppfølging med bra kvalitet via telefon, videomøter, men bedre enn ingenting. Ofte har det blitt færre kontakter i løpet av en periode og vanskelig å få til god relasjon og kommunikasjon, når ikke møtet er fysisk. For noen har det fungert helt ok.

3.5 SAMARBEIDET MELLOM ALLMENNLEGETJENESTEN OG KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Det er også tatt med et åpent spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien. Her er det 321 kommuner/bydeler (86 prosent) som har svart. Vi har gått gjennom alle svarene og kodet de etter hva de handler om, og finner svarfordelingen som er vist i tabell 3.3.

Fordi folk har ulike måter å uttrykke seg på, har vi samlet de som svarer at samarbeidet fungerer greit. Disse utgjør 63 prosent av kommunene/bydelene. I tillegg er det 24 prosent som svarer at det fungerer som før pandemien, og her ligger beskrivelser av både gode og mindre gode samarbeid – ofte med beskrivelser at det er ulikt hvor fastlegene i kommunen involverer seg i målgruppen. Av de 8 prosentene som tydelig svarer at det er utfordringer i samarbeidet, handler dette ofte om manglende kontinuitet ved at de må forholde seg til mange forskjellige leger, at det mangler fastleger eller at fastlegene har for mye å gjøre til at de får til et godt samarbeid. Det er også noen som svarer at de har hatt godt samarbeid med smittevernsleger og kommuneoverlegen, men at fastlegene har vært lite tilgjengelige.

Tabell 3.3 Antall og prosent av kommunene etter svar på hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien, 2021.

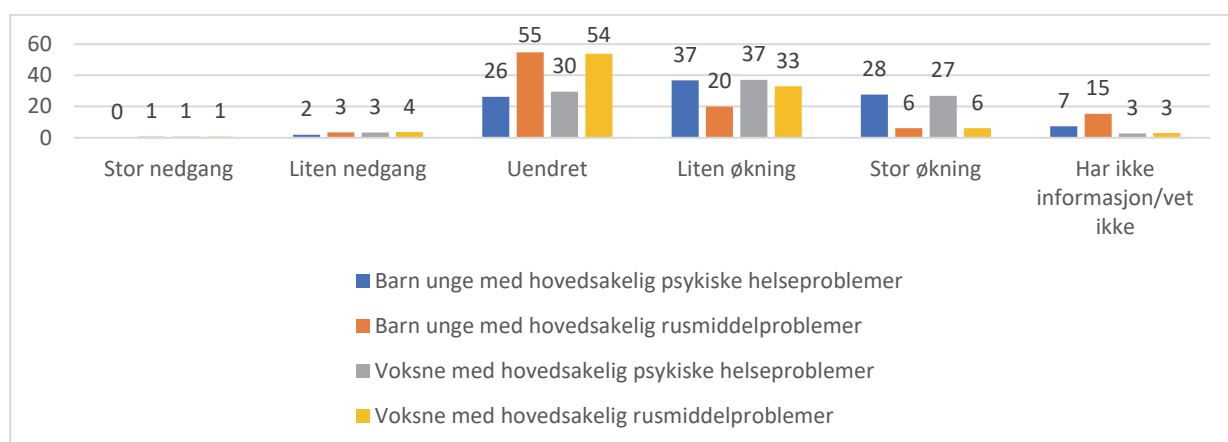
	Antall	Prosent
Som vanlig/ingen endring	78	24
Ok, bra/godt/utmerket	203	63
Utfordringer	27	8
Annet	14	4
Totalt	322	100

3.6 ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER

Tabell 3.4 Om det i løpet av covid-19-pandemien har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019.

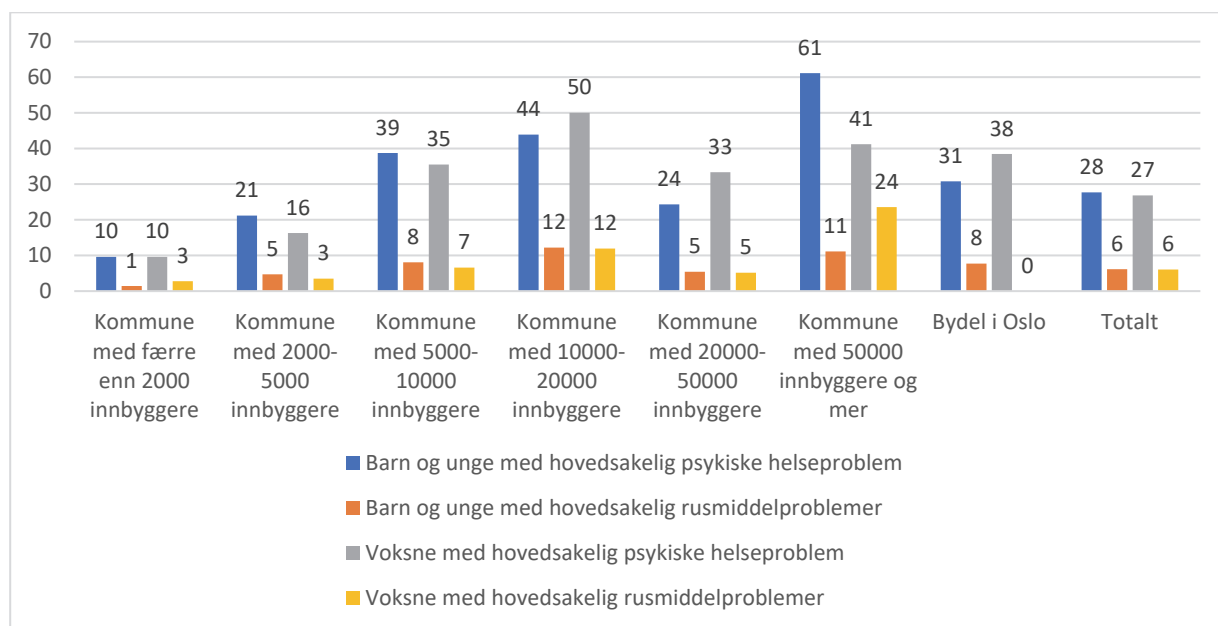
	Barn unge med hovedsakelig:				Voksne med hovedsakelig:			
	psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer		psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Stor nedgang	1	0	2	1	2	1	2	1
Liten nedgang	6	2	11	3	11	3	12	4
Uendret	86	26	179	55	98	30	178	54
Liten økning	121	37	65	20	123	37	109	33
Stor økning	91	28	20	6	89	27	20	6
Vet ikke/ikke info.	24	7	50	15	9	3	10	3
Totalt	329	100	327	100	332	100	331	100

Det er særlig mange som rapporterer om en stor økning i henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer, både for barn og unge (28 prosent av kommunene) og for voksne (27 prosent). Blant de med rusmiddelproblemer, er det flest som svarer at det ikke er endringer i omfanget, men det er seks prosent som melder om stor økning også når det gjelder henvendelser/henvisninger både blant voksne og barn/unge når det gjelder rusmiddelproblemer.

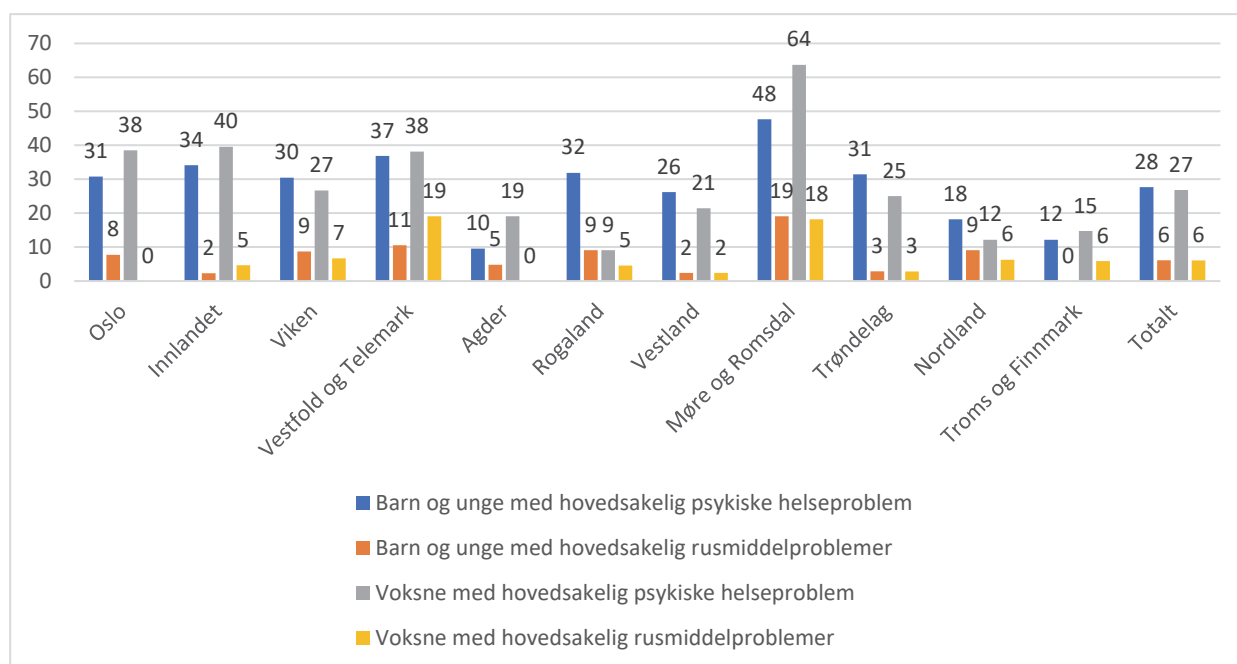


Figur 3.10 Om det i løpet av covid-19-pandemien har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019. Nasjonalt, 2021.

Vi ser videre på de som melder om stor økning i omfanget for de fire gruppene fordelt etter kommunestørrelse (figur 3.11) og fylke (figur 3.12).



Figur 3.11 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det har vært stor økning i løpet av covid-19-pandemien i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 3.12 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det har vært stor økning i løpet av covid-19-pandemien i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019. Fylke, 2021.

Vi har også spurt hvilke tjenester det er som opplever økningen, og her nevnes blant annet at det er økning i skolehelsetjenesten og lavterskeltilbud, eller at det er økt pågang i alle tilbud.

3.7 OPPSUMMERING

For tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge er 82 prosent. Resten har i ulik grad ikke opprettholdt ordinær drift, og dette gjelder 12 prosent av kommunene/bydelene i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og 18 prosent i tjenester til barn og unge. Vi finner ingen systematiske sammenhenger med opprettholdelse av ordinær drift og kommunestørrelse eller fylke. Vi finner heller ikke en sammenheng med totalt antall smittede per innbygger og årsverk i tjenestene per innbygger i grad av opprettholdelse av ordinær drift i pandemien. Med unntak av kommunene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal, er det flere som har svart at de har opprettholdt tilbudet til voksne enn til barn og unge.

I overkant av halvparten av alle kommunene/bydelene har i ulik grad omdisponert personell til smittevernarbeid fra tjenester rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og innen tjenester til barn og unge har to av tre kommuner gjort større eller mindre omdisponeringer av personell til smittevernarbeid.

Vi finner at de som i størst grad har omdisponert personell er de som i minst grad har opprettholdt ordinær drift. Selv om vi ikke kan si at sammenhengen er kausal, er det en systematisk korrelasjon mellom variablene som indikerer at det er en sammenheng. Kommuner som i liten grad har omdisponert personell til smitteverntiltak, har i stor grad opprettholdt ordinær drift. Vi finner også en sammenheng mellom høyere antall registrert smittede og høyere grad av omdisponert personell, og sammenhengene er statistisk signifikante.

Gjennom pandemien har mange kommuner hatt kontakt med brukerne på andre måter enn tidligere. Det er 95 prosent som svarer at de har hatt mye kontakt med brukerne på telefon når oppmøte ikke har vært mulig på grunn av smittevernhensyn, mens 55 prosent har brukt video. Det er 39 prosent av kommunene som svarer de har tatt i bruk digitale behandlingsverktøy, mens 89 prosent har møtt brukere ute. Når vi spør hvordan dette har fungert for brukerne, svarer de aller fleste at det har fungert greit for noen, men dårlig for andre. Det er særlig de som har de største utfordringene og de med mest alvorlige lidelser det har fungert dårlig for. Årsakene til dette at brukere mangler teknisk utstyr/internett, at de ikke har digital kompetanse, at de ikke ønsker digital kontakt via internett og noen ønsker heller ikke telefonkontakt, eller at de er for syke til å nyttiggjøre seg de digitale løsningene eller har alvorlige rusproblemer som er vanskelig å følge opp digitalt.

Det er i 2021 også tatt med et åpent spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien. Her er det 321 kommuner/bydeler (86 prosent) som har svart. Vi har gått gjennom alle svarene og finner at samarbeidet fungerer greit ifølge 63 prosent av kommunene/bydelene, mens 24 prosent svarer at det fungerer som før pandemien, og her ligger beskrivelser av både gode og mindre gode samarbeid – ofte med beskrivelser av at det er ulikt hvorvidt fastlegene i kommunen involverer seg i målgruppen. Det er 8 prosent av kommunene/bydelen som tydelig svarer at det er utfordringer i samarbeidet med allmennlegetjenestene. Ut ifra beskrivelsene ser dette ofte ut til å handle om manglende kontinuitet ved at de må forholde seg til mange forskjellige leger, at det mangler fastleger eller at fastlegene har for mye å gjøre til at de får til et godt samarbeid. Det er også noen som svarer at de har hatt godt samarbeid med smittevernsleger og kommuneoverlegen, men at fastlegene har vært lite tilgjengelige.

Det er også kartlagt om kommunene opplever endring i henvendelser/henvisninger til tjenestene til målgruppen, og det er særlig mange som rapporterer om en stor økning i henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent av kommunene) og for voksne (27 prosent). Blant de med rusmiddelproblemer, er det flest som svarer at det ikke er endringer i omfanget, men det er seks prosent som melder om stor økning også når det gjelder henvendelser/henvisninger både blant voksne og barn/unge når det gjelder rusmiddelproblemer. Det er vanskelig å vurdere ut ifra svarene hvilke deler av tjenesten dette gjelder, men det kan se ut som de som opplever økt pågang, har økning både i vedtaksbaserte tjenester og i lavterskeltilbudene.

4 NASJONALE TALL

Summen av årsverk rapportert i perioden 2016-2021 er vist i tabell 4.1. Totalt ble det i 2021 rapportert 16 792 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner.

Dette er en økning på 223 årsverk fra 2020, hvorav 125 årsverk har kommet i tjenester og tiltak til voksne og 97 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Totalt er det rapportert en økning på 1,3 prosent, fordelt på 1,0 prosent økning i tjenester og tiltak til voksne, og 2,7 prosent økning i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Tabell 4.1 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2016-2021.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring 2020-2021	
							Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091	125	1,0
Barn og unge	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700	97	2,7
Totalt	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569	16 792	223	1,3

4.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 4.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens årene 2015-2020 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 4.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid 2007-2013/2014, og psykisk helse og rusarbeid 2015-2021.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid						
	2007	2008	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Voksne	9 069	9 627	9 326	9 145	10 429	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091
Barn og unge	2 961	2 920	2 614	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700
Totalt	12 029	12 546	11 940	11 728	13 131	13 936	14 633	15 894	16 399	16 569	16 792

Som vist i tabell 4.3, er det ingen endring i fordeling av årsverkene til tjenester og tiltak til voksne (78 prosent) og til barn og unge (22 prosent) fra 2020 til 2021.

Tabell 4.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid 2016-2021.

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Voksne	11 063	79	11 534	79	12 563	79	12 872	78	12 966	78	13 091	78
Barn og unge	2 873	21	3 099	21	3 331	21	3 527	22	3 603	22	3 700	22
Totalt	13 936	100	14 633	100	15 894	100	16 399	100	16 569	100	16 792	100

4.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELTE PÅ TILTAK

TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

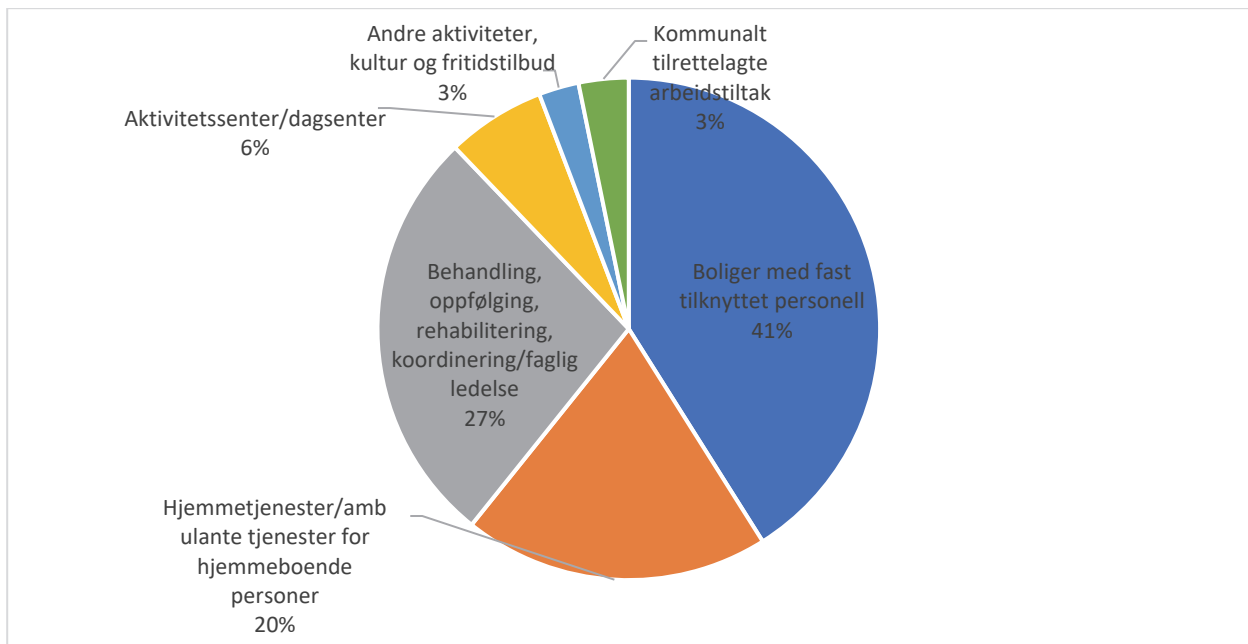
I tabell 4.4 vises total årsverksinnsats på nasjonalt nivå fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er fra 2020 til 2021 størst prosentvis nedgang i kategorien 'Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud' med en reduksjon på 7,6 prosent (28 årsverk) nasjonalt. Fra 2019 til 2020 var det særlig reduksjon i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, men det siste år har disse årsverkene økt med nær 8 prosent.

Størst økning i antall årsverk er i årsverk i boliger tilknyttet fast personell, der det er rapportert om 124 nye årsverk, og dette utgjør en økning på 2,4 prosent.

Tabell 4.4 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2017 – 2021, endring siste år i årsverk og prosent.

	2017	2018	2019	2020	2021	Endring fra 2020 til 2021	
						Antall	Prosent
Boliger med fast tilknyttet personell	4 653	5 034	5 190	5 251	5 375	124	2.4
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 405	2 482	2 543	2 635	2 580	-55	-2.1
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 912	3 450	3 502	3 542	3 545	3	0.1
Aktivitetssenter/dagsenter	778	815	817	783	834	51	6.5
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	367	346	346	365	337	-28	-7.6
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	420	435	473	390	421	31	7.9
Totalt	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091	125	1.0

Som vist i figur 4.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (41 prosent), 27 prosent av årsverkene går til behandling etc., og 20 prosent til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. Videre går 12 prosent av årsverkene til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er ingen endringer i den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne fra 2020 til 2021.



Figur 4.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2021.

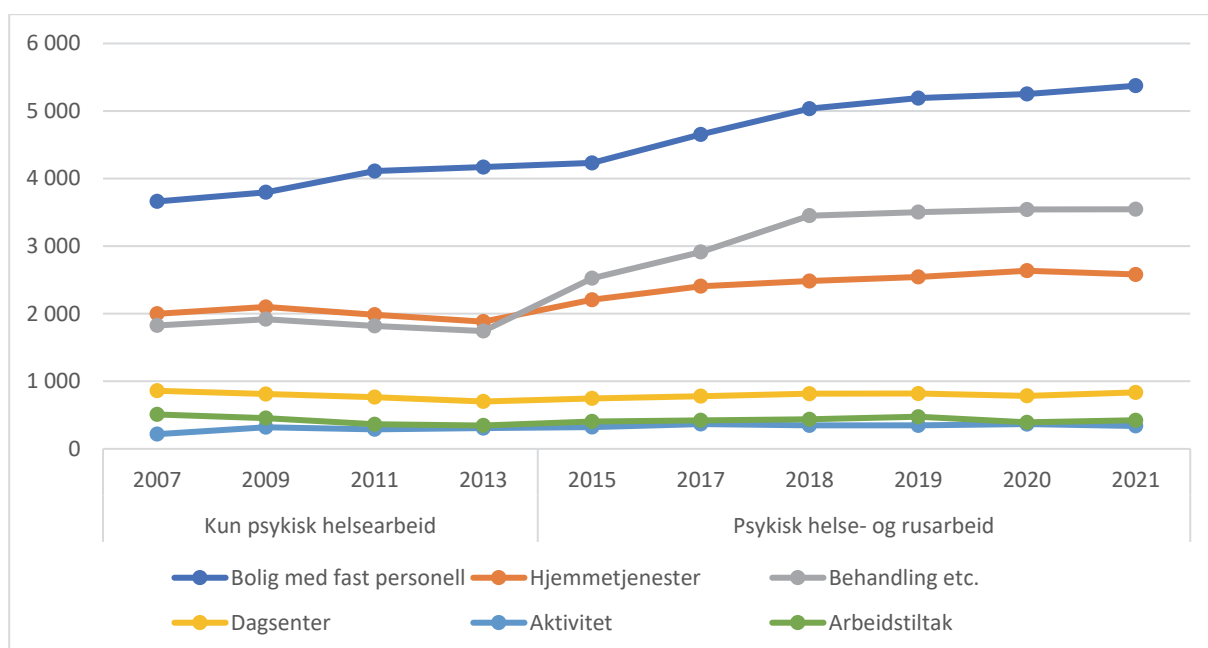
Tidsserien fordelt på tiltak er vist i tabell 4.5, og grafisk i figur 4.2. I det følgende er tiltakskategoriene som er vist i tabell 4.4 og figur 4.1 en forkortet tekstmessig som vist i første kolonne av tabell 4.5.

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 4.5.

Tabell 4.5 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 - 2021, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid					
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Bolig med fast personell	3 662	3 796	4 110	4 169	4 231	4 653	5 034	5 190	5 251	5 375
Hjemmetjenester	1 998	2 099	1 984	1 882	2 205	2 405	2 482	2 543	2 635	2 580
Behandling etc.	1 825	1 917	1 818	1 743	2 524	2 912	3 450	3 502	3 542	3 545
Dagsenter	858	810	764	700	745	778	815	817	783	834
Aktivitet	217	318	288	305	321	367	346	346	365	337
Arbeidstiltak	509	453	362	345	403	420	435	473	390	421
Totalt voksne	9 069	9 392	9 326	9 145	10 429	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091

Figur 4.2 viser at trenden med økning i årsverksinnsats i boliger med fast personell fortsetter, men veksten avtok i 2019 og 2020, men øker igjen litt i 2021. Det er altså en liten økning i årsverksinnsatsen til arbeidstiltak og dagsenter siste år, men vi observerer for første gang siden 2013 en nedgang i årsverk til hjemmetjenester/ambulante tjenester.



Figur 4.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2021.

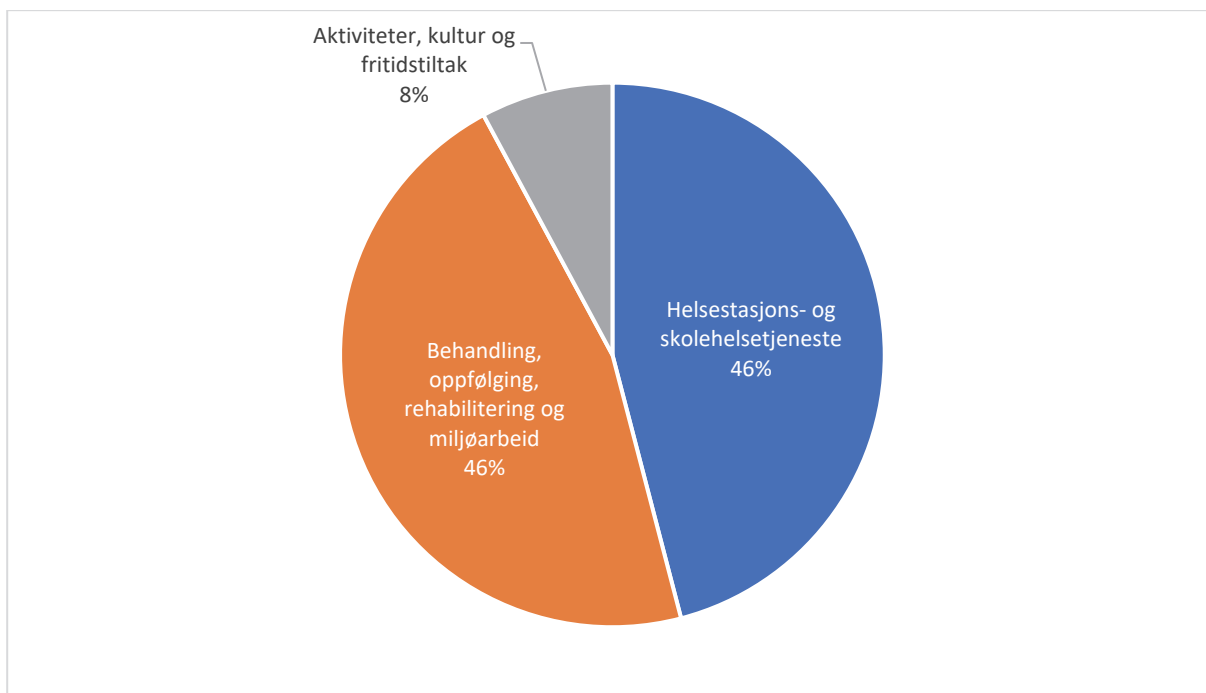
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Det er rapportert totalt 3700 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer i 2021. Dette er 97 flere årsverk enn det som ble rapportert i 2020, og dette utgjør en økning på 2,7 prosent. Antall rapporterte årsverk har økt med 2 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (33 årsverk), mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har økt med 9,5 prosent (27 årsverk). Den fortsatt største kategorien målt i antall årsverk (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 2,3 prosent det siste året.

Tabell 4.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2021.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring fra 2020 til 2021	
								Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599	1 655	1 688	33	2,0
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661	1 665	1 703	38	2,3
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	276	263	267	283	310	27	9,5
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700	97	2,7

Fordelingen på ulike tiltak i 2021 er vist i figur 4.3. Nesten like mange årsverk benyttes i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid og i helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Det er 8 prosent av årsverkene som brukes i aktiviteter, kultur og fritidstiltak, og dette er samme fordeling som i 2019 og i 2020.



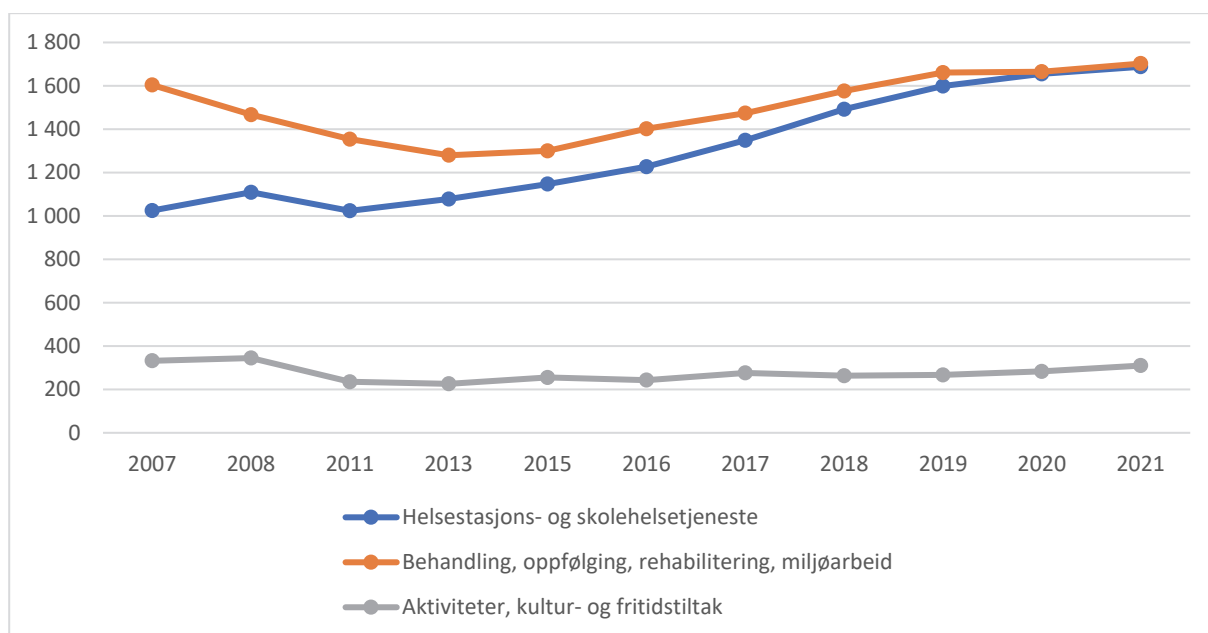
Figur 4.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2021.

I tabell 4.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2021 for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge. Figur 4.4 viser de samme tallene grafisk.

Tabell 4.7 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- 2021.

	Kun psykisk helsearbeid			Psykisk helse- og rusarbeid						
	2007	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 024	1 078	1 147	1 227	1 349	1 492	1 599	1 655	1 688
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 354	1 280	1 300	1 402	1 474	1 576	1 661	1 665	1 703
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	235	226	255	243	276	263	267	283	310
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 614	2 584	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700

Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 541 flere årsverk, noe som utgjør en økning på 47 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 55 årsverk i samme periode (22 prosent). Trenden med økning i årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, men veksten har avtatt noe de siste to årene.



Figur 4.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2021.

Årsverk utenom helsestasjons- og skolehelsetjenesten til barn og unge

I 2021 ønsket Helsedirektoratet å vite hvor årsverkene som er rapportert i tillegg til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er organisert. Formuleringen på det åpne spørsmålet var: Dersom dere har rapportert årsverk rettet mot barn og unge utenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kan dere oppgi hvilken/hvilke enheter/tjenester disse årsverkene utføres av? Det er gitt 149 svar på dette spørsmålet. Fra dette kommer det frem at årsverkene som er rapportert utover helsestasjons- og skolehelsetjenesten er knyttet til en lang rekke kommunale tjenester og tilbud:

- Kommunens psykiske helsetjeneste/rustjeneste til barn og unge
- PPT
- Friskliv ung i regi av skolehelsetjeneste.
- Spesialpedagoger og assistenter i barnehage og skole
- Ungdomsklubb/fritidsklubb/aktivitetstilbud
- Barnevern
- Miljøterapeuter i skolen
- Barne- og familietjenester
- Avlastningsbolig
- Barnebolig
- Familieveiledere/familieteam
- Forebyggende team
- Ungdomslos
- Ung Arena
- Utekontakt
- Ruskonsulent ung
- Familiehelsetjenester
- Ungdomssenter
- Kulturtilbud
- Frisklivssentralen
- Barn og familieteam
- NFP-Norsk Forbund for Psykoterapi

- Koordinerende enhet
- Mobbeombud
- Vennegruppe til barn med psykososiale vansker
- Oslo-hjelpe
- Prosjekt hjemmeveiledning
- Kommunal psykolog
- FACT-Ung
- Ambulant ungdomsteam
- SLT-koordinator
- Rusforebyggende tiltak rettet mot barn og unge
- Lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus
- Frivillighetssentralen med tilbud til barn/unge som ikke deltar på andre tilbud
- Støttekontakter til målgruppen
- Avdeling for habilitering og rehabilitering
- Diakon
- Rask psykisk helsehjelp

Det er altså en lang rekke tjenester som kan være involvert i tilbudet til barn og unge i kommunene, og det varierer fra kommune til kommune hvem som er involvert.

4.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole eller universitet, se tabell 4.8. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. De 14 årsverkene som ble rapportert utført av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere, har i 2021 blitt til 7. Totalt er det rapportert 250 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2021, og dette utgjør en nedgang på 7 årsverk (2,7 prosent). Den sterke økningen vi observerte i psykologspesialister fra 2019 til 2020 har ikke vedvart og det er siste år en nedgang på 11 årsverk (11,3 prosent).

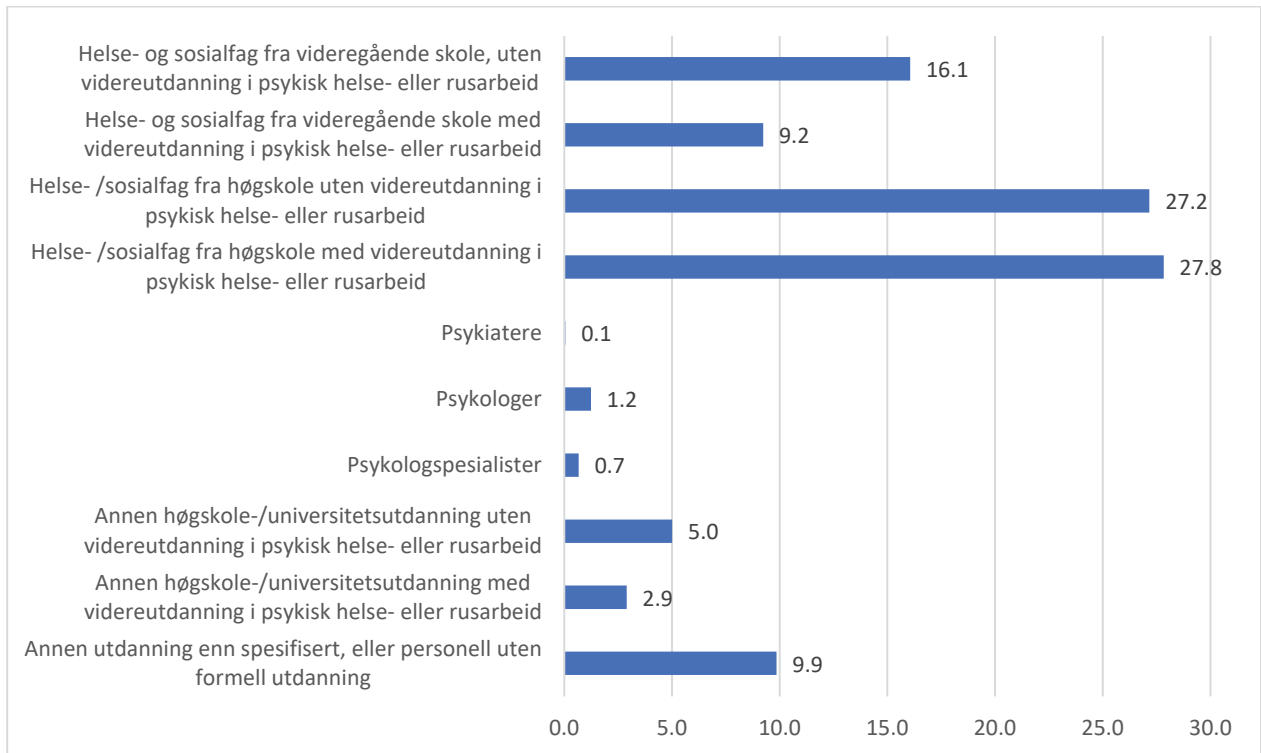
Tabell 4.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2016 – 2021.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring fra 2020 til 2021	
							Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 670	1 754	2 009	2 045	2 093	2 102	9	0,4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 293	1 346	1 334	1 344	1 282	1 209	-73	-5,7
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 882	2 983	3 360	3 429	3 464	3 556	92	2,6
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	3 166	3 307	3 555	3 622	3 686	3 643	-43	-1,2
Psykiatere	6	6	4	5	14	7	-7	-52,1
Psykologer	91	113	136	152	158	162	4	2,6
Psykologspesialister	31	44	49	61	99	88	-11	-11,3
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	500	600	569	600	646	656	10	1,5
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	299	287	325	401	390	379	-11	-2,8
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	1 126	1095	1 224	1 214	1 135	1 290	155	13,7
Totalt	11 063	11 534	12 563	12 872	12 966	13 091	125	1,0

Vi var usikre på psykologårsverkene i 2020. Vi oppdaget tilfeller der kommuner hadde lagt til et helt årsverk av psykologer, samtidig som de oppgav at de deler ett psykologårsverk med andre kommuner. Det kan altså være at flere kommuner oppgav samme årsverk, selv om de bare skulle rapportert på stillingsandelen som er tilgjengelig for kommunen. Det kan også være noen som blander psykiatere og psykologer vurdert ut ifra kommentarene, så vi var heller ikke sikre på at det faktisk var 14 psykiatervårsverk i kommunene i 2020. I 2021 ser vi altså en viss korrigerings, og noen kommuner har også oppgitt at de oppdaget at de rapporterte for mye psykologressurser i 2020. Ved at det fortsatt er 24

kommuner som ikke har rapportert i 2021 mot 69 i 2020, er det fortsatt en viss usikkerhet knyttet til tallene. Her inngår kun kommunale årsverk, ikke kjøp av private psykologtjenester.

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier kommer frem i figur 4.5. Psykiatere og psykologer utfører i 2021 samlet 2,0 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen.



Figur 4.5 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2021

Som vist i tabell 4.9 er det relativt stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2021.

Tabell 4.9 Prosent av årsverkene på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008–2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015–2021, voksne.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid						
	2007	2008	2010	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	20	15	15	15	16	16	16	16
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	12	12	12	12	12	11	10	10	9
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	24	25	27	26	26	27	27	27	27
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	23	24	29	29	29	28	28	28	28
Psykiatere	*	*	*	*	0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Psykologer	0	0	0	0	0	0,8	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2
Psykologspesialister	*	*	*	0	0	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8	0,7
Annen høgskole- /universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
Annen høgskole- /universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	12	11	10	10	8	9	9	10	9	9	10
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

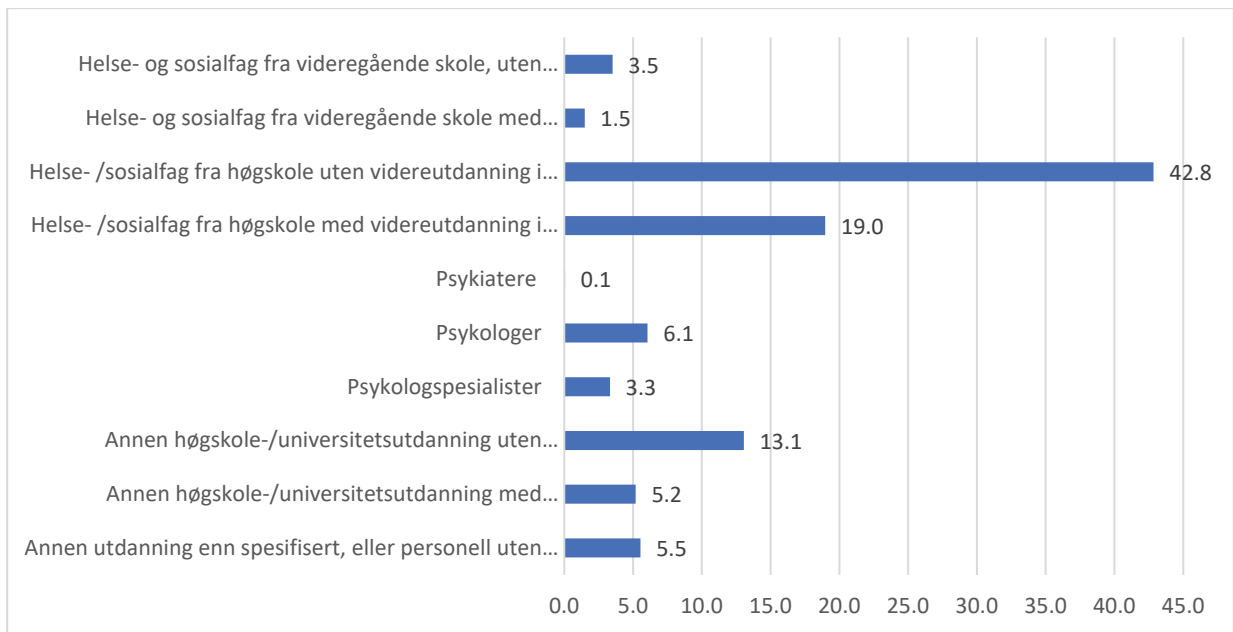
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid med nesten 1600 årsverk, se tabell 4.10. Det er en økning på omtrent 8 psykologårsverk og ingen endring i antall psykologspesialister.

Tabell 4.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring fra 2020 til 2021	
								Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	111	106	131	129	130	1	0,9
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	65	53	42	42	55	13	31,1
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 262	1 360	1 430	1 510	1 585	75	5,0
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	652	734	770	707	702	-5	-0,8
Psykiatere	1	0	7	0	1	2	2	-0,20	-10,0
Psykologer	169	196	196,2	233	220	216	224	7,88	3,6
Psykologspesialister	62	77	95	97	105	123	123	-0,45	-0,4
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	380	424	445	531	483	-48	-9,1
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	180	190	211	173	192	19	11,0
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	151	134	172	170	205	35	20,7
Totalt	2 702	2 873	3 099	3 331	3 527	3 603	3 700	97	2,7

Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,3 prosent er psykologspesialister og 6,1 prosent er psykologer, se figur 4.6. Som i tjenester til voksne, inngår kun kommunale årsverk, ikke kjøp av private psykologtjenester.



Figur 4.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2021.

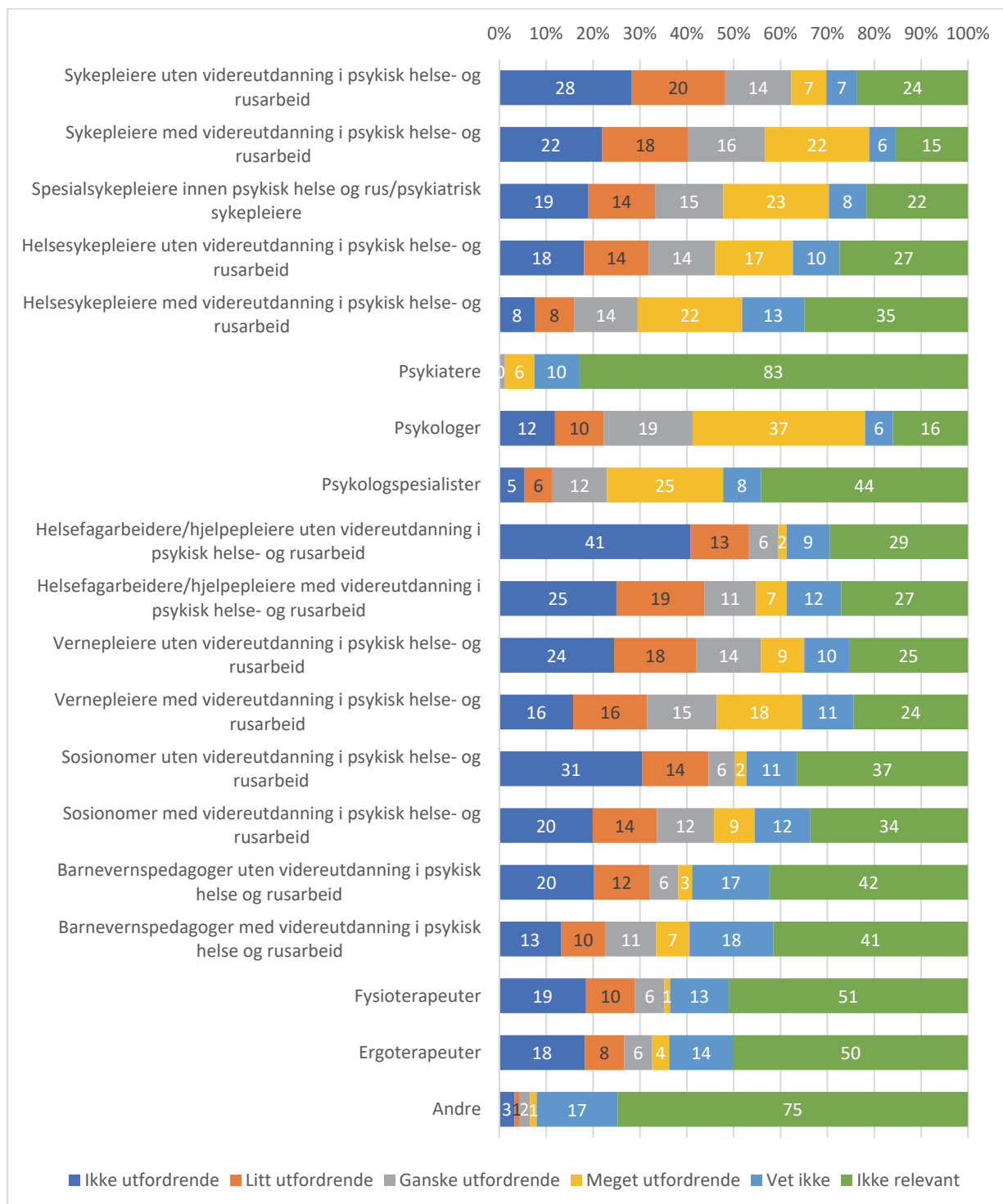
Som vist i tabell 4.11, er det ikke betydelige endringer i årsverkssammensetningen i tjenester og tiltak til barn og unge fra 2020 til 2021. Den generelle trenden i hele perioden er en stadig økning i andel årsverk med høgskolekompetanse.

Tabell 4.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2021.

	Kun psykisk helsearbeid				Psykisk helse- og rusarbeid							
	2007	2010	2012	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	8	7	7	6	4	3	4	3	4	4	4	
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	37	40	38	38	39	42	41	41	41	42	43	
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	16	17	18	20	21	21	22	22	20	19	
Psykiatere	*	*	*	*	0	0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	
Psykologer	5	7	6	7	6	7	6,3	7,0	6,2	6,0	6,1	
Psykologspesialister	*	*	2	2	2	3	3,1	2,9	3,0	3,4	3,3	
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	15	15	14	14	13	12	13	13	15	13	
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	5	5	6	7	6	4	6	6	6	5	5	
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	10	8	7	5	6	5	5	4	5	5	6	
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

4.4 REKRUTTERINGSPROBLEMER

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



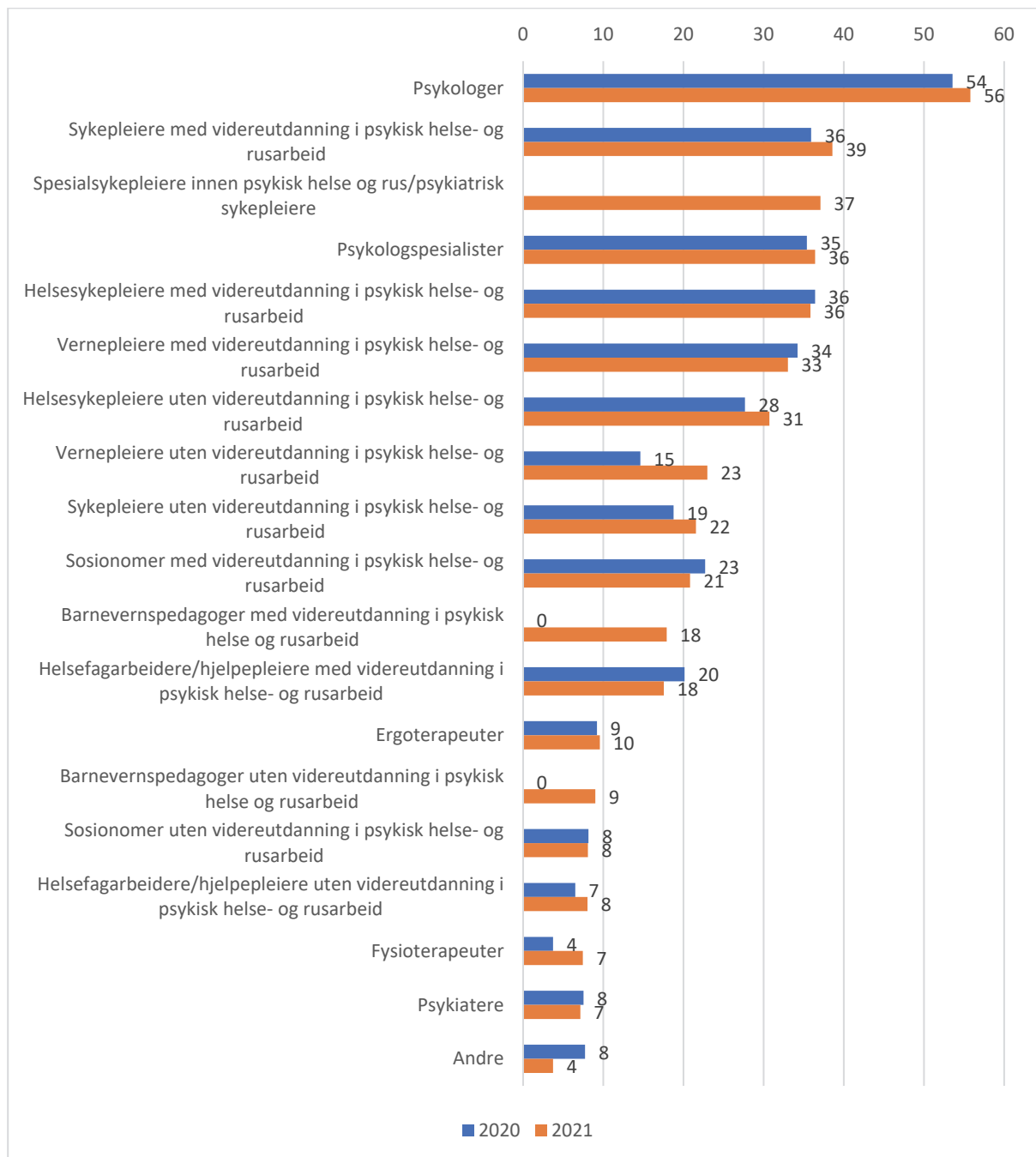
Figur 4.7 Prosent av kommunene som svarer de ulike alternativene, 2021.

Det er som forventet særlig mange kommuner som oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer (37 prosent) og psykologspesialister (25 prosent). Det er også mange som oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus/psykiatriske sykepleiere

(23 prosent) og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (22 prosent) og helsesykepleiere med videreutdanning (22 prosent).

Under "Annet" er det flere som nevner fastleger og leger generelt, men også erfaringskonsulenter og pedagoger med foreldreveiledningskompetanse nevnes.

Vi ser videre på kommuner som oppgir at det er ganske og meget utfordrende, og som vist i figur 4.8 er det noen flere kommuner som oppgir at de har utfordringer med rekrutteringen av psykologer og sykepleiere med kompetanse innen psykisk helse- og rus i 2021, enn i 2020.



Figur 4.8 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" eller "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene, 2020 og 2021.

TILTAK MOT REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 hadde vi et åpent spørsmål om hva kommunene gjør for å avhjelpe rekrutteringsproblemer og basert på disse svarene utviklet vi svarkategoriene for 2021 som er vist i tabell 4.12. Det er flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (63 prosent), men også at de tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (44 prosent), etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (41 prosent) og etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser (41 prosent). Det er 23 prosent av kommunene med rekrutteringsproblemer som har tilbyr gratis barnehageplass, mens 15 prosent bidrar til at partner får jobb lokalt.

Tabell 4.12 Hva som gjøres for å avhjelpe rekrutteringsproblemer, 2021

	Antall	Av de som har svart
Tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (kompetanseheving)	166	63
Tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategi	115	44
Etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner	107	41
Etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser	107	41
Tilbyr gratis barnehageplass	59	23
Bidrar til at partner får jobb lokalt	38	15
Annet	45	17
Antall svar	262	100

De 45 kommunene som har svart at de har gjort noe annet enn det som var tatt med som faste svarkategorier, og her beskriver de blant annet:

- Gir 10-års ansiennitet for nytilsatte sykepleiere
- Aktiv bruk av vikarer med tanke på senere rekruttering
- Ansetter andre faggrupper
- Arbeider med etablering av bemanningssenter
- Tilbyr mulighet for kompetanseheving
- Bygger omdømme slik at det blir attraktivt å arbeide i tjenestene
- Fri husleie
- Etablert intern kurs i psykisk helse og rusarbeid i tjenesten
- Flyttegodtgjøring
- Omgjøring av vikarstillinger og deltidsstillinger til faste, fulle stillinger
- Etablert samarbeid med DPS
- Rekrutteringstilskudd til nyansatte
- Hospitering for personale uten rett kompetanse/utdanning
- Tilbyr psykolog samlokalisering med BUP for å få et fagmiljø rundt psykogen
- Kjøper tjenester fra private aktører
- Større fleksibilitet for å kunne påvirke egen arbeidshverdag
- Bruker rekrutteringsbyrå
- Lønn etter avtale

En kommentar fra en av kommunene viser at det kanskje ikke nødvendigvis er tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid som har de største rekrutteringsproblemene:

Det er noe mer utfordrende å rekruttere sykepleiere/vernepleier innenfor boliger med heldøgns drift, men det samlede inntrykket er at det ikke er store utfordringer å rekruttere ønsket personell innenfor psykisk helse og avhengighet. Det oppleves imidlertid som utfordrende i enkelte områder å rekruttere helsesykepleier med eller uten videreutdanning. Det er ledige stillinger som har vært vanskelig å få besatt. Det er betydelig vanskeligere å rekruttere sykepleiere/vernepleiere innenfor tradisjonell somatikk.

Noen har omfattende tiltak:

Vi direkteplasserer nyutdannede sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger med 10 års ansiennitet. Videre har vi rekruttering- og stabiliseringstilskudd med kr 100 000,- til sykepleiere som jobber i turnus.

Mens andre oppgir at de ikke har noen strategi:

Vi har dessverre ingen strategisk plan for å avhjelpe rekrutteringsutfordringene. Vi prøver så godt vi kan med å hjelpe til med å finne bolig, etablere samarbeid med andre institusjoner, men så langt har vi ikke kommet så langt med det. Vi konkurrerer om fagfolk med sykehuset.

En annen kommentar handler om rekruttering av helsesykepleiere:

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

En annen kommune oppgir at kommunen velger å bryte loven ved å ikke rekruttere psykolog til kommunen, og en annen er usikker på hva som gjøres i sin kommune:

Uvisst om hvordan administrasjonen jobber for å rekruttere psykolog, og ruskonsulentstillingen velger kommunestyret fortsatt skal være vakant.

Andre oppgir at de har interkommunalt samarbeid om psykologstillinger, men at de ikke får søkere.

Det er også en kommentar fra en kommune som tyder på at noen sliter selv om de tilrettelegger under utdanning:

Utfordringen med å tilby tilrettelegge med permisjon under utdanning, er gjerne at de søker seg til stillinger andre steder når de er ferdig.

En del kommuner oppgir at de ikke har noen utfordringer, men flere ser at de kanskje vil kunne få rekrutteringsproblemer i årene som kommer:

Vi tilbyr også nyutdannede/ansatte tilnærmet full ansiennitet ved ansettelse, som et rekrutteringstiltak. Ellers har vi innen området ikke hatt behov for å rekruttere de siste årene, men har nå ansatte som skal gå av med pensjon snart.

En av kommunene har gitt følgende kommentar:

Utfordrende å samle opplysninger når problemer med rekruttering kan være ulikt for faggrupper til barn/unge og voksne.

Vi må derfor neste år vurdere å skille på tjenester til barn/unge og voksne.

4.5 OPPSUMMERING

I 2021 ble det totalt rapportert 16 792 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, mot 16 569 i 2020. Dette gav en økning i antall årsverk på 1,3 prosent, fordelt på 1,0 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 2,7 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge. Det var 22 prosent av årsverkene som gikk til tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, og slik var det også i 2020.

I tjenester rettet mot voksne var det fra 2020 til 2021 størst prosentvis nedgang i tiltakskategorien 'Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud', med en reduksjon på 7,6 prosent (28 årsverk). Størst prosentvis økning var det i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak, der det ble rapportert om en økning på 7,9 prosent (31 årsverk). Den største absolutte økningen med 124 årsverk var i boliger med fast tilknyttet personell (2,4 prosent), men en nedgang i 55 årsverk (2,1 prosent) i hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer. Vi fant også en økning i aktivitetssenter/dagsenter på 51 årsverk (6,5 prosent).

I tjenester og tiltak rettet mot barn og unge fant vi at årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste hadde økt med 33 årsverk (2 prosent), mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak hadde økt med 27 årsverk (9,5 prosent). Den fortsatt største kategorien målt i antall årsverk (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 2,3 prosent det siste året. Økningen i årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste har flatet ut de siste to årene.

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

Våren og sommeren 2021 har for en del helsepersonell i kommunene vært preget av vaksinerings, smittesporing og andre pandemirelaterte arbeidsoppgaver. Av 372 kommuner/bydeler var det 24 som ikke deltok selv om de fikk utsatt rapporteringsfrist og flere purringer. For disse er det benyttet tall fra 2020. Der rapporteringen tidligere år har hatt nærmest komplette data fra alle landets kommuner (og alle bydeler i Oslo), har estimatene på ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i de to årene med pandemi vært beheftet med større usikkerhet. Både de største og minste kommunene, målt i antall innbyggere, var de som i størst grad besvarte kartleggingen i 2021, mens kommuner med mellom 2000-5000 innbyggere og kommuner med mellom 10 000-20 000 innbyggere i minst grad besvarte kartleggingen. Det var særlig kommuner i Nordland og Troms og Finnmark som ikke svarte, mens mest komplette data kom fra Innlandet, Vestland og Trøndelag. Vi har håp om at 2022 blir et normalår, og at vi igjen når opp mot full dekning ved å mobilisere rådgiverne hos Statsforvalteren.

I 2020 og 2021 kartla vi om kommunene hadde problemer med å rekruttere ansatte til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det er særlig mange kommuner som oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer (37 prosent) og psykologspesialister (25 prosent). Det er også mange som oppgir at det er meget utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus/psykiatrisk (23 prosent) og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid (22 prosent) og helsesykepleiere med videreutdanning (22 prosent). Det er noen flere kommuner som oppgir at de har utfordringer med rekrutteringen av psykologer og sykepleiere med kompetanse innen psykisk helse- og

rus i 2021 enn i 2020. For å avhjelpe rekrutteringsproblemene tilrettelegger de for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (63 prosent), tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (44 prosent), etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (41 prosent) og etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser (41 prosent). Det er 23 prosent av kommunene med rekrutteringsproblemer som tilbyr gratis barnehageplass, mens 15 prosent bidrar til at partner får jobb lokalt. Mange kommuner ser ut til å ha aktive tiltak for å øke rekrutteringen, mens andre foreløpig ikke har noen strategi.

5 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2021 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke, HF-opptaksområde, helseregion (RHF) og til slutt presenterer vi årsverkstallene for de ti største kommunene. Det er kun Oslo som rapporterer på bydelsnivå. Det er vanligvis 15 bydeler og to etater (Velferdsetaten og Helseetaten) som rapporterer fra Oslo, men i årets rapportering mangler det to bydeler og en etat fra Oslo kommune, og det er brukt 2020 tall for disse.

5.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

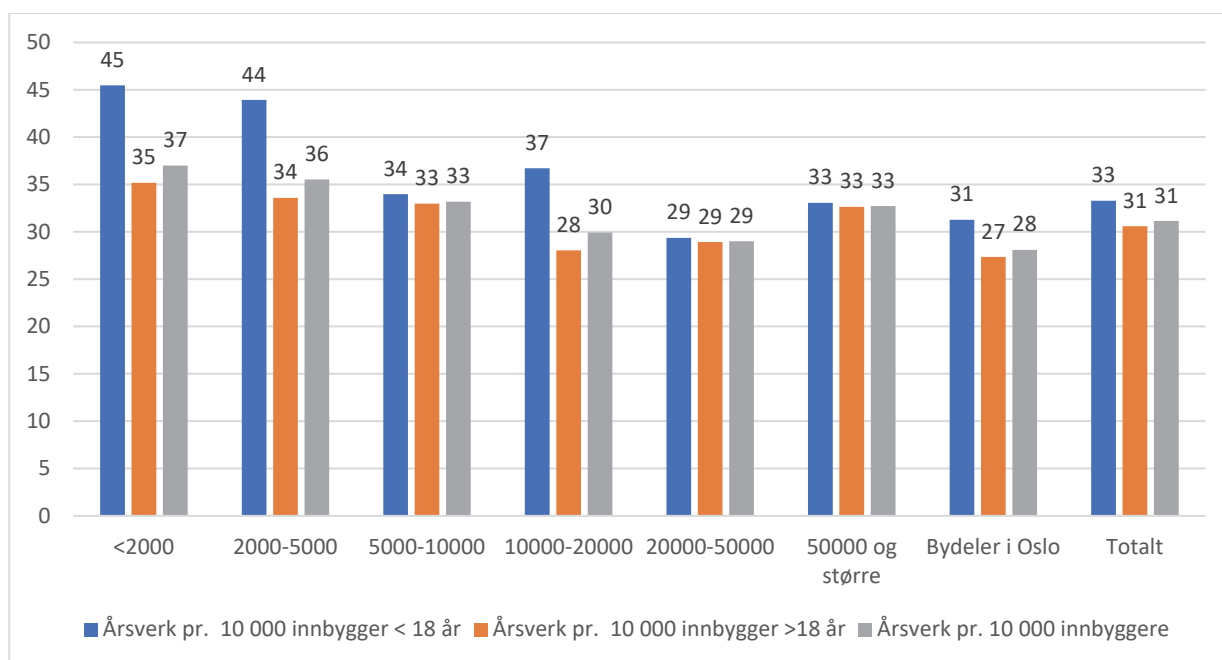
Fra tabell 5.1 ser vi at mens 47 prosent av kommunene har under 5 000 innbyggere, utgjør dette kun åtte prosent av befolkningen. De 18 største kommunene utenom Oslo, med over 50 000 innbyggere, utgjør fem prosent av kommunene og dekker 34 prosent av innbyggerne, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen. De tre siste kolonnene i tabell 5.2 er vist i figur 5.1.

Tabell 5.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	77	21	16 938	2	78 050	2	94 988	2
2000-5000	97	26	57 741	5	247 372	6	305 113	6
5000-10000	70	19	98 372	9	387 003	9	485 375	9
10000-20000	50	13	153 831	14	556 960	13	710 791	13
20000-50000	43	12	269 871	24	1 012 441	24	1 282 312	24
50000 og større	18	5	382 127	34	1 433 653	33	1 815 780	34
Bydeler i Oslo	17	5	132 810	12	564 200	13	697 010	13
Totalt	372	100	1 111 690	100	4 279 679	100	5 391 369	100

Tabell 5.2 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr. 1. januar 2021.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
<2000	77	275	352	45	35	37
2000-5000	254	831	1084	44	34	36
5000-10000	334	1276	1610	34	33	33
10000-20000	565	1562	2127	37	28	30
20000-50000	792	2928	3720	29	29	29
50000 og større	1263	4678	5942	33	33	33
Bydeler i Oslo	415	1542	1958	31	27	28
Totalt	3700	13091	16792	33	31	31



Figur 5.1 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2021.

5.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

Viken har nå flest kommuner i landet (51) tilsvarende 14 prosent av alle kommuner, og de har 23 prosent av befolkningen, se tabell 5.3. Viken er dermed nå det største fylket målt i antall kommuner og etter antall innbyggere. Det nest største fylket målt i antall innbyggere er Oslo som har 13 prosent av befolkningen og deretter Vestland som har 12 prosent av befolkningen. Det minste fylket er Nordland med fire prosent av befolkningen (fordelt på 41 kommuner), og Troms og Finnmark og Møre og Romsdal som hver har fem prosent av befolkningen.

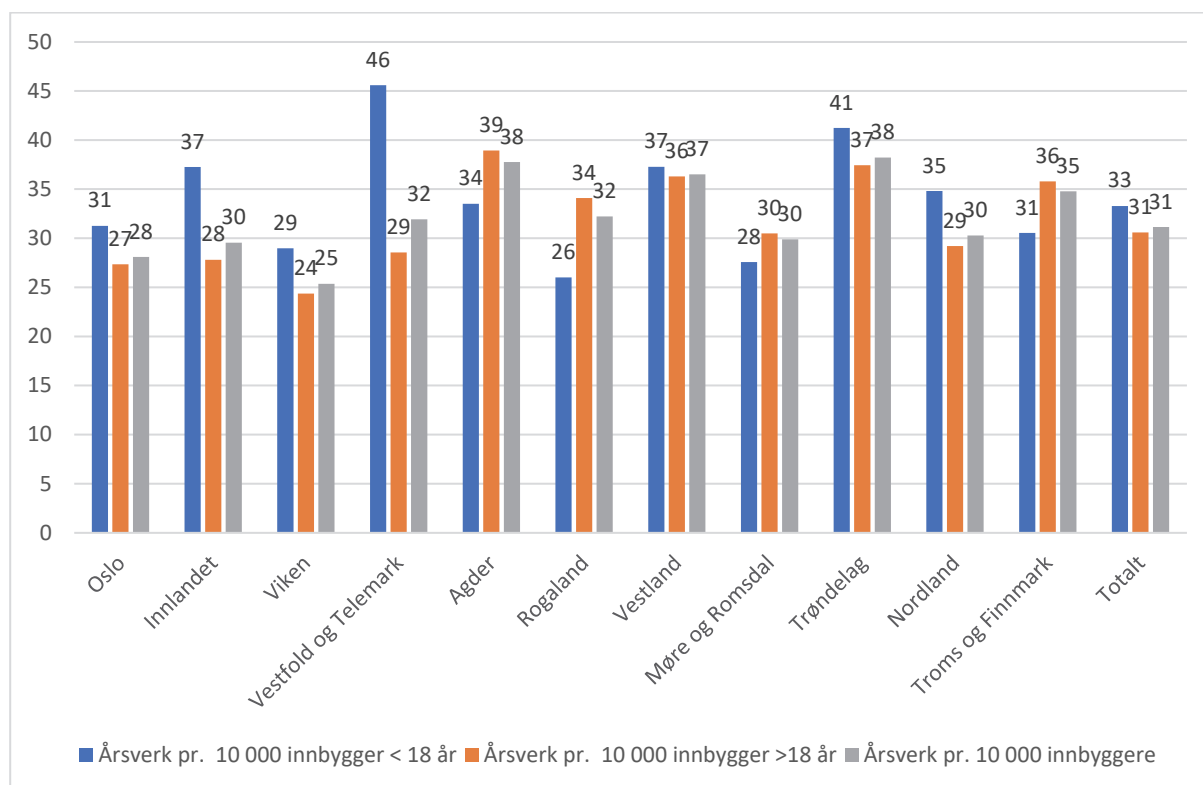
Tabell 5.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Oslo	17	5	132 810	12	564 200	13	697 010	13
Innlandet	46	12	68 311	6	302 292	7	370 603	7
Viken	51	14	269 364	24	983 020	23	1 252 384	23
Vestfold og Telemark	23	6	83 606	8	338 276	8	421 882	8
Agder	25	7	66 819	6	242 024	6	308 843	6
Rogaland	23	6	111 852	10	370 793	9	482 645	9
Vestland	43	12	135 267	12	503 554	12	638 821	12
Møre og Romsdal	26	7	54 978	5	210 566	5	265 544	5
Trøndelag	38	10	95 682	9	375 442	9	471 124	9
Nordland	41	11	46 461	4	193 884	5	240 345	4
Troms og Finnmark	39	10	46 540	4	195 628	5	242 168	4
Totalt	372	100	1 111 690	100	4 279 679	100	5 391 369	100

Tabell 5.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, fylke pr. 1. januar 2021.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Oslo	415	1 542	1 958	31	27	28
Innlandet	255	840	1 095	37	28	30
Viken	781	2 395	3 176	29	24	25
Vestfold og Telemark	381	966	1 347	46	29	32
Agder	224	942	1 166	34	39	38
Rogaland	291	1 264	1 555	26	34	32
Vestland	504	1 828	2 332	37	36	37
Møre og Romsdal	152	642	794	28	30	30
Trøndelag	395	1 406	1 800	41	37	38
Nordland	162	566	728	35	29	30
Troms og Finnmark	142	700	842	31	36	35
Totalt	3 700	13 091	16 792	33	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 5.4 er vist i figur 5.2.



Figur 5.2 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2021.

Fra figur 5.2 ser vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Vestfold og Telemark, i Trøndelag og i Innlandet, mens Rogaland ligger lavt. For voksne er det Agder, Trøndelag, Vestland og Troms og Finnmark som rapporterer mange årsverk pr. innbygger, mens Viken ligger lavest.

5.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i helseforetak. Årsverkene i Helseetaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 5.5 ser vi for eksempel at Ahus-området tar opp 11 prosent av befolkningen, mens Vestre Viken dekker ni prosent av befolkningen. De minste helseforetakene, Helse Finnmark og Helgeland med 18 kommuner hver i sitt opptaksområde, har én prosent av befolkningen hver, mens Innlandet dekker syv prosent av befolkningen spredt på 43 kommuner.

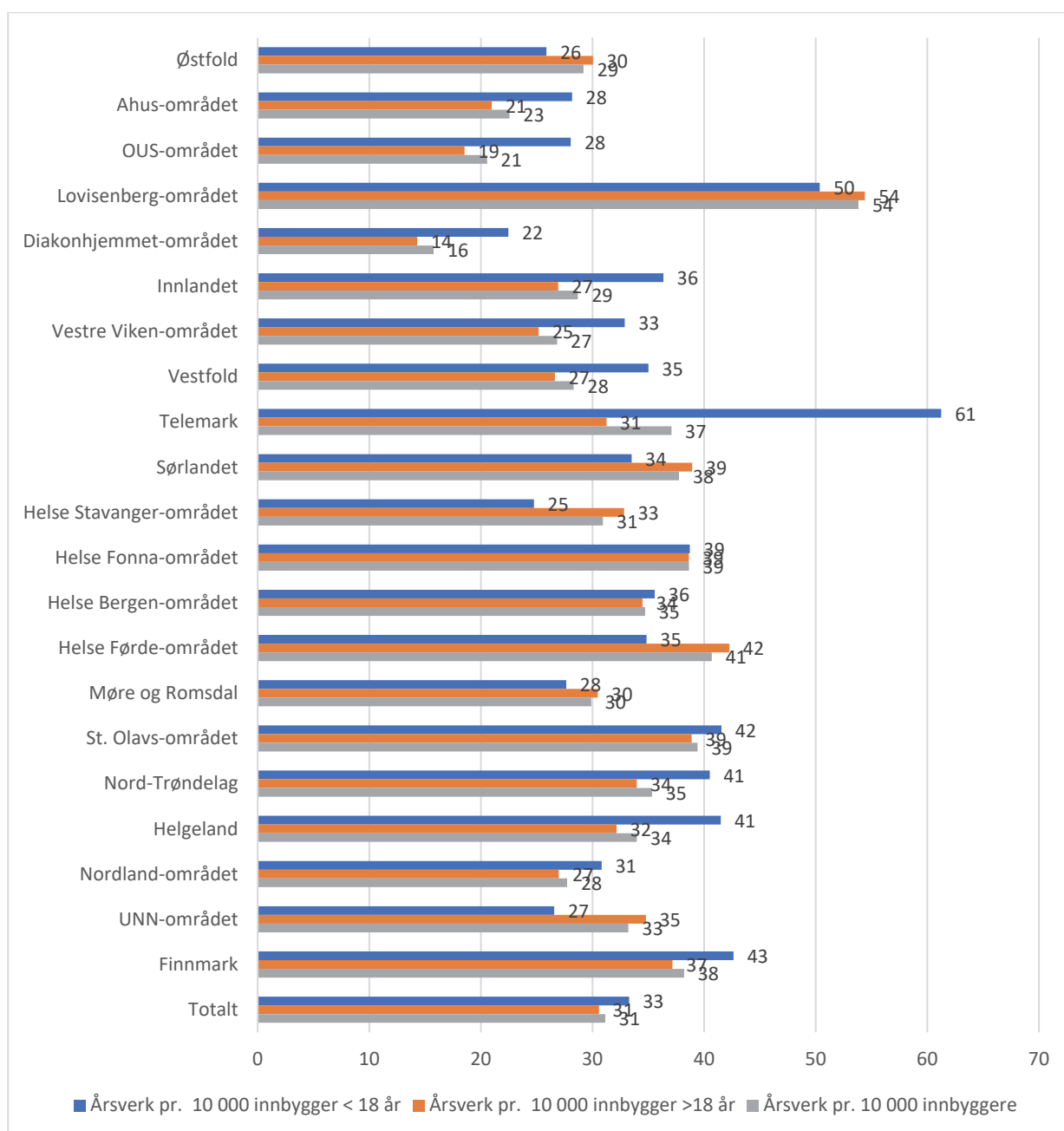
Tabell 5.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	13	3	64 893	6	255 258	6	320 151	6
Ahus-området	23	6	125 108	11	440 993	10	566 101	11
OUS-området	7	2	59 611	5	220 425	5	280 036	5
Lovisenberg-området	4	1	23 010	2	139 186	3	162 196	3
Diakonhjemmet-området	3	1	25 950	2	118 517	3	144 467	3
Innlandet	43	12	66 368	6	289 701	7	356 069	7
Vestre Viken-området	21	6	105 545	9	385 432	9	490 977	9
Vestfold	6	2	49 924	4	198 424	5	248 348	5
Telemark	17	5	33 682	3	139 852	3	173 534	3
Sørlandet	25	7	66 819	6	242 024	6	308 843	6
Helse Stavanger-området	15	4	87 713	8	285 960	7	373 673	7
Helse Fonna-området	17	5	39 826	4	140 826	3	180 652	3
Helse Bergen-området	17	5	97 053	9	363 972	9	461 025	9
Helse Førde-området	17	5	22 527	2	83 589	2	106 116	2
Møre og Romsdal	27	7	55 369	5	212 164	5	267 533	5
St. Olavs-området	18	5	67 180	6	267 199	6	334 379	6
Nord-Trøndelag	19	5	28 111	3	106 645	2	134 756	2
Helgeland	18	5	15 028	1	62 369	1	77 397	1
Nordland-området	20	5	26 861	2	111 099	3	137 960	3
UNN-området	24	6	36 875	3	155 597	4	192 472	4
Finnmark	18	5	14 237	1	60 447	1	74 684	1
Totalt	372	100	1 111 690	100	4 279 679	100	5 391 369	100

Tabell 5.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, HF-område pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Østfold	168	767	935	26	30	29
Ahus-området	353	925	1 278	28	21	23
OUS-området	167	409	576	28	19	21
Lovisenberg-området	116	757	873	50	54	54
Diakonhjemmet-området	58	169	228	22	14	16
Innlandet	241	780	1 021	36	27	29
Vestre Viken-området	347	970	1 317	33	25	27
Vestfold	175	528	703	35	27	28
Telemark	206	437	643	61	31	37
Sørlandet	224	942	1 166	34	39	38
Helse Stavanger-området	217	939	1 156	25	33	31
Helse Fonna-området	154	544	698	39	39	39
Helse Bergen-området	345	1 255	1 600	36	34	35
Helse Førde-området	79	353	432	35	42	41
Møre og Romsdal	153	646	800	28	30	30
St. Olavs-området	279	1 039	1 318	42	39	39
Nord-Trøndelag	114	362	476	41	34	35
Helgeland	62	201	263	41	32	34
Nordland-området	83	300	383	31	27	28
UNN-området	98	541	639	27	35	33
Finnmark	61	225	285	43	37	38
Totalt	3 700	13 091	16 792	33	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 5.6 er vist i figur 5.3.



Figur 5.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. HF-område, 2021.

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

5.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

Som vist i tabell 5.7 har helseregion Sør-Øst 57 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest og Midt-Norge. Det er ingen tydelige skjevheter i innbyggere over og under 18 år i noen av helseregionene, men Helse Vest har en noe større andel innbyggere under 18 år relativt til de andre helseregionene.

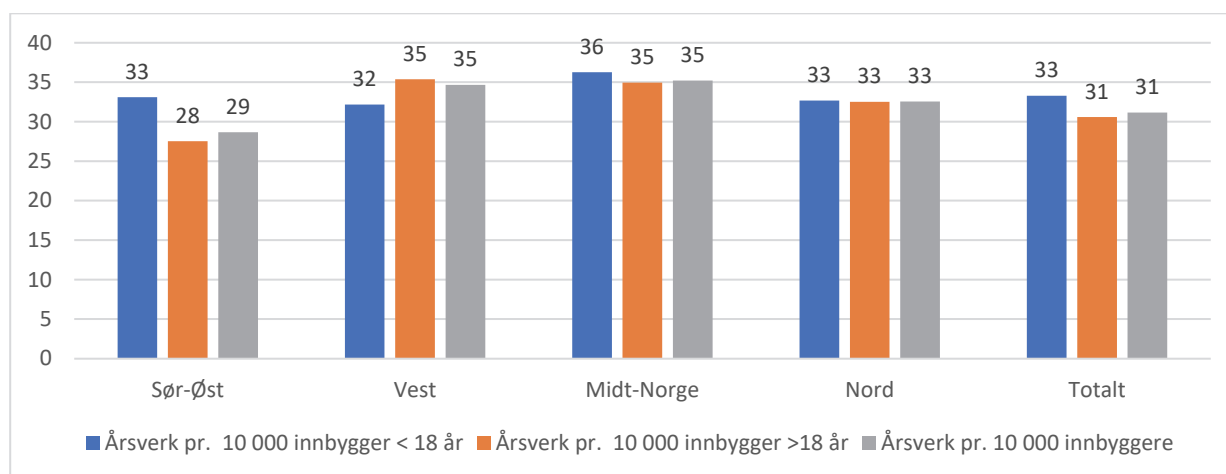
Tabell 5.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, helseregion pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sør-Øst	162	44	620 910	56	2 429 812	57	3 050 722	57
Vest	66	18	247 119	22	874 347	20	1 121 466	21
Midt-Norge	64	17	150 660	14	586 008	14	736 668	14
Nord	80	22	93 001	8	389 512	9	482 513	9
Totalt	372	100	1 111 690	100	4 279 679	100	5 391 369	100

Tabell 5.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, helseregion pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Sør-Øst	2 055	6 686	8 741	33	28	29
Vest	795	3 092	3 887	32	35	35
Midt-Norge	546	2 048	2 594	36	35	35
Nord	304	1 266	1 570	33	33	33
Totalt	3 700	13 091	16 792	33	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 5.8 er vist i figur 5.4.



Figur 5.4 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, helseregion, 2021.

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

5.5 DE TI STØRSTE KOMMUNENE

Det har kommet ønske fra de største kommunene om at vi også tar med fordeling av årsverkstall for de største kommunene i dette kapitlet. Vi velger her å presentere tall for de ti største kommunene. Som visst i tabell 5.9 har disse kommunene til sammen 7 prosent av kommunene og 36 prosent av alle innbyggerne i landet.

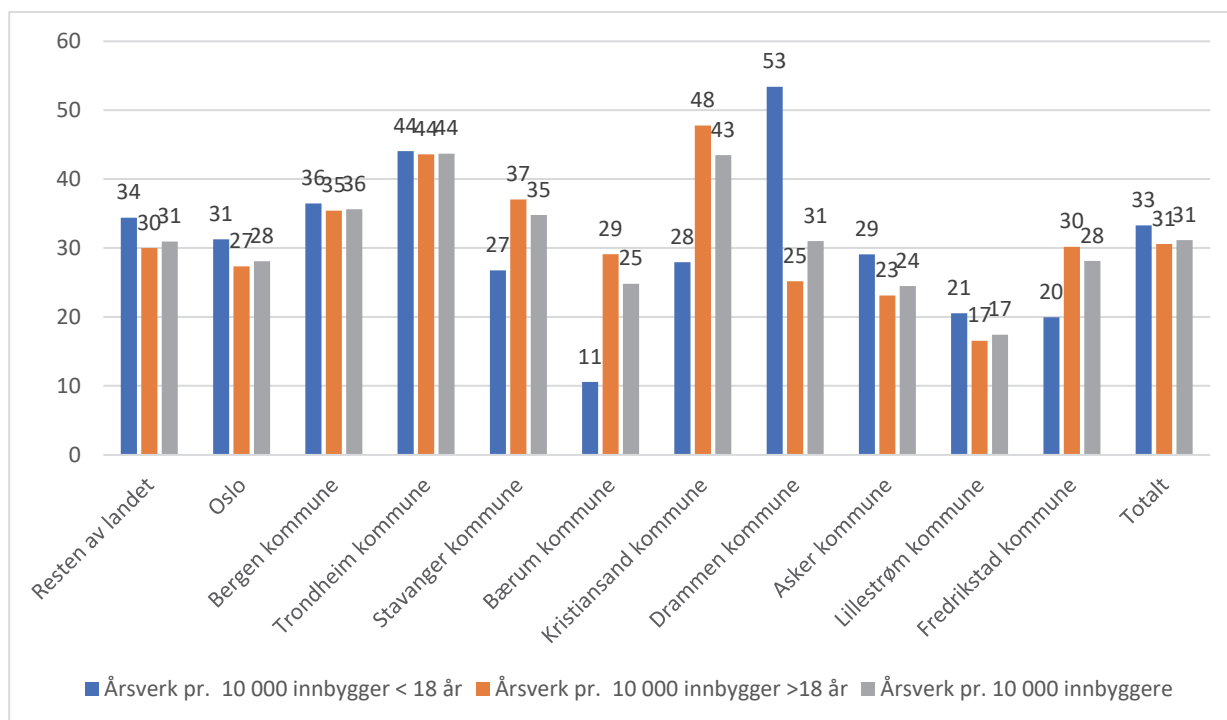
Tabell 5.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, 10 største kommuner pr. 1. januar 2021. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Resten av landet	346	93	718 248	65	2 731 027	64	3 449 275	64
Oslo	17	5	132 810	12	564 200	13	697 010	13
Bergen kommune	1	0	55 965	5	229 636	5	285 601	5
Trondheim kommune	1	0	40 640	4	166 955	4	207 595	4
Stavanger kommune	1	0	31 364	3	112 783	3	144 147	3
Bærum kommune	1	0	29 722	3	98 511	2	128 233	2
Kristiansand kommune	1	0	24 383	2	88 205	2	112 588	2
Drammen kommune	1	0	21 022	2	80 837	2	101 859	2
Asker kommune	1	0	21 665	2	73 250	2	94 915	2
Lillestrøm kommune	1	0	19 331	2	67 622	2	86 953	2
Fredrikstad kommune	1	0	16 540	1	66 653	2	83 193	2
Totalt	372	100	1 111 690	100	4 279 679	100	5 391 369	100

Tabell 5.10 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, ti største kommuner pr. 1. januar 2021.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Resten av landet	2 471	8 197	10 667	34	30	31
Oslo	415	1 542	1 958	31	27	28
Bergen kommune	204	813	1 017	36	35	36
Trondheim kommune	179	728	907	44	44	44
Stavanger kommune	84	418	502	27	37	35
Bærum kommune	31	287	318	11	29	25
Kristiansand kommune	68	421	489	28	48	43
Drammen kommune	112	204	316	53	25	31
Asker kommune	63	169	232	29	23	24
Lillestrøm kommune	40	112	151	21	17	17
Fredrikstad kommune	33	201	234	20	30	28
Totalt	3 700	13 091	16 792	33	31	31

De tre siste kolonnene i tabell 5.10 er vist i figur 5.5.



Figur 5.5 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, ti største kommuner, 2021.

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

6 HOVEDFORLØP

Kommunene har de fem siste årene blitt bedt om å gjøre en skjønnsmessig kategorisering av tjenestemottakere i tre ulike bruker- og pasientforløp beskrevet i veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; "Sammen om mestring" (Helsedirektoratet, 2014)⁵. Veilederen definerer tre forløp basert på problemenes art, alvorlighetsgrad og varighet, og det gis veiledende forslag til forebyggende tiltak, kartlegging og utredning, samt behandling og oppfølging:

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

Eksempler:

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

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

Eksempler:

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Eksempler:

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

Kommunene blir bedt om å fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de rapporterer på tiltakskategorier og utdanningskategorier.

⁵<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

6.1 DATAGRUNNLAG

Spørsmålene om fordeling av årsverk ulike hovedforløp er:

- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 1 for voksne: Milde og kortvarige problemer
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 2 for voksne: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 3 for voksne: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- Vurdering av det samlede tilbudet til brukerne med de ulike hovedforløpene.
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 1 for barn og unge: Milde og kortvarige problemer
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 2 for barn og unge: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Antall årsverk fordelt på hovedforløp 3 for barn og unge: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
- Vurdering av det samlede tilbudet til brukerne med de ulike hovedforløpene.

Respondentene skal fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de har rapportert på tiltak og utdanningskategorier, men for mange av kommunene er dette utfordrende å få til. Det er fortsatt ikke alle som får til å fordele årsverkene på hovedforløp, men nå er 80 prosent av årsverkene rettet mot voksne fordelt på hovedforløp og 88 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge.

Tabell 6.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp (+/- ett årsverk avvik) i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, 2021.

	Voksne	Barn/unge	Totalt
Årsverk rapportert	13 091	3 700	16 792
Årsverk hovedforløp	10 484	3 243	13 727
% av årsverkene fordelt på hovedforløp	80	88	82

6.2 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 6.2 viser fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2021. Det er relativt få endringer i fordelingen fra år til år, men i 2021 går andel til hovedforløp 3 ned fra 64 til 61 prosent. Kommunene/bydelene anslår nå at 12 prosent av årsverksinnsatsen til voksne går til brukere med milde og kortvarige problemer.

Tabell 6.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2017-2021.

	Antall					Prosent				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Hovedforløp 1	1092	1024	1106	912	1270	10	11	11	10	12
Hovedforløp 2	2779	2425	2532	2255	2795	27	26	25	26	27
Hovedforløp 3	6649	5923	6423	5532	6419	63	63	64	64	61
Totalt	10520	9372	10061	8699	10484	100	100	100	100	100

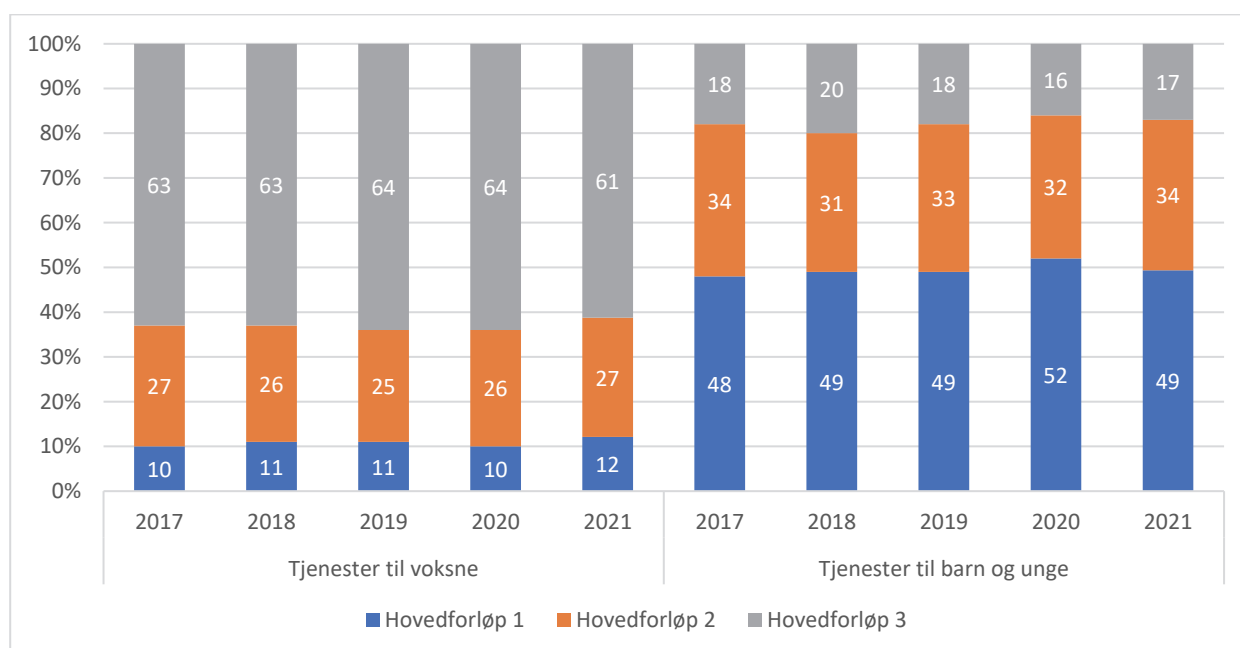
6.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)

Tabell 6.3 viser fordeling av årsverk i tjenester for barn og unge i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2020. Tallene er stabile gjennom perioden, men tallgrunnlaget fra 2020 medfører usikkerhet pga. lavere deltakelse enn vanlig på grunn av pandemisituasjonen.

Tabell 6.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2017-2021.

	Antall					Prosent				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Hovedforløp 1	1262	1160	1407	1185	1601	48	49	49	52	49
Hovedforløp 2	888	737	939	734	1090	34	31	33	32	34
Hovedforløp 3	462	493	535	355	552	18	20	18	16	17
Totalt	2612	2390	2880	2274	3243	100	100	100	100	100

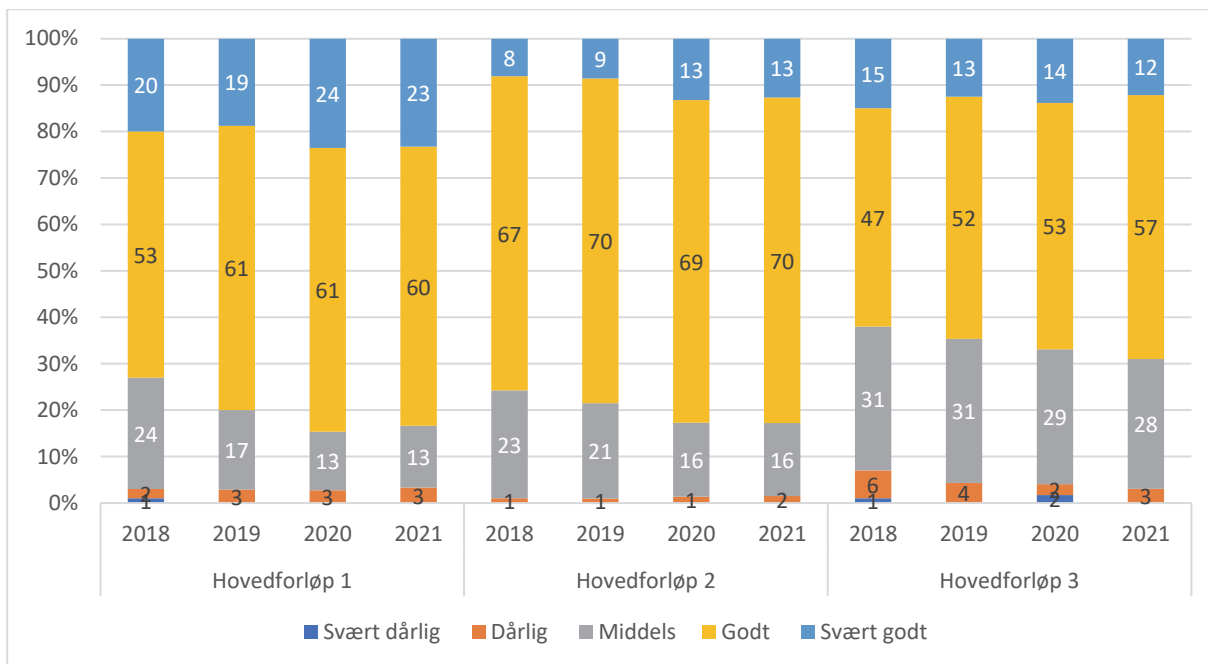
I figur 6.1 under har vi oppsummert utviklingen i prosentfordelingen de tre siste årene, og den viser at det er marginale endringer fra år til år. Men det blir viktig å følge utviklingen i tilbudet til de sykeste brukerne av tjenestene (Hovedforløp 3) og se dette i sammenheng med utviklingen i tilbudet i spesialisthelsetjenesten til denne målgruppen.



Figur 6.1 Andel (%) av årsverkene som er rettet mot brukere i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, 2017-2021.

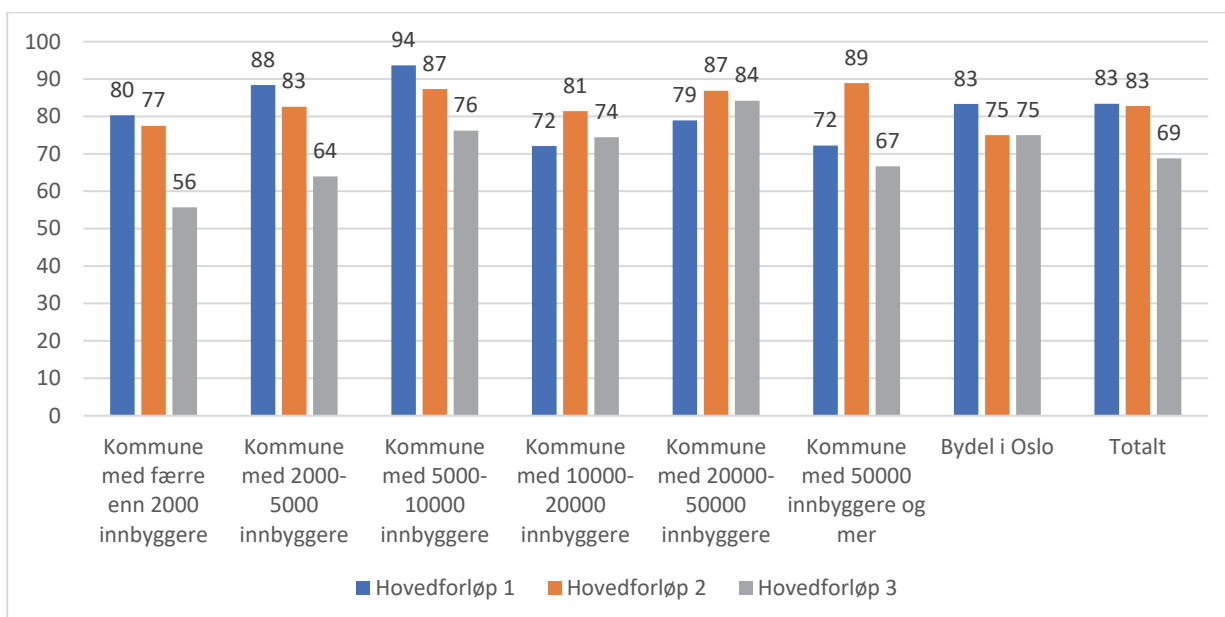
6.4 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvise fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene etter hvordan kommunene vurderer det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter. Det er en økende andel som svarer at tilbudet er godt eller svært godt for alle hovedforløpene, men det er liten endring i svarfordelingen fra 2020 til 2021 for hovedforløp 1 og 2.



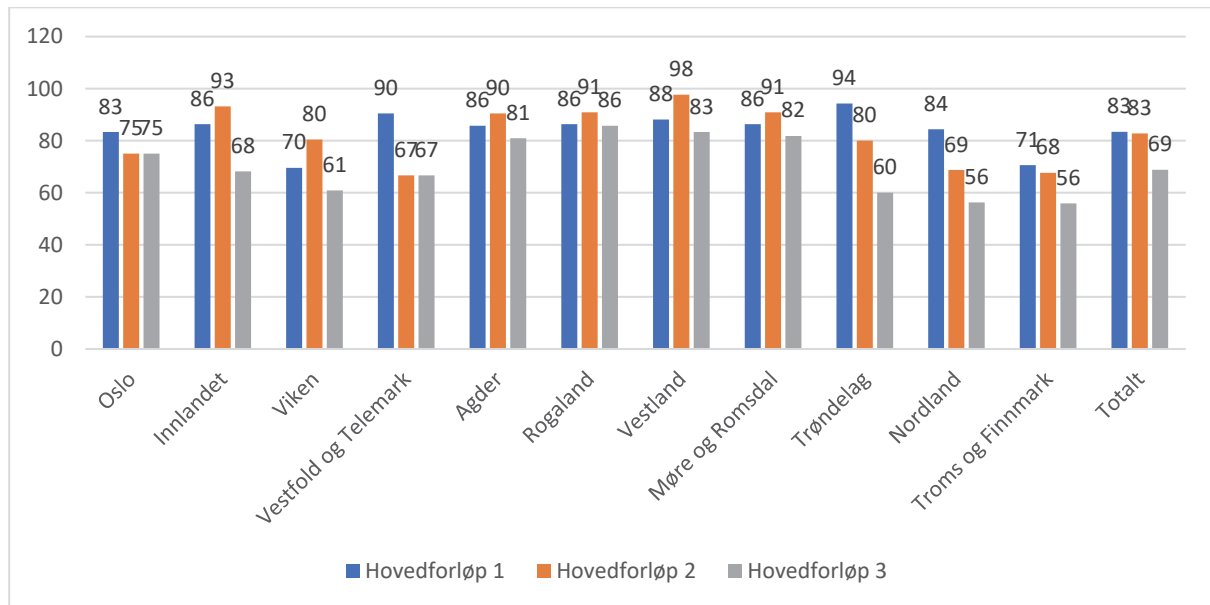
Figur 6.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018-2021.

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



Figur 6.3 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. Kommunestørrelse, 2021.

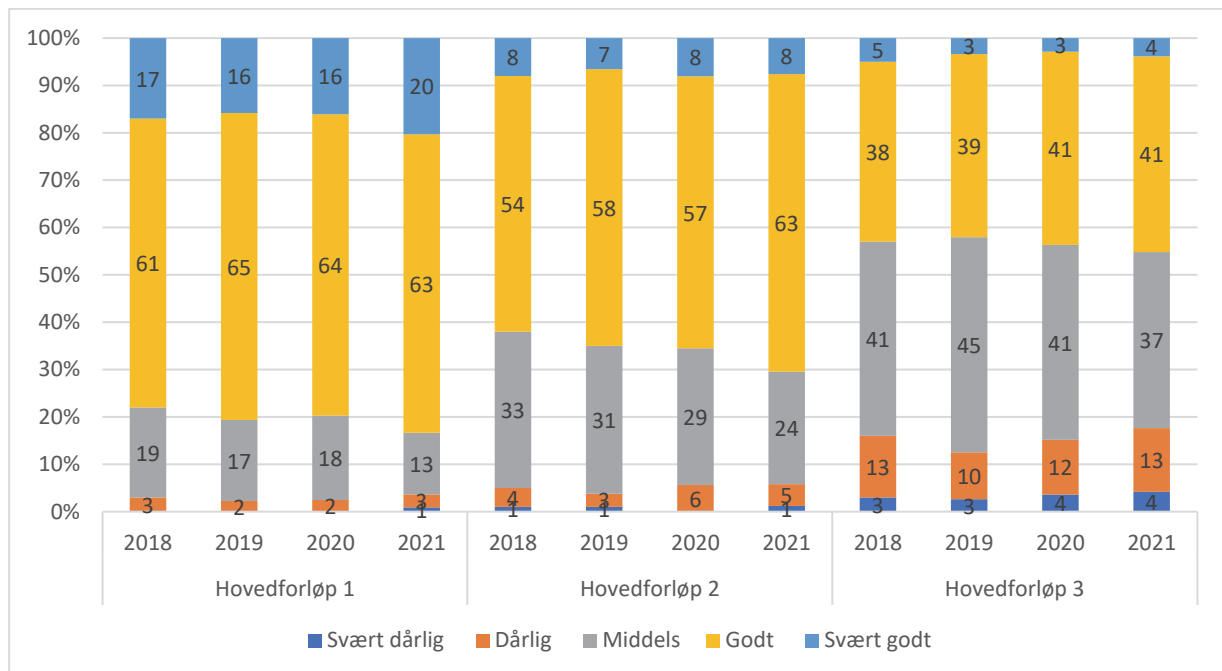
Figur 6.4 viser andel kommuner/bydeler som har vurdert tilbudet til å være godt eller svært godt, fordelt på fylke. Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom fylker for noen av forløpene.



Figur 6.4 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2021.

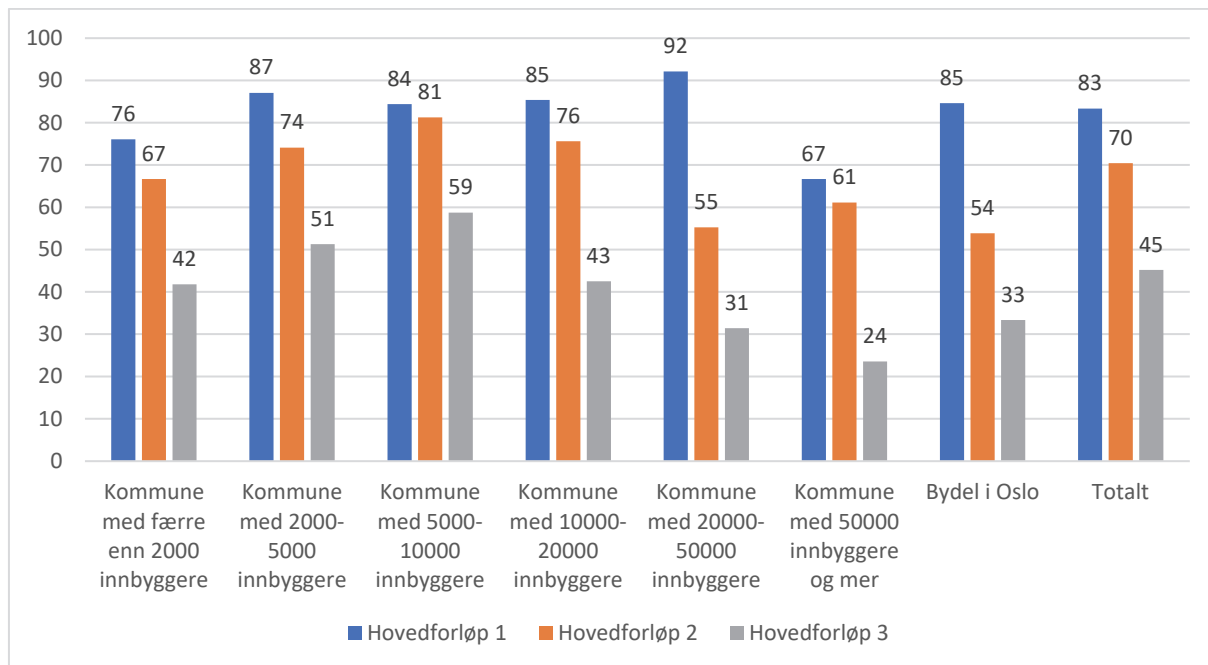
6.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

I figur 6.5 presenteres vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge, og denne viser at tendensen er at flere kommuner utover perioden svarer at tilbudet er godt eller svært godt, men det er færrest som svarer at tilbudet er godt for hovedforløp 3.



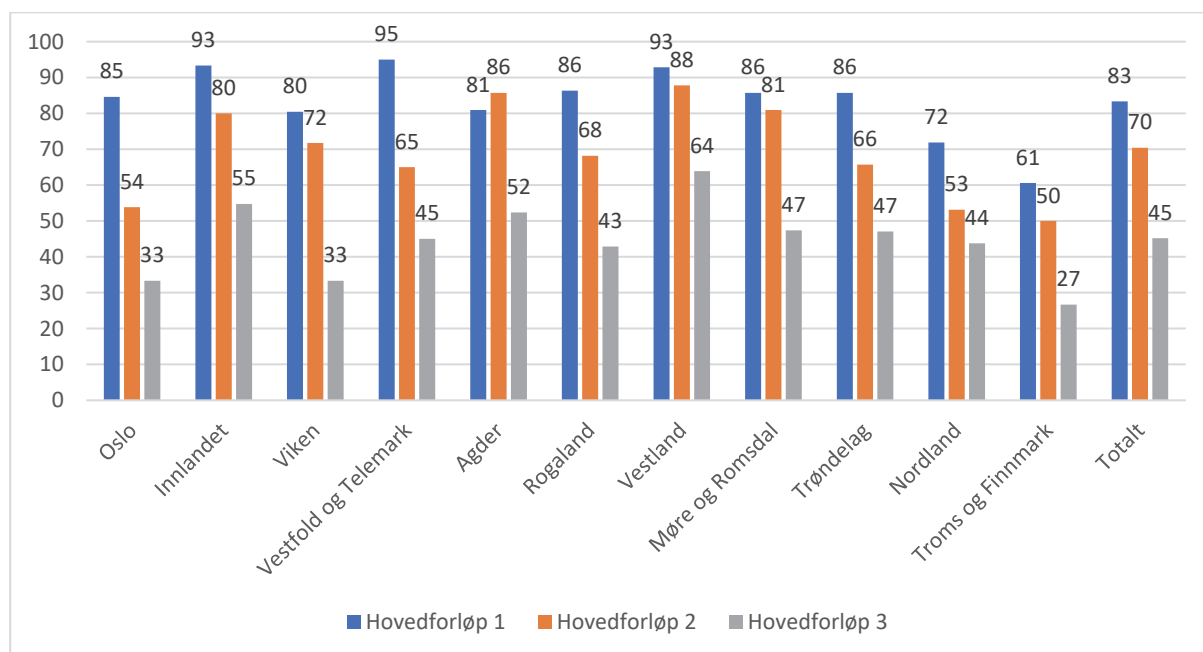
Figur 6.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018-2021.

Som vist i figur 6.6 gjelder dette i alle kommunegruppene, og det er særlig få kommuner i de største kommunene utenom Oslo, som mener at tilbudet er svært godt eller godt (24 prosent) for hovedforløp 3. Det er ingen signifikante forskjeller i andel som svarer i stor eller i svært stor grad etter hovedforløp 1 og hovedforløp 2, mens kommuner med 5000-10 000 innbyggere ligger signifikant høyere enn de andre gruppene for hovedforløp 3.



Figur 6.6 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Kommunestørrelse, 2021.

Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom kommuner gruppert etter fylker i noen av forløpene i 2021.



Figur 6.7 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2021.

6.6 OPPSUMMERING

De siste årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligget stabilt de siste fem årene (2017-2021):

Hovedforløp 1: 10-12 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 48-52 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge.

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

Hovedforløp 3: 61-64 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, 16-20 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

I tjenester til voksne er det en nedgang i andel årsverk som går til hovedforløp 3 i 2021, og en liten økning i andel til hovedforløp 1. I tjenester til barn og unge, er fordelingen på hovedforløpene i 2021 relativt uendret fra 2017.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til henholdsvis voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. For tjenester til voksne observerer vi en økning i andel fra 2017 til 2021 som svarer at de har et godt eller svært godt tilbud til målgruppen for alle tre hovedforløpene.

I tjenester for barn og unge er det også en positiv utvikling i andel som vurderer at de har et godt eller svært godt tilbud til hovedforløp 1 og 2, men det er særlig for hovedforløp 3 mange mener kommunen ikke har et godt nok tilbud.

7 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

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

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

Fafo har i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos følgeevaluert Opptappingsplanen for rusfeltet, og det foreligger tre delrapporter og en resultatrapport fra evalueringen (Hansen, Tofteng et al. 2021). Evalueringen har også benyttet tall fra IS-24/8-prosjektet i årene evalueringen har pågått.

Opptappingsplan rus det første året

Våren 2017 var det kun 16 kommuner (fire prosent) som svarte at de ikke var kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), mens 49 kommuner (12 prosent) svarte at de ikke var kjent med at Opptappingsplan for rusfeltet ble tilført økte midler i rammen/frie inntekter til kommunene. Totalt svarte 54 prosent av kommunene at Opptappingsplanen for rusfeltet hadde hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen våren 2017. Den vanligste konsekvensen var at de har fått flere årsverk, og 40 prosent av kommunene oppga å ha fått flere årsverk. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer ble oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering ble oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent hadde fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området ble oppnådd av 21 prosent av kommunene, mens ti prosent hadde fått flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer. Større grad av involvering av voksne pårørende ble erfart av 11 prosent av kommunene og ni prosent hadde i større grad involvert barn som pårørende etter at

Opptrappingsplanen trådte i kraft. Ti prosent av kommunene oppga at de i liten grad hadde sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Det var 72 prosent av kommunene som svarte at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging, i løpet av de to siste årene. Andelen økte tydelig med kommunestørrelse. De fleste som hadde svart at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen, hadde brukt BrukerPlan (61 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarte i 2017 at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent hadde benyttet bruker-spør-bruiker. Totalt svarte 44 prosent av kommunene at de hadde systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kunne være gjennom team sammensatt fra ulike faginstanser (for eksempel SLT-team), formelle tverrfaglige samarbeid eller faste møter med informasjonsutveksling.

Opptrappingsplan rus – andre år

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

Opptrappingsplan rus – tredje år

I 2019 var det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de økte midlene de har mottatt gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet i svært stor grad eller i stor grad har blitt benyttet til formålet. I 2018 var andelen 46 prosent, så dette var en nedgang. Dette gir en økning i andel kommuner/bydeler som svarer i liten grad eller i svært liten grad, fra 18 prosent til 24 prosent fordi det er omtrent uendret andel som svarer i noen grad. Det var 96 prosent av kommunene/bydelene som svarte på dette spørsmålet. Det var også færre kommuner/bydeler som svarte at opptrappingsplanen hadde hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent. Av konsekvenser, var det flest

kommuner/bydeler som rapporterte at de har fått flere årsverk (32 prosent av alle kommuner), og økt kapasitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med langvarige og alvorlige rusmiddelproblemer i kommunen (28 prosent) og for de med milde og moderate rusmiddelproblemer (24 prosent). Av alle kommuner og bydeler var det 19 prosent som hadde oppnådd økte midler til kompetanseheving på rusområdet, og 12 prosent som har i større grad hadde involvert voksne pårørende og 11 prosent barn og unge. Ni prosent av kommunene svarte at de har fått flere boliger/boligtilbud til personer med rusproblemer som følge av midlene. Det var en nedgang i andel kommuner som krysset av for alternativet i alle kategoriene fra 2018 til 2019. Videre var det 72 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Det var omtrent det samme som i 2017 og 2018. Sannsynligheten for å ha gjennomført en kartlegging øker betydelig med størrelse på kommunen målt som antall innbyggere. Over halvparten av kommunene (56 prosent) svarte at de har et tiltak/tjeneste som har ansvar for oppfølging av brukere etter en ikke-dødelig overdose. I 2018 var andelen 52 prosent, så det var en svak økning fra 2018 til 2019.

Opptrappingsplan rus – siste år

2020 var siste året av Opptrappingsplanen for rusfeltet, og 55 prosent av kommunene svarte at videreføring av den kapasiteten og kompetansen som planen har medført, er omtalt i kommunens planverk. Jo større kommunen er, jo større sannsynlighet er det for at de har omtalt planer for videreføring i planverket.

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

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

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

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

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

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

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

Videre var det 32 prosent av kommunene som i 2020 svarte at de de har et godt kartleggings- og behandlingstilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer, og dette var en økning fra 21 prosent i 2018 og 26 prosent i 2019.

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

I 2020 oppga 82 prosent av kommunene/bydelene at de hadde integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette var kun marginale endringer i andelen fra 2018 og 2019.

Vi observerte også en liten økning i andel kommuner som svarte at de i stor grad følger opp somatiske helseproblemer fra 2019 til 2020 blant tjenestebrukerne med samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP) og blant de med hovedsakelige psykiske lidelser. Men vi fant ingen økning, og samtidig lavest andel, som svarte at tjenestene følger opp somatiske helseproblemer blant de med hovedsakelige rusmiddelproblemer.

Rundt ti prosent av kommunene/bydelene erfarte i 2020 at samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket fungerte dårlig for voksne med rusmiddelproblemer, og 15 prosent mente avtalene for unge med rusmiddelproblemer fungerer dårlig.

7.1 KARTLEGGING 2021

I 2021 har vi forsøkt å undersøke om det som er bygget opp gjennom planperioden ute i kommune blir videreført eller ikke. Følgende spørsmål er inkludert:

- I hvilken grad har kommunen videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført?
 - Beskriv kort årsaken dersom kapasiteten og kompetansen som opptappingsplanen for rusfeltet ikke er videreført?
- Har kommunen forankret rusarbeidet i sitt planverk?
 - Hvis ja, kan dere beskrive hvilke(t) planverk:
- Hva er de største utfordringene i kommunens videre arbeid på rusfeltet etter at opptappingsplanen er avsluttet?
- I hvilken grad har tjenestene et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer i kommunen/bydelen?
 - Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer:
- Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene?
 - Benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer?
 - Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort:
- Har kommunen/bydelen kartlagt psykisk helsesituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene?
 - Benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer?
 - Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort
- Er kommunelegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid?
- Er kommunelegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid?
- I hvor stor grad følger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper:
 - Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)
 - Hovedsakelig psykiske lidelser
 - Hovedsakelig rusmiddelproblem

- Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer?

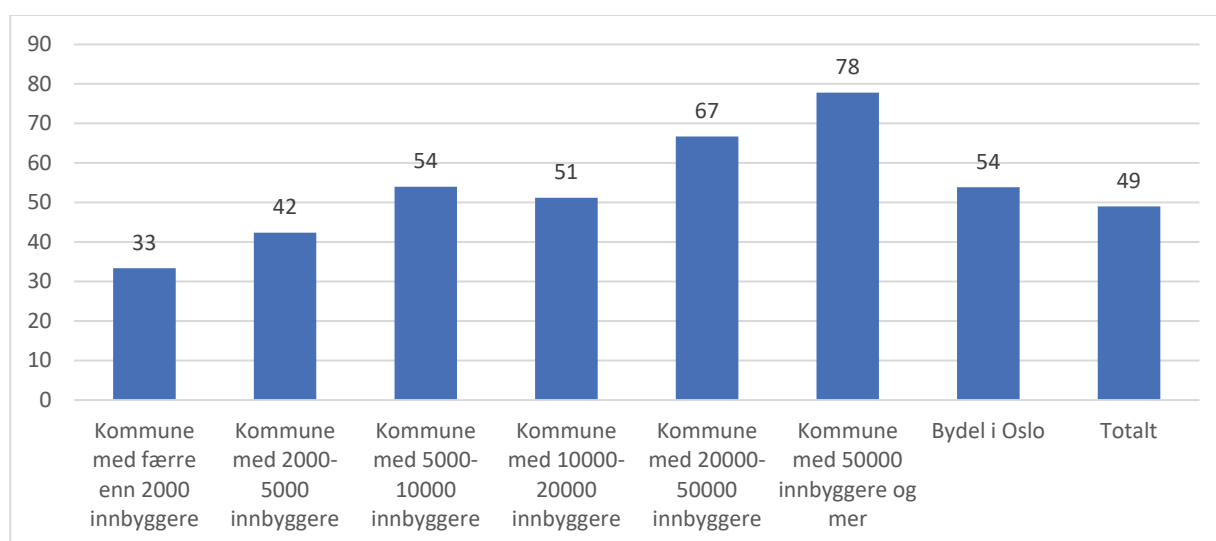
7.2 VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE

Som vist i tabell 7.1 er det nær halvparten av kommunene (49 prosent) som svarer at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet medførte, mens 23 prosent svarer at dette har skjedd i noen grad. Ti prosent av kommunene svarer at dette i svært liten eller liten grad har skjedd. Det er også 15 prosent som svarer at Opptappingsplanen ikke har hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens tre prosent svarer at de ikke vet om kapasiteten og kompetansen er videreført.

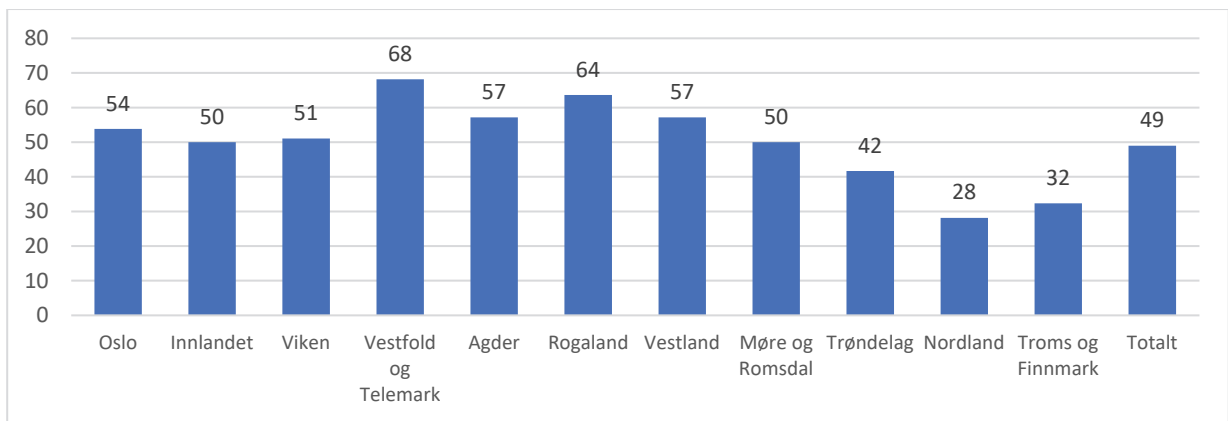
Tabell 7.1 I hvilken grad har kommunen videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	54	16
I stor grad	109	33
I noen grad	78	23
I liten grad	15	5
I svært liten grad	16	5
Opptappingsplanen har ikke hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse	51	15
Vet ikke	10	3
Total	333	100

For å undersøke om det er forskjeller i videreføringen etter kommunestørrelse eller fylke, ser vi på andel som svarer i svært stor eller i stor grad. Vi finner betydelig forskjeller etter kommunestørrelse (se figur 7.1), men ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Det er altså forskjellene i kommunestørrelse som forklarer de observerte forskjellene mellom fylker (se figur 7.2).



Figur 7.1 Prosent av kommunene som svarer at de i stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 7.2 Prosent av kommunene som svarer at de i stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført. Fylke, 2021.

Blant de som ikke har svart i stor eller svært stor grad, har vi spurt om de kort kan beskrive årsaken til at kapasiteten og kompetansen som opptrappingsplanen for rusfeltet ikke er videreført. Det er gitt 69 kommentarer og dette er viktige innspill som vi har gått gjennom.

Det er flest som svarer at rusfeltet ikke har blitt prioritert på grunn av kommunens økonomi. En kommune beskriver situasjonen slik:

Kommunens økonomi har gjort at stillinger blir inndratt ved ledighet. Dette etter at tjenesten først er styrket etter tilskudd, da særlig innen rusfeltet. Kommunen har fokus på forebyggende arbeid, men vi klarer ikke å imøtekomme kravene vi er pålagt i forhold til de tre hovedforløp og etter prioriteringsveiledere. De voksne med sammensatte utfordringer får heller ikke tilfredsstillende oppfølging, og kommunen har heller ingen boliger med bemanning til de dårligste.

Me styrka rustenester med 100% stilling tidleg i opptrappingsplanen. Ein såg etterkvart at brukargruppa ikkje var synleg for oss og ein reduserte med 50% i ein innsparringsprosess i kommunen. Det betyr m.a at ein ikkje fekk jobba vidare med å få på plass systemer for å kunne hjelpe folk tidlegare. (Identifisering for å igjen kunne tilby)

Vi hadde økt kapasitet med 50% stilling som ruskonsulent i 1,5 år under opptrappingsplanen. Dette ble ikke videreført pga manglende økonomi.

Noen beskriver også at tjenestene ikke har fått tilført midler gjennom opptrappingsplanen og flere nevner at midlene burde vært øremerket til målgruppen:

Stram kommuneøkonomi. Ikke øremerkede midler fra sentralt hold.

Styrking av kompetanse. Det burde vært øremerkede midler til kommunen i forhold til psykisk helse og rus slik at kommunene forplikter seg å styrke dette fagfeltet.

Det er også slik at ressursene til rusarbeidet kan påvirkes av ressursbehovet for andre målgrupper:

Kompetansen er ikke styrket, men havnet inn i psykisk helse-arbeid som igjen har fått større etterspørsel fra spesialisthelsetjenesten. En kan derfor ikke si at rusfeltet er styrket.

Overforbruk i Helse og Omsorg, nedbemanningsbehov har også rammet psykisk helse og rusarbeid.

Lite personell på tross av store og mange oppgaver i forbindelse med nedtrappingen av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten og raskere utskriving til kommunene. Nå ansatt ruskonsulent med prosjektmidler i 2021. Fra før fragmentert og tilfeldig oppfølging fra flere etater. Hovedansvar for rusfeltet i denne kommunen organisatorisk lagt under Nav som samarbeider tett med andre kommunale etater i oppfølgingen.

En av kommunene beskriver erfaringer med ruskonsulenter og erfaringskonsulenter:

Av 2 stk 100% ruskonsulenter, 2x 50% erfaringskonsulenter ble det kun en 100% stilling videreført etter opptrappingsplan var over. Erfaringskonsulentene sluttet begge to, da det ble for utfordrende og nært for dem å jobbe med brukergruppen. Én av ruskonsulentene ble tilbydd ny jobb.

Andre svarer at det er ikke bygd opp noe, og at det derfor ikke er noe å videreføre. Noen svarer at de arbeider med planer nå, og noen svarer at pandemisituasjonen har ført til omdisponeringer i kommunen. Noen kommuner sliter med å rekruttere fagfolk, eller har ansatte som sliter seg ut og at det er høy turn-over.

Flere nevner at opptrappingsplanen ikke hadde konsekvenser for tjenester til barn og unge:

For voksne har kapasiteten og kompetansen som opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført blitt videreført i svært stor grad. For barn og unge har ikke opptrappingsplanen hatt direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse.

Det er også noen som svarer at de har få brukere og at de ikke har noe eget tilbud til målgruppen:

Ikke ressurser, svært liten brukermasse, mere interkommunalt samarbeid og kjøp av tjenester fra andre. Små forhold medfører at innbyggeren ikke ønsker lokale tilbud.

At manglende planer får konsekvenser beskrives av en kommune slik:

Kommunen har hatt for dårlig overordnet plan på det psykiske helsearbeidet. I tillegg har Korona gjort at prioriteringer i helsetjenesten har blitt endret. Man har igangsatt tiltak via prosjekt, men når kommunen ikke har hatt en plan på den jobben som er gjort i prosjektet, så har det ikke blitt videreført etter prosjektslutt.

Det er også noen tjenester som opplever å få styrket tilbudet sitt, men at etterspørselen har steget mer enn tilbudet har økt. Noen beskriver også eksplisitt at de har forbedringspotensial:

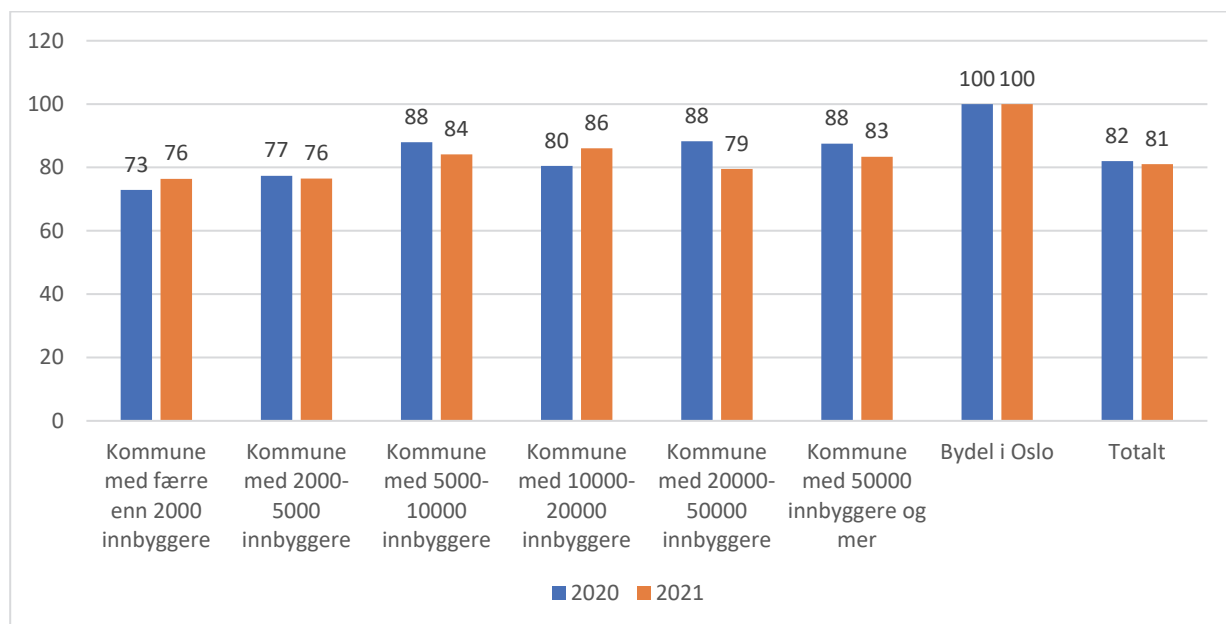
Vi fokuserer mer på rus nå enn før 2016, men vi har ikke fått tilført flere ansatte i etterkant. Vi er ikke flinke nok til å fokusere på brukergruppen med rusrelaterte utfordringer.

Prosjektmidler kan være god hjelp, men det er ikke nødvendigvis midler til videreføring:

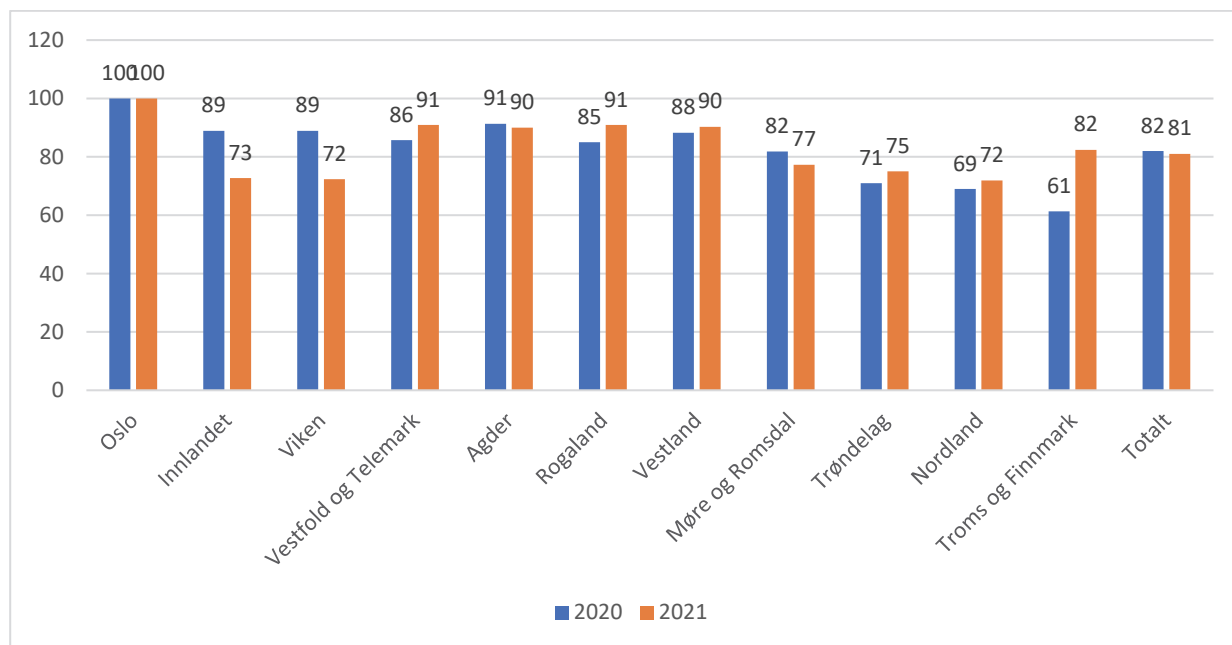
Vi har mottatt prosjektmidler fra Statsforvalter, men får ikke tilført friske midler til å ansette disse fast.

7.3 FORANKRING AV RUSARBEID I PLANVERKET

Det er 81 prosent av kommunene som i 2021 oppga at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette er omtrent som i 2020 (82 prosent).



Figur 7.3 Prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har forankret rusarbeidet i sitt planverk. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.



Figur 7.4 Prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har forankret rusarbeidet i sitt planverk. Fylke, 2020 og 2021.

Det er 246 kommuner som har svart på hvilket planverk rusarbeidet er forankret i. Dette er typisk ruspolitisk/rusmiddelpolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan, helse- og omsorgsplan, helse- og

velferdsplan, egen handlingsplan for rus og psykisk helse, folkehelseplan, virksomhetsplaner, boligsosial handlingsplan eller ulike interkommunale planer.

7.4 DE STØRSTE UTFORDRINGENE PÅ RUSFELTET ETTER AVSLUTTET OPPTRAPPINGSPLAN

Det ble i 2021 spurt om hva som er de største utfordringene for kommunene i deres videre arbeid på rusfeltet etter at opptrappingsplanen er avsluttet. Her har det kommet kommentarer fra 277 kommuner/bydeler (74 prosent). Det er særlig mange som nevner:

- Ressurser til å kunne avdekke og komme i kontakt med brukergruppen for å kunne forebygge
- Behov for egnede boliger, med og uten bemanning
- Etablere/beholde FACT-team
- Behov for mer kompetanse og kapasitet til å følge opp brukerne tett nok
- Behov for styrking av oppfølgingstjenester/ettervern
- Behov for arbeid, aktivitet og fritidstilbud
- Bedre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten
- Koordinere de kommunale tilbudene bedre
- Behov for å fange opp unge med avhengighetsproblematikk som faller utenfor

Når det gjelder de unge beskriver en kommune behovet slik:

Å "fange opp" ungdom/unge voksne med avhengighetsproblematikk. Det er behov for lokaliteter og personalressurser for å bygge opp tilbud til unge for å redusere/fange opp frafall fra VGS og arbeidsliv og å hjelpe til med å komme i aktivitet/skole/arbeid Det er behov for bemanna bolig/treningsbolig som et tilbud for noen av disse Det er behov for meningsfull aktivitet for de godt voksne med psykisk helse og rusproblem

En annen kommune beskriver hovedutfordringene til både målgruppen barn/unge og voksne slik:

Barn og unge: Det er utfordrende å komme inn tidlig nok og fange de opp, få de til å innse at de trenger hjelp og bruke arenaene hvor de kan få hjelp. Utfordring å gi hjelp til hele familier og få tak i de som havner på utsiden. Barnefattigdom er økende, og gapet i forskjeller er økende. Utfordring å gi nok tverrfaglig innsats som fungerer sammen. Vi har ikke tilstrekkelig nærhet av personer som både fanger opp og klarer å være nær nok til å følge opp. Voksne: Utfordrende å komme tidlig nok inn til å gi hjelp, og til å gi hjelpen raskt nok når noen ønsker hjelp. Utfordrende å differensiere et godt tilbud som er godt nok spisset, og til å gi hjelpen før vanskene blir mer omfattende og alvorlig. Utfordrende med tverrfaglig innsats og koordinerte tjenester, og det å gi hjelp til de som ikke ønsker hjelp eller er fiendtlig innstilt til det.

Og en annen beskriver hovedutfordringene for brukere i ulike hovedforløp slik:

Kapasiteten i tjenestene, tjenester til mennesker med alvorlige utfordringer innen rus og psykisk helse. Kapasitet/ressurs: For få helsesykepleiere på skolene, utfordrende å identifisere/følge opp. Hovedforløp 1 og 2: Få tallet tar kontakt med kommunale tjenester. Hovedforløp 3: Alvorlige ROP-lidelser kombinert med voldsproblematikk, utfordring å finne rett behandling, rett bolig, håndtering av utagering, samfunnets aksept/tålmodighet for bosetting av vanskeligstilte i lokalmiljøet Kan være en utfordring å få tilgang til medisinsk behandling (utenom LAR) Kan være en utfordring å få til en god nok somatisk oppfølging, dersom de ikke selv forstår behovet eller

klarer å prioritere dette. Krever at en er tett på. Vanskelig å komme i posisjon til å få samtaler med barn som pårørende.

Noen sier at den største utfordringen de har er å få ansatt personer med erfaringskompetanse, mens andre kommuner oppgir problemer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som er utfordrende:

Mange av brukarane er ikkje blitt utreda og har såleis ikkje diagnose. Høg terskel for å få behandling i TSB, ofte pga ustabil livssituasjon, fleire møter ikkje til innkallingar og får såleis ikkje starte behandlinga dei har fått innvilga. Det er også utfordrande av ROP pasienter må få sin behandling i 2 ulike spes.helsetj. Skulle vore integrert betre, helst i ein felles spes. helsetj. FACT team og DPS skriv ut ROP pasienter og psykiatripasienter med behov for langvarig behandling for tidleg. Dette medfører at heile søkeprosessen må startast på nytt ved tilbakefall. DPS begrunner dette i krav til dokumentasjon overfor helseforetaket om gjennomstrømming av pasientar og krav til rask mottak av nye. Dette har i nokre tilfelle vore uheldig for brukarar som får oppfølging av t.d. IPS spesialist, då dei følgjer opp i eit langt lengre tidsperspektiv. Slik risikerer IPS spesialisten å bli aleine om oppfølginga utan støtte frå behandlar.

Det er også kanskje behov for mer differensierte tiltak sentralt som er tilpasset kommuner av ulik størrelse:

Mye av midlene man kan søke er myntet mot byer. Mer byråkratisering prøver å hindre tjenestene i å være lavterskeltilbud, praktisk bistand og den hjelp vi egentlig er her for.

Noen ser mørkt på årene som kommer, mens andre har fått til en forankring for fagfeltet i kommuneledelsen:

Vi registrerer en økning av antall brukere med psykisk helse og rusmiddelproblemer. Videre opplever vi at brukergruppen har mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Behov for mer ressursbruk til denne brukergruppen samtidig som det innføres innstramminger på grunn av økonomiske forhold i kommunen, vil bli krevende i årene som kommer.

Pr nå ser jeg kun positivt på dette, da vi har en kommunalsjef som er svært opptatt av utvikling innen vårt fagfelt. Alle utviklingsstillingene som vi får tilskuddsmidler til, har jeg sammen med kommunalsjefen for helse og omsorg laget en plan slik at enheten selv vil klare å håndtere lønnsutgiftene etter at tilskuddsmidlene opphører. Alle utviklingsstillinger er ansatt i faste stillinger.

Det er ulike utfordringer som beskrives, men generelt handler det mye om økonomi og knapphet på ressurser rettet mot målgruppen. Det er småkommuner som oppgir at de har veldig få i målgruppen, men det er uklart hva som er gjort for å komme til denne konklusjonen. Det er også svært mange som oppgir at det er vanskelig å komme i kontakt med de som har rusmiddelproblemer. Flere kommuner har erfart under pandemien at terskelen for å ta kontakt med tjenestene er lavere om tilbudene kan gis digitalt, og kanskje ville flere med behov tatt kontakt med tjenestene om denne muligheten fantes også innenfor rusfeltet. Det kan være verdt et forsøk å etablere en digital tjeneste der folk kan komme i kontakt med hjelpeapparatet uten å risikere å bli gjenkjent av andre når de oppsøker tjenestene fysisk. For eksempel at de kan bestille en time for en telefonkonsultasjon med personell med ruskompetanse i kommunen. Det vil også sannsynligvis være viktig at kommunene innhenter mer kunnskap om hva personer med begynnende eller vedvarende rusmiddelproblemer har motivasjon og ønske om å få

tilbud om. Det at mange svarer at personer i målgruppen ikke ønsker et tilbud kan både handle om manglende motivasjon for å motta hjelp, men det kan også handle om at tilbudet ikke er utviklet og tilpasset godt nok til målgruppen.

7.5 TILBUD FOR PERSONER MED MILDE ELLER MODERATE ALKOHOLRELATERTE PROBLEMER

Som vist i tabell 7.2, oppgir 39 prosent av kommunene i stor eller svært stor grad, har et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er økning fra 22 prosent i 2018.

Tabell 7.2 I hvilken grad vurderer kommunen at den har et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer? 2018–2021.

	2018*		2019*		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	13	3	8	2	7	2	12	4
I stor grad	80	19	100	24	88	30	114	35
I noen grad	213	51	216	52	158	53	150	46
I liten grad	92	22	74	18	35	12	37	11
I svært liten grad	21	5	21	5	10	3	14	4
Total	419	100	419	100	298	100	327	100

* I 2018 og 2019 ble det spurt om i hvilken grad kommunen har et godt kartleggings- og behandlingstilbud, mens i 2020 og 2021 ble det spurt om "tilbud".

Det er ikke store og systematiske forskjeller etter kommunestørrelse og fylke i svarene. Det er gitt en kort beskrivelse av dette tilbudet av 288 kommuner/bydeler (77 prosent). Blant svarene finner vi følgende:

- Samtaler med ruskonsulent (mestring, motivasjon og endring)
- Urinprøvetaking
- Akan
- Hjemmetjenester
- Turgrupper
- Hjelp til innsøking til institusjonsbehandling
- Gruppetilbud
- 12-trinnsbehandling
- Fastlege
- Ambulerende tjenester
- ROP-tjenester
- Rask psykisk helsehjelp
- Aktivitetssenter
- AA-møter

En bydel som har valgt å utvide RPH til å inkludere alkoholrelaterte problemer beskriver det slik:

Bydelen har valgt å utvide lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp også til å inkludere innbyggere med alkoholrelaterte problemer. Tidligere ville de å større grad bli henvist videre eller gitt avslag da presset på tjenesten har vært stort, og de har prioritert denne problematikken mer bort. Nå er altså rusrelaterte utfordringer nå også en del av tjenestetilbudet og teamet har utvidet fra 3 til 5 årsverk.

En kommune beskriver planene de har for å nå denne og andre målgrupper:

Kommunen er i gang med et samarbeid for å kunne tilby nettbaserte kurs for ulike avhengigheter. Målsettingen er å nå mennesker som har milde til moderate alkoholrelaterte problemer og eller rusavhengighet, spilleavhengighet og andre former for avhengighet.

Mange oppgir at det er få med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer som tar kontakt med tjenestene selv om de finnes:

Lav terskel for å få hjelp, men veldig få henvisninger rundt dette, men et aktivt AA-nettverk hjelper noen. Det er lav terskel for samtaletilbud og praktisk oppfølging fra ROP tjenesten. ROP tjenesten har systematisk kartlegging ved inntak, kartlegger med AUDIT. Fanger dermed opp en del moderate alkoholproblemer.

Andre beskriver ulike tjenester med lav terskel for å få hjelp:

Lavterskeltilbud i Seksjon tidlig inn, der innbyggere kan henvende seg selv, uten søknad eller henvisning. Egen seksjon for avhengighet med særlig kompetanse på rusavhengighet for de med noe tyngre eller mer varig problematikk. Fastlegen gir også tilbud til denne målgruppen.

Lavterskeltilbud, rask psykisk helsehjelp. Mottaks- og oppfølgingscenteret gir hjelp innen 7 virkedager

Lett tilgjengelige tjenester, ingen ventetid, ikke krav om henvisning, mulighet for nært samarbeid med fastlege, rask innsøking til eventuell behandling.

Andre planlegger mer kontakt med arbeidslivet når det gjelder denne gruppen:

Lite utover oppfølging frå fastlege og eventuell henvisning til psykisk helse. Målsettinga er å ha større fokus på denne gruppa gjennom kontakt med arbeidsliv.

Noen har startet prosjekter rettet mot deler av målgruppen:

Startet et prosjekt for voksne over 67 år. Ellers får alle et oppfølgingstilbud fra lege og ruskonsulent, samt samarbeid med rusklinikk

Tilbud om helsetjenester i hjemmet i form av hjemmesykepleien og praktisk bistand , samt boligsosial oppfølging og tilrettelegging. Vi har også tilbud fra ruskonsulent, aktivitetskontakt rus, ungdomskontakt rus, forebyggingsrådgiver, psykolog og lavterskel tilbud med psykiatrisk sykepleier.

Vi har to ansatte i rus- og psykiatri tjenesten i kommunen i dag, som hjelper voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Siden tjenesten er et lavterskeltilbud og ikke en oppsøkende tjeneste, så er vi avhengige av at vi får inn henvendelser/henvisninger m.m.

Vi tilbyr individuelle støttesamtaler for å jobbe med problematikken. Tilbyr å hjelpe å ta kontakt med AA. Har også hatt planer om oppstart av grupper, men dette ble lagt på is i fbm Covid 19. Vi ser også noen utfordringer med dette i og med vi er en liten kommune, og i blant er dette tabu-belagte temaer som da kan bli vanskelig å ta opp i grupper med kjente.

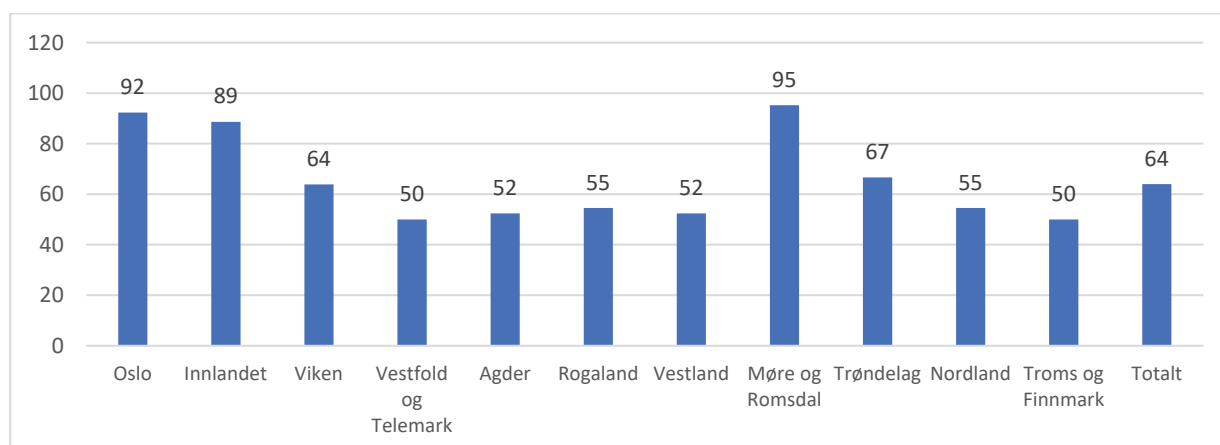
7.6 KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

I 2021 er det 64 prosent som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, og i årene før var andelen 71-72 prosent. Som vist i tabell 7.4 er det noe variasjon i andelene innen de ulike kommunegruppene mellom de siste fem årene.

Tabell 7.3 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 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	38	42	40	50	42
Kommune med 2000-5000 innbyggere	61	65	63	59	58
Kommune med 5000-10 000 innbyggere	84	86	87	88	83
Kommune med 10000-20 000 innbyggere	88	79	80	71	63
Kommune med 20000-50 000 innbyggere	88	88	91	97	79
Kommune med 50 000 innbyggere og mer	87	87	93	88	72
Bydel i Oslo	88	100	100	100	92
Totalt	72	71	72	72	64

Som vist i figur 7.5 er det kommunene i Møre og Romsdal og bydelene i Oslo som har høyest andel som har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene.



Figur 7.5 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 2021.

Som tidligere år, har de fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen i 2021, brukt BrukerPlan (61 prosent). Litt over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (53 prosent), mens én prosent har benyttet Bruker-spør-bruker, og ti prosent har svart at de har brukt andre metoder. Dette er blant annet interne kartleggings skjema, brukertilfredshets evaluering KoRus, FIT, elevundersøkelser, SLT-relaterte aktiviteter, egne brukerundersøkelser og observasjoner generelt.

Tabell 7.4 Antall og andel som svarer på hvilken måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt, 2017-2021.

	2017		2019		2020		2021	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle	Antall	Av alle*	Antall	Av alle*
BrukerPlan	270	61	287	66	211	71	203	61
Ungdata	239	54	246	56	174	58	177	53
Bruker-spør-bruker	14	3	8	2	6	2	3	1
Annet	49	11	37	8	29	10	34	10

* Alle her er de som har deltatt i 2020 (n=298), og i 2021 (n=334)

7.7 BRUK AV KARTLEGGINGEN TIL FORBEDRING AV TJENESTENE

I 2019 -2021 er det også spurt om kommunen/bydelen benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer. I 2020 var det mange som svarte at de har kartlagt, men ikke svart på om de har benyttet data i forbedringsarbeidet. Vi ser derfor bort fra 2020 og bruker tall fra 2019 og 2021.

Tabell 7.5 Antall og andel kommuner som svarer at de benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer 2019, 2021

	2019		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	263	86	179	83
Nei	39	13	37	17
Har kartlagt, men ikke svart om de har benyttet data i forbedringsarbeid	3	1	0	0
Total	305	100	216	100

De som svarte at de benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer, ble bedt om å gi en kort beskrivelse av hvilke forbedringer de har gjort. Av de 179 kommunene/bydelen som svarte at de bruker data fra kartleggingen i forbedringsarbeidet, er det 154 (86 prosent) som har gitt en beskrivelse. Forbedringer som er gjort inkluderer:

- Økt forebyggingsinnsats mot skoler
- Blitt mer tilgjengelig på telefon
- Planlegger flere hardbruksboliger
- Overdoseforebygging
- Lenger åpningstid
- Mer tverrfaglig samarbeid
- Etablering av FACT-team
- Styrket skolehelsetjeneste
- Mer brukerinvolvering

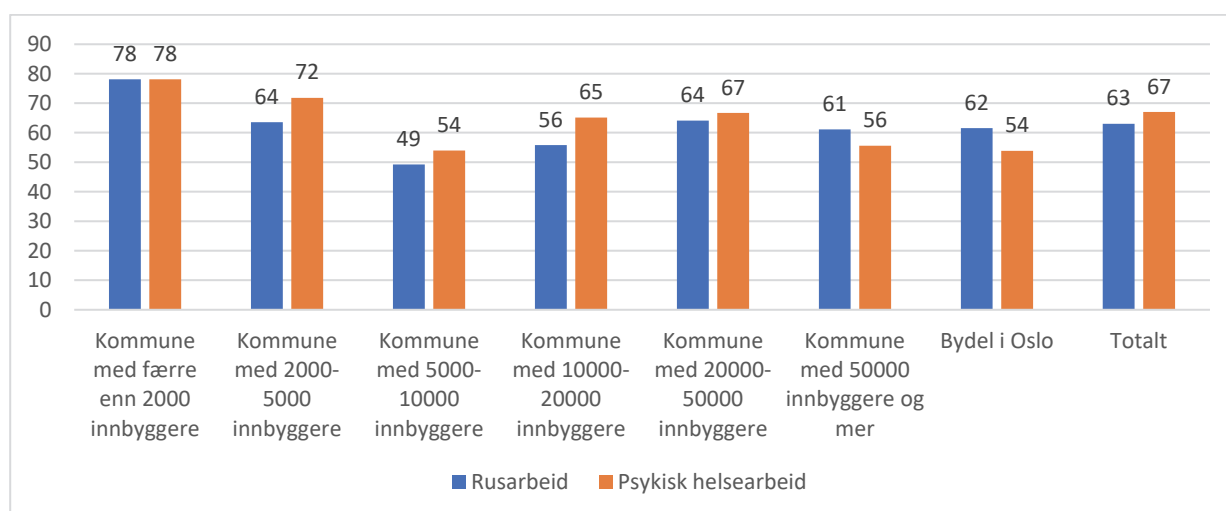
- Bedre samarbeidsavtaler
- Ansatt erfaringskonsulent
- Kunnskapen går inn i ulike planarbeid
- Fanger opp trender og setter inn tiltak (for eksempel økt cannabisbruk hos unge)
- Omorganisering av tjenestene
- Økt samarbeid med frivillige organisasjoner
- Fått grunnlag for å søke prosjektmidler
- Brukt opp mot kommuneledelsen for å unngå ressursreduksjoner
- Forbedringsarbeid generelt

7.8 INVOLVERING AV KOMMUNEOVERLEGENE

I 2020 spurte vi for første gang om kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid. Tabell 7.6 viser at også i 2021 er noen flere kommuner som svarer at kommuneoverlegen er tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgiver innen psykisk helsearbeid enn innen kommunalt rusarbeid, men det er ikke store forskjeller mellom de to fagfeltene i fordelingen av svarene. Vi ser videre på de som svarer at kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert i figur 7.6 og 7.7.

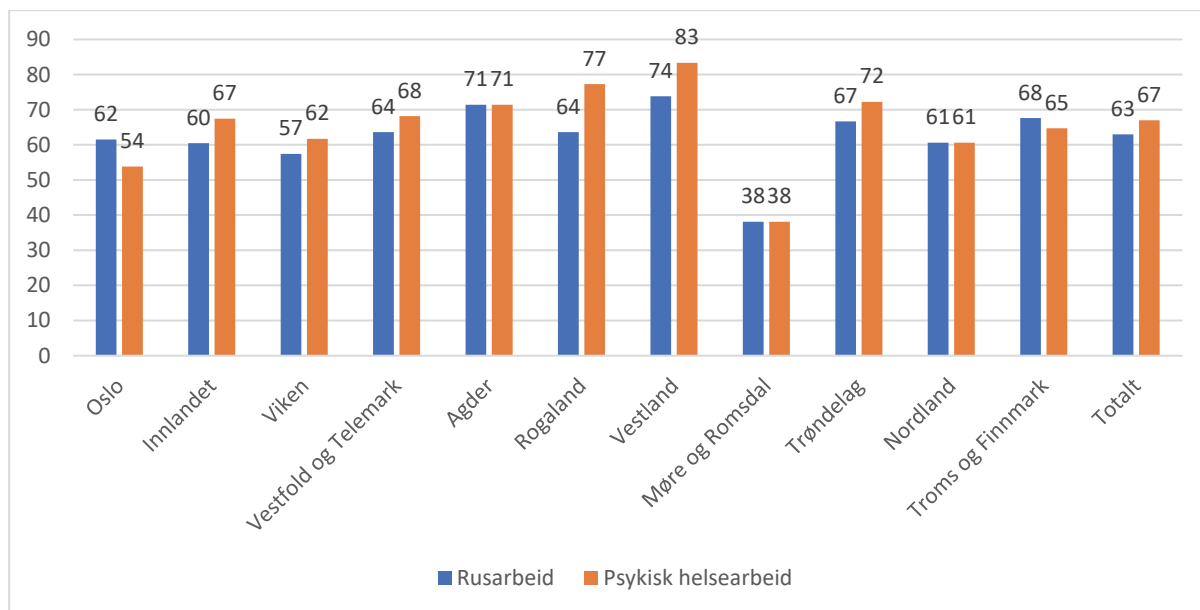
Tabell 7.6 Antall og andel kommuner som har svar på om kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid og fagområdet psykisk helsearbeid. 2020 og 2021.

	Fagområdet kommunalt rusarbeid				Fagområdet psykisk helsearbeid			
	2020		2021		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	171	58	210	63	182	61	223	67
Nei	100	34	99	30	95	32	90	27
Vet ikke	26	9	25	7	19	6	21	6
Totalt	297	100	334	100	296	100	334	100



Figur 7.6 Andel kommuner som svarer at kommuneoverlegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid, kommunestørrelse, 2021.

Som i 2020 er Møre og Romsdal som ligger lavest i andel kommuner som mener kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert i begge fagfeltene.



Figur 7.7 Andel kommuner som svarer at kommuneoverlegen(e) er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgivere innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid, fylke, 2021.

7.9 OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

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

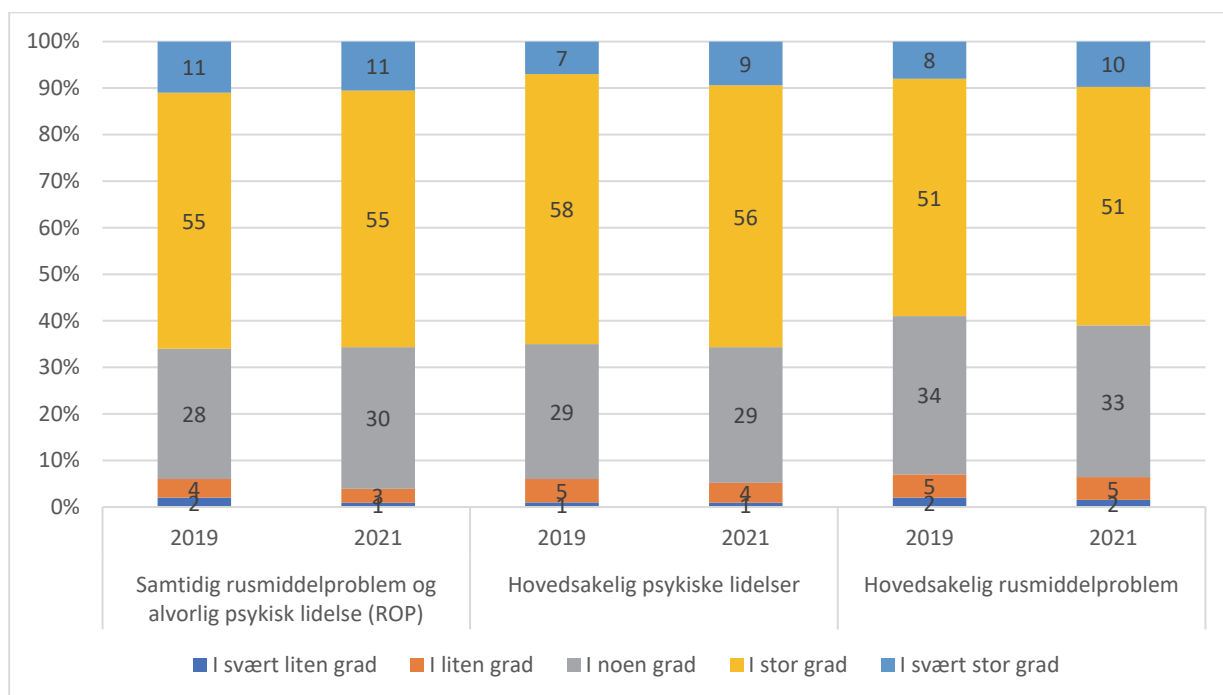
- Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)
- Hovedsakelig psykiske lidelser
- Hovedsakelig rusmiddelproblem

Det er ikke betydelige forskjeller mellom de ulike brukergruppene, se figur 7.8, der andelene for de ulike brukergruppene sammenliknes grafisk og der også 2019-tallene er inkludert. Fire prosent svarer at de i liten eller svært liten grad følger opp somatiske helseproblemer blant de med samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykiske lidelse, mens tilsvarende andel er fem prosent for de med hovedsakelig psykiske lidelser og syv prosent for de med hovedsakelig rusmiddelproblem. Den store gruppen som svarer i noen grad, vurderer sannsynligvis at de har et visst forbedringspotensial i oppfølging av somatiske helseproblemer.

Tabell 7.7 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, 2021.

	Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)		Hovedsakelig psykiske lidelser		Hovedsakelig rusmiddelproblem	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	3	1	3	1	5	2
I liten grad	10	3	14	4	16	5
I noen grad	101	30	96	29	107	33
I stor grad	183	55	185	56	168	51
I svært stor grad	35	11	31	9	32	10
Totalt	332	100	329	100	328	100

Her sammenlikner vi 2019 tall med 2021 tall da det er usikkerhet ved 2020-tallene da færre kommuner deltok, og som vist, er det liten endring i svarfordelingen fra 2019 til 2021.



Figur 7.8 Andel kommuner/bydeler som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer i de ulike brukergrupper, 2019 og 2021.

Det ble også gitt mulighet til å kommentere dette med somatiske helseproblemer i målgruppen, og det er 65 kommuner/bydeler som har valgt å gi en kommentar. Mange sier de har tett kontakt med fastlegen dersom brukere har somatiske helseproblemer, og andre sier hjemmetjenesten, eller hjemmesykepleier er sentral. Men det er først og fremst fastlegen de arbeider for at brukerne sine skal opprette kontakt med:

Vi tar alltid i betraktning at de med disse lidelsene har en somatisk helse og at legen er den som har totaloversikten over den enkelte pasient. Dersom pasienten ikke har hatt kontakt med fastlege oppfordrer vi sterkt til at de tar kontakt for oppfølging.

Vi har et tett samarbeid med legekantoret i kommunen med felles møter hver 3 uke. Vi kartlegger når de har vært til lege sist og er behjelpelig med å bestille time og også følge til lege om det er ønskelig. Vi kartlegger kosthold og søvn i stor grad, men gjennomfører ingen somatiske undersøkelser i vår tjeneste. Vi har praksis på at vi ønsker at våre brukere skal ha et samarbeid med lege og etterstreber at det kommer i gang når vi starter opp tjeneste her.

Men det er noen barrierer som kan hindre at fastlegen involveres, og særlig dette med risiko for tap av førerkort:

Vanskeleg å få pasientar med rusmiddelproblem til å oppsøke lege pga frykt for å miste førarkort.

Tjenestene følger brukerne til avtaler i helsetjenestene:

De ansatte i rus og psykiatritjenesten følger opp de brukerne som de har kjennskap til som har kjente somatiske helseplager. De motiverer dem til å dra til legen og i noen tilfeller så blir de med brukerne til legen. De hjelper også sine brukere til å bestille legetime, blodprøvetime og i noen tilfeller så blir de også med brukerne sine på sykehuset. De gjør ikke dette på eget initiativ, men sammen med bruker og spesialisthelsetjenesten.

Men som den ene kommunen poengterer, følger de opp somatiske helseproblemene tettere hos de brukerne de har tett kontakt med:

De med daglig oppfølging med hjemmebesøk blir fulgt opp somatisk bedre enn de en bare møter en til to ganger pr mnd. eller mindre.

Noen kommuner differensierer svaret på de ulike brukergruppene, og et typisk svar er:

De med mer alvorlig og sammensatt psykisk lidelse/rusutfordringer, følger man opp i svært stor grad somatisk helse og tannhelse. Psykiske lidelser, milde/moderate, i variert grad avhengig av hva man får kjennskap til av somatisk helsetilstand. Rusmiddelproblem, i variert grad avhengig av hva man får kjennskap til av somatisk helsetilstand, godt samarbeid med tannhelsetjeneste i forhold til behandling/rettigheter til gratis tannhelsehjelp.

Andre oppgir at de arbeider med å øke innsatsen rundt somatisk helse i denne målgruppen:

Det er et satsingsområde for kommunen. Det jobbes med dette, men har fortsatt ikke tilstrekkelig måloppnåelse.

En av kommunene kommenterer variasjon mellom brukergrupper i samme målgruppe:

Det er stor variasjon i oppfølgingen av de somatiske tilstandene. Noen brukere i alle kategorier får svært god oppfølging. Flere av brukerne som bor tilknyttet boliger med heldøgns omsorg får også svært god oppfølging av somatiske symptomer.

En kommune nevner rusproblemene og at de psykiske lidelsene tar all oppmerksomhet i tjenestene som er spesialisert mot disse problemene:

Rus og psykiske lidelser tar ofte fokus bort fra de somatiske symptomene. Kommunen har fått avvik ved tilsyn fra Fylkesmannen på dette området. Kommunen styrker nå fokuset på den somatiske helsen til brukergruppene.

Flere oppgir at de har fått avvik ved tilsyn og flere melder om økende fokus:

Somatisk helse er nå tatt med i den nye rutinen knyttet til oppfølging av ROP-pasienter.

Vi har økende fokus på dette. Vi ser likevel at brukergruppen likevel for eksempel senere oppdaget kreft enn andre. Dette kan ha flere årsaker.

En utfordring som nevnes er at de som kan somatisk helse, ikke har kompetanse på rusproblemer og psykiske lidelser og vice versa:

Ønske om større involvering/samarbeid med fastlege og hjemmesykepleie (som avskriver ansvar grunnet manglende kompetanse på rus/psykiske lidelser).

Vi følger det godt opp der det er avklart/blir avdekket, men det er nok flere tilfeller der det ligger somatiske helseproblemer i bunn. Der vi mistenker dette kontakter vi fastlege, evt. oppfordrer pasient selv til å følge dette opp.

Flere oppgir at de nå kartlegger somatisk helse mer systematisk:

Vi har faste spørsmål som omhandler somatikk på vårt kartleggings skjema, samt faste samarbeidsmøter med kommunelegene der også somatiske spørsmål tas opp etter samtykke fra den enkelte pasient. Rutinen gjelder alle pasienter som blir henvist eller selv henvender seg til tjenesten.

Andre svarer at dette vil bli mer prioritert framover:

Det er et satsingsområde for kommunen. Det jobbes med dette, men har fortsatt ikke tilstrekkelig måloppnåelse.

Somatiske helseplager bør vi ha større fokus på. Jobbe mer tverrfaglig i.f.t brukergruppen. Det har vært gjennomført helsedager, inkludert vaksinasjon.

Flere svarer at dette er ivaretatt gjennom deres gode samarbeid med fastlegene, men de med vedvarende fastlegemangel, kan ha store utfordringer på dette området:

Manglende ressurser for oppfølging av rusklinter spesielt. Kommunen har over lang tid hatt 1 fast lege og vikarer. Dette medfører utfordringer om oppfølging, stabilitet og kontinuitet. Fra mai/juni -21 blir legesituasjonen stabilisert med faste leger i oljeturnus. Tiltak for tettere tverrfaglig samarbeid med legene og oppfølging er utarbeidet, og påbegynt.

Noen har samlokalisert tjenesten slik at det blir tettere samarbeid med somatiske helsetjenester:

Kommunalt psykisk helse og rusarbeid er i samme enhet som hjemmebaserte tjenester. Dette gir godt samarbeid og gode somatiske tjenester for brukerne.

Fleire av dei med langvarige og samansette psykiske vanskar, bur i bustad med tilknytt helsepersonell.

Andre sier at ønsket om oppfølging må komme fra brukerne selv og at det kan være vanskelig å komme i posisjon til å gi god somatisk oppfølging:

Bruker må ønske det selv hvis vi skal følge opp somatiske helseproblemer

Det er vanskeleg å koma i kontakt med brukar om desse problema. Men me prøver å tilby rask hjelp når det blir oppdaga behov.

Har fokus på samtidig somatiske helseproblemer, og rutiner for hvordan dette skal følges opp. Kan være utfordrende å få med brukere selv på å følge opp/ta imot behandling for egne helseproblemer.

Utfordringer på motivasjon og ambivalens hos brukere.

Utfordringer ved Rop - ved ustabil livssituasjon vanskeliggjør kontinuitet i samarbeidet i utfordringer ved rus - endringer i motivasjon for å motta hjelp.

Vi opplever det som vanskelig å få til god somatisk oppfølging hos en stor andel av rus-/ROP-pasientene, p.g.a. dårlig oppmøtekompetanse/pasientenes tilgjengelighet og prioritering.

Vi prøver så godt vi kan ifht. dette. Vi ser i de tilfellene hvor det dreier seg om ROP kan det være ekstra utfordrende å få de til lege, men med tålmodighet og tid ser vi faktisk at de blir med til slutt.

De kan også ha somatisk helsekompetanse i tjenestene:

Sørger for årlig legesjekk - har kompetanse i tjenesten i forhold til somatiske helseproblemer

Som vi skal se i neste avsnitt er det flere kommuner som har ulike lavterskeltilbud til målgruppen:

Kommunen har en egen lavterskel helsetjeneste for personer i aktiv rus.

Flere nevner også at FACT-teamene er sentrale i dette arbeidet:

Det er somatikk fokus i FACT samarbeidet, mere tilfeldig i øvrige tjenester. I de fleste ansvarsgrupper er fastlegen representert.

FACT har blant annet eget prosjekt med engasjement av fastlege og fysioterapeut som utelukkende har ansvar for somatisk oppfølging. Det er mer engasjement vedr. fysisk aktivitet og generelle bedringsprosesser.

Andre svarer at dette er noe de kan bli bedre på, og at det vil bli mer prioritert framover:

Det er et satsingsområde for kommunen. Det jobbes med dette, men har fortsatt ikke tilstrekkelig måloppnåelse.

Somatiske helseplager bør vi ha større fokus på. Jobbe mer tverrfaglig i.f.t brukergruppen. Det har vært gjennomført helsedager, inkludert vaksinasjon.

Vi har mye å hente på kartlegging og tilbud ang somatiske utfordringer. Også mer fokus på hvilken kompetanse bruker vi til hvilken målgruppe.

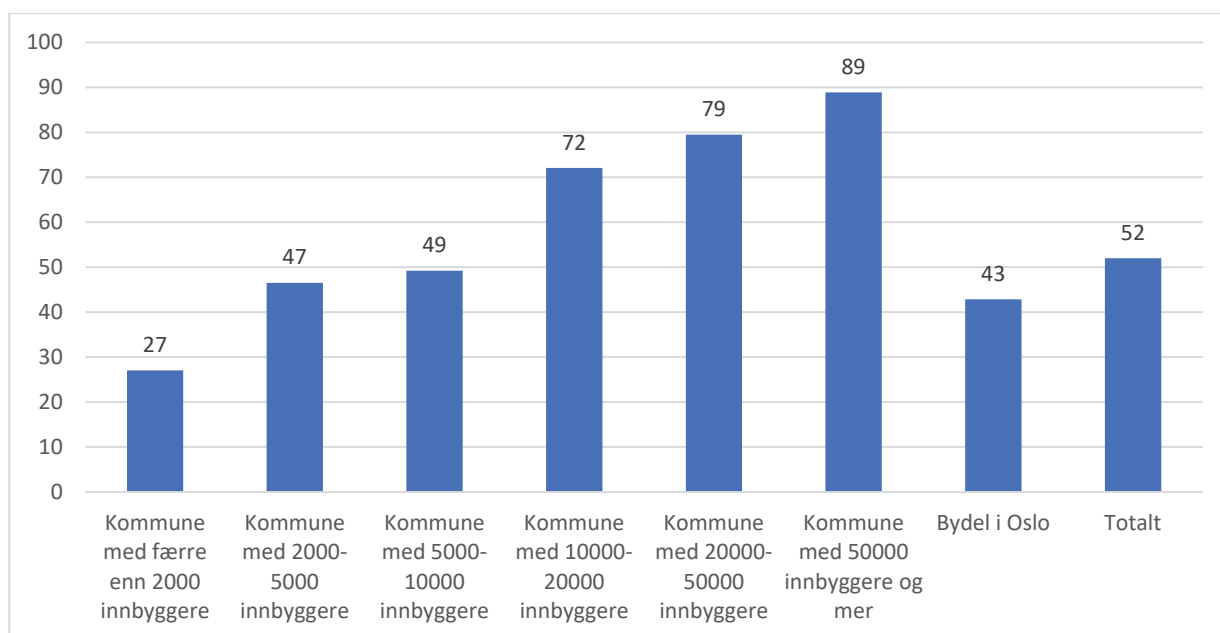
Vi kan bli bedre i oppfølging av rusbrukere. Problemer med å komme i posisjon er fremdeles en utfordring, men vi ser at bruken av erfaringskonsulenter kan være veien å gå.

7.10 LAVTERSKELE SKADEREDUKSJONSTILTAK FOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

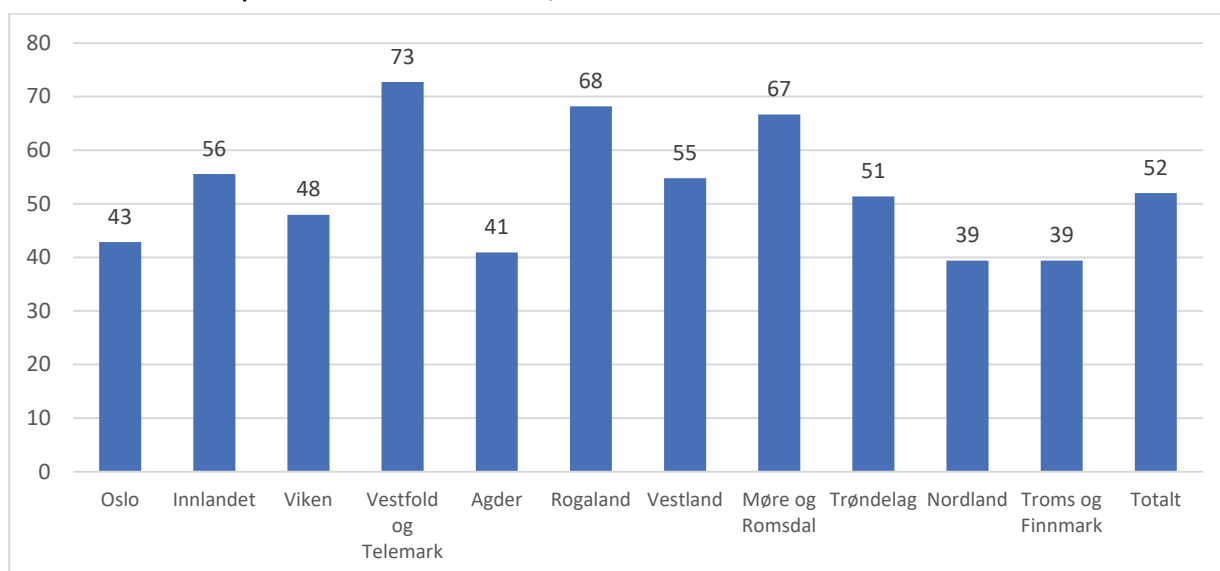
Under årsverksrapporteringen er det tatt med følgende spørsmål: Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer? Det er 91 prosent (n=339) som har svart på spørsmålet og av disse er det i overkant av halvparten som svarer at de har slike årsverk (52 prosent).

Tabell 7.8 Antall og andel kommuner/bydeler som har svart på om noen av årsverkene de har rapportert i tjenester til voksne er fra lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer, 2021.

	Antall	Prosent
Ja	176	52
Nei	163	48
Total	339	100



Figur 7.9 Prosent som svarer at årsverkene de rapporterte er fra lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 7.10 Prosent som svarer at årsverkene de rapporterte er fra lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer. Fylke, 2021.

Det er også spurt om antall årsverk, og vi summerer dette til å bli totalt 388 årsverk, dvs. 3 prosent av årsverkene rettet mot voksne. Det er kommentert av noen at årsverkene gjelder feltpleie, FACT-team og andre skadereduserende tiltak, men vi har ikke en utfyllende oversikt over hva disse skadereduserende tiltakene er.

7.11 OPPSUMMERING

Nær halvparten av kommunene (49 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) medførte, mens 23 prosent svarer at dette har skjedd i noen grad. Ti prosent av kommunene svarer at dette i svært liten eller liten grad har skjedd. Det er også 15 prosent som svarer at Opptappingsplanen har ikke hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens tre prosent svarer at de ikke vet om

kapasiteten og kompetansen er videreført. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er 81 prosent av kommunene som i 2021 oppga at de har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk, og dette er omtrent som i 2020 (82 prosent).

Det er spurt et åpent spørsmål om hva som er de største utfordringene i kommunenes videre arbeid på rusfeltet etter at opptrappingsplanen nå er avsluttet. Her har 74 prosent av kommunene/bydelene svart og det er særlig mange som oppgir at de trenger mer ressurser til å kunne avdekke og komme i kontakt med brukergruppen for å kunne forebygge, at de har betydelige boligutfordringer, at de trenger ressurser for å kunne gi tett nok oppfølging, styrking av ettervern, etablere tilbud innen arbeid og aktivitet, ressurser til arbeid med unge og behov for bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bedre koordinering av tjenestene i kommunen.

Videre er det 39 prosent av kommunene som oppgir at de i stor eller svært stor grad har et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er økning fra 22 prosent i 2018. Det er 77 prosent av kommunene som oppgir hvilke tilbud dette er, og det fleste svarer at de tilbyr individuelle samtaler med ruskonsulent eller annen med ruskompetanse i kommune, at fastlegen følger opp disse eller at de har Rask psykisk helsehjelp som gir tilbud, noen sier de har velfungerende AA-grupper, turgrupper, Akan eller ulike tjenester som er rettet mot de med alvorlige rusmiddelproblemer. En kommune kommenterer at de fremover vil ha nærmere kontakt med arbeidslivet for denne målgruppen.

I 2021 er det 64 prosent som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan, eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, og i årene før var andelen 71-72 prosent. De fleste har brukt BrukerPlan (61 prosent) og litt over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata (53 prosent), mens én prosent har benyttet Bruker-spør-bruker, og ti prosent har svart at de har brukt andre metoder. Dette er blant annet interne kartleggingsskjema, brukertilfredshetsevaluering KoRus, FIT, elevundersøkelser, SLT-relaterte aktiviteter, egne brukerundersøkelser og observasjoner generelt.

I 2019 -2021 er det også spurt om kommunen/bydelen benytter data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer. Det var 83 prosent av kommunene som svarte at de hadde gjort det, omtrent som i 2019 (86 prosent). Det er spurt et åpent spørsmål om hva som er gjort for å forbedre tjenestene basert på kartleggingene, og noen har økt innsatsen mot unge gjennom mer kontakt med skoler og styrking av skolehelsetilbudet, mens andre arbeider med forbedring av boligsituasjonen, etablering av FACT-team, ansatt erfaringskonsulent eller økt tilgjengeligheten gjennom økt telefontid eller lenger åpningstid. Det er også en del som svarer at resultatet av kartleggingene brukes systematisk inn i planarbeidet eller for å argumentere for å øke eller beholde ressursene til målgruppene mot politisk og administrativ ledelse i kommunen.

Det er 63 prosent av kommunene som svarer at kommuneoverlegene er tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid, og 67 prosent at de er tilstrekkelig involvert i fagområdet psykisk helsearbeid, og dette er en liten økning fra 2020.

Det er videre spurt om i hvor stor grad kommunalt psykisk helse- og rusarbeid følger opp somatiske helseproblemer i de ulike målgruppene og det er 66 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad

følger opp somatiske helseproblemer blant de med samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP), 65 prosent for de med hovedsakelig psykiske lidelser og 61 prosent for de med hovedsakelig rusmiddelproblem. Det er typisk fastlegen og hjemmetjenestene som følger opp somatiske helseproblemer, og tjenestene oppfordrer brukerne i målgruppen til å ta kontakt med somatiske helsetjenester og mange følger de til avtalte timer i helsetjenesten. Men det er også en del som svarer at det er vanskelig å få fulgt opp den somatiske helsen dersom brukeren selv ikke ønsker det eller er motivert for det (frykt for tap av førerkort ved legebesøk er én av årsakene som nevnes). Ernæring og fysisk aktivitet nevnes også som viktige tema for denne målgruppen.

Det er spurt om noen av årsverkene som er rapportert inkluderer årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer. Blant de 91 prosent som svarte på dette, er det i overkant halvparten av kommunene/bydelene som svarer at de har slike årsverk (52 prosent). De er også bedt om å oppgi antall, og totalt summerer disse seg til totalt 388 årsverk, dvs. 3 prosent av årsverkene rettet mot voksne. Det er kommentert av noen at årsverkene gjelder feltpleie, FACT-team og andre skadereduserende tiltak.

8 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

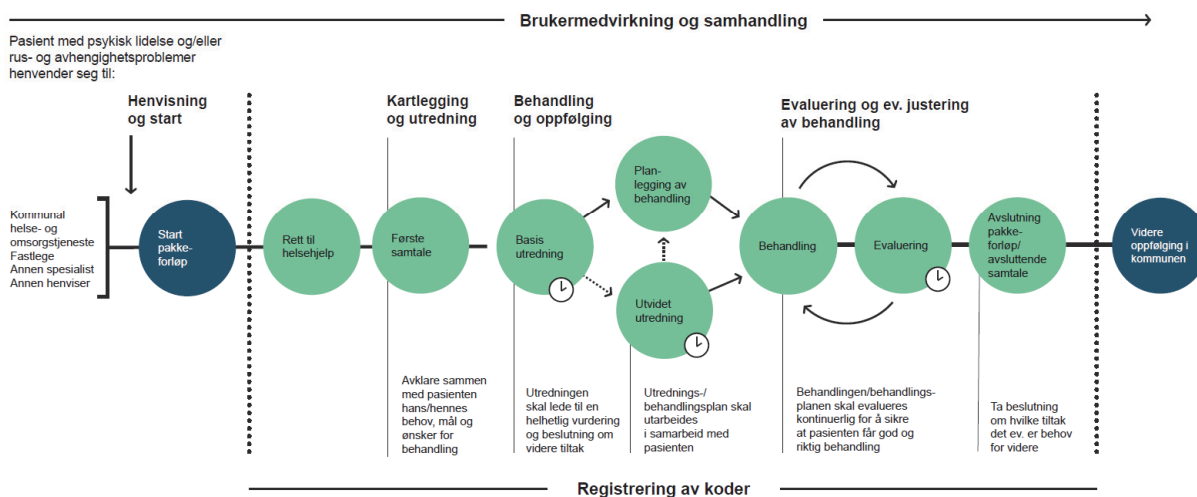
8.1 INNLEDNING

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i 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 bruker-medvirkning og brukertilfredshet, 2) sammenhengende og koordinerte pasientforløp, 3) unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging, 4) mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor og 5) bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Figuren under viser pakkeforløpenes innhold. For mer detaljer om pakkeforløpene, se Helsedirektoratets nettsider⁶ og tidligere rapport kapittel 7 (Ose et al., 2018).

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Evaluering av pakkeforløp

Helsedirektoratet har igangsatt evaluering av pakkeforløp, som gjennomføres av SINTEF i samarbeid med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, KBT og forsknings- og utviklingsavdelingen ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital. Formålet er å få kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfarer av pasienter og tjenesteytere, samt å innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner, formulert i de fem målsettingene. Evalueringen skal også bidra til å kunne justere pakkeforløpene underveis. Hovedfokus er på de tre generelle pakkeforløpene, og i det siste året av evalueringen også på overgang mellom ulike pakkeforløp. Sluttevaluering av pakkeforløp psykisk helse og rus er utsatt fra 2021 til 2023

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

på grunn av forsinkelser i implementering av pakkeforløpene, blant annet som en følge av pandemien. I mellomtiden skal det gjennomføres en Bruker- og pasientundersøkelse som skal utdype viktige funn i evalueringene av 2019 og 2020. Begge undersøkelsen gjennomføres av SINTEF. De to første rapportene i evalueringen ble publisert i hhv. januar 2020 (Ådnes, Kaspersen et al. 2020) og i mars 2021 (Ådnes, Høiseth et al. 2021), og kan lastes ned fra evalueringens prosjektside:

<https://www.sintef.no/prosjekter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/>

Den første rapporten omhandler fagfolks erfaringer første året. Datagrunnlaget består av kvalitative intervjuer og en digital spørreskjemaundersøkelse rettet mot behandlere, enhetsledere og forløpskoordinatorer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Rapport to tar i hovedsak for seg pasientenes erfaringer på grunnlag av fokusgruppeintervjuer og individuelle intervju med brukere og pårørende i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapport to inkluderer også en oppfølgingsstudie blant behandlere, enhetsledere og forløpskoordinatorer.

Basert på datainnsamlingen i IS-24/8 våren 2018 fant vi at mange kommuner oppga at de var kjent med at det utvikles pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus. Det var 28 kommuner som svarte at de ikke er kjent med dette, og 19 kommuner svarte ikke på dette spørsmålet. Dette var typisk små kommuner i Midt-Norge og i Nord-Norge, og dette tyder på at informasjonen ikke nådde ut til alle kommunene. Vi fant også at kommunene til dels hadde store forventninger fra kommunene til pakkeforløpene. Flest kommuner forventet at pakkeforløp innen psykisk helse og rus skulle føre til bedre utredninger av pasienten/brukeren (55 prosent). Det var også mange som forventet at det skulle komme klarere kriterier for henvisning til spesialisthelsetjenesten (52 prosent), og at det skulle bli bedre pasient-/bruker-informasjon (50 prosent). Mange kommuner forventet også at pakkeforløpene vil bidra til en bedre rolleavklaring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (55 prosent) og til bedre samarbeid mellom nivåene (46 prosent).

Våren 2019 svarte det store flertallet av kommunene (95 prosent) at de var kjent med at det 1. januar 2019 ble innført pakkeforløp innenfor psykisk helse og rusfeltet. Mer enn halvparten av kommunene (55 prosent) hadde da fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, men mange arbeidet videre med dette utover i 2019. Av de som hadde fått på plass en forløpskoordinator for disse pakkeforløpene, var det 62 prosent som hadde organisert denne under Koordinerende enhet/Tildelingskontor, mens 40 prosent hadde organisert forløpskoordinatoren i Enhet for psykisk helse og rus. Noen få kommuner (n=6) av de som hadde fått på plass forløpskoordinator, har valgt å organisere denne i NAV. Mange kommuner som ikke hadde fått på plass forløpskoordinator oppga at de arbeider med å finne den beste løsningen og at de ville ha dette klart i løpet av 2019. Det var videre 17-28 prosent av kommunene som svarte at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgruppene voksne/barn/unge og psykiske lidelser/rusmiddelproblemer. Av alle kommunene oppga 22 prosent at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, og mange var i gang med å utvikle innholdet, men hadde foreløpig ikke publisert dette. Det var kun få kommuner som da rapporterte at de har direkte erfaringer med pakkeforløpene for psykisk helse og rus i 2019.

I 2020 var det 70 prosent av kommunene/bydelene som svarte at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er altså en betydelig økning fra 2019 (55 prosent). Tallene for 2020 var usikre, da det var 80 kommuner/bydeler som ikke deltok. Blant de som deltok var det mest vanlig at forløpskoordinatoren er organisert i koordinerende enhet/tildelingskontor

(69 prosent), og i enhet for psykisk helse og rus (46 prosent). Noen har krysset av begge, og da kan det bety at koordinerende enhet eller tildelingskontoret er organisert i enhet for psykisk helse og rus. Kun fire kommuner har organisert forløpskoordinatoren i NAV-kontoret i 2020. Rollen til forløpskoordinatoren er oftest å ha oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten (75 prosent), og dernest individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp (52 prosent). Hver fjerde kommune/bydel svarer at forløpskoordinatoren gjør begge deler.

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

Når vi spurte om kommunene/bydelene opplevde endringer etter innføringen av pakkeforløp, var det få som svarte at det har vært endringer på noen av områdene vi har spurt om. Færrest svarte at de opplevde forbedringer i det kommunale tilbudet (fire prosent), mens noen flere svarte at de opplever forbedring i tilbudet pasienten fikk fra spesialisthelsetjenesten, økt samarbeid med fastlegen og bedre samarbeid med fastlegen (seks prosent). Det var videre åtte prosent som opplevde stor forbedring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og ti prosent som opplevde at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste hadde blitt tydeligere. I 2020 svarte 44 prosent av kommunene at de hadde utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, og dette var nær en dobling fra 2019.

8.2 DATAGRUNNLAG

De fleste av spørsmålene fra 2020 er gjentatt i 2021 for å følge utviklingen, men det er også en del nye spørsmål som er tatt med for å innhente mer informasjon om kommunenes erfaring og involvering i pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

I 2021 er det samlet inn følgende informasjon om pakkeforløp i kommunene:

- Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- Hvor er forløpskoordinatoren organisert?
 - Koordinerende enhet/Tildelingskontor
 - Enhet for psykisk helse og rus
 - NAV
 - Annet, hvor:
- Hvilken rolle har forløpskoordinator(e) i kommunen fått?
 - Oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjeneste
 - Individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp
 - Annet, hva:
- Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus i 2019?
 - Hvis ja, hvilke oppgaver er dette?
- I hvilken grad har innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus endret måten dere arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider?

- Har kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus for:
 - Voksne med rusmiddelproblemer
 - Voksne med psykiske vansker/lidelser
 - Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
 - Unge med rusmiddelproblemer
- Har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp innen psykisk helsevern for voksne/barn og unge, TSB? (Besvares kun av de som har erfaring med de ulike pakkeforløpene)
- I hvilken grad opplever dere følgende endringer etter innføringen av pakkeforløp:
 - har forbedret tilbudet pasienten får fra kommunen?
 - har forbedret tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten?
 - har forbedret samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?
 - har ført til en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten?
 - har ført til økt samarbeid med fastlegene?
 - har ført til bedre samarbeid med fastlegene?
- Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern for voksne.
- Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge.
- Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir tilstrekkelig involvert i pasientforløpet når våre brukere mottar pakkeforløp i psykisk helsevern
- Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir tilstrekkelig involvert i pasientforløpet når våre brukere mottar pakkeforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir i større grad kontaktet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter innføringen av pakkeforløp.
- Grad av enighet i påstand: Våre tjenester får mer informasjon om brukernes forløp i spesialisthelsetjenesten, nå enn før pakkeforløpene kom.
- På hvilken måte har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten eventuelt endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- På hvilken måte har samarbeidet med fastlegene eventuelt endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus?
- Beskriv konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus og hvordan dere opplever at det påvirker brukerne av tjenestene:
- Hvis dere har andre kommentarer til implementering av, og erfaringer med, pakkeforløp skriv gjerne her:

I 2021 er det 328-330 kommuner (88-89 prosent) som har svart på spørsmålene om pakkeforløp.

8.3 FORLØPSKOORDINATOR FOR PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

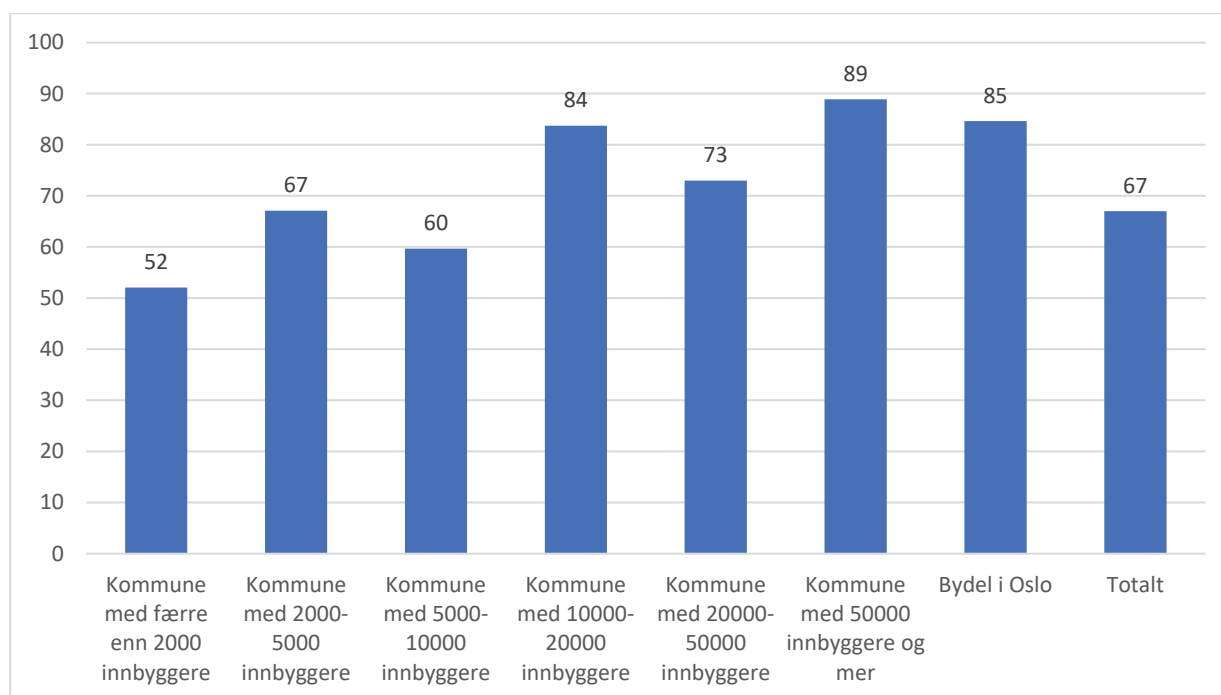
Det er 67 prosent av kommunene/bydelene som har svart som oppgir at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en økning fra 55

prosent i 2019, se tabell 8.1. I 2020 var andelen 72 prosent, men det var som nevnt usikkerhet på grunn av lav deltakelse første pandemi-år.

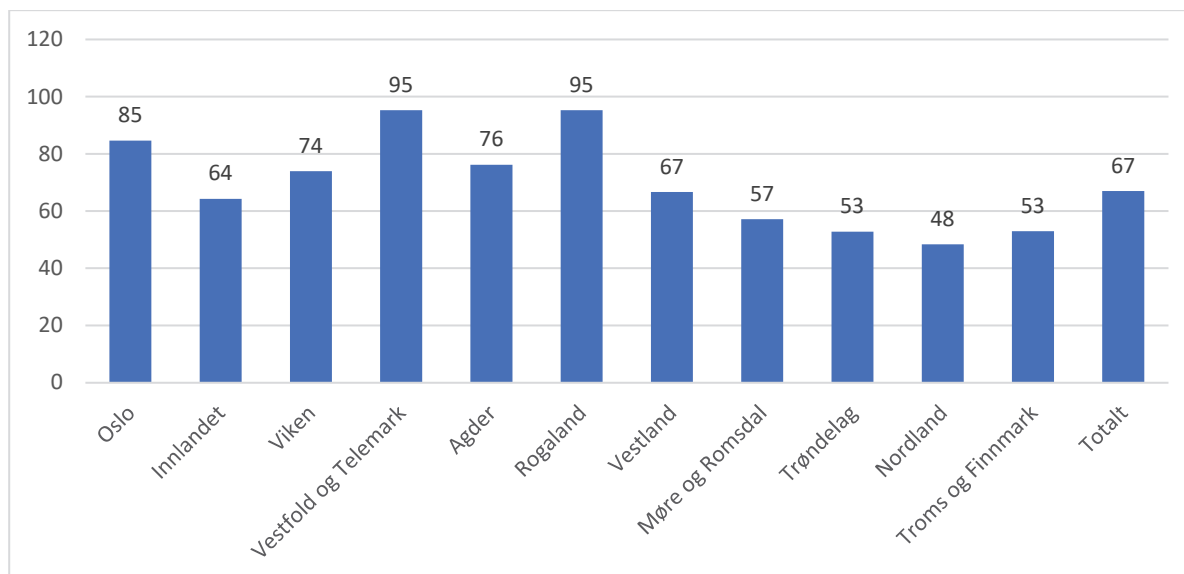
Tabell 8.1 Svar på spørsmål om kommunen/bydelen har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, 2019, 2020 og 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	238	57	209	72	220	67
Nei	182	43	83	28	108	33
Antall svar	420	100	292	100	328	100
Ikke svart	16		80		44	
Totalt	436	100	372	100	372	

Vi ser på hvordan de kommunene som oppgir at de har forløpskoordinator på plass fordeler seg etter kommunestørrelse (figur 8.1) og fylke (figur 8.2). Blant kommuner med under 10 000 innbyggere er det systematisk færre som oppgir at de har forløpskoordinator. Det samme gjelder kommuner i Trøndelag og nordover. Fylkesforskjellene består også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 8.1 Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 8.2 Prosent av kommunene som har fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Fylke, 2021.

8.4 ORGANISERING AV FORLØPSKOORDINATOREN

Som vist i tabell 8.2 har 59 prosent av kommunene som har forløpskoordinator på plass i 2021, valgt å organisere denne i koordinerende enhet eller tildelingskontor, mens 50 prosent har koordinatoren på enhet for helse og rus og 20 prosent har organisert denne i NAV-kontoret.

Tabell 8.2 Svarfordeling på hvor forløpskoordinatoren er organisert, 2019 (n=238), 2020 (n=209), 2021 (n=220)

	2019		2020		2021	
	Antall	Av alle med koordinator på plass	Antall	Av alle med koordinator på plass	Antall	Av alle med koordinator på plass
Koordinerende enhet/Tildelingskontor	147	62	145	69	129	59
Enhet for psykisk helse og rus	95	40	97	46	109	50
NAV	6	3	4	2	5	2
Annet	18	8	14	7	15	7

De 15 kommunene som har svart "Annet" oppgir at barne- og familietjenesten, familiens hus eller familiekontoret har forløpskoordinator, at behandler er definert som forløpskoordinator, eller at fastlegen, ledende helsesykepleier, kommunepsykolog eller fagleder har denne rollen.

8.5 FORLØPSKOORDINATORENS ROLLE

Vi har spurt om forløpskoordinatorens rolle, og som vist i tabell 8.3 er det 75 prosent av som oppgir at forløpskoordinatoren arbeider på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjeneste. Det er 50 prosent som oppgir at rollen innebærer å gi individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er også 30 prosent (n=65) som oppgir at forløpskoordinatoren har oppgaver både på systemnivå og individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp.

Tabell 8.3 Svarfordeling på hvilken rolle forløpskoordinatoren har, 2020 (n=209), 2021 (n=220)

	2020		2021	
	Antall	Prosent av alle som har fått på plass forløpskoordinator	Antall	Prosent av alle som har fått på plass forløpskoordinator
Oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten	156	75	164	75
Individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp	108	52	111	50
Annet	20	10	19	9

De 19 kommunene som svarer "Annet" har svart at forløpskoordinatoren bidrar med kartleggingssamtaler, kontakt med samarbeidspartner, mottar henvisninger og har dialog med spesialisthelsetjenesten, fordeler saker til rette fagpersoner, saksbehandling eller har oversikt over de som er i pakkeforløp.

Det er ikke betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, med unntak av at de mellomstore kommunene har noe lavere sannsynlighet for å svare at forløpskoordinatoren bidrar med individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er ingen systematiske forskjeller i sannsynlighet for å svare at forløpskoordinatoren har de ulike rollene mellom fylkene.

8.6 NYE OPPGAVER SOM FØLGE AV INNFØRING AV PAKKEFORLØP

I 2021 inkluderte vi et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen har fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus i 2019. Som vist i tabell 8.4, er det 330 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet. Av disse er det 78 prosent som svarer at innføring av pakkeforløp ikke har medført nye oppgaver for tjenestene, mens 22 prosent svarer at de har fått nye oppgaver.

Tabell 8.4 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen har fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus i 2019

	Antall	Prosent
Ja	72	22
Nei	258	78
Total	330	100

Det er 71 av de 72 kommunene/bydelene som har svart på hvilke oppgaver dette er. Vi har kodet disse svarene for å få oversikt over hva de nye oppgavene handler om. For det første svarer de som har forløpskoordinator organisert i tjenestene, at koordinering av tjenestene er en ny oppgave. Mange kommuner svarer at de har fått flere oppgaver i forkant av henvisningene:

Det gjøres mer grundige karlegginger i tjenester for psykisk helse- og rusarbeid. Dette som en følge av pakkeforløp.

Det presiseres fra fellesinntak i DPS at behandling i førstelinja skal være forsøkt før inntak der. Også avslutning i førstelinja etter behandling i spesialisthelsetjenesten medfører nye oppgaver.

Noen svarer også at de alltid gjør et godt arbeid i forkant av henvisning slik at pakkeforløpene ikke har medført nye oppgaver. Det er også en del kommuner som oppgir at spesialisthelsetjenesten i større grad avviser pasienter og overfører ansvaret til kommunene, og at dette gjelder både voksne og barn/unge. Noen av følgende sitat illustrer dette:

Spesialisthelsetjenesten avviser og overfører til kommunen, barn med høyt strev avsluttes tidligere i spesialisthelsetjenesten.

Kommunen får flere brukere som avsluttes i pakkeforløpet, og det er en forventning om behandlerrolle i kommunens psykisk helse- og rustjeneste.

Mer pågang fordi pasienter skrives raskere ut fra spesialisthelsetjenesten og terskelen for å få tilbud der er høyere. Større del av behandlingen skjer i kommunen

Mer til kommune, mindre til spesialisthelsetjeneste

Økt ansvar for oppfølging og behandling. Flere får ikke behandling av spesialisthelsetjenesten, og disse må få et tilbud i kommunen.

Større grad av henvendelser fra klienter som opplever ikke å få hjelp i spesialisthelsetjenesten eller får avslag i spesialisthelsetjenesten.

Vi får oftere henvist pasienter som tidligere ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Mer kartlegging og behandling. Flere pasienter som skal følges opp kommunalt, etter å ha vært innom spesialisthelsetjenesten. Økning i sammensatte problemstillinger.

Vi har fått flere pasienter fordi de avviser flere og overfører til kommunalt nivå.

Vi opplever at flere som blir søkt inn til behandling i spesialisthelsetjenesten får avslag som gjør at vi må gi tilbud til flere brukere.

Andre oppgir at de nå også må følge opp pasienter i spesialisthelsetjenesten som ikke nødvendigvis mottar tjenester fra kommunene:

Følge opp pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten som har behov for pakkeforløp, men ikke har tjenester på Rus- og psykisk helseenhet.

Kommunene får raskere ansvar for folk i alle aldre som er innlagt/poliklinisk utredning.

Krav om å tilrettelegge for brukere som er innlagt gir noe mer arbeidsoppgaver i forhold til rask tilrettelegging av f.eks. bolig. Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til utskrivelser.

Noen oppgir at innføring av pakkeforløp har ført til større krav til kommunene:

Litt mer målrettet og systematisk

Mer ansvar og oppfølging i forhold til den enkelte bruker.

Mer definert ansvar

Større krav og forpliktelser til kommunens tilbud og tilbud om ettervern

Det er også en del kommuner som opplever at pasienter og brukere får bedre tjenester ved at kommunene er mer aktive og systematiske enn tidligere:

Bedre oppfølging av pasientene og meir brukarmedvirkning, meir fokus på pårørende.

Økt dialog i forkant av henvisning til pakkeforløp og mer dialog med sykehuset ovenfor pasienter i pasientforløp

Oppgaver er i større grad satt i system. Pårørendearbeid, brukarmedvirkning og samarbeid med 2.linjetjeneste.

Tettere oppfølging av brukere mht. koordinering av tjenester, økt brukarmedvirkning og individuell plan.

Vi har utarbeidet rutine for kommunal forløpskoordinator. Faste samarbeidsmøter med FACT team. Forløpskoordinator saksbehandler for FACT i samarbeid med teamet. Faste møter med forløpskoordinator i helseforetak er under planlegging. Vi er mer aktiv opp mot spesialisthelsetjenesten og ber om møte i forkant av utskrivelse. Vi inviterer oss inn i behandling og tiltak/oppfølging der pasient tillater det.

Flere opplever også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og andre har økt og/eller blitt bedre:

Mer samhandling med spesialisthelsetjenesten (sykehuset).

Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Forbedret struktur.

Har tettere samarbeid med spesialisthelsetjeneste, nav IPS, FACT og aktuelle institusjoner der innleggelse er aktuelt.

Informasjon om pakkeforløp til alle involverte, mer samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Ellers nevnes det fra enkeltkommuner at de bidrar i implementeringen av pakkeforløp, deltar i ulike prosjekt, er aktive i innføring av FACT team, at de arbeider mer med IP og koordinering ved utskrivelse fra behandlingsplass, at de nå har fått kommunale kriseplaner, at det har vært endringer på systemnivå når det gjelder dokumentasjon og registreringer, nye frister for å iverksette tiltak, somatisk oppfølging, at de har etablert FACT eldre eller at de har fokus på gravide. Noen nevner også at forløpskoordinatoren i kommunen ikke har fått noen henvendelser så langt.

Det er vanskelig ut fra disse svarene å si noe generelt om kommunenes erfaring med pakkeforløp innen psykisk helse- og rus, og det er både positive og negative erfaringer fra kommunene. Det er også vanskelig å identifisere tydelig om erfaringene er knyttet til pakkeforløp eller til den generelle forventningen fra spesialisthelsetjenesten om at de kommunale tjenestene skal gjøre mer jf. samhandlingsreformen og trender med kortere døgnopphold og mer poliklinisk oppfølging.

8.7 ENDRINGER I MÅTEN Å ARBEIDE PÅ SOM FØLGE AV INNFORINGEN AV PAKKEFORLØP

For å få et tydeligere bilde av endringer i kommunene som følge av innføring av pakkeforløp, har vi i 2021 tatt med et spørsmål om i hvilken grad innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus har endret måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 8.5 er det få som svarer at innføringen av pakkeforløp i stor eller svært stor grad har endret måten de arbeider på (3 prosent), mens omtrent hver fjerde kommune svarer at innføringen i noen grad har endret måten de arbeider på. Det store flertallet (71 prosent) svarer at måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i liten eller svært liten grad er endret med innføringen av pakkeforløp.

Tabell 8.5 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus har endret måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 2021.

	Antall	Andel
I svært stor grad	2	1
I stor grad	7	2
I noen grad	85	26
I liten grad	146	45
I svært liten grad	88	27
Total	328	100

Om vi ser på andel som svarer i liten eller svært liten grad, finner vi ingen signifikante forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke.

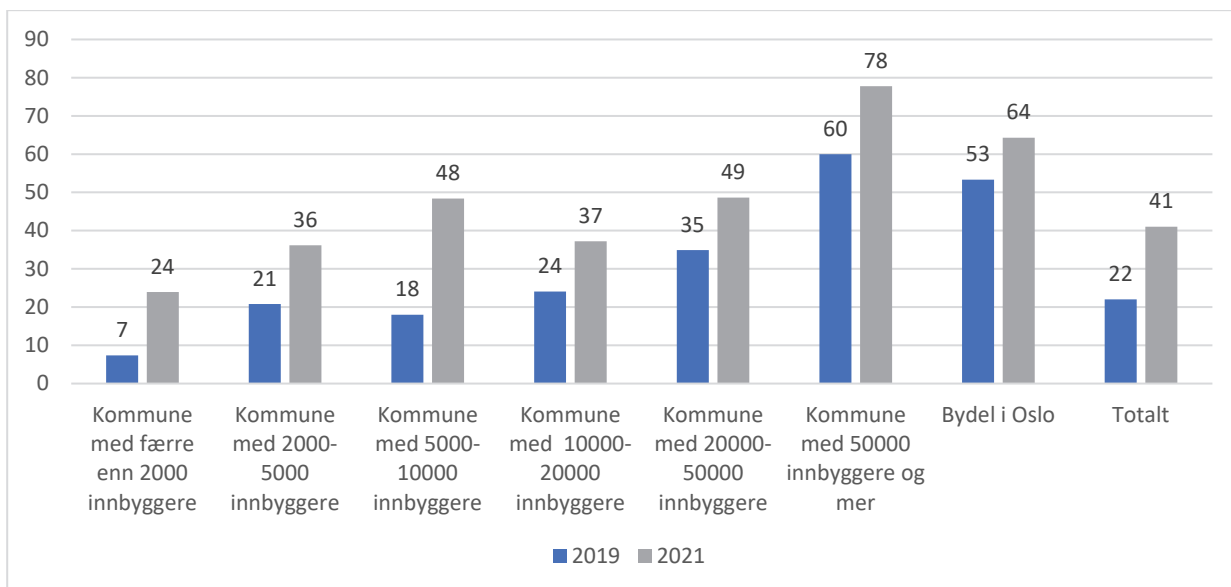
8.8 INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP

Som vist i tabell 8.6 svarte 41 prosent av kommunene i 2021 at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider. Dette er en stor økning fra 23 prosent i 2019, men en liten nedgang fra 2020 (usikre tall).

Tabell 8.6 Svar på spørsmål om kommunen har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, 2019-2021

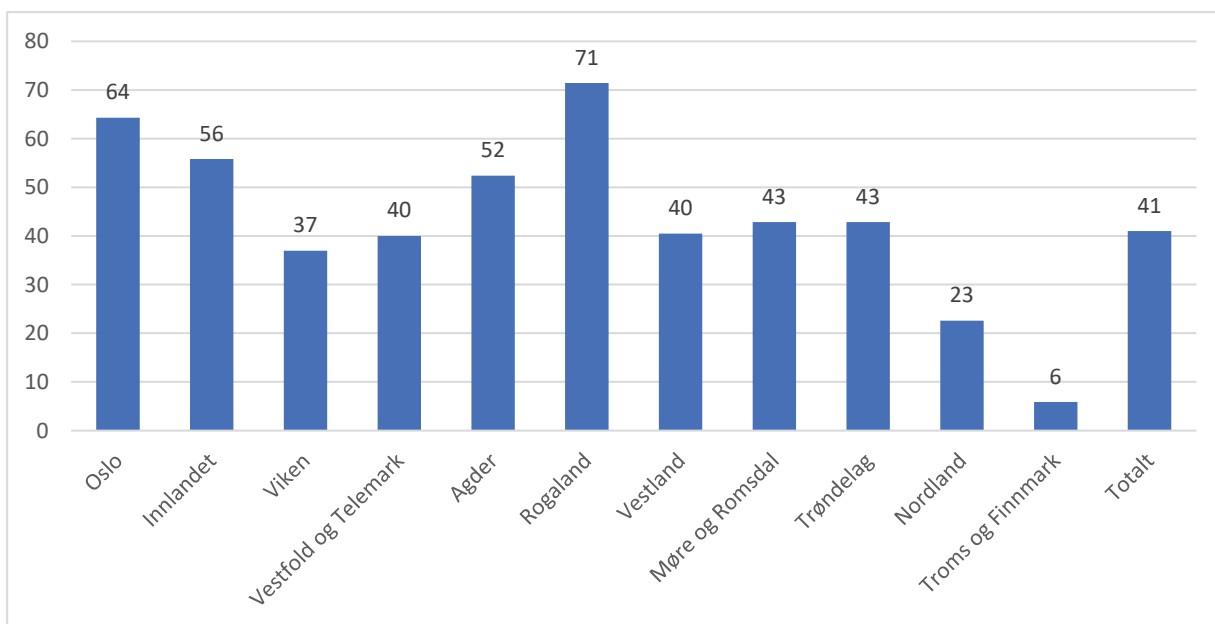
	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	94	23	129	44	134	41
Nei	296	71	147	50	166	51
Vet ikke	27	6	17	6	28	9
Total	417	100	293	100	328	100

Her er det betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse og mindre kommuner har i mindre grad utarbeidet slik informasjon rettet mot publikum. Når vi ser bort fra 2020, som var et år med stor usikkerhet i datagrunnlaget, ser vi av figur 8.3 at alle kommunestørrelsesgrupper har økt andel som har fått utarbeidet slik informasjon fra 2019 til 2021. Tallene for 2020 ligger generelt høyere enn for 2021. Dette skyldes trolig at de som ikke rapporterte i 2020 i mindre grad hadde utarbeidet denne informasjonen.



Figur 8.3 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Kommunestørrelse, 2019 og 2021.

Fra figur 8.4 ser vi at det er kommunene i Rogaland, bydelene i Oslo og kommunene i Innlandet som i størst grad har utarbeidet informasjon om pakkeforløp på nettsidene sine, mens dette arbeidet gjenstår for en del av kommunene og særlig mange i de to nordligste fylkene.



Figur 8.4 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Fylke, 2021.

8.9 GJENNOMGANG OG OPPDATERING AV SAMARBEIDSAVTALER

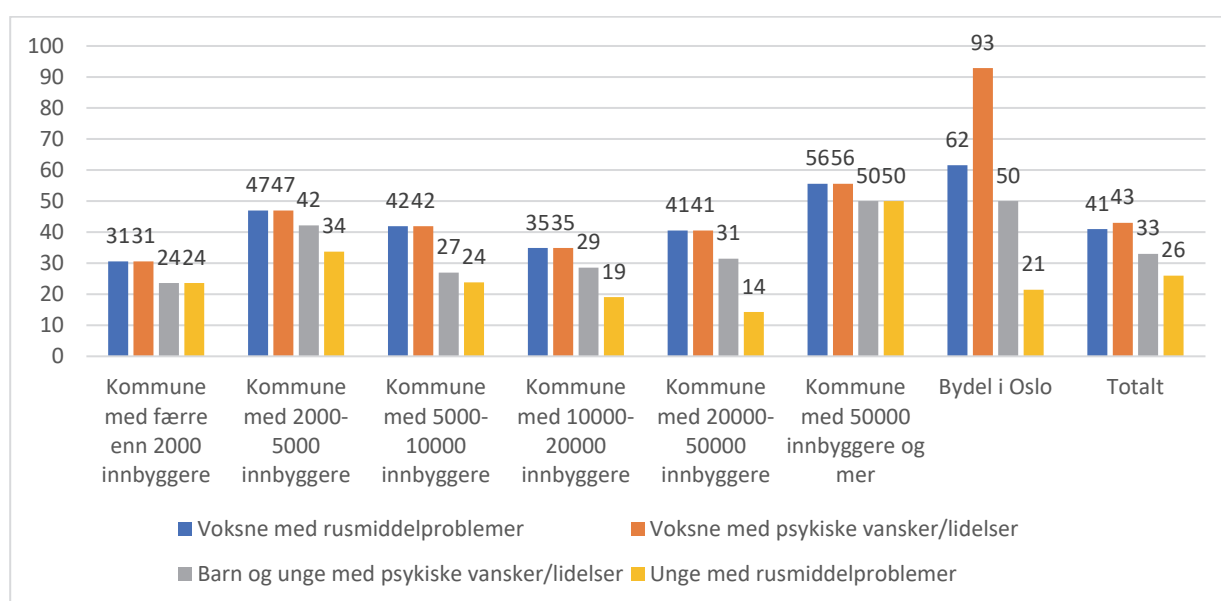
Som vist i tabell 8.7 er det 26-43 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert de ulike samarbeidsavtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene i 2021. Det er igjen tydelig at 2020 medfører usikkerhet og endring i svar fra 2020 til 2021

tyder på at de som ikke rapporterte i 2020 ikke hadde oppdatert avtalene slik at andelen som har oppdaterte avtaler er noe for høy i 2020.

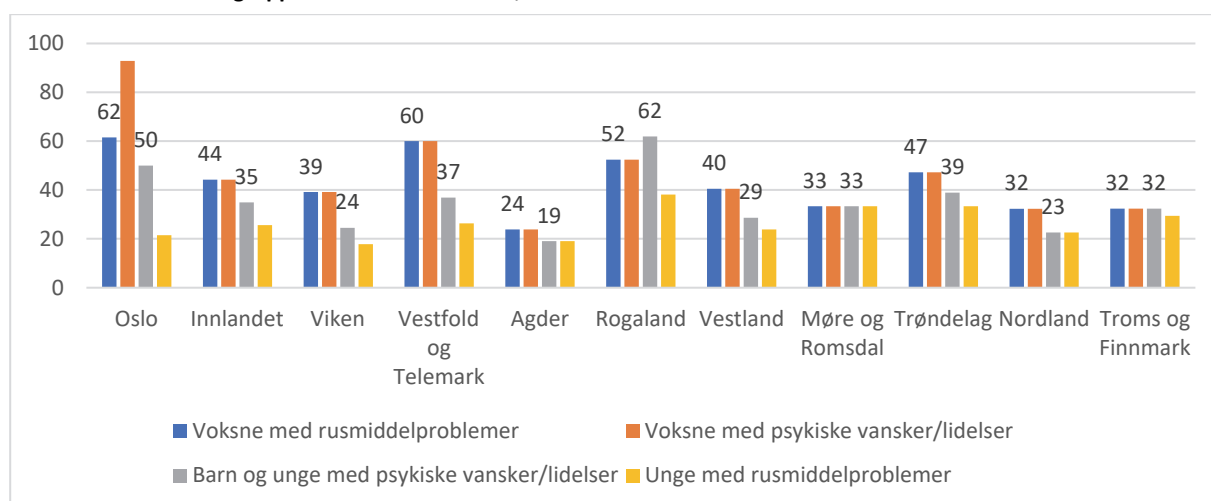
Tabell 8.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper, 2019, 2020 og 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Voksne med rusmiddelproblemer	114	27	127	44	135	41
Voksne med psykiske vansker/lidelser	123	30	129	44	140	43
Barn og unge med psykiske vansker/lidelser	89	22	115	40	108	33
Unge med rusmiddelproblemer	75	18	96	33	85	26

Det er noen systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse når det gjelder oppdatering av avtalene (se figur 8.5) og mellom fylker (se figur 8.6).



Figur 8.5 Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 8.6 Prosent av kommunene som har gjennomgått og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for ulike målgrupper. Fylke, 2021.

8.10 ERFARINGER MED BRUKERE I PAKKEFORLØP

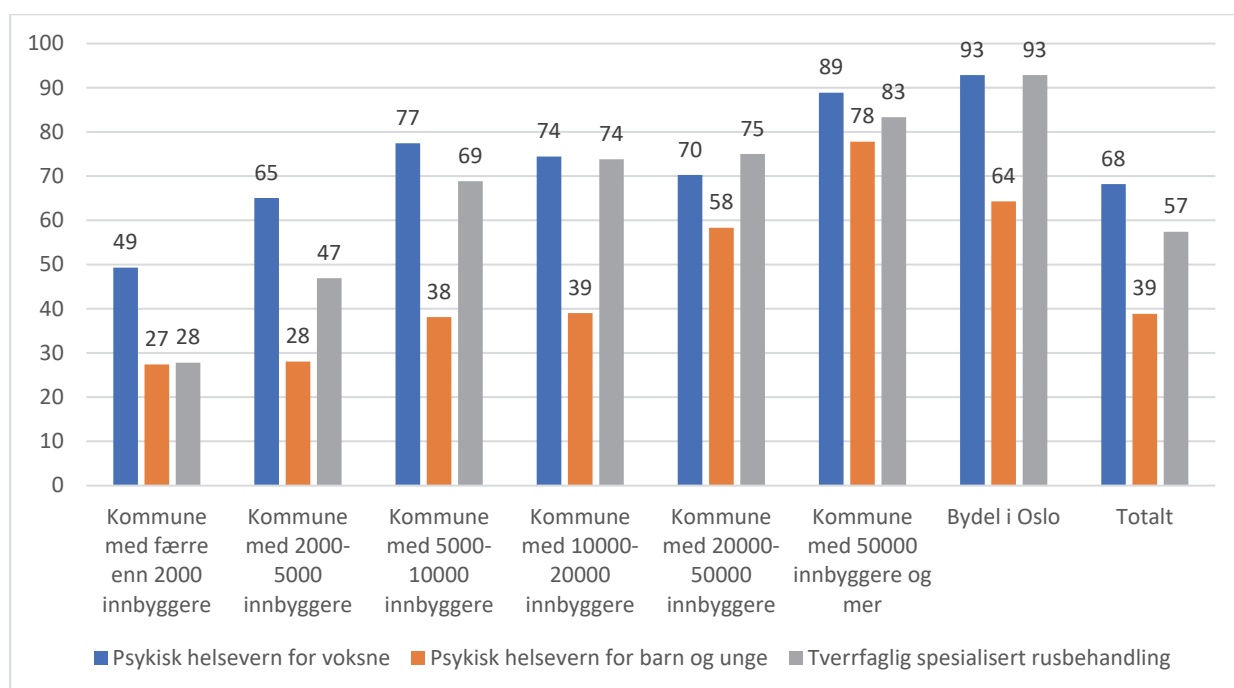
I 2021 har vi endret spørsmålene om erfaringer etter innføringen av pakkeforløp fordi kommunene i 2020 i liten grad hadde erfaringer å basere svarene på. Vi har derfor spurt om de har erfaringer med hhv. voksne, barn/unge i psykisk helsevern og i TSB, og kun spurt de som har erfaringer med pakkeforløpene. Vi ser først på hvor mange kommuner/bydeler som har erfaring med pakkeforløp for de ulike pasientgruppene.

Som vist i tabell 8.8 er det 68 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har erfaring med pasienter i psykisk helsevern for voksne i pakkeforløp. Tilsvarende andel for barn og unge er 39 prosent, mens 57 prosent svarer at de har erfaring med pasienter i pakkeforløp i TSB.

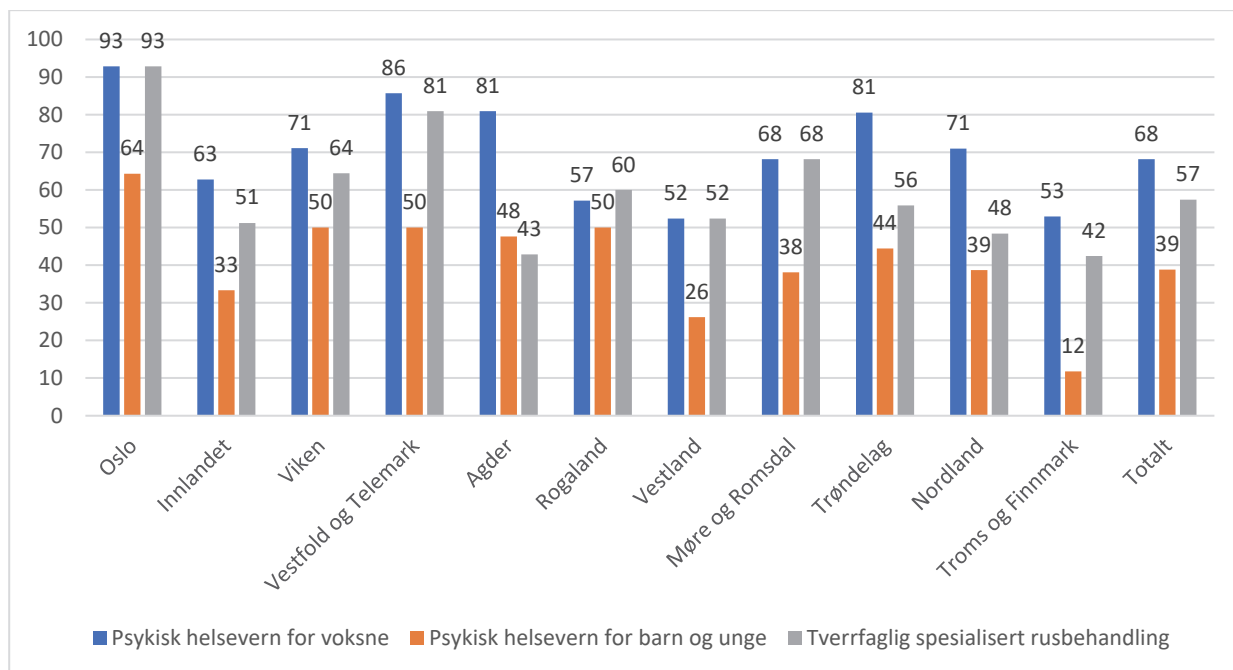
Tabell 8.8 Antall og prosent med erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp. 2021.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Prosent med erfaring
Psykisk helsevern for voksne	225	68	37	330	68
Psykisk helsevern for barn og unge	127	90	110	327	39
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	186	90	48	324	57

Det er selvsagt store forskjeller etter kommunestørrelse i andel med erfaring fra pakkeforløpene, da sannsynligheten for å ha denne erfaringen øker med antall innbyggere. Andel kommuner/bydeler som oppgir at de har erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp er vist etter kommunestørrelse (figur 8.7) og fylke (figur 8.8).



Figur 8.7 Prosent av kommunene/bydelene med erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp. Kommunestørrelse, 2021.

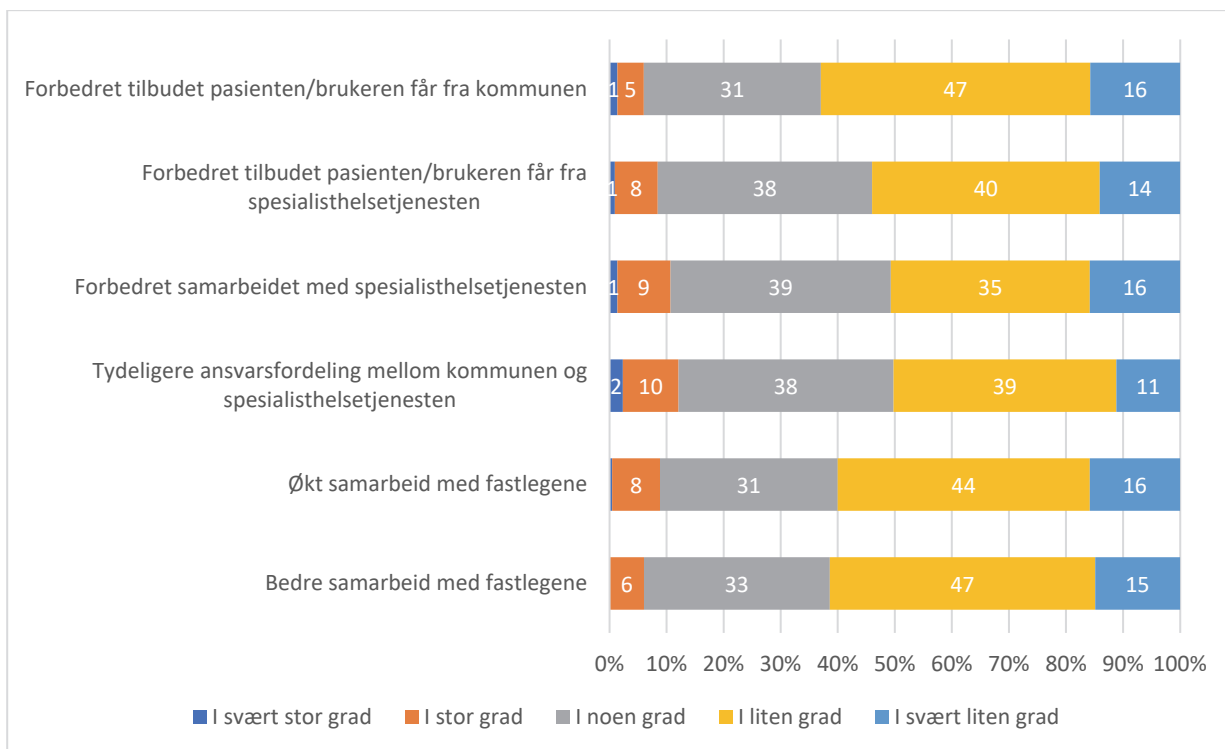


Figur 8.8 Prosent av kommunene/bydelene med erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp. Fylke, 2021.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. I det følgende ser vi på de som har erfaringer med brukere som har vært eller er i pakkeforløp. Vi skiller på psykisk helsevern for voksne og barn/unge og TSB som svarene er betinget på.

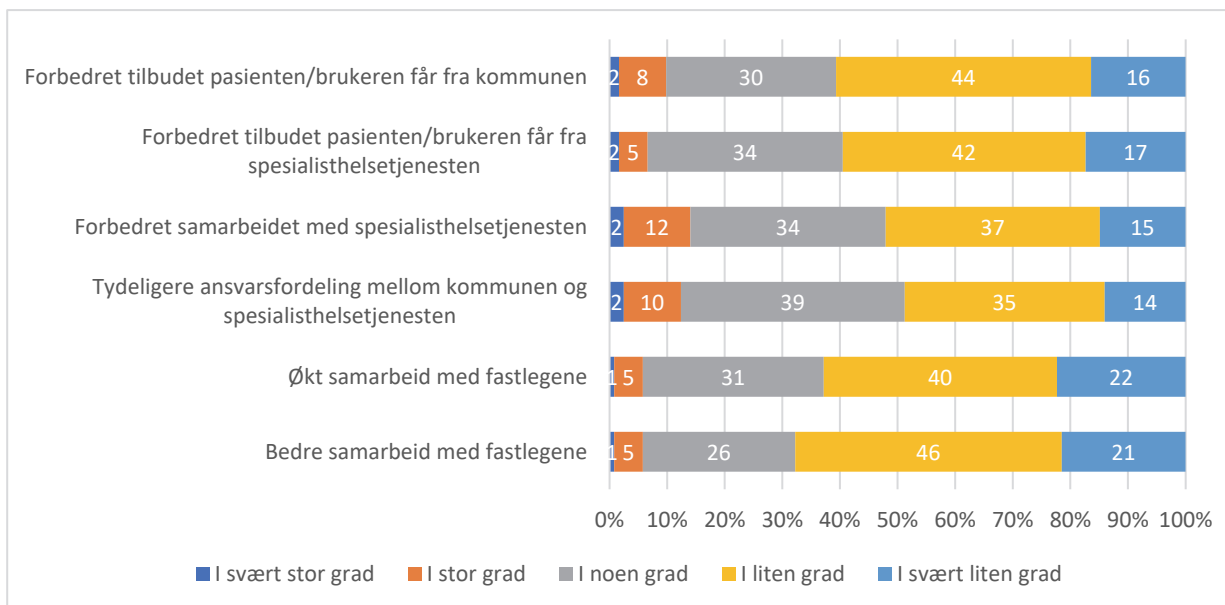
PAKKEFORLØP I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

Som vist i figur 8.9 er det en del kommuner som har erfaring med pakkeforløp i psykisk helsevern for voksne som opplever endringer, og flest svarer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er forbedret, og at det er en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

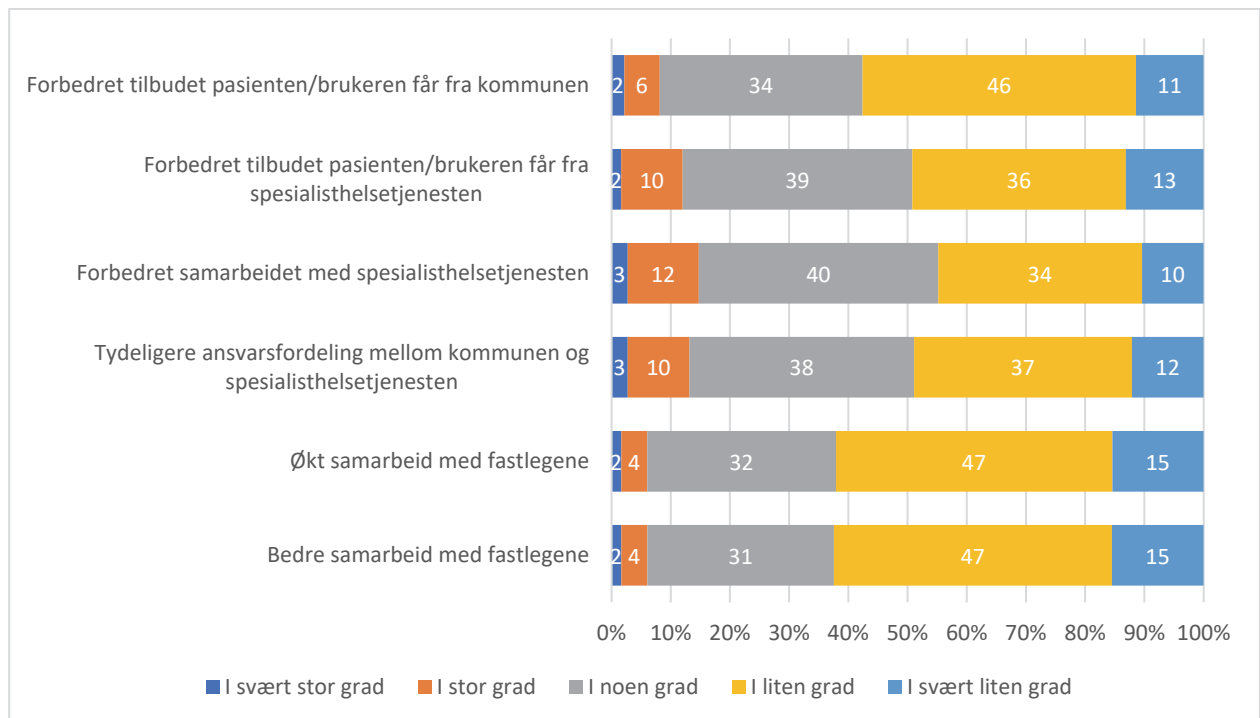


Figur 8.9 Erfarte endringer som følge av innføring av pakkeforløp blant de som har/har hatt brukere i psykisk helsevern for voksne. 2021.

PAKKEFORLØP I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE



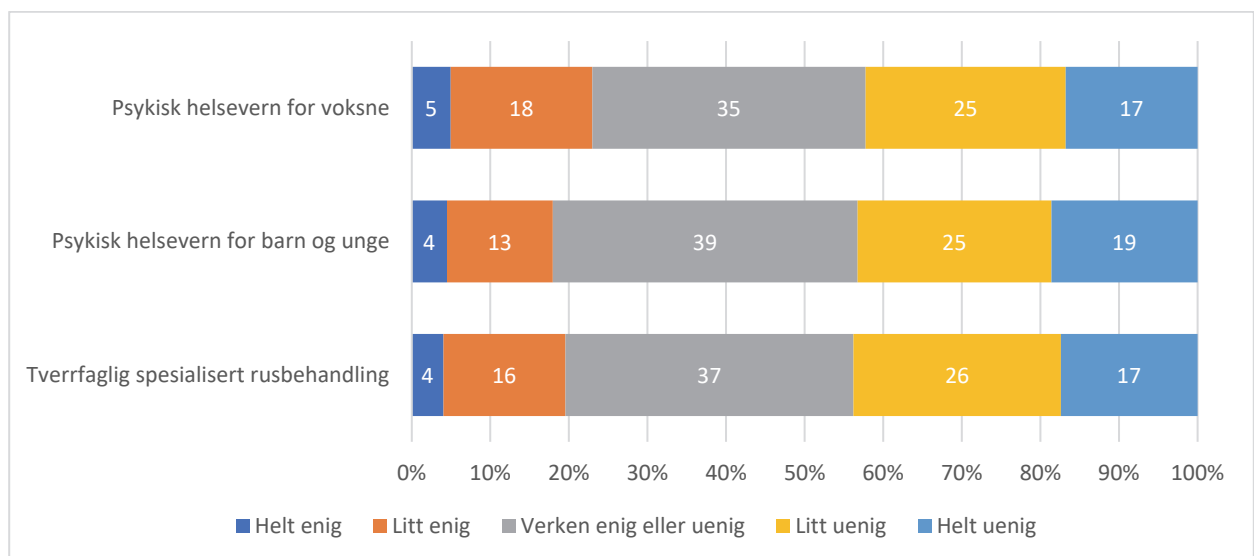
Figur 8.10 Erfarte endringer som følge av innføring av pakkeforløp blant de som har/har hatt brukere i psykisk helsevern for barn og unge. 2021.



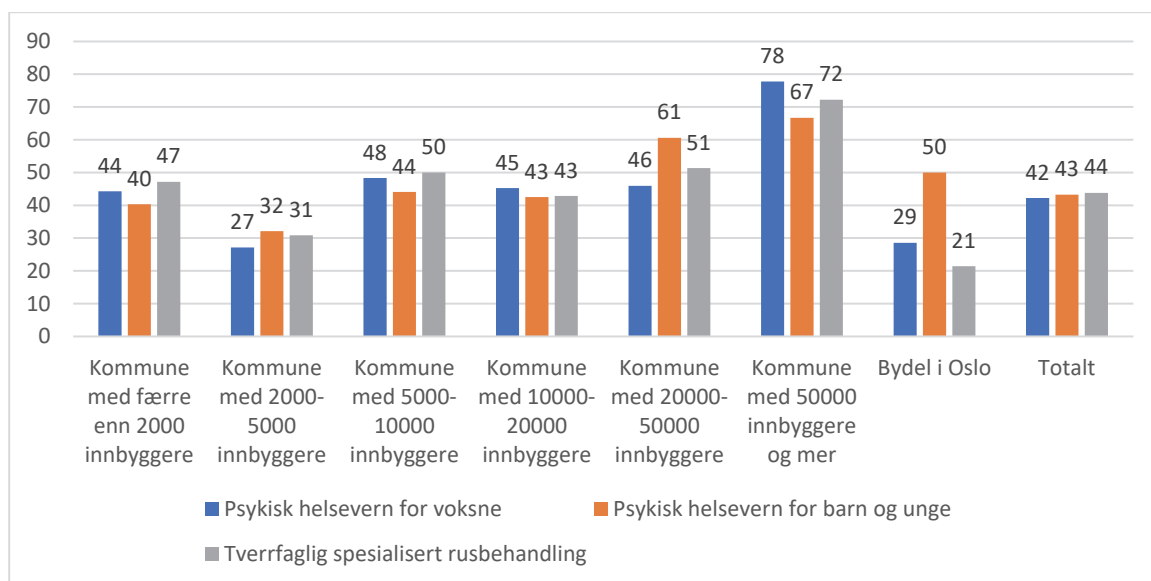
Figur 8.11 Erfarte endringer som følge av innføring av pakkeforløp blant de som har/har hatt brukere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2021.

8.11 INVOLVERING I IMPLEMENTERINGEN AV PAKKEFORLØPENE

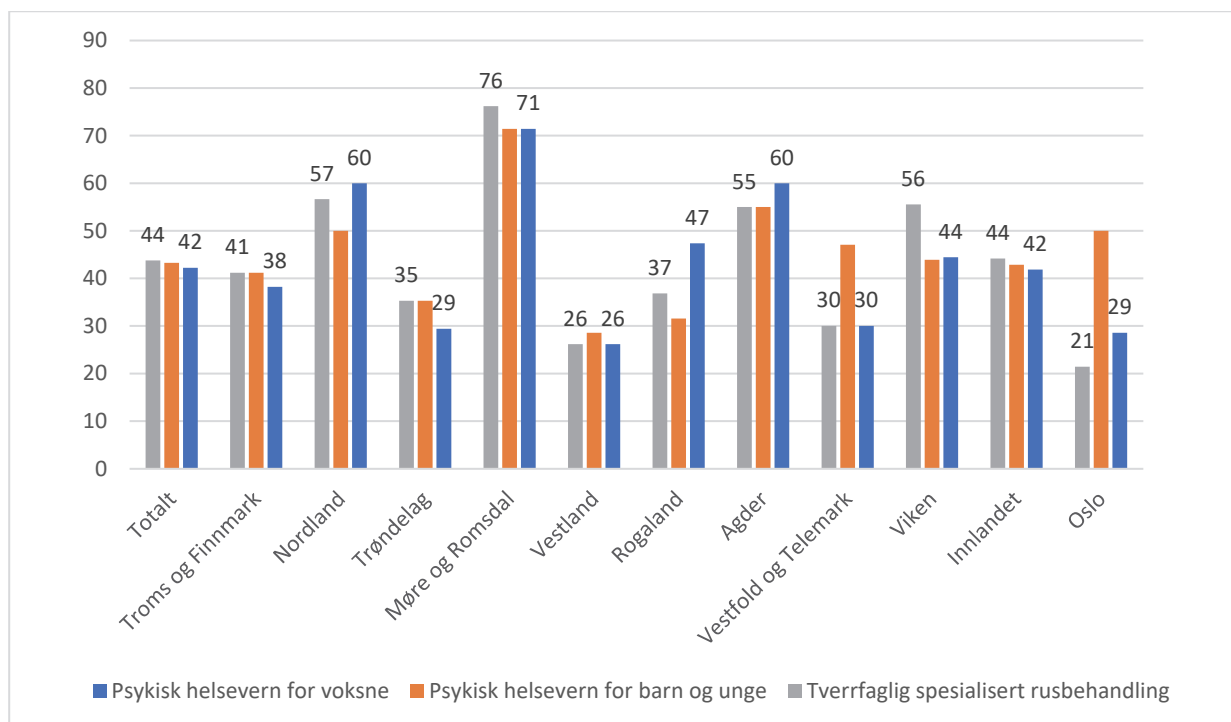
Som vist i figur 8.12, er det 42–44 prosent som svarer at de er litt eller helt uenig i at psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene, mens 18–23 prosent svarer at de er litt eller helt enig i at de har vært tilstrekkelig involvert. Vi ser nærmere på de som svarer at de er litt eller helt uenig i at de har vært tilstrekkelig involvert.



Figur 8.12 Grad av enighet i at psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene, 2021.



Figur 8.13 Prosent av kommunene som er uenige i at psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene. Kommunestørrelse, 2021.

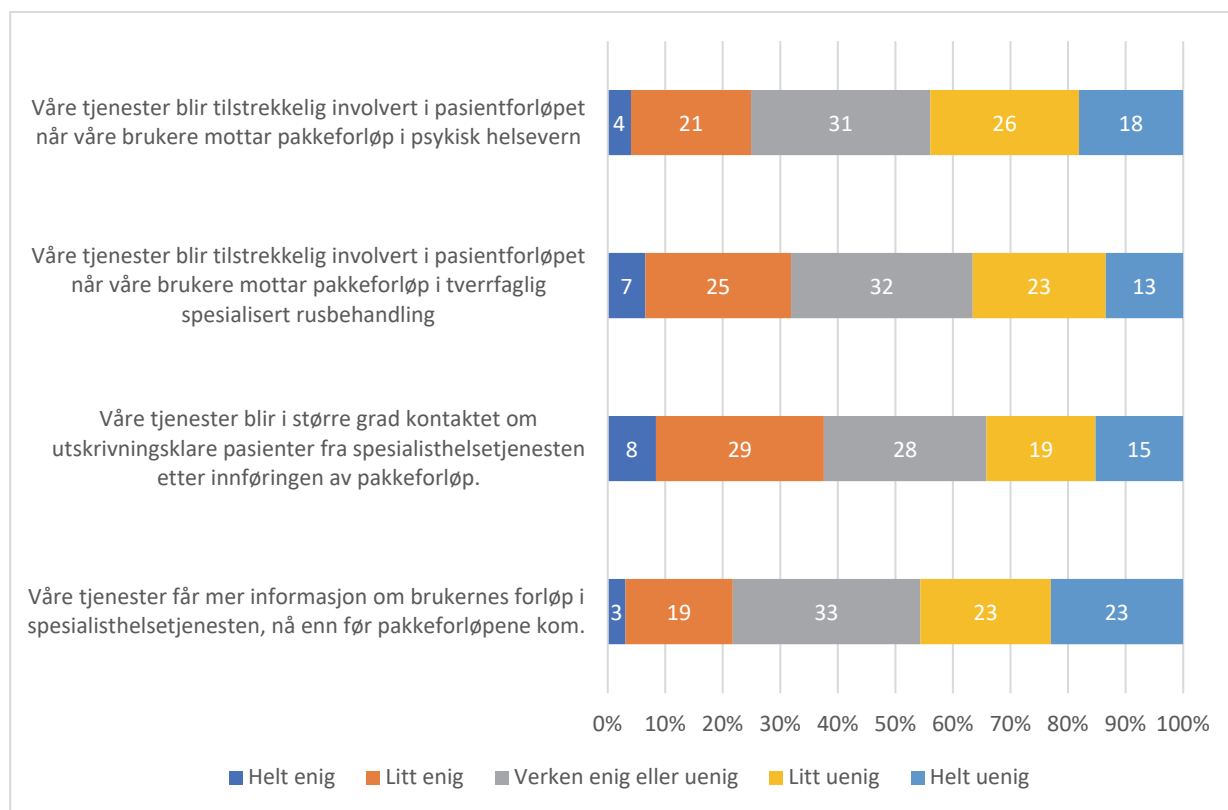


Figur 8.14 Prosent av kommunene som er uenige i at psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene. Fylke, 2021.

Det er de nest minste kommunene i tillegg til bydelene i Oslo som i størst grad opplever å ikke ha vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene. Med unntak av Møre og Romsdal, der en signifikant høyere andel kommuner opplever at de ikke har vært nok involvert i implementeringen av noen av de tre pakkeforløpene, er det ikke signifikante forskjeller mellom fylkene når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

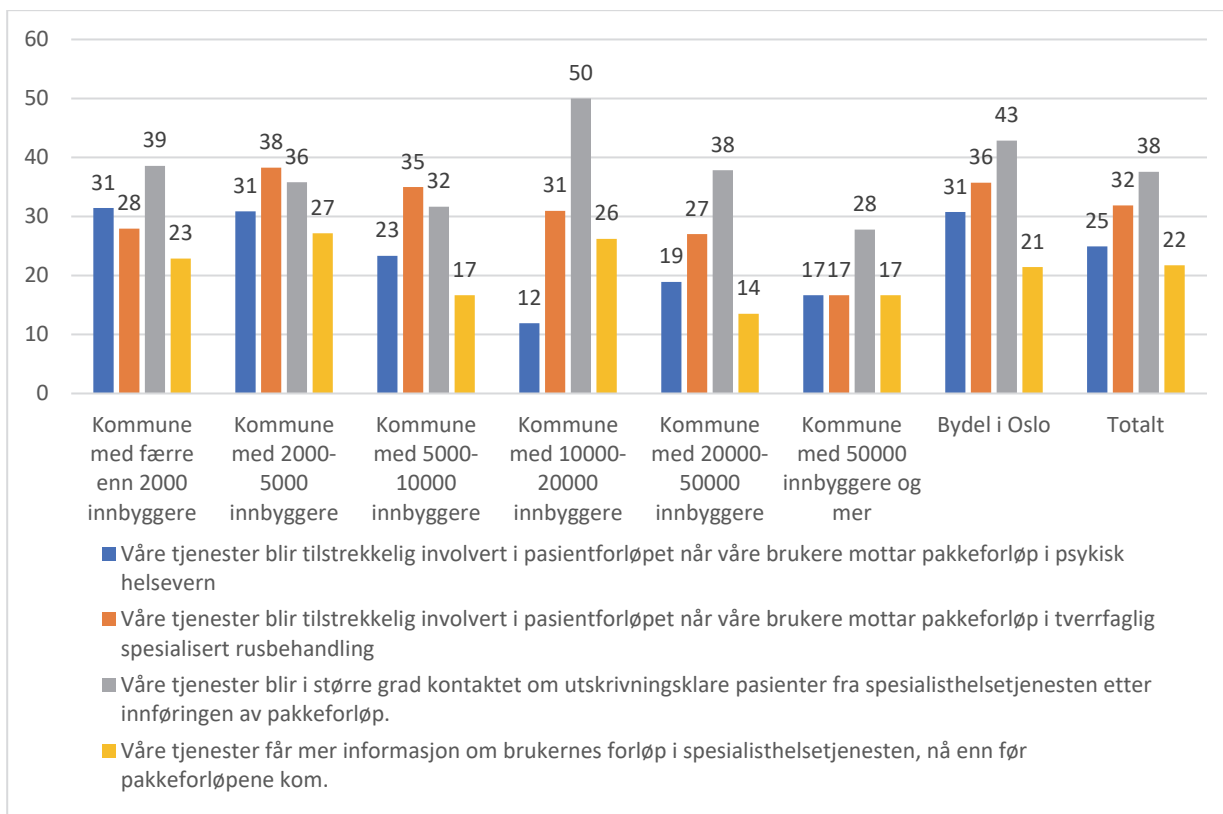
8.12 INVOLVERING AV TJENESTENE NÅR BRUKERNE MOTTAR PAKKEFORLØP

Blant påstandene som er tatt med i kartleggingen i 2021 er det flest som er enig i at de kommunale tjenestene i større grad blir kontaktet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter innføring av pakkeforløp (37 prosent). Færrest er enig i at de får mer informasjon om brukernes forløp i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med før pakkeforløpene kom (22 prosent).

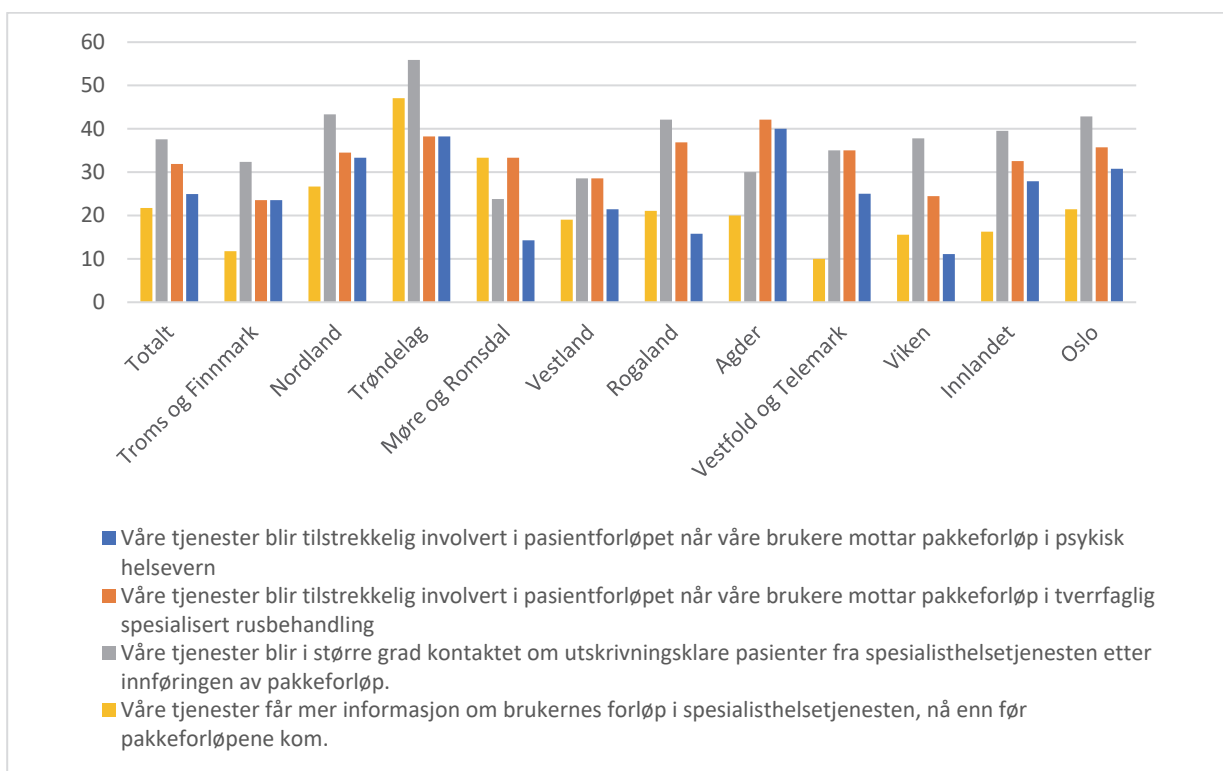


Figur 8.15 Grad av enighet i ulike påstander om involvering av tjenestene i pakkeforløpene.

Det vil være relevant å følge utviklingen i årene fremover om flere kommuner etter hvert vil svare at de er enige i disse påstandene om involvering. Andel som er helt eller litt enig er vist etter kommunestørrelse (figur 8.16) og mellom fylker (figur 8.17).



Figur 8.16 Prosent av kommunene/bydelene som er litt eller helt enige i påstander om involvering. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 8.17 Prosent av kommunene/bydelene som er litt eller helt enige i påstander om involvering. Fylke, 2021.

8.13 ENDRINGER I SAMARBEID SOM FØLGE AV INNFØRING AV PAKKEFORLØP

I 2021 er det tatt med et åpent spørsmål der tjenestene kan beskrive måten har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Det er 177 kommuner/bydeler som har svart på dette, og svarene inkluderer følgende sentrale tema:

- De fleste opplever liten eller ingen endring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.
- Noen sier bedre systematikk og flere møter med spesialisthelsetjenesten.
- Noen sier at det er tydeligere hvilken kartlegging som skal gjøres før henvisning til spesialisthelsetjenesten.
- Noen sier mer kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennom forløpskoordinatorene der.
- Noen sier at det er større krav til utprøving i kommunene, også for hovedforløp 3.
- Noen sier det er bedre dialog om behov etter utskrivning.
- Noen sier at det kommer raskere svar på henvisninger, og at det gjennomføres kartleggingssamtaler raskere, men da også raskere overføring av pasienter til kommunen etter utredning.
- Samarbeidet omtales som personavhengig, også etter innføring av pakkeforløp.

Noen av de som ikke opplever noen endring, beskriver det slik:

Ingen endring. Det virker ikke som om de vet det. Og selv om de får beskjed så inviteres vi ikke til møter eller samarbeid underveis. Inntrykket er at spesialisthelsetjenesten «eier» pakkeforløpet og stiller større krav og setter flere oppgaver på kommunehelsetjenesten, mens kommunehelsetjenesten ikke kan stille krav til spesialisthelsetjenesten.

På ingen måte. Det ser ut til at det er lettere å få tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men vi får aldri noen informasjon fra dem. Ingen epikrise eller varsel om utskrivning.

Det er ikke alle som vet om en pasient/bruker er i et pakkeforløp:

Samarbeidet har ikke endret seg nevneverdig. Hvordan får kommunehelsetjenesten/psykisk helse og rus vite at en bruker er i et pakkeforløp?

Vi vet ikke alltid om en pasient/bruker er i et pakkeforløp. Men vi opplever at samarbeidet fungerer bra, at vi blir kontaktet for et samarbeid når en pasient er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Nye brukere tjenestene ikke tidligere har kjent til:

Kommunen får henvist brukere som utskrives fra spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging/behandling i kommunen. Det er i større grad brukere/pasienter kommunen ikke er kjent med fra tidligere.

I 2022 skal vi kartlegge omfanget av disse erfaringene ved at de kvalitative svarene som er gitt her legger grunnlag for utvikling av faste svaralternativ.

Det er også tatt med et spørsmål om hvordan samarbeidet med fastlegene har endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Her er det kommentarer fra 171 kommuner/bydeler og fra dette kan vi oppsummere i følgende punkter:

- De aller fleste svarer at de ikke opplever noen endring i samarbeid med fastlegene som følge av innføring av pakkeforløp.
- Fastlegene må oftere involvere kommunalt psykisk helse og rusarbeid før henvisning til spesialisthelsen, og dette gir mer samarbeid.
- Noen kommuner erfarer at fastlegene blir mer forpliktet til å involvere seg som følge av innføring av pakkeforløp
- Henvisning fra kommunepsykolog til spesialisthelsetjeneste krever at somatisk avklaring skal være gjort av fastlege, dette fører til at fastlegen involveres i flere tilfeller.
- Samarbeidet med fastleger og kommunalt psykisk helse og rusarbeid er godt i de fleste kommuner.

Vi vil vurdere å utvikle svaralternativer basert på disse beskrivelsene for å gjøre en kartlegging av omfanget av de ulike erfaringene i neste års rapportering.

8.14 ANDRE ERFARINGER

Kommunene er også gitt mulighet til å beskrive konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus, og hvordan man opplever at det påvirker brukerne av tjenestene. Det er 154 kommuner/bydeler som har skrevet en kommentar. Det er mye det samme som beskrevet i forrige delkapittel som går igjen. Noen mener at det er en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling enn tidligere. Andre mener at brukerne opplever at spesialisthelsetjenesten er mer opptatt av ulike kartleggings skjema, og av å sette diagnoser enn å høre på brukerne, men det er også flere som uttrykker at brukeren blir mer sett og hørt enn tidligere av spesialisthelsetjenesten, og at de som får hjelp får god hjelp.

Her følger noen oppsummerende beskrivelser fra noen kommuner:

Mange borgere kontakter oss med en opplevelse av at de ikke har blitt møtt i spesialisthelsetjenesten som forventet. For mange har det vært en lang reise å bli henvist, rettighetsvurdert og omsider ha fått tilbud, men når de først møter tilbudet og kjenner takknemlighet for endelig å bli forstått og fått anerkjent sine utfordringer så opplever de at de blir møtt av et system som gjør det klart at de kun har et visst antall timer og reduserer deres komplekse liv til mer strømlinjede formede utredningsoppdrag. De tar derfor kontakt med oss fordi de vet at "ingen kan skrives ut fra kommunen" og at det forventes at vi tar oss tid på en helt annen måte enn i spesialisthelsetjenesten. Vi opplever også at personer med henvisninger som inneholder en rekke med sårbarheter ikke rettighetsvurderes og gis tilbud fordi bestillingen ikke er konkret nok.

Opplever at flere pasienter får avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten. Andre som får oppfølging i spesialisthelsetjenesten, blir raskere avklart og avsluttet. De blir da tilbakeført til oppfølging i kommunen.

Pasientene gir tilbakemelding om at det er lite konkrete forskjeller. Tjenesteapparatet opplever i all hovedsak de samme utfordringene som tidligere. Det erfares at barn og unge skrives ut mye raskere enn tidligere, eller at deres henvisninger avvises.

Andre har mer positive erfaringer med økt samarbeid:

Opplever flere episoder av at når bruker har en ROP- lidelse som krever tilpasning fra IO- team og ruskonsulent for å trygge i situasjonen rundt kartlegging/ henvisning/ tjenesteproduksjon, så utfyller ruskonsulent og IO- teams mulighet til fleksibilitet hverandre, og sikrer at bruker møtes med høy fagkompetanse og med opplevelse av å bli ivaretatt og hørt.

Det er også gitt mulighet for ytterligere kommentarer til implementering av, og erfaringer med, pakkeforløp og det er 61 kommuner og bydeler som har gitt kommentarer. Noen formidler for eksempel erfaringer fra brukerne her:

Brukere sier at kartlegging hos spesialisthelsetjenesten for å identifisere retten til pakkeforløp oppleves som et ekstra hinder. Først får de time, men så må de rettferdiggjøre og bevise sitt behov for enda en person som ikke kan garantere at de får hjelp. Skaper stor frustrasjon.

Bydelen opplever at vi har vært lite involvert, og ser lite gevinst per nå for innføring av pakkeforløpet.

Annet som kan gi informasjon om hvordan pakkeforløpene fungerer sett fra kommunenes ståsted er eksempelvis følgende kommentarer:

Det gjenstår fortsatt arbeid med å definere tydeligere kommunens oppgaver i overganger og når bruker er i spesialisthelsetjenesten. Det bør også defineres tydeligere samarbeid mellom ansatte i psykisk helse og rus og fastleger ved henvisninger til pakkeforløp. Det er lite hensiktsmessig at ansatte i psykisk helse og rus bruker et annet journalsystem enn fastlegene.

Det oppleves at spesialisthelsetjenesten har brukt mye tid på koding, og implementeringen har vært lang og det er usikker om det er gjennomført evalueringer underveis. Det oppleves også at det gjennomføres utredninger, men at det ikke nødvendigvis gis behandling.

Det oppleves som mer arbeid for kommunen uten at dette kompenseres av økte midler

Fastlegene er lite orientert om pakkeforløp, og henvisningene blir ofte mangelfulle. Pasientene blir henvist hit pga avslag i spesialisthelsetjenesten. Vi går inn og kartlegger på nytt ut fra kriteriene som står i retningslinjene for pakkeforløp, og fastlegen får vedlegget som brukes i neste henvisning og vi erfarer ofte at pasienten får rett til behandling.

Forløpet bør ha stort fokus på individuell tilpasning. Spesialisthelsetjeneste bærer preg av for mye system, tidsfrister og målepunkter.

Helsestasjonen opplever lite tilrettelegging i kommunen etter innføring av pakkeforløp for barn og unge. Koordinator ikkje på plass for barn og unge, vi manglar utarbeidde planar for oppfølging ved utskr/avslag og vi har heller ikkje vore innkalla til møter vedrørende barn som har vore i pakkeforløp i BUP. Vi har ikkje utarbeidd ein kompetansehevingsplan for å møte barn og unge med angst og lett depresjon.

I pakkeforløp TSB har vi erfaringer med at det etter avgiftning kan bli et langt opphold før videre behandling hvor det kommer "bestilling" til kommunen på kjøp av omsorgstilbud i ventetiden fram til rusbehandlingen. Vi har en opplevelse av at pakkeforløpene tilhører spesialisthelsetjenesten og at kommunen i denne sammenheng jobber som før. Det er lite spesifisering av hva kommunen skal gjøre i beskrivelsen av pakkeforløpene.

Kommunen burde involveres. Det har ikke kommet invitasjon eller samarbeid vedrørende pakkeforløp.

Kortere behandling er ikke nødvendigvis mer effektiv, bare kortere..

Mange henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir avslått og de kommer da derfor ikke til pakkeforløp. Kan til tider være vanskelig å forstå avslagene i henhold til prioriteringsveilederen. Dette ser ut til å være vanskeligere å få hjelp i psykisk helse enn i TSB. Informasjon om at pasienten er i pakkeforløp blir ofte ikke informert om og kommunene må selv spør om dette.

Samarbeidet fungerte best til å begynne med når alt var ferskt i høve til fristar og attendemeldingar. Etterkvart blir det litt attende til slik det var. Me står ikkje som henvisar og får ikkje informasjon eller attendemelding ved start og slutt utan at det føreligg eit spørsmål frå brukar eller spsialisthelsetenesta om samarbeid.

Vi noterer oss at personer med personlighetsproblematikk/personlighetsforstyrrelser enda ikke har en prioriteringsveileder. Dette er den målgruppen som helt klart krever mye av kommunehelsetjenesten, og som kan ha en atferd som krever mye av omgivelsene, er vår erfaring.

Vi opplever frustrasjon fra behandlerne i spesialisthelsetjenesten når det gjelder pakkeforløp, uttalelser om tidspress knyttet til diagnostisering og behandling. Relasjonsarbeid får mindre fokus, de får mindre tid til pasienten. Vi har selv måttet innhente den informasjonen vi trengte når det gjelder pakkeforløp innen rusbehandling. Utfordringer knyttet til hvilket pakkeforløp de skal tilhøre.

Vi opplever ikke bedre dialog med spesialisthelsetjenesten etter innføring av pakkeforløp, heller tvert imot. Om dette er på grunn av pakkeforløp eller har noe med korona å gjøre er usikkert. Vi får få eller ingen tilbakemeldinger når det gjelder behandlingsforløp til pasienten underveis i behandlingen. Når pasienten går til polikliniske samtaler så har kommunen støttesamtaler til samme pasient - men får ingen tilbakemeldinger i forhold til å følge opp det som jobbes med i timene hos spesialisthelsetjenesten. Det var noe mer kontakt før pakkeforløpene - uvisst av hvilken grunn.

8.15 OPPSUMMERING

I 2021 er det 67 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har på plass en forløpskoordinator for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus, og dette er en økning fra 55 prosent i 2019. Kommuner med færre enn 10 000 innbyggere har signifikant lavere sannsynlighet for å ha en forløpskoordinator på plass enn resten, og kommuner i Trøndelag og nordover ligger signifikant lavere enn resten av landet. Av disse som har forløpskoordinator på plass våren 2021, har 59 prosent valgt å organisere denne i koordinerende enhet eller tildelingskontor, mens 50 prosent har koordinatoren på enhet for helse og rus (noen har koordinatorene flere steder) og to prosent (fem kommuner) har organisert denne i NAV-kontoret.

Forløpskoordinatoren har oppgaver på systemnivå knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten i flest kommuner (75 prosent), mens 50 prosent oppgir at rollen innebærer å gi individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er 30 prosent som oppgir at forløpskoordinatoren har oppgaver både på systemnivå og har individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp. Det er ikke betydelige forskjeller

mellom kommuner av ulik størrelse, med unntak av at de mellomstore kommunene har noe lavere sannsynlighet for å svare at forløpskoordinatoren bidrar med individuell oppfølging av brukere i pakkeforløp enn andre kommuner. Det er ingen systematiske forskjeller i forløpskoordinatorens rolle mellom fylkene.

Flertallet av kommunene svarer at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen ikke har fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus (78 prosent), mens 22 prosent svarer at de har fått nye oppgaver. De nye oppgavene kan være direkte knyttet til forløpskoordinatoren som er organisert i enheten, eller til at tjenestene nå er mer involvert i fastlegens henvisningsarbeid, eller at mer skal være utprøvd i kommunene før brukerne henvises til spesialisthelsetjenesten. Basert på de åpne svarene virker det fortsatt å være svært ulikt hvordan spesialisthelsetjenesten involverer kommunene når pasientene er i de ulike pakkeforløpene, og flere nevner at særlig TSB har blitt flinkere til å involvere kommunene, men datagrunnlaget er ikke tydelig nok til at vi kan konkludere med det.

Et flertall av kommunene (71 prosent) oppgir at måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i liten eller svært liten grad er endret med innføringen av pakkeforløp, mens hver fjerde kommune svarer at innføringen av pakkeforløp har endret måten de arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i noen grad. Tre prosent (9 kommuner) svarer at måten å arbeide på i stor eller svært stor grad er endret. Det er ingen tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

Det er videre 41 prosent av kommunene/bydelene som i 2021 oppgir at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, en betydelig økning fra 2019 (da 23 prosent). Mindre kommuner har i sjeldnere utarbeidet slik informasjon enn større kommuner, og det er kommunene i Rogaland og Innlandet i tillegg til bydelene i Oslo som i størst grad har fått utarbeidet informasjon om pakkeforløp på nettsidene sine, mens dette arbeidet gjenstår for en del av kommunene og særlig mange i de to nordligste fylkene.

Det er 26–43 prosent av kommunene/bydelene som har gjennomgått og oppdatert de ulike samarbeidsavtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for de ulike målgruppene i 2021.

Flere kommuner får erfaring med pakkeforløpene og i 2021 er det 68 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har erfaring med pasienter i psykisk helsevern for voksne i pakkeforløp. Tilsvarende andel for barn og unge er 39 prosent, mens 57 prosent svarer at de har erfaring med pasienter i pakkeforløp i TSB.

En del kommuner/bydeler (42–44 prosent) opplever at de ikke har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene, mens 18–23 prosent svarer at de har vært tilstrekkelig involvert. Vi ser nærmere på de som svarer at de er litt eller helt uenig i at de har vært tilstrekkelig involvert. Det er de nest minste kommunene som i størst grad opplever å ikke ha vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av de ulike pakkeforløpene i tillegg til bydelene i Oslo. Med unntak av Møre og Romsdal der en signifikant høyere andel kommuner opplever at de ikke har vært nok involvert i implementeringen av noen av de tre pakkeforløpene, er det ikke signifikante forskjeller mellom fylkene når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

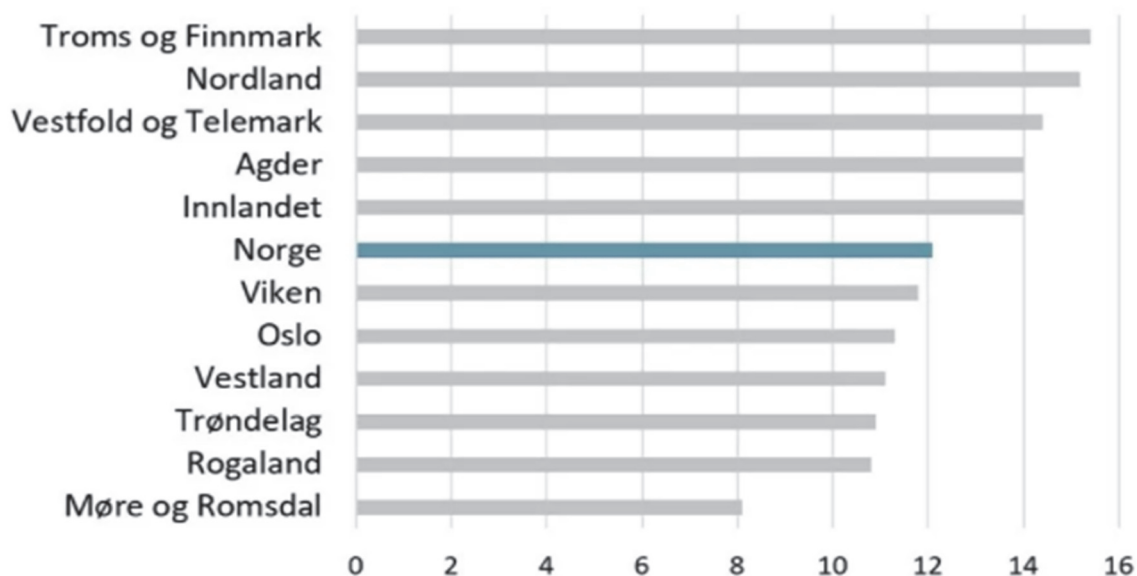
Blant påstandene som er tatt med i kartleggingen i 2021 er det flest som er enig i at de kommunale tjenestene i større grad blir kontaktet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter innføring av pakkeforløp (37 prosent), mens færrest er enig i at de får mer informasjon om brukernes forløp i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med før pakkeforløpene kom (22 prosent).

Det er naturlig nok blandede erfaringer med pakkeforløpene, og det er for tidlig å si hva konsekvensene vil være på lenger sikt. En del kommuner opplever at ansvarsfordelingen med spesialisthelsetjenesten har blitt tydeligere, men flertallet opplever liten endring så langt. Bedre samarbeid og flere møter om pasienter i pakkeforløp ser ut til å være tilfellet noen steder, og flere ser et potensial for bedre samarbeid gjennom pakkeforløpene. Andre opplever fortsatt at pakkeforløpene er noe som foregår i spesialisthelsetjenesten og at kommunene gjennom dette får flere oppgaver og større ansvar, men ikke mer av ressursene.

9 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Folkehelseinstituttet rapporterer om stor oppmerksomhet rundt selvmord i koronaåret 2020, og Dødsårsaksregisteret har mottatt mange spørsmål knyttet til om det har vært en økning i antall selvmord i løpet av pandemien. I juni 2021 ble tallene offentliggjort, og viste at det i 2020 var 639 selvmord i Norge, 13 færre enn i 2019, noe som tilsvarer en nedgang på to prosent⁷. I 2020 utgjorde menn 73 prosent av selvmordene. Sammenliknet med forventet utvikling basert på tall fra 2010-2019 var det signifikant færre som tok sitt eget liv i aldersgruppen 40-49 år, mens den relative økningen var størst for personer mellom 70-79 år med 34 prosent flere selvmord. Man så en liknende utvikling i den eldste aldersgruppen under SARS-epidemien i 2003, noe som kan peke i retning av at eldre kan ha vært særlig sårbare for tiltakene som innebar økt isolasjon og redusert sosial kontakt, men Folkehelseinstituttet understreker at det trengs mer kunnskap før man kan slå fast at det er en direkte sammenheng her.

Både i 2019 og 2020 var selvmordsraten (selvmord per 100 000 innbygger) høyest i Troms og Finnmark, med Nordland like bak. Også Vestfold og Telemark har hatt høy selvmordsrate de siste tre årene¹.



Figur 9.1 Selvmordsrater (døde pr. 10 000) fordelt på fylker. Aldersstandardisert. Kilde: Dødsårsaksregisteret, 10. juni 2021.

Det har nå gått ett år siden Regjeringen i september 2020 la fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.⁸ Handlingsplanen styrer etter en nullvisjon for selvmord som skal gjelde for hele samfunnet og i alle sektorer. Tiltakene i handlingsplanen skal bidra til bedre forebygging

⁷<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selvmord-i-dodsarsaksstatistikken/>

⁸<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

og mer systematikk i arbeidet med selvmord, tidlig og god hjelp for personer i selvmordsrisiko, bedre hjelp til etterlatte ved selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Planen inneholder seks mål med tilhørende tiltak:

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

Norge var tidlig på 1990-tallet et av de første landene internasjonalt til å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork 2014). 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)⁹. I en artikkel i det norske tidsskriftet *Suicidologi* nr. 1/2021 går det fram at selv om mange land har gjennomført selvmordsforebyggende programmer, er det en utfordring at selvmordstallene ikke reduseres, men flere steder heller øker. Goldney (2021) refererer til flere vitenskapelige studier som viser at de selvmordsforebyggende programmene i verste fall kan bidra til å øke problemet, i stedet for å redusere antall selvmord. Særlig gjelder dette forebygging knyttet til mediene og offentlige utdanningsprogrammer, der det fortsatt mangler evidens for at programmene fører til bedring. Muligheten for at intense mediekampanjer kan normalisere selvmordsatferd som en lett forståelig reaksjon på problemer, har også blitt reist som en mulighet. Goldney understreker betydningen av at det bare innføres forebyggingsprogrammer som har blitt grundig studert og som kan vise til effekt (Goldney 2021).

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord¹⁰. Det nye materialet skal gi kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

RVTSene lanserte høsten 2020 en ny ressurside som kan være til nytte i kommunenes arbeid med forebygging av selvmord og selvskading: <https://kommunalhandlingsplan-mal-selvsmord.no/>. Her kan

⁹<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvsmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

¹⁰<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvsmord>

kommunene få hjelp med å utarbeide og iverksette sin kommunale handlingsplan om selvmord og selvskading.

I 2020 gjennomførte Folkehelseinstituttet en systematisk oversikt over kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge. Når det gjaldt selvmordsrisiko fant de kun én systematisk oversikt der seks ulike verktøy ble vurdert, hvorav det verktøyet som fikk best vurdering mht. kartlegging av selvmordsrisiko blant mindreårige pasienter i kontakt med hjelpeapparatet (uavhengig av årsak) var "Ask Suicide-Screening Questions" (ASQ). Instrumentet består av fire spørsmål som stilles av helsepersonell, det ble vurdert å ha høy sensitivitet, men usikker evidens, etter oversiktsforfatterens vurdering (Nøkleby, Langøien et al. 2020). (REF).

De årlige BrukerPlan-kartleggingene kartlegger også selvmordsfare og overdosefare. I årsrapporten for 2020 går det fram at for de med alvorlige ROP-lidelser har 11 prosent hatt selvmordsforsøk i løpet av de siste tre årene, mens 17 prosent regnes å være i fare for selvmord. Blant de med kun psykiske lidelser (ikke rus), er de tilsvarende tallene henholdsvis 9 prosent og 17 prosent. Det er en gradient i selvmordsforsøk og selvmordsfare med økende psykisk helseproblematikk. Mens personer som sliter med mildere psykisk helseutfordringer har en andel på ca. to prosent som har forsøkt å ta sitt eget liv, og to prosent som vurderes med selvmordsfare, ligger de tilsvarende tallene for moderate psykiske helseutfordringer på henholdsvis fire og sju prosent. Dette innebærer en liten økning hvis vi sammenlikner med BrukerPlan i 2019, men det er heftet noe usikkerhet ved tallene pga. færre kartlegginger i 2020 enn årene før (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2020). <https://www.brugerplan.no/>

I 2020 hadde 13 prosent av brukere med alvorlig ROP-lidelse tatt en overdose, mens 30 prosent av dem sto i fare for å ta overdose. For de med mindre alvorlig ROP var de tilsvarende tallene fire og sju prosent. (ibid).

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. De med rusproblemer har i større grad en hverdag med mye vold og trusler (31 prosent), sammenliknet med de med kun psykiske problemer (9 prosent). Over halvparten av de med alvorlige ROP-lidelser utsetter andre for vold, eller er selv utsatt for vold. Kvinner er generelt mer utsatt for vold enn menn. (Hustvedt IB, Bosnic et al. 2019). Nylig ble det publisert en artikkel med norske data som viste at selvmordstanker og voldstanker kan henge tett sammen. I en spørreundersøkelse blant 1700 personer innlagt i psykisk helsevern, hadde rundt 52 prosent selvmordstanker og 20 prosent hadde tanker om å utføre vold mot andre. Rundt 12 prosent hadde begge deler. Det var særlig blant yngre pasienter uten psykoselidelser at sammenhengene var sterkest (Furnes, Gjestad et al. 2021).

9.1 DATAGRUNNLAG

I 2021 er følgende spørsmål inkludert i kartleggingen:

- Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller av pårørende/etterlatte ved selvmord?
 - Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam
 - Involveres gjennom oppfølgende virksomhet
 - Involveres om bruker tar kontakt
 - Involveres om andre tjenester tar kontakt

- Involveres om det kommer en henvisning
- Involveres på annen måte, hvordan?
- Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:
 - Oppfølging av personer ved selvmordsforsøk?
 - Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse ved selvmordsforsøk?
 - Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?
 - Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose?
 - Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep?
 - Å identifisere voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester?
- Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk?
- Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell?
- Har kommunen et system for håndtering av vold i nære relasjoner?
- Hva er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen/bydelen registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen lyktes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk?
 - Beskriv eventuelle utfordringer i arbeidet med proaktiv oppfølging

9.2 INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2020 inkluderte vi et åpent spørsmål om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord. Basert på disse svarene laget vi svaralternativer på spørsmålet i 2021 som vises i tabell 9.1.

At det er få som svarer "på annen måte", tyder på at listen vi laget fra de kvalitative svarene fra 2020 er treffende. Av de som har svart er det 96 prosent som svarer at de blir involvert gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam, mens det nest mest vanlige er å bli involvert når andre tjenester tar kontakt (85 prosent), eller at bruker tar kontakt (82 prosent) eller at det kommer en henvisning (82 prosent). Det er 65 prosent som oppgir at tjenestene involveres gjennom sin oppsøkende virksomhet.

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

	Antall	Prosent
Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam	315	96
Involveres gjennom oppfølgende virksomhet	212	65
Involveres om bruker tar kontakt	268	82
Involveres om andre tjenester tar kontakt	277	85
Involveres om det kommer en henvisning	268	82
Involveres på annen måte	23	7
Antall kommuner/bydeler som har svart	327	100

Under annet nevnes fastlegen, naboer eller pårørende kan ta kontakt. Det nevnes også skole, bondens nettverk, politi og legevakt.

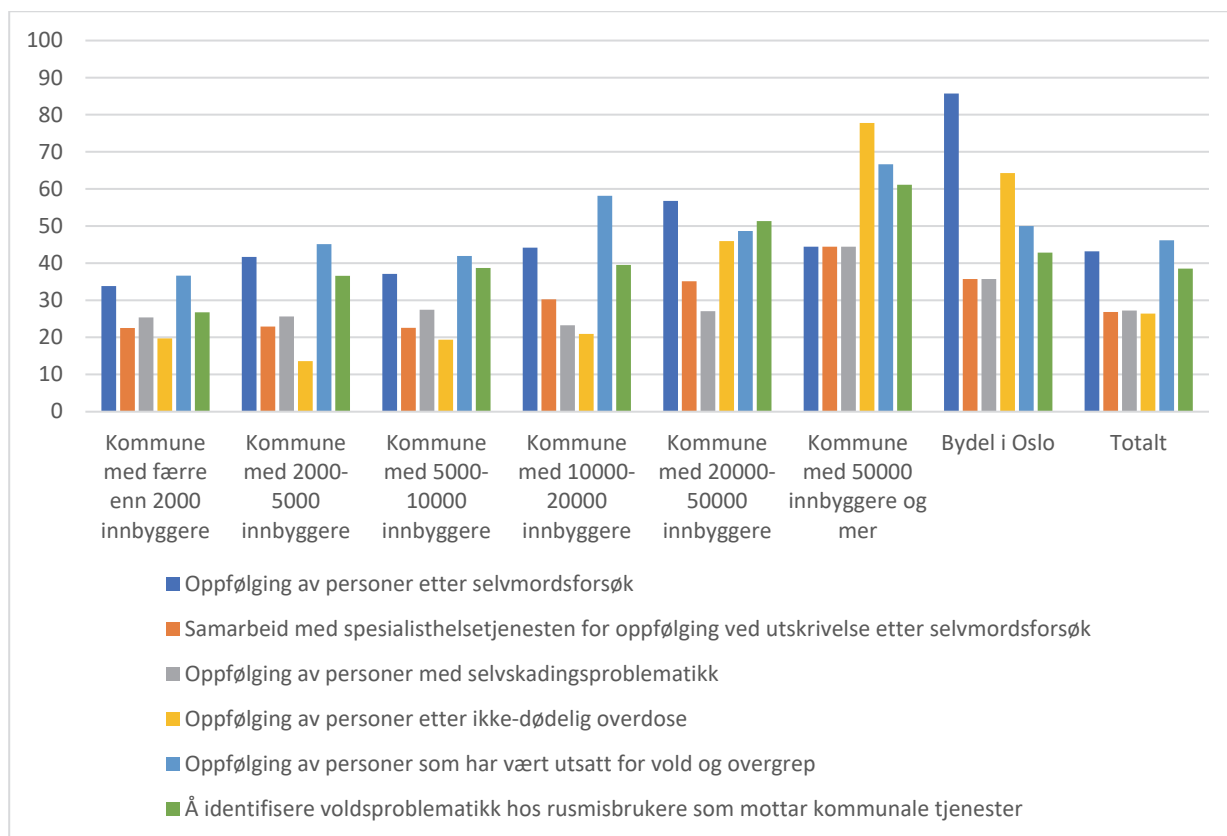
9.3 SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER

Som vist i tabell 9.2 er det flest som har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep (46 prosent) og andelen som har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk har økt fra 39 prosent i 2018 til 43 prosent i 2021.

Tabell 9.2 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018-2021.

	2018	2019	2020	2021
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	39	43	46	43
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	*	28	26	27
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	22	24	24	27
Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	21	25	23	26
Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	*	*	44	46
Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester	36	40	41	39

Fordelingen av andel kommuner med etablerte skriftlige rutiner/prosedyrer etter kommunestørrelse er vist i figur 9.2.



Figur 9.2 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Kommunestørrelse, 2021.

I neste tabell presenteres tallene på fylkesnivå, der ingen av fylkene skilte seg signifikant fra de øvrige fylkene med unntak av Oslo som i større grad har etablerte skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk og oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose.

Tabell 9.3 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Fylke, 2021.

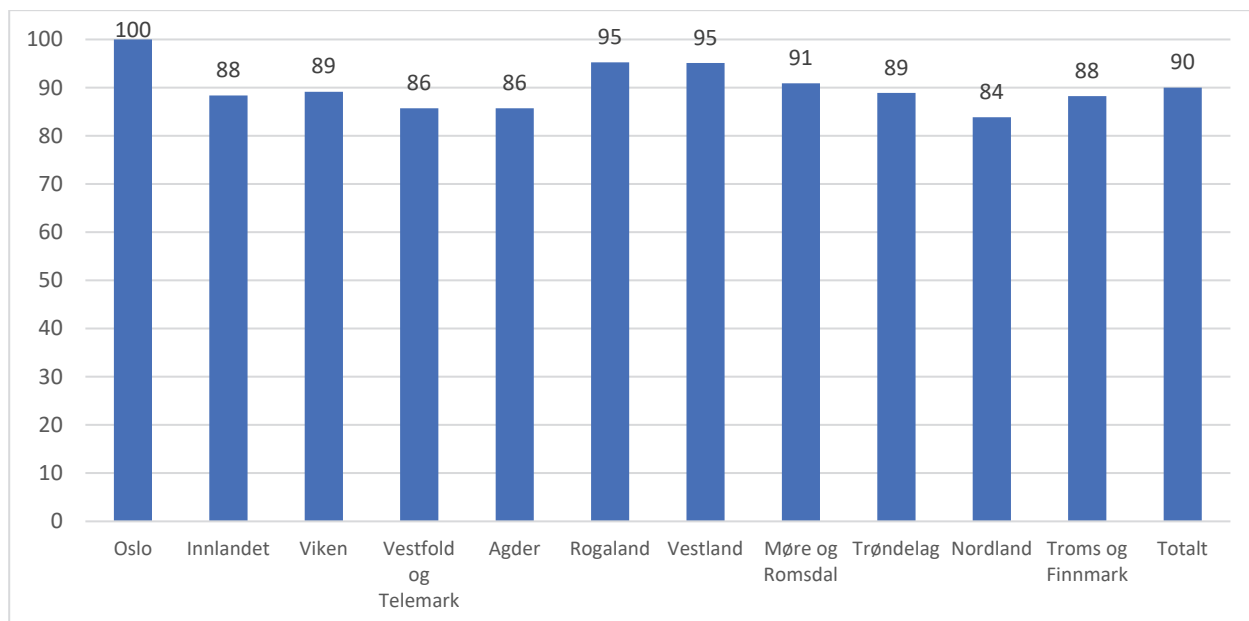
	Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	Samarbeid med spesialisthelse-tjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose	Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep	Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester
Oslo	86	36	36	64	50	43
Innlandet	58	37	35	33	56	58
Viken	41	26	29	36	46	41
Vestfold og Telemark	43	14	10	33	33	38
Agder	52	19	29	10	38	24
Rogaland	40	30	25	30	70	40
Vestland	38	22	24	15	54	34
Møre og Romsdal	36	27	23	18	36	32
Trøndelag	29	26	34	17	31	37
Nordland	42	35	32	40	50	37
Troms og Finnmark	32	21	18	12	41	29
Totalt	43	27	27	26	46	39

9.4 KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i tabell 9.4 svarer 2021 totalt 90 prosent av kommunene i landet at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk (nederste rad). Dette er en økning fra 77 prosent i 2018. Fylkesfordelingen i 2021 er vist i figur 9.3.

Tabell 9.4 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Kommunestørrelse, 2018-2021.

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



Figur 9.3 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskaading og selvmordsforsøk. Fylke, 2021.

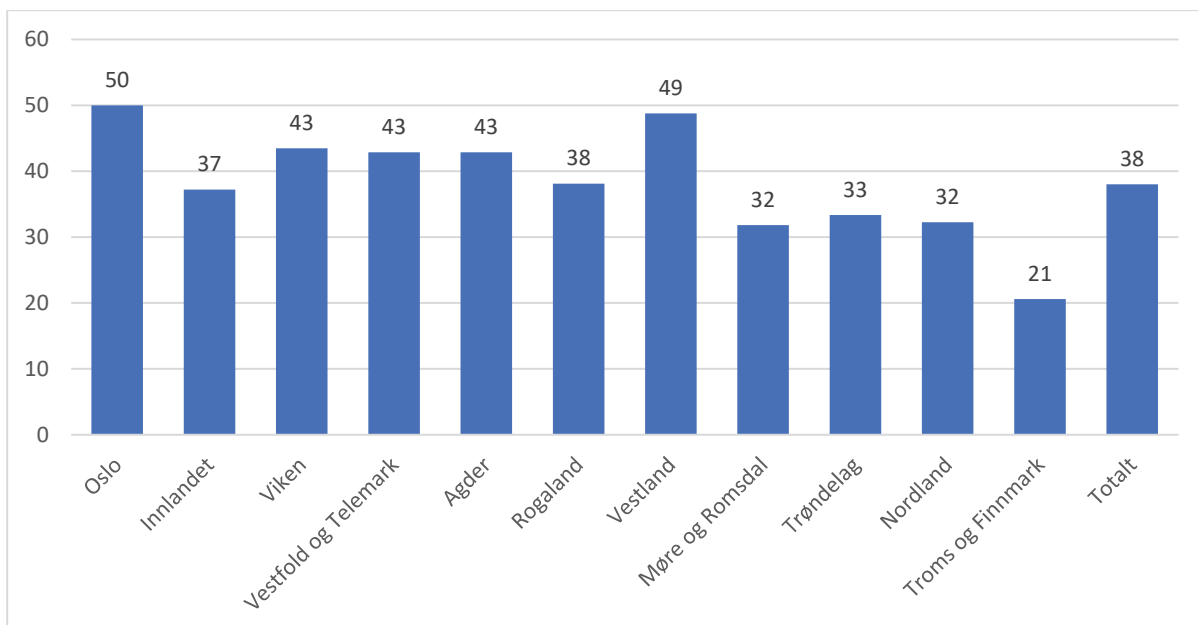
Det er ingen signifikante forskjeller mellom fylkene i 2021, alle har kommet på et høyt nivå.

9.5 PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT

Som vist i siste rad av tabell 9.5, er det en økning fra 26 til 38 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2021, som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre har en slik plan, men det er økning i alle grupper, med unntak av bydelene i Oslo, der det er like stor andel i 2021 som i 2018. Fylkesfordelingen for 2021 er vist i figur 8.3.

Tabell 9.5 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Kommunestørrelse, 2018-2021.

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



Figur 9.4 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant tverrsektorielt samarbeid, 2021.

9.6 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFOREBYGGING

Det er i 2021 spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd.

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

	Antall	Prosent
Ja	131	40
Nei	150	46
Vet ikke	46	14
Total	327	100

Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker i sannsynlighet for å ha gjennomført kompetansehevende tiltak på dette området.

Tabell 9.7 viser at blant de som har gjennomført kompetansehevende tiltak har flest (60 prosent) hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), mens 53 prosent gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, og 15 prosent har hatt kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging).

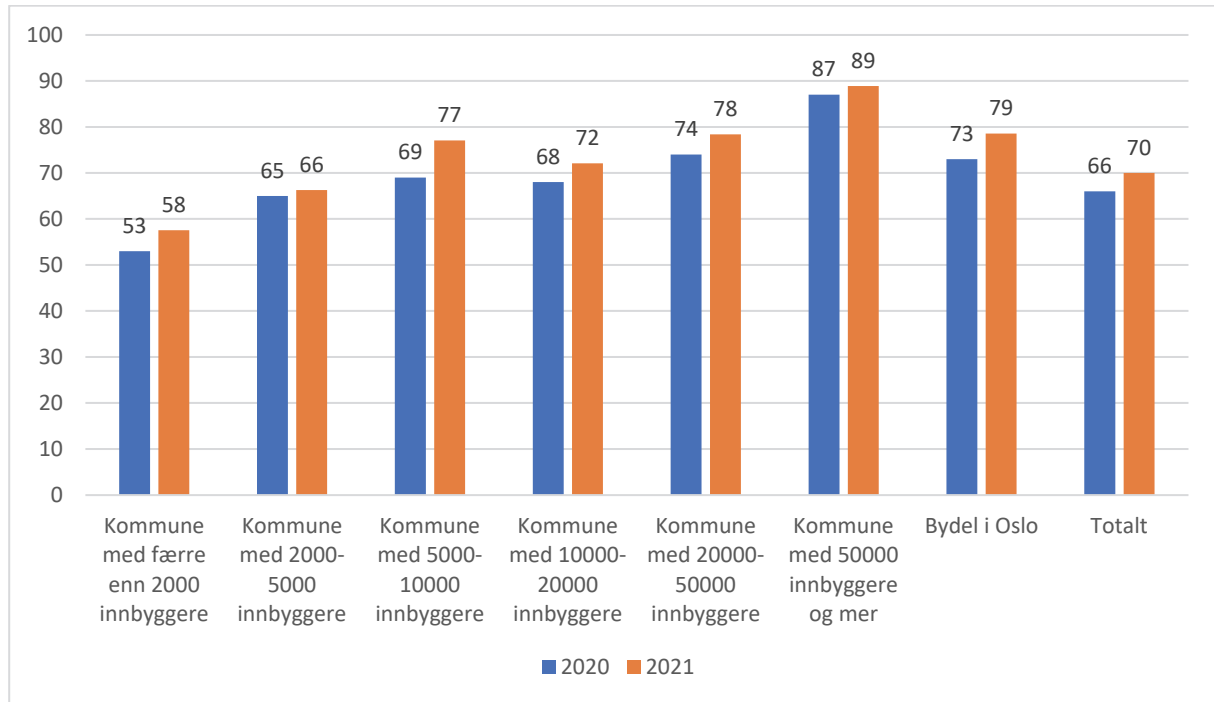
Tabell 9.7 Hvilke kompetansehevende tiltak har ansatte gjennomført når det gjelder arbeid med personer med selvmordsatferd, 2021.

	Antall	Prosent
VIVAT selvmordsforebygging	70	53
Kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)	79	60
Kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)	20	15
Annet, hva:	27	21
Antall kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak	131	100

Blant de 27 som svarer annet, kommenterer de at de har vært på andre kurs som CAMS, e-læringskurs utsendt av direktoratet, angst og depresjonsmestring for eldre, besøk av/kontakt med Kirkens SOS, KoRus, Røde kors, eller kurs og veiledning fra spesialisthelsetjenesten og internundervisning.

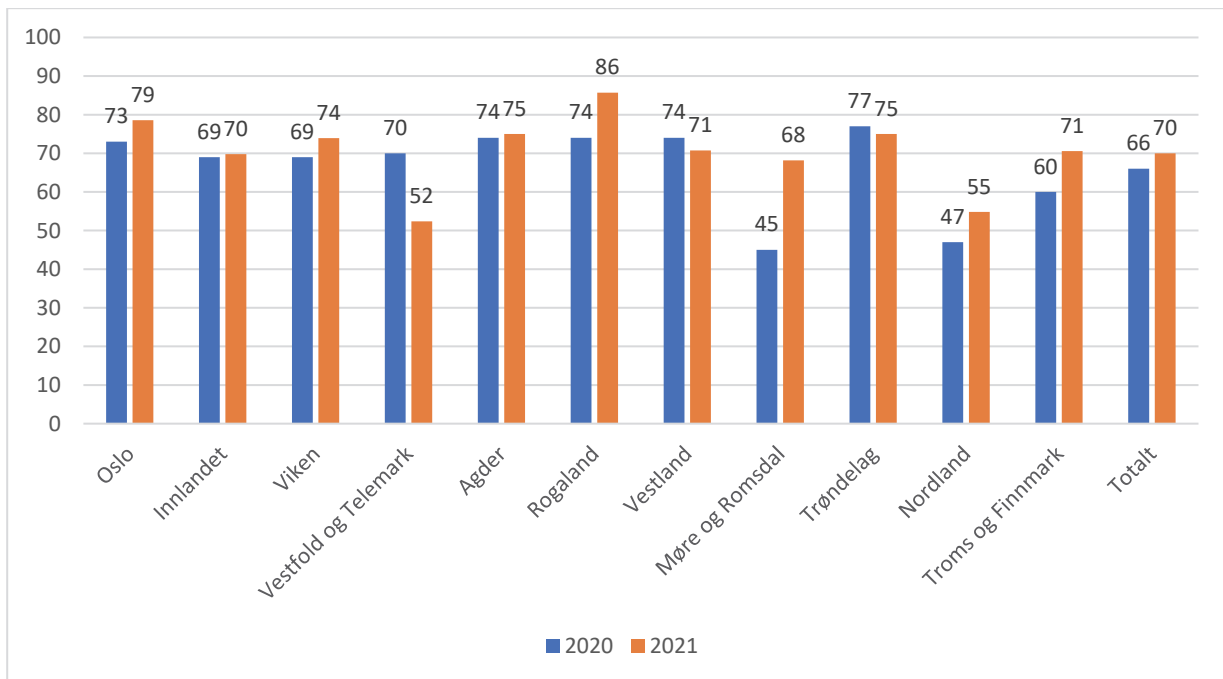
9.7 SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER

Det er i 2021 spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 329 kommunene/bydelene som har svart, er det 231 (70 prosent) som har svart at de har et slikt system. I 2020 var andelen 66 prosent. Fra figur 9.5 ser vi at det er en liten økning i alle kommunestørrelsesgrupper.



Figur 9.5 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.

Det er ingen signifikante forskjeller etter fylke i 2021 (figur 9.6).



Figur 9.6 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Fylke, 2020 og 2021.

9.8 STØRSTE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED VOLD OG OVERGREP

Til slutt i spørsmålene om selvmord, selvskaading, overdose, vold og overgrep, er det i 2020 og i 2021 tatt med et åpent spørsmål om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for å få mer kvalitativ informasjon. I 2020 ble følgende utfordringer trukket fram av kommunene og det er tilsvarende som kommer frem i 2021:

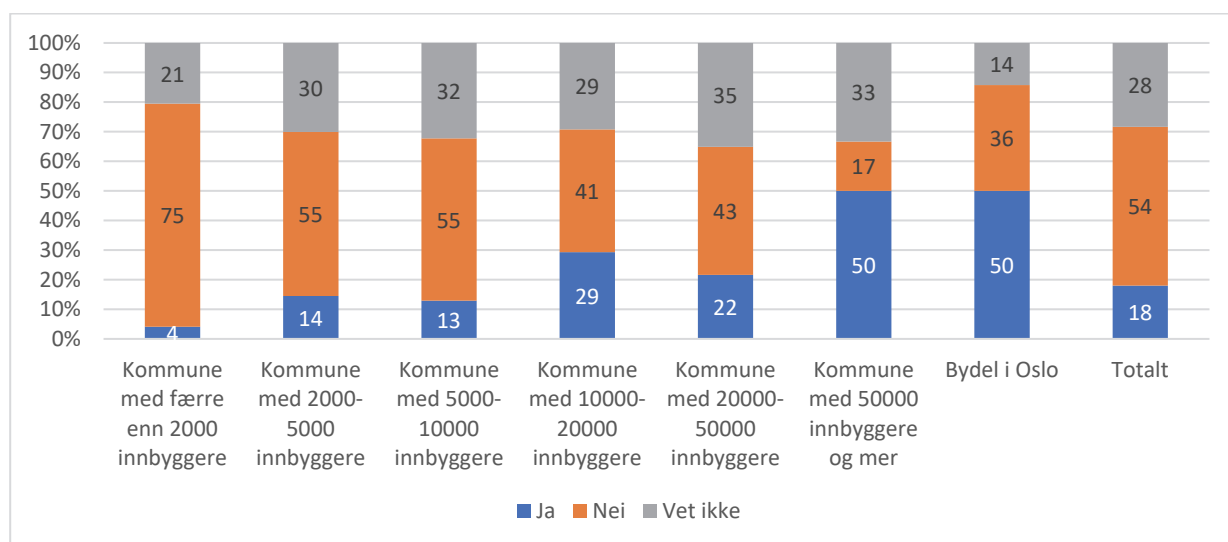
- Avdekking av problemer/identifisering
- Få de utsatte til å ta gode valg og motivere til endring
- Vold og overgrep i rusmiljø er utfordrende
- Å komme i kontakt med de som utøver vold
- Sosiale problemer og sårbare grupper
- Taushetsplikt kan hindre samarbeid
- Frykt for barnevern om de oppsøker hjelp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

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

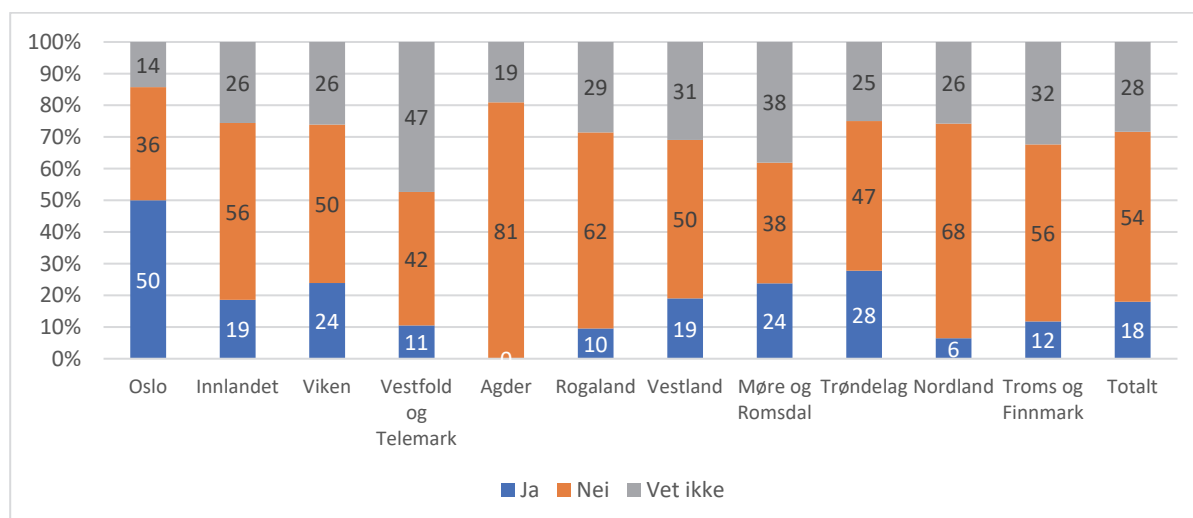
I 2021 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og svarfordelingen er vist i tabell 9.8. Flertallet av kommunene (54 prosent) svarer at de ikke har registrert noen økning, mens 18 prosent svarer at de har registrert en økning. Det er 28 prosent som ikke vet om det har vært en økning.

Tabell 9.8 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. 2021.

	Antall	Prosent
Ja	59	18
Nei	176	54
Vet ikke	93	28
Total	328	100



Figur 9.7 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 9.8 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Fylke, 2021.

Det er 61 som har gitt en kommentar til svaret sitt og en kommune oppgir at de har hatt en økning på bekymringsmeldinger om voldsrelatert problematikk til barnevernet og noen rapporterer om økte henvisninger til sinnemestringskurs og individuell oppfølging. I en kommune har de følgende erfaring:

Dette har blitt avdekket i større grad på helsestasjonen, og det rapporteres at flere kvinner nå ønsker hjelp til å komme seg ut av et voldelig forhold da resten av samfunnet er stengt og det blir ekstra krevende hjemme.

Det er også en del som sier at de ikke vet om det har vært økning, fordi det ikke finnes noen statistikk på dette.

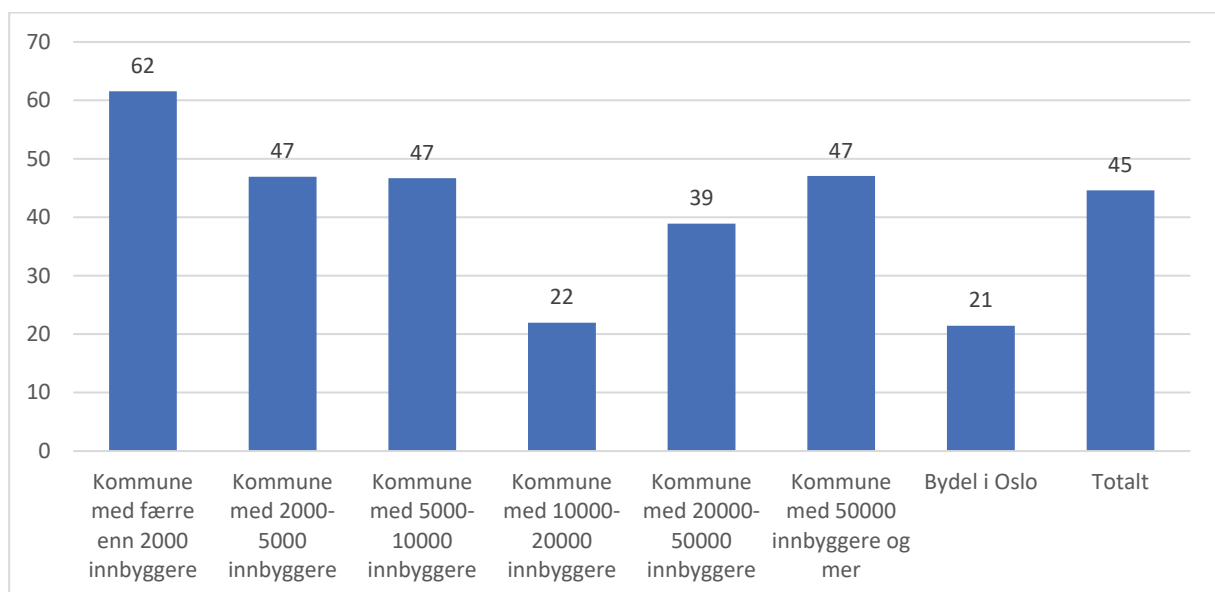
9.10 PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK

Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (7 prosent), se tabell 9.9.

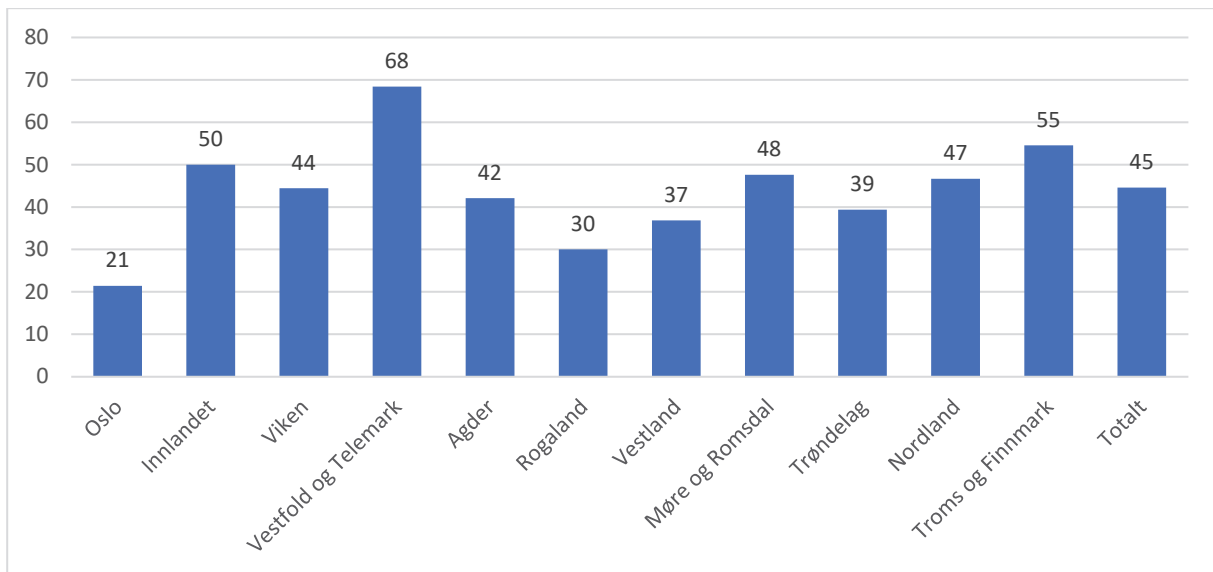
Tabell 9.9 I hvilken grad har kommunen/bydelen lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	3	1
I stor grad	19	6
I noen grad	152	48
I liten grad	92	29
I svært liten grad	48	15
Total	314	100

Vi ser derfor heller på de som svarer at de i liten eller svært liten grad klarer dette etter kommunestørrelse figur 9.9 og 9.10.



Figur 9.9 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i liten eller svært liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 9.10 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i liten eller svært liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Fylke, 2021.

Det er gitt 91 kommentarer til proaktiv oppfølging, og disse inneholder følgende tema:

- Alternativ til vold (ATV) på fylkesnivå har gjort det lettere for tjenesteutøverne å fokusere på dette i kontakt med personer de antar har denne problematikken.
- Avdekking av risikofamilier/personer er vanskelig når de ikke ønsker kontakt med tjenestene
- Jordmor spør alle gravide om de er utsatt for vold
- Tabubelagt tema det er utfordrende for den enkelte å være ærlig om problemene
- Helseyskepleierne er ute i alle klasser og har undervisning om dette med vold og overgrep, og har via dette avdekket tilfeller.
- Ambulant oppfølging vil kunne økes overfor personer med kjent risiko for voldsproblematikk dersom man i større grad klarer å rette fokuset mot en proaktiv holdning til dette.
- Være flere ansatte sammen når de møter personer med voldsrisiko.
- Kalle inn til kontoret heller enn å reise på hjemmebesøk.
- Pasienter og pårørende dekker i stor grad over voldsproblematikk og gir lite opplysninger.
- Kartlegger risiko for vold på alle som mottar tjenester i psykisk helse og rus. Følges opp med samtaler. Motiveres til å delta på sinnemestringskurs i regi av familievernkontoret.

9.11 OPPSUMMERING

Det er 96 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de blir involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord, gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam, mens det nest mest vanlige er å bli involvert når andre tjenester tar kontakt (85 prosent), eller at bruker tar kontakt (82 prosent) eller at det kommer en henvisning (82 prosent). Det er 65 prosent som oppgir at tjenestene involveres gjennom sin oppsøkende virksomhet.

Det er 46 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og andelen som har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk er 43 prosent i 2021. Færre (26-27 prosent) har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter

selvmordsforsøk, oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk og oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose.

Det er nå 90 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet og dette er en økning fra 77 prosent i 2018. Det er også en økning fra 26 til 38 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2021 som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre har en slik plan, men det er økning i alle kommunegruppestørrelser.

Det er i 2021 spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd og det er 40 prosent av kommunene som svarer bekræftende. Vi finner ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker i sannsynlighet for å ha gjennomført kompetansehevende tiltak på dette området. Blant disse er det flest (60 prosent) som har hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), mens 53 prosent har gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, og 15 prosent har hatt kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging).

Det er 70 prosent som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner og det er vanligere i store kommuner enn i små kommuner, men vi finner ingen forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

På et åpent spørsmål om de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, svarer flest at det er å avdekke problemene og indentifisere de som har behov for hjelp, og å få de til å ville ta imot hjelpen som finnes. Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (7 prosent), og 48 prosent svarer at de lykkes i noen grad og 44 prosent svarer at de lykkes i liten eller svært liten grad.

10 KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOMMUNALT SAMARBEID, SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE OG IDEELLE ORGANISASJONER

I dette kapittelet presenteres kommunenes svar på følgende spørsmål om kjøp av private tjenester og samarbeid med frivillig sektor:

- Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Fra private ideelle gjennom rammeavtaler
 - Fra private ideelle gjennom enkeltplasser
 - Fra private kommersielle gjennom rammeavtaler
 - Fra private kommersielle gjennom enkeltplasser
 - Hvilke(t) tilbud i heldøgns bo- og omsorgstjenester er det som kjøpes?
 - Langtidstilbud
 - Akutt-tilbud
 - Overgangstilbud
 - Annet, hva:
 - Hvilke erfaringer har dere med tjenestene dere kjøper fra private aktører?
- Har det vært endringer i kommunens/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året?
 - Hvis ja, hva består endringen av?
- Har dere oversikt over antall plasser og/eller kommunens utgifter til kjøp av private heldøgns bo- og omsorgstjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020?
- Kjøper kommunen/bydelen tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen/bydelen inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen psykisk helse- og rusarbeid?
- I hvilken grad:
 - supplerer tilbud i regi av frivillig/ideell sektor tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen?
 - bidrar frivillig/ideell sektor til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen?
- Hvordan har samarbeidet mellom kommunens/bydelens psykisk helse- og rusarbeid og frivillig/ideell sektor utviklet seg de siste 12 månedene?

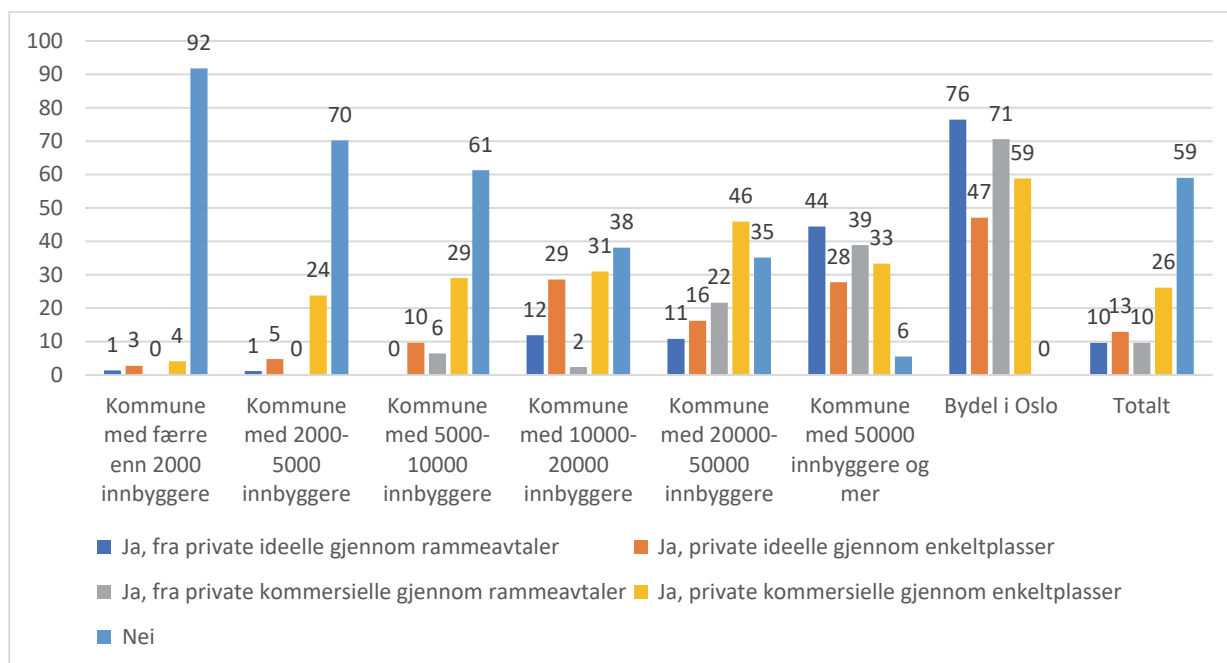
10.1 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE

Som vist i tabell 10.1 er det 59 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2021. Det betyr at 41 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (26 prosent). Det er svært lite endring i andelen fra 2020 til 2021.

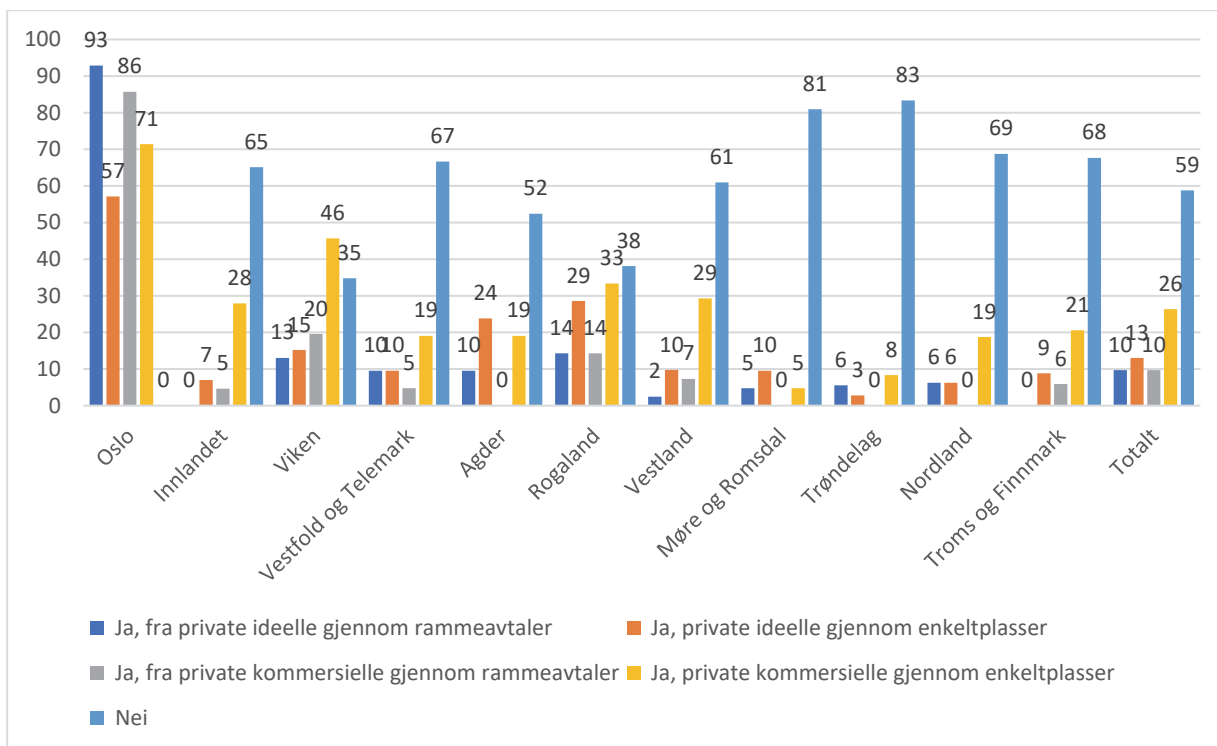
Tabell 10.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, 2019, 2020.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler	Antall	Prosent av alle kommuner/bydeler
Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler	47	11	29	10	32	10
Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser	76	18	40	13	43	13
Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler	36	9	29	10	32	10
Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser	92	22	71	24	87	26
Nei	234	56	171	57	194	59

Fra figur 10.1 ser vi at andel som ikke kjøper tjenester er sterkt fallende med kommunestørrelse og at det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private ideelle og kommersielle gjennom rammeavtaler.



Figur 10.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 10.2 Prosent kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Fylke, 2021.

Vi har også spurt hvilke tilbud i heldøgns bo- og omsorgstjenester som kjøpes fra ulike aktører. Blant de som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private, er det 82 prosent som kjøper ulike langtidstilbud, mens 32 prosent kjøper ulike overgangstilbud og 20 prosent som kjøper ulike akutttilbud. Det er en liten økning i andel som kjøper ulike overgangstilbud fra 2020 til 2021, men fjorårstallene er usikre.

Tabell 10.2 Kommuner/bydelers svar på hvilken type heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører de kjøper, 2021.

	2020		2021	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Langtidstilbud	103	84	112	82
Akutt-tilbud	25	20	27	20
Overgangstilbud	33	27	44	32
Annet	9	7	10	7
Totalt	122	100	136	100

10.2 ERFARINGER MED KJØP FRA PRIVATE

Det er 108 kommuner/bydelers som har svart på hvilke erfaringer de har med kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Noen svarer at de både har gode erfaringer eller blandede erfaringer, mens andre svarer på spesifikke leverandører. Generelt kommer følgende innspill:

- Godt tilbud, men høye kostnader
- Kommunene får ikke kontrollert kvaliteten på tilbudet som kjøpes
- Noen tilbud har manglende kompetanse på psykiske lidelser og rusproblematikk, andre tilbud har nødvendig kompetanse
- Kjøp fra private gjør at kommunen ikke får bygget opp egne tilbud

- Geografisk avstand til tilbudet kan være utfordrende
- Noen opplever noen ganger å bli presset til høyere omsorgsnivå enn det de mener bruker trenger

En kommune oppsummerer erfaringene det slik:

Det er litt varierende erfaringer. Noen av aktørene som har hatt avtale over mange år gir et viktig og godt supplement til kommunens egne tjenester (privatpleien). De fleste av aktørene forholder seg til bestillingen fra kommunen og de faglige føringene som gis. Vi har imidlertid erfart at det i dialogen med spesielt en aktør har gitt store utfordringer. Dette har blant annet dreid seg om faglig tilnærming om hva som er riktig personalintensitet på bruker. Mange av de øvrige langvarige kjøpene har også vært viktige for å stabilisere livssituasjonen for brukerne. Ved å komme ut av en vanskelig bosituasjon med påvirkninger fra miljøet rundt og komme inn i et nytt har mange fått hjelp til å skape stabilitet.

Blant kommunene som kjøper mange tjenester fra private, er det blandede erfaringer:

Det varierer fra sak til sak og fra leverandør til leverandør. Det er ofte krevende overganger fra kjøpt plass til tilbud i egen kommune. Det er ulikt hvor mye de private aktørene har fokus på at pasienten skal tilbake til egen kommune og hvor mye de legger til rette for å sikre gode overganger. Private kjøp er ofte svært kostnadskrevende tilbud, og det er en del av kommunens strategiske grep å bygge opp tiltak i egen regi, fremfor kjøp av private plasser utenfor egen kommune.

Vi har også spurt om det har vært endringer i kommunens/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året. Det er 71 kommuner/bydeler som svarer at det har vært endringer (22 prosent). Noen oppgir at de har kjøpt flere plasser enn før fordi flere har behov, mens andre har kjøpt færre fordi de har bygget opp kommunale tilbud.

Vi har også spurt om de har oversikt over antall plasser de kjøper, og blant de som har oversikt, har de rapportert om totalt 926 plasser fordelt på 106 kommuner/bydeler. Vi har videre spurt om de har oversikt over hva dette koster, og 79 kommuner/bydeler har svart. Totalt rapporterer disse om 1029 millioner kroner, eller i overkant av en milliard kroner. Det betyr at hver plass i gjennomsnitt koster 1.1 millioner. Dette er et anslag og det er vanskelig å si hvor mye de som ikke vet antall plasser eller kostnad kjøper for i tillegg.

10.3 KJØP FRA ANDRE KOMMUNER

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021, se tabell 10.3. Tre prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Det er en liten nedgang i andel kommuner som svarer at de kjøper tjenester fra andre kommuner fra 2019 til 2021, men relativt lavt og stabilt.

Tabell 10.3 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019 (n=436), 2020 (n=295), 2021 (n=330).

	2019		2020		2021	
	Antall	Andel av alle	Antall	Andel av de som har svart	Antall	Andel av de som har svart
Ja, både innen psykisk helse og rusarbeid	33	8	26	9	22	7
Ja, innen psykisk helse	22	5	17	6	10	3
Ja, innen rusarbeid	13	3	2	1	8	2

Vi har videre spurt hvilke tjenester dette er, og som vist i tabell 9.4 gjelder dette særlig heldøgns bo- og omsorgstjenester, og det er lite endring fra 2019 til 2021, men en halvering av andel som svarer at de kjøper andre tjenester enn de nevnte. Annet inkluderer blant annet KAD-plasser, PRH og krisesenter.

Tabell 10.4 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019-2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Andel av alle	Antall	Andel av alle	Antall	Andel av alle
Heldøgns bo- og omsorgstjenester	34	8	19	6	23	7
Arbeids- og aktivitetstiltak	10	2	9	3	7	2
Psykologtjenester	10	2	9	3	8	2
Annet	25	6	19	6	10	3

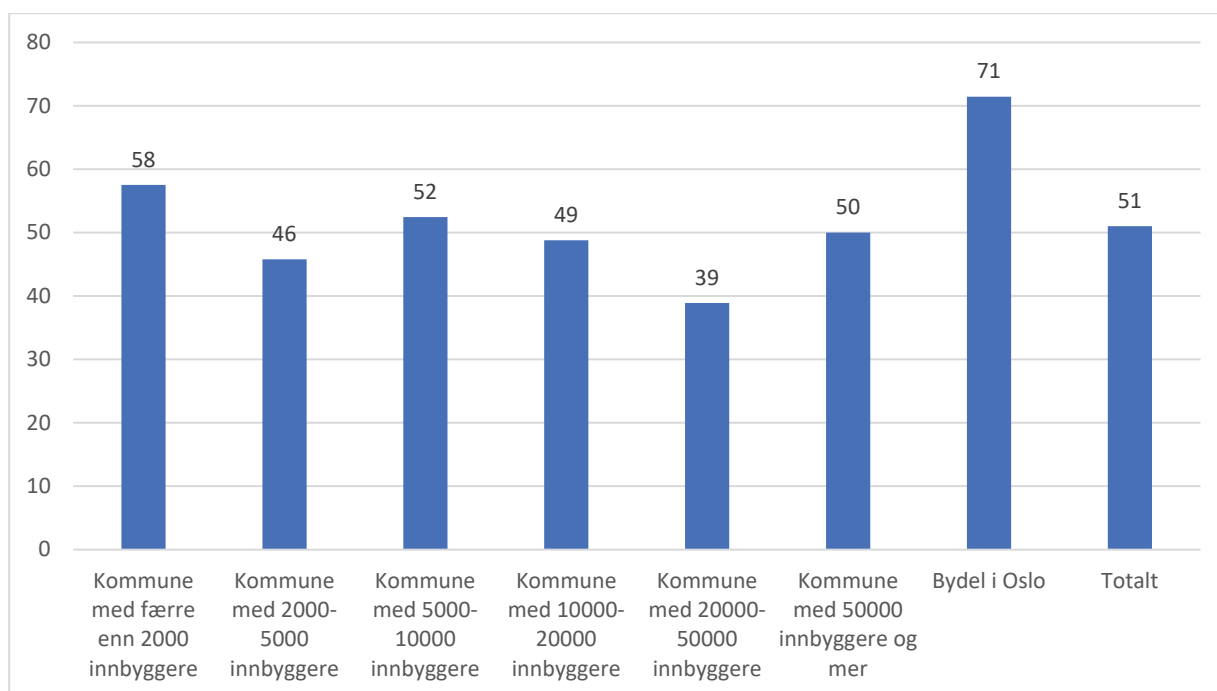
10.4 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Her ser vi nærmere på omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 10.5 svarer 51 prosent av kommunene at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan henge sammen med at mange kommuner ble slått sammen med nabokommuner i 2020.

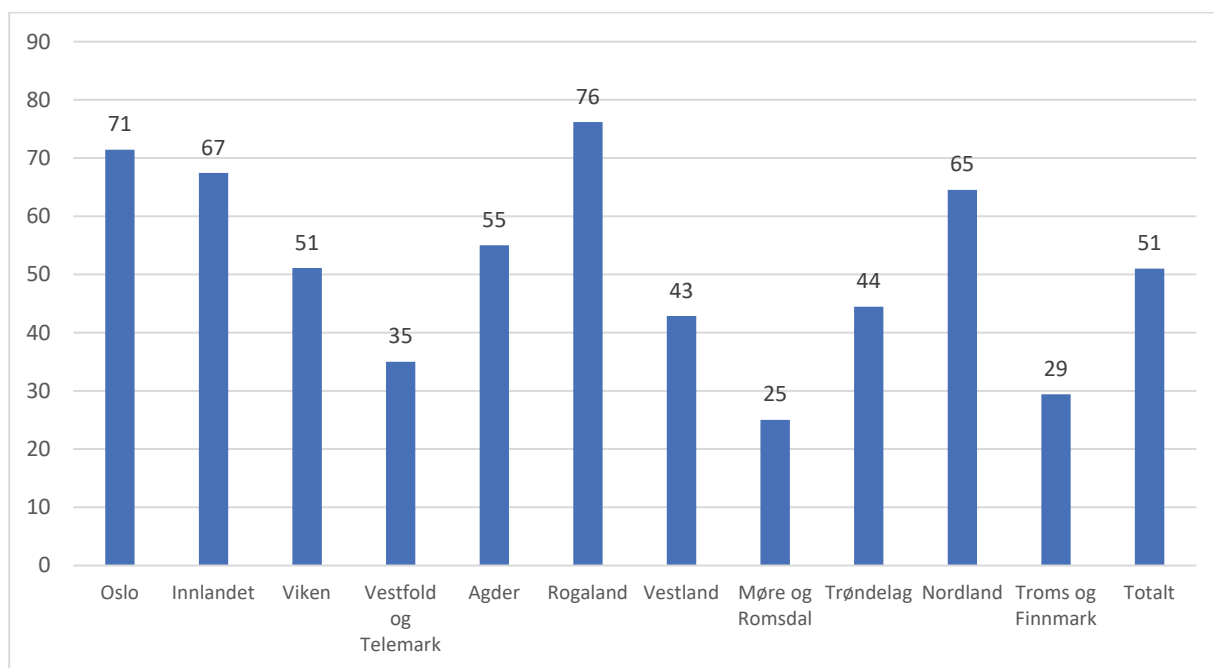
Tabell 10.5 Kommuner/bydelers svar på om de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid, 2019, 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	257	62	181	63	165	51
Nei	157	38	108	37	161	49
Totalt	414	100	289	100	326	100

Vi ser nærmere på fordeling etter kommunestørrelse (figur 10.3) og fylke (figur 10.4).



Figur 10.3 Kommuner/bydeler som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 10.4 Kommuner/bydeler som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid. Fylke, 2021.

Av de 165 kommunene som har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rusarbeid, er det aller flest som har interkommunal KAD-avdeling (44 prosent), mens 37 prosent samarbeider om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam og nesten like mange om psykologtjenester (36 prosent), se tabell 10.6. Det er en økning i andel som har interkommunalt samarbeid om arbeids- og aktivitetstiltak, fra 11 prosent i 2019 til 21 prosent i 2021. Det er også en liten økning i interkommunalt samarbeid innen heldøgns bo- og omsorgstilbud, fra 6 prosent i 2019 til 9 prosent i 2021.

Tabell 10.6 Typer interkommunalt samarbeid, 2019-2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Av alle	Antall	Av alle	Antall	Av alle
Heldøgns bo- og omsorgstilbud	24	6	15	5	15	9
Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	78	18	55	18	61	37
Interkommunal KAD-avdeling	148	34	92	31	72	44
Arbeids- og/eller aktivitetstiltak	50	11	36	12	35	21
Psykologtjenester	78	18	57	19	59	36
Annet	73	17	63	21	66	40

10.5 SAMARBEID MED FRIVILLIGE/IDEELLE ORGANISASJONER

I 2021 er det også spurt om det er inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen fagfeltet og fra tabell 10.7 ser vi at hver fjerde kommune har inngått samarbeidsavtale eller intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner. Syv prosent svarer at de ikke vet, mens nær to av tre kommuner (68 prosent) svarer at de ikke har inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 10.7 Antall og andel som svarer på om kommunen/bydelen har inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen psykisk helse- og rusarbeid, 2021.

	Antall	Prosent
Ja	81	25
Nei	225	68
Vet ikke	23	7
Total	329	100

Det er også spurt om i hvilken grad tilbud i regi av frivillig/ideell sektor supplerer tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen og om i hvilken grad frivillig/ideell sektor bidrar til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. Av de 81 kommunene/bydelene som svarer at de har avtale eller intensjon om samarbeid, er det alle unntatt én som svarer på dette og mange opplever gode bidrag fra frivillig/ideell sektor.

Tabell 10.8 Antall og andel som svarer på om kommunen/bydelen etter bidrar frivillig/ideell sektor, 2021.

	I hvilken grad tilbud i regi av frivillig/ideell sektor supplerer tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen		I hvilken grad frivillig/ideell sektor bidrar til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	8	10	4	5
I stor grad	24	30	27	34
I noen grad	39	49	36	45
I liten grad	8	10	11	14
I svært liten grad	1	1	2	3
Totalt	80	100	80	100

Som vist i tabell 10.9 er det flest som ikke har opplevd noen endring i samarbeidet de siste 12 månedene (48 prosent), mens 21 prosent har opplevd økt samarbeid. De som ikke har samarbeid, har sannsynligvis svart ingen endring eller at de ikke har samarbeid, eller at de ikke vet.

Tabell 10.9 Antall og andel som svarer på hvordan samarbeidet mellom kommunens/bydelens psykisk helse- og rusarbeid og frivillig/ideell sektor har utviklet seg de siste 12 månedene, 2021.

	Antall	Prosent
Mindre samarbeid	17	5
Ingen endring i samarbeidet	158	48
Økt samarbeid	70	21
Har ikke samarbeid	65	20
Vet ikke	17	5
Total	327	100

10.6 OPPSUMMERING

Det er 59 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2021. Det betyr at 41 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (26 prosent). Det er svært lite endring i andelene fra 2020 til 2021. Kommunene har gode erfaringer med de fleste leverandørene, men mange kommenterer at det er kostbare tilbud å kjøpe for kommunene, og at de burde utviklet egne tilbud.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021. Tre prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid. Det er en liten nedgang i andel kommuner som svarer at de kjøper tjenester fra andre kommuner fra 2019 til 2021, og kjøpene ser ut til å gjelde heldøgns bo- og omsorgstjenester.

Det er 51 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2021, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan henge sammen med de mange kommunesammenslåingene i 2020.

I 2021 er det også spurt om det er inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen fagfeltet og hver fjerde kommune svarer at de har inngått samarbeidsavtale eller intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner. Mange av disse kommunene opplever gode bidrag fra frivillig/ideell sektor, både at de supplerer egne tjenester og at de bidrar til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen.

11 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

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

I 2009 startet Helsedirektoratet¹¹ en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det 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 NAPHA¹², som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP, er kompetansesenteret med ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge, er Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder. Både ACT og FACT er lokalbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. Teamene er flerfaglig sammensatt og har høy kompetanse med blant annet sosionom, psykolog og psykiater. Teamene følger opp brukerens behov på en rekke områder som bolig, rusbehandling, psykiatrisk behandling, familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester. Teamene samarbeider også tett med blant andre NAV, sykehusavdelinger og boligtiltak.

NAPHA har oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Pr. oktober 2021 oppgir de følgende liste over team i drift:

Fylke	Team	Deltakere
Troms og Finnmark	FACT Nord- Troms	UNN (DPS Storslett) Skjervøy og Nordreisa kommune
	ACT Tromsø	Tromsø kommune og UNN
	Digital FACT-team Sámi klinihkka	Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Lebesby, Gamvik, NAV Troms/Finnmark og Sámi klinihkka.
	D-FACT Alta	Alta, Hasvik og kanskje Loppa kommune
	D-FACT Øst-Finnmark	Tana DPS/VPP, Berlevåg, Båtsfjord, Nesseby, Tana, Vadsø, Vardø og Sør-Varanger kommune
	D-FACT Hammerfest	Hammerfest, Måsøy og Nordkapp kommune

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

¹² <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

	FACT Tromsø	Tromsø kommune UNN v/ Psykisk helse- og rusklinikken
	FACT Sør-Troms	Harstad kommune Kvæfjord kommune NAV Harstad Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
Nordland	FACT Ofoten	Narvik,
	FACT Vesterålen	Nordlandssykehuset HF (Lofoten og Vesterålen DPS), Sortland, Hadsel og Bø kommune
	FACT Lofoten	Vestvågøy, Vågan, Flakstad og Moskenes kommune
	Nord-Helgeland FACT	Rana kommune - Helgelandssykehuset HF - Mo i Rana ved VOP Hemnes kommune er i forprosjekt
	Nordsalten FACT	DPS Salten (psykoseteam) og kommunene Steigen, Tysfjord Vest og Hamarøy
Trøndelag	FACT Namsos kommune	Namsos kommune
	PART Nidaros	DPS Nidaros Trondheim kommune
	ACT Tiller	DPS Tiller og Trondheim, Klæbu og Melhus kommune
Møre og Romsdal	FACT Nordmøre	
	FACT Romsdal	Helse Møre og Romsdal HF og kommunene Molde, Hustadvika, Rauma, Vestnes, Aukra og Gjemnes.
	ACT Sunnmøre	DPS ambulant seksjon Nordmøre og Romsdal
	ACT Søre DPS Volda	Hareid, Ulstein, Herøy, Sande, Vanylven, Volda og Ørsta Spesialisthelsetjenesten: Helse Møre og Romsdal DPS Volda Ambulantseksjon
Vestland (Sogn og Fjordane)	FACT Nordfjord	DPS Nordfjord, Helse Førde og Stad kommune
Vestland (Hordaland)	FACT Askøy kommune	Øyane DPS/Helse Bergen og Askøy kommune
	FACT Øyane DPS	Øyane DPS, Askøy og Øygarden
	FACT Kronstad 1	Kronstad DPS og bydelene
	FACT Kronstad 2	
	FACT Nordhordland	Bjørgvin DPS/Helse Bergen, Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen kommune
	ACT Bjørgvin DPS	Bergen kommune ved Arna/Åsane bydel og Helse Bergen
	FACT DPS Betanien/psykose-poliklinikk	Bydelene Fyllingsdalen og Laksevåg
	FACT Folgefonn	Interkommunalt samarbeid med Kvinnherad, Jondal, Odda og Ullensvang kommune
	FACT Solli	Solli DPS og Fana bydel (Bergen kommune) og Bjørnafjorden kommune
	FACT Stord	

Rogaland	FACT Sandnes	Sandnes kommune og helse Stavanger
	ACT Haugesund	Haugaland DPS og Haugesund kommune
	FACT psykose Karmøy	Karmøy DPS og Karmøy kommune
	FACT Innover	Karmøy DPS Opptakskommuner Tysvær, Utsira, Bokn, Sveio, Vindafjord, Etne, Sauda og Suldal
	FACT rus	Haudalandet DPS Opptakskommuner: opptakskommunar Karmøy, Haugesund, Tysvær, Utsira, Bokn, Sveio, Vindafjord, Etne, Sauda og Suldal
	ACT Jæren	Jæren DPS og kommunene Klepp, Time, Hå og Gjesdal.
	OBS-team Stavanger	DPS Stavanger og Stavanger kommune
Agder	FACT DPS Lister	DPS Lister og Sirdal, Hægebostad, Flekkefjord, Kvinesdal, Farsund, Lyngdal kommune
	FACT DPS Østre Agder	Arendal, Grimstad, Lillesand, Risør, Tvedestrand, Birkenes, Evje og Hornes, Vegårshei, Bygland, Åmli. DPS Østre Agder
	FACT-team for nysyke som gir behandling av nyoppstått eller uavklart psykoselidelse.	DPS Aust-Agder og Arendal, Evje og Hornes, Birkenes, Lillesand og Risør
	FACT Solvang allmenn	DPS Solvang i samarbeid med Vennesla, Songdalen, Søgne og Kristiansand kommune
	FACT Solvang forsterket	DPS Solvang i samarbeid med Vennesla, Songdalen, Søgne og Kristiansand kommune
	ARA FACT	Opptaksområde alle kommuner i Agder
Vestfold og Telemark		
Viken	Innsatsteam for FACT i Vestre Viken	
	FACT Kongsberg DPS 1	Kongsberg DPS og Øvre Eiker, Kongsberg, Sigdal, Flesberg, Rollag og Nore og Uvdal kommune
	FACT Kongsberg 2	Kongsberg DPS og Øvre Eiker, Kongsberg, Sigdal, Flesberg, Rollag og Nore og Uvdal kommune
	FACT Bærum DPS 1	Bærum DPS og Bærum kommune
	FACT Bærum DPS 2	Bærum DPS og Bærum kommune
	FACT Ringerike	Ringerike, Modum, Hole, Jevnaker, Krødsherad, Flå og Ringerike DPS
	FACT Hallingdal	Ål, Hol, Nesbyen, Hemsedal, Gol og Vestre Viken HF (RDPS Hallingdal)
	FACT Drammen DPS	Drammen DPS og Drammen
	FACT Asker DPS 1	Asker DPS og Asker kommune (integreert team)
	FACT Asker DPS 2	
	FACT Sikkerhet Blakkstad	ingen kommuner, RDPS, KDPS, BDPS, ADPS, DDPS
FACT Fredrikstad/Hvaler	DPS Fredrikstad	

		TSB Fredrikstad Fredrikstad Kommune Hvaler Kommune
	FACT Sarpsborg	Sarpsborg kommune og Sykehuset Østfold ved DPS Halden- Sarpsborg og SMP Sarpsborg
	ACT Moss, Vestby og indre Østfold	Sykehuset Østfold, Indre Østfold-, Skiptvet-, Moss-, Råde-, Våler- og Vestby- kommune
	FACT Frogn, Ås, Nesodden og Follo DPS	
	FACT Nordre Follo	Ski og Oppegård kommune
	FACT Nesodden voksen	Nesodden kommune
OSLO		
FACT Diakonhjemmet sektor	FACT Eldre	Grünerløkka, Frogner, Ullern, Vestre Aker og Diakonhjemmet Sykehus
	RusFACT Vest	Ullern, Vestre Aker, Frogner, Velferdsetaten og Diakonhjemmet sykehus.
	Allmenn FACT, Oslo Vest	Vinderen DPS og Frogner, Ullern og Vestre Aker
	FACT Oslo Vest	Vinderen DPS og Frogner, Ullern og Vestre Aker
FACT Lovisenberg sektor	FACT Gamle Oslo	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	FACT Grunerløkka	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	FACT St. Hanshaugen	Bydel og DPS Lovisenberg DPS, Lovisenberg
	RusFACT Oslo Sentrum	Bydel Gamle Oslo og St. Hanshaugen
FACT Oslo Universitet Sykehus	FACT Østensjø, Oslo sør	Søndre Oslo DPS
	FACT Søndre Nordstrand. Oslo sør	Søndre Nordstrand, Ullevål sykehus (Søndre Oslo DPS)
	FACT Nordstrand, Oslo sør	Nordstrand, OUS (DPS Mortensrud)
	FACT Sagene	Bydel og Nydalen DPS
	FACT Nordre Aker og Bjerke	Bydelene og Nydalen DPS/OUS
Innlandet	FACT Sikkerhet Innlandet	
	FACT Hedmarken	DPS Elverum-Hamar og Ringsaker, Hamar, Stange og Løten, NAV Innlandet
	FACT Gjøvik	DPS Gjøvik og Gjøvik kommune og NAV
	FACT Toten/Land	DPS Gjøvik og kommunene Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land, Nordre Land, NAV
	FACT Sør- Gudbrandsdal	Kommunene Lillehammer, Gausdal, Øyer, Ringebu, Sør-Fron og Nord-Fron, NAV og DPS Lillehammer
	FACT Valdres regionen	Kommunene Vang, Østre-Slidre, Vestre-Slidre, Sør-Aurdal, Nord-Aurdal, Etnedal og DPS Gjøvik, poliklinikk Valdres og NAV Valdres
	FACT Nord Gudbrandsdal	Vågå, Lom, Skjåk, Sel, Dovre og Lesja og Lillehammer DPS avd. Otta
	FACT Hadeland	DPS Gjøvik, avd. DPS Hadeland og kommunene Lunner og Gran, NAV Hadeland og IPS Hadeland

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet NKROP, i samarbeid med NAPHA, i 2017 en rapport som konkluderer med at potensialet for flere ACT- og FACT-team i Norge er stort, også i mindre tett befolkede områder. 94 prosent av befolkningen kan nås av slike team. Med unntak av regioner med færre innbyggere enn 15 000 innbyggere, vil ACT- og/eller FACT-team kunne etableres i hele landet. Befolkningsgrunnlag og reiseavstand synes ikke å være en stor barriere. Om lag 26 000 personer har behov for et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Etablering av flere ACT- og FACT-team bør skje gjennom omstilling av de eksisterende lokalbaserte psykisk helse- og rustjenestene.

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

I 2021 inngår følgende spørsmål:

- Driver kommunen oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team)?
 - Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen:
- Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse? og rusarbeid?
 - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT ung-team (opsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge
 - Andre typer team, hvilke:

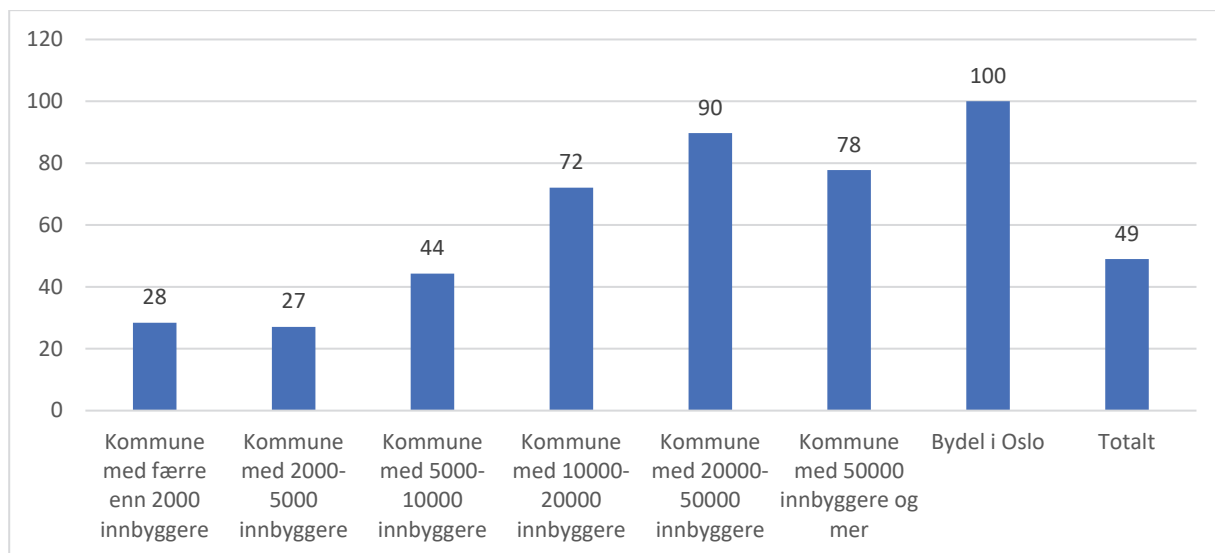
For de som oppgir at de inngår i ACT, FACT eller FACT ung-team, er det spurt om antall team de har eller inngår i.

- Er ACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?
- Er FACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?
- Er FACT ung-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?
- Hvordan erfarer dere at ACT/FACT samarbeidet fungerer?
- Har kommunen/bydelen tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvordan har dette fungert?

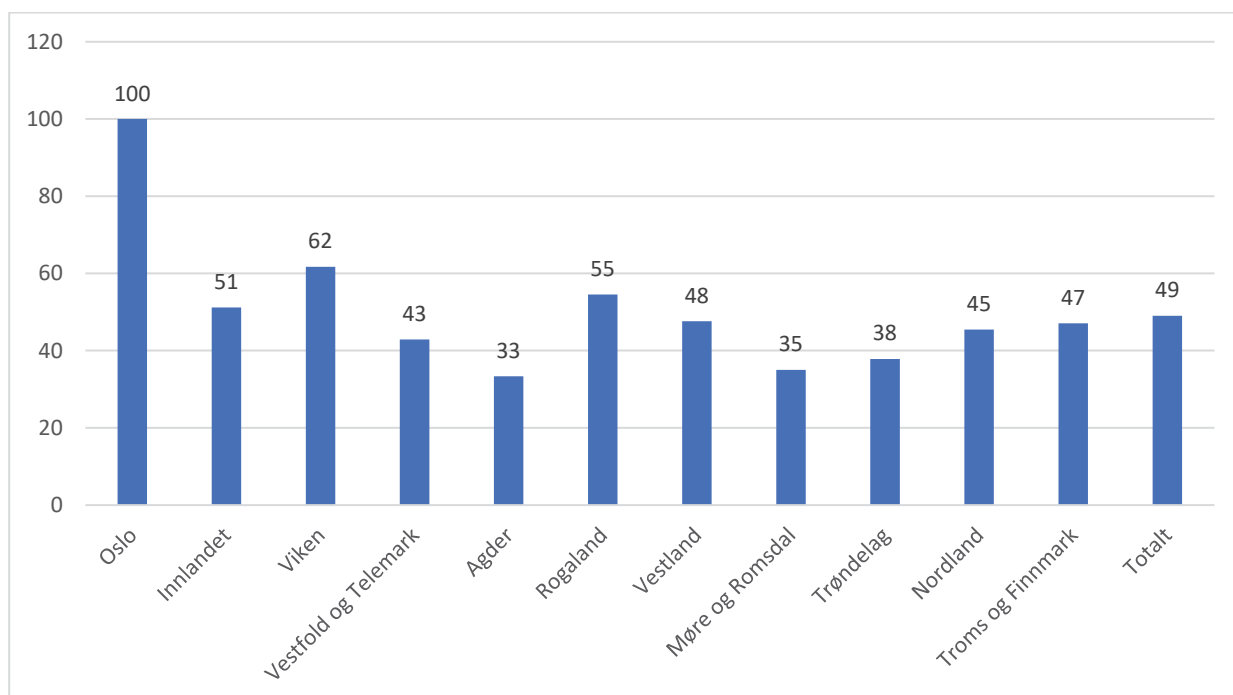
11.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 334 kommuner/bydeler som har svart (90 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ ungdomsteam, FACT/ACT team). Av disse har 165 kommuner/bydeler oppgitt at de har slik aktivitet, og dette utgjør 49 prosent av kommunene/bydelene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 (41 prosent), i 2018 (42 prosent) og i 2019 og 2020 (48 prosent), så det er kun en marginal endring fra 2019/2020 til 2021.

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 11.1, og som tidligere er det en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sannsynligheten for å drive slikt arbeid.



Figur 11.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Kommunestørrelse 2021.



Figur 11.2 Andel kommuner/bydeler som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Fylke, 2021.

MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Det er 163 av de 165 kommunene/bydelene som oppgir at de driver med oppsøkende sosialt arbeid 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-åringene som målgruppe for dette arbeidet. De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

- Risikoutsatt ungdom
- Unge som faller utenfor, for eksempel skolevegrere
- Skoleelever

- Hybelungdom
- Rykker ut når unge har behov
- Alle ungdommer
- De som har kontakt med NAV

Det er helt tilsvarende med tidligere funn. Flere nevner FACT ung, enten at de har etablert et slikt team eller at de holder på å etablere det. Neste år bør vi kartlegge dette gjennom å utvikle svaralternativer basert på de kvalitative svarene i år.

11.2 TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM

Som vist i tabell 11.1 svarer 64 prosent av kommunene/bydelene at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette er en nedgang fra 64 prosent i 2020, men tallene var da beheftet med større usikkerhet enn vanligvis pga. lav deltakelse i kartleggingen.

Tabell 11.1 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. 2020 og 2021.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	189	64	194	58
Nei	107	36	141	42
Total	296	100	335	100

Av de som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 61 prosent av de som oppgir at de har, eller er en del av, et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 24 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 8 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 15 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge.

Tabell 11.2 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse -og rusarbeid, 2020.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	28	14	28	15
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	99	49	118	61
FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge)	6	3	16	8
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	58	29	42	22
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	57	28	47	24
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	30	15	29	15
Andre typer team, hvilke	45	22	38	20
Har krysset for ett eller flere av alternativene	201	54	193	100

Under andre typer team, nevnes AAT, AFR, ARP og andre ambulante team/tjenester. Flere sier også at de er i gang med å etablere FACT Ung, D-FACT og S-FACT eller andre team.

Det er vanskelig å sammenlikne informasjonene fra NAPHA med IS-24/8, da det foreløpig ikke er registrert kommunenummer eller tidspunkt for etablering i oversikten fra NAPHA. Det er også vanskelig å sammenlikne med 2020 tallene fordi datagrunnlaget fra IS-24/8 ikke er komplett for noen av de to siste årene. I 2022 skal vi forsøke å gjøre en grundigere sammenlikning med NAPHA dersom situasjonen og datagrunnlaget tilsier at det er mulig.

11.3 ANTALL TEAM

Helsedirektoratet ønsket vi skulle etterspørre antall team hver kommune har, eller deltar i. Av de 28 kommunene/bydelene som svarer at de har ACT-team, er det 27 som svarer på antall team. Det er 24 av disse som svarer at de har eller inngår i ett team, mens 3 svarer at de er med i to. Men vi ser flere feil her, og det er flere kommuner som oppgir at de er med i flere FACT-team, for eksempel en liten kommune som oppgir at de er med i seks FACT-team, noe som virker lite sannsynlig.

11.4 ERFARINGER MED TEAMENE

Det er gitt 117 svar på hvordan teamene fungerer. Om teamene erfares det at det fungerer godt og etter hensikten. Av kritikk finner vi at det kan være få som passer inn i kriteriene for bruk av teamet, og at de ikke ivaretar den aller dårligste gruppen brukere (med uønsket atferd, sikkerhetsproblemer og dårlig sosial fungering). Det er også kommuner som sier at teamene er styrt etter spesialisthelsetjenestens premisser og at de ønsker mer påvirkning på inntak og utskrivning. Det er også flere som mener at det er få fra hver kommune som får tilbud. Ulike journalsystemer mellom kommunene og teamene nevnes som en utfordring

Noen team er under etablering, eller de har et forprosjekt for etablering av team, særlig FACT-team nevnes. Noen oppgir at oppstarten av teamet er utsatt på grunn av pandemien, og andre at det har vært lite møter med teamene.

Flere kommuner beskriver utfordringer som oppstår når de ikke har egne ansatte i teamet:

For unge ikke kommet skikkelig i gang. For voksne er det etablert en ikke integrert modell. Det vil si at det ikke er ansatte fra kommunen som jobber i FACT teamet. Dette utfordrer ifht samarbeid mellom 1. og 2. linje, og det er stor fare for å yte parallelle tjenester. Det er ikke tilgang til hverandres journalsystem, og informasjon deles sporadisk. Flere av de ansatte i 2. linjen har heller erfaring eller kompetanse ut over det 1. linjen har.

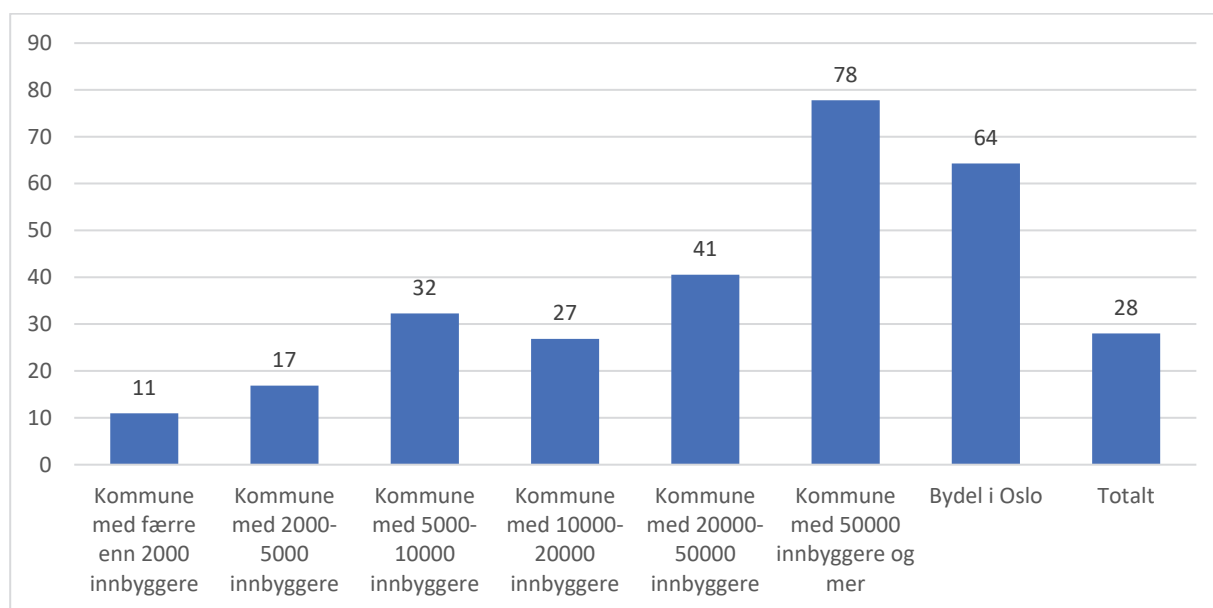
Generelt har kommunene god erfaring med teamene, men det er fortsatt en del kommuner som fortsatt mangler erfaring med å ha brukere i teamene – men de er positive. Flere beskriver også at samarbeidet har blitt bedre og bedre fra teamet ble etablert, så det virker å være gode prosesser rundt mange av etableringene.

11.5 DIGITALE LØSNINGER FOR OPPSØKENDE TEAM INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

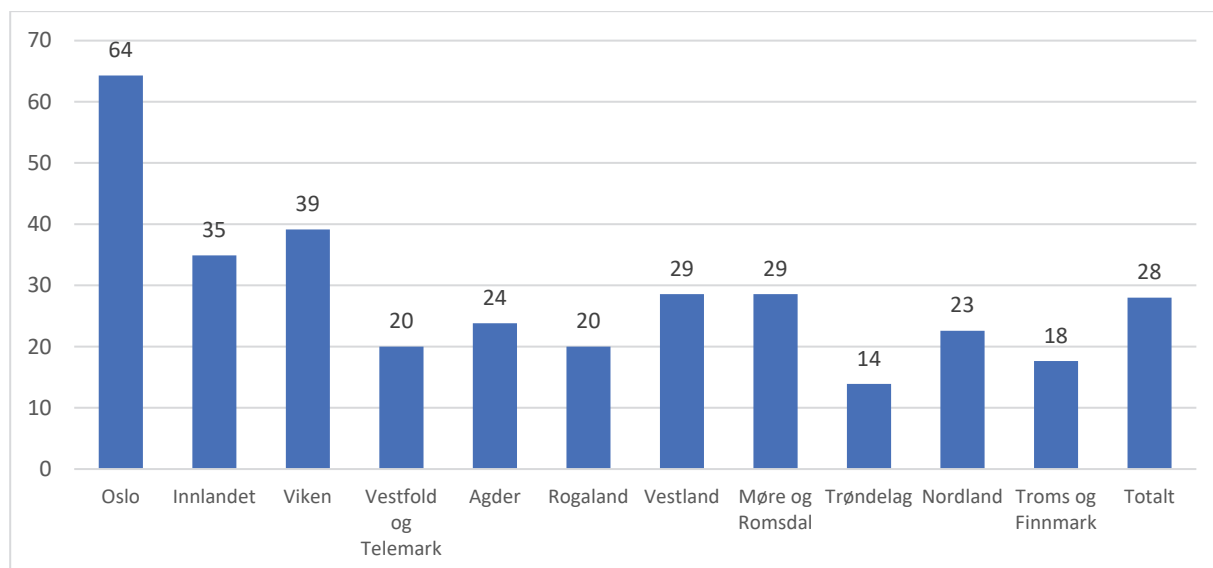
Det er 328 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (88 prosent) om de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team for målgruppen, og det 28 prosent av disse som svarer at de har det.

Tabell 11.3 Antall og prosent av kommunene som har svart på om de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 2021.

	Antall	Prosent
Ja	91	28
Nei	217	66
Vet ikke	20	6
Total	328	100



Figur 11.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 11.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2021.

11.6 OPPSUMMERING

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og ikke etablerte team. Det er nå så mange team at det er lettere å se på de som ikke har slike team. Ut ifra NAPHAs oversikt ser det nå ut til å være etablert 83 FACT og ACT team.

Av de som 58 prosentene av kommunene/bydelene som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 61 prosent av de som oppgir at de har, eller er en del av, et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 24 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 8 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 15 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge.

Det er videre 49 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (for eksempel utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Dette er en liten økning fra 2017 (41 prosent). Målgruppe for arbeidet varierer, men det mest vanlige ser ut til å være tilbud til aldersgruppen 13-20 år og 13-23 år, men det er også noen som har 12-18 eller andre aldersgrupper. Flere nevner FACT ung, enten at de har etablert et slikt team eller at de holder på å etablere det.

Det er 61 prosent av de som oppgir at de har, eller er en del av et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 24 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 8 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 15 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Generelt har kommunene god erfaring med teamene, men mange mangler foreløpig erfaring med å ha brukere i teamene – men de er positive. Flere beskriver også at samarbeidet har blitt bedre og bedre fra teamet ble etablert, så det virker å være gode prosesser rundt mange av etableringene.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team innen psykisk helse- og rusarbeid.

12 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD, PSYKIATRISK LEGEVAKT OG TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

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

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

I innledningen til veileder om Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, står det ellers:

"Når det gjelder tilbudet til voksne pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, legges det til grunn et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen slik tilfellet er innenfor somatikken. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevende døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter. Når det gjelder finansieringen av plassene vil de økonomiske rammene komme i de ordinære budsjettprosessene."

I 2019 spurte vi hvor kommunen hadde organisert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. I overkant av 80 prosent av kommunene svarte at tilbudet var integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens resten hadde organisert tilbudet som et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen. Flertallet i alle kommunegrupper (70–95 prosent) hadde integrert tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, med unntak av Oslo der 64 prosent av bydelene hadde organisert tilbudet som et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen.

I 2020 var det ti prosent av kommunene som ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen, det er en nedgang fra hver tredje kommune uten et slikt tilbud i 2017. Av alle kommunene hadde 37 prosent etablert interkommunal ØHD-avdeling, mens 22 prosent hadde etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem. Ti prosent oppga at tilbudet er etablert i forbindelse med legevakt, og fire prosent hadde tilbudet i forbindelse med lokal- eller distriktsmedisinsk senter. De ti prosentene som ikke hadde etablert et tilbud, hadde ulike begrunnelser på hvorfor tilbudet ikke er etablert. Noen svarte at det har vært forsøkt, andre at det ikke har vært prioritert eller at det ikke har vært behov for et slikt

tilbud. Halvparten av kommunene svarte at disse plassene i liten grad blir brukt, og plassene ser naturlig nok ut til å i størst grad brukes i kommuner med mange innbyggere. Det var ingen endring fra 2019 til 2020 i andel som svarte at plassene ble brukt i liten grad.

I 2021 inngår følgende spørsmål:

- Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold:
 - Nei
 - Ja, eget kommunalt tilbud
 - Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)
 - Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter
 - Ja, i forbindelse med legevakt
 - Ja, i bofellesskap eller sykehjem
 - Ja, annet, hva
 - Nei
 - Hva er årsaken(e) til at tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold ikke er etablert?
- Vennligst oppgi hvilke kommuner dere har interkommunal KAD-avdeling med
- I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet?
- Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende)?
 - Hvis ja, beskriv kort tilbudet:
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid? (utover legevakt og personell knyttet til boliger)
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?

12.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT

Det er i 2021 totalt 37 kommuner (11 prosent) som svarer at de ikke har etablert et "øyeblikkelig hjelp døgntilbud" for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Fordi kommunene kan ha opprettet flere tilbud, er det mulig å sette flere kryss, se tabell 12.1.

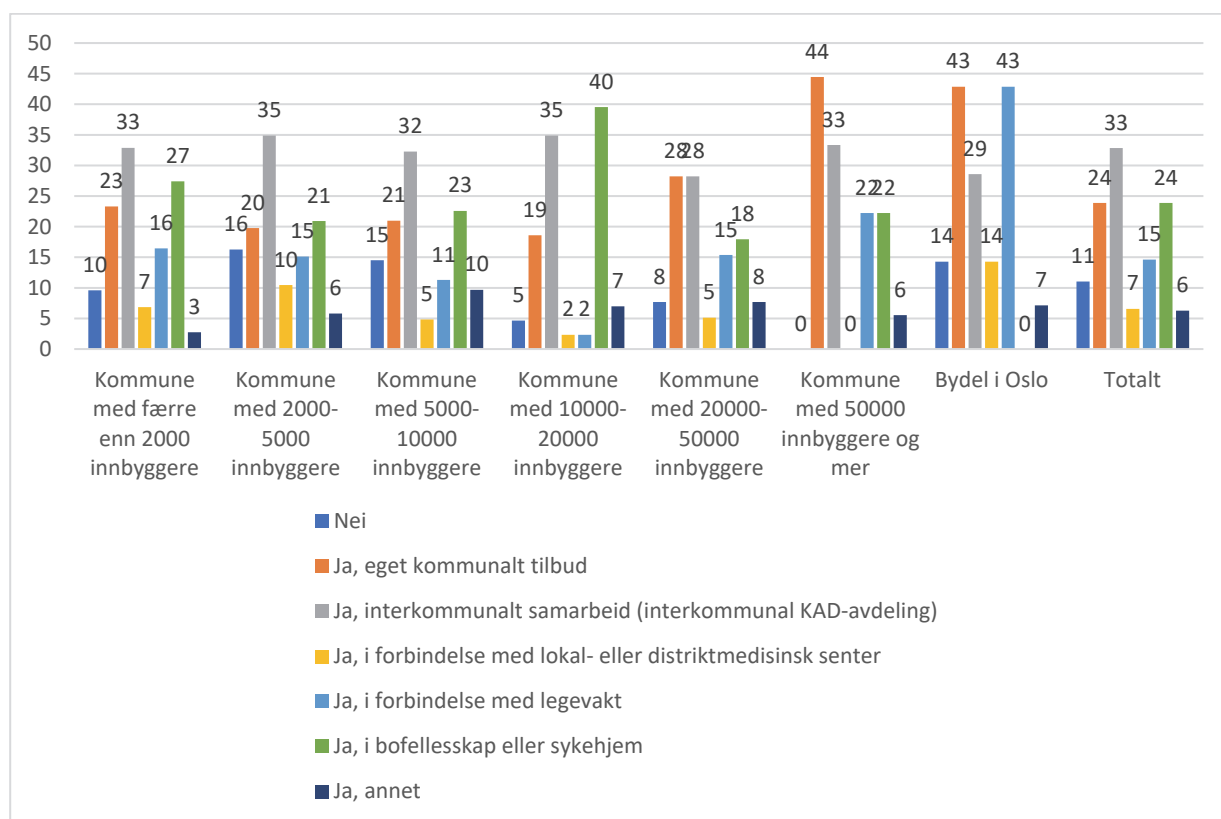
Det er flest kommuner som har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (33 prosent), mens 24 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

Tabell 12.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? 2019 (n=436), 2020 (n=298), 2021 (n=335)

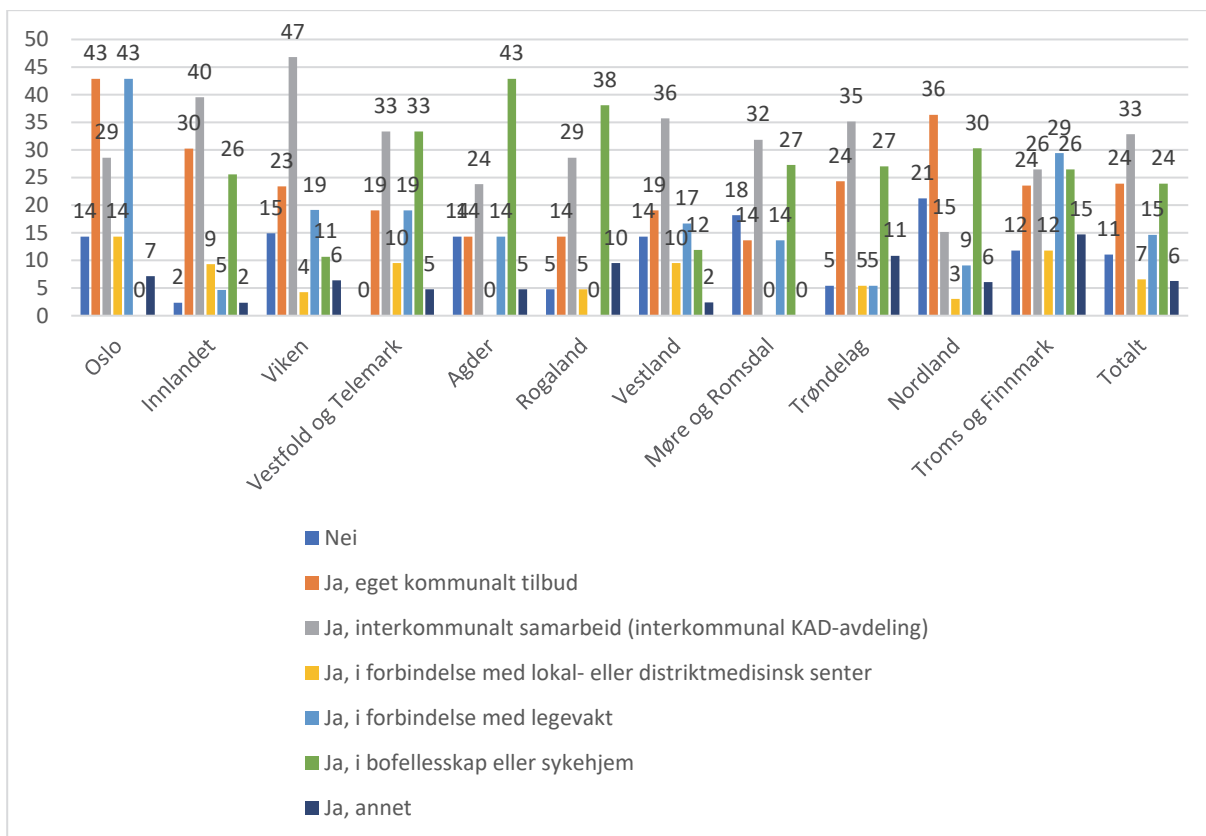
	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei	37	8	31	10	37	11
Ja, eget kommunalt tilbud	93	21	70	23	80	24
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	171	39	109	37	110	33
Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter	25	6	11	4	22	7
Ja, i forbindelse med legevakt	51	12	31	10	49	15
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	81	19	66	22	80	24
Ja, annet	30	7	22	7	21	6

Av de 21 kommunene som svarer at de har etablert et annet tilbud, nevnes blant annet ambulant team, at det etableres ved individuelle behov, ROP-team, at de samarbeider med hjemmetjenesten. KAD-senger nevnes av flere.

Svarfordeling etter kommunistørrelse og fylke er vist i figur 12.1 og figur 12.2.



Figur 12.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Kommunistørrelse, 2021.



Figur 12.2 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Fylke, 2021.

12.2 ÅRSÅK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT

Av de 37 kommunene/bydelene som ikke har etablert tilbudet, er det 30 som forklarer årsaken. De fleste svarer at det ikke har vært behov for et slikt tilbud og at spesialisthelsetjenesten dekker dette. Andre sier at de ikke har lykkes i å få på plass et samarbeid om dette, enten med andre kommuner eller med spesialisthelsetjenesten. Noen oppgir at de arbeider med å få på plass tilbud, mens andre nå utreder mulighetene:

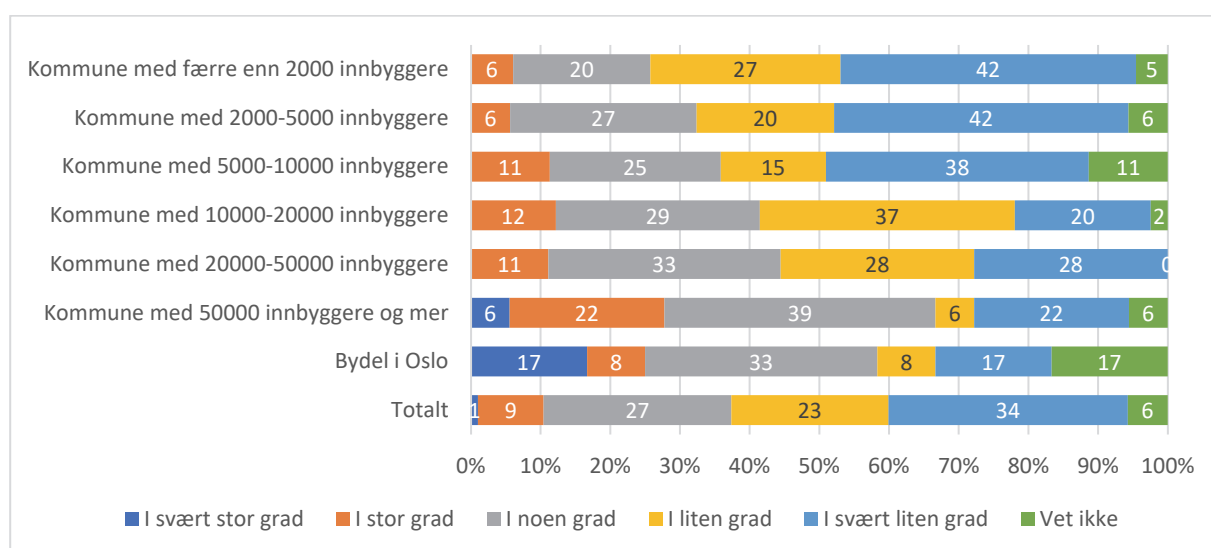
Vi har samarbeid med legevakt i en kommune som kontaktes ved behov. Behov for akutt innleggelse/døgnopphold oversendes til sykehuset. Kommunen her har ikke etablert fasiliteter som kan betjene et slikt tilbud. Dette er under utredning på det politiske plan.

12.3 BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?

Som vist i tabell 12.2 svarer 57 prosent av kommunene at plassene i liten grad eller svært liten grad er benyttet, mens 10 prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. Det er en økning i andel som svarer at plassene i liten eller svært liten grad benyttes fra 50 prosent i 2019 og 2020. Svarfordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 12.3 og etter fylke i figur 12.4.

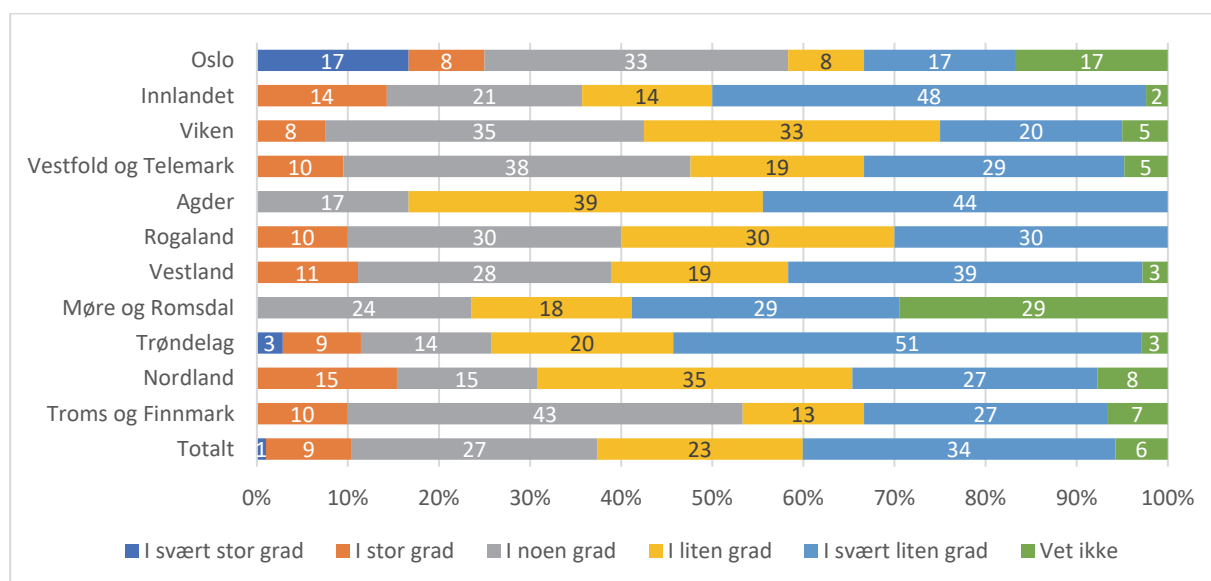
Tabell 12.2 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad de erfarer at disse plassene blir benyttet? 2019, 2020 og 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	119	29	84	29	102	34
I liten grad	87	21	60	21	67	23
I noen grad	118	29	89	31	80	27
I stor grad	41	10	26	9	28	9
I svært stor grad	8	2	8	3	3	1
Vet ikke	39	9	24	8	17	6
Totalt	412	100	291	100	297	100



Figur 12.3 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad plassene har blitt benyttet. Kommunestørrelse, 2021.

Selv om mange av de små kommunene svarer at plassene i liten grad er benyttet, er det mer enn hver fjerde kommune som oppgir at plassene blir benyttet i stor eller noen grad i alle kommunegrupper.

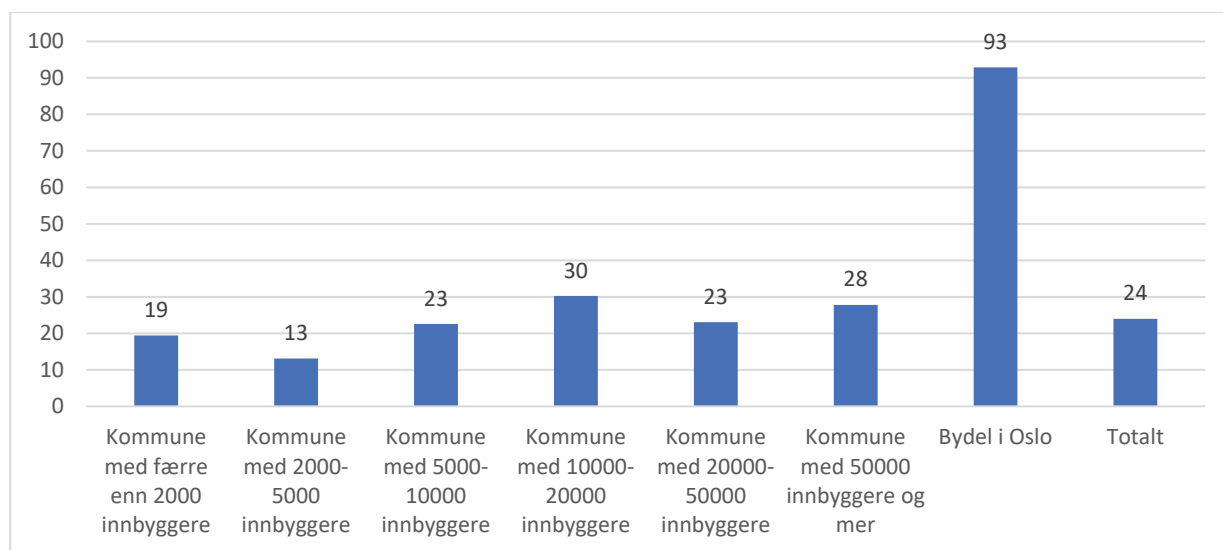


Figur 12.4 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad plassene har blitt benyttet. Fylke, 2021.

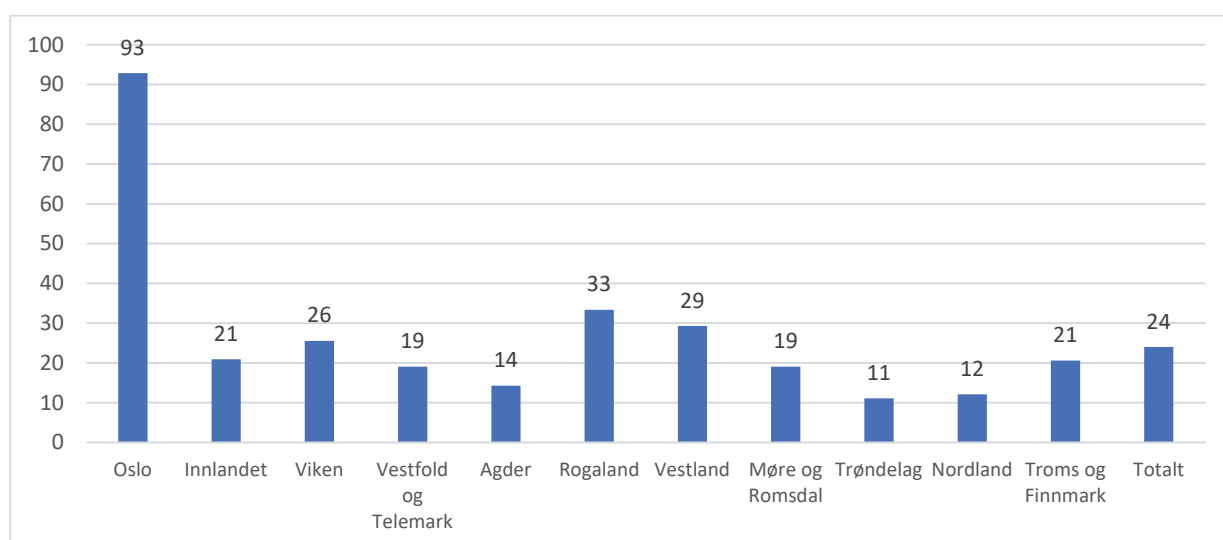
Med unntak av at bydelene i Oslo i større grad svarer at plassene er benyttet, er det ikke betydelige forskjeller i fordelingene mellom fylker.

12.4 PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKENDE

Det er i 2021 også spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser som psykiatrisk legevakt eller liknende. Det er 332 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (89 prosent), og av disse er det 79 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud. Figur 12.5 viser prosent av kommunene som har tilgang på et slikt tilbud etter kommunestørrelse, mens fylkesforskjellene er vist i figur 12.6.



Figur 12.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Kommunestørrelse, 2021.

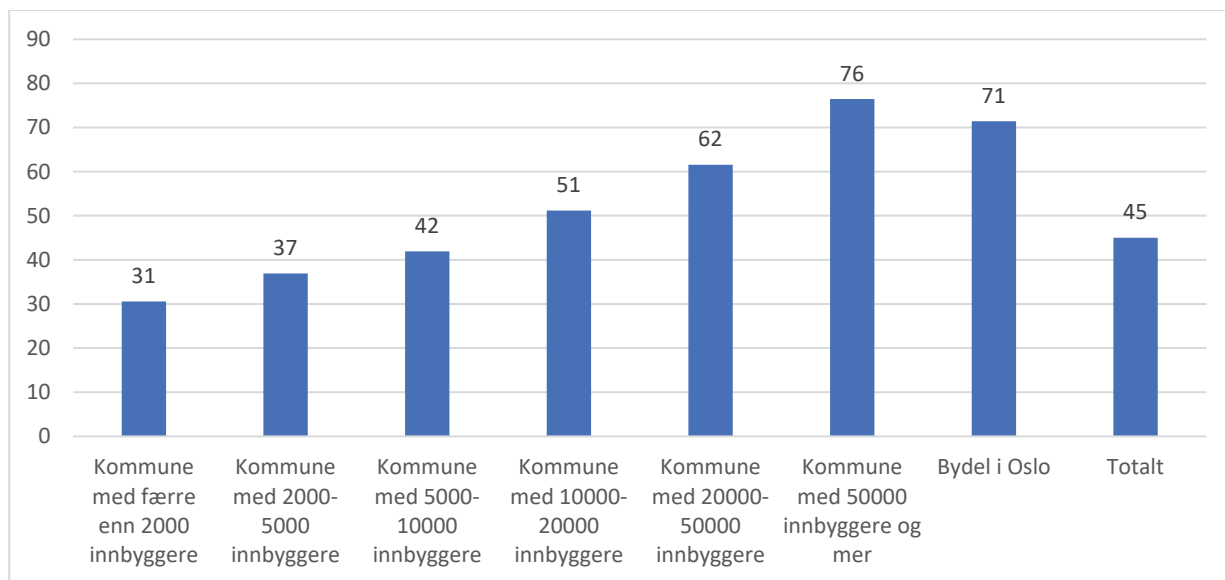


Figur 12.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Kommunestørrelse, 2021.

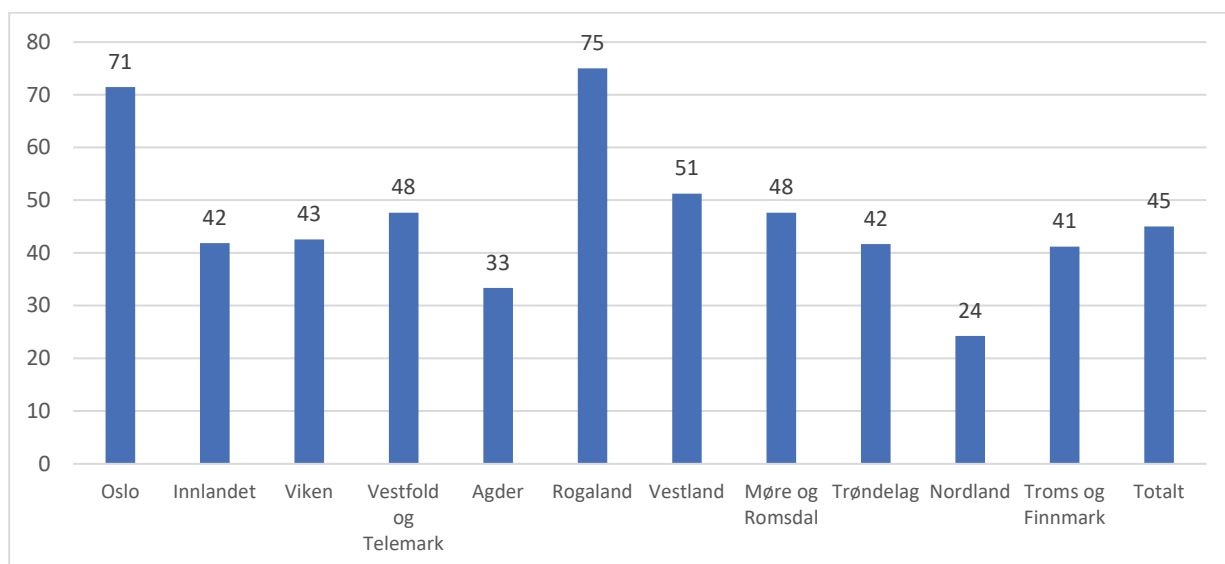
Disse tilbudene er typisk ulike ambulante team, ordinær legevakt og psykososialt kriseteam.

12.5 TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD

I 2021 er det også spurt om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 331 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på dette spørsmålet, og av disse er det 148 (45 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud. Fordelingen etter kommunistørrelse er vist i figur 12.7 og etter fylke i figur 12.8.



Figur 12.7 Prosent av kommunene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Kommunistørrelse, 2021.



Figur 12.8 Prosent av kommunene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Fylke, 2021.

Her nevnes det ulike ambulante team, hjemmetjenester, utekontakter, ungdomsteam, møteplasser og noen samtaletilbud.

12.6 RASK PSYKISK HELSEHJELP

Som vist i tabell 12.3 er det 22 prosent (73 kommuner/bydeler) som svarer at de har et eget tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen, mens tre prosent svarer at de har et slikt tilbud gjennom et interkommunalt samarbeid. Det er 207 kommuner eller 63 prosent som ikke har et slikt tilbud, mens 14 prosent svarer at det er under planlegging.

Tabell 12.3 Antall og prosent som svarer på om det er etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen. 2021.

	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	73	22
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	11	3
Nei	207	63
Under planlegging	39	12
Svart	329	100

Totalt melder kommunene om 311 årsverk i dette tilbudet, og dette utgjør under 2 prosent av årsverkene i tjenestene.

12.7 OPPSUMMERING

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom, og fra 1. januar 2017 ble plikten utvidet til å også gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Våren 2017 oppga hver tredje kommune at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Våren 2018 var det 17 prosent som ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for målgruppen. I 2020 var andelen ti prosent (usikre tall), og i 2021 er det 11 prosent som svarte at de ikke har etablert et slikt tilbud for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Blant de 37 kommunene som ikke har etablert tilbudet, oppgir de fleste at årsaken er at det ikke har vært behov for et slikt tilbud for målgruppen og at spesialisthelsetjenesten tar seg av dette. Andre oppgir at de ikke har lyktes med å få på plass et samarbeid om dette, enten med andre kommuner eller med spesialisthelsetjenesten. Noen oppgir at de arbeider med å få på plass tilbud, mens andre nå utreder mulighetene politisk.

De er flest kommuner som svarer at de har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (33 prosent), mens 24 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

Det er 57 prosent av kommunene som oppgir at plassene i liten grad eller svært liten grad er benyttet, mens 10 prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. I 2019 og 2020 var det 50 prosent som svarte at plassene i liten grad ble benyttet, mens 12 prosent svarte at de i stor grad ble benyttet.

Det er i 2021 også spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser, som psykiatrisk legevakst eller liknende. Det er 332 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (89 prosent), og av disse er det 79 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud.

I 2021 er det også spurt om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 331 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på dette spørsmålet, og av disse er det 148 (45 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud.

Det er 73 kommuner/bydeler som svarer at de har et eget tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen (22 prosent), mens 11 kommuner/bydeler svarer at de har et slikt tilbud gjennom et interkommunalt samarbeid (tre prosent). Det er 207 kommuner (63 prosent) som ikke har et slikt tilbud, mens 39 kommuner/bydeler (14 prosent) svarer at et slikt tilbud er under planlegging.

13 ARBEIDSTILTAK

Yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 20 årene. De siste 10 årene har den evidensbaserte varianten av "Supported Employment" (SE) og "Individual Placement and Support" (IPS) blitt utprøvd og tatt i bruk i Norge. SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". IPS har den sterkeste støtten i internasjonal forskning når det gjelder gode resultater på arbeidsdeltakelse for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det har vært flere satsinger på arbeidsrettet oppfølging og rehabilitering i Norge, blant annet gjennom nasjonale planer for arbeid og psykisk helse, opptrappingsplanen for rusfeltet og nå sist Inkluderingsdugnaden.

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar, etter NAV-reformen. I 2016 spurte vi derfor eksplisitt om kommunene har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi spurte også om samhandlingen med NAV og andre. Vi konkluderte i 2016 med at 48 kommuner og åtte bydeler i Oslo hadde tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Innen rusarbeid hadde 36 kommuner og fem bydeler tatt i bruk IPS. Det var typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

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

I 2019 var det fortsatt overkant av 60 prosent av kommunene som hadde etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet og det var fortsatt ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse.

IPS/SE innen psykisk helsearbeid var tatt i bruk i 30 prosent av kommunene i 2019, dette var en økning fra 21 prosent i 2018. Det var 26 prosent av alle kommuner som svarte at de hadde tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid i 2019, en økning fra 21 prosent i 2018. Det var i 2019 en del kommuner som opplevde at spesialisthelsetjenesten hadde lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser (23 prosent), men få som mente at kommunen selv har lite fokus (tre prosent). Det samme bildet fant vi da vi spurte om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 22 prosent svarte at TSB har lite fokus, og seks prosent svarte at de som kommune hadde lite fokus på arbeid og utdanning i 2019. Det var betydelige forskjeller mellom ulike opptaksområder for helseforetakene i fjorårets rapportering. Innen psykisk helsevern kom Sogn og Fjordane bedre ut enn de andre helseforetakene, mens både Sogn og Fjordane, Helse Møre og Romsdal og Telemark kom bedre ut enn andre opptaksområder innen TSB når det gjaldt opplevd fokus på arbeid og utdanning i spesialisthelsetjenesten. Resultatene for 2021 presenteres i det følgende.

13.1 DATAGRUNNLAG

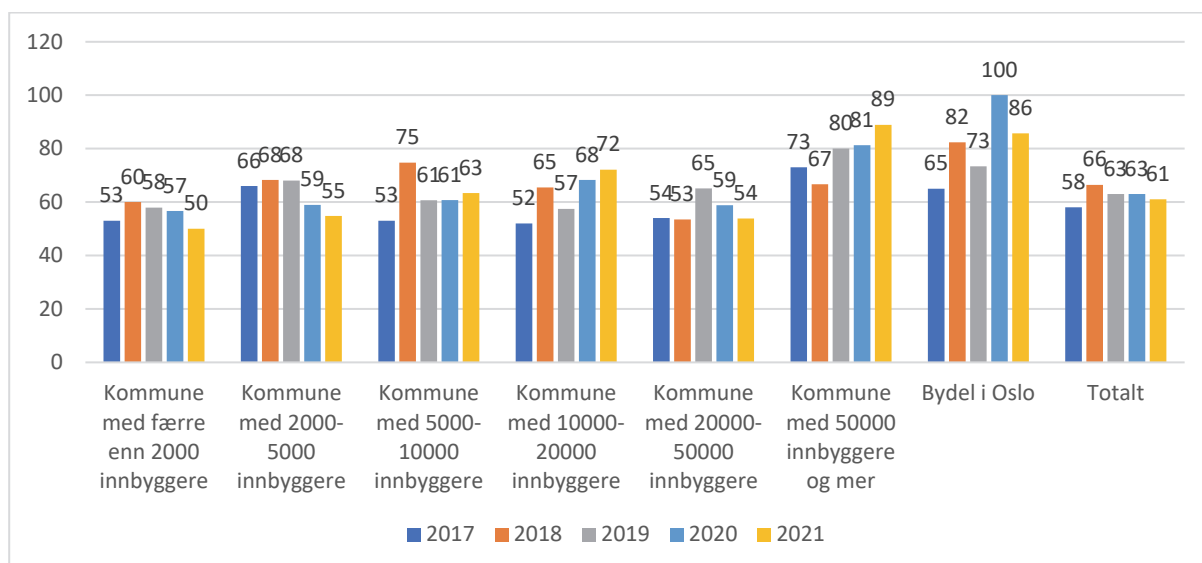
I 2021 er følgende spørsmål om arbeidstiltak inkludert i kartleggingen, og dette er de samme spørsmålene som tidligere:

- Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer? -
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen psykisk helsearbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen rusarbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/-utdanning i sin kontakt med personer med
 - psykiske lidelser?
 - rusmiddelproblemer?
- Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV?

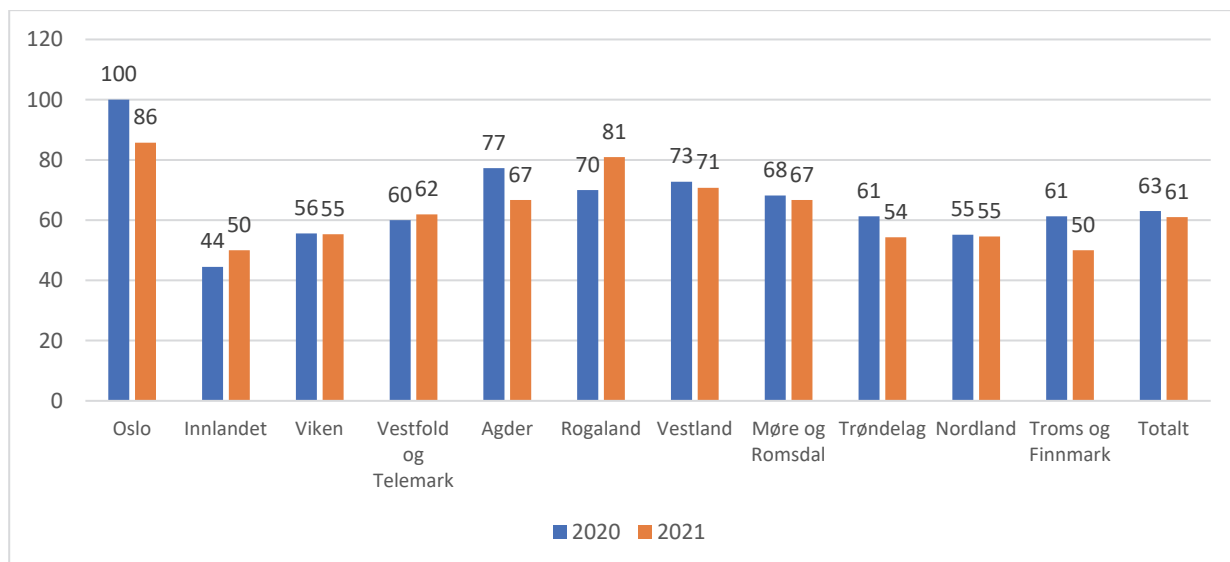
Det er 330 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på spørsmål om arbeidstiltak i 2021.

13.2 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 61 prosent av kommunene/bydelene (n=200) som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, dette er en marginal nedgang fra 2019 (63 prosent), men en liten økning fra 58 prosent i 2017, se figur 13.1. Fylkesfordelingen for 2020 og 2021 er vist i figur 13.2.



Figur 13.1 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, 2017-2021.



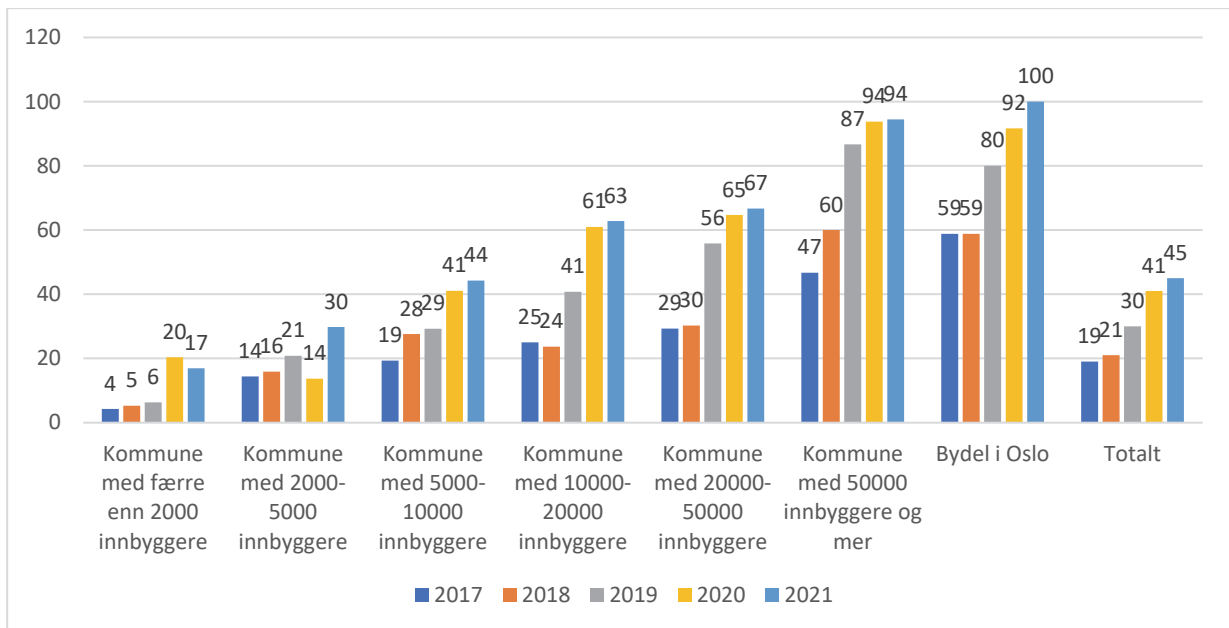
Figur 13.2 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2020.

Vi har også spurt om spesialisthelsetjenesten er involvert i dette samarbeidet, og vi finner at av de 200 kommunene/bydelene som svarer at det er etablert et samarbeid, er det 180 som har svart på om spesialisthelsetjenesten er involvert. Av disse er det 69 som svarer ja (38 prosent). Dette er omtrent det samme som i 2019 (39 prosent).

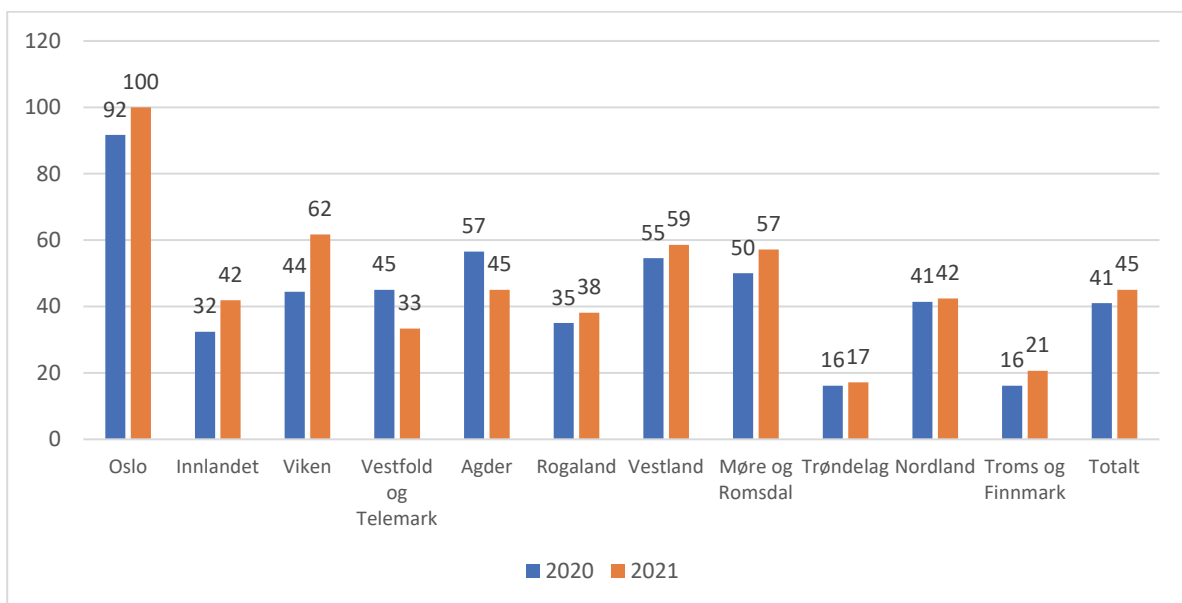
13.3 IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

I 2021 er det totalt 45 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Dette har vært en betydelig økning fra 2017 til 2021, se figur 13.3.¹³ Om vi beregner utviklingen fra 2017 med et konservativt anslag på 19 prosent, finner vi at i 2021 er det 40 prosent av alle kommuner som har IPS eller SE innen psykisk helsearbeid om vi beregner fra alle kommuner og antar at de som ikke har svart heller ikke har IPS. Det er dermed en økning på 21 prosentpoeng fra 2017 til 2021.

¹³ NB: I årene før 2020 er det antatt at de som ikke har svart på spørsmålet ikke har tatt i bruk IPS, mens i 2020 og 2021 er dette prosent av de som har rapportert.



Figur 13.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017-2021.

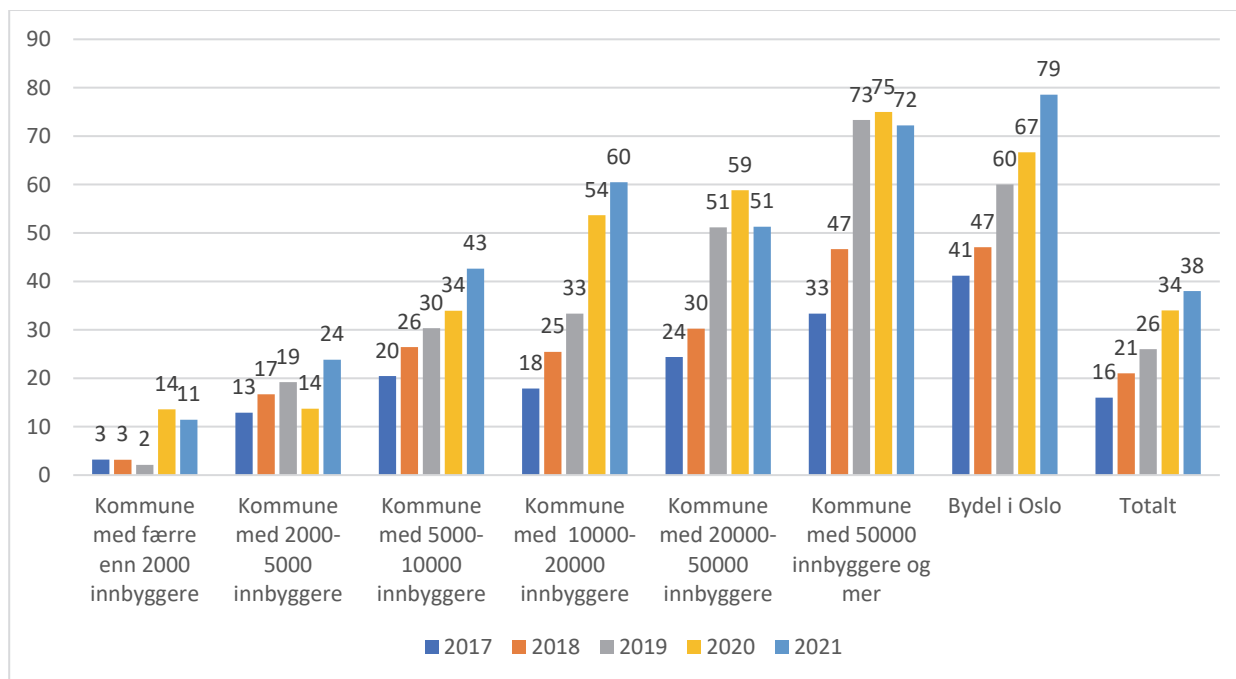


Figur 13.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Fylke, 2020-2021.

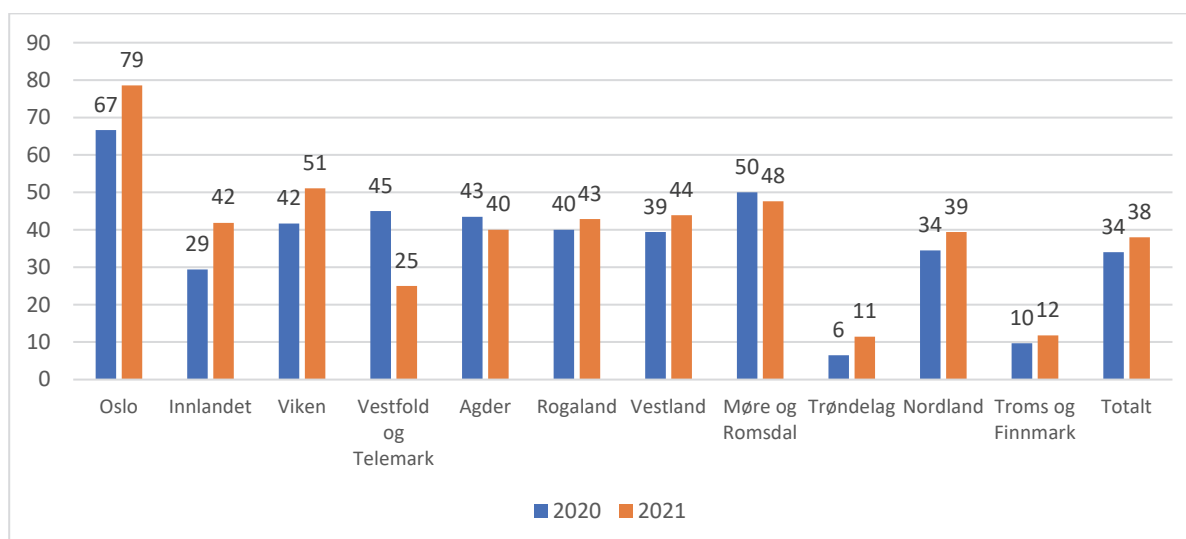
Av de 148 kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid, svarer 60 prosent at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om dette.

13.4 IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 38 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2021 av de som har rapportert i 2021. Dette er en økning fra 16 prosent i 2017, se figur 13.5.¹⁴ Om vi antar at de som ikke har svart i 2021 ikke har IPS innen rusarbeid, finner vi at hver tredje kommune har det. Det er uansett en sterk økning fra 2017, og et konservativt anslag viser en dobling av prosenten av kommunene som har dette tilbudet.



Figur 13.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid. Kommunestørrelse, 2017-2021.



Figur 13.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2020-2021.

¹⁴ Note: I årene før 2020 er det antatt at de som ikke har svart på spørsmålet ikke har tatt i bruk IPS, mens i 2020 og 2021 er dette prosent av de som har rapportert.

Av de 124 kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det 65 prosent av disse som svarer at dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

13.5 FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE

Vi har forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 13.1, er det få kommuner som opplever at de i liten grad har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser, det er en liten økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 62 prosent i 2019 til 67 prosent i 2021. Utvalget som rapporterte ser i større grad ut til å ha fokus på arbeid og utdanning enn de som ikke rapporterte i 2020.

Tabell 13.1 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med psykiske lidelser. 2019 - 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	1	0	0	0	1	0
I liten grad	12	3	5	2	7	2
I noen grad	146	35	73	25	103	31
I stor grad	221	53	184	63	190	57
I svært stor grad	39	9	31	11	32	10
Totalt	419	100	293	100	333	100

Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer, men det er noen kommuner som sier de i liten grad har fokus på utdanning og arbeid. Dette kan for eksempel skyldes at få av brukerne er aktuelle for arbeid og utdanning. Det er en økning i andel kommuner som svarer i stor grad og i svært stor grad fra 2019 (53 prosent) til 2021 (57 prosent).

Tabell 13.2 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 2019 – 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	4	1	0	0	1	0
I liten grad	20	5	15	5	16	5
I noen grad	170	41	90	31	123	37
I stor grad	189	46	157	53	161	49
I svært stor grad	31	7	32	11	28	9
Totalt	414	100	294	100	329	100

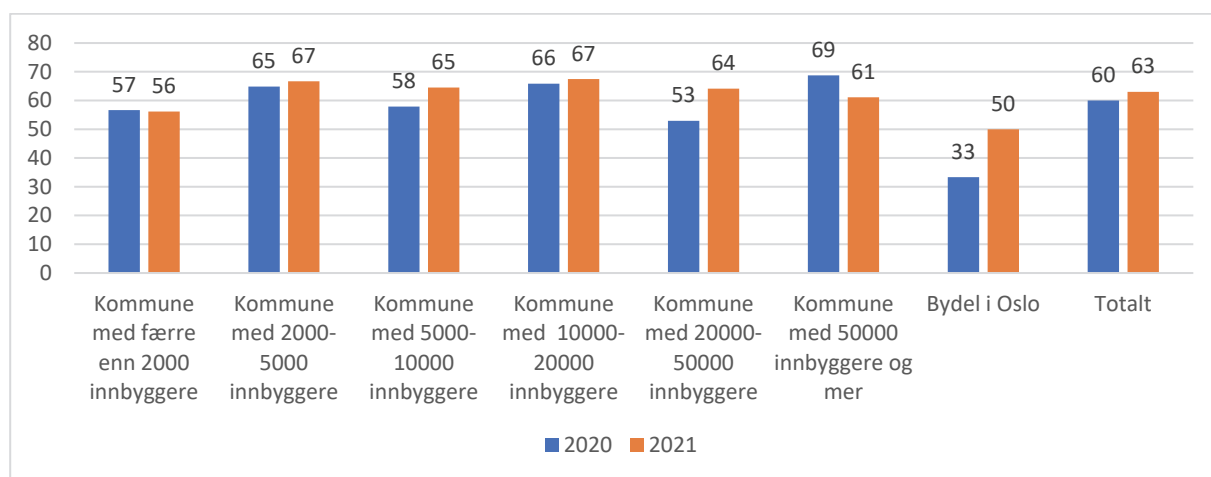
13.6 SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV

Det er 63 prosent av kommunene som svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er god eller svært god, se tabell 13.3. Tilsvarende i 2020 var 60 prosent.

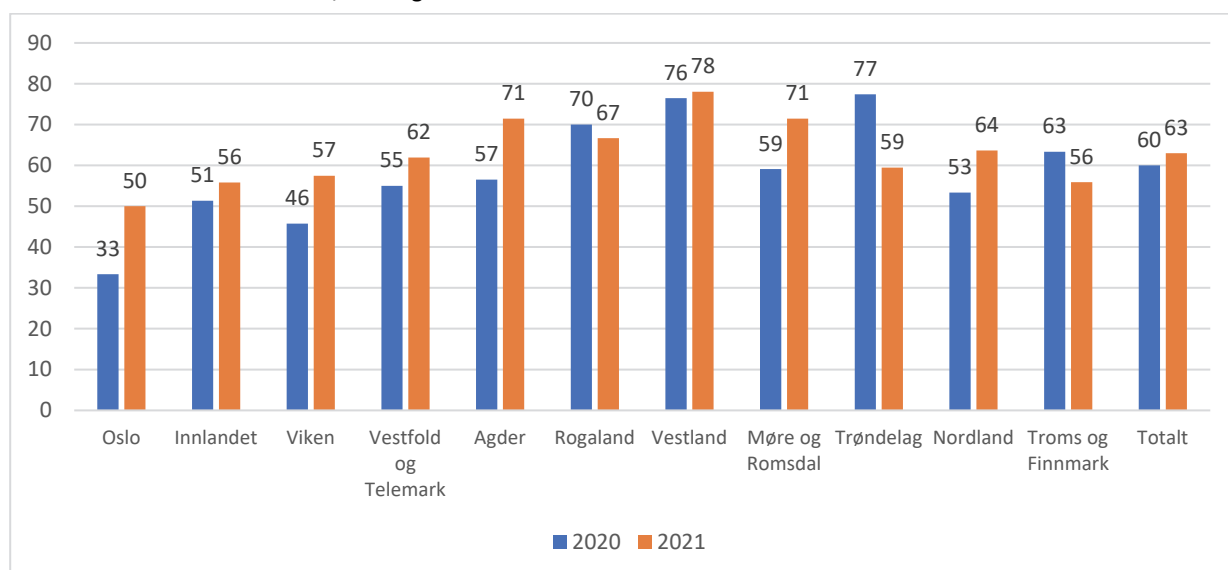
Tabell 13.3 Antall og andel kommuner/bydelers som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV. 2020 og 2021.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	34	12	40	12
God	141	48	169	51
Verken god eller dårlig	100	34	99	30
Mindre god	15	5	18	5
Dårlig	4	1	7	2
Totalt	294	100	333	100

Vi ser videre på de som svarer svært god eller god. Det er ikke opplagt at det er reelt flere som opplever samhandlingen som bedre i 2021 enn i 2020 fordi 2020-tallene er beheftet med usikkerhet.



Figur 13.7 Prosent av kommunene/bydelene som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene som god eller svært god. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.



Figur 13.8 Prosent av kommunene/bydelene som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene som god eller svært god. Fylke, 2020 og 2021.

13.7 OPPSUMMERING

Det er 61 prosent av kommunene/bydelene (n=200) som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, og dette er en liten økning fra 58 prosent i 2017.

I 2021 er det totalt 45 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid og dette er en økning på 21 prosentpoeng fra 2017.

Det er 38 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2021 og dette er over en dobling siden 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, det er en liten økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 62 prosent i 2019 til 67 prosent i 2021.

Det er 63 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er en liten økning fra 60 prosent i 2020.

14 BRUKERMEDVIRKNING

Helsedirektoratets gjeldende veileder for tjenester til mennesker med store og sammensatte behov løfter "Hva er viktig for deg?"-skjema (og holdning) fram som et essensielt spørsmål i tjenesteutøvers møte med brukerne. Helhetlige pasient- og brukerforløp med brukeren i sentrum er et mål beskrevet i en rekke offentlige dokumenter fra helsemyndighetene de siste årene (se for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse St.meld.nr. 63, 1997-1998, Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015))). I målbeskrivelsene innenfor pakkeforløp for psykisk helse og rus er økt brukermidvirkning og brukertilfredshet helt sentrale mål¹⁵. Klausen (2016) gjorde en kunnskapsoppsummering innenfor psykisk helsearbeid som konkluderer med at brukermidvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet del av tjenesten, hverken ved individuell behandling eller på systemnivå. I kunnskapsgrunnlaget innledningsvis i fjorårets rapport beskrev vi flere nye kunnskapsoppsummeringer som omhandler brukermidvirkning og recovery i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene (Pettersen and Lofthus 2018, Brekke 2019, Nordaunet 2019).

Det finnes flere fagartikler og bøker om brukerperspektivet i psykisk helsevern og psykisk helse- og rusarbeid som peker på utfordringer med at brukerne fortsatt ikke er representert der avgjørelsene tas (Valla 2014, Hansen and Ramsdal 2015, Husøy 2015). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter og brukere en nedfelt rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. 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)¹⁶ framhever brukermidvirkning og legger til grunn at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår dem. Stadig flere kommuner har tatt i bruk verktøy for feedbackinformerte tjenester (FIT, KOR, NORSE og andre liknende måleverktøy)¹⁷, der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og skal tilpasse tjenestene deretter. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan kommunene sikrer brukermidvirkning.

Noen kommuner forsøker å sikre brukerperspektivet ved å ansette folk med erfaringskompetanse i tjenestene. Vi har også i tidligere år kartlagt om noen av årsverkene i psykisk helse- og rusarbeid inkluderer ansatte med brukererfaring/erfaringskompetanse, og i 2019 og 2020 har vi også spurt hvilken rolle disse personene har i jobben sin. De ekstra spørsmålene som er tatt med i årets kartlegging, er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid.

I 2020 spurte vi om i hvilken grad kommunen/bydelen sikrer brukermidvirkning på individ- og systemnivå. Det er 78 prosent som svarer at de "i svært stor grad" eller "i stor grad" sikrer

¹⁵<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

¹⁶ 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>

¹⁷<https://www.napha.no/fit/>

brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarte at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. Nær halvparten (49 prosent) av kommunene/bydelene svarte at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaring innen psykisk helse- og rusarbeid som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene i løpet av de siste 12 månedene. Dette var en økning fra 44 prosent i 2018. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse, og mens 94 prosent av de største kommunene oppgir å ha innhentet brukererfaring siste år, er andelen 17 prosent blant de minste kommunene. Den mest hyppige metoden som er brukt for innhenting av brukererfaringer er tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker (særlig FIT, nettbasert eller papir).

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

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

14.1 DATAGRUNNLAG

I 2021 er følgende spørsmål tatt med i kartleggingen:

- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå) i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet?
- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet?
- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid gjennom systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
- Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)
 - Hvis ja, på hvilken måte
- På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd? –
 - Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker
 - "Hva er viktig for deg?" - skjema (PSFS)
 - Brukerråd
 - Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre?)
 - Bruker- og pårørendeorganisasjoner
 - Annet, hva:
- Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?

- KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)
- FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes)
- FIT, papir
- NORSE Feedback
- Annet, hva:

Følgende spørsmål om årsverk med erfaringskompetanse ble også inkludert:

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

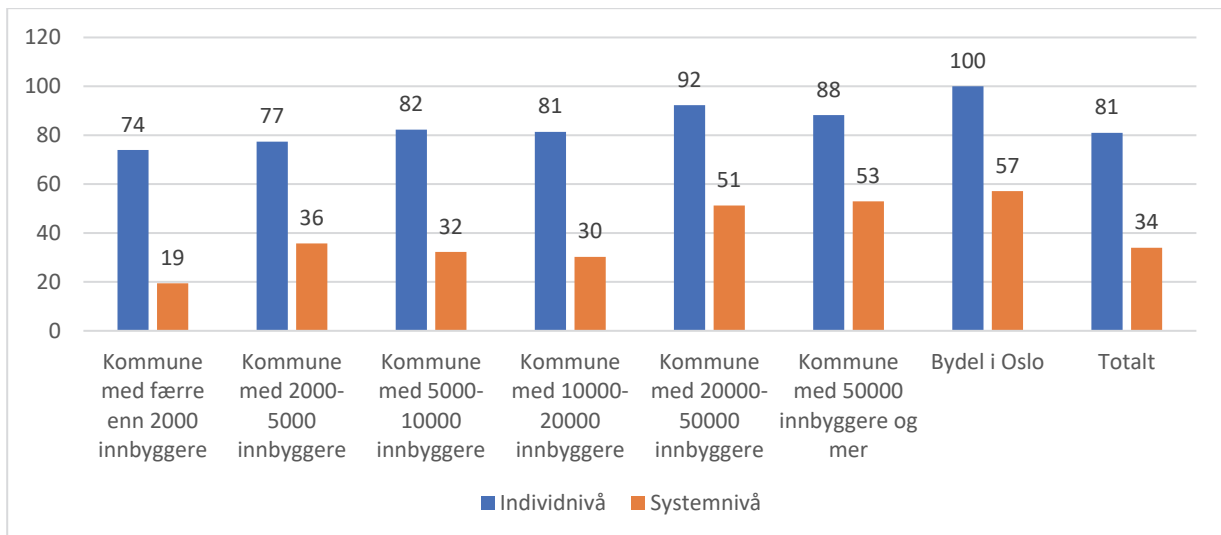
14.2 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

Fra 2020 delte vi spørsmålet om de sikrer brukermedvirkning på individnivå og systemnivå. Som vist i tabell 14.1 er det 81 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (34 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

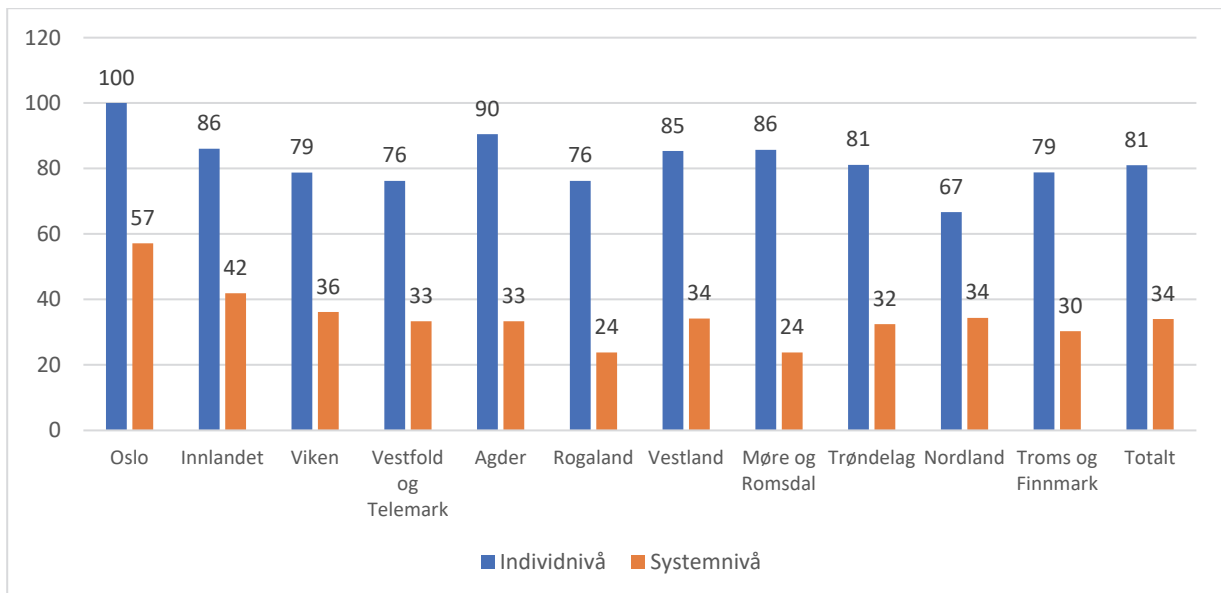
Tabell 14.1 Antall og andel kommuner/bydeler etter svar på i hvor stor grad de sikrer brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå, 2020 og 2021.

	2020		2021		2020		2021	
	Individnivå		Individnivå		Systemnivå		Systemnivå	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	72	24	74	22	15	5	14	4
I stor grad	158	54	196	59	76	26	100	30
I noen grad	54	18	44	13	142	48	147	44
I liten grad	10	3	13	4	51	17	57	17
I svært liten grad	1	0	5	2	9	3	13	4
Totalt	295	100	332	100	293	100	331	100

Vi ser videre på de som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning på hhv individ og systemnivå, og fordeler svarene etter kommunestørrelse (figur 14.1) og etter fylke (figur 14.2).



Figur 14.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning på henholdsvis individnivå og systemnivå. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 14.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning på henholdsvis individnivå og systemnivå. Fylke, 2021.

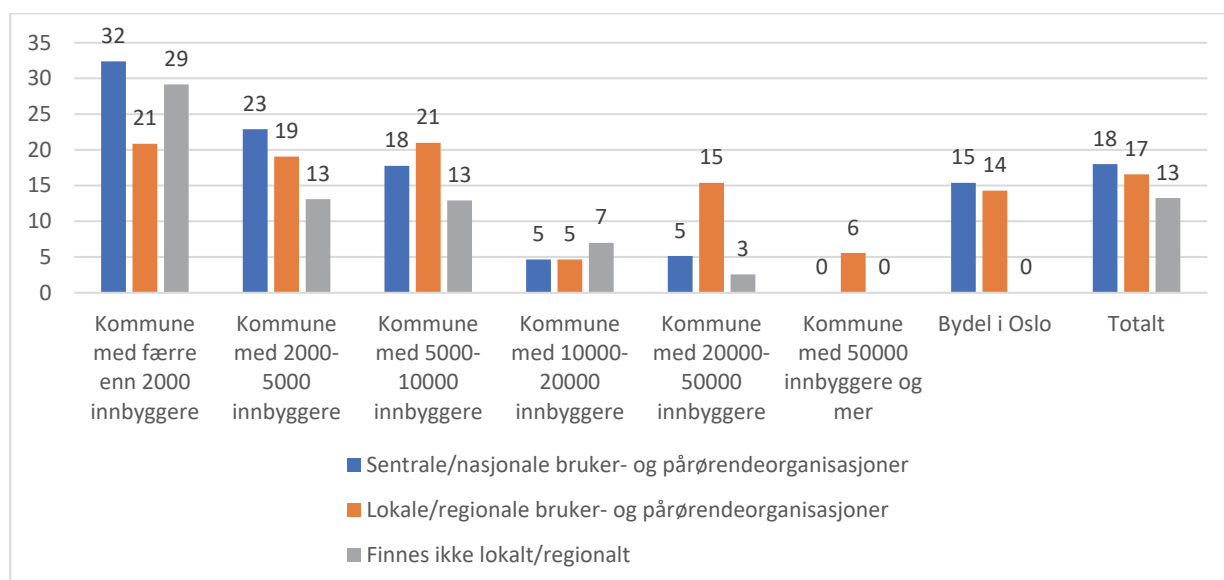
14.3 SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDEORGANISASJONER

I 2021 har vi tatt med to nye spørsmål om samarbeid med hhv. sentrale/nasjonale og lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Som vist i tabell 14.2 er det 11 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 18 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse. På lokalt/regionalt nivå er det 14 prosent som svarer at de i stor grad har samarbeid med disse organisasjonene, mens 17 prosent svarer at de i svært liten grad har samarbeid med disse. Det er interessant at 13 prosent av kommunene ikke har noen å samarbeide på lokalt eller regionalt nivå.

Tabell 14.2 Antall og andel etter svar på grad av samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner på ulike nivå, 2021.

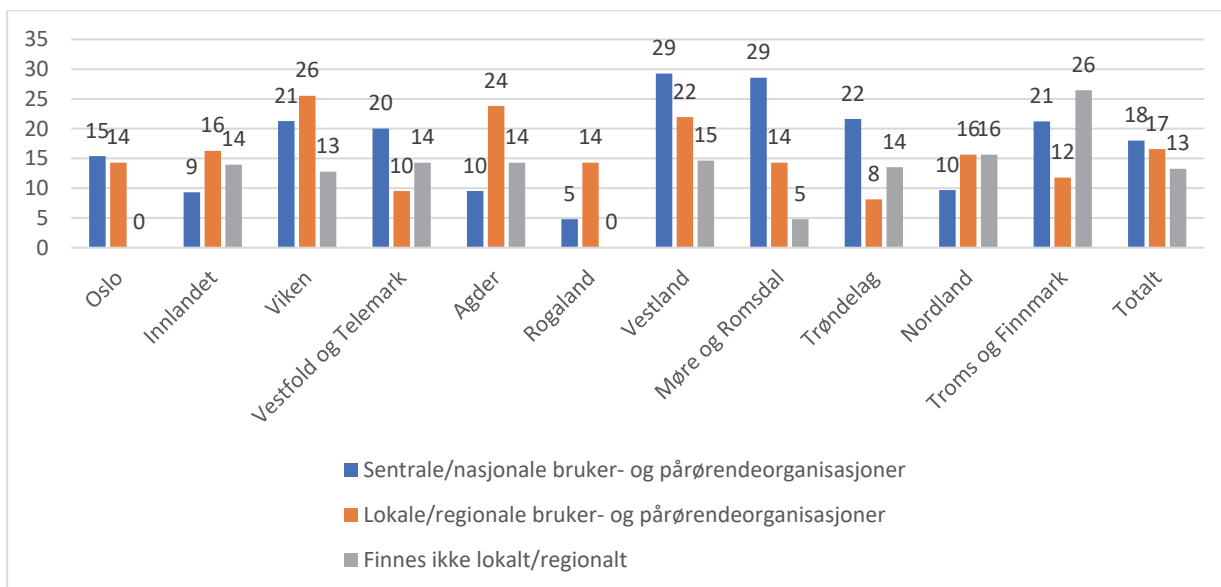
	Sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner		Lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	8	2	1	0
I stor grad	31	9	45	14
I noen grad	115	35	114	34
I liten grad	115	35	73	22
I svært liten grad	59	18	55	17
Finnes ikke lokalt/regionalt			44	13
Totalt	328	100	332	100

Vi kan sannsynligvis anta at de som svarer i svært liten grad ikke har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, så vi ser videre på disse og på hvor organisasjonene ikke finnes lokalt eller regionalt.



Figur 14.3 Prosent av kommunene som svarer at de i svært liten grad sikrer brukermedvirkning gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, og prosent som svarer at organisasjonene ikke finnes regionalt/lokalt. Kommunestørrelse, 2021.

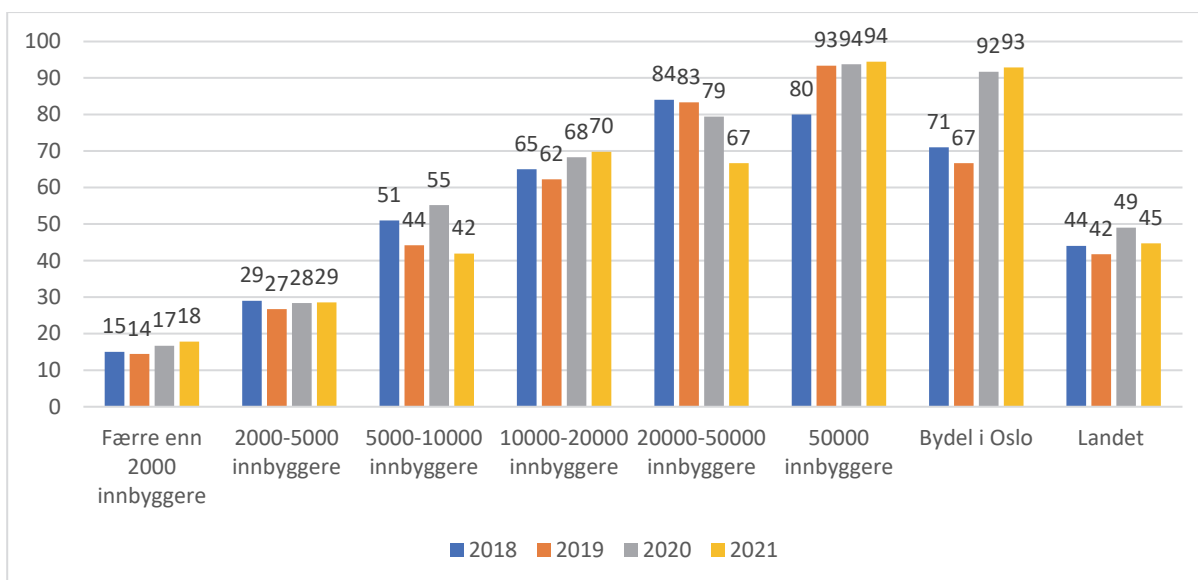
Det er kommuner med færre enn 10 000 innbyggere som i minst grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner og andelen er høyest blant kommunene i Vestland og Møre og Romsdal. Det er flest som svarer at lokale/regionale bruker- og pårørende organisasjoner ikke finnes i Troms og Finnmark.



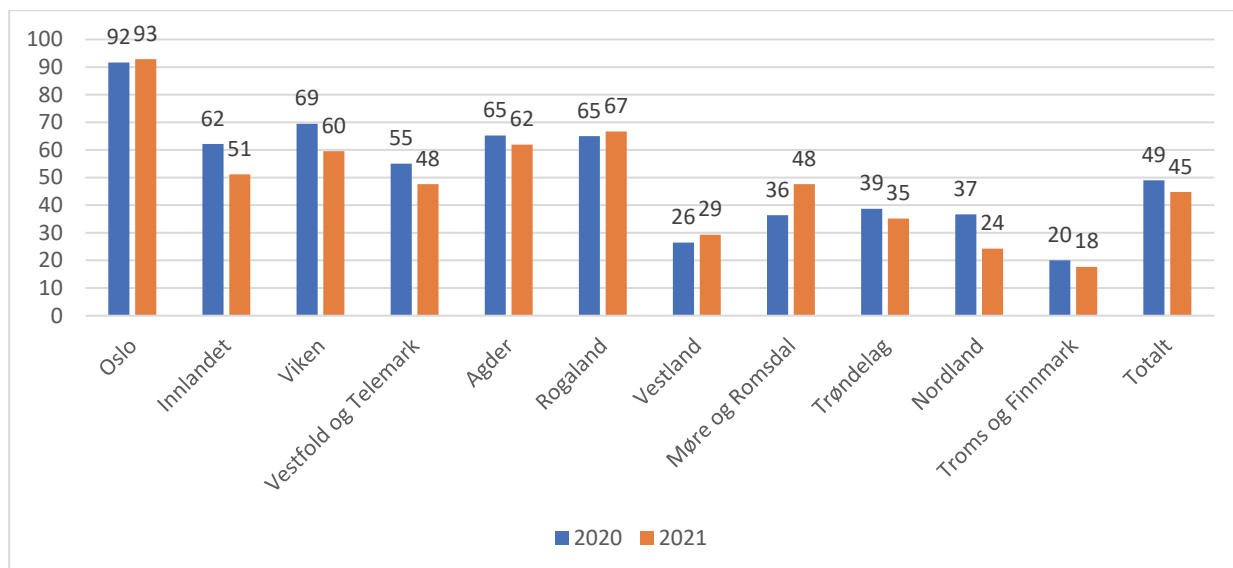
Figur 14.4 Prosent av kommunene som svarer at de i svært liten grad sikrer brukermedvirkning gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner og prosent som svarer at organisasjonene ikke finnes regionale/lokale. Fylke, 2021.

14.4 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent at de hadde det i 2021. Dette er omtrent som i 2018, da 44 prosent svarte at de hadde innhentet brukererfaring blant målgruppen de siste 12 månedene.



Figur 14.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Kommunestørrelse, 2018-2021.



Figur 14.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Fylke, 2020-2021.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 14.3), og det er i 2021 totalt 64 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS), mens henholdsvis 35 og 40 prosent svarte at de har hatt brukerråd og brukerundersøkelse. Det er 20 prosent av kommunene som har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner og dette er en ny svarkategori i 2021. Gjennom perioden er det særlig nedgang i Brukerråd og økning i tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. I kategorien Annet, nevnes ulike brukerforum ved treff- og aktivitetssentrene, erfaringskonsulenter, fokusgrupper, Forandringsfabrikken, familieråd, ungdomsråd og annet. Noen svarer også at de innhenter brukererfaringer gjennom samtaler med brukerne.

Tabell 14.3 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel, 2019 - 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55	84	58	95	64
"Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS)	31	18	25	17	26	17
Brukerråd	80	46	56	39	52	35
Brukerundersøkelse	82	47	67	47	60	40
Bruker- og pårørendeorganisasjoner					30	20
Annet	48	28	37	26	35	23
Totalt	174	100	144	100	149	100

De 95 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Svarfordelingen er gitt i tabell 14.4 og viser at nettbasert FIT er det mest populære med 79 prosent av de som har svart. FIT i papirutgave er også krysset av hos 27 prosent av de 94 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 7 prosent. De 12 kommunene som har svart "Annet", oppgir blant annet at de har et eget spørreskjema som de har

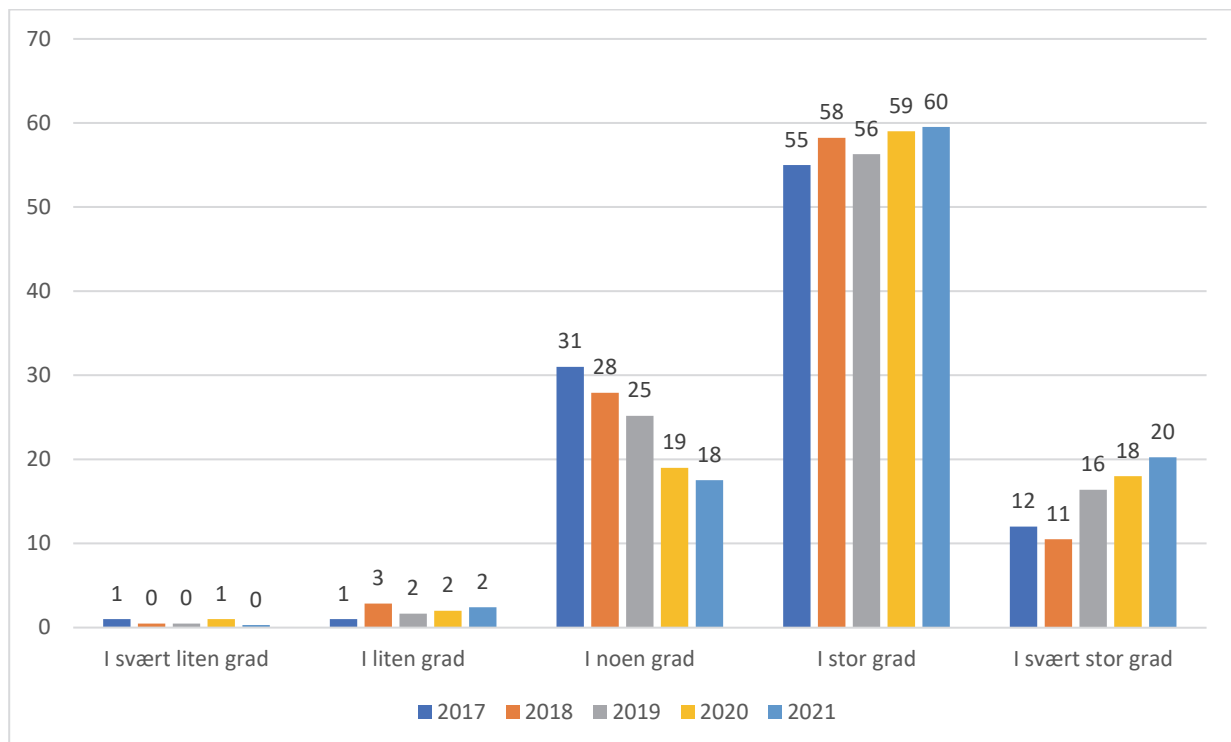
utviklet, at de gjennomfører generelle brukerundersøkelser og en kommune nevner at de har benyttet INSPIRE for å få tilbakemelding.

Tabell 14.4 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? 2019-2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
KOR/PCOMS	16	17	13	15	7	7
FIT, nettbasert	66	69	65	77	74	79
FIT, papir	19	20	27	32	25	27
NORSE Feedback	1	1	0	0	8	9
Annet	16	17	7	8	12	13
Totalt	95	100	84	100	94	100

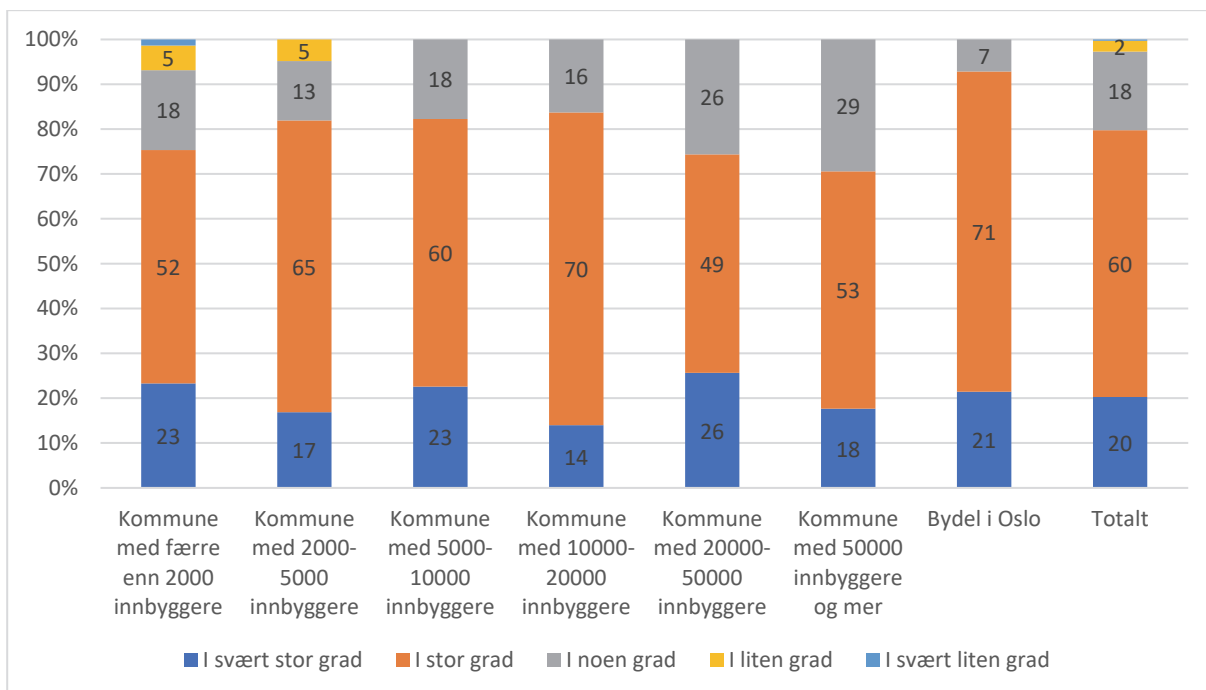
14.5 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Resultatene er presentert for de fem siste årene i figur 14.4. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 80 prosent i 2021.

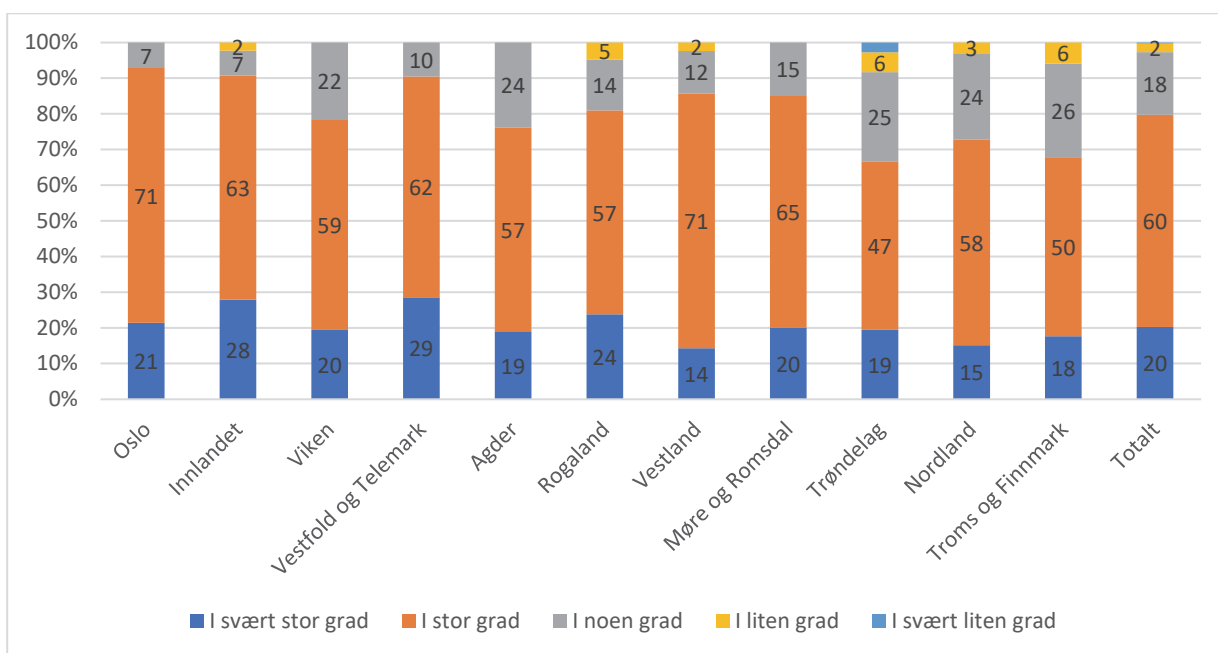


Figur 14.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 2017-2021

Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 14.7) eller etter fylke (figur 14.8).



Figur 14.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor grad eller i svært stor grad at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Kommunestørrelse, 2021.

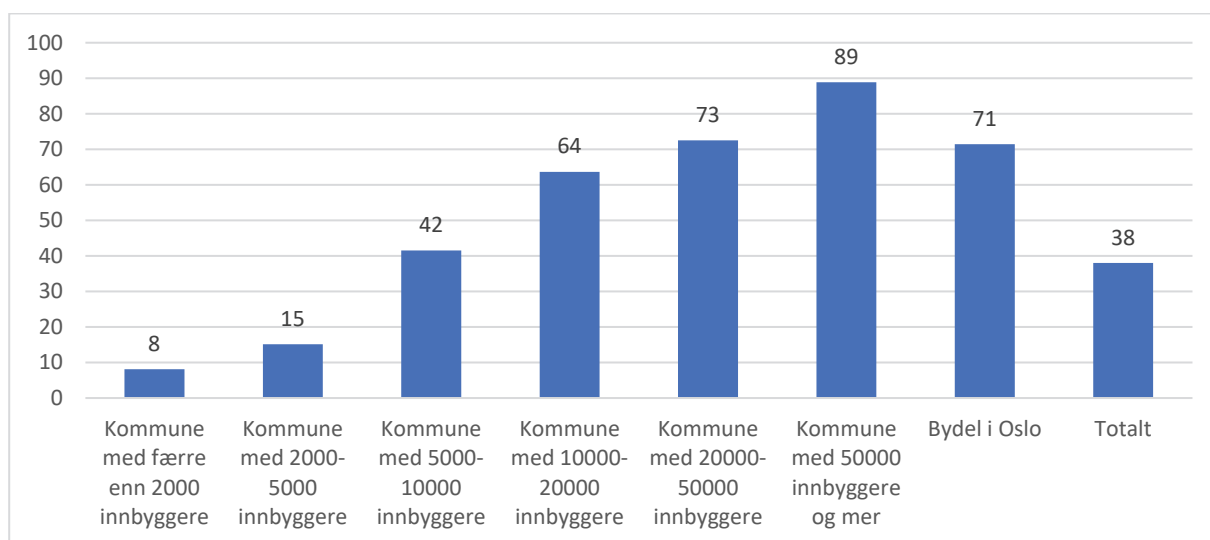


Figur 14.8 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor grad eller i svært stor grad at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Fylke, 2021.

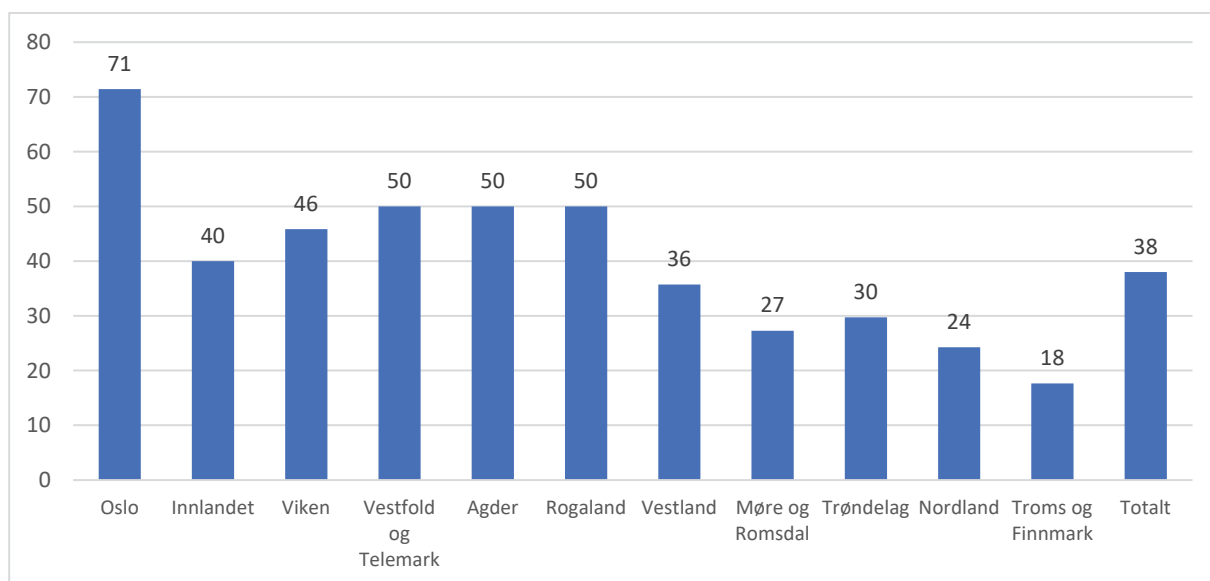
14.6 ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

Det var i 2019 totalt 27 prosent av alle kommunene som svarte at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus. I 2020 var andelen kommet opp i 37 prosent, men 2020-tallene var usikre. I 2021 får vi nesten samme andel som i 2020, og det er 38 prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse.

Det betyr at det er en økning på 11 prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2021. Som vist i figur 14.9 er andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. Det er også variasjon mellom fylker, se figur 14.10.



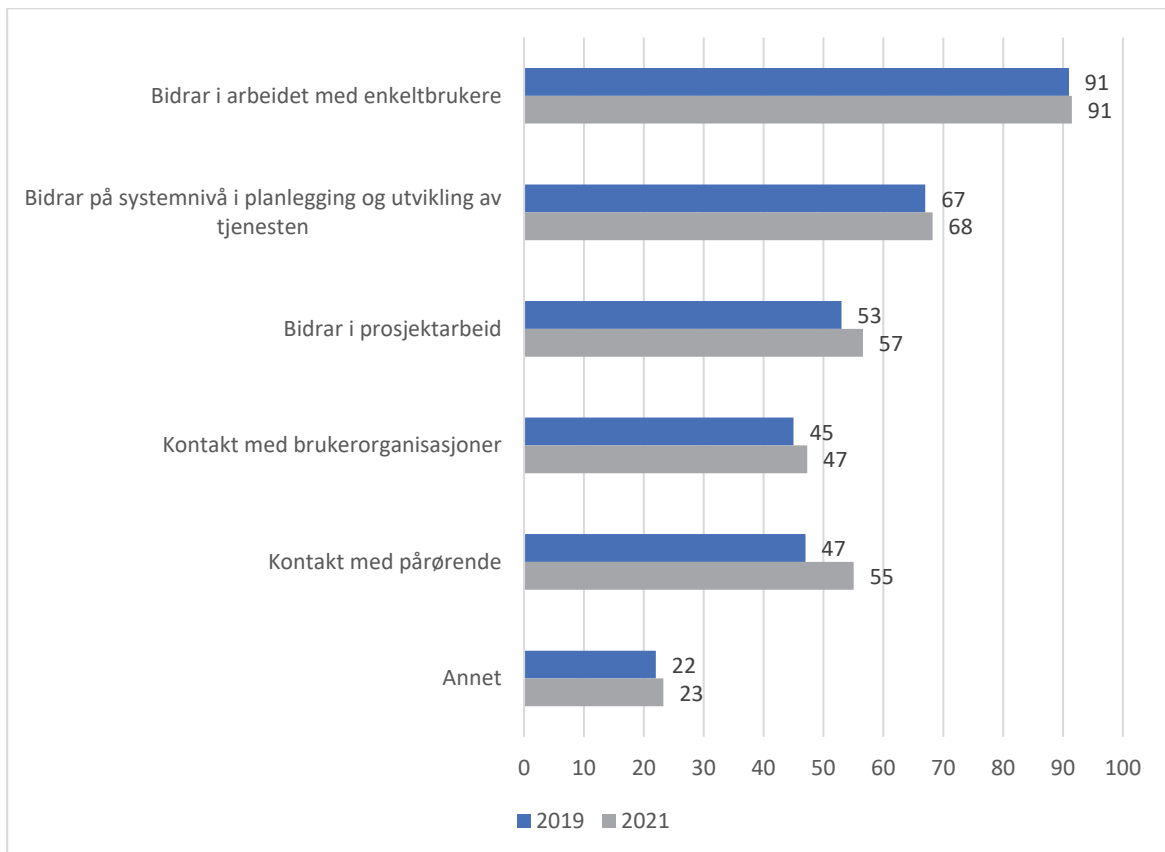
Figur 14.9 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 14.10 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Fylke, 2021.

I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring, og i 2021 finner vi totalt 205 årsverk, så det er en økning på 38 årsverk. 2020-tallene var usikre, så vi ser her på utvikling fra 2019 til 2021.

Det er også spurt hvilken rolle de ansatte med erfaringskompetanse har i tjenestene, og denne fordelingen kan vi vise for både 2019 - 2021, men da kun som andel av de som svarer at de har ansatte med erfaringskompetanse det enkelt år. Det er små endringer, men vi ser en økning i andel som bidrar i prosjektarbeid, kontakt med brukerorganisasjoner og pårørende. Under annet nevnes det at erfaringskompetansen brukes i ulike aktivitetstilbud, lavterskeltilbud, ulike gruppetilbud og boligsosialt arbeid.



Figur 14.11 Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har. 2019 og 2021.

Til kommunene som svarte at de ikke har ansatt personell med erfaringskompetanse, spurte vi om de hadde planer om dette framover. Blant kommunene som svarte at de ikke har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring, svarer 57 prosent at de ikke har planer om å ansette folk med slik kompetanse, mens 19 prosent har planer om det, se tabell 14.5.

Tabell 14.5 Antall og prosent av kommunene som har svart på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse/brukererfaring av de som ikke har det i dag, 2019 – 2021.

	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	56	18	31	16	40	19
Nei	149	48	106	56	121	57
Vet ikke	88	28	52	28	50	24
Ikke svart	17	5	0	0	1	0
Totalt	310	100	189	100	212	100

Det er kun 15 kommuner av de som har svart i 2021 som har rapportert at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid. Det er ansatt 15,8 årsverk med erfaringskompetanse totalt i disse kommunene. I 2019 var det 16 kommuner som totalt rapporterte om 13,5 slike årsverk totalt i alle kommunene. Tallene er for små til å gjøre videre analyser.

14.7 OPPSUMMERING

Det er 81 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller i svært stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (34 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

Vi finner videre at 11 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 18 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse. På lokalt/regionalt nivå er det 14 prosent som svarer at de i stor grad har samarbeid med disse organisasjonene, mens 17 prosent svarer at de i svært liten grad har samarbeid med disse. Det er 13 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har bruker- og pårørendeorganisasjoner å samarbeide på lokalt eller regionalt nivå (særlig i Nord-Norge).

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 45 prosent at de hadde det i 2021. Dette er omtrent som i 2018, da 44 prosent svarte at de hadde innhentet brukererfaring blant målgruppen de siste 12 månedene.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn og i 2021 er det 64 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 17 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for deg?"-skjema (PSFS), mens henholdsvis 35 og 40 prosent svarte at de har hatt brukerråd og brukerundersøkelse. Det er 20 prosent av kommunene som har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner. Gjennom perioden er det særlig nedgang i bruk av brukerråd og økning i tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker.

Det er en gradvis økning i andel kommuner/bydeler som svarer at de i stor eller i svært stor grad har recovery-orienterte tjenester fra 67 prosent i 2017 til 80 prosent i 2021.

Det er også en gradvis økning i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus, fra 27 prosent i 2019 til 38 prosent i 2020.

15 BOLIGSITUASJONEN

Alle kommuner har et ansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. I 2014 trådte den boligsosiale strategien *Bolig for velferd*¹⁸ i kraft, og virket fram til og med 2020. Strategien la 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 var et samarbeid mellom fem departementer med strategiperiode, 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^{19,20}. Det ble da fokusert på et 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. Disse grepene viste seg i evalueringen av strategien å være spesielt vellykkede (Oslo Economics og NIBR, 2020). 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 var blant resultatmålene i strategien der IS-24/8-data har blitt brukt. Rapporteringen på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) har hatt bolig som tema siden tidlig på 2000-tallet, da fokuset var på antall ferdigstilte boliger subsidiert av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)).

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)²¹.

Tall fra BrukerPlan (Hustvedt, Lie et al. 2018) viste at 75 prosent av mottakerne hadde en permanent og tilfredsstillende bosituasjon i 2018 (grønn andel). Andelen bostedsløse gikk ned fra seks prosent i 2015, til fem prosent i 2018 (rød andel). Andelen med midlertidig og/eller utilfredsstillende boligsituasjon har

¹⁸https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf

¹⁹<https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/>

²⁰<https://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/bolig-for-velferd/tiltaksplan/>

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

også har gått ned fra 2015, fra 23 prosent til 20 prosent i 2018 (gul andel). En andel på 83 prosent av de bostedsløse har samtidige rus- og psykiske problem (BrukerPlan, 2018).

I BrukerPlan-statistikken for 2019 skriver Hustvedt og medforfattere at bosituasjon er det levekårsområdet flest mottakere har en grønn score på. Av alle de 58 790 mottakerne som ble registrert i 2019, har 80 prosent en permanent og tilfredsstillende bosituasjon. Fordeling på de ulike mottakerkategoriene viser at syv prosent av mottakere med rusproblemer, og en prosent av mottakere med kun psykiske problemer er bostedsløse. Totalt utgjør dette 2 035 personer. Størsteparten av de bostedsløse har samtidig rus og psykiske problemer, enten i mindre grad eller i alvorlig grad. Siden 2014 har det vært en jevn nedgang av bostedsløse med rusproblemer²².

15.1 DATAGRUNNLAG

Fem spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2021 og dette er de samme spørsmålene som var med i 2020:

- Hva er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen i psykisk helse- og rustjeneste?
- I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med:
 - psykiske helseproblemer/lidelser?
 - med rusproblemer/lidelser?
 - med ROP-lidelser?
- I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen psykisk helsearbeid utviklet seg siste år?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?

15.2 STØRSTE UTFORDRINGER NÅR DET GJELDER BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN

På spørsmålet om hva som er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen i psykisk helse- og rusarbeid ble det gitt 264 svar, og som for 2020 beskrives følgende utfordringer:

- Dårlig tilgang på boliger
- Beliggenhet på tilgjengelige boliger
- Økonomien til brukerne muliggjør ikke leieavtaler pga. høye priser, dårlig betalingsevne
- Svak boevne i målgruppen og mangel på ressurser til bo-trening og bo-oppfølging
- Mangel på bemannede boliger, bofellesskap
- Mangel på små og rimelige boliger
- Boliger til målgruppen ROP
- Tilgjengelige boliger ligger for langt unna andre tjenester
- Lav omløpshastighet på kommunale boliger
- For dårlig kvalitet/standard på kommunale boliger
- Vanskelig å etablere nye botilbud (mangel på tomter, NIMB, barnefamilier)
- For lite differensiert botilbud
- Brukere ønsker ikke personell inn i boligen

I tillegg er det flere som nevner at det er lite interesse fra politikerne og at det er hovedutfordringen:

²² <https://www.rus-ost.no/rusbehandling-og-tjenesteutvikling/brukerplan>

Å få kommunen og politikere til å interessere seg for, og engasjere seg i arbeidet for denne gruppen.

Flere nevner at det er behov for å tenke interkommunale botilbud:

Bør tenke interkommunalt. Da det er sårbart å starte opp en døgnbemannet tjeneste for dårlige pasienter uten å tenke interkommunalt.

Det er også kommuner som oppgir at bosituasjonen nå er bra for målgruppen:

For de fleste så er det en OK boligsituasjon, men noen har utfordringer på det ordinære boligmarkedet. De med utfordringer i varetas med kommunale boliger. Unntaksvis brukes nødbolig gjennom NAV. Den største utfordringen er at det ikke er en boligsosial tjeneste/miljøtjeneste i kommunen, som har kapasitet til å følge opp tett.

Greier å skaffe bolig til dei fleste. Kan vere litt utfordringer å finne rett miljø for alle, men har boliger spredt over heile kommunen.

Vi har ingen utfordringer i boligsituasjonen for målgruppen.

Finansieringsordningene nevnes av noen, og noen har funnet gode ordninger for kommunen:

Når det gjelder Husbankens ordning bidrar Husbankens bostøtteordning til en bedre situasjon hos den enkelte bruker med lave inntekter, men ordningen burde finansiere en høyere andel av bokostnadene enn det dagens ordning gjør. Vi har i den senere tid nyttiggjort oss av boligtilskudd til bygging av nye forsterkede småhus med i alt fire boenheter og som en god ordning for kommunen. Videre bruker kommunen startlån og boligtilskudd aktivt for personer som eie egen bolig. Det er en utfordring med gode botilbud for personer i aktiv rus og gode botilbud til ROP.

Vi har ikke fått etablert "hardbruksboliger" Dette har blitt en gjenganger i kommunestyret hver år, og det blir dessverre utsatt til neste års budsjett

En løsning for noen er å kjøpe botjenester fra andre:

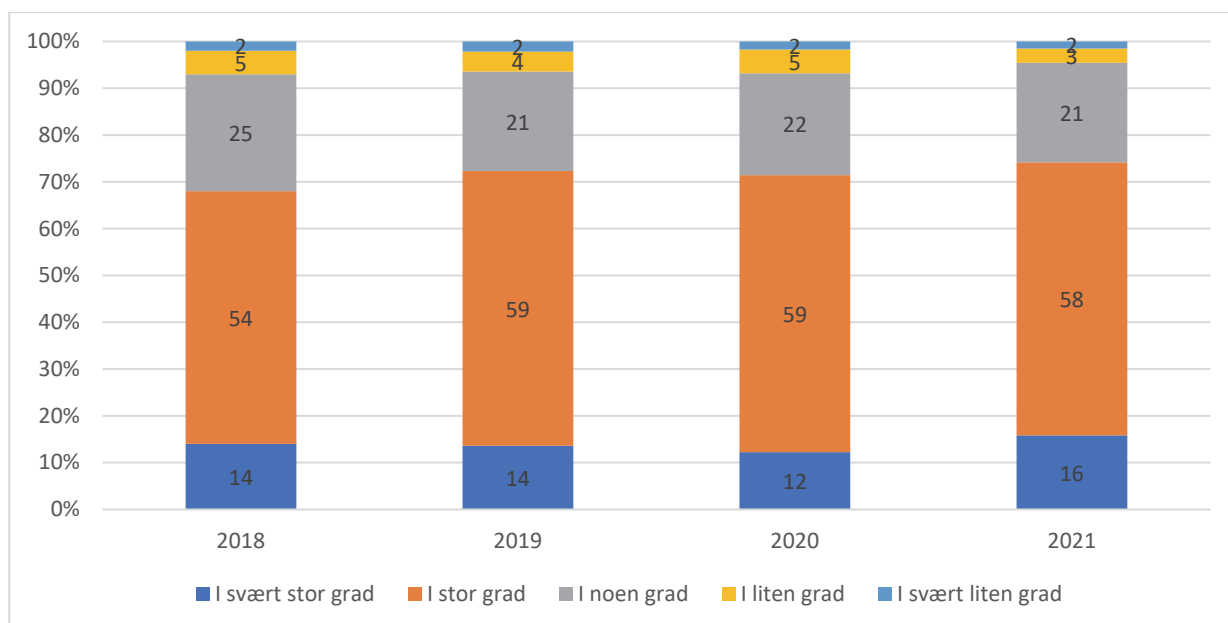
Få eigna bustader til personar med rusmiddelproblem. Kommunen har ikkje heildøgn omsorgsplassar med tilknytta fast personale for brukarar med psykisk helse og rusproblem. Fleire brukarar i målgruppa bur i vanlege omsorgsbustader (desse brukarane er over 60 år). Det skulle vore meir fagpersonale innan psykisk helse- og rus, samt ei mindre personalgruppe. Brukarar med dette behovet kunne truleg vore meir stabile med eit slikt omsorgstilbod. Kommunen kjøper tenester hjå privat og interkommunal aktør til to brukarar med dette behovet.

En kommune oppsummerer de største utfordringene slik:

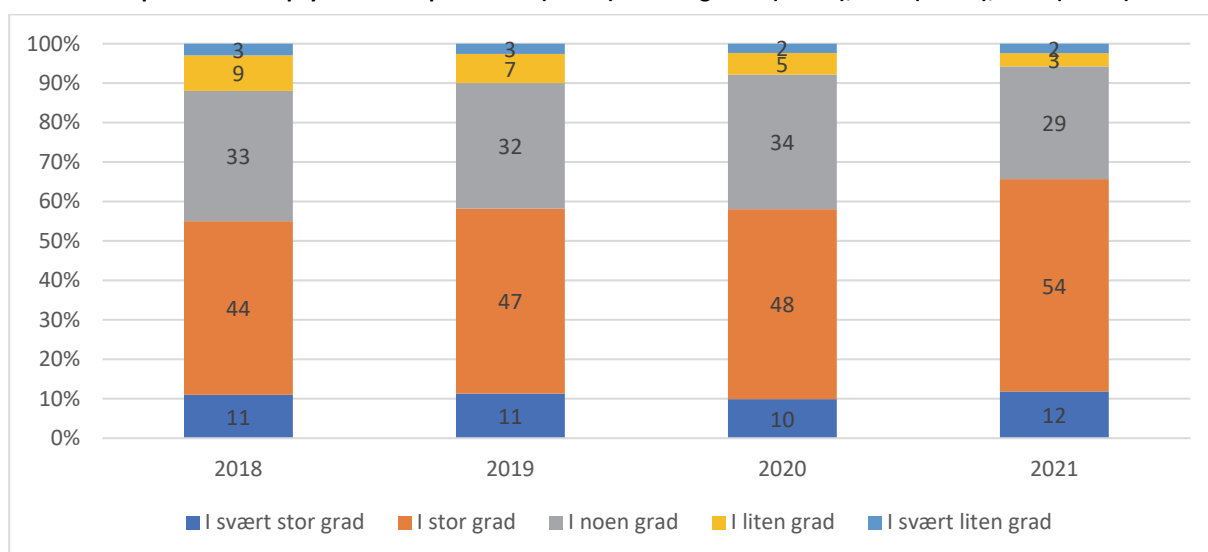
Differensierte kommunale boliger utover døgnbemannede boliger til ulike målgrupper innen psykisk helse og rustjeneste, spesielt tilgang på småhus innen målgruppen rus. Hardføre boliger med brukere med svært nedsatt boevne og boferdigheter som ivaretar brannfare og sikkerhet for den enkelte bruker, men også naboer.

15.3 HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG

På spørsmål om i hvilken grad kommunene gir et godt tilbud om oppfølging i bolig for henholdsvis personer med psykisk helse- og rusproblematikk, oppgir storparten av kommunene at de er fornøyde. De rapporterer at de er mer fornøyde med tilbudet om oppfølging til personer med psykisk helseproblematikk, sammenliknet med oppfølgingen som gis til de med rusproblematikk. 74 prosent av kommunene svarer i 2021 at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med boligtilbudet for de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 66 prosent når det gjelder de med rusproblematikk. Det er generelt små endringer i svarfordelingen de tre siste årene, men det er en bedring for begge målgruppene utover i perioden ved at det er flere som svarer i stor eller svært stor grad).



Figur 15.1 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med psykiske helseproblemer (n=418) i 2018 og 2019 (n=419), 2020 (n=294), 2021 (n=329)

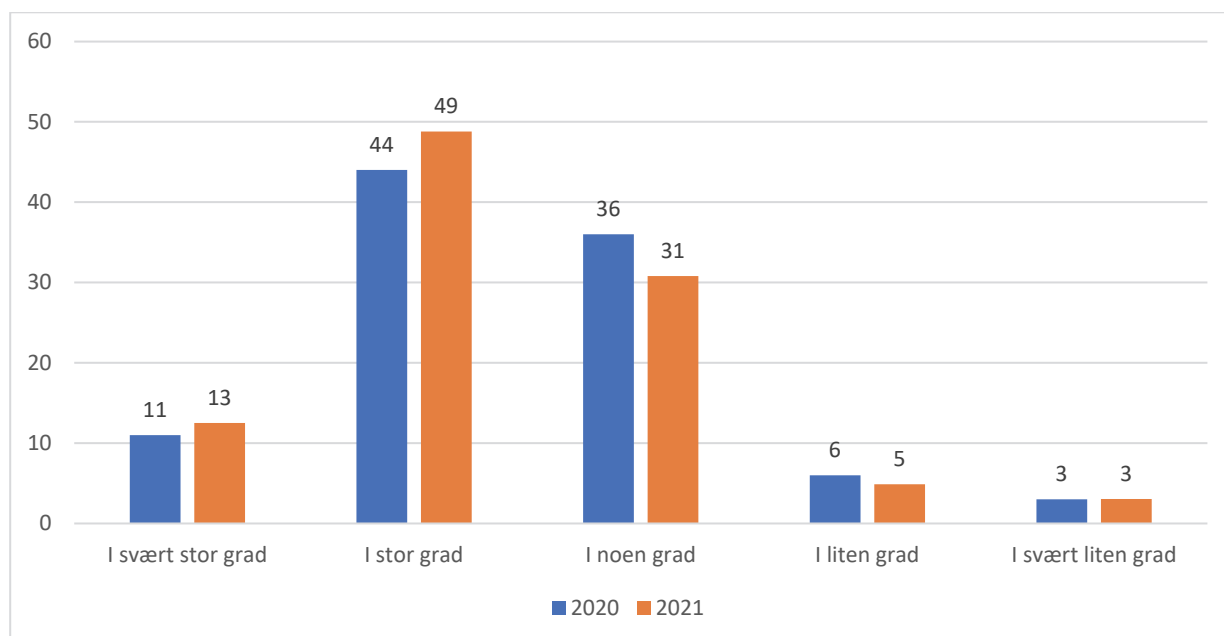


Figur 15.2 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med rusproblemer i 2018 (n=418) og 2019 (n=415), 2020 (n=293), 2021 (n=329)

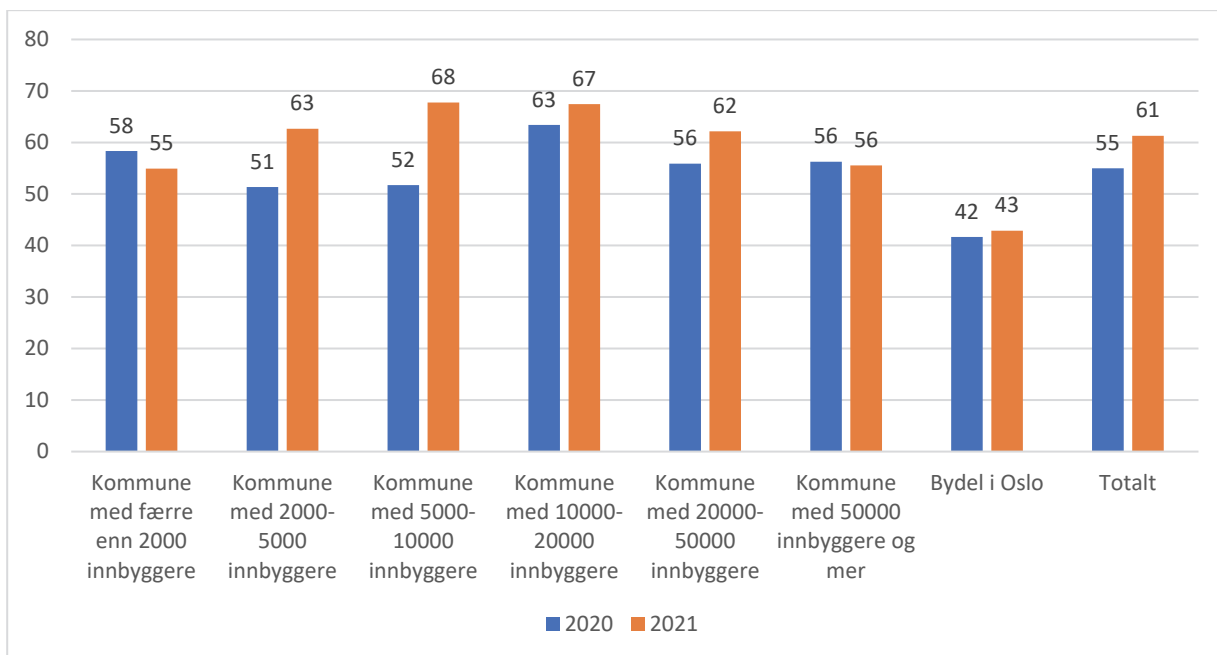
I 2020 og 2021 ble det tatt inn et eget spørsmål knyttet til oppfølging i bolig for brukere med ROP-lidelser. Som vist i tabell 15.1, er det 8 prosent av kommunene som svarer i liten eller i svært liten grad, og 31 prosent som svarer i noen grad. Vi ser videre på hvordan de som svarer i svært stor eller i stor grad (62 prosent) fordeler seg etter kommunistørrelse (figur 15.3) og fylke (figur 15.4).

Tabell 15.1 Antall og andel som svarer på i hvilken grad kommunen gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. 2020 og 2021

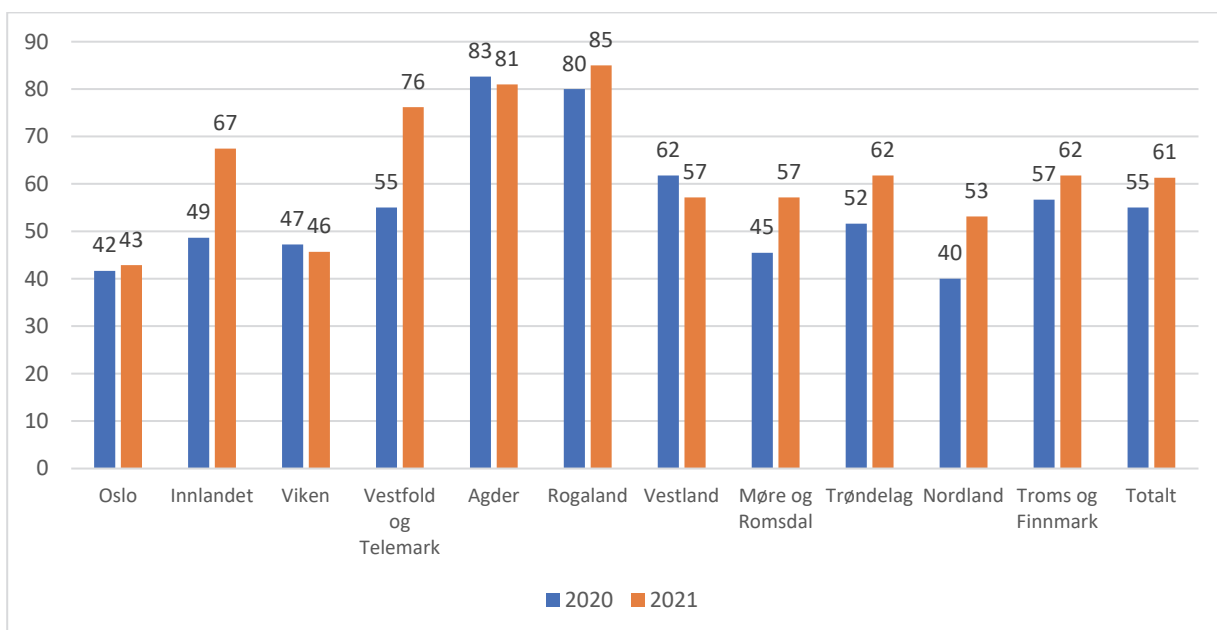
	2020		2021	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	33	11	41	13
I stor grad	129	44	160	49
I noen grad	106	36	101	31
I liten grad	19	6	16	5
I svært liten grad	8	3	10	3
Totalt	295	100	328	100



Figur 15.3 Prosent som svarer på i hvilken grad kommunen gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. 2020 og 2021



Figur 15.4 Prosent av kommunene som svarer at de i stor grad eller svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.

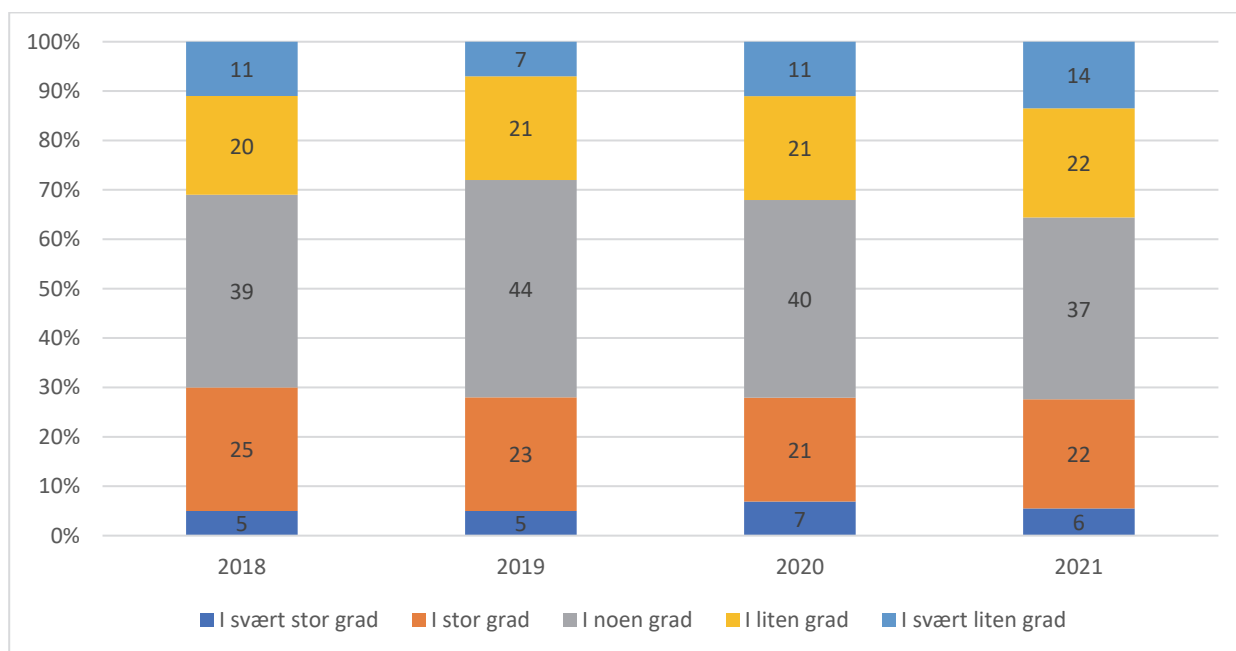


Figur 15.5 Prosent av kommunene som svarer at de i stor eller i svært stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til personer med ROP-lidelser. Fylke, 2020 og 2021.

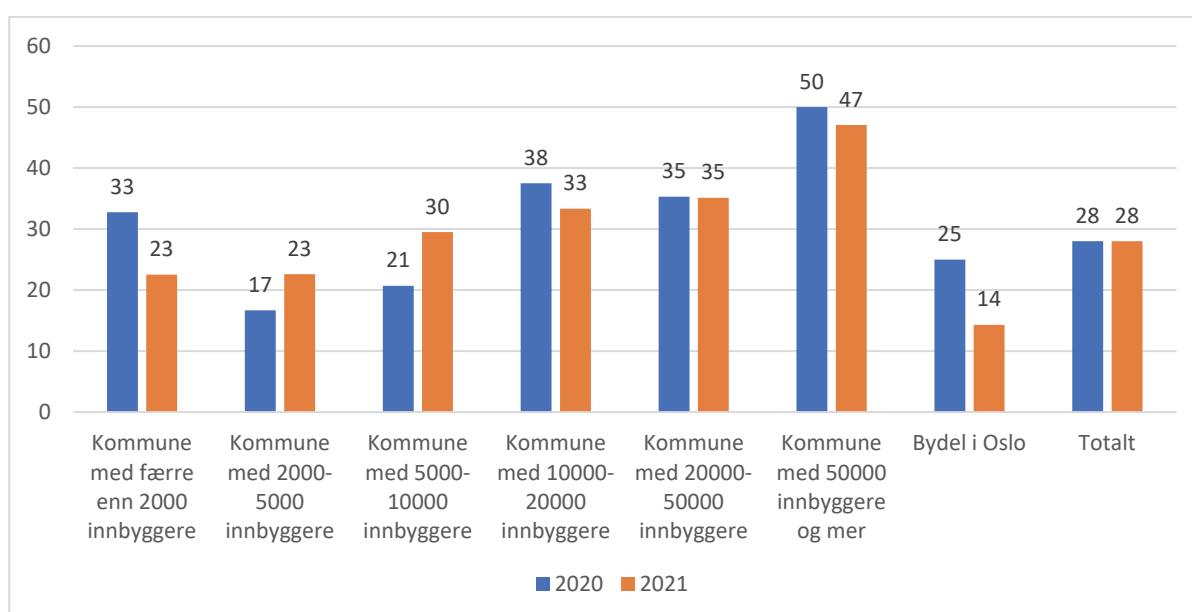
Tilbudet til personer med ROP-lidelser ser i størst grad ut til å vurderes som godt av kommunene i Agder og i Rogaland, og det er særlig en økning i kommuner som svarer at de gir et godt tilbud om oppfølging til målgruppen i Innlandet og Vestfold og Telemark fra 2020 til 2021.

15.4 HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON

I 2018 svarte 31 prosent av kommunene at Husbankens ordninger i liten eller i svært liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. I 2019 og 2020 var andelen hhv. 28 prosent og 29 prosent, men er i 2021 er det 36 prosent som svarer slik. Det er altså ikke slik at det er en stadig høyere andel kommuner som i stor grad er fornøye med ordningene i Husbanken rettet mot denne målgruppen. Det er relativt stabile tall de siste fire årene, men med en viss nedadgående trend (der 2020-tallene er beheftet med større usikkerhet grunnet pandemi og færre svar fra kommunene).

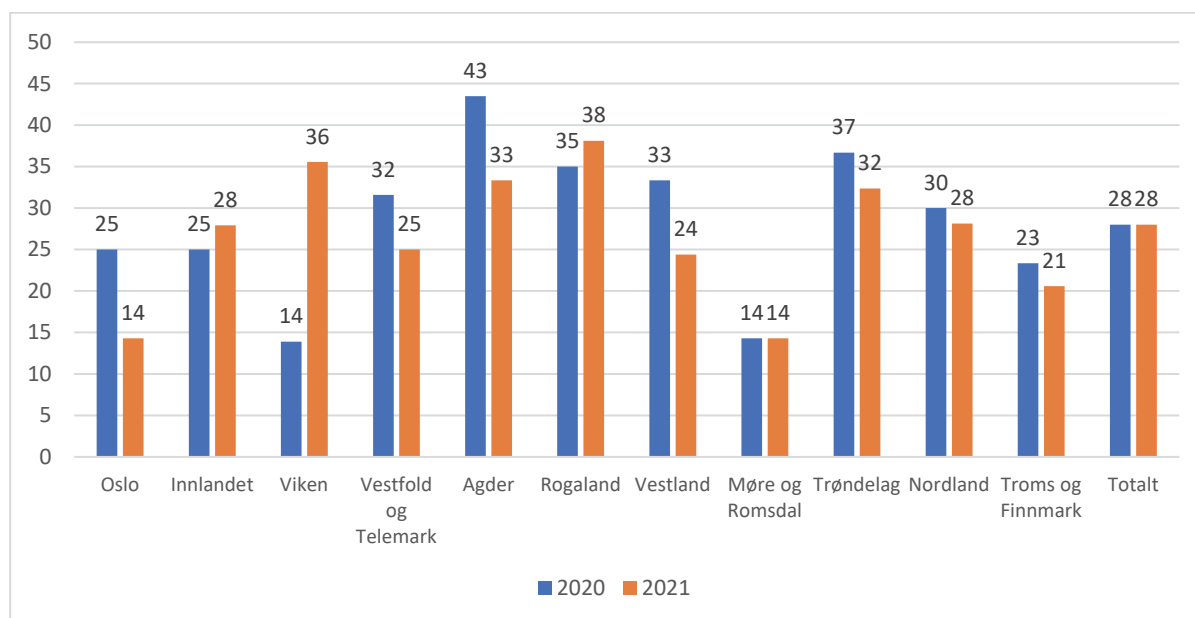


Figur 15.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. 2018-2021.



Figur 15.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at Husbankens ordninger i stor eller svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.

Det er særlig i de nest minste kommunene (2000-10 000 innbyggere) at få svarer at Husbankens ordninger bidrar i stor grad, og som vist i figur 15.7 i 2021 gjelder dette særlig i Møre og Romsdal.

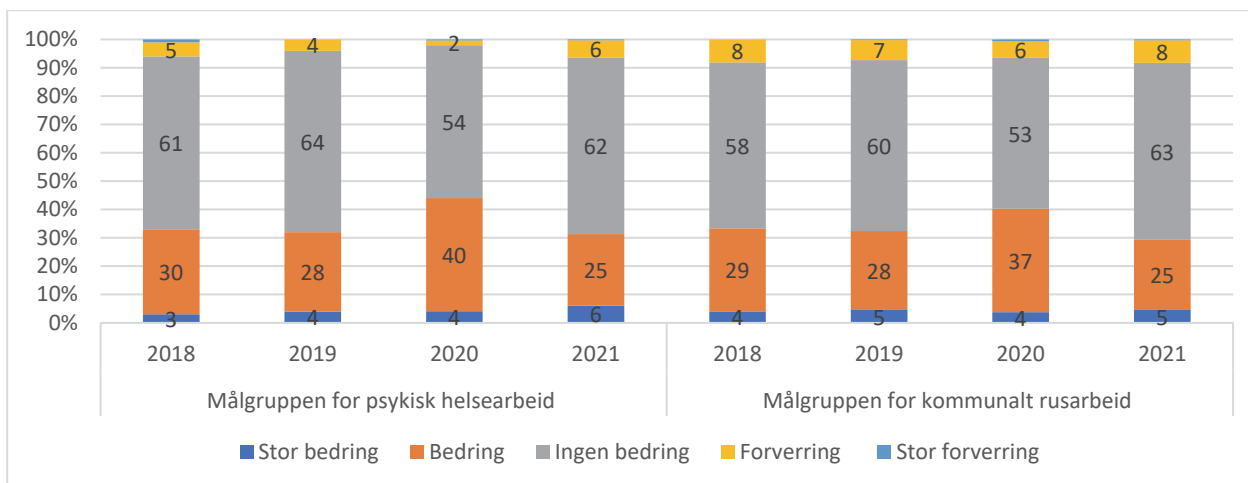


Figur 15.8 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at Husbankens ordninger i stor eller i svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i kommunen/bydelen. Fylke, 2020 og 2021.

Det er særlig flere kommuner i Viken som svarer at Husbankens ordninger i stor eller svært stor grad bidrar til at flere i målgruppen får en bedre bosituasjon i 2021 sammenliknet med året før.

15.5 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPENE

Som vist i figur 15.9 var det økning i andel kommuner som rapporterer om forbedringer i boligsituasjonen for begge målgruppene fra 2019 til 2020, men i 2021 har andelen gått ned. Det er også noen flere som rapporterer om forverring i boligsituasjonen for begge målgruppene. Det er skyldes sannsynligvis svakheter i tallene for 2020 pga. lav deltakelse heller enn en reell forverring, da svarfordelingen i 2021 er relativ lik svarfordelingen i 2019.



Figur 15.9 Hvordan boligsituasjonen i målgruppene har utviklet seg det siste året. 2018-2021.

15.6 OPPSUMMERING

Om vi sammenlikner 2018 og 2021, finner vi at det ikke er store endringer i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid. En litt lavere andel svarer at det har vært en bedring i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid, men en omtrent like stor andel svarte at tilbudet hadde forverret seg siste år både i 2018 og i 2021. Boligsituasjonen kan altså ha blitt forbedret i noen kommuner, men forverret i andre.

Det er 74 prosent av kommunene som i 2021 at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med oppfølging de gir boligtilbudet for de med psykiske helseproblemer/lidelser, mens det tilsvarende tallet er 66 prosent når det gjelder de med rusproblematikk og 62 prosent for ROP.

De største utfordringene på boligområdet handler fortsatt om å skaffe egnede boliger for målgruppen, men det er ulikt hva kommunene mangler. Noen mangler boliger med tilknyttet stasjonær bemanning, mens andre har mangel på små og rimelige boliger som målgruppen kan leie eller eie. Mange i målgruppen har svak økonomi og får ikke leid bolig pga. høye priser og ofte dårlig betalingsevne. Andre steder er det lav omløpshastighet på de kommunale boligene eller at de har for dårlig kvalitet eller for lav standard. En del svarer at de mangler et godt nok differensiert tilbud, for eksempel at de mangler gode botilbud til målgruppen ROP. Det er også problemer med å etablere nye boliger i flere kommuner, på grunn av mangel på tomter, priser på tomter eller at etablerte nabolag ikke vil ha nyetableringer for denne gruppen. Det er også noen som nevner at hovedutfordringene på boligområdet, er at brukere ikke ønsker personell inn i boligen eller at de ikke har nok ressurser til å gi tett bo-trening og tett oppfølging. Noen nevner også at hovedutfordringen er at kommuneadministrasjonen og politikerne ikke prioriterer botilbud til målgruppen til psykisk helse- og rusarbeid.

I 2018 svarte 31 prosent av kommunene at Husbankens ordninger i liten eller i svært liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. I 2019 og 2020 var andelen hhv. 28 prosent og 29 prosent, men er i 2021 er det 36 prosent som svarer slik. Det er altså ikke slik at det er en stadig høyere andel kommuner som i stor grad er fornøyd med ordningene i Husbanken rettet mot denne målgruppen. Det er relativt stabile tall de siste fire årene, men med en viss nedadgående trend uten at vi har noen forklaring på dette.

16 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Regjeringens koordinerte innsats for barn og unge (0-24-samarbeidet) skal bidra til helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge innen fagområdene barnehage, grunnopplæring, barnevern, helse, sosiale tjenester og arbeidsliv. Fra formålsparagrafen i sosialtjenesteloven: "Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud."

I proposisjon 121 (2018-2019) fremla den forrige regjeringen Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019-2024. Målet med Opptappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, gjennom å introdusere en rekke helsefremmede, forebyggende og behandlende tiltak rettet mot barn og unge i alderen 0-25 år. Opptappingsplanen er organisert i flere hovedmål, hvor omsorg og trygghet i oppveksten, tidlig innsats mot barn og unge som sliter med sin psykiske helse og kompetansefremmende forskning framsettes som hovedmålsetninger for planen. Ifølge (Helgesen, Abebe et al. 2017), rapporterte over 60 prosent av kommunene at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, og kommunene har etterlyst mer kunnskap om hvilke verktøy og metoder som har effekt for psykisk helse i dette arbeidet. En forskningsbasert evaluering i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata, trekkes fram i Opptappingsplanen som viktige tiltak, som svar på denne etterspørselen fra kommunen.

I 2020 var det 80 prosent av kommunene/bydelen som svarte at de i stor eller svært stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov og dette var uendret fra 2018. Vi fant ingen forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Andel kommuner/bydeler som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, økte fra 59 prosent i 2018 til 84 prosent i 2020. Heller ikke på dette spørsmålet var det forskjeller i svarene mellom kommuner etter størrelse. Det var videre 63 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, en økning fra 54 prosent i 2018.

I 2021 er følgende spørsmål om barn og unge tatt med:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)?
- Har kommunen/bydelen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?

- Har kommunens/bydelens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?
- Hvor er helsestasjons- og skolehelsetjenestene organisert i kommunen/bydelen?
- Er dere kjent med at det er innført pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet?
- I hvor stor grad samarbeider kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med barneverntjenesten?
- Beskriv eventuelle utfordringer i samarbeidet med barnevernstjenestene

Noen av spørsmålene inngår i perioden 2018-2021, mens andre er nye i 2021. Vi presenterer utviklingen når vi har denne informasjonen, med unntak av der kun 2020 inngår i tillegg til 2021 fordi fjorårstallene var usikre.

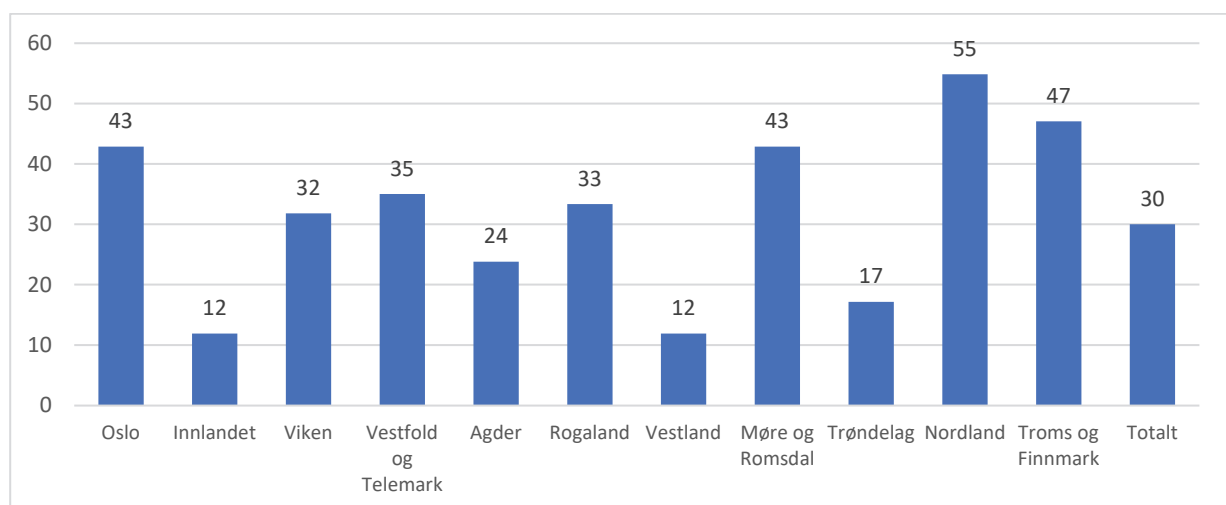
16.1 DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING

Som vist i tabell 16.1 er det 70 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen. Det er 7 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret.

Tabell 16.1 Antall og andel som svarer på i hvilken grad kommunen/bydelen har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	66	20
I stor grad	162	50
I noen grad	75	23
I liten grad	18	6
I svært liten grad	4	1
Total	325	100

Vi ser på de som ikke svarer i stor eller svært stor grad, altså gruppen kommuner/bydelers som svarer i noen, liten eller svært liten grad, men finner ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse. Men vi finner at en større andel av kommunene i Innlandet, Vestland og Trøndelag oppgir at ansvaret er definert, dvs. lav andel som svarer i noen, liten eller svært liten grad.



Figur 16.1 Prosent av kommunene som oppgir at de i noen, liten eller svært liten grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen. Fylke, 2021.

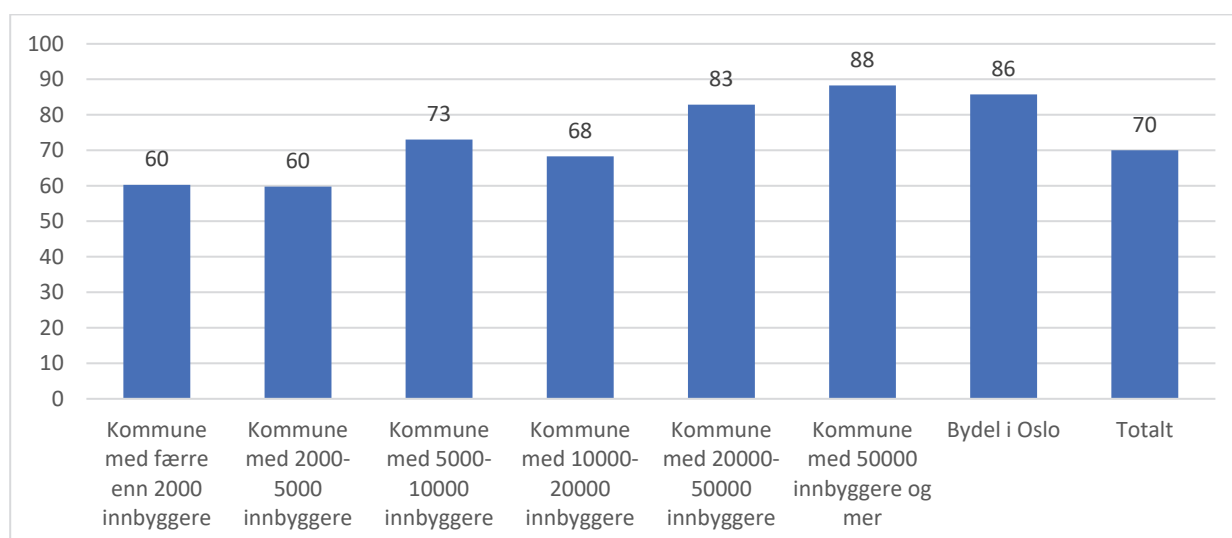
16.2 LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Om vi antar at de som har svart i svært stor eller stor grad har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, er det 69 prosent av kommunene som har dette, se tabell 16.2. Videre kan svarfordelingen bety at 11 prosent ikke har et tilbud utover fastlegetilbudet, mens 20 prosent har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen.

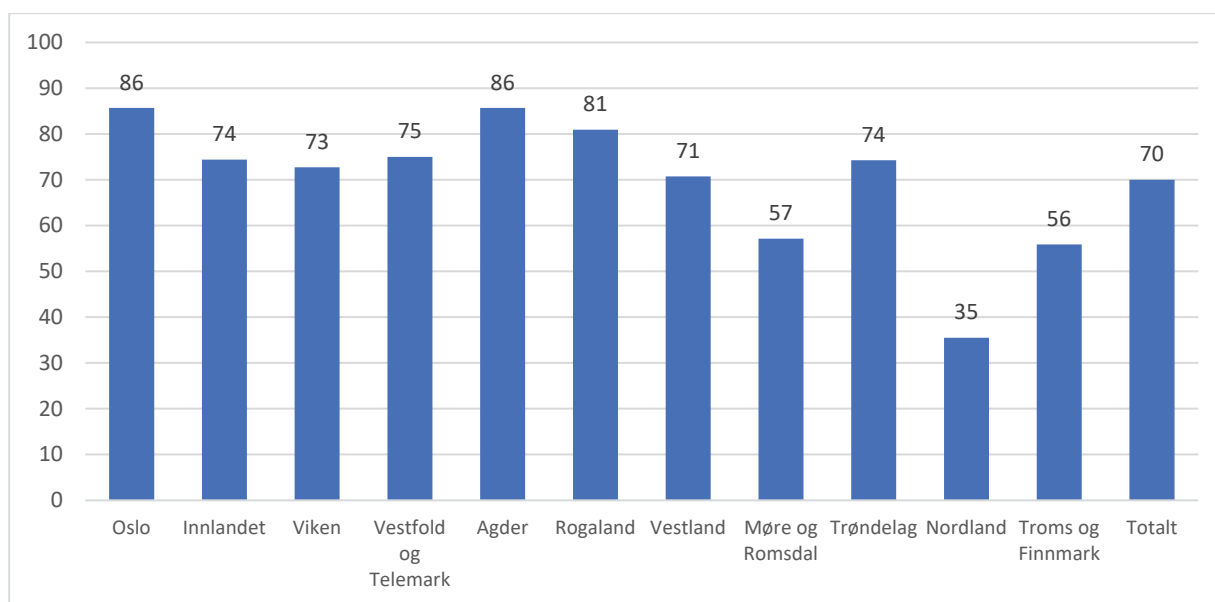
Tabell 16.2 Grad av lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	71	22
I stor grad	152	47
I noen grad	66	20
I liten grad	22	7
I svært liten grad	14	4
Total	325	100

Små kommuner svarer i mindre grad at de har et slikt tilbud enn større kommuner (figur 16.2), og forskjellene mellom fylkene (figur 16.3) forsvinner i stor grad når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 16.2 Andel som svarer at de i stor eller svært stor grad har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 16.3 Andel som svarer at de i stor eller svært stor grad har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser. Fylke, 2021.

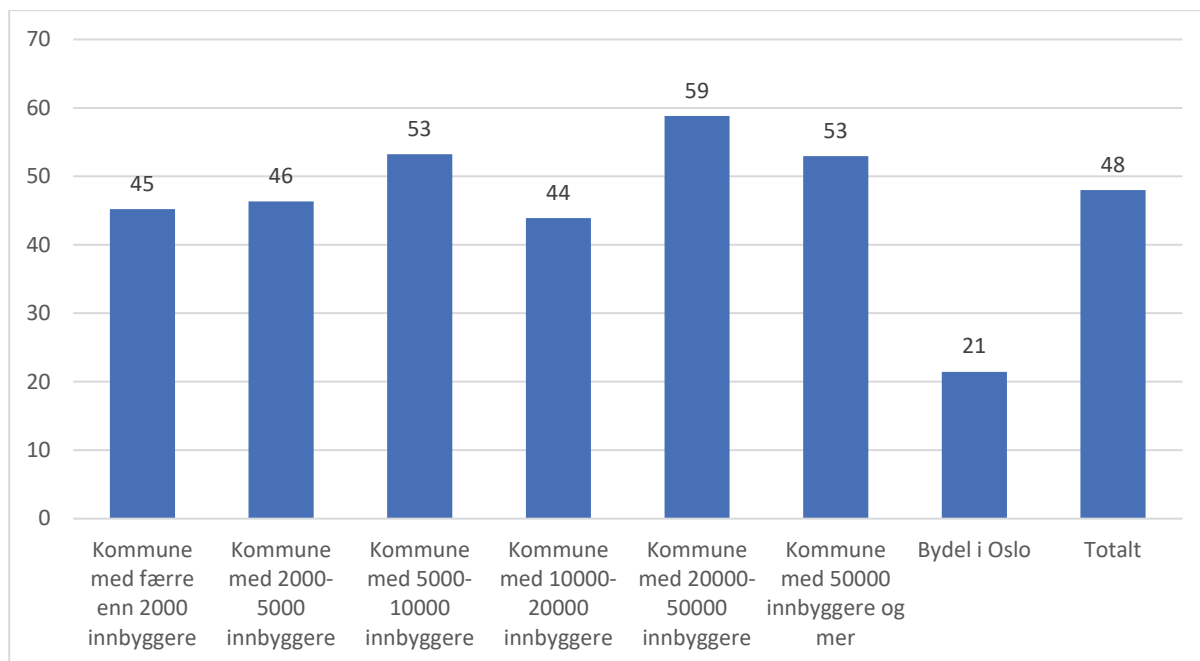
16.3 TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Det er nær halvparten av kommunene/bydelene (48 prosent) som svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 35 svarer i noen grad. Det er 18 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette.

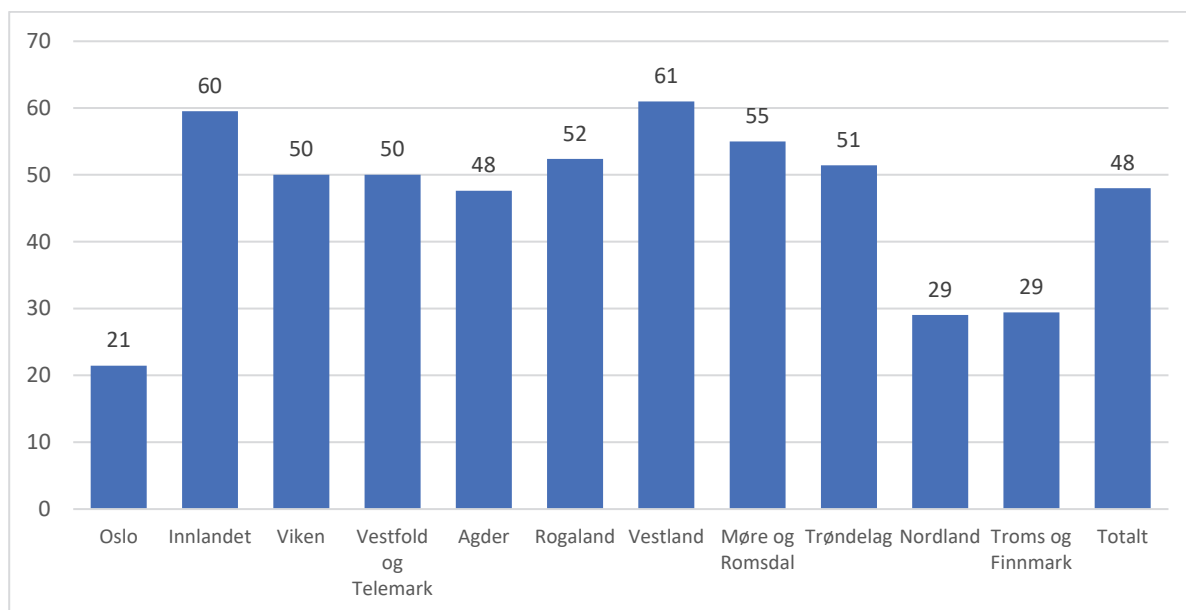
Tabell 16.3 I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	32	10
I stor grad	122	38
I noen grad	113	35
I liten grad	47	15
I svært liten grad	9	3
Total	323	100

Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse (figur 16.4), men det er noen forskjeller mellom fylker i andel som svarer i stor eller svært stor grad (figur 16.5).



Figur 16.4 Prosent av kommunene/bydelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 16.5 Prosent av kommunene/bydelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser. Fylke, 2021.

Det er særlig kommuner i Innlandet og Vestland som i større grad svarer at de har gjort en slik tydeliggjøring overfor innbyggerne.

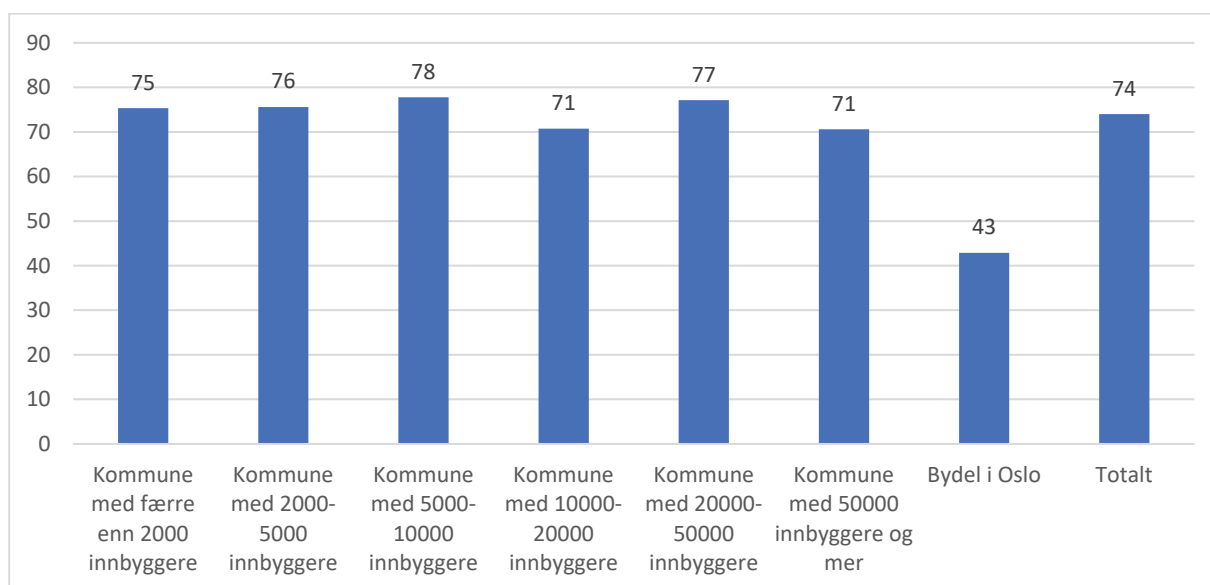
16.4 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIETT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

Det er få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, se tabell 16.4. Andel som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 74 prosent i 2021.

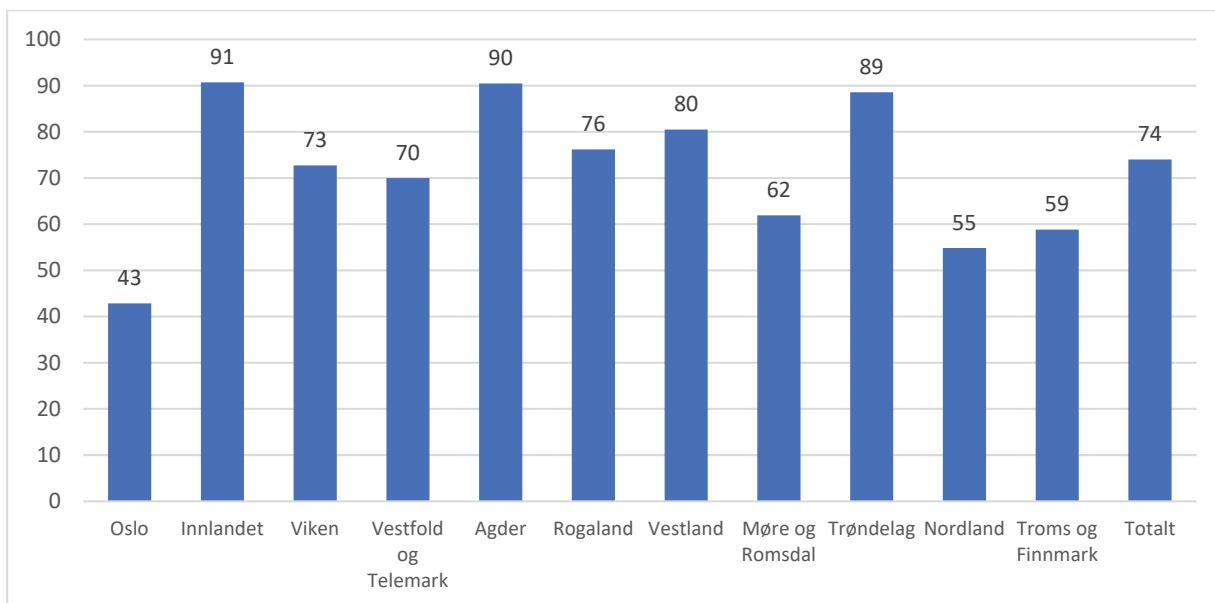
Tabell 16.4 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2018-2021.

	2018		2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0	5	1	1	0	3	1
I liten grad	8	2	6	1	5	2	7	2
I noen grad	76	19	72	17	40	14	75	23
I stor grad	235	57	241	59	175	62	167	51
I svært stor grad	90	2	88	21	63	22	73	22
Totalt	409	100	412	100	284	100	325	100

Vi ser i det følgende på de som svarer at de i svært stor eller i stor grad har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid i 2021 og fordeler på kommunestørrelse (figur 16.6) og fylke (figur 16.7).



Figur 16.6 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Kommunestørrelse, 2021.

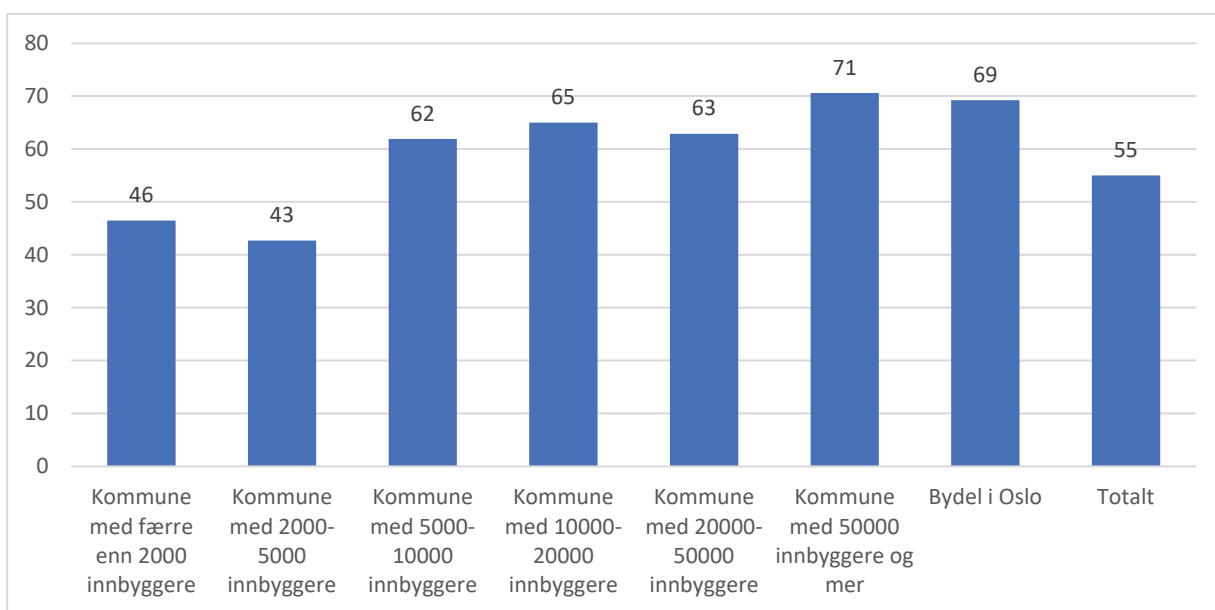


Figur 16.7 Andel kommuner/bydeler som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Fylke, 2021.

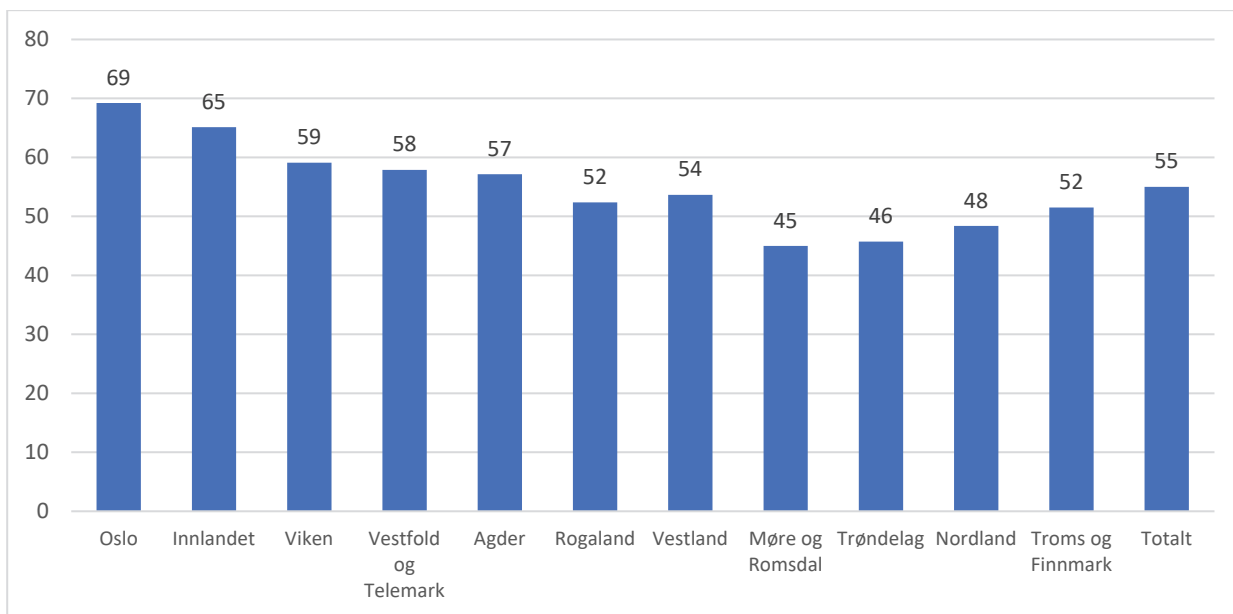
16.5 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

I 2021 svarte 55 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. I 2018 var denne andelen 54 prosent, og i 2019 på 59 prosent og i 2020 på 63 prosent (usikre tall). Det er dermed liten endring fra 2018 til 2021.

Vi ser videre på hvordan dette fordeler seg på kommuner av ulik størrelse og på fylke i henholdsvis figur 16.8 og 16.9.



Figur 16.8 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Kommunestørrelse, 2021.

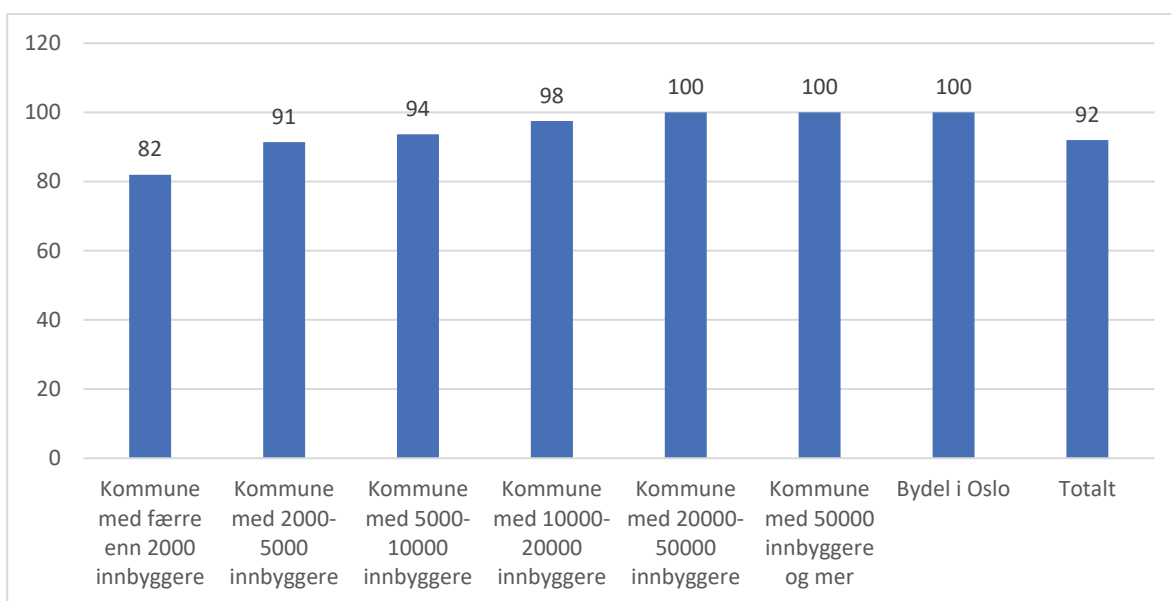


Figur 16.9 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Fylke, 2021.

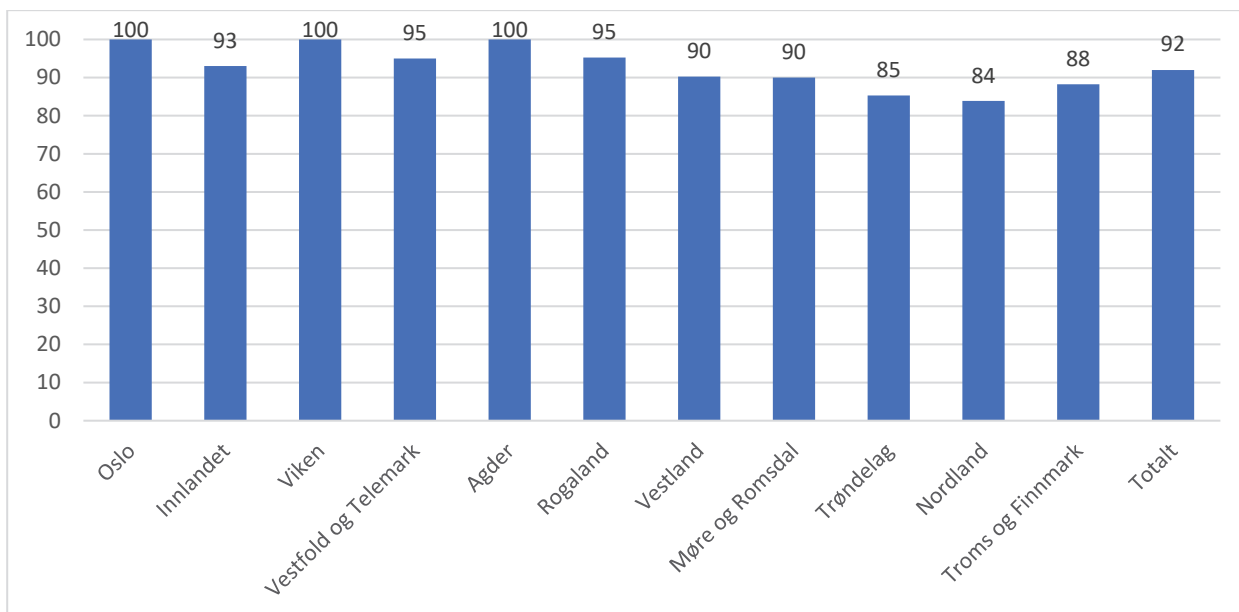
16.6 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. I 2019 hadde andelen sunket til ni prosent, og i 2020 og i 2021 var andelen åtte prosent.

Vi ser videre på andelen som oppgir at de har virksomme prosedyrer etter kommunestørrelse (figur 16.10) og fylke (figur 16.11).



Figur 16.10 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 16.11 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Fylke, 2021.

Det er også gitt anledning til å gi en åpen kommentar til spørsmålene om barn og unge, og her skriver flere at de har innført BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats), at de er i ferd med å etablere rutiner og lage handlingsplan på ulike områder, at de har tverrfaglige familieteam, portal for bekymringsmeldinger og ulike prosjekt de er i gang med.

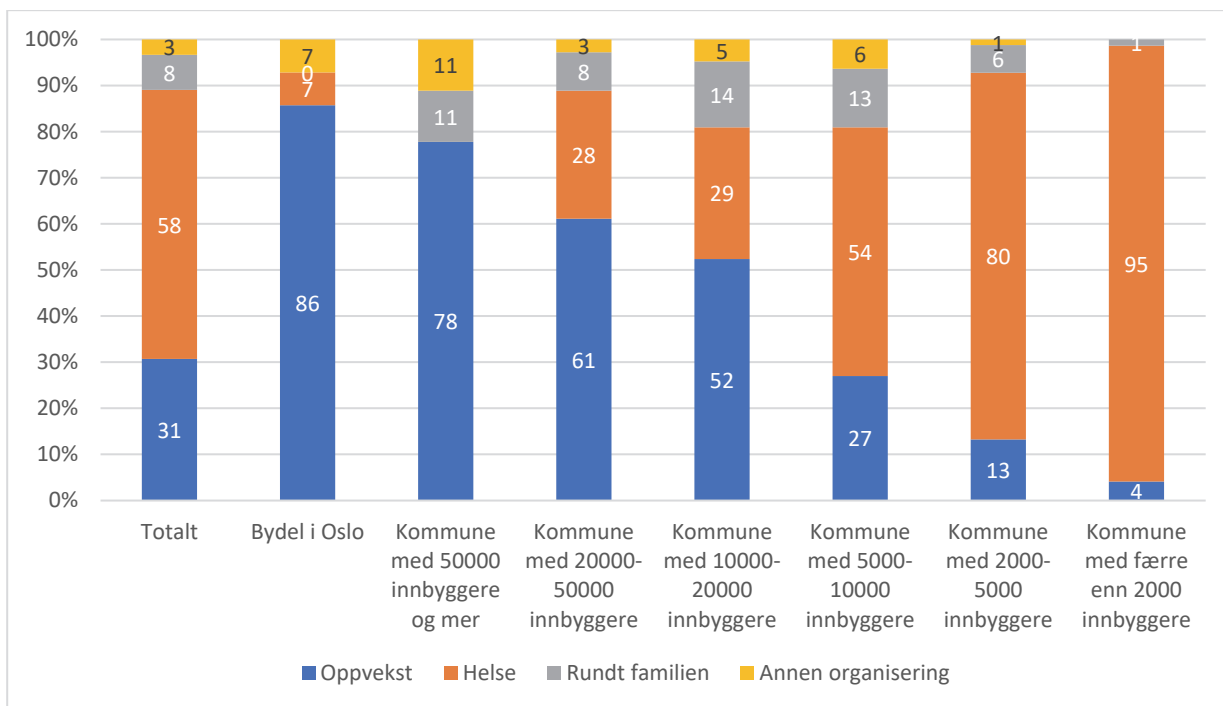
16.7 ORGANISERING AV HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Det er 329 kommuner/bydeler (88 prosent) som har svart på hvor helsestasjons- og skolehelsetjenesten er organisert. Det er flest som har organisert disse under Helse (58 prosent), mens 31 prosent har organisert tjenestene under Oppvekst. Åtte prosent har valgt å organisere tjenestene Rundt familien, mens tre prosent har valgt en annen organisering (for eksempel at familiens hus ligger under oppvekst, at de har interkommunal helsetjeneste, levekårsavdeling etc.)

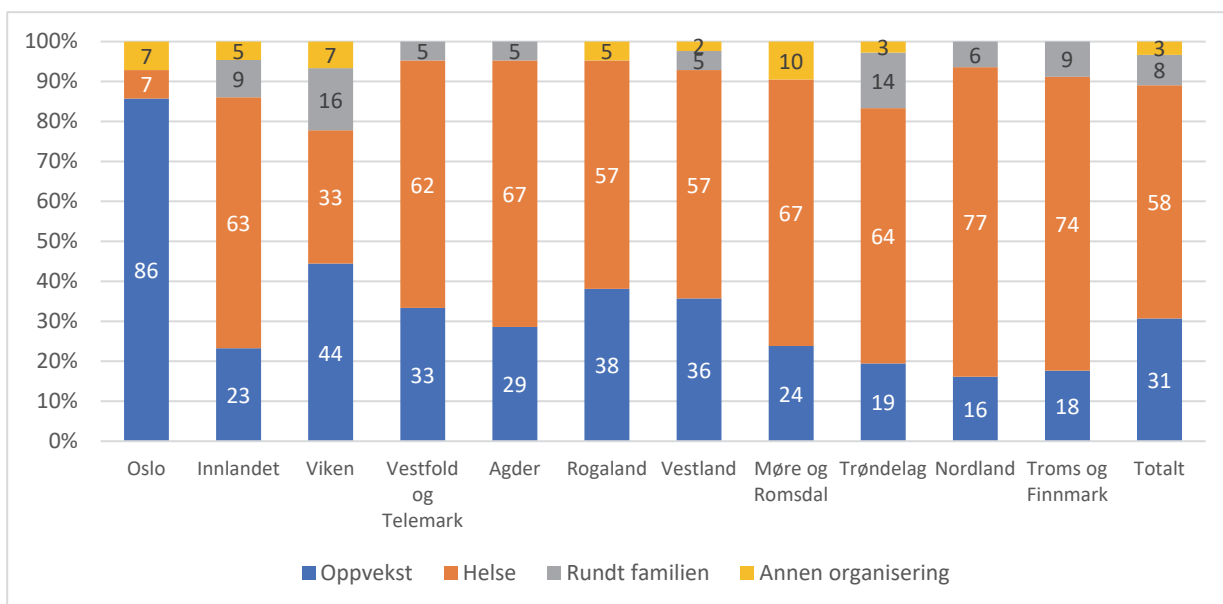
Tabell 16.5 Antall og prosent av kommunene etter hvor de har organisert helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2021.

	Antall	Prosent
Oppvekst	101	31
Helse	192	58
Rundt familien	25	8
Annen organisering	11	3
Totalt	329	100

Som vist i figur 16.12 er det særlig mange av de mindre kommunene som organiserer tjenestene under Helse, mens andel som organiserer de under oppvekst øker med kommunestørrelse.



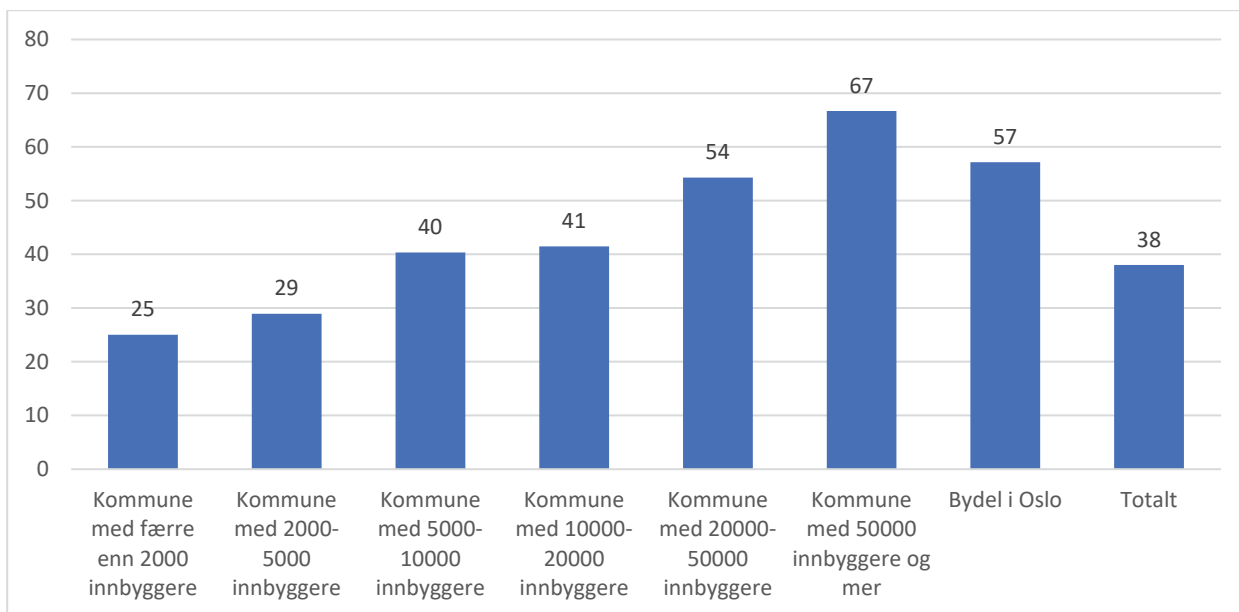
Figur 16.12 Prosent av kommunene med ulike organiseringer av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunestørrelse, 2021.



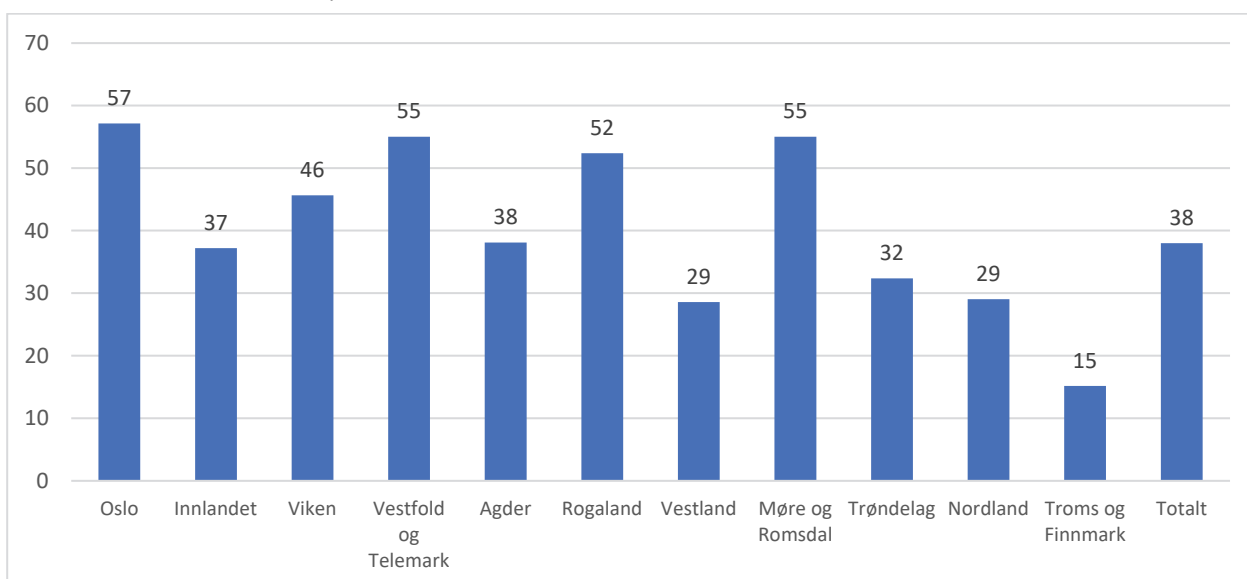
Figur 16.13 Prosent av kommunene med ulike organiseringer av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fylke, 2021.

16.8 KJENT MED PAKKEFORLØP FOR BARN OG UNGE I BARNEVERN

Det er 325 kommuner/bydeler (87 prosent) som svarer på spørsmålet om de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Av disse er det 38 prosent som svarer at de er kjent med dette, og andelen er høyest blant de største kommunene (se figur 16.12) og lavest i Troms og Finnmark (figur 16.13).



Figur 16.14 Andel kommuner som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Kommunestørrelse, 2021.



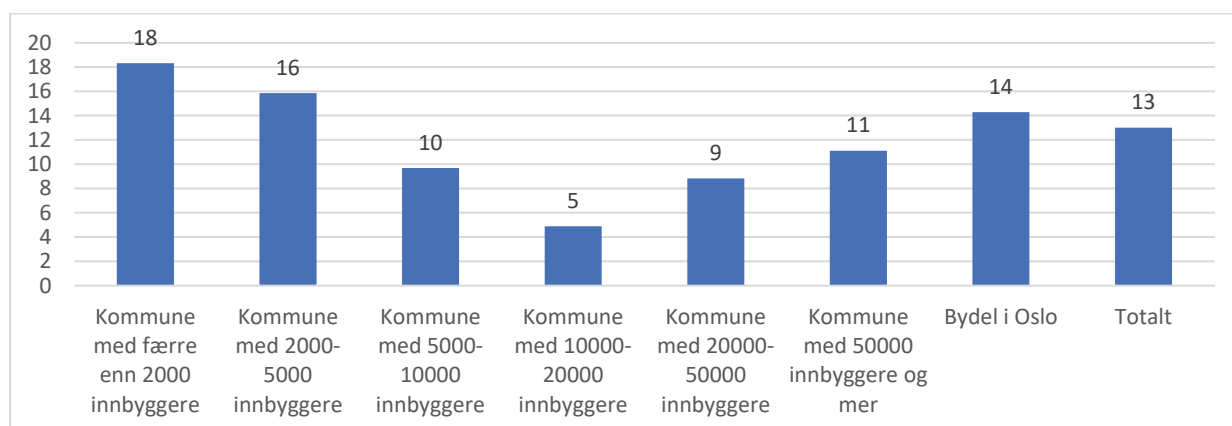
Figur 16.15 Andel kommuner som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Fylke, 2021.

16.9 SAMARBEID MED BARNEVERNTJENESTEN

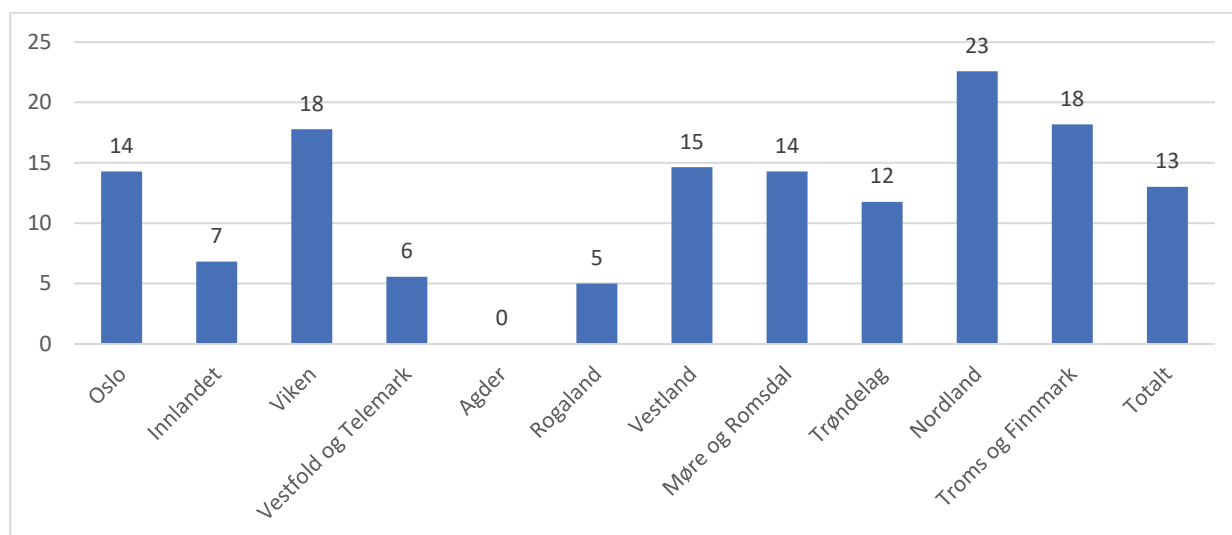
I 2021 er det også tatt med et spørsmål om samarbeid med barneverntjenesten og tabell 16.6 viser de fleste svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten (53 prosent) og 28 prosent svarer at de i stor grad samarbeider. Det er 41 kommuner (13 prosent) som svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten, og som vist i figur 16.16 gjelder dette flest av de minste og største kommunene og kommunene i Nordland, Viken og Troms og Finnmark (figur 16.17).

Tabell 16.6 Antall og andel kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten, 2021.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	18	6
I stor grad	91	28
I noen grad	172	53
I liten grad	26	8
I svært liten grad	15	5
Total	322	100



Figur 16.16 Andel kommuner som svarer at de i liten eller svært liten grad har samarbeid med barnevernstjenesten. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 16.17 Andel kommuner som svarer at de i liten eller svært liten grad har samarbeid med barnevernstjenesten. Fylke, 2021.

Det er også gitt anledning til å beskrive utfordringer i samarbeidet med barnevernet, og 106 kommuner/bydeler har skrevet inn en kommentar. Som også vist i tabell 16.5 samarbeider kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i ulik grad med barnevernet. Blant de som svarer at de i stor grad samarbeider, er det mange som sier at samarbeidet fungerer godt og at det ikke er noen særlige utfordringer. Blant de som har lite samarbeid med barnevernet, ser dette blant annet ut til å skyldes følgende forhold:

- Interkommunale barnevernstjenester der kommunene ikke har en fast kontaktperson
- Taushetsplikten er fortsatt et hinder for samarbeid med barnevernstjenesten, mangler rutiner for innhenting av samtykke
- Høy turn-over og høyt sykefravær i barnevernstjenestene gir samarbeidsutfordringer
- Høyt oppgavepress og lite ressurser i barnevernet gjør at de har lite kapasitet til å samarbeide
- Det er ikke etablert effektive samarbeidsarenaer mellom tjenestene.

Flere beskriver at barnevernstjenesten ønsker å trekke seg raskt ut for å få kapasitet til andre saker:

Utfordringer knyttet til når barn/unge har en diagnose, da skyves ansvaret over på helse- og omsorg. Dette er utfordrende da barnevernet har flere tiltak å sette inn. I det øyeblikk de vurderer at det ikke er noe i veien med omsorgsevnen, men kun dreier seg om barnets adferd pga. diagnoser ønsker de å trekke seg ut, selv om utfordringene i familien er så store at det går ut over omsorgsevnen til slutt.

Vi samarbeider godt med Barneverntjenesten, men utfordringene er at barnevernstjenesten mangler ressurser og er snare til å trekke seg ut av saker.

Et annet innspill går på at barnevernstjenestene ikke alltid bekrefter at de har mottatt bekymringsmeldinger:

Vi opplever at Barnevernet ikke bestandig bekrefter at bekymringsmeldinger er mottatt og de kommunale helse- og omsorgstjenestene finner det krevende i mange tilfeller å følge opp de voksne der barnevernet ikke stiller seg tilgjengelige for et samarbeid. Dette begrunnes svært ofte med taushetsplikten som er regulert i barnevernsloven, men kan bli til hinder for å gi et forsvarlig godt tilbud til den voksne og et forringet koordinert og helhetlig tilbud til familien. Ledelsen i barnevernet oppleves utilgjengelig for samarbeid på systemnivå internt og også eksternt mot spesialisthelsetjenester.

En kommune med godt samarbeid beskriver tjenesten slik:

Barnevernet: Har ikke forholdt oss til pakkeforløpsbegrepet, men vi forholder oss hele tiden til barnevernloven § 3-2 første ledd. Barneverntjenesten tilviser til BUP, oppretter kontakt med lege, PPT, kommunepsykolog og eventuelt andre tjenester. I tillegg har barneverntjenesten tiltak, som kan avhjelpe utfordringer med psykisk helse og/eller rus hos barn og unge.

Det er også kommet et konkret innspill til pakkeforløpet som kan være viktig:

Det står i pakkeforløpet at det er barnevernet som skal vurdere behovet for psykiatrisk hjelp, dette mener vi ikke er godt nok da barnevernet ikke innehar nok kompetanse på fagområdet. Vi samhandler godt med barnevernet, men har noen diskusjoner rundt barn som lever med psykisk syke foreldre, de klarer ikke alltid å "se" at mor/far er syke, manipulerende eller traumebelastet.

16.10 OPPSUMMERING

Det 70 prosent av kommunene/bydelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen. Det er 7 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret mens resten har gjort det i noen grad. Kommunene i Innlandet, Vestland og Trøndelag oppgir i størst grad at dette ansvaret er definert.

Det er 69 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, 11 prosent ikke har et lavterskeltilbud utover fastlegene, mens 20 prosent har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen. Små kommuner svarer i mindre grad at de har et slikt tilbud enn større kommuner og det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

Omtrent halvparten av kommunene/bydelene (48 prosent) som svarer de har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 35 svarer at de i noen grad har det og 18 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, men kommuner i Innlandet og Vestland svarer i større grad at de har gjort en slik tydeliggjøring overfor innbyggerne.

I 2020 var tallene usikre, men dersom vi ser på perioden 2018 til 2021, finner vi at andelen som har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, har økt fra 59 prosent i 2018 til 74 prosent i 2021. Andelen som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge var i 2018 på 54 prosent og i 2021 på 55 prosent. Det var i 2018 86 prosent som oppga at de hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi, og i 2021 var andelen 92 prosent. Av disse indikatorene, er det altså svakest utvikling i andel som har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge'.

I 2021 ønsket vi også å finne ut hvor helsestasjon – og skolehelsetjenesten var organisert og vi finner at det er flest kommuner som har organisert disse tjenestene under Helse (58 prosent), mens 31 prosent har organisert tjenestene under Oppvekst. Åtte prosent har valgt å organisere tjenestene rundt familien, mens tre prosent har valgt en annen organisering (for eksempel at familiens hus ligger under oppvekst, at de har interkommunal helsetjeneste, levekårsavdeling etc.).

Det er videre 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevernet, og andelen som er kjent med dette er høyest blant de største kommunene og lavest i Troms og Finnmark.

Det er også tatt med et spørsmål om i hvor stor grad kommunalt psykisk helse- og rusarbeid samarbeider med barneverntjenesten i kommunen. De fleste (53 prosent) svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten, 28 prosent svarer at de i stor grad samarbeider med barneverntjenesten og 13 prosent i liten eller svært liten grad. Lite samarbeid er vanligst i de minste og de største kommunene og kommunene i Nordland, Viken og Troms og Finnmark.

Det er også gitt anledning til å beskrive utfordringer i samarbeidet med barnevernet, og her kommer det frem at kommunene trenger en fast kontaktperson i de interkommunale barnevernstjenestene, at taushetsplikten fortsatt er et hinder for samarbeid, hyppig utskifting av personell og høyt sykefravær i barnevernstjenesten gir utfordringer i samarbeidet, at lite ressurser i barnevernstjenestene gir lav samarbeidskapasitet og at det ikke er etablerte samarbeidsarenaer med barnevernet som fungerer på en systematisk og effektiv måte.

17 OPPFØLGING AV ELDRE

Antall eldre øker både fordi forventet levealder øker og fordi de store etterkrigskullene har nådd pensjonsalderen (Gleditsch, Thomas et al. 2020). Mens økningen i antallet yngre eldre (60 og 70 årsalderen) allerede er godt i gang, er vi nå i starten av økningen i antall eldre i 80-årsalderen. Forskning tyder på en stor forbedring i psykologisk funksjon blant eldre, og at eldre mennesker kognitivt og psykososialt har blitt yngre (Gerstorff, Hülür et al. 2020). Dette gjelder imidlertid spesielt yngre eldre i 60 og 70 årene, og i mindre grad de eldste eldre og i livets slutfase (ibid.). Når flere blir eldre og flere lever lenger vil derfor trolig antall personer med kognitiv svikt og psykososiale utfordringer øke. Basert på resultater fra HUNT4 70+ er det beregnet forekomst av demens og mild kognitiv svikt i Norge (Gjøra, Heine Strand et al. 2021). Andelen med mild kognitiv svikt for personer over 70 år ble anslått til 35 prosent, mens andelen med demens ble beregnet til 15 prosent. Forekomst av kognitiv svikt og demens øker med alder og det ble anslått at hver tredje person i aldersgruppen 85-89 år hadde demens og halvparten av de over 90 år (ibid.). Beregnet antall med demens i 2020 og framskrevet antall fram mot 2050 er publisert på demenskartet.no. Over 100,000 anslås å ha demens i Norge i dag, og dette øker til nesten 140,000 i 2030, til over 190,000 i 2040 og til nesten 250,000 i 2050. Det er også mulig å finne tall på kommunenivå på nettsiden.

Resultater fra HUNT4 70+ viser også at andel eldre med depresjonssymptomer øker med alder blant eldre, fra 9 prosent i alderen 70-74 til 18 prosent i alderen 90+, andelen med både lett, moderat og alvorlig depresjon økte med alderen (Skjellegrind, Kjellvik et al. 2021). Det er en sammenheng mellom demens og depresjon. Demens kan være risikofaktor for depresjon, mens depresjon kan være risikofaktor for demens og depresjon blant eldre kan være tidlig tegn på demenssykdom (Rubin 2018).

Ettersom nye generasjoner eldes, endres drikkemønsteret blant de eldre. Eldre drikker mer enn før og har også en mer risikofylt alkoholbruk. Samtidig har mange eldre problematisk bruk av vanedannende legemidler. Eldre har også lavere toleranse for alkohol og alkoholbruk kan ha større negative helsekonsekvenser for eldre (Lunde 2017).

I 2030 vil det for første gang være flere nordmenn over 65 år enn under 19 år i Norge (Gleditsch mfl. 2020). I 2040 vil antall personer over 80 år mer enn dobles, en økning på mer enn 260,000 fra dagens nivå på rundt 230,000. Med uendret aldersspesifikk forekomst vil dette i seg selv innebære at antallet eldre med psykiske lidelser og rusproblemer øker. Samtidig er det økende forekomst av for eksempel rusproblemer i den eldre befolkningen (Bye 2012). Kommunene har et omfattende ansvar for personer med psykiske lidelser og rusproblemer.

Psykisk helse- og rusproblemer blant eldre har fått økt oppmerksomhet i de senere årene blant annet i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. For å styrke mulighetene den enkelte har til å mestre hverdagen, og for å gi tidlig hjelp, vil regjeringen styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk som vil kunne bidra til å

avdekke psykisk helse- og rusproblemer. Se rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (regjeringen.no).²³

I 2019 fant vi at 16-28 prosent av kommunene/bydelene hadde egne tiltak eller tjenester innen psykisk helse og rusarbeid rettet mot målgruppene blant eldre. Det var i tillegg fem til åtte prosent av kommunene som hadde tiltak under planlegging. Tiltak kommunene ikke hadde etablert, men som de så behov for, inkluderte egne botiltak, aktivitetstilbud, dagsentertilbud, møteplasser med lav terskel for deltakelse og egne team med kompetanse på psykisk helse og rus blant eldre. Over halvparten av kommunene svarte at de i liten grad har satset på kompetanseheving blant ansatte på disse målgruppene, inkludert kompetanseheving på eldre utsatt for vold og overgrep.

I 2020 fant vi at 14 prosent av kommunene/bydelene svarte at de hadde kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus og nesten like mange svarte at de ikke vet om behovene er kartlagt. Dette kan være fordi det er andre tjenester som gjør denne kartleggingen, kanskje uten at psykisk helse- og rustjenester er involvert. De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. De fleste svarte at dette er gjort gjennom BrukerPlan eller at denne kartleggingen gjøres fortløpende gjennom de eldres kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre. Noen har også kartlagt behov gjennom hjemmebesøk eller når de eldre får behov for andre kommunale tjenester. Hver tredje kommune/bydel svarte at de eldre blir spurt systematisk om alkoholvaner, mens 35 prosent svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant de eldre. Det var 28 prosent som hadde gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre blant ansatte det gjelder psykiske helseproblemer, mens 18 prosent hadde gjennomført kompetansehevende tiltak når det gjelder eldre med rusproblematikk og 14 prosent om eldre med ROP-lidelser. Nesten hver femte kommune (19 prosent) oppgav i 2020 at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak for eldre utsatt for vold og overgrep siste år. De samme spørsmålene som ble tatt med i 2020 er tatt med i 2021 og vi kan derfor se på utvikling i disse indikatorene.

17.1 DATAGRUNNLAG

2021-kartleggingen inneholder følgende spørsmål om eldre og psykisk helse- og rusarbeid:

- Har kommunen kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus?
 - Hvis ja, hvordan ble kartleggingen gjennomført?
- Blir eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner?
- Gjennomfører kommunen systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre?
 - Tema i samtalene? - Psykisk helse
 - Tema i samtalene? - Alkoholvaner
 - Tema i samtalene? - Legemiddelbruk
 - Tema i samtalene? - Annet rusmiddelbruk
 - Tema i samtalene? - Vold og overgrep
- Har kommunen gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året?
 - Eldre med psykiske helseproblemer

²³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>

- Eldre med rusproblematikk
- Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser)
- Eldre utsatt for vold og overgrep

17.2 KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV

I 2020 var det 79 prosent av kommunene/bydelene som svarte på om de hadde kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus (n=293), mens andelen var 89 prosent (n=330) i 2021. Som vist i tabell 17.1 er det liten endring fra 2020 til 2021 og det 13 prosent som svarer at behovene er kartlagt, mens 12 prosent ikke vet om denne kartleggingen er gjort.

Tabell 17.1 Antall og andel som svarer på om de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus. 2020 og 2021.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	41	14	43	13
Nei	213	73	247	75
Vet ikke	39	13	40	12
Total	293	100	330	100

De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er flest som svarer at dette er gjort gjennom BrukerPlan, som i 2020. Andre svarer at dette gjøres fortløpende gjennom den eldre sin kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre. Noen har også kartlagt dette ved hjemmebesøk eller når de får behov for andre kommunale tjenester. Noen svarer også at dette er gjort gjennom helsefremmede hjemmebesøk for eldre i samarbeid med tilsynslege, andre gjennom "79 års besøk" eller forebyggende hjemmebesøk utført av fysio - og ergoterapitjenesten hvert år, mens andre svarer at de gjennomfører kartleggingssamtaler med hjemmeboende eldre over 80 år.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. I 2020 var det 77 prosent (n=285) av alle kommuner/bydeler har svart på spørsmålet, og 87 prosent i 2021 (n=325). Det er svært små endringer fra 2020 til 2021 og det er fortsatt hver tredje kommune/bydel som svarer at de eldre systematisk blir spurt om alkoholvaner, mens 42 prosent svarer at det ikke spørres systematisk om alkoholvaner. Det er 26 prosent som svarer at de ikke vet om dette gjøres både i 2020 og i 2021.

Tabell 17.2 Antall og andel som svarer på om eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner. 2020 og 2021.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	94	33	106	33
Nei	118	41	136	42
Vet ikke	73	26	83	26
Total	285	100	325	100

Vi finner ingen systematisk variasjon i svarene hverken etter kommunestørrelse eller et fylke.

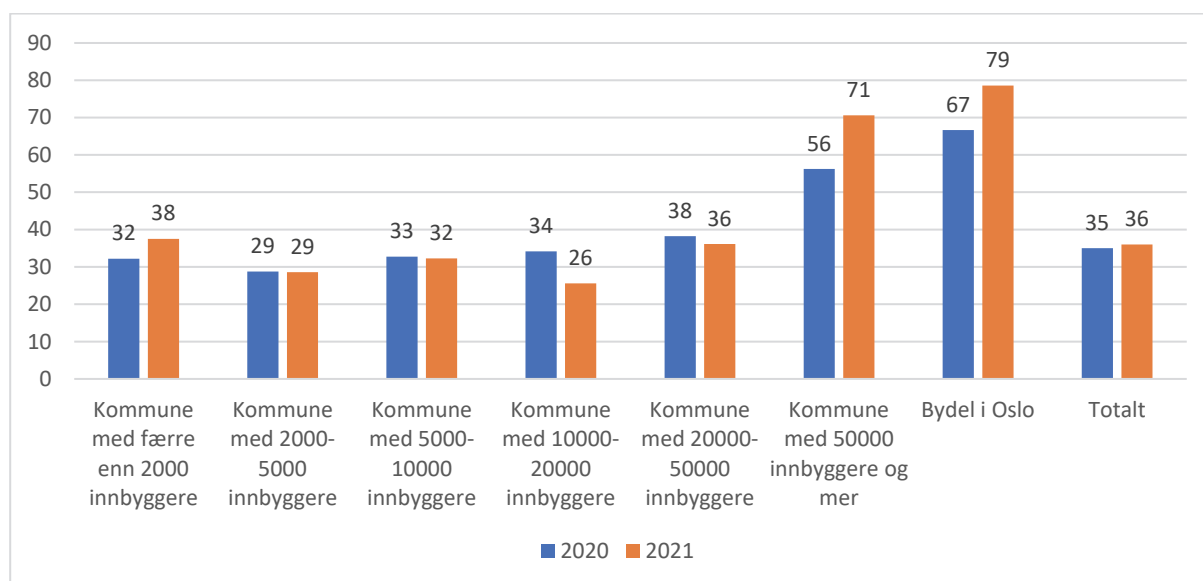
17.3 SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE

Som vist i tabell 17.3 er det i 2021 328 kommuner/bydeler som svarte på spørsmålet om de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre (88 prosent) og i 2020 hadde vi svar fra 79 prosent. Også her er det svært liten endring fra 2020 til 2021 i andelen og det er 36 prosent som svarer at de gjennomfører slike systematiske hjemmebesøk blant eldre, mens nær halvparten (49 prosent) svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk.

Tabell 17.3 Antall og andel som svarer på om kommunen gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. 2020 og 2021.

	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	103	35	118	36
Nei	148	51	162	49
Vet ikke	42	14	48	15
Total	293	100	328	100

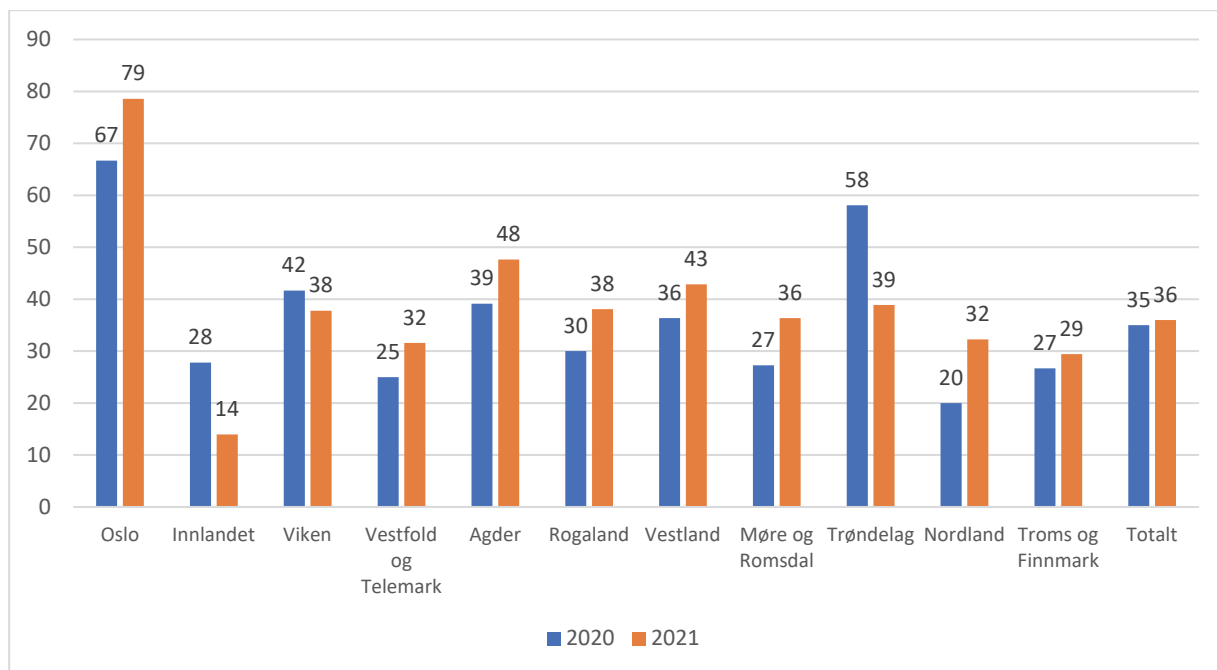
Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 17.1) og fylke (figur 17.2) i andel som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk.



Figur 17.1 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Kommunestørrelse, 2020 og 2021.

Forskjellene etter kommunestørrelse øker fra 2020 til 2021 ved at det er de største kommunene som har størst økning i andel som gjennomfører slike hjemmebesøk blant eldre.

Det er kommuner med mer enn 50 000 innbyggere og bydelene i Oslo, som systematisk ligger høyere enn de andre kommunegruppene, og kommuner i Agder og bydelene i Oslo ligger systematisk høyere enn de andre fylkene.



Figur 17.2 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Fylke, 2020 og 2021.

Det er også kartlagt om ulike tema dekkes i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, se tabell 17.4. Av de 118 kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk, er det 58 prosent som svarer at psykisk helse er et inkludert tema, og 52 prosent svarer at legemiddelbruk er tema i samtalen. Alkoholvaner er et tema i samtalen i 51 prosent av kommunene/bydelene som gjennomfører slike hjemmebesøk, mens 34 prosent svarer at vold og overgrep er et inkludert tema. Hver fjerde svarer at annet rusmiddelbruk er blant temaene. Andelene som kartlegger de ulike temaene er systematisk høyere i 2020 sammenliknet med 2021, noe som tyder på at utvalget i 2020 kan ha vært skjevt i retning av at de som svarte i 2020 i større grad inkluderte disse temaene i hjemmebesøkene enn de som ikke svarte.

Tabell 17.4 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer om de ulike temaene er inkludert i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, 2020 og 2021.

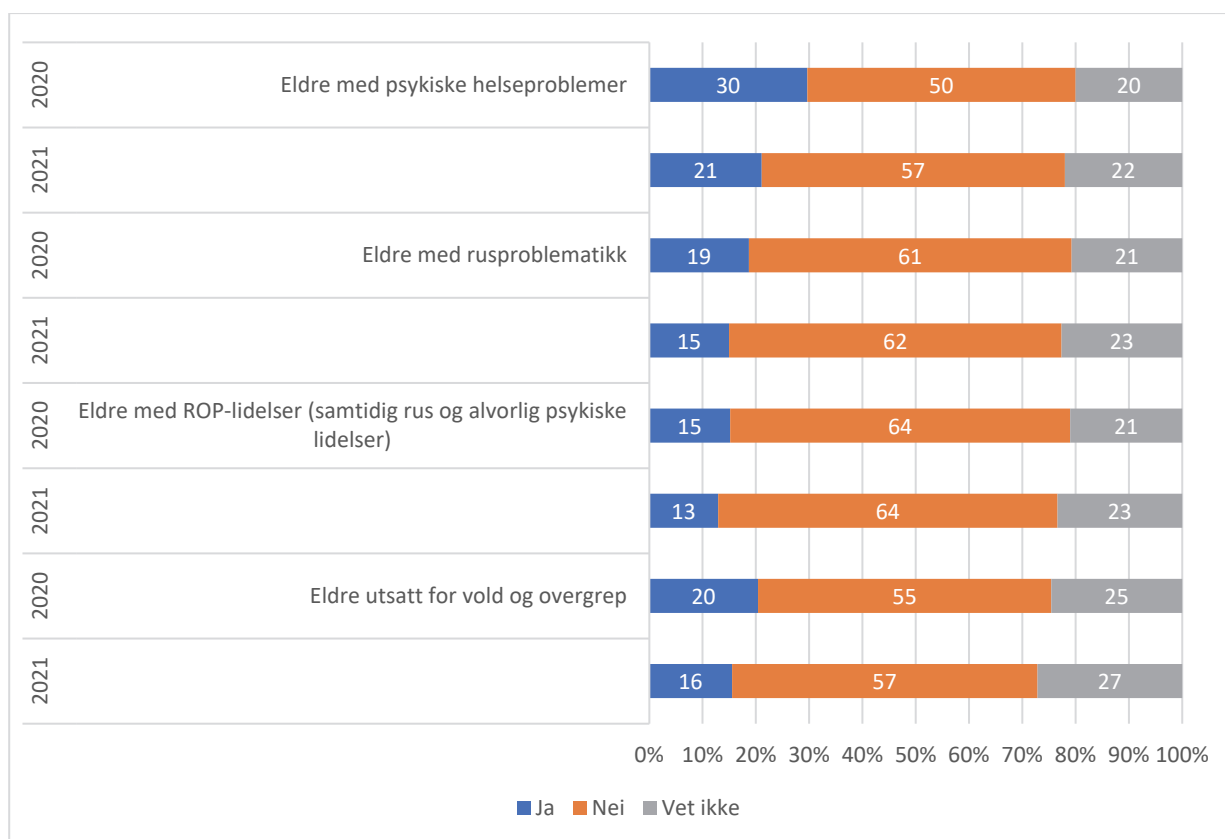
	2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Psykisk helse	83	81	69	58
Alkoholvaner	62	60	60	51
Legemiddelbruk	77	75	61	52
Annet rusmiddelbruk	31	30	30	25
Vold og overgrep	43	42	40	34
Antall kommuner	103	100	118	100

17.4 GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

Når det gjelder gjennomføring av kompetansehevende tiltak er fordelingen av svarene vist i tabell 17.5. Det var 78 prosent av kommunene/bydelene som svarte på dette i 2020 og i 2021 er andelen 88 prosent. Prosentfordelingen blant de som har svart er vist i figur 17.3.

Tabell 17.5 Antall kommuner etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året. 2020 og 2021.

	2020				2021			
	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt
Eldre med psykiske helseproblemer	86	146	58	290	69	186	72	327
Eldre med rusproblematikk	54	175	60	289	49	204	74	327
Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser)	44	185	61	290	42	207	76	325
Eldre utsatt for vold og overgrep	59	159	71	289	51	188	89	328

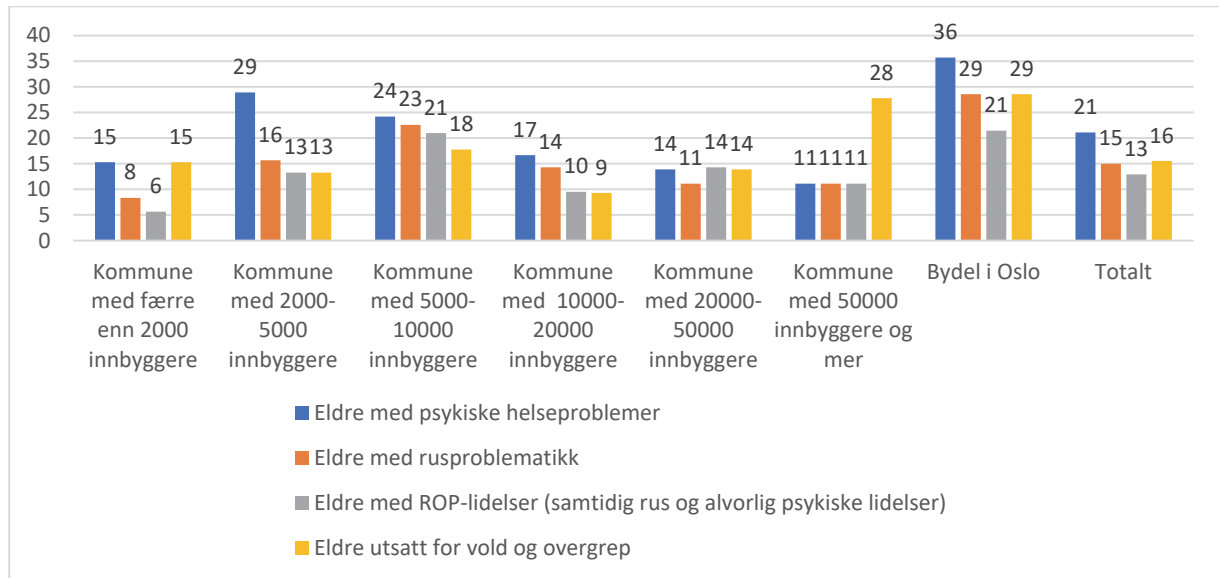


Figur 17.3 Prosentfordeling etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året, 2020 og 2021.

Det er færre kommuner som svarer at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte på alle fagområdene i 2021 enn i 2020. Som i 2020 har flest gjennomført tiltak når det gjelder psykiske helseproblemer (21 prosent). Videre har 15 prosent gjennomført kompetansehevende tiltak blant ansatte når det gjelder eldre med rusproblematikk og 13 prosent om eldre med ROP-lidelser. I 2021

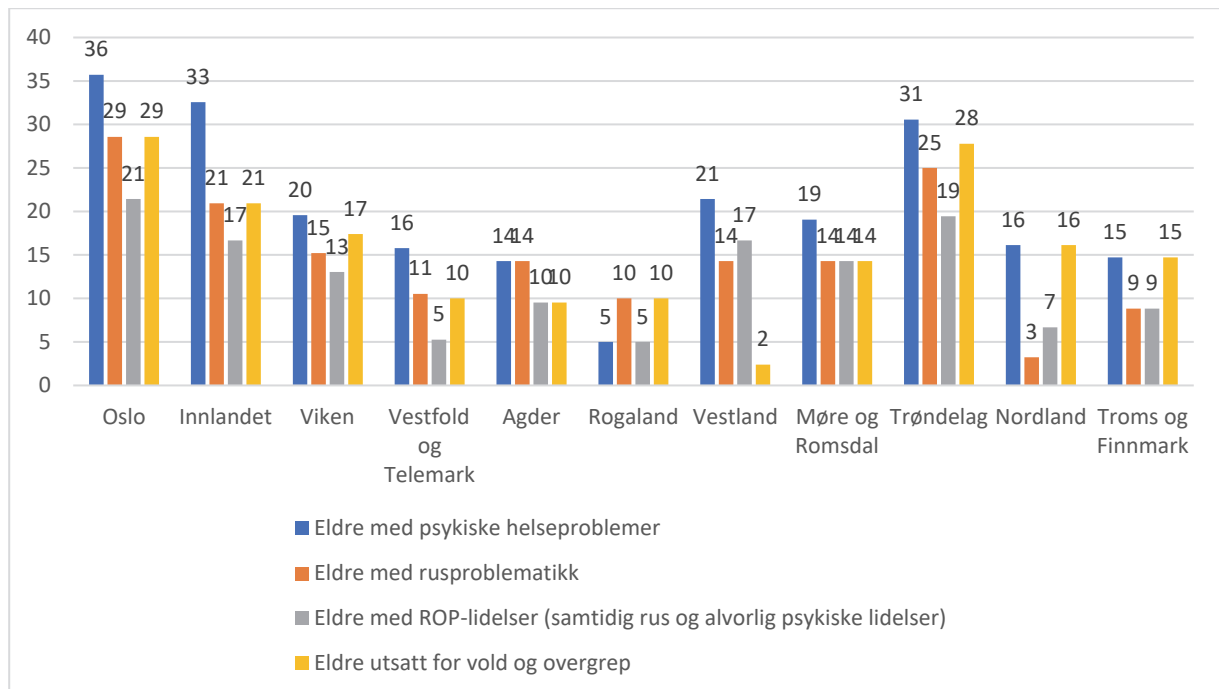
oppgav 16 prosent at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for eldre utsatt for vold og overgrep siste år.

Vi ser videre på andelen som har svart at de har gjennomført kompetansehevende tiltak på de ulike områdene og fordeler etter kommunistørrelse (figur 17.4) og etter fylke (figur 17.5).



Figur 17.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Kommunistørrelse, 2021.

I alle kommune grupper er det flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre innen psykiske helseproblemer, med unntak av de største kommunene (utenom Oslo) der flest har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre utsatt for vold og overgrep. Men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunistørrelse i noen av de kompetansehevende tiltakene.



Figur 17.5 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Fylke, 2021.

Det er også få systematiske forskjeller i andel som har gjennomført slike tiltak mellom fylker, men vi finner at Rogaland ligger systematisk lavere enn de andre når det gjelder kompetansehevende tiltak som gjelder eldre med psykisk helseproblemer, mens kommunene i Nordland og Troms og Finnmark rapporterer systematisk lavere på eldre med rusproblemer, og Vestland har signifikant lavere andel enn andre fylker når det gjelder eldre utsatt for vold og overgrep.

17.5 OPPSUMMERING

I 2021 svarte 89 prosent av kommunene/bydelene (n=330) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 13 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er omtrent som i 2020. Kartleggingen i disse kommunene gjøres gjennom BrukerPlan, eller ved hjemmebesøk for visse aldersgrupper eller når de eldre mottar andre tjenester.

Hver tredje kommune/bydel oppgir at de spør eldre som skal kartlegges for behov for tjenester systematisk om alkoholvaner, og dette er det samme som i 2020.

Det er videre 36 prosent som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre, en økning i ett prosentpoeng fra 2020. Store kommuner har i større grad enn små kommuner systematisert forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Men mange spør ikke om psykisk helse og rusmiddelbruk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 21 prosent av kommunene/bydelene, mens 15 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 13 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser) og 16 prosent om eldre utsatt for vold og overgrep.

Med tanke på at det i årene som kommer blir mange flere eldre i kommunene og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, er det relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse. Det er også relativt få som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for sine ansatte på dette feltet. Kommunene ser foreløpig ikke ut til å være godt forberedt på å møte de økende behovene knyttet til eldre innen psykisk helse- og rusarbeid.

18 PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

Helsedirektoratet har behov for mer kunnskap om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ivaretar pårørende. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Når det gjelder barn som pårørende, er helsepersonells plikt hjemlet i § 10 a:

§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov. Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søsknene. Tredje ledd bokstav b) og c) gjelder tilsvarende.

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv.²⁴

²⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

Pårørendestrategien har tre hovedmål:

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs.
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

BrukerPlan har opplysning om mottakere av kommunale tjenester med omsorg eller samvær med barn. For tjenestemottakere med rusproblemer i 2018 viser BrukerPlan at av de 23 762 mottakerne med rusproblemer er det 4689 som har barn, noe som utgjør en andel på 20 prosent. I BrukerPlan blir det registrert antall mottakere og antall barn som mottakeren enten har omsorg for, samvær med eller ingen kontakt med. Enkelte mottakere har en kombinasjon av disse, for eksempel ved at en mottaker har omsorg for et barn og samvær med et annet barn. Totalt var det 7417 barn registrert i 2018. Av disse var det 1780 barn som mottakeren selv hadde omsorg for, 4079 barn som hadde samvær med mottakere og 2003 barn som ikke hadde kontakt med mottakeren. Om lag 50 prosent av mottakere med omsorg for barn, bor også med partner. Mottakere med omsorg eller samvær med barn har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet av alle mottakere med rusproblemer, dette gjelder særlig mottakere med omsorg for barn. Av mottakere med omsorg for barn var det 38 prosent som hadde en særs dårlig levekårsindeks (rød-/blålys). Dette er en økning fra 2017, der den tilsvarende andelen var på 28 prosent.

Blant mottakere som er rød eller blålys på levekårsindeksen er det 1412 mottakere som har omsorg for, eller samvær med barn. Av disse har 756 barnevernstjeneste, mens 484 ikke har det, noe som innebærer at om lag halvparten av disse mottakerne ikke er i kontakt med barnevernstjenester. BrukerPlan viser også at av de 23 206 mottakerne med rusproblemer, er det registrert 69 gravide mottakere. 26 prosent av disse har rød- eller blålys levekårsindeks. Av 69 gravide mottok 38 prosent barnevernstjenester. En tredjedel av de gravide mottakerne med rusproblemer er utsatt for vold.

BrukerPlan viser videre at de 35 463 mottakerne med psykiske helseproblemer i 2018, er det 8429 som har barn under 18 år, noe som utgjør en andel på 23 prosent.

Mottakere med omsorg for, eller samvær med barn, har en bedre levekårsindeks enn gjennomsnittet for alle mottakere med psykiske helseproblemer. I 2018 hadde 18 prosent av mottakere med omsorg for barn enten rød- eller blålys levekårsindeks – mot 23 prosent for alle mottakere med psykisk helseproblem. Mottakere med samvær, eller ingen kontakt med barn, har imidlertid dårligere skår på levekårsindeksen. I disse to gruppene er det henholdsvis 30 og 45 prosent med rød- eller blålys levekårsindeks. Blant mottakere som er rød- eller blålys på samlet vurdering har 886 mottakere omsorg for barn og 553 mottakere som har samvær med barn. Flertallet av disse har ikke barnevernstjenester.

Flere kommuner i datamaterialet for IS-24/8 nevner hvert år at funn fra BrukerPlan har gjort at de har fått satt fokus på barn som pårørende. Noen oppgir at BrukerPlan viste at det var flere barn som pårørende enn tjenesten hadde kjennskap til, og at de derfor har satt inn flere ressurser for å opparbeide bedre kompetanse på barn som pårørende.

For å følge opp disse funnene, og for å få et dypere innblikk i kommunenes rutiner for identifikasjon, ble spørsmålene utvidet i 2019 og i 2020. I kapitlet er både 2019- og 2020-tallene inkludert.

18.1 DATAGRUNNLAG

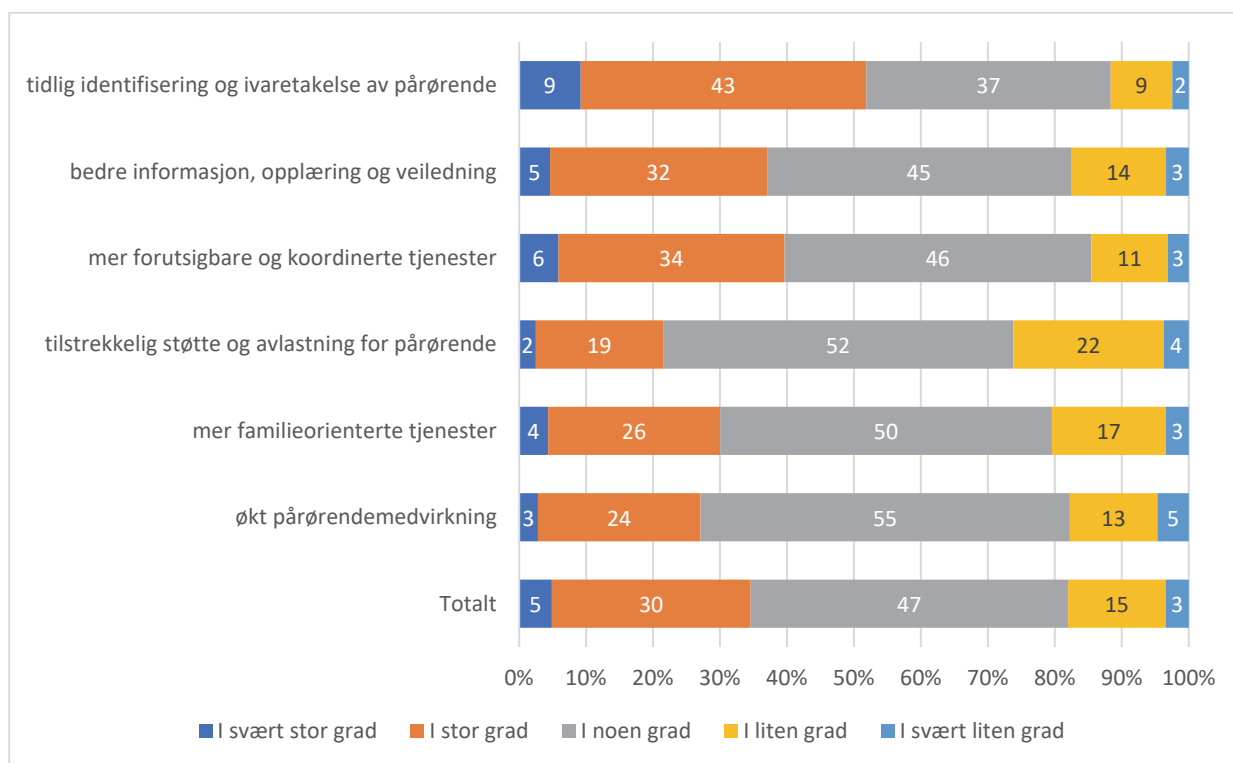
Følgende spørsmål om pårørende og barn som pårørende er tatt med i årets kartlegging:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom følgende innsatsområder i pårørendestrategien:
 - tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende
 - bedre informasjon, opplæring og veiledning
 - mer forutsigbare og koordinerte tjenester
 - tilstrekkelig støtte og avlastning for pårørende
 - mer familieorienterte tjenester
 - økt pårørendemedvirkning
- Hvem har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år?
 - Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret
 - Egen barneansvarlig
 - Psykologtjeneste
 - Egne barne- og familieveiledere/terapeuter
 - Annet hva
- Har kommunen/bydelen følgende tilbud/tiltak:
 - BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)
 - SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)
 - Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)
 - Annet, hva
- Samarbeider kommunen/bydelen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende til foreldre eller søsken med psykiske lidelser og/eller rusproblemer?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Foresatte med rusmiddelproblemer
 - Foresatte som har tatt overdose
 - Foresatte med psykiske vansker/lidelser
 - Foresatte som har mistet livet ved selvmord
- Kan dere beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Voksne med rusmiddelproblemer
 - Voksne som har tatt overdose
 - Voksne med psykiske vansker/lidelser
 - Voksne som har begått selvmord
 - Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
 - Barn og unge med selvskadingsproblematikk
 - Unge med rusmiddelproblemer

Noen av spørsmålene har inngått tidligere, og vi viser utviklingen der vi har informasjon fra tidligere år.

18.2 PÅRØRENDESTRATEGIEN

Som vist i figur 18.1 er det litt over halvparten av kommunene (52 prosent) som svarer at de i stor eller svært stor grad har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende. Noen færre (40 prosent) svarer at i stor eller svært stor grad har planlagt tiltak for å oppnå mer forutsigbare og koordinerte tjenester. Det er videre 37 prosent som svarer at de planlegger tiltak for å gi bedre informasjon, opplæring og veiledning. Det er færrest som svarer at de planlegger tiltak for tilstrekkelig støtte og avlastning for barn og unge som pårørende (21 prosent).



Figur 18.1 Prosent som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom ulike innsatsområder i strategien 2021.

18.3 ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR

Det er 322 kommuner/bydeler (87 prosent) som har svart på spørsmålet om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år. Som vist i tabell 18.1 er det 87 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. Det er mulig å sette flere kryss og 20 prosent har svart at de har egen barneansvarlig og like mange har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret og at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter.

Tabell 18.1 Antall og prosent som svarer på hvem som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år, 2021.

	Antall	Prosent
Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret	281	87
Egen barneansvarlig	64	20
Psykologtjeneste	63	20
Egne barne- og familieveiledere/terapeuter	65	20
Annet hva:	86	27
Totalt	322	100

Det er 86 kommuner/bydeler som har svart annet, og en gjennomgang av svarene viser følgende:

- Alle ansatte og alle fagområder har et selvstendig ansvar
- Enhet for psykisk helse og rus har ansvaret
- Barnevernet har ansvaret
- De tjenestene som arbeider med familien, har ansvaret

Noen svarer også at det er koordinerende enhet eller leger som har dette ansvaret, og en kommune svarer "via bekymringsmelding", og det menes kanskje at det er de som mottar bekymringsmelding som har ansvaret. Noen presiserer også at de har egen barneansvarlig innen psykisk helse- og rusfeltet.

18.4 BAPP- OG SMIL-GRUPPER OG E-LÆRING OM BARN SOM PÅRØRENDE (KS)

Som vist i tabell 18.2 er det seks prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper, mens syv prosent oppgir at de har SMIL-grupper. Det er ingen som oppgir at de har begge deler. Videre er det 24 prosent av kommunene som oppgir at de ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS.

Tabell 18.2 Antall og prosent som svarer at de har BAPP- og SMIL-grupper og e-læring om barn som pårørende, 2021.

	Antall	Prosent
BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)	19	6
SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)	21	7
Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)	77	24
Annet, hva	48	15
Totalt	322	100

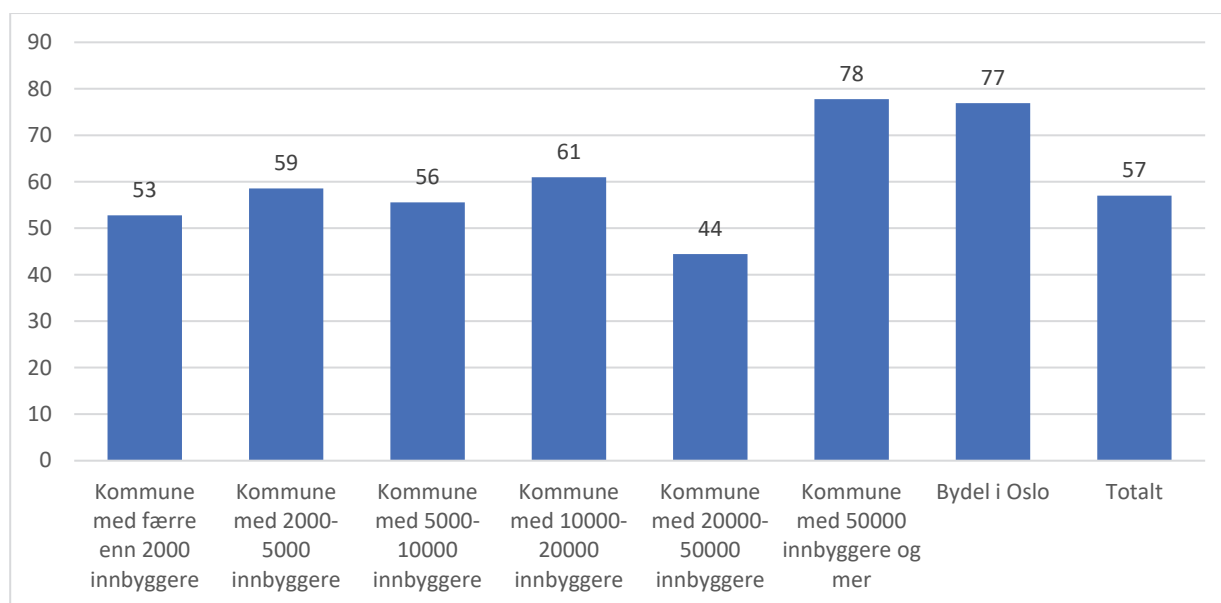
De som svarer at de har annet, har svart at de har Circle of Security – International Parenting (COS-P) som er en forebyggende gruppeintervensjon, at ansatte har tatt krus gjennom Ahus (kompetansebroen), UNN eller etterutdanning gjennom KoRus Øst, eller at de har årlig opplæring av ansatte om barn som pårørende. Det er et stort mangfold, og en kommune oppgir de har Cool Kids som er et kognitiv atferds terapeutisk program for behandling og forebygging av angstlidelser/angstsymptomer hos barn og unge, og en annen at de har hatt interkommunal drift av mestringsgrupper for barn som pårørende. Det er også en kommune som oppgir at de nå har et interkommunalt prosjekt for utarbeidelse av felles prosedyrer. Noen har sorggrupper "Du er ikke den eneste" og SIBS søskengrupper som er et gruppetilbud for søsken og foreldre til pasienter med ADHD, atferdsvansker, autismespekterforstyrrelser, Tourettes syndrom og andre tics-forstyrrelser, bipolar lidelse, tvang, psykose, schizofreni, spiseforstyrrelser i alderen 8-16 år. TIBIR nevnes også, og dette er et kommunalt forebyggings- og behandlingsprogram som skal bidra til å identifisere, forebygge og behandle atferdsproblemer hos barn i alderen 3-12 år og deres familier. Noen oppgir at de bruker tilbud i spesialisthelsetjenesten, og omfanget av slikt samarbeid er kartlagt i neste avsnitt.

18.5 SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE

Som vist i tabell 18.3 svarer 57 prosent av kommunene at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2021. Dette er svært likt svarfordelingen i 2019, men lavere enn 2020, noe som sannsynligvis viser skjevheter i utvalget som svarte i 2020 heller enn en faktisk nedgang fra 2020 til 2021.

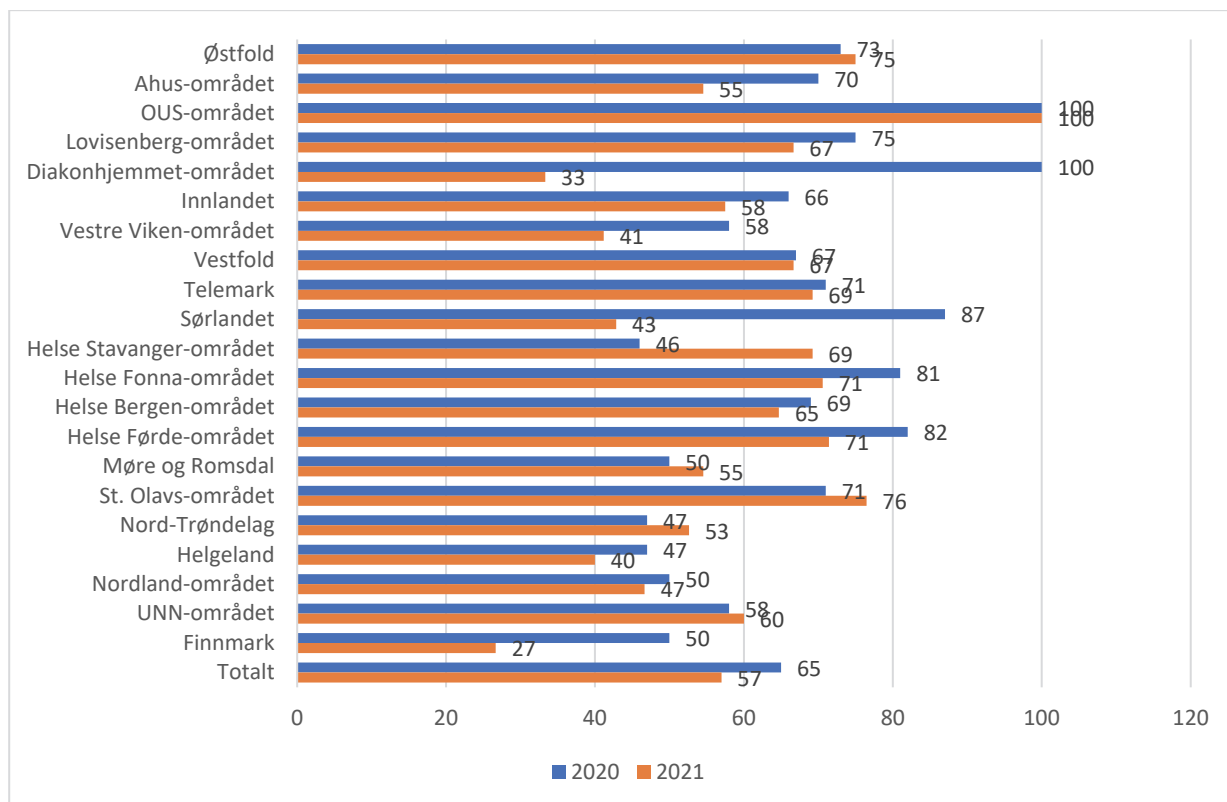
Tabell 18.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen. 2019 - 2021.

	2019	2020	2021
Ja	58	65	57
Nei	32	24	32
Under planlegging	10	12	11
Totalt	100	100	100
Antall kommuner	416	291	325



Figur 18.2 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. Kommunestørrelse, 2021.

Med unntak av Helse Finnmark som ligger lavt i 2021, se figur 18.3, er det ingen signifikante forskjeller mellom helseforetakene i andel kommuner/bydeler i opptaksområdet som oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende.



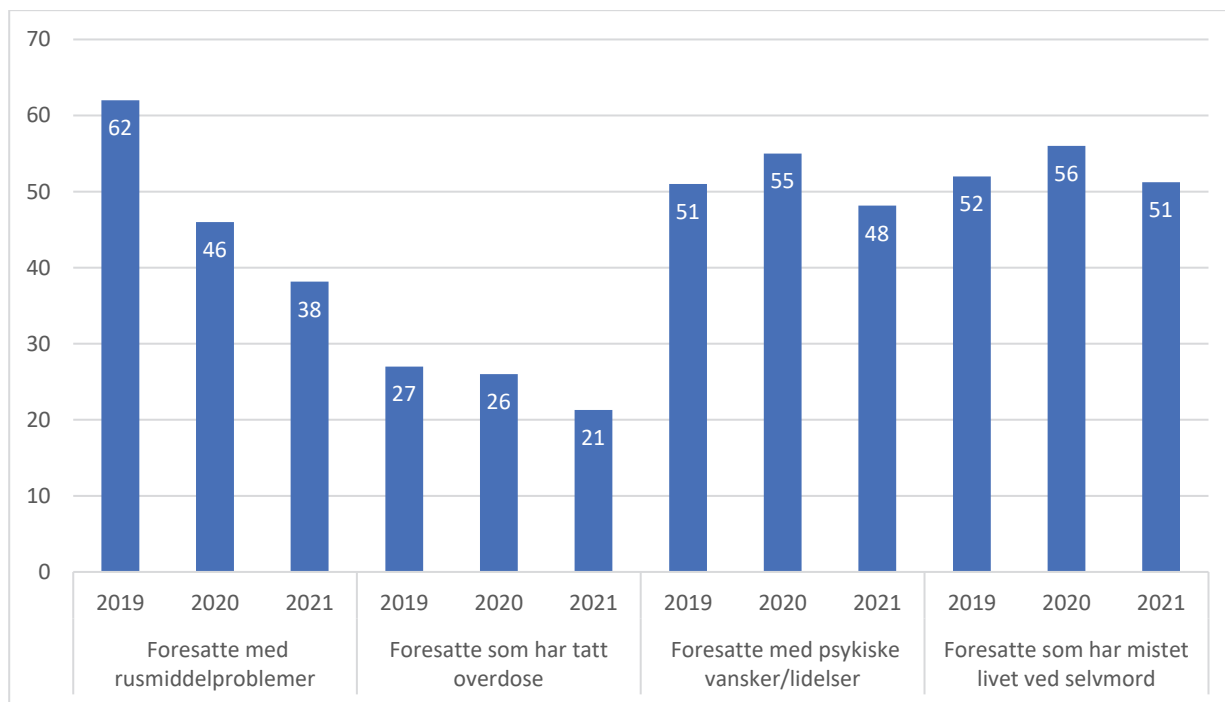
Figur 18.3 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. HF, 2020 og 2021.

18.6 IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKERGRUPPER

Som vist i tabell 18.4 er det en nedgang på 16 prosentpoeng i kommuner som svarer at de ivaretar barn og unge som pårørende for foresatte med rusproblemer godt eller svært godt fra 2019 til 2020. Dette fortsatte i 2021 med en ytterligere nedgang. Vi viser andel som svarer svært godt eller godt de enkelte år i figur 18.4, og det er tydelig at det særlig er nedgang i andel som i stor eller svært stor grad ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer og de som har tatt overdose. Dette kan være pandemirelatert, men det blir viktig å følge med på utviklingen de neste årene.

Tabell 18.4 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukere, 2019-2021.

	Foresatte med rusmiddelproblemer			Foresatte som har tatt overdose			Foresatte med psykiske vansker/lidelser			Foresatte som har mistet livet ved selvmord		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Svært godt	4	2	2	2	3	1	5	3	2	12	12	9
Godt	58	44	37	25	23	20	46	52	46	40	44	42
Middels	32	38	39	29	20	17	41	36	40	17	15	15
Dårlig	7	5	7	5	5	3	5	5	6	2	2	1
Svært dårlig	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1
Ikke erfaring	3	10	14	37	49	59	2	2	4	29	27	32
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	292	325	412	291	324	414	291	324	413	290	324



Figur 18.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller svært stor grad ivaretar barn som pårørende for de ulike brukergruppene, 2019 til 2021.

18.7 TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD

I 2021 er det tatt med et åpent spørsmål om de kan beskrive tilbudet de har for barn som etterlatte ved selvmord. Her er det gitt 190 beskrivelser, dvs. at omtrent halvparten av kommunene har gitt en beskrivelse. Det mest hyppige svaret (n=116) er kriseteam/psykososialt kriseteam i akuttfasen og deretter ansatte i andre tjenester. En kommune beskriver tilbudet slik:

Barn som blir etterlatte vil først ha kontakt med kriseteamet som består av representanter fra Familiebasen i tillegg til en representant fra skole. Kriseteamet følger opp og iverksetter tilbud om samtaler med en tillitsperson. Det kan være en lærer som gjennomfører med veiledning fra Familiebasen/kommunepsykolog eller ved at man får tilbud om samtaler med ansatte i familiebasen.

Noen svarer også at barna henvises til BUP, eller samtale med familieterapeut. Noen steder er disse en del av kriseteamet:

Bydelens kriseteam aktiveres, hvor også psykolog og familieterapeut deltar. Helsestasjon og skolehelsetjeneste involveres og utforsker og gir tilbud om oppfølging.

Noen kobler på spesialiserte tjenester i spesialisthelsetjenesten:

Får tilbud om psykologhjelp i enhet for barn, unge og familier. Kommunen informerer og videreformidler v/ fastlege til sorgstøttesenteret på Ahus.

Små kommuner har ofte ikke erfaringer:

Har ikke erfaring med tilfeller siste ca. 20 år. Hvis tilfeller oppstår vil kommunens kriseteam ta kontakt med andre aktuelle tjenester for å sikre at etterlatte barn blir ivaretatt.

I rutinen Barn som pårørende beskrives det hvordan man skal ivareta barn som etterlatte, både ved selvmord og brå død.

Noen nevner at de har POSOM gruppe som står for psykisk og sosial omsorg ved kriser. Disse kan bestå av lege, prest, helsepersonell og annet. En kommune skriver at det er for å skille de fra kriseledelsen i kommunen, som består av ordfører, varaordfører og rådmann.

Noen beskriver konkret hvordan de arbeider:

Når kommunen blir kjent med at en familie med barn er pårørende til en person som har tatt selvmord gjøres følgende: Kriseteamet i kommunen blir aktivert. Kriseteamet i vår kommune består av en tverrfaglig sammensatt gruppe: Lege, prest, NAV-ansatt, sykepleier som arbeider med psykisk helse barn og unge, spesialpedagog som arbeider i PPT og psykiatrisk sykepleier. Kriseteamet kontakter familien som er berørt for psykososial støtte. Hele familiens behov blir kartlagt, også barnas. Det gjøres avtale med familien om videre oppfølging. I forhold til barna så avklares behov for å ta kontakt med andre instanser. Dette kan være barnevern, skole, barnehage, osv.

Flere oppgir at det er ikke alltid de får beskjed om at noen har tatt selvmord og da vet de heller ikke gitt barna oppfølging. En kommune oppgir at de får beskjed fra legevakt i slike tilfeller:

SAA ved Oslo legevakt mottar alle disse hendelsene og sender videre til bydelens psykososiale kriseteam for videre oppfølging.

Det er også flere som ser behov for forbedringer og ansvarsavklaringer:

Samarbeid med fastlege, psykisk helse - og rustjeneste og Helsestasjon. Vi opplever at kommunen mangler noe på kompetanse og klar ansvarsfordeling.

Noen kommer også inn på at pandemien kan ha gjort at noen er barn som pårørende ikke har blitt fanget opp:

Vi har en bekymring i forhold til perioden vi har hatt mens vi har hatt Covid 19. Det kan være en delt ting som vi ikke har klart å fange opp.

18.8 VOKSNE PÅRØRENDE

Som vist i tabell 18.5 svarer de aller fleste at de har et middels eller et godt tilbud både i 2019 og 2021. Her har vi tatt bort 2020 av plasshensyn, men alle tre årene vises i figur 18.5.

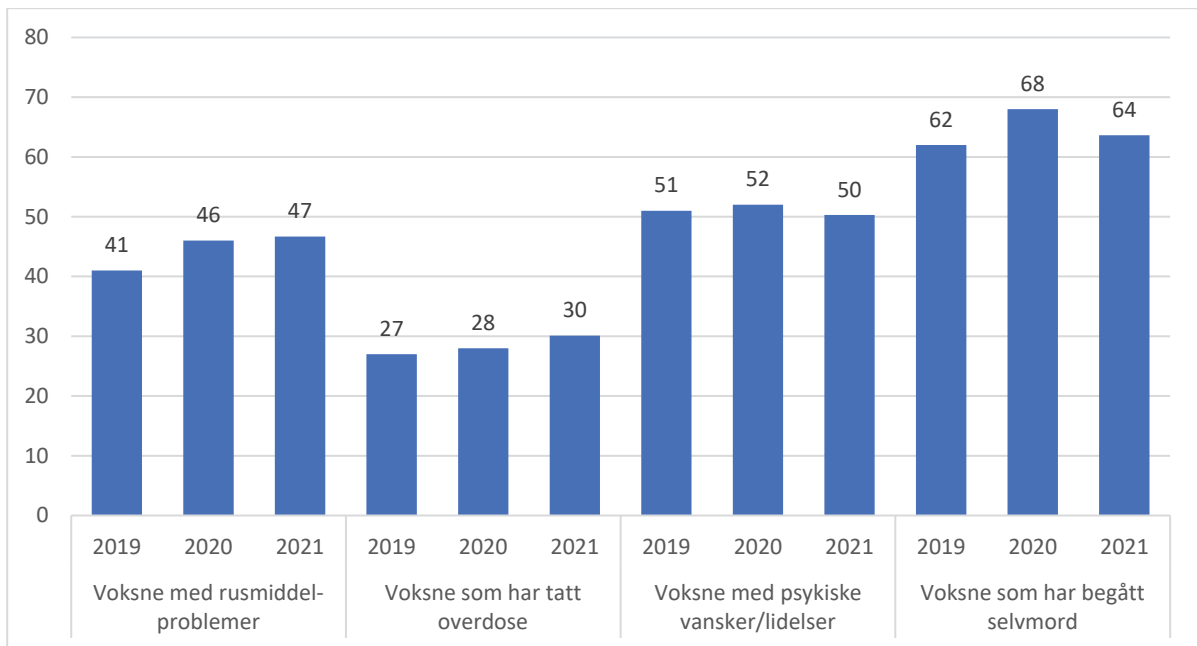
Tabell 18.5 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019 og 2021.

	Voksne pårørende for:							
	Voksne med rusmiddelproblemer		Voksne som har tatt overdose		Voksne med psykiske vansker/lidelser		Voksne som har begått selvmord	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Svært godt	3	3	2	3	5	4	13	11
Godt	38	44	25	27	46	46	49	53
Middels	47	43	29	24	43	44	20	19
Dårlig	7	6	5	2	4	4	3	1
Svært dårlig	1	1	1	1	1	0	1	0
Ikke erfaring	3	3	37	43	2	2	14	16
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	415	330	412	329	413	330	413	330

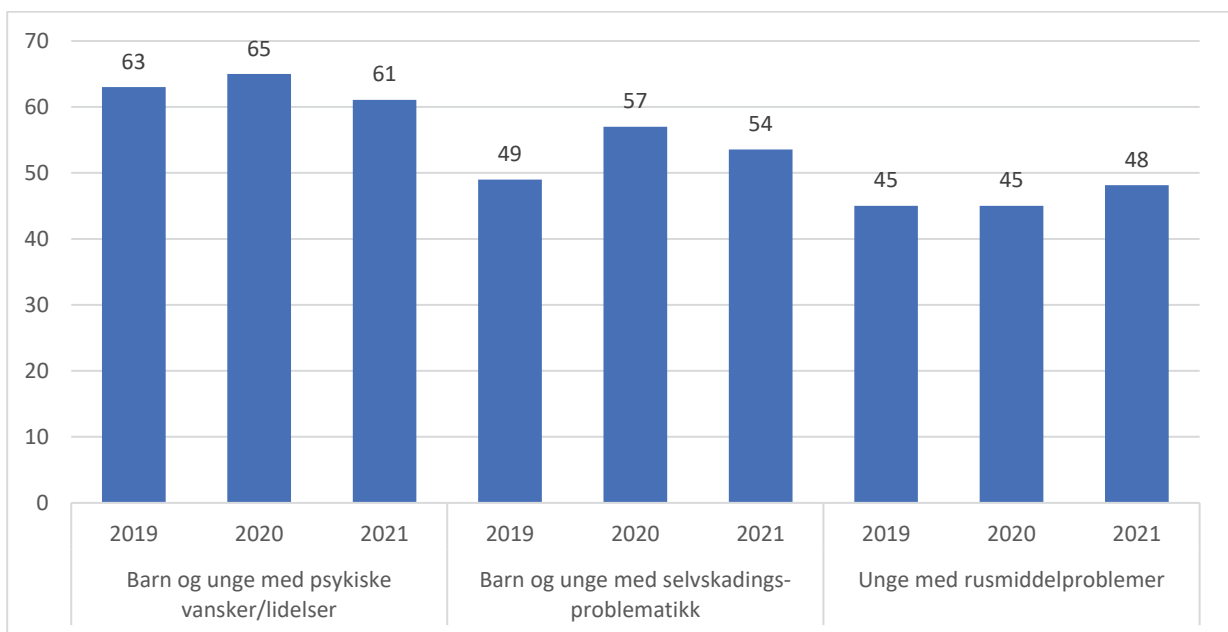
forts. tabell 18.5.

	Voksne pårørende for:					
	Barn og unge med psykiske vansker/lidelser		Barn og unge med selvskadings-problematikk		Unge med rusmiddelproblemer	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Svært godt	5	6	3	4	3	3
Godt	58	55	46	49	42	45
Middels	32	33	37	36	37	35
Dårlig	3	3	4	4	5	7
Svært dårlig	0		0		0	
Ikke erfaring	2	2	11	7	12	10
Totalt	100	100	100	100	100	100.01
Antall kommuner	411	321	409	423	409	324

Som vist i figur 18.5 er det en økning i andel kommuner som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende godt eller svært godt når det gjelder voksne med rusmiddelproblemer og voksne som har tatt overdose. Det er flest kommuner som mener de ivaretar voksne pårørende etter selvmord og pårørende av barn og unge som har psykiske lidelser.



Figur 18.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende svært godt eller godt for ulike brukergrupper, 2019-2021.



forts. figur 18.5.

I 2021 er det også tatt med en ny gruppe og det er voksne pårørende til nærpå personer som utøver vold, se svarfordeling i tabell 18.7. Det er omtrent hver tredje kommune som svarer at de ivaretar denne gruppen pårørende godt eller svært godt, mens 22 prosent svarer at de ikke har erfaring med tilfeller der nærpå personer utøver vold.

Tabell 18.6 Antall og andel kommuner etter svar på hvordan de ivaretar voksne pårørende til nærpersioner som utøver vold, 2021.

	Antall	Prosent
Svært godt	9	3
Godt	99	31
Middels	116	36
Dårlig	28	9
Svært dårlig	2	1
Har ikke erfaring med tilfeller	70	22
Total	324	100

18.9 OPPSUMMERING

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv. Pårørendestrategien har tre hovedmål: (1) Anerkjenne pårørende som en ressurs, (2) God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid, og (3) Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Det er derfor tatt med spørsmål om kommunene har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i strategien. Det er 52 prosent som svarer at de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende. Noen færre (40 prosent) svarer at de har planlagt tiltak for å oppnå mer forutsigbare og koordinerte tjenester. Det er videre 37 prosent som svarer at de planlegger tiltak for å gi bedre informasjon, opplæring og veiledning. Det er færrest som svarer at de planlegger tiltak for tilstrekkelig støtte og avlastning for barn og unge som pårørende (21 prosent).

Det er i 2021 også tatt med et spørsmål om som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år. Det er 87 prosent av kommunene/bydelene som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helse-sykepleiere har dette ansvaret, mens 20 prosent svarer at de har egen barneansvarlig. Det er også 20 prosent som sier at ansvaret ligger i psykologtjenesten, mens like mange svarer at de har egne barne- og familieveiledere/terapeuter som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år.

Det er hhv. seks og syv prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) og SMIL-grupper (Styrket mestring i livet). Videre er det 24 prosent av kommunene som oppgir at de ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS.

Det er 57 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2021 og dette er som i 2019.

Vi ser en tydelig nedgang i andel som svarer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende på en god måte for voksne med rusmiddelproblemer og de som har tatt overdose. Dette kan være pandemirelatert, men det blir viktig å følge med på utviklingen de neste årene. Samtidig ser vi en liten økning i andel som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende på en god måte når det gjelder voksne med rusmiddelproblemer og voksne som har tatt overdose.

19 HELSEFELLESSKAP

Etableringen av helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de som er mest sårbare i forhold til de organisatoriske skillene i helsetjenesten, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan, som gjelder fra 2020 og for en fireårsperiode. Regjeringen og KS inngikk en avtale om å etablere 19 helsefellesskap i oktober 2019. Et helsefellesskap er en samarbeidsarena for et helseforetak med tilhørende kommuner. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. Nasjonal helse- og sykehusplan angir fire prioriterte grupper for helsefellesskapenes arbeid: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Fellesskapene er organisert på tre nivåer, et overordnet årlig partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og flere faglig samarbeidsutvalg. For å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning er det anbefalt at lokale fastleger skal være representert på alle nivåene. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres, antar vi at det vil bli aktuelt for tjenesteutøvere/ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid å delta aktivt i arbeidet med å etablere og "drifte" helsefellesskapene.

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

Det er fortsatt slik at helseforetakene har kommet ulikt langt i implementeringen av helsefellesskap, og som en første tilnærming til de nye helsefellesskapene har vi tatt med følgende spørsmål:

- Har ansatte i tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid deltatt på arrangementer/møter der helsefellesskap har vært tema?
- I hvilken grad har dere opplevd at helsefellesskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet?
- I hvilken grad har dere opplevd at helsefellesskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet?
- I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen til de pasientene/brukerne som trenger det mest?
- Om dere har andre kommentarer/erfaringer med helsefellesskap, kan dere skrive her (åpent tekstfelt).

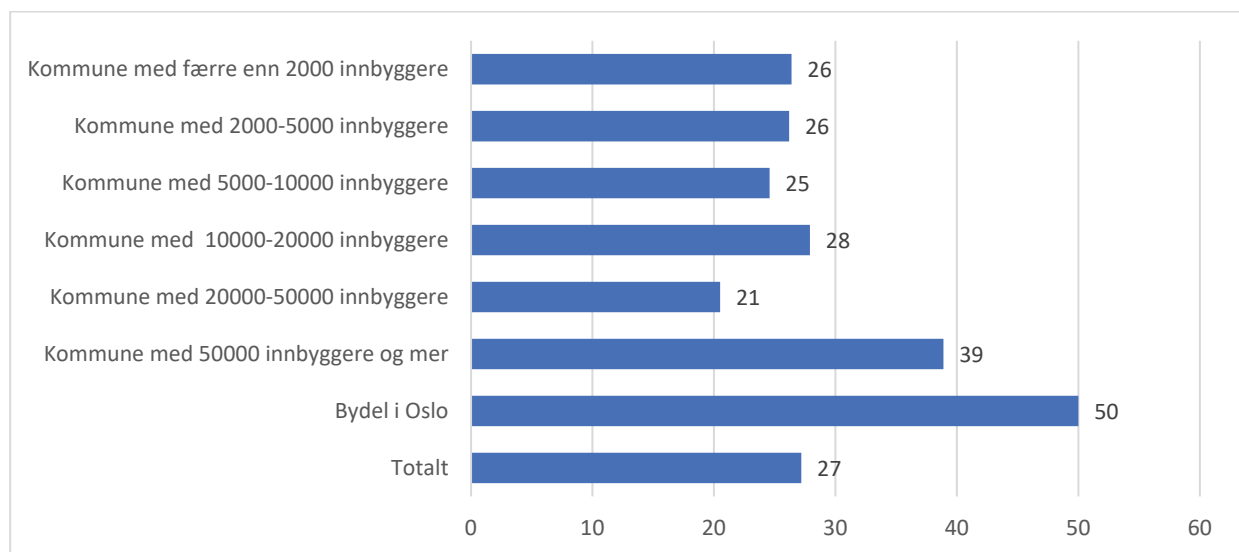
19.1 DELTATT PÅ ARRANGEMENTER/MØTER DER HELSEFELLESSKAP HAR VÆRT TEMA

Fra tabell 19.1 ser vi at av de som har svart er det 27 prosent som svarer at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, mens 62 svarer at de ansatte ikke har deltatt på noe slikt.

Tabell 19.1 Antall og andel som har svart at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på arrangementer/møter der helsefellesskap har vært tema, 2021.

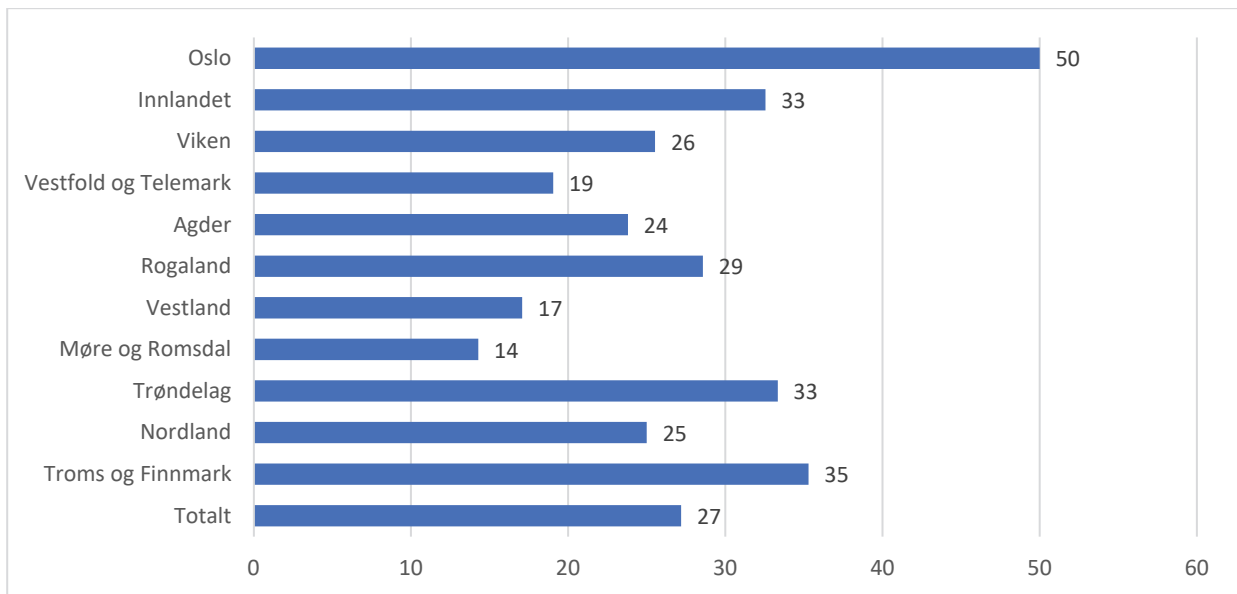
	Antall	Andel av alle	Andel av de som har svart
Ja	90	24	27
Nei	206	55	62
Vet ikke	35	9	11
Ikke svart	41	11	
Totalt	372	100	100

Her er det interessant å se på andel som svarer ja blant de som har svart i forhold til kommunestørrelse (figur 19.1) og geografisk spredning (figur 19.2). Det er kun bydelene i Oslo som skiller seg systematisk fra resten ved at halvparten av bydelene har deltatt på møter eller arrangementer der helsefellesskap har vært tema, det er ikke signifikante forskjeller mellom resten av kommunene etter størrelse.



Figur 19.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har deltatt på arrangement/møter der helsefellesskap har vært tema, kommunestørrelse.

Det kan se ut som kommunene i Vestland og Møre og Romsdal ligger lavere enn resten, men når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ingen signifikante forskjeller utover at Oslo ligger høyere enn andre.



Figur 19.2 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har deltatt på arrangement/møter der helsefelleskap har vært tema, fylke.

19.2 BEDRE SAMARBEID OM ULIKE GRUPPER

Som vist i tabell 19.2 er det få kommuner/bydeler som svarer at helsefelleskapet i stor grad har ført til bedre samarbeid om voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet. Rundt hver femte kommune/bydel svarer at det i liten eller svært liten grad har blitt bedre samarbeid om disse gruppene. De aller fleste, hhv. 64 prosent for voksne og 68 prosent for barn og unge, svarer at de ikke vet om helsefelleskapene har ført til bedre samarbeid.

Tabell 19.2 I hvilken grad har dere opplevd at helsefelleskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om voksne og barn og unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet?

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	1	0	1	0
I stor grad	5	2	3	1
I noen grad	41	13	35	11
I liten grad	24	8	24	8
I svært liten grad	41	13	38	12
Vet ikke	203	64	212	68
Totalt	315	100	313	100

Dersom vi slår sammen de som svarer i svært stor grad, i stor grad og i noen grad og analyserer sannsynligheten for å ha gitt ett av disse svarene, finner vi ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse og fylke.

19.3 ØKE PRIORITERINGEN TIL DE SOM TRENGER DET MEST

Fordi helsefelleskap i liten grad ser ut til å ha vært operative våren 2021, er det naturlig at mange (70 prosent) svarer at de ikke vet om helsefelleskapene har bidratt til å øke prioriteringen til de som trenger

det mest. Det er likevel 10 prosent (32 kommuner/bydeler) som svarer i stor eller noen grad. Men vi finner heller ikke her systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke.

Tabell 19.3 I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen til de pasientene/brukerne som trenger det mest?

	Antall	Andel
I svært stor grad	0	0
I stor grad	6	2
I noen grad	26	8
I liten grad	22	7
I svært liten grad	40	13
Vet ikke	221	70
Totalt	315	100

19.4 FØRSTE INNTRYKK AV HELSEFELLESSKAPENE

Det er 93 kommuner/bydeler som har skrevet inn en kommentar eller erfaring med helsefellesskap. De fleste kommentarene handler om at de ikke har noen erfaring med helsefellesskapene ennå, men noen svarer også at dette begrepet var helt nytt for dem. Andre sier at de vet at ledelsen i kommunen har vært på møter der dette har vært tema, men at de fra tjenestene foreløpig ikke har vært involvert. Flere visste om møter som var planlagt senere i år. Noen svarer også at de har godt samarbeid og gode strukturer fra før, mens andre svarer at helsefellesskap er på planleggingsstadiet.

19.5 OPPSUMMERING

Etableringen av 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres i helsefellesskapene, har vi spurt om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til nå har vært involvert i dette arbeidet. Vi finner at 27 prosent av kommunene/bydelene våren 2021 svarer at ansatte i tjenestene har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, mens 62 svarer at de ansatte ikke har deltatt på noe slikt. De resterende 11 prosentene svarer at de ikke vet om noen ansatte innen psykisk helse og rusarbeid har deltatt på noe slikt. Det er naturlig nok få foreløpig som svarer at helsefellesskapene har ført til bedre samarbeid og økt prioritering om voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet, og de aller fleste svarer at de ikke vet om helsefellesskap har ført til bedre samarbeid eller økt prioritering til de som trenger det mest. Det er ikke tydelige forskjeller etter kommunestørrelse og fylke.

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

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene for psykisk helse, rus, vold og selvmordsfeltet. Følgende sentre er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene)
- KoRus (Regionale kompetansesentre på rusfeltet)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsentre for barn og unges psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)
- NKVTS (Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress)
- NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)
- SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus)

SANKS er med for første gang i 2021. Sentrene har til dels ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene i forhold til kontakt med kommunene. Formålet med kartleggingen er derfor ikke å sammenlikne sentrene, men å følge utviklingen innad i hvert senter.

20.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapittelet er hentet fra 145 enkeltvariabler i datasettet, basert på følgende spørsmål relatert til hvert enkelt kompetansesenter:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: (liste over sentre)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig). Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler
 - Deltatt på kurs
 - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
 - Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressursenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått? Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? (spørsmålet går til alle)

Det er ikke uproblematisk å få til en god kartlegging uten å gjennomføre en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. En opplagt svakhet med ett svar fra hver kommune eller bydel, er at det kan være enkeltpersoner eller mindre grupper som har kontakt med ressursentrene heller enn hele tjenesten. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra noen kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. Den første delen av kartleggingen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i årene 2018-2020. Vi tar derfor med alle fire årene i fremstillingene.

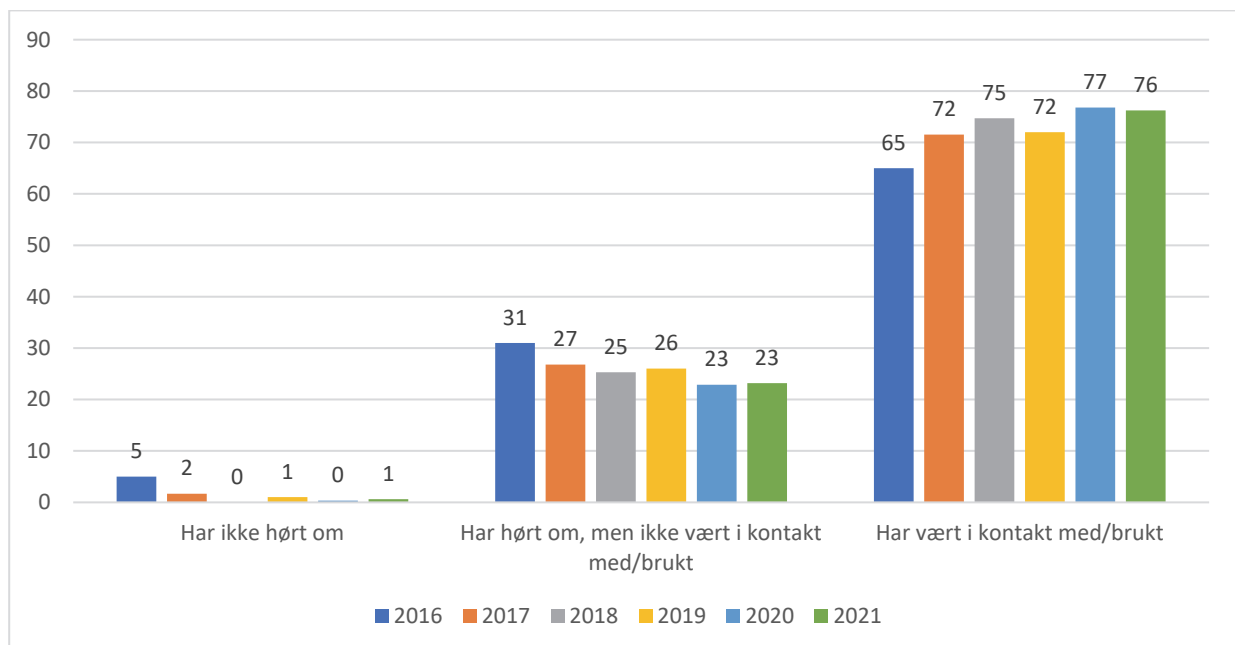
20.2 NAPHA

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. NAPHA er inndelt i fem regionale team:

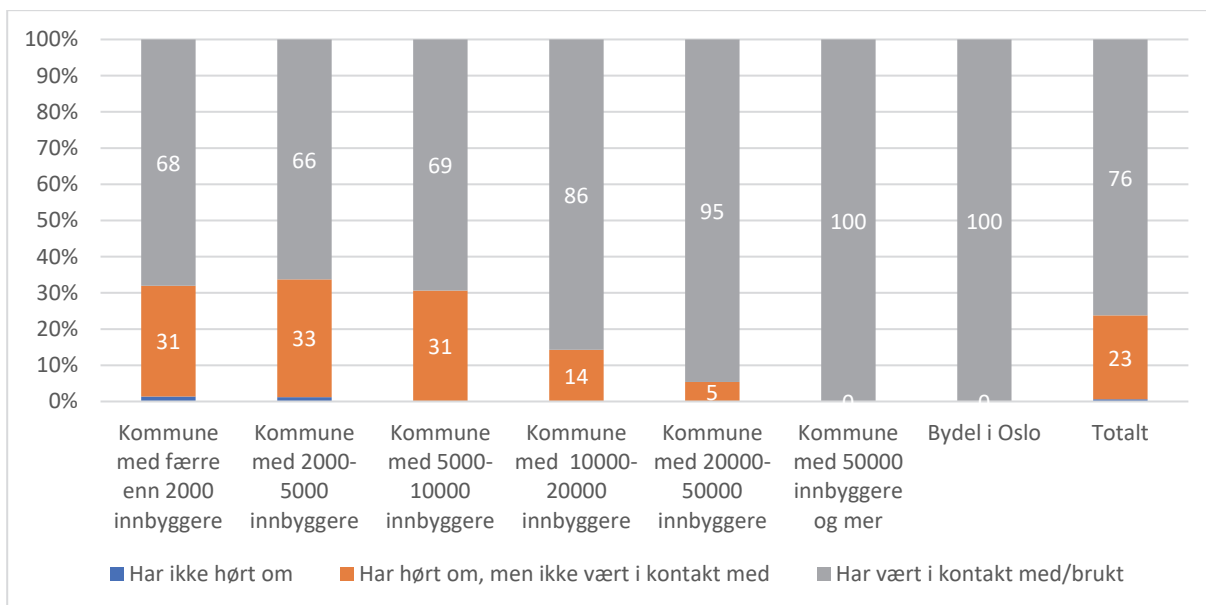
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark
- Team Midt dekker Trøndelag og Møre og Romsdal
- Team Vest dekker Vestland og Rogaland
- Team Sør dekker Agder, Vestfold og Telemark og tidligere Buskerud
- Team Øst dekker tidligere Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Det er 328 kommuner/bydeler (88 prosent) som har svart. Fra figur 20.1 ser vi at det er 76 prosent av kommunene som i 2021 har vært i kontakt med NAPHA (n=250), en marginal reduksjon på ett prosentpoeng fra 2020.

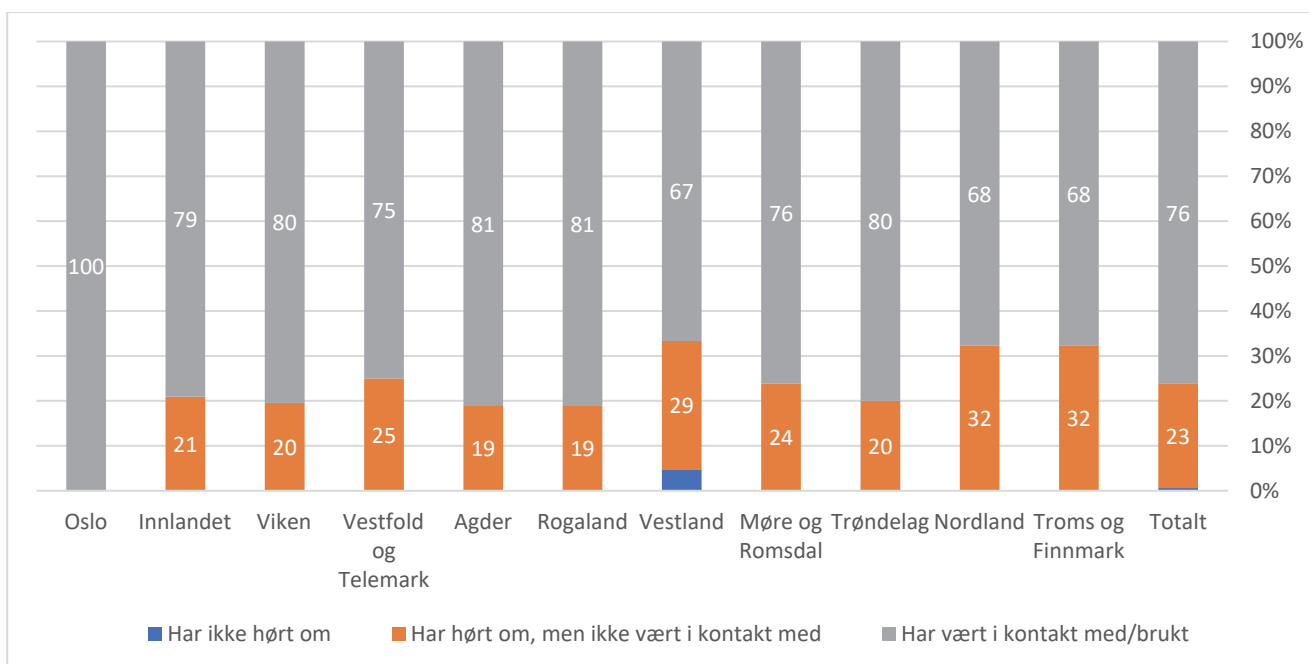


Figur 20.1 Prosent av kommunene som kjenner til NAPHA, 2016–2021.



Figur 20.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Kommunestørrelse, 2021

Det er lavere andel av de små kommunene som har vært i kontakt med, eller brukt, NAPHA, jf. figur 20.2. Det er i 2021 kun to kommuner som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA og disse ligger i de to minste kommunestørrelsesgruppene og i Vestland fylke (se figur 20.3).



Figur 20.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Fylke, 2021.

Figuren viser at kommunene som i minst grad svarer at de har vært i kontakt med NAPHA i 2020 ligger i Vestfold, Nordland og Troms. Kommunene som i størst grad har vært i kontakt med NAPHA er Oslo og kommunene i Agder, Viken og i Trøndelag.

Fra tabell 20.1 ser vi at 67 prosent av kommunene som har rapportert i 2021, svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA, mens for eksempel 59 prosent av utvalget oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA etc.

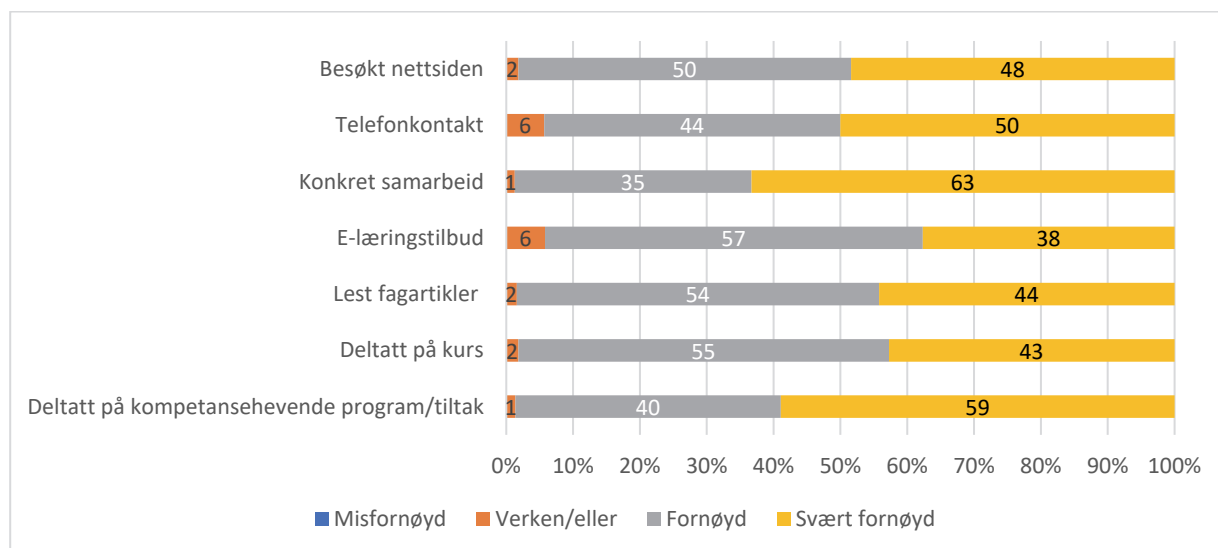
Tabell 20.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=293) og 2021 (n=328)

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%*	Antall	%*
Besøkt nettsiden	247	58	298	70	253	60	260	59	198	68	221	67
Lest fagartikler	218	51	269	63	216	51	240	55	168	57	195	59
Deltatt på kurs	159	37	169	40	183	43	184	42	124	42	113	34
Telefonkontakt	60	14	109	26	113	27	100	23	75	26	90	27
Konkret samarbeid	55	13	79	19	106	25	104	24	73	25	80	24
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18	89	21	95	23	111	25	58	20	74	23
E-læringstilbud	11	3	20	5	25	6	27	6	37	13	70	21
Annet	12	3	16	4	18	4	10	2	10	3	10	3

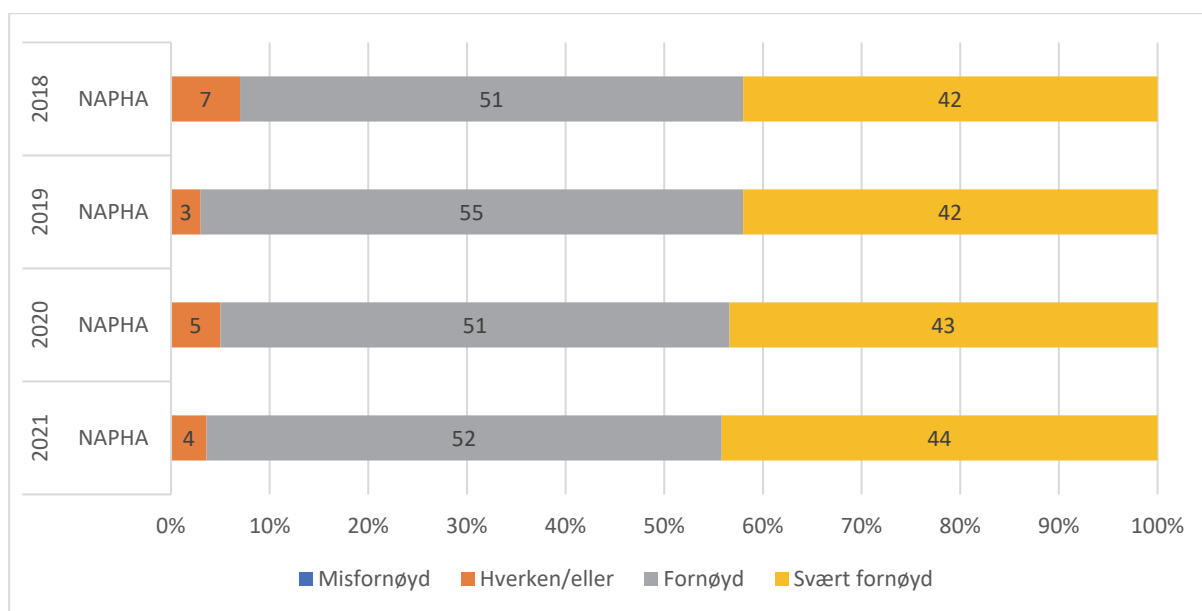
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

De ti som har svart "Annet" i 2021, har svart at de har deltatt i forskningsprosjekter (særlig ReCon nevnes), at de har fått råd og veiledning fra NAPHA og diverse e-postkontakter.

Kommunene ble også spurt i hvilken grad de var fornøyde med de forskjellige tjenestetilbudene de benyttet seg av fra NAPHA, se figur 20.4. Her kunne kommunene velge opptil flere svaralternativer dersom de hadde benyttet seg av flere enn én kontaktkform, og de kunne bare svare dersom de oppga at de hadde vært i kontakt med kompetansesenteret. Figuren under viser at kommunene som rapporterte i 2021, var det særlig mange som var fornøyd blant de som har deltatt i konkret samarbeid (63 prosent). Det er lavest andel som er fornøyd med e-læringstilbud og telefonkontakt, men det er likevel stor grad av fornøydhet (94 prosent). Generelt ser kommunene som har hatt kontakt med NAPHA ut til å være fornøyde med alle typer kontakter.



Figur 20.4 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med NAPHA etter hvilket tilbud de anvendte, 2021.



Figur 20.5 Generell fornøydhet med NAPHA, 2018-2021 (n=249)

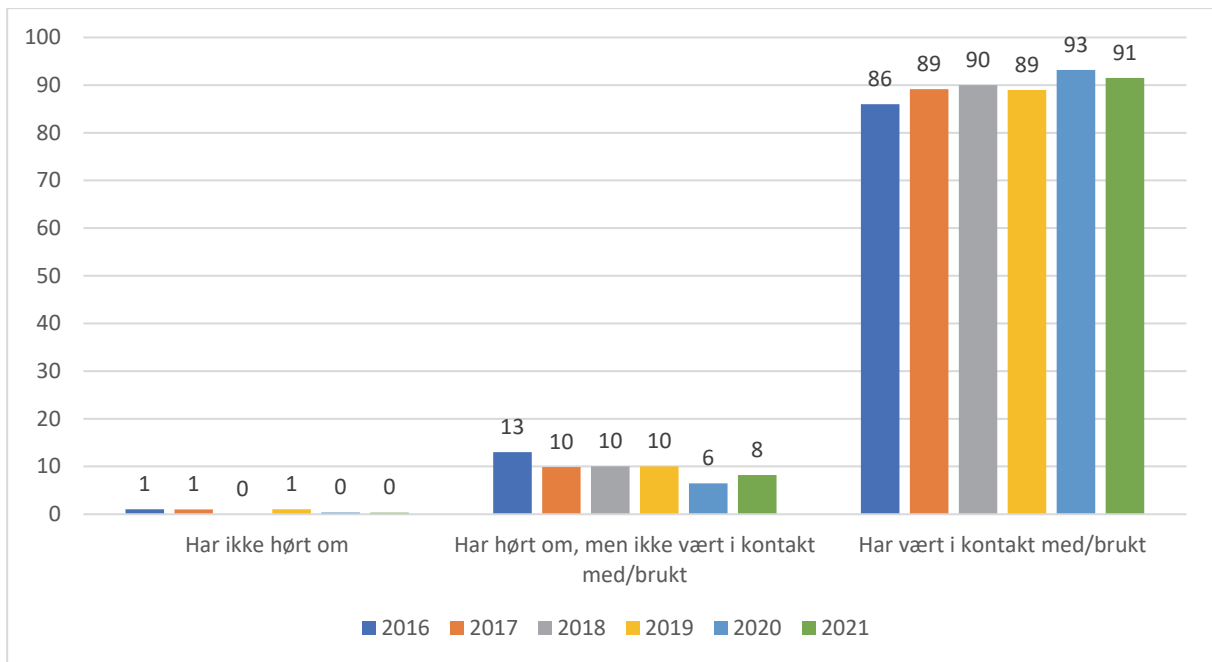
20.3 KORUS

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) skal bidra til ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesentrene er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier.

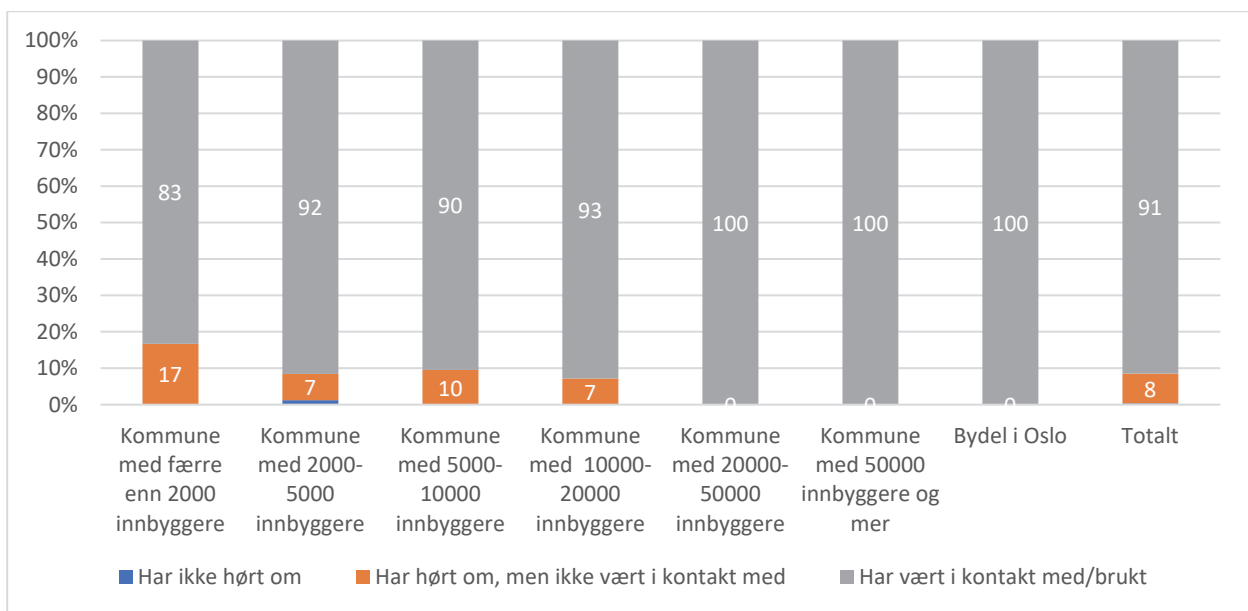
Sentrene bidrar til kompetanseheving ute i tjenestene gjennom undervisning, veiledning og nettverksarbeid. Det er sju KoRus:

- KoRus – Midt-Norge (St. Olavs hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin)
- KoRus – Vest Bergen (Helse Bergen, Avdeling for rusmedisin)
- KoRus – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KoRus – Sør (Blå kors Borgestadklinikken)
- KoRus – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KoRus – Øst (Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern)
- KoRus – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

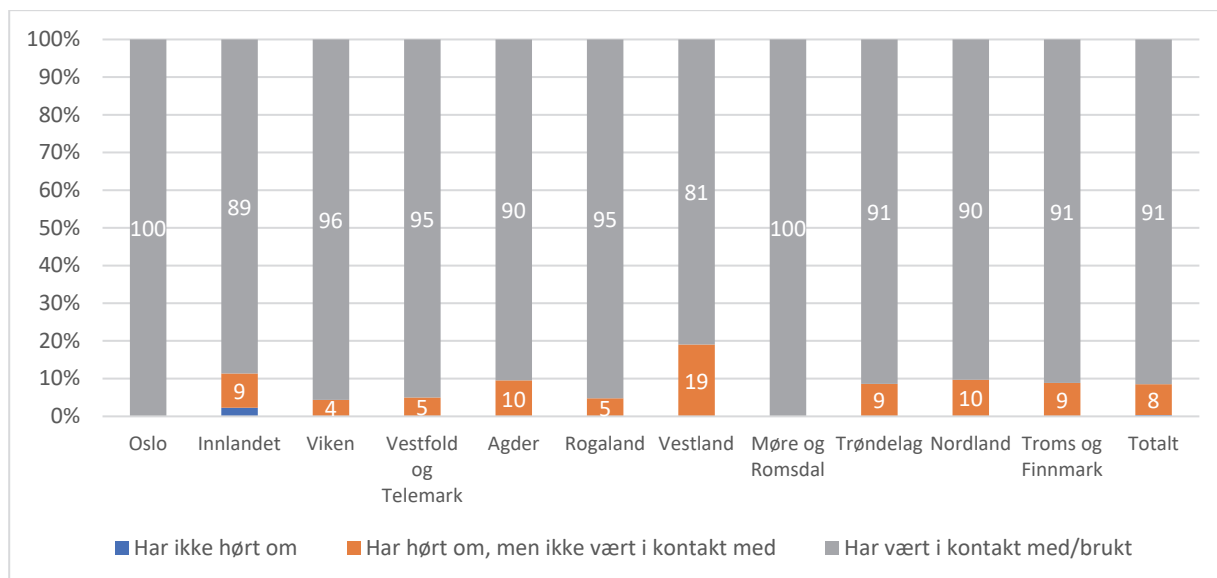
Det er 329 kommuner/bydeler (88 prosent) som har svart i 2021. Fra figur 20.6 ser vi at 91 prosent av kommunene/bydelene (n=301) oppgir å ha vært i kontakt med KoRus i 2021. Det er kun én kommune som oppgir at de ikke har hørt om KoRus i 2021. Dette er en kommune med 2000-5000 innbyggere (se figur 20.7) som ligger i innlandet (se figur 20.8).



Figur 20.6 Prosent av kommunene som kjenner til KoRus, 2016–2021.



Figur 20.7 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus. Kommunestørrelse, 2021.



Figur 20.8 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus. Fylke, 2021.

I 2021 svarer 67 prosent av landets kommuner/bydeler at de har besøkt nettsiden og 51 prosent har deltatt på kurs, se tabell 20.2. Totalt har halvparten av kommunene som har rapportert hatt konkret samarbeid med KoRus, mens 34 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevende tiltak. Som for øvrige tidsserier i denne rapporten er det beheftet usikkerhet ved 2020-tallene da færre kommuner svarte på kartleggingen.

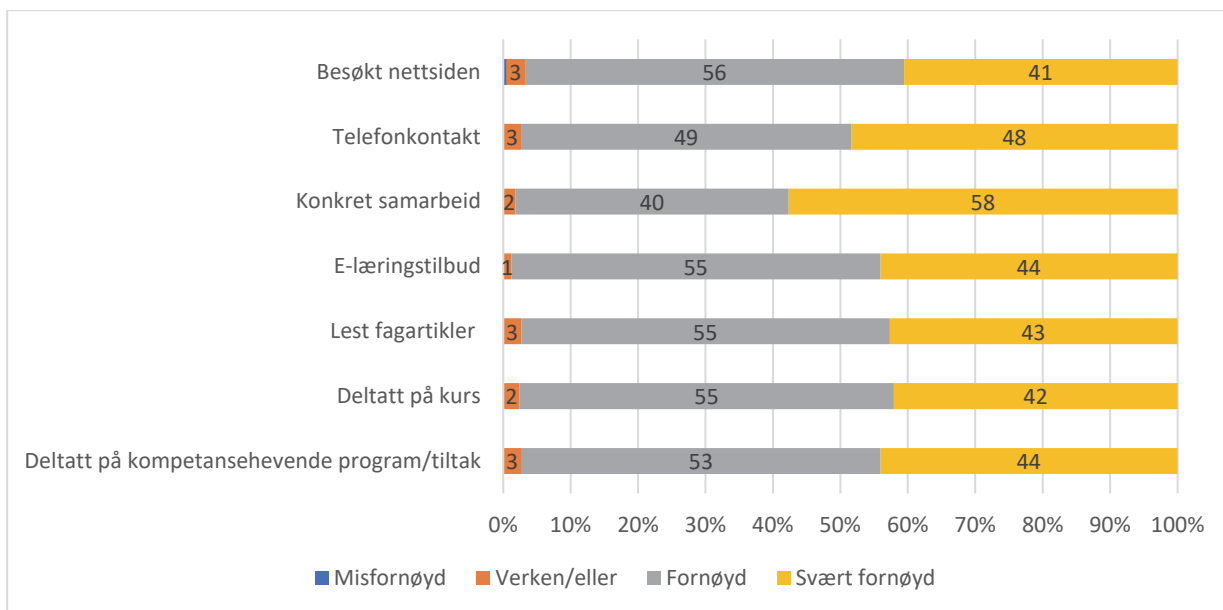
Tabell 20.2 Kontakt med KoRus, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=421), 2020 (n=294) og 2021 (n=329)

	2016		2017		2018		2019		2020*		2021*	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Besøkt nettsiden	208	49	266	62	250	59	266	61	212	72	219	67
Deltatt på kurs	233	54	256	60	248	59	271	62	116	39	169	51
Konkret samarbeid	188	44	225	53	237	56	229	52	173	59	164	50
Telefonkontakt	147	34	200	47	194	46	183	42	163	55	152	46
Lest fagartikler	163	38	204	48	168	40	204	47	147	50	153	47
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	165	39	184	43	166	39	179	41	181	62	113	34
E-læringstilbud	22	5	19	4	22	5	23	5	36	12	85	26
Annet	13	3	17	4	21	5	14	3	18	6	20	6

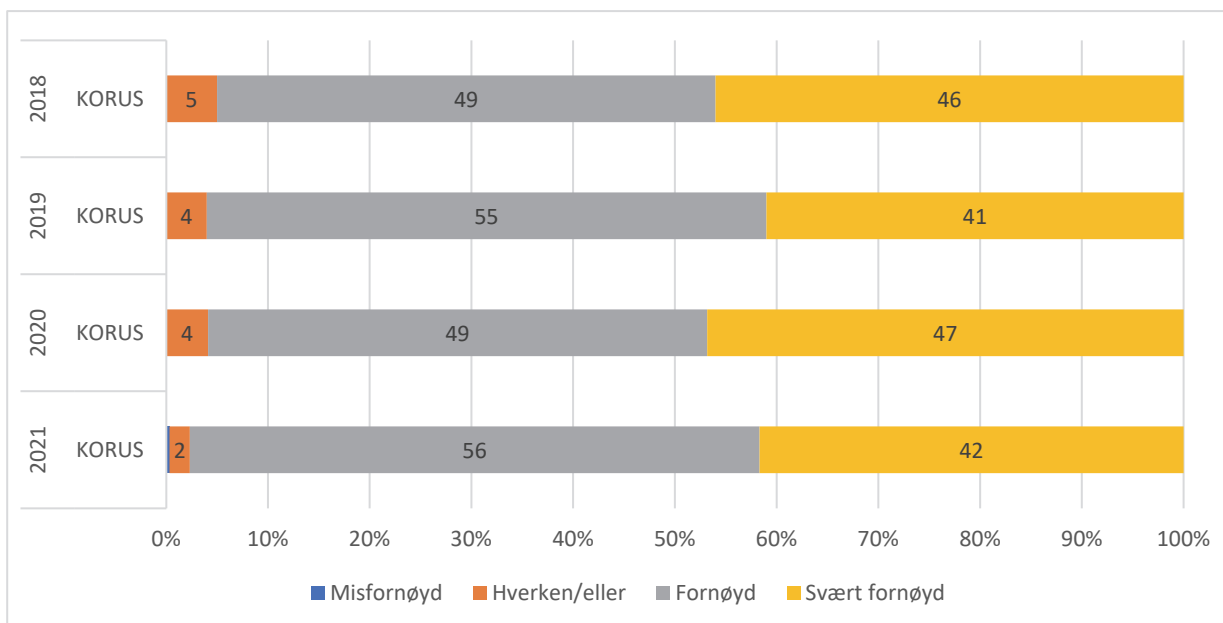
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Under annet nevnes BrukerPlan kartlegging, BTI, Ungdata og kontakter på e-post.

Figur 20.9 viser i hvilken grad kommunene har vært fornøyd med deres kontakt med KoRus, inndelt etter type kontakt. Figuren viser at andelen svært fornøyd er høyest blant de som har hatt konkret samarbeid med KoRus, men det er generelt svært høy grad av fornøydhet med alle typer kontakter de har hatt med KoRus.



Figur 20.9 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med KoRus etter form for bruk, 2021.

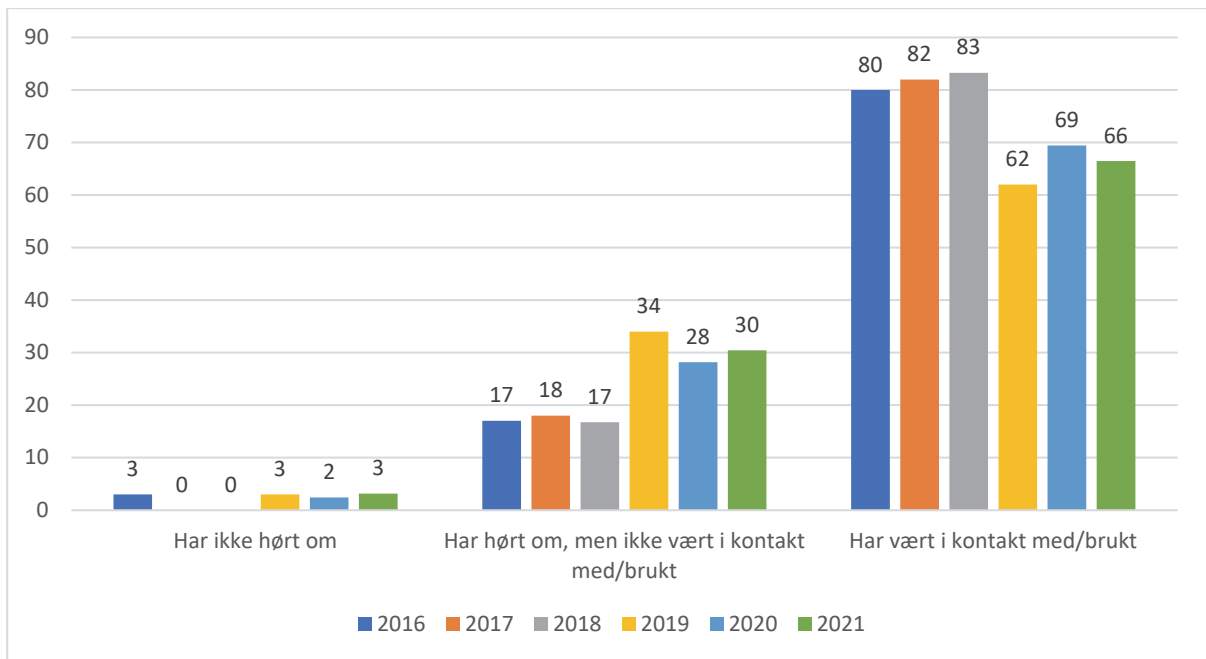


Figur 20.10 Generell fornøydhet med KoRus, 2018–2021 (n=300)

20.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

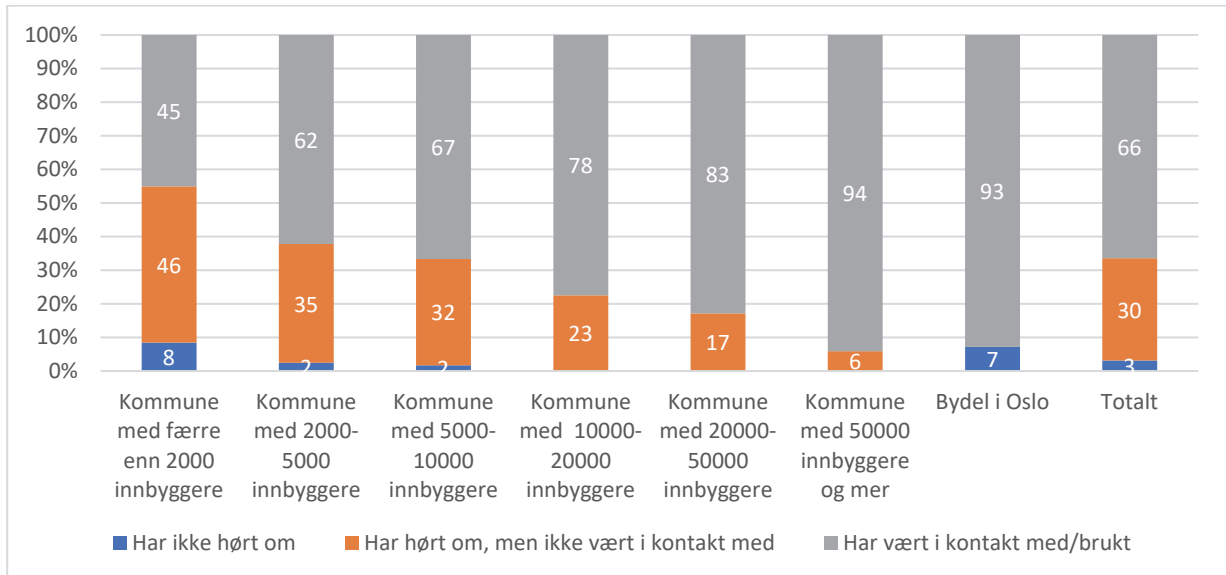
Det er fire regionale RBUP/RKBU, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern. Det er 319 kommuner/bydeler (86 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2021.

Som vist i figur 20.11, er det i 2021 totalt 66 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP/RKBU, en reduksjon på tre prosentpoeng fra 2020. Tre prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om tilbudet, mens 30 prosent har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt RBUP/RKBU.



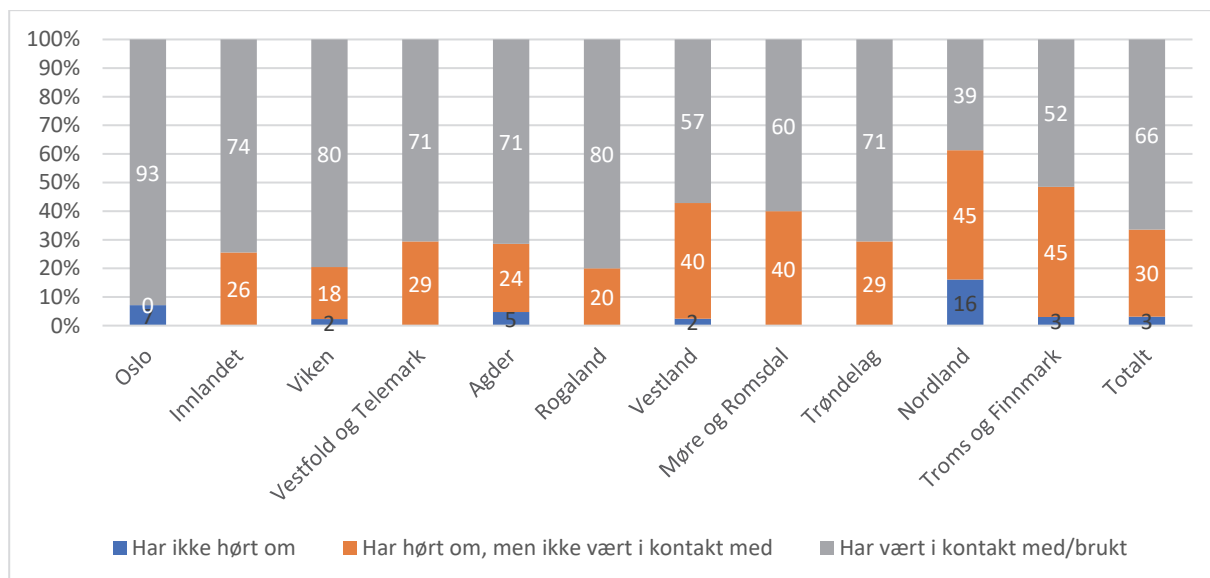
Figur 20.11 Prosent av kommunene som kjenner til RBUP/RKBU, 2016–2021.

I figur 20.12 ser vi at det er noen av de minste kommunene som ikke har hørt om, eller har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt tilbudet. I Oslo er det en bydel eller etat som ikke har hørt om RBUP/RKBU og dette kan for eksempel skyldes at rapporteringsansvarlig er ny og/eller har mest kjennskap til tjenester til voksne.



Figur 20.12 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU. Kommunestørrelse, 2021.

Fra figuren som viser fordelingen på fylkesnivå ser vi at andel som har brukt tilbudet er høyest i Viken, Rogaland og bydelene i Oslo, mens andelen er lavest i de nordligste fylkene.



Figur 20.13 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2021.

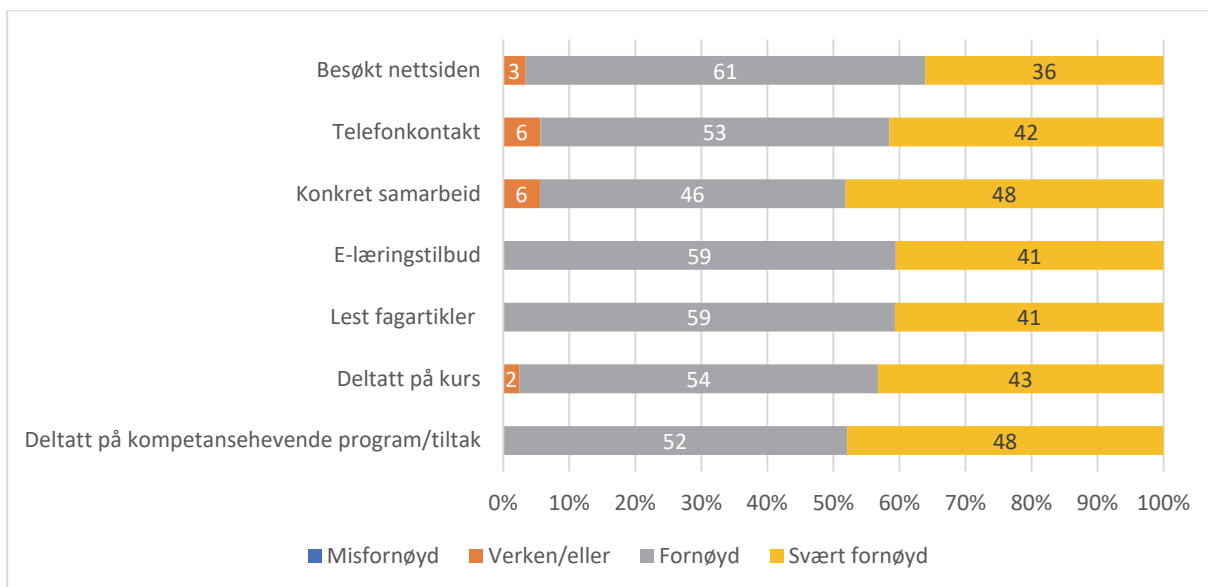
I 2021 oppgir 47 prosent av kommunene at de har besøkt nettsiden, og 30 prosent har lest fagartikler, mens 27 prosent har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, se tabell 20.3.

Tabell 20.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=291) og 2021 (n=319).

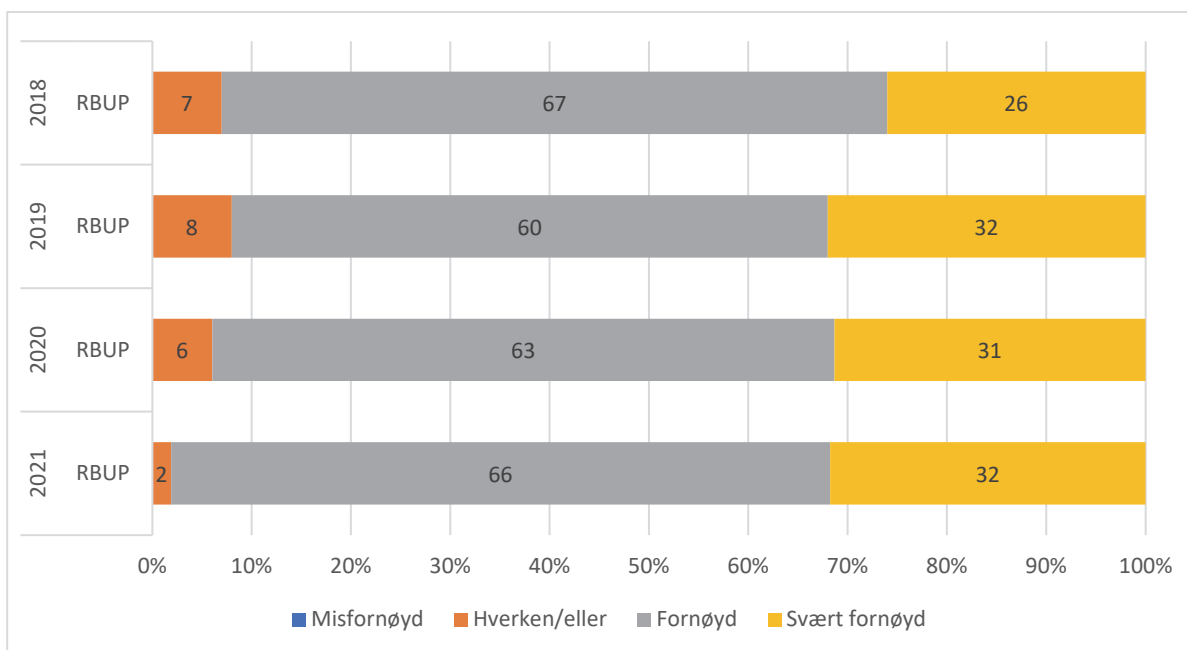
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	185	42	151	52	151	47
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	143	33	94	32	86	27
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	122	28	84	29	95	30
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	86	20	43	15	50	16
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	85	19	64	22	55	17
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	92	21	63	22	58	18
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	13	3	25	9	39	12
Annet	10	2	10	2	16	4	7	2	3	1	9	3

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Figuren under viser at kommunene er i all hovedsak enten fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med RBUP/RKBU.



Figur 20.14 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RBUP/RKBU, 2021.



Figur 20.15 Generell fornøydhet med RBUP/RKBU, 2018-2021 (n=211)

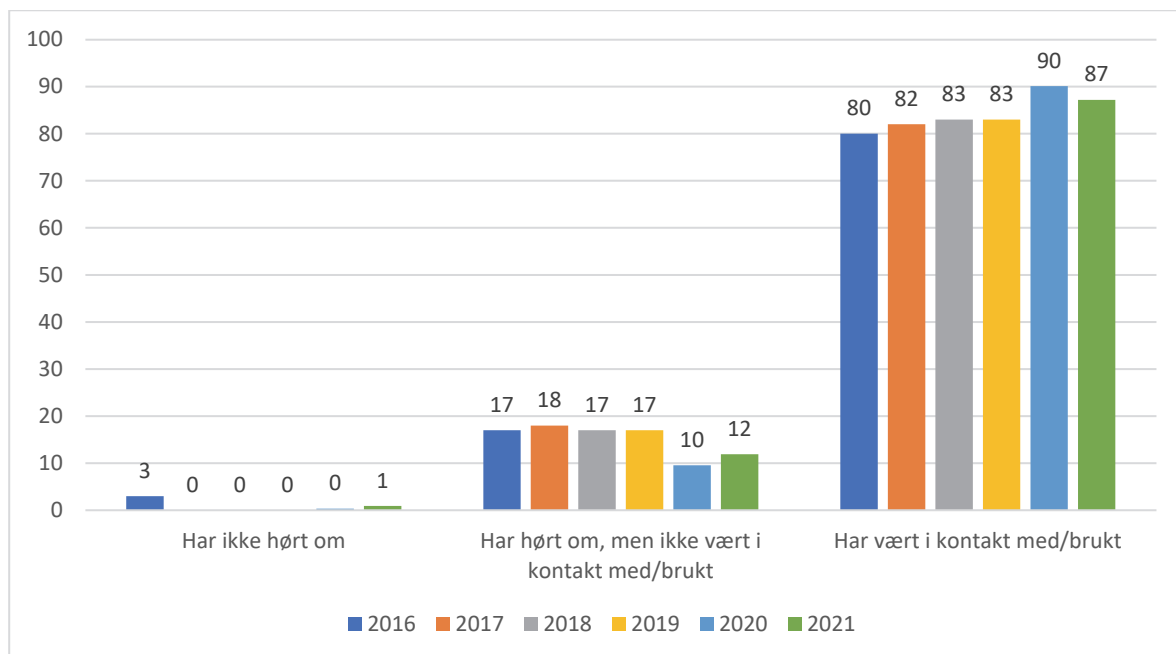
20.5 RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDS-FOREBYGGING)

Det finnes fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet. De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

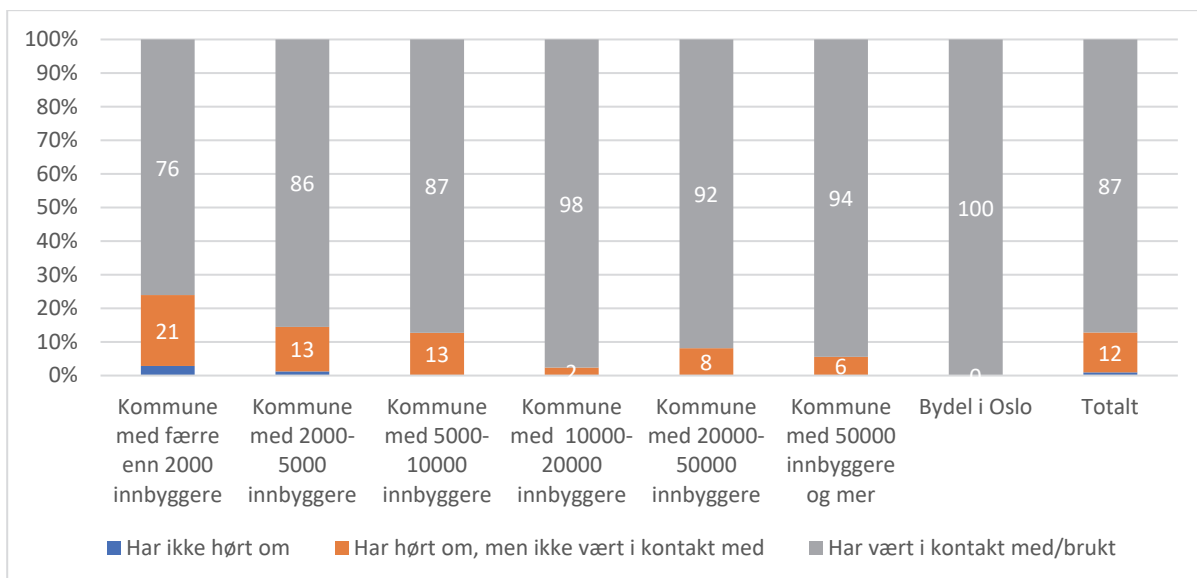
- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

328 kommuner/bydeler (88 prosent) har svart på spørsmålene om RVTS. Som vist i figur 20.16 er det 87 prosent av disse som svarer at de har vært i kontakt med RVTS, og dette er en nedgang på tre prosentpoeng fra 2020 (usikre tall), men økning på fire prosentpoeng siden 2019. 12 prosent svarer at de har hørt om, men ikke vært i kontakt med RVTS. Tre kommuner (1 prosent) oppgir at de ikke kjenner til RVTS, og disse ligger i Innlandet, Rogaland og Nordland.



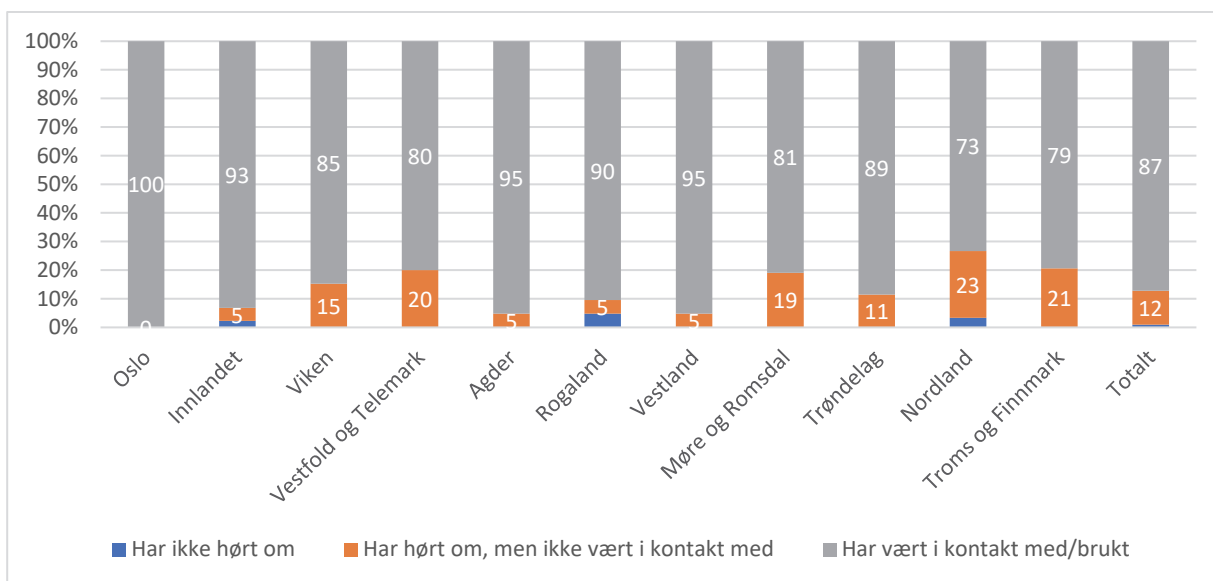
Figur 20.16 Prosent av kommunene som kjenner til RVTS, 2016–2021

Neste figur viser at det er de minste kommunene som oftest oppgir at de har hørt om, men ikke vært i kontakt med RVTS.



Figur 20.17 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Kommunestørrelse, 2021.

Fra figur 20.18 ser vi at det er i Nordland en lavest andel av kommunene svarer at de har vært i kontakt med RVTS i 2021.



Figur 20.18 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Fylke, 2021.

Fra tabell 20.4 ser vi at det er 67 prosent av kommunene/bydelene som har rapportert i 2021 som har besøkt nettsiden, og 52 prosent har deltatt på kurs.

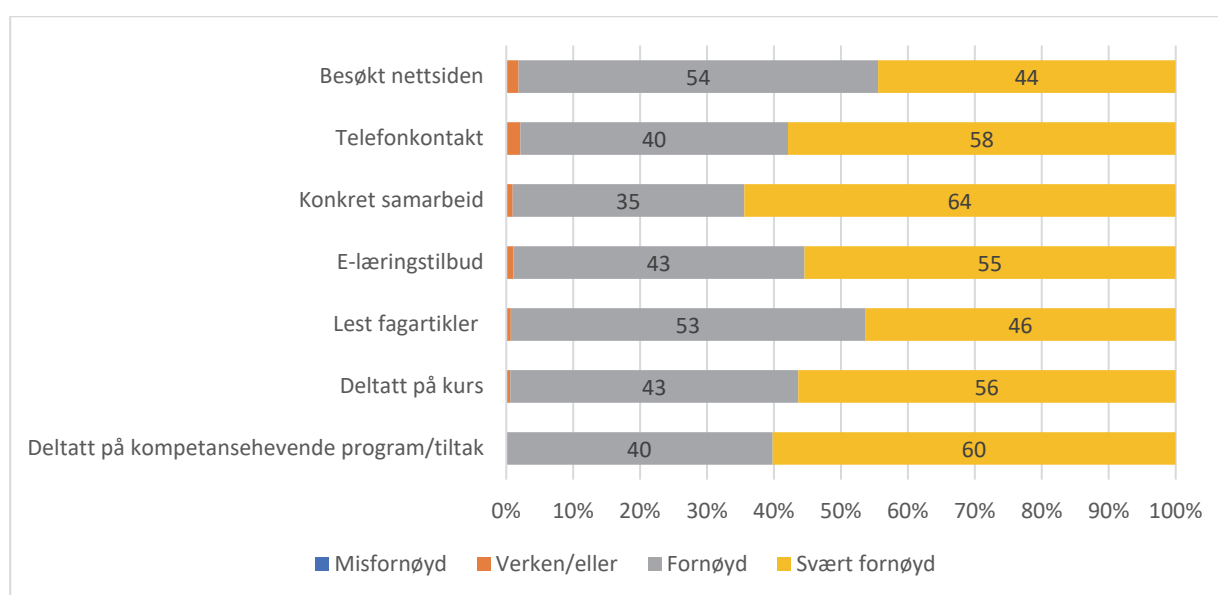
Tabell 20.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419), 2020 (n=293) og 2021 (n=328).

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Besøkt nettsiden	181	42	256	60	253	60	262	60	206	70	220	67
Deltatt på kurs	218	51	244	57	244	58	242	55	179	61	171	52
Lest fagartikler	140	33	187	44	166	39	186	43	142	48	153	47
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28	134	31	149	35	146	33	90	31	100	30
Telefonkontakt	97	23	133	31	142	34	128	29	112	38	98	30
Konkret samarbeid	110	26	124	29	134	32	133	30	86	29	107	33
E-læringstilbud	27	6	42	10	45	11	49	11	46	16	95	29
Annet	10	2	10	2	16	4	4	1	6	2	7	2

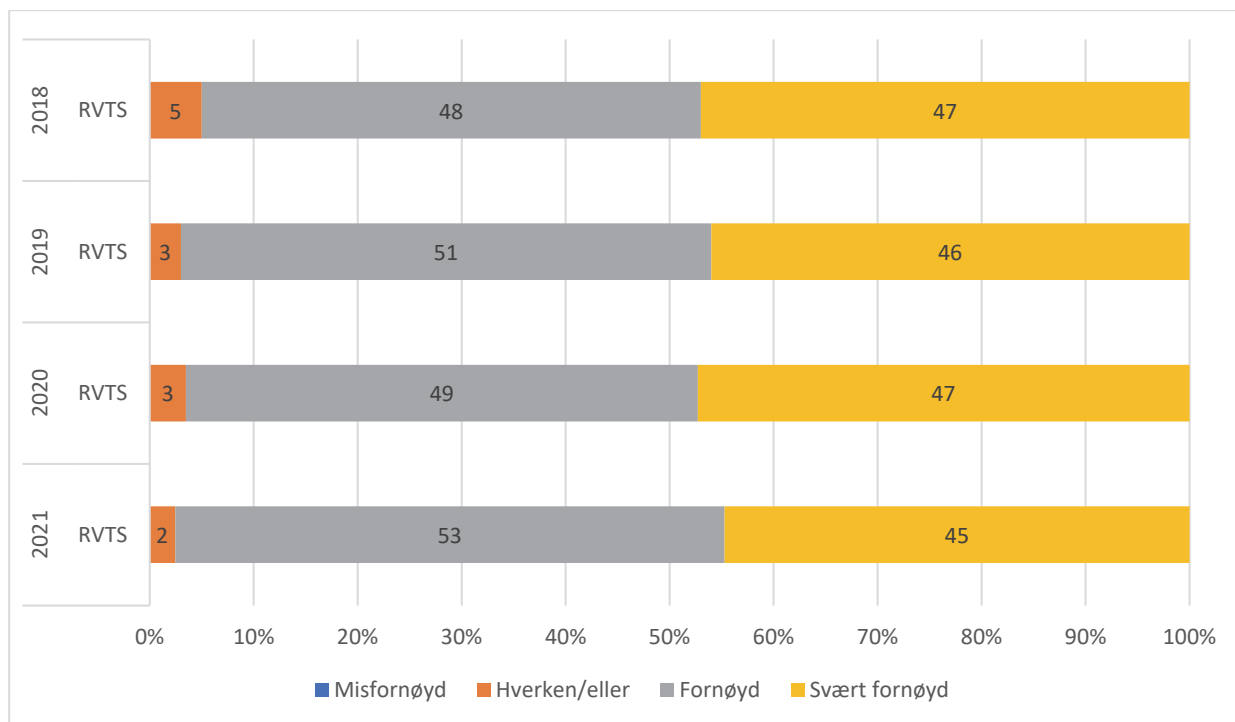
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Under annet nevnes kontakt på nett og telefon, veiledning i konkret sak og samarbeid om oppfølging etter selvmord.

Fra figur 20.19 ser vi at nesten samtlige kommuner/bydeler er enten fornøyd eller svært fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS. Ingen kommuner har i 2021 oppgitt at de var misfornøyd med noen av kontaktene de hadde med RVTS.



Figur 20.19 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, 2021.



Figur 20.20 Generell fornøydhet med RVTS, 2018-2021 (n=284)

20.6 NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet rusproblemer og psykiske problemer.

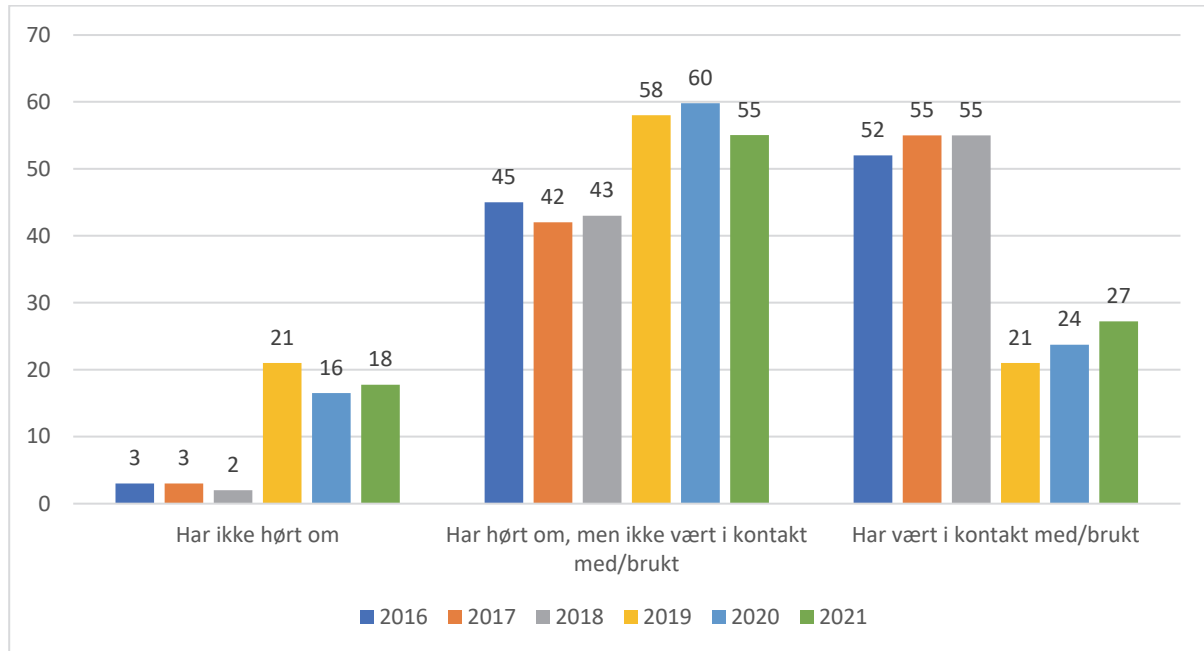
Målgruppene for tjenestens arbeid er ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern, kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV og frivillige organisasjoner, samt brukere/pasienter og deres pårørende. Satsningsområder for 2019-2024 er:

1. Videreutvikling og etablering av samhandlings- og tjenestemodeller på tvers av sektorer og forvaltnings nivå.
2. Styrking av helhetlig og integrert behandling slik at både psykiske og somatiske helseproblemer og rusproblemer utredes og behandles samtidig innenfor helhetlige og samhandlende tjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Samarbeid, samordning og regionale nettverk

Kompetansetjenesten skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

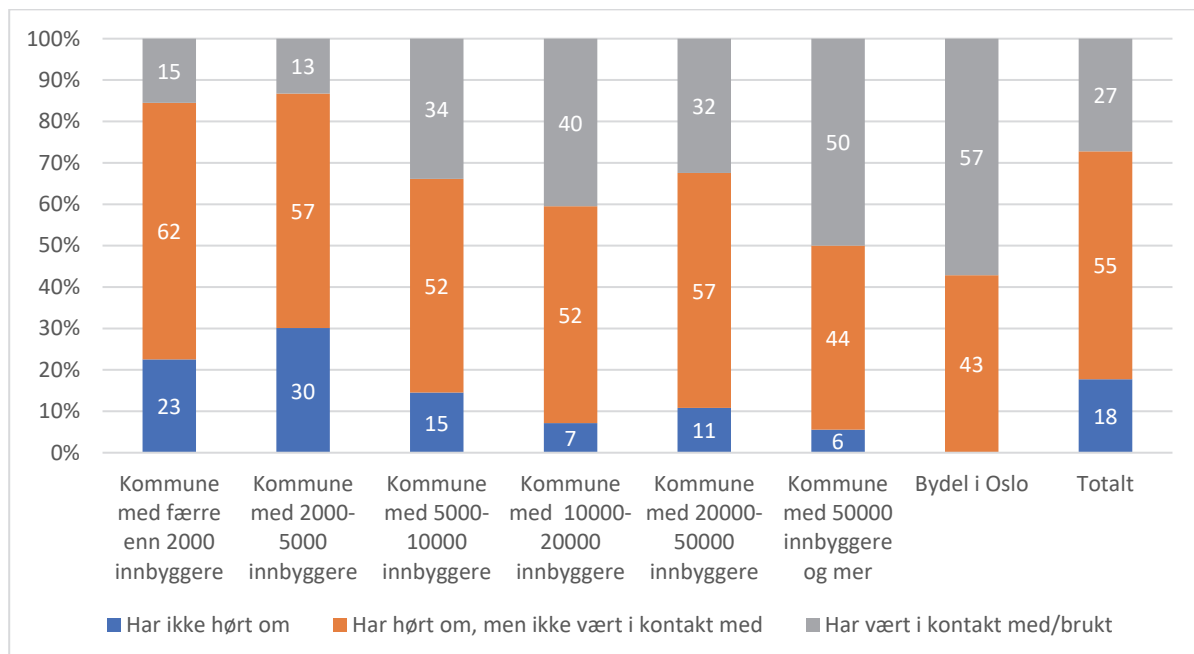
Det er 327 kommuner/bydeler (88 prosent) som har rapportert på kontakt med NKROP, og de fleste av disse har hørt om, men ikke vært i kontakt med tjenesten (55 prosent), se figur 20.21. Det er en økning i tre prosentpoeng fra 24 til 27 prosent i andel som har vært i kontakt med/brukt kompetansetjenesten fra 2020 til 2021, men samtidig er det 58 kommuner (18 prosent) som ikke har hørt om NKROP.

Det har vært en endring i spørsmålet ved at det før 2019 ble spurt om ROP-tjenesten, mens fra 2019 spørres det om kjennskap til NKROP med navnet på tjenesten også skrevet helt ut. Ved at det var få kommuner som ikke hadde hørt om ROP-tjenesten i 2018, er det kanskje nødvendig å informere om det formelle navnet da det er dette som nå brukes selv om nettsiden rop.no nok er kjent for mange.



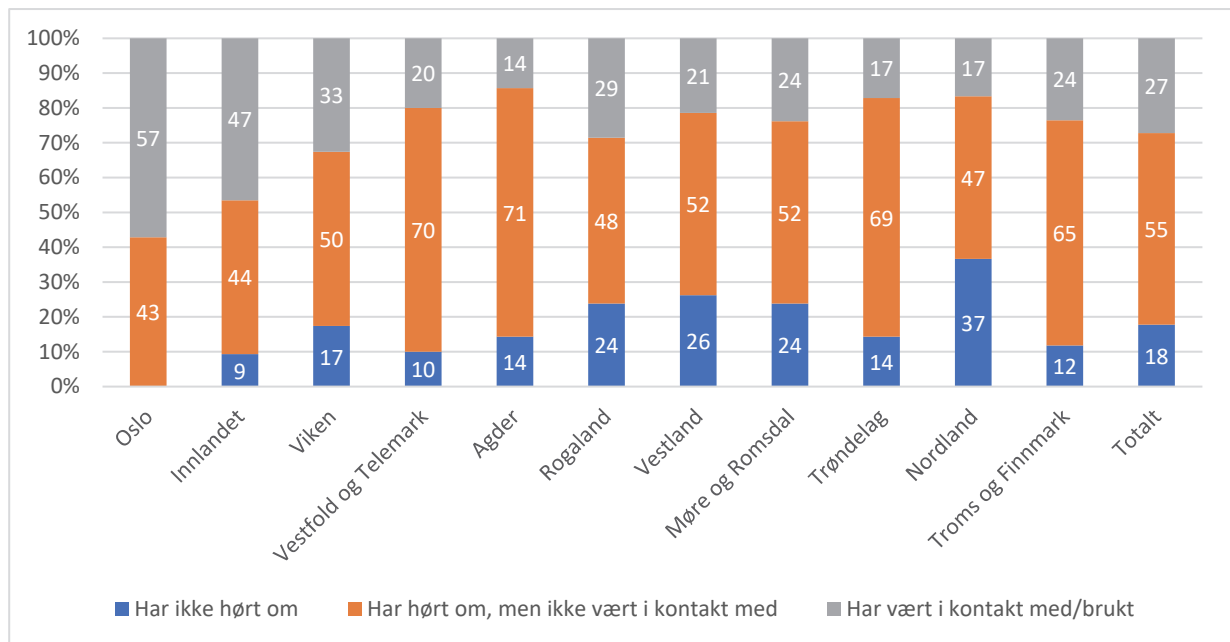
Figur 20.21 Prosent av kommunene som kjenner til ROP-tjenesten (før 2019) og NKROP (fra 2019), 2016–2021.

Figur 20.22 viser at det er de minste kommunene som ikke har hørt om NKROP, og at det også er disse kommunene som i minst grad har vært i kontakt med/brukt tjenesten.



Figur 20.22 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Kommunestørrelse, 2021.

Nordland ligger høyest i andel kommuner som svarer at de ikke har hørt om NKROP, se figur 20.23.



Figur 20.23 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Fylke, 2021.

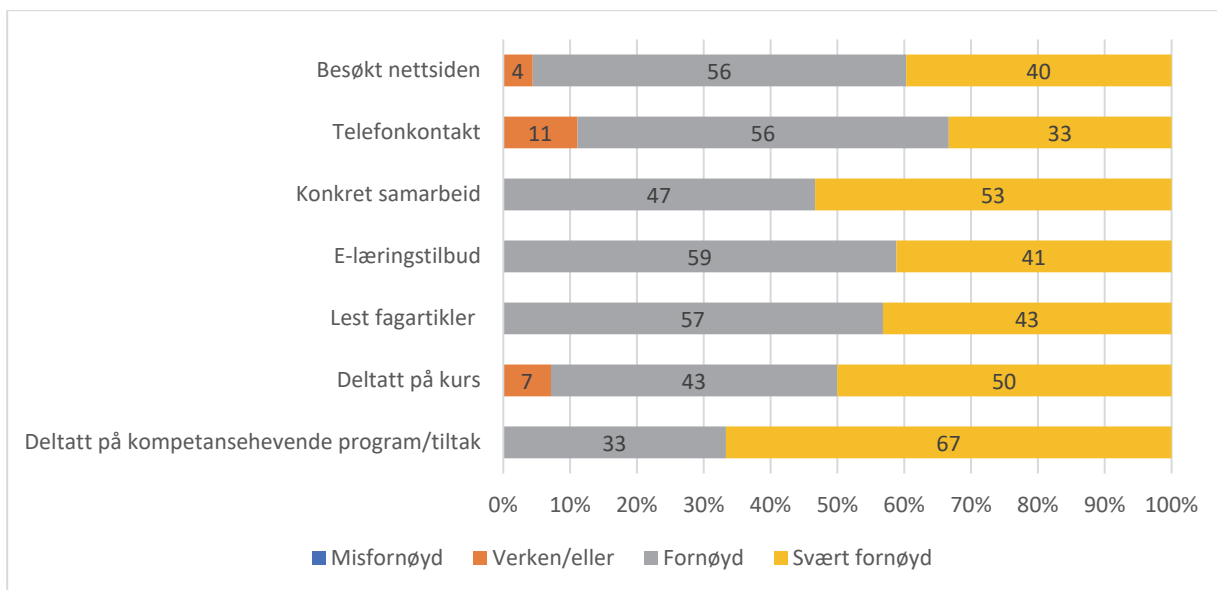
Totalt har 21 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til NKROP i 2021, mens 14 prosent har lest fagartikler fra tjenesten, se tabell 20.5.

Tabell 20.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419), 2020 (n=291) og 2021 (n=327).

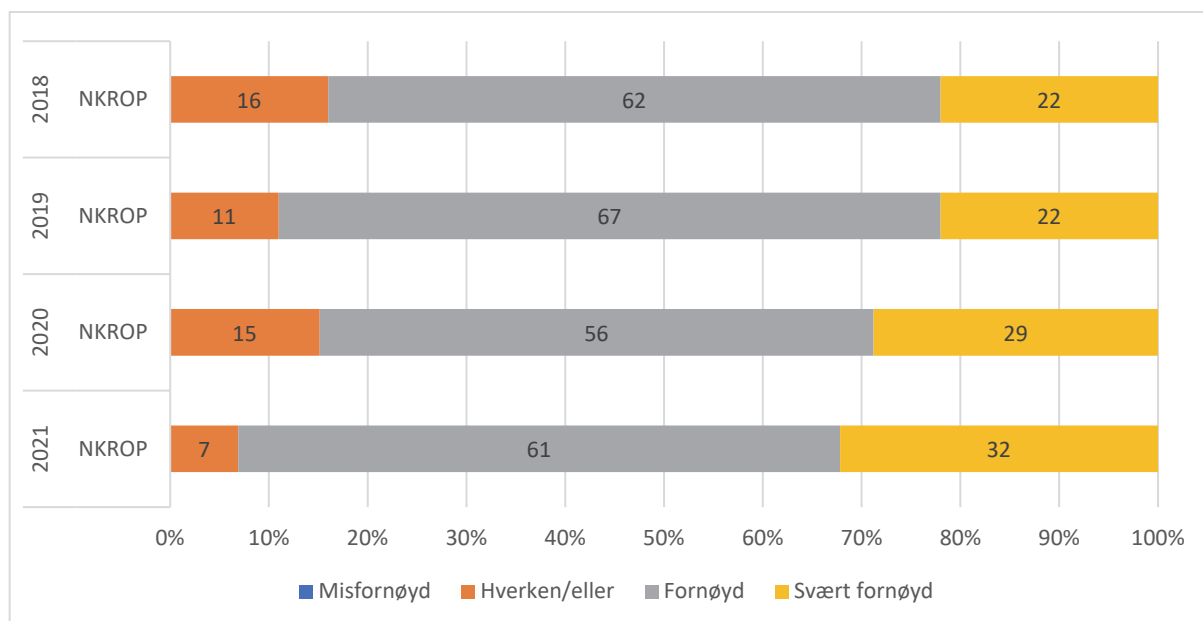
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Besøkt nettsiden	163	38	245	58	171	41	75	17	50	17	69	21
Lest fagartikler	127	30	177	42	123	29	51	12	33	11	45	14
Deltatt på kurs	119	28	108	25	95	23	30	7	15	5	14	4
Telefonkontakt	52	12	49	12	62	15	18	4	13	4	9	3
Konkret samarbeid	49	11	47	11	59	14	18	4	12	4	15	5
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11	48	11	45	11	15	3	5	2	9	3
E-læringstilbud	19	4	18	4	15	4	5	1	5	2	17	5
Annet	4	1	11	3	7	2	3	1	3	1	2	1

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Neste figur viser at ingen av kommunene har vært misfornøyd med de forskjellige kontaktformene med NKROP, men det er altså relativt få som har hatt kontakt utover å ha besøkt nettsiden og lest fagartikler.



Figur 20.24 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKROP, 2021.



Figur 20.25 Generell fornøydhet med NKROP, 2018-2021 (n=87)

20.7 NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)

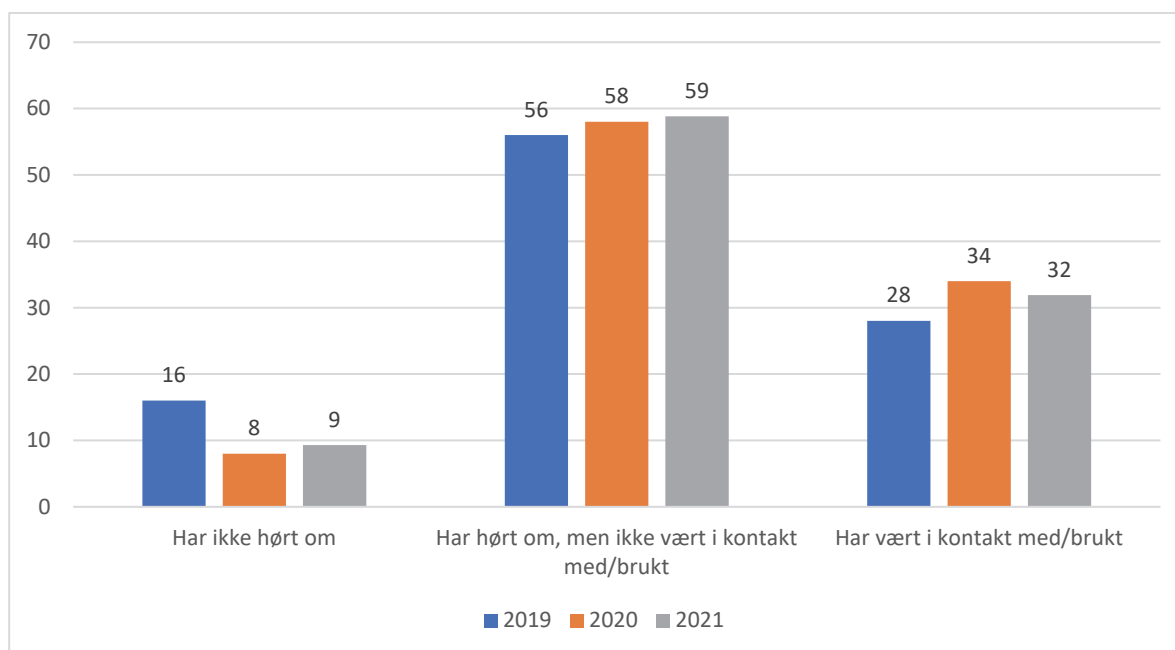
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Deres hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling og undervisning samt rådgivningsarbeid. Senteret oppgir å ha et tverrfaglig perspektiv, og forskningen omfatter flere ulike forhold, blant annet medisinske, psykologiske, kulturelle og sosiale.

Senteret legger vekt på forhold rundt etnisitet, alder og kjønn og temaene de arbeider med kan kategoriseres etter følgende inndeling:

- vold og overgrep i nære relasjoner
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktningshelse

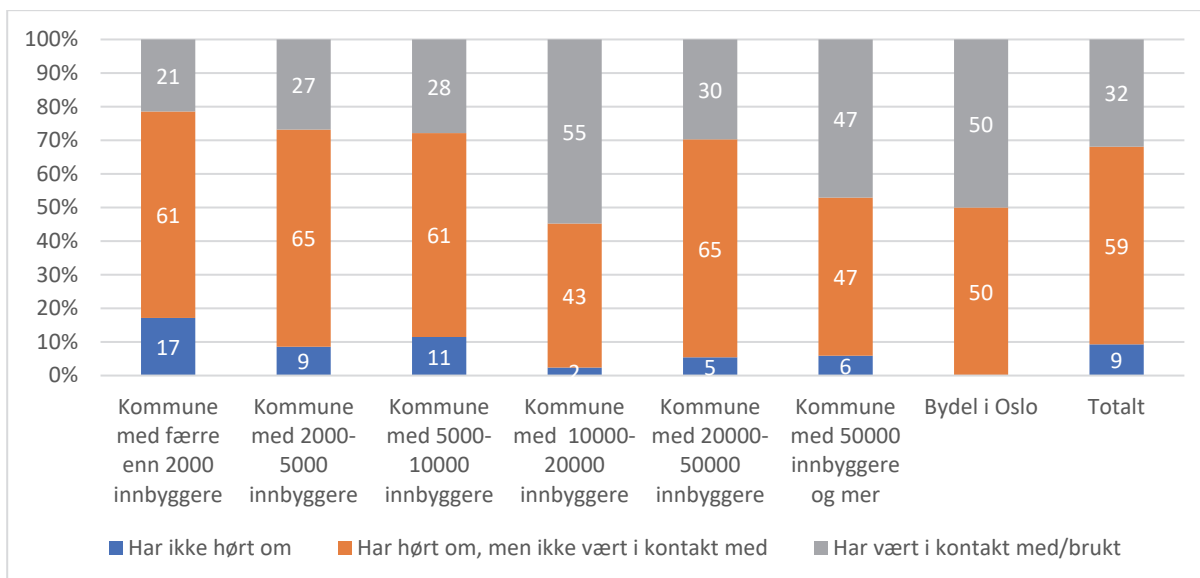
De samarbeider med regionale ressursmiljøer innen vold- og traumefeltet, samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt. NKVTS driver ikke klinisk virksomhet, men kunnskapen som produseres ved senteret skal komme praksisfeltet, i vid forstand, til nytte. NKVTS kom med i kartleggingen i 2019. Senteret ble etablert 1. januar 2004, som et datterselskap av UNIRAND AS (heleid av Universitetet i Oslo). NORCE overtok eierskapet i juli 2019.

I 2021 var det 323 kommuner/bydeler (87 prosent) som svarte på om de hadde kjennskap til senteret, og av disse var det 103 kommuner/bydeler (32 prosent) som hadde vært i kontakt med NKVTS, se figur 20.26. Dette er en marginal nedgang på to prosentpoeng fra 2020, men en økning fra 28 prosent i 2019 da tallene i kartleggingen var mindre usikre.



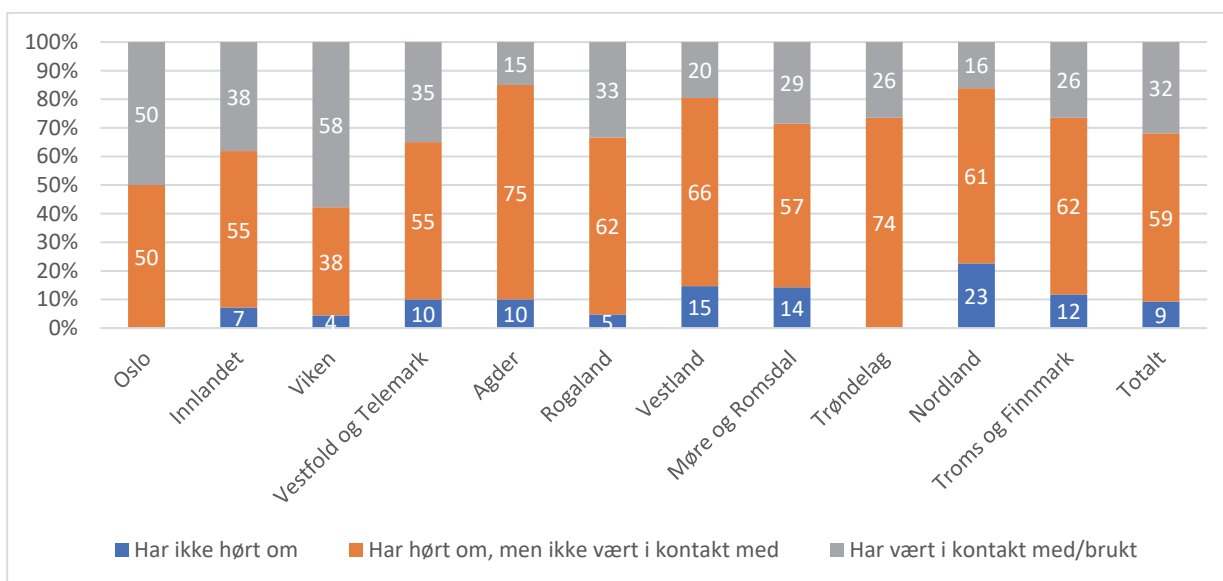
Figur 20.26 Prosent av kommunene som har kjennskap til NKVTS, 2019–2021

Denne figuren viser at det er de større kommunene og bydelene i Oslo som i størst grad har vært i kontakt med/brukt NKVTS. Det er naturlig da det er flere ansatte som kan ha kontakt med senteret i store kommuner. Men det er en økning fra 10 til 17 prosent fra 2020 til 2021 blant de minste kommunene som oppgir at de ikke har hørt om NKVTS.



Figur 20.27 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS. Kommunestørrelse, 2021.

Neste figur viser andel kommuner som svarer at de har vært i kontakt med/brukt NKVTS er høyest i Viken og lavest i Nordland.



Figur 20.28 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NKVTS. Fylke, 2021.

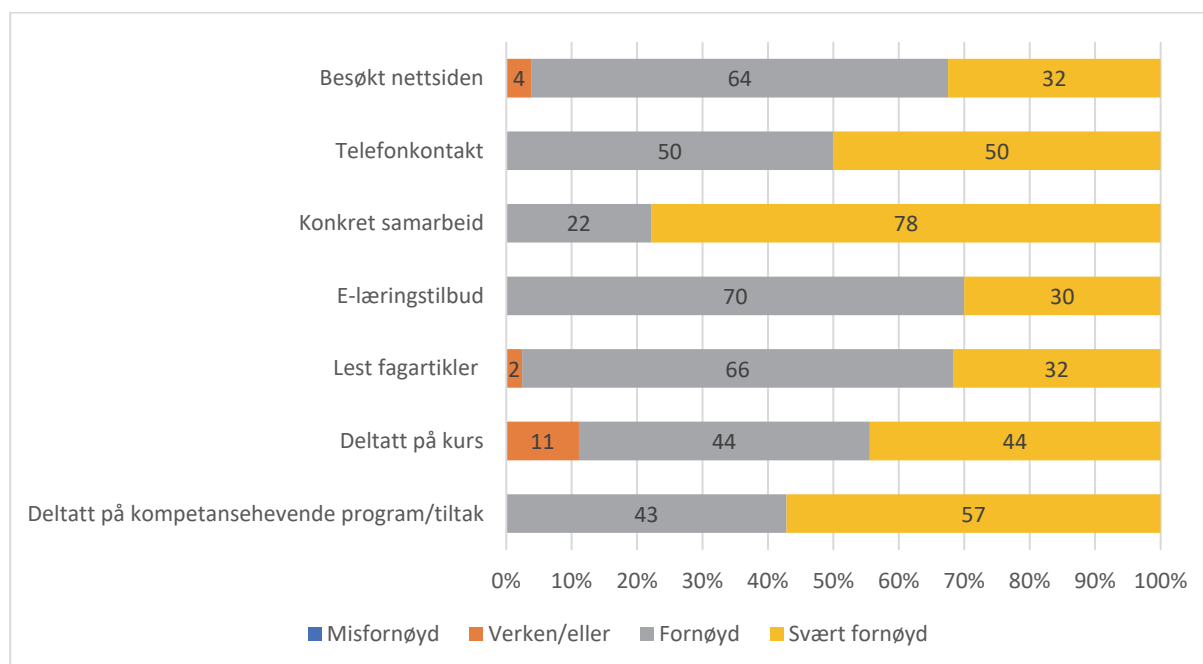
Tabell 20.6 viser at en overvekt av de som svarer at de har vært i kontakt med/brukt NKVTS har besøkt nettsiden (79 kommuner) eller lest fagartikler fra NKVTS (43 kommuner). Generelt oppgir få kommuner at de har vært i kontakt med NKVTS utover å ha besøkt nettsiden og lest fagartikler.

Tabell 20.6 Antall og prosent av kommunene/bydelene etter type kontakt med NKVTS. 2021 (n=323)

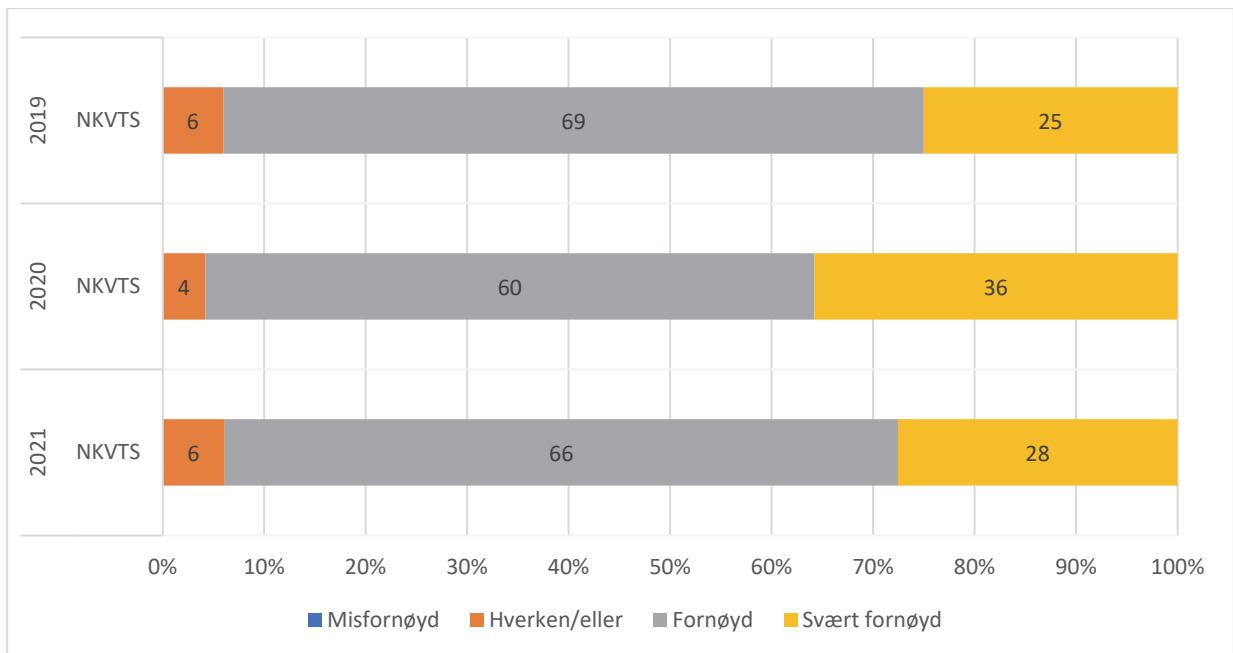
	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	85	19	70	24	79	24
Lest fagartikler	58	13	43	15	43	13
Deltatt på kurs	33	8	17	6	10	3
Telefonkontakt	9	2	16	5	7	2
Konkret samarbeid	10	2	10	3	9	3
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	15	4	6	2	7	2
E-læringstilbud	7	2	9	3	12	4
Annet	1	1	1	0	0	0

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydelene fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Neste figur viser at ingen av kommunene har oppgitt at de er misfornøyde med kontakten med NKVTS. Kommunene er generelt stort sett enten fornøyde eller svært fornøyde med kontakten med NKVTS.



Figur 20.29 I hvilken grad kommunene var fornøyde med de ulike kontaktformene med NKVTS, 2021.



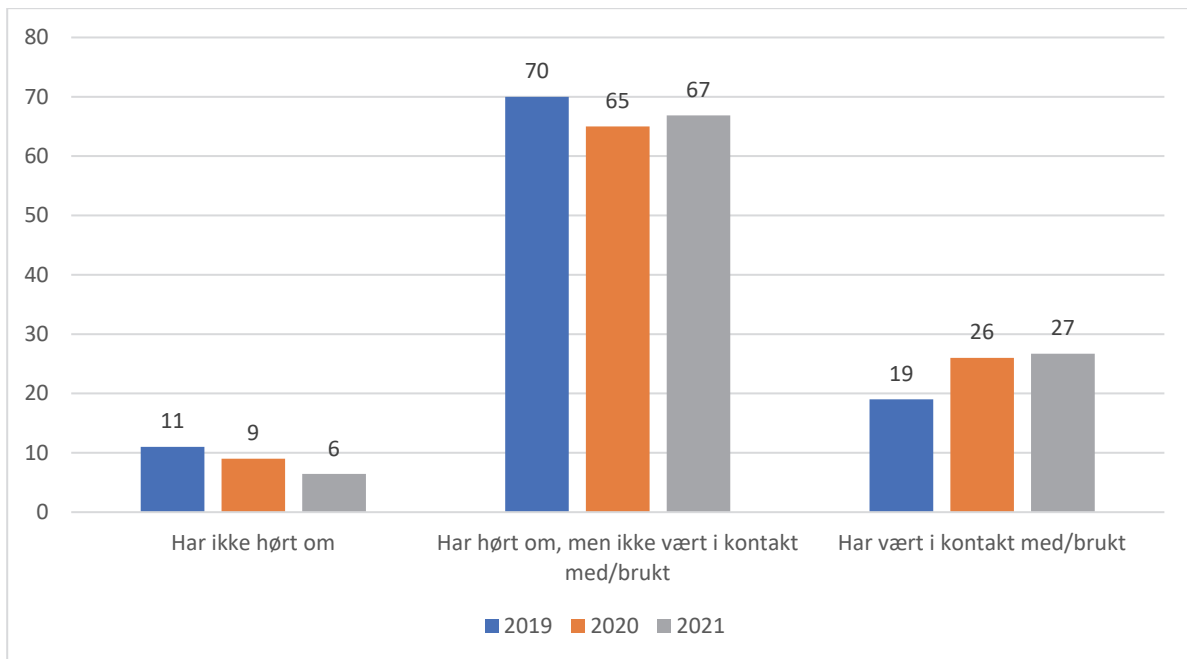
Figur 20.30 Generell fornøydhet med NKVTS, 2019-2021 (n=98)

20.8 NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er tilknyttet institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Formålet med senteret er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. Kjerneoppgavene til senteret er:

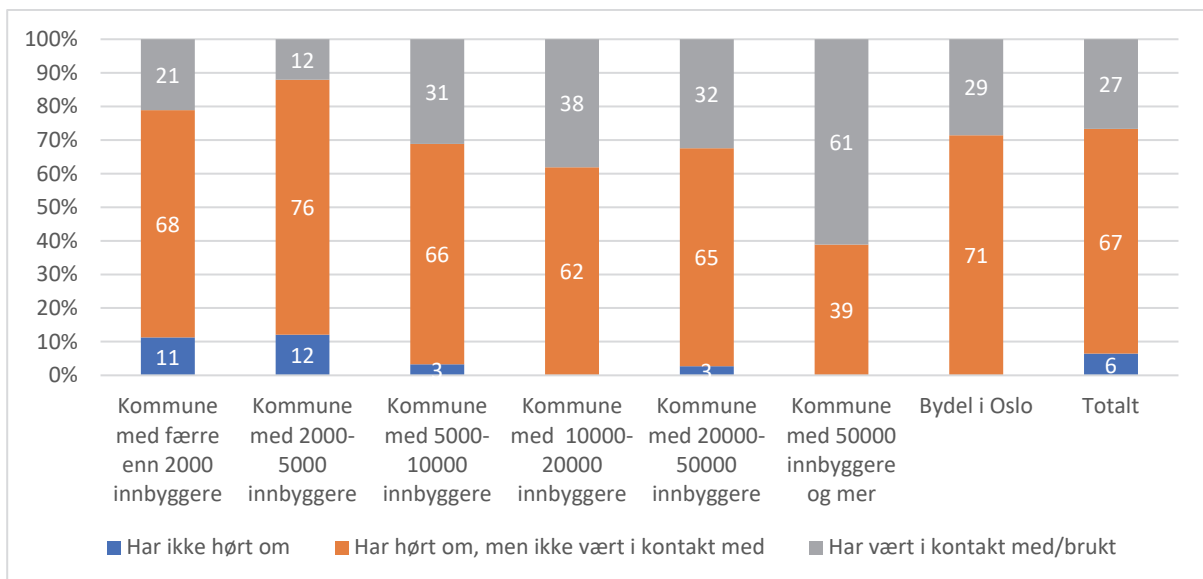
- Forskning på internasjonalt nivå
- Kunnskapsutvikling og formidling
- Undervisning/kompetanseoppbygging
- Veiledning/rådgivning
- Koordinering, nettverksbygging og samarbeid med nasjonale og regionale miljø

NSSF kom med i kartleggingen i 2019. Fra figur 20.31 ser vi at seks prosent av kommunene svarer at de ikke har hørt om NSSF i 2021, og senteret ser ut til å bli stadig mer kjent ute i kommunene. 27 prosent svarer at de har vært i kontakt med/brukt senteret, mens to av tre kommuner har hørt om senteret, men ikke vært i kontakt med eller brukt NSSF.



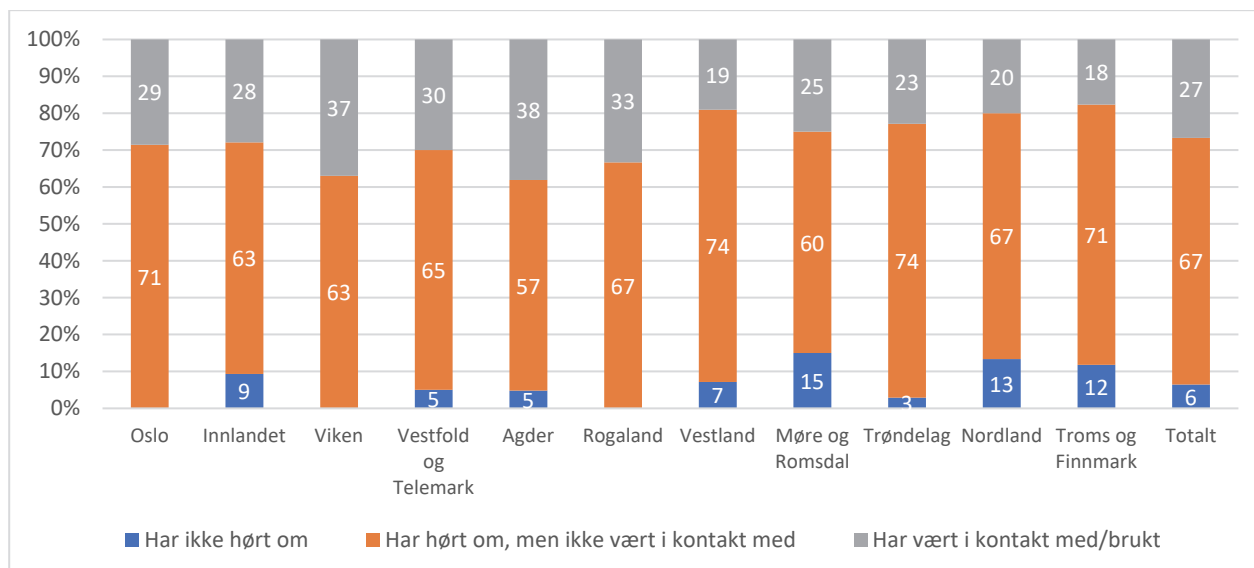
Figur 20.31 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NSSF, 2019–2021.

Figuren under viser at det er høyest andel blant de største kommunene med unntak av Oslo som har vært i kontakt med/brukt NSSF.



Figur 20.32 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Kommunestørrelse, 2021.

Det er størst andel av kommunene som ikke har hørt om NSSF i Møre og Romsdal og i de nordligste fylkene, mens andelen som har vært i kontakt med/brukt er høyest i Agder og i Viken.



Figur 20.33 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Fylke, 2021.

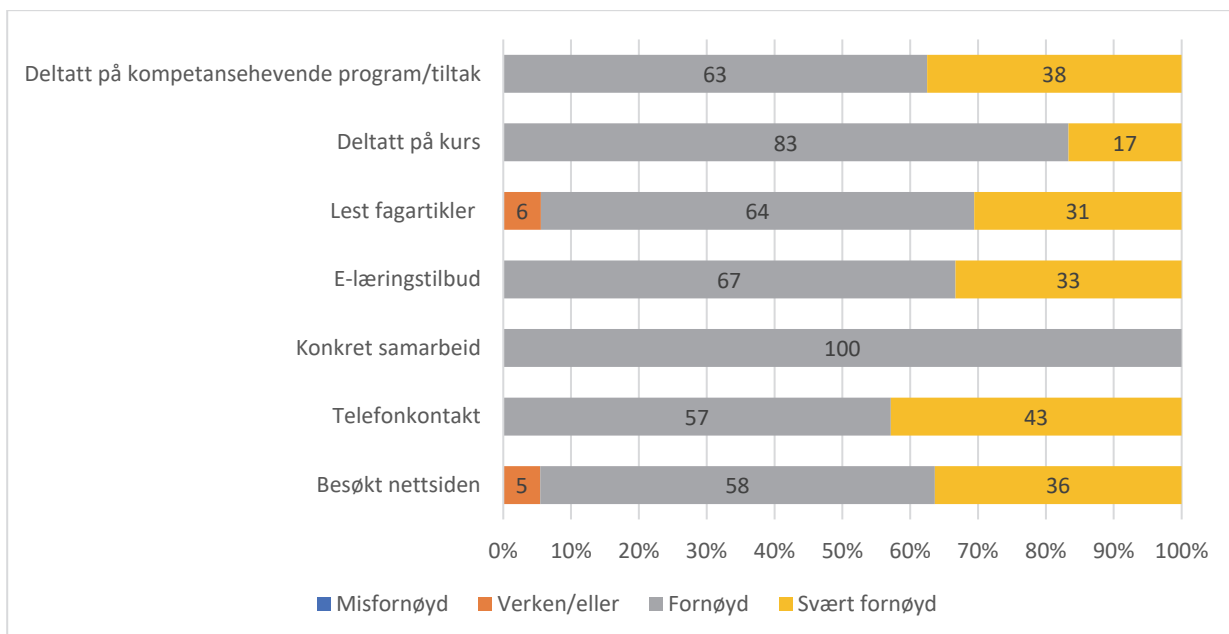
Tabell 20.7 viser at de fleste kommunene som har svart at de har vært i kontakt med/brukt NSSF gjennom å besøke nettsiden (79 kommuner) eller å ha lest fagartikler fra senteret (43 kommuner).

Tabell 20.7 Kommunenes kontakt med NSSF, 2021 (n=326)

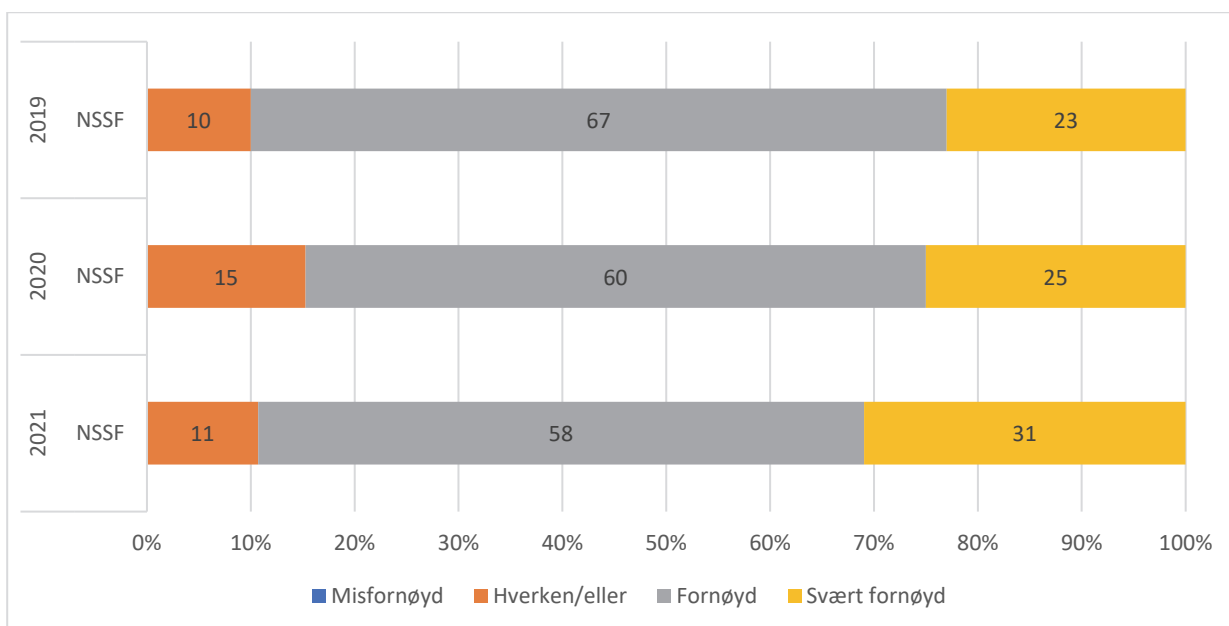
	2019		2020		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	61	14	59	20	57	17
Lest fagartikler	39	9	30	10	36	11
Deltatt på kurs	27	6	16	6	18	6
Telefonkontakt	11	3	10	3	7	2
Konkret samarbeid	8	2	4	1	4	1
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	13	3	0	0	9	3
E-læringstilbud	6	1	6	2	9	3
Annet	2	1	2	1	3	1

* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Fra neste figur ser vi at ingen av kommunene oppgir at de har vært misfornøyde med kontakten/bruken av NSSF, og at kommunene jevnt over er fornøyde eller svært fornøyde med de ulike kontaktformene de har hatt med senteret.



Figur 20.34 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NSSF, 2021.



Figur 20.35 Generelt fornøydhet med NSSF, 2019–2021 (n=84)

20.9 SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS)

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) ble i 2014 godkjent som nasjonal kompetansetjeneste og er lokalisert til Finnmarkssykehuset HF.

SANKS tilbyr utredning og behandling for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern og avhengighet. SANKS har også nasjonale kompetansetjenestefunksjoner og målet er å bidra til at den samiske befolkningen får et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og avhengighet. SANKS er organisert i sju kliniske enheter som er lokalisert i Karasjok og Lakselv. I tillegg har SANKS det som heter

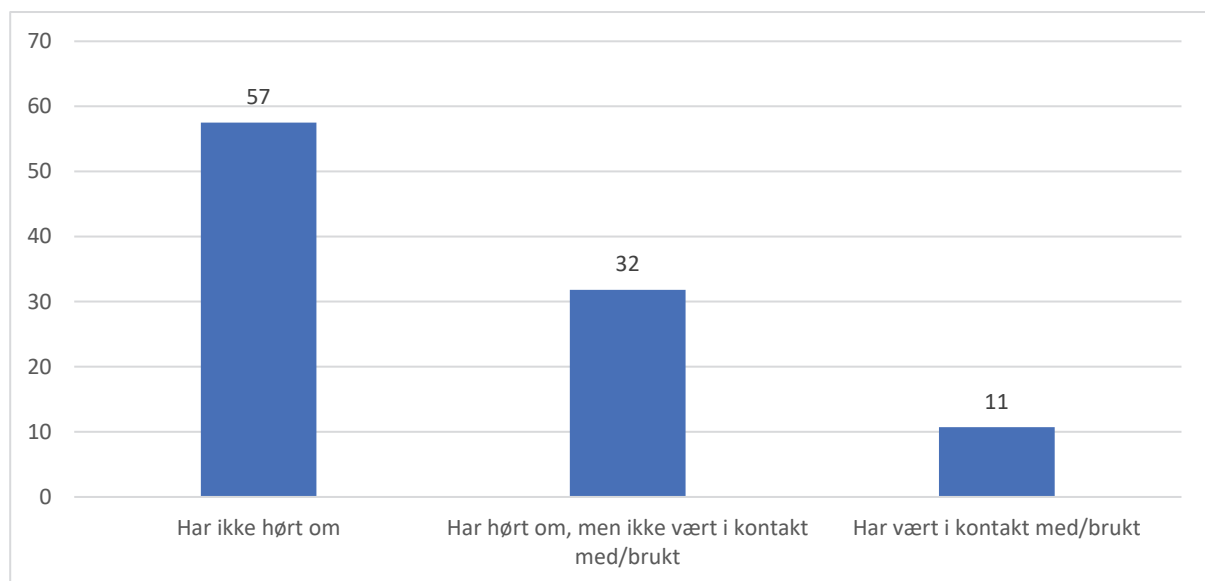
Nasjonalt team. Teamet er organisert under kompetansetjenesten i tillegg til teamets kliniske oppgaver som er å tilby behandling spesielt til de bosatt utenfor Finnmark.

SANKS sin enhet for forskning og utvikling (FoU) koordinerer og ivaretar den nasjonale kompetansetjenestefunksjonen. Kompetansetjenesten i SANKS skal bygge opp og formidle kompetanse innen psykisk helsevern og rus når det gjelder samiske pasienters særskilte behov for kultursensitiv diagnostikk og kulturelt tilrettelagde behandlingstilbud. Det er et mål at kompetansen skal gi økt kvalitet og pasientsikkerhet for samiske pasienter i et helhetlig behandlingsforløp, og bidra til å hindre «drop-out».

Kompetansetjenesten omfatter forsknings- og fagutviklingsvirksomhet, oppbygging og deltakelse i forskningsnettverk, spredning av forskningsresultater, undervisning, veiledning og rådgivning. Målgruppen er helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, brukere, pårørende og allmenheten.

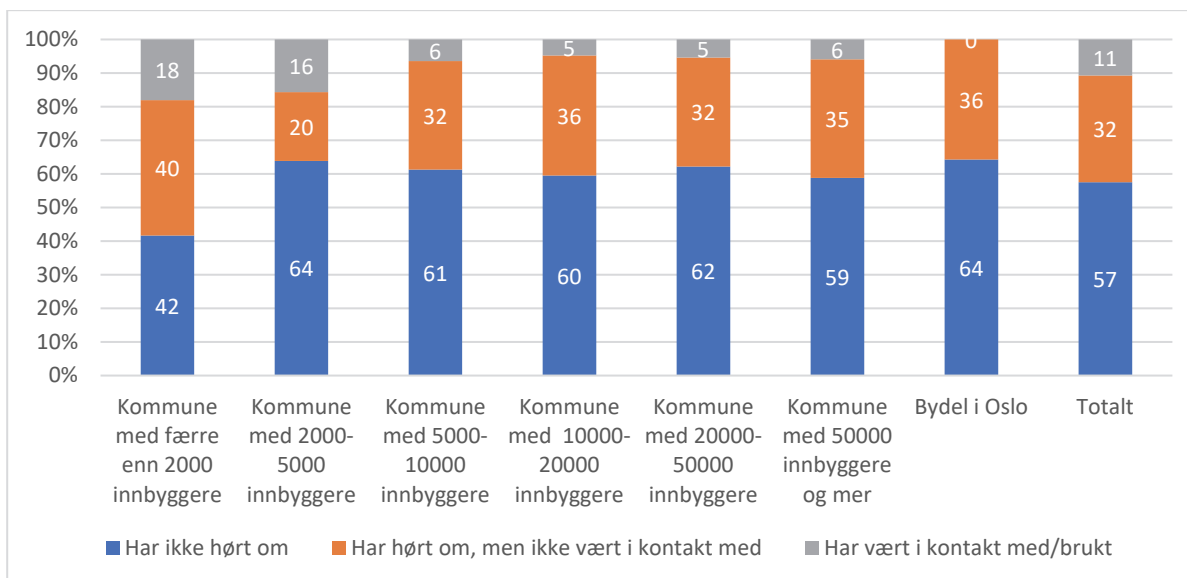
Kompetansetjenesten har som mål å bygge opp kompetansen i alle helseregioner for å sikre bedre kvalitet og at det etableres faglige nettverk som på sikt kan overta og videreføre dette arbeidet lokalt. SANKS inngår i kartleggingen for første gang i 2021.

Det er 327 kommuner/bydeler (88 prosent) som har svart på spørsmål om SANKS. Fra figur 20.36 ser vi at det er 57 prosent som svarer at de ikke har hørt om SANKS, 32 prosent som har hørt om, men ikke vært i kontakt med/brukt og 11 prosent som har vært i kontakt med eller brukt senteret.



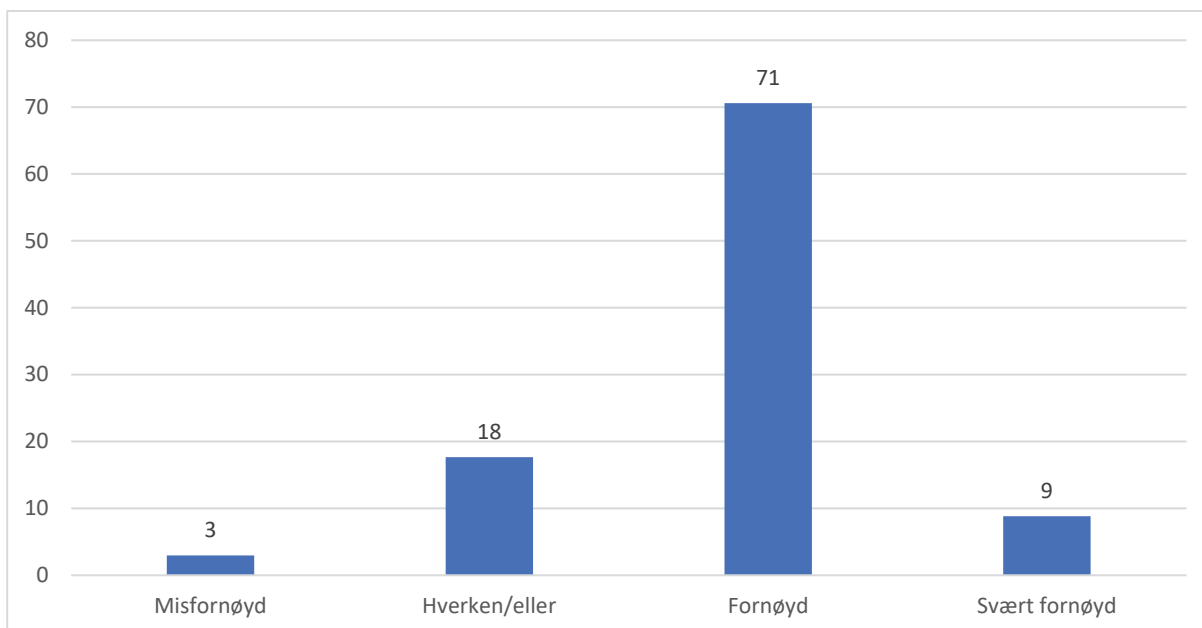
Figur 20.36 Andel kommuner som kjenner til SANKS, 2021.

Det er ikke stor variasjon i andel kommuner som har kjennskap til SANKS i de ulike kommunestørrelsesgruppene, med unntak av en noe høyere andel kommuner som ikke har hørt om SANKS i de aller minste kommunene (se figur 20.37).

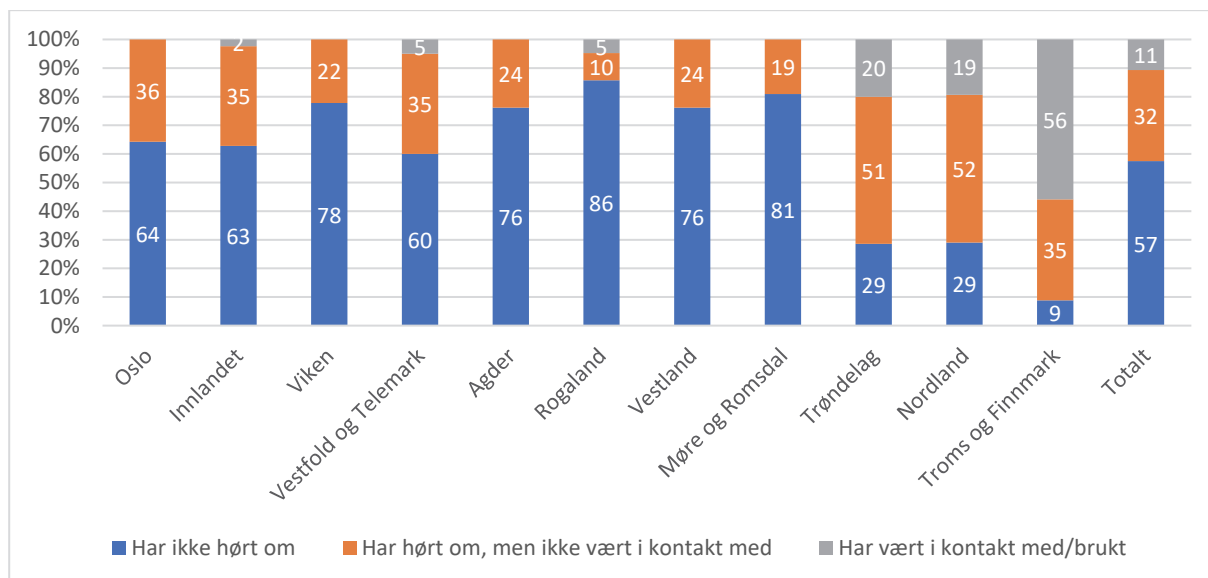


Figur 20.37 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Kommunestørrelse, 2021.

Det er høyest andel kommuner som ikke har hørt om SANKS i Rogaland, Møre og Romsdal og Viken og Agder, og lavest i Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Det er høyest andel kommuner som har vært i kontakt med eller brukt SANKS i Troms og Finnmark (56 prosent), Trøndelag (20 prosent) og i Nordland (19 prosent).



Figur 20.38 Generelt fornøydhet med SANKS, 2021 (n=34)



Figur 20.39 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Fylke, 2021.

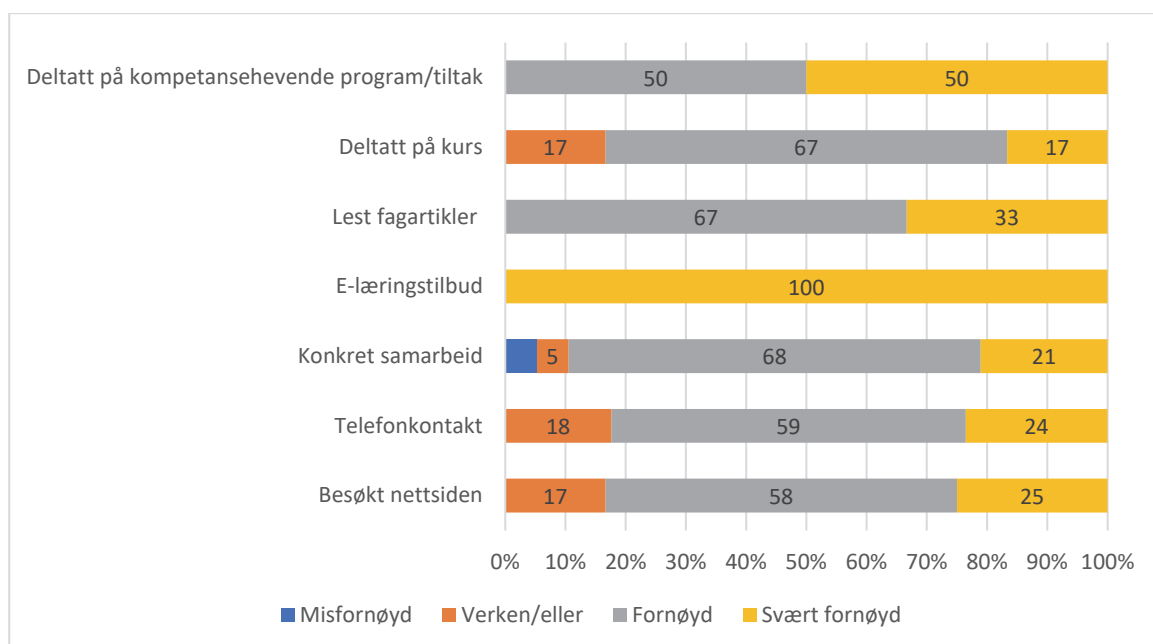
Som vist i neste tabell, er det flest kommuner som har konkret samarbeid og telefonkontakt med SANKS. Fire prosent av kommunene har besøkt nettsiden til SANKS.²⁵

Tabell 20.8 Kommunenes kontakt med SANKS, 2021 (n=327)

	2019	
	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	12	4
Lest fagartikler	3	1
Deltatt på kurs	6	2
Telefonkontakt	18	6
Konkret samarbeid	19	6
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	4	1
E-læringstilbud	1	0
Annet	4	1

Av de relativt få kommunene som har hatt kontakt med SANKS, ser de i stor grad ut til å være fornøyde med kontakten de har hatt. Det er kun én kommune som har vært misfornøyd og det gjaldt et konkret samarbeid. Det er kun én kommune som svarer at de har hatt e-læringstilbud, men denne kommunen er svært fornøyd med kontakten.

²⁵ <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>



Figur 20.40 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med SANKS, 2021.

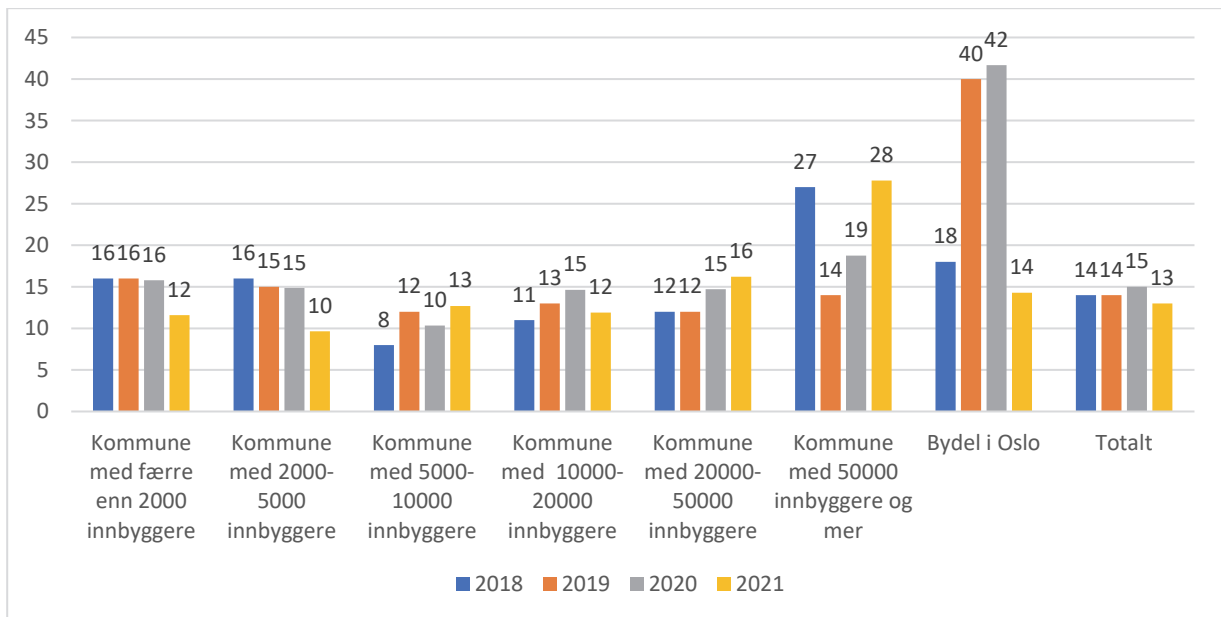
20.10 OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?

Hvert år i perioden 2017-2021 er det spurt om i hvilken grad kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud til kommune. Det er en liten nedgang i andel som svarer at sentrene i svært liten eller i liten grad opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene fra 2020 til 2021 (fra 16 til 13 prosent), men det er også en liten nedgang i andel som svarer i stor eller svært stor grad, fra 45 prosent til 43. Generelt er det stabile tall på dette spørsmålet.

Tabell 20.9 I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen, 2017–2021.

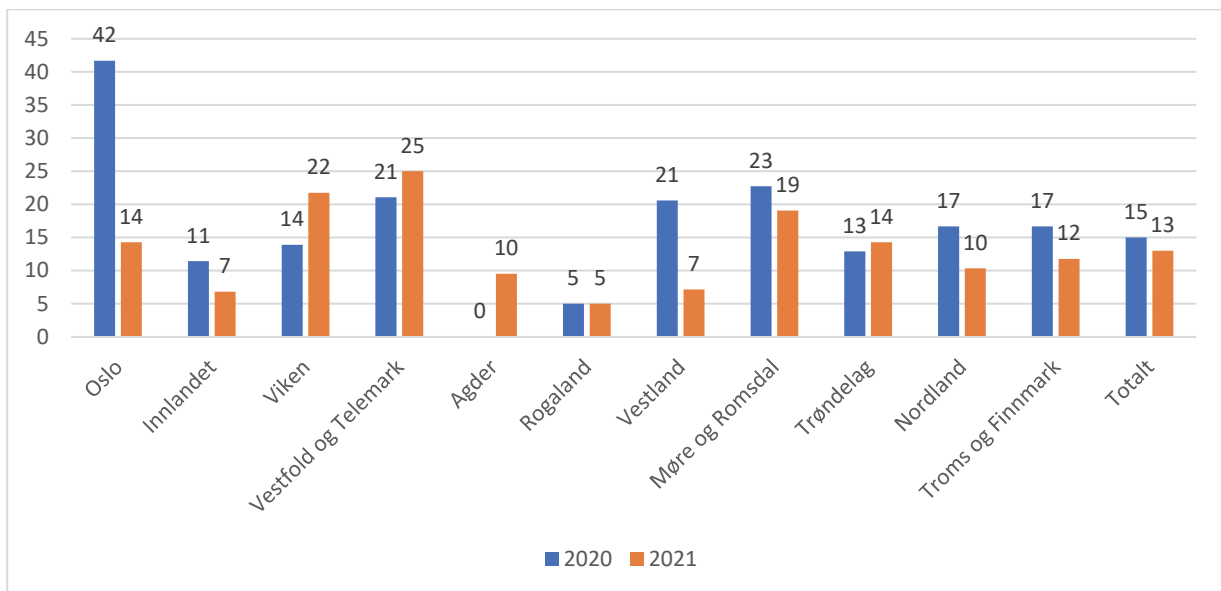
	2017		2018		2019		2020		2021	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	13	3	15	4	14	3	2	1	7	2
I liten grad	57	14	45	11	47	12	43	15	35	11
I noen grad	169	42	169	41	176	43	116	40	145	44
I stor grad	151	37	152	37	159	39	116	40	116	36
I svært stor grad	15	4	31	8	15	3	15	5	23	7
Totalt	405	100	412	100	411	100	292	100	326	100

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer at de i svært liten eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, og det er relativt lite endring fra 2019.



Figur 20.41 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i *svært liten* eller i *liten grad* opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet. Kommunestørrelse. 2018-2021.

Neste figur viser andelen kommuner i fylkene som har svart at de i liten eller svært liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet i 2021. Det ser ut til å være størst potensial for bedre samordning og koordinering i fylkene Vestfold og Telemark, Viken og Møre og Romsdal.



Figur 20.42 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i *svært liten* eller i *liten grad* opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet. Fylke, 2021.

Det er betydelig færre bydeler i Oslo som svarer at sentrene i liten grad opptrer koordinert og samordnet i 2021 enn i 2020, og det samme gjelder kommunene i Vestland.

20.11 OPPSUMMERING

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter innenfor psykisk helse og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen over flere år, og generelt virker personellet i kommunene å være fornøyd med de tilbudene de har fått i kontakt med sentrene.

Det er kun to kommuner i utvalget i 2021 som ikke har hørt om NAPHA, én som ikke har hørt om KoRus og tre som ikke har hørt om RVTS. 10 kommuner hadde ikke hørt om RBUP/RKBU. 58 kommuner hadde ikke hørt om NKROP i 2021. Henholdsvis 29 og 20 kommuner oppgir at de ikke har hørt om NKVTS og NSSF. Tallene for 2020 er beheftet med usikkerhet pga. færre kommuner som svarte på kartleggingen, men sammenliknet med 2019 er det en bedring i utbredelse av kjennskap til sentrene for de alle fleste kompetansesentrene.

Videre er det 76 prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, 91 prosent med KoRus, 66 prosent RBUP/RKBU, 90 prosent med RVTS, 27 prosent med NKROP, 32 prosent med NKVTS, 27 prosent har vært i kontakt med eller brukt NSSF og 11 prosent som har vært i kontakt med SANKS. Den vanligste måten å ha kontakt med sentrene på er å besøke nettsiden, og/eller lese fagartikler fra sentrene og/eller delta på ulike kurs. Det er en marginal nedgang i tallene på bruk sammenliknet med 2020, og det er sannsynlig at pandemien har påvirket bruken av kompetansesentrene.

Det er 13-17 prosent av kommunene/bydelene som i løpet av de siste fem årene har svart at sentrene i *liten grad* opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunene, og det er særlig de store kommunene som har denne opplevelsen.

REFERANSER

- Aass, L. (2021). Think family, Work family! Families living with mental illness. Perspectives of everyday life, family-centered support, and quality of community mental healthcare. Ph.d. , NTNU.
- Ådnanes, M., J. Høiseth, M. Magnussen, K. Thaulow and S. Kaspersen (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. S.-r. 2021:00090.
- Ådnanes, M., J. R. Høiseth, M. Magnussen, K. Thaulow and S. L. Kaspersen (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus-brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Trondheim, SINTEF.
- Ådnanes, M., S. L. Kaspersen, L. Melby and E. Lassemo (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året. SINTEF, SINTEF 86.
- Alsuhaibani, R., D. C. Smith, R. Lowrie, S. Aljhani and V. Paudyal (2021). "Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review." BMC Psychiatry **21**(1): 209.
- Anvik, C. r., J. r. Sandvin, J. r. Breimo and Ø. r. Henriksen (2020). Velferdstjenestens vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer. .
- Arum, C., H. Fraser, A. A. Artenie, S. Bivegete, A. Trickey, M. Alary, J. Astemborski, J. Iversen, A. G. Lim, L. MacGregor, M. Morris, J. J. Ong, L. Platt, R. Sack-Davis, D. K. van Santen, S. S. Solomon, V. Sypsa, J. Valencia, W. Van Den Boom, J. G. Walker, Z. Ward, J. Stone and P. Vickerman (2021). "Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis." Lancet Public Health **6**(5): e309-e323.
- Askheim, O. P. (2020). "Brukermedvirkning – fra politikk til praksis." Tidsskrift for velferdsforskning **23**(3): 170-186.
- Bergh, S., E. Michaelsen, N. B. Andfossen, B. Lichtwarck, G. Selbæk and Ø. Kirkevold (2021). "Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere." Tidsskrift for omsorgsforskning **7**(3): 1-12.
- Berntsen, T. (2021). Omsorg til salg. Organiseringen av det psykiske helsevesenet i et historisk perspektiv. . Master, Universitetet i Tromsø.
- Bjørkquist, C. r. and H. r. Ramsdal (2021). Statlig politikk og lokale utfordringer: Organiseing av tjenester innen rus og psykisk helse. , Cappellen Damm Akademisk.
- Blank, L., S. Baxter, H. B. Woods and E. Goyder (2021). "Should screening for risk of gambling-related harm be undertaken in health, care and support settings? A systematic review of the international evidence." Addict Sci Clin Pract **16**(1): 35.
- Bradley, W. J. and K. D. Becker (2021). "Clinical Supervision of Mental Health Services: A Systematic Review of Supervision Characteristics and Practices Associated with Formative and Restorative Outcomes." Clin Superv **40**(1): 88-111.
- Brekke, E. (2019). Recovery in co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative study of first-person and staff experiences. Ph.d., Universitetet i Sørøst-Norge.
- Carrillo de Albornoz, S., K. L. Sia and A. Harris (2021). "The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review." Fam Pract.

- Cherak, S. J., B. K. Rosgen, M. Amarbayan, K. Wollny, C. J. Doig, S. B. Patten, H. T. Stelfox and K. M. Fiest (2021). "Mental Health Interventions to Improve Psychological Outcomes in Informal Caregivers of Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Crit Care Med* **49**(9): 1414-1426.
- Danielsen, K. (2021). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid - En oppsummering av kunnskap. S. f. omsorgsforskning, Universitetet i Agder.
- Duong, M. T., E. J. Bruns, K. Lee, S. Cox, J. Coifman, A. Mayworm and A. R. Lyon (2021). "Rates of Mental Health Service Utilization by Children and Adolescents in Schools and Other Common Service Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Adm Policy Ment Health* **48**(3): 420-439.
- Estrany-Munar, M. F., M. Talavera-Valverde, A. I. Souto-Gómez, L. J. Márquez-Álvarez and P. Moruno-Miralles (2021). "The Effectiveness of Community Occupational Therapy Interventions: A Scoping Review." *Int J Environ Res Public Health* **18**(6).
- Fadyl, J. K., D. Anstiss, K. Reed, M. Khoronzhevych and W. M. M. Levack (2020). "Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis." *BMJ Open* **10**(10): e039699.
- Feldman, I., M. Gebreslassie, F. Sampaio, C. Nystrand and R. Ssegonja (2021). "Economic Evaluations of Public Health Interventions to Improve Mental Health and Prevent Suicidal Thoughts and Behaviours: A Systematic Literature Review." *Adm Policy Ment Health* **48**(2): 299-315.
- Fogarty, F., G. McCombe, K. Brown, T. Van Amelsvoort, M. Clarke and W. Cullen (2021). "Physical health among patients with common mental health disorders in primary care in Europe: a scoping review." *Ir J Psychol Med* **38**(1): 76-92.
- Furnes, D., R. Gjestad, K. Rypdal, L. Mehlum, S. Hart, K. J. Oedegaard and L. Mellesdal (2021). "Suicidal and violent ideation in acute psychiatric inpatients: prevalence, co-occurrence, and associated characteristics." *Suicide and Life-Threatening Behavior* **51**(3): 528-539.
- Gaiser, M. G., J. L. Buche, C. C. Wayment, V. Schoebel, J. E. Smith, S. A. Chapman and A. J. Beck (2021). "A Systematic Review of the Roles and Contributions of Peer Providers in the Behavioral Health Workforce." *Am J Prev Med* **61**(4): e203-e210.
- Gerstorf, D., G. Hülür, J. Drewelies, S. L. Willis, K. W. Schaie and N. Ram (2020). "Adult development and aging in historical context." *American Psychologist* **75**(4): 525.
- Gjøra, L., B. Heine Strand, S. Bergh, T. Borza, A. Brækhus, K. Engedal, A. Johannessen, M. Kvello-Alme, S. Krokstad and G. Livingston (2021). "Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT Study." *Journal of Alzheimer's Disease*(Preprint): 1-14.
- Gleditsch, R. F., M. J. Thomas and A. Syse (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: modeller, forutsetninger og resultater*, Statistisk sentralbyrå.
- Golden, T. L., S. Springs, H. J. Kimmel, S. Gupta, A. Tiedemann, C. C. Sandu and S. Magsamen (2021). "The Use of Music in the Treatment and Management of Serious Mental Illness: A Global Scoping Review of the Literature." *Front Psychol* **12**: 649840.
- Goldney, R. (2021). "Are some Aspects of National Suicide Prevention Programs Contributing to the Problem?" *Suicidologi* **26**(1).
- Hafford-Letchfield, T., T. McQuarrie, C. Clancy, B. Thom and B. Jain (2020). "Community Based Interventions for Problematic Substance Use in Later Life: A Systematic Review of Evaluated Studies and Their Outcomes." *Int J Environ Res Public Health* **17**(21).
- Hansen, G. V. and H. Ramsdal (2015). "Brukermedvirkning og samarbeid-vanskelige mål å kombinere?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **12**(03): 196-205.

- Hansen, I., M. Tofteng, V. Flatval and L. Holst (2020). Evaluering av opptrappingsplanen på rusfeltet. Fjerde statusrapport. . F.-r. I.-n. 20764.
- Hansen, I., M. Tofteng and L. Holst (2021). Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport. F.-r. 2021:17.
- Hansen, I. L. S., M. Tofteng and L. S. Holst (2021). "Et tjenesteområde i utvikling." Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport. Fafo-rapport 17.
- Helgesen, M., D. Abebe and A. Schou (2017). Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. . Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, By- og regionforskningsinstituttet NIBR.
- Helland, S., K. Rognstad, K. J., A. Mellblom and A. Backer-Grøndahl (2021). "Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker." Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 6, 2021, side 484-491.
- Hellström, L., P. Pedersen, T. N. Christensen, I. G. Wallstroem, A. B. Bojesen, E. Stenager, U. Bejerholm, J. van Busschbach, H. Michon, K. T. Mueser, S. E. Reme, S. White and L. F. Eplov (2021). "Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data." J Occup Rehabil.
- Henderson, P., N. R. Fisher, J. Ball and W. Sellwood (2020). "Mental health practitioner experiences of engaging with service users in community mental health settings: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence." J Psychiatr Ment Health Nurs 27(6): 807-820.
- Hjellum, K. (2021). Når bekymringen er større enn handlingsrommet - En kvalitativ studie av hvordan ansatte i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingen de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel- og voldsatferd. Master.
- Høyland, S., A. Schuchert and A. Mamen (2020). Nasjonale og internasjonale effekter av ettervern innen rusbruk og avhengighet – Forskningsresultater og implikasjoner for et helhetlig og brukerorientert kommunalt ettervernstilbud. . Rapport 22- NORCE Samfunn, NORCE.
- Husøy, G. (2015). "Brukerperspektiv i psykisk helsevern-retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys." Tidsskrift for psykisk helsearbeid 12(04): 317-324.
- Kalra, N., L. Hooker, S. Reisenhofer, G. L. Di Tanna and C. García-Moreno (2021). "Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women." Cochrane Database Syst Rev 5(5): Cd012423.
- Kerman, N., A. Polillo, G. Bardwell, S. Gran-Ruaz, C. Savage, C. Felteau and S. Tsemberis (2021). "Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review." Drug Alcohol Depend 228: 109052.
- Krause, K. R., S. Chung, A. O. Adewuya, A. M. Albano, R. Babins-Wagner, L. Birkinshaw, P. Brann, C. Creswell, K. Delaney, B. Falissard, C. B. Forrest, J. L. Hudson, S. I. Ishikawa, M. Khatwani, C. Kieling, J. Krause, K. Malik, V. Martínez, F. Mughal, T. H. Ollendick, S. H. Ong, G. C. Patton, U. Ravens-Sieberer, P. Szatmari, E. Thomas, L. Walters, B. Young, Y. Zhao and M. Wolpert (2021). "International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder." Lancet Psychiatry 8(1): 76-86.
- Landheim, A. and S. Odden (2020). Evaluering av FACT-team i Norge - Sluttrapport. NKROP.
- Lauveng, A. (2020). Grunnbok i psykisk helsearbeid, Universitetsforlaget.
- Lee, C., I. Kuhn, M. McGrath, O. Remes, A. Cowan, F. Duncan, C. Baskin, E. J. Oliver, D. P. J. Osborn, J. Dykxhoorn, E. Kaner, K. Walters, J. Kirkbride, S. Gnani and L. Lafortune (2021). "A systematic scoping review of community-based interventions for the prevention of mental ill-health and the promotion of mental health in older adults in the UK." Health Soc Care Community.

- Lim, C. T., M. P. Caan, C. H. Kim, C. M. Chow, H. S. Leff and M. C. Tepper (2021). "Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis." Psychiatr Serv: appips202000473.
- Lindvig, G., A. Topor, T. Bøe and I. Larsen (2020). "Bofellesskap, bil og relasjoner. En utforskning av ansatte og beboeres erfaringer med og ønsker om bilbruk." Tidsskrift for omsorgsforskning **6**(nr. 3).
- Lunde, L.-H. (2017). "Risikofylt alkohol-og legemiddelbruk blant eldre–implikasjoner for klinisk praksis [Hazardous alcohol and prescription drug use among older adults–implications for clinical practice]." Scandinavian Psychologist **4**.
- M, P. I., R. Walpola, B. Harris-Roxas, J. Li, S. Mears, J. Hall and R. Harrison (2021). "Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches." Health Expect.
- McGrath, M., F. Duncan, K. Dotsikas, C. Baskin, L. Crosby, S. Gnani, R. M. Hunter, E. Kaner, J. B. Kirkbride, L. Lafortune, C. Lee, E. Oliver, D. P. Osborn, K. R. Walters and J. Dykxhoorn (2021). "Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: a systematic review." J Epidemiol Community Health **75**(7): 665-673.
- Mork, E. (2014). "Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading." Suicidologi **19**(2).
- Mutschler, C., C. Bellamy, L. Davidson, S. Lichtenstein and S. Kidd (2021). "Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature." Psychol Serv.
- Nøkleby, H., L. J. Langøien, A. E. Muller, J. Siqveland, Jacobsen J, S. Patricia and T. B. Johansen (2020). "Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge: en systematisk kartleggingsoversikt."
- Nøkleby, H., A. Muller and L. Giske (2020). Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem: en systematisk kartleggingsoversikt. FHI-rapport.
- Nordaunet, O. (2019). "Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **16**(2): 70-79.
- Nordaunet, O. (2021). "I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen. ." Sykepleien **2021 109 (85826) (e-85826)**.
- Olesen, E. "Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **17**(1): 24-36.
- Onapa, H., C. F. Sharpley, V. Bitsika, M. E. McMillan, K. MacLure, L. Smith and L. L. Agnew (2021). "The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review." Health Soc Care Community.
- Parker, E. L., M. Banfield, D. B. Fassnacht, T. Hatfield and M. Kyrios (2021). "Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare." BMC Fam Pract **22**(1): 92.
- Petkari, E., J. Kaselionyte, S. Altun and D. Giacco (2021). "Involvement of informal carers in discharge planning and transition between hospital and community mental health care: A systematic review." J Psychiatr Ment Health Nurs **28**(4): 521-530.
- Pettersen, H. and A.-M. Lofthus (2018). "Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? ." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **15**(2-3): 112-123.
- Quinlan-Davidson, M., K. J. Roberts, D. Devakumar, S. M. Sawyer, R. Cortez and L. Kiss (2021). "Evaluating quality in adolescent mental health services: a systematic review." BMJ Open **11**(5): e044929.
- R, O. D., M. Savaglio, D. Vicary and H. Skouteris (2020). "Effect of community mental health care programs in Australia: a systematic review." Aust J Prim Health **26**(6): 443-451.
- Ramsey, C., K. Galway and G. Davidson (2021). "Implementing changes after patient suicides in mental health services: A systematic review." Health Soc Care Community.

Reed, N. (2020). Personal Recovery - Unique and Collective, NTNU, 2020:317.

Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. **Dokument 3: 13 (2020-2021)**.

Rombouts, S. A., J. H. Conigrave, R. Saitz, E. Louie, P. Haber and K. C. Morley (2020). "Evidence based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review." BMC Fam Pract **21**(1): 260.

Rubin, R. (2018). "Exploring the relationship between depression and dementia." Jama **320**(10): 961-962.

Seip, H. M. T. (2020). "Kreativt psykisk helsesamarbeid. Kunsten å la minoritetsungdom spille hovedrollen i sitt eget liv." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **17**(4): 239-251.

Siegel, A., Y. Zuo, N. Moghaddamcharkari, R. S. McIntyre and J. D. Rosenblat (2021). "Barriers, benefits and interventions for improving the delivery of telemental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review." Curr Opin Psychiatry **34**(4): 434-443.

Sivertsen, K. and T. S. Mydland (2021). "Likepersontjenester innen rus og psykisk helse under covid-19 – utfordringer og muligheter." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **18**(2): 222-228.

Skjellegrind, H., G. Kjelvik and G. Selbæk (2021). Eldres helse HUNT4 70+. https://www.ntnu.no/documents/10304/1297645053/Nord-Tr%C3%B8ndelag_HUNT4+70%2B%C2%A0Rapport+04.2021_WEB.pdf/c6137ebd-92d0-e98f-b601-5c7e64ca07c6?t=161961.

Skriver, M. and L. G. Meier (2020). "Kritik af Feedback Informed Treatment." Fokus på familien **48**(1): 6-21.

Sørly, R., A. Fresvik, S. Nødland and H. Tvedt (2021). Nomader på lavterskel? Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser. . N.-r. n.-. 2021.

Thorbjørnsen, G. S. A., M. S. Tingvoll, E. S. Scherffenberg and M. Bystad (2020). "Sammenhengen mellom samtykkekompetanse og eksekutiv funksjon." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **17**(2-03): 105-117.

Trondsen, M. V. and U. S. Manskow (2021). "Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer." Tidsskrift for psykisk helsearbeid **18**(2): 125-137.

Trzebinski, M. (2020). "Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det" - Medlemmers opplevelse av musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud i Norge.

. Master, Universitetet i Bergen

Valla, B. (2014). Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre, Gyldendal akademisk.

van Ginneken, N., W. Y. Chin, Y. C. Lim, A. Ussif, R. Singh, U. Shahmalak, M. Purgato, A. Rojas-García, E. Uphoff, S. McMullen, H. S. Foss, A. Thapa Pachya, L. Rashidian, A. Borghesani, N. Henschke, L. Y. Chong and S. Lewin (2021). "Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries." Cochrane Database Syst Rev **8**(8): Cd009149.

Vitger, T., L. Korsbek, S. F. Austin, L. Petersen, M. Nordentoft and C. Hjorthøj (2021). "Digital Shared Decision-Making Interventions in Mental Healthcare: A Systematic Review and Meta-Analysis." Front Psychiatry **12**: 691251.

Warholm, K. (2021). En studie av kommunalt rusarbeid og hvilken betydning ulike rammebetingelser har hatt for ledelse av dette arbeidet. Master, Høgskolen på Vestlandet.

VEDLEGG A: RELEVANT FORSKNING

I dette vedlegget presenteres evidensstabeller med oversikt over inkluderte studier i forbindelse med litteratursøkene vi har gjort i norske tidsskrift og i PubMed. Titlene på artiklene er klikkbare lenker, som fører direkte til en nettside der artikkelen finnes i fulltekstformat. Ettersom noen fulltekstpublikasjoner ligger bak betalingsmur, og ikke alle har tilgang (kan avhenge av om organisasjonen du jobber i betaler for tilgang), anbefaler vi å søke på tittelen via Helsebiblioteket.no, som vil gi åpen tilgang til flere av artiklene. Google Scholar kan også lede til fulltekstpublikasjoner.

Tabell V0.1 Evidensstabell fra søk i norske tidsskrift og ved norske forskningsinstitusjoner på søkeord knyttet til kommunalt psykisk helse og rusarbeid. N = 29. Klikkbare lenker i tittel.

Førsteforfatter	År	Tidsskrift/kilde	Tittel/lenke	Formål	Sentrale funn i artikkelens oppsummering
Askheim, OP	2020	Tidsskrift for velferdsforskning	Brukermedvirkning - fra politikk til praksis	Tjenesteyterne som står i direkte kontakt med brukerne (bakkebyråkratene) er sentrale iverksettere av omsorgspolitikken. I artikkelen stilles spørsmålet i hvilken grad og på hvilken måte de politiske målsettingene om brukermedvirkning er iverksatt blant de ansatte på bakkenivå. Hvordan erfarer de ansatte som bakkebyråkrater spenninger mellom å ivareta brukernes ønsker på den ene sida, og på den andre forventninger de møter til tjenestene og ansvaret de opplever om å utføre arbeidet ut fra profesjonelle og etiske standarder?	Dataene indikerer at for de ansatte handler brukermedvirkning om å realisere sentrale verdier de har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen som respekt, lydhørhet og relasjonsbygging. Slike verdier opplever de er vanskelige å realisere på grunn av etiske dilemmaer mellom å realisere brukernes ønsker og hva tjenesteutøverne anser for faglig forsvarlig, men også hvordan de opplever at en strengere ressursituasjon og politiske styringssignaler gjør det vanskeligere å imøtekomme målene om deltakelse og medvirkning fra brukerne.

Hansen, ILS et al.	2020	Fafo-rapport	Et tjenesteområde i utvikling. Evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet - resultatrapport.	<p>I rapporten beskrives måloppnåelsen for den definerte ressursinnsatsen i planen, for kapasitet og kompetanseutvikling, og for hvert av planens fem hovedmål. I tillegg presenteres en vurdering av samfunns effekter av planen, og avslutningsvis en oppsummering av ulike anbefalinger som følge av vurderingene i evalueringen.</p>	<p>Regjeringens mål om å styrke innsatsen på rusfeltet med 2,4 milliarder kroner, vurderes som å være innfridd. Det har vært en økning i både kapasitet og kompetanse i kommunene, og mange steder har det vært mye utviklingsarbeid. Måloppnåelsen varierer for de fem definerte hovedmålene i opptrappingsplanen. I hovedsak har utviklingen gått i riktig retning, men forskerne kan ikke konkludere med at noen av målene er fullt ut innfridd. Bildet er sammensatt, med store kommunale variasjoner. Generelt er det behov for fortsatt innsats dersom alle målene i planen skal kunne innfris. Resultatrapporten har derfor fått tittelen «Et tjenesteområde i utvikling». Aktiviteten må videreføres dersom alle med rusmiddelproblemer og deres pårørende skal motta et godt tilbud.</p>
Hansen, ILS et al.	2020	Fafo-rapport	Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet	<p>Den fjerde rapporten i evalueringen av opptrappingsplanen konsentrerer seg om problemstillingen: Har opptrappingsplanen for rusfeltet ført til at personer som er i ferd med eller har utviklet rusmiddelproblemer, og deres pårørende, har fått et bedre tilbud?</p>	<p>Forskerne peker på følgende områder hvor det ser ut til å være behov for oppmerksomhet fremover:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Behov for særlig innsats for å bedre levekårene til brukere med sammensatte utfordringer og samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP). 2) Behov for økt vektlegging av systemer for innhenting av bruker erfaring som grunnlag for kvalitetsforbedring i tjenestene, systemer for brukerinvolvering og brukermedvirkning. 3) Behov for mer systematisk innsats for ivaretagelse av barn og voksne pårørende. 4) Behov for økt kompetanse om rusproblematikk i ulike tjenester (som fastlege, NAV, hjemmetjeneste) for tidlig identifisering av rusmiddelproblemer og iverksetting av relevant oppfølging. 5) Behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet til brukerne, både i overgangen mellom døgntilbud og kommune, og i samordnet oppfølging i kommunene. 6) Behov for økt tilgang til egnede boliger for personer med rusproblemer, og særlig bo- og tjenestetilbud til personer med sammensatte utfordringer, og samtidig rus- og psykiske helseproblemer. 7) Behov for ytterligere oppmerksomhet om oppfølging knyttet til arbeid, aktivitet og sosialt nettverk – og dette som en del av

Høyland, SA et al.	2020	NORCE-rapport	Nasjonale og internasjonale effekter av ettervern innen rusbruk og avhengighet	Å kartlegge nasjonale og internasjonale effekter av ettervernstilbud knyttet til rusbruk- og avhengighet, innbefattet en spesifikk nasjonal ettervernsvirksomhet (EV), samt implikasjoner av effektene for utvikling av et helhetlig og brukerorientert kommunalt ettervernstilbud.	Tilrådingen til sentrale og kommunale myndigheter er at fokus og rammer for ettervernsarbeidet bør styrkes i en organisatorisk/ samordnet og designbevisst teknologisk retning. Innenfor den enkelte ettervernsvirksomhet anbefaler vi utviklingen av en tydeligere strategi og praksis for samarbeid med eksternt miljø/aktører samtidig som man opprettholder dokumentert sterk samordning og brukerorientering.	innsatsen for å bidra til bedre levekår, rusmestring, psykisk og fysisk helse hos brukerne.
Landheim, A og Odden, S. (red.)	2020	Nasjonal kompetansetjeneste for rusmisbruk og psykisk lidelse (NIKROP) - rapport.	Evaluering av FACT-team i Norge - Sluttrapport.	Å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeidet i henhold til FACT-modellen, hvilken nytteverdi FACT-teamene hadde for brukerne, om brukerne fikk helhetlige og integrerte tjenester, og hvilke erfaringer pasienter, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere hadde med FACT-teamet og modellen.	På side 11 og 12 i rapporten gis en oversikt over konklusjoner og anbefalinger. Av sentrale anbefalinger er at FACT-team bør videreføres som samhandlingsmodell, men til en bredere målgruppe enn personer med psykoselidelse. I regioner med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag bør en vurdere om det er grunnlag for både ACT og FACT. Det bør være én felles, norsk standard for behandlingsplaner basert på brukernes mål og ønsker som utarbeides og fylles ut i samarbeid med brukerne. I planene bør også samarbeidspartneres rolle og funksjon beskrives, slik at bruker får én felles behandlingsplan. Innsats for å integrere brukeren i lokalsamfunn bør styrkes (arbeid, utdanning, meningsfylt aktivitet, sosialt nettverk, fritidsaktiviteter). Tiltak kan være: utvidet åpningstid i FACT-teamet for å delta i ulike aktiviteter på brukerens arenaer, tydeligere satsning på jobbmestrende oppfølging (IPS) og trening i livsmestring (IMR).	På side 11 og 12 i rapporten gis en oversikt over konklusjoner og anbefalinger. Av sentrale anbefalinger er at FACT-team bør videreføres som samhandlingsmodell, men til en bredere målgruppe enn personer med psykoselidelse. I regioner med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag bør en vurdere om det er grunnlag for både ACT og FACT. Det bør være én felles, norsk standard for behandlingsplaner basert på brukernes mål og ønsker som utarbeides og fylles ut i samarbeid med brukerne. I planene bør også samarbeidspartneres rolle og funksjon beskrives, slik at bruker får én felles behandlingsplan. Innsats for å integrere brukeren i lokalsamfunn bør styrkes (arbeid, utdanning, meningsfylt aktivitet, sosialt nettverk, fritidsaktiviteter). Tiltak kan være: utvidet åpningstid i FACT-teamet for å delta i ulike aktiviteter på brukerens arenaer, tydeligere satsning på jobbmestrende oppfølging (IPS) og trening i livsmestring (IMR).

Lauveng, A	2020	Bok	Grunnbok i psykisk helsearbeid	Boken er anmeldt av Marlene Bruun Lauridsen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (01/2021) og beskrives som en grunnleggende innføring til alle som jobber med psykisk helsearbeid i betydningen av å kontinuerlig reflektere over hvilke forståelsesmodeller, problembeskrivelser og språk det brukes i møte med pasienter, pårørende, samarbeidspartner og ikke minst kollegaer.	Boka gir innblikk i ulike utfordringer som kan oppstå i arbeidshverdagen for de som jobber med psykisk helsearbeid. Ved bruk av praktiske eksempler får forfatteren frem hvordan ulike måter å møte et menneske på kan utgjøre en forskjell for både pasient og fagperson. Lauridsen opplever at bokens beste virkemidler er Lauvengs fortellerstemme, erfaringer og de praktiske historiene som illustrerer ulike dilemma profesjonelle kan havne i.
Lindvig, GR et al.	2020	Tidsskrift omsorgsforskning	Bofelleskap, bil og relasjoner	Undersøke hjelpsomme relasjoner i kommunale bofelleskap innen psykisk helse og rus.	Artikkelen drøfter bilen som et særpregert rom i bevegelse, mulighetene i det uplanlagte og hverdagslige knyttet til bilbruken, samt kjøring som hjelpsom handling. Studien viser at bilens relasjonsstyrkende potensial bør tas med i diskusjoner om faglig grunnlag, disponering av økonomiske ressurser og organisering av ansattes oppgaver i psykisk helsetjenester generelt og i kommunale bofelleskap spesielt.
Nøkleby, H et al.	2020	FHI-rapport	Systematisk kartlegging: Bruk av tvang og grensesetting i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem	Oppsumere forskning som har undersøkt grensesetting og bruk av tvang samt grenseflatene mellom grensesetting og tvang, overfor barn og unge i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem.	12 publikasjoner ble inkludert, hvorav seks fra Norge. Funnene belyser utøvelse av ulike tvangstiltak, forståelse av tvang, og erfaringer med tvang i barneverns-institusjoner blant barn, ungdom og ansatte. Funnene løfter frem barn og unges negative erfaringer med det å være utsatt for tvang og å være vitne til tvang. Spesielt visse tvangssituasjoner kunne skape frykt, avstand og negative tanker om fremtiden. Ungdommene ønsket gode relasjoner som gir åpning for samtaler i pressede situasjoner
Olesen, E	2020	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering.	Kartlegge forskning om bruk av tvang i barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i Norge.	13 publikasjoner inkludert. Forskingen på feltet er begrenset, registreringsrutiner av tvang er av dårlig kvalitet og det er store variasjoner i bruk av tvang mellom avdelinger. Ansatte strever med å avgjøre hvor grensen mellom fastholding som tvangsmiddel og fastholding som grensesetting går.

Oslo Economics og NIBR	2020	Rapport	Evaluering av bolig for velferd	Evaluering av måloppnåelse for strategien "Bolig for velferd 2014-2020"	Evalueringen viser generelt god måloppnåelse for strategien. Den spissede innsatsen mot vanskeligstilte barnefamilier, samt personer med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser fra 2018 synes å ha vært et særlig positivt grep, og både kommuner og regionale statlige aktører fremhever at dette gjorde det enklere å innrette det boligsosiale arbeidet på en hensiktsmessig måte.
Reed, NP	2020	Doktorgradsavhandling	Personal Recovery - Unique and Collective Exploring Enacted Narratives of Mental Health Recovery in Everyday Life	Utforske hvordan personlig recovery foregår og kan støttes. Fokus på personlig recovery som en prosess hvor mennesker skaper en meningsfull hverdag på tross av de psykiske helseproblemene de opplever. Studien tar utgangspunkt i at mennesker skaper mening, eller sammenheng, gjennom de hverdagsaktivitetene vi deltar i.	Det viktigste funnet i denne studien er at personlig recovery er en unik og kollektiv prosess som involverer å skape mening sammen med andre. Dette foregår gjennom hverdagsaktiviteter og fremstår som komplekse samspill. Funnene våre viser hvordan innsats fra flere mennesker nødvendig, samt hvordan kontekstuelle muligheter og begrensninger som økonomi og møteplasser også er avgjørende.
Seip, HMT	2020	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Kreativ psykisk helsesamarbeid. Kunsten å la minoritetsungdom spille hovedrollen i sitt eget liv	Artikkelen presenterer eksempler på tverrsektorielt samarbeid i det flerkulturelle musikkprosjektet Fargespill utfra feltarbeid, intervjuer og spørreskjema.	Fargespill skaper i følge forfatteren en arena hvor minoritetsbakgrunn kan snus fra å være begrensende til en ressurs i kreativt samspill. Funnene fra denne tematiske analysen viser at mange deltakere forteller om prosjektet som et avgjørende fellesskap, et fristed hvor de kan være seg selv. Videre peker analysen på hvordan Fargespill medvirker sammen med andre mikrosystemer i deltakernes liv, som familie, skole og psykisk helsevern. Konstruktivt samspill gir deltakerne muligheten til å bevege seg fra utenforskap til aktørskap. Lærerne og terapeutene som inviterte dem med, gjorde dette mulig. Artikkelen drøfter hvordan strukturer og relasjoner kan tilrettelegge for de unges aktive deltakelse. Helsefremmende sammenkoblinger på tvers av sektorer kan med fordel både systematiseres og improviseres.

Skriver, M et al	2020	Fokus på familien	Kritik af Feedback Informed Treatment	Artikkelens formål er å gå i dybden på den kompleksiteten som er forbundet med evaluering av behandling, og å se nærmere på effekter og (bi)virkinger ved Feedback Informed Treatment (FIT).	Veksten i anvendelsen av FIT diskuteres, herunder en analyse av de kontekstuelle faktorer for veksten. Det fremheves at FIT ikke er et nøytralt deskriptivt evalueringsredskap, men et verktøy hvis underliggende antagelser former innsatsene det måles på. Artikkelen fremhever bl.a. hvordan FIT som redskap risikerer å bidra til en individualisering av problemene. Videre diskuteres det fokus som den terapeutiske allianse tildeles med FIT-redskapet. Forfatterne presenterer en alternativ foretrukken tenkning og praksis, hvor problemer forstås som invitasjoner til omverdenen, og hvor den sentrale allianse er klientens allianse til viktige personer i dennes liv.
Thorbjørnsen, GSA et al.	2020	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Sammenhengen mellom samtykkekompetanse og eksekutiv funksjon	Undersøke sammenhengen mellom eksekutiv funksjon og samtykkekompetanse hos voksne og eldre innen behandling og forskning.	Eksekutiv funksjon påvirker evnen til å samtykke til behandling og til å delta i forskning. Svekket eksekutiv funksjon øker sannsynligheten for at en person mangler samtykkekompetanse. Tester som undersøker eksekutiv funksjon kan derfor være til hjelp ved vurdering av samtykkekompetanse.
Trzebinski, MB	2020	Masteroppgave, Universitetet i Bergen	"Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det": Medlemmers opplevelse av musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud i Norge	Utvikle kunnskap om hvordan medlemmer opplever musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud, og hvordan deres opplevelser kan forstås i lys av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi.	Medlemmene opplever at musikkterapi kan tilby et trygt sted hvor de kan oppleve mestring, bygge relasjoner, føle seg friske og utvikle iblevende ressurser i et likeverdig fellesskap. Teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi bidrar med et relevant forståelsesgrunnlag for å belyse medlemmenes opplevelser i musikkterapi, og det er fremtredende at musikkterapi med samfunnsmusikkterapeutiske kvaliteter kan støtte opp under medlemmenes recovery-prosess.
Øydgaard, GW et al.	2020	Kapittel 6 i boka "Velferdstjenestens vilkår" av Anvik, Sandsvin, Breimo og Henriksen (red.). (Gratis som e-bok).	Psykisk helsearbeid i kommunene	Kapittelet viser og diskuterer tilstand og utfordringer i kommunale tjenester innen psykisk helse, sett fra et tjenesteytersperspektiv. Sentrale temaer er kommunenes organisering av tilbudet, hvilke spenninger tjenesten rommer, og hvordan	Sentrale funn peker på knapphet på ressurser, organisering og prioritering som premissleverandører for tjenesteyternes arbeidshverdag. Tjenesteyterne i førstelinen ivaretar en rekke funksjoner overfor brukerne, i en tjeneste kjennetegnet av relasjonelle særtrekk.

Bergh, S et al.	2021	Tidsskrift omsorgsforskning for	Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere. Sammenheng med psykiske lidelser og kognisjon.	Å undersøke bruken av alkohol, tobakk og vanedannende legemidler hos hjemmetjenestemottakere over 60 år (n = 210) i en middels stor kommune og se hvilke faktorer som hadde sammenheng med alkoholbruk.	tjenesteyterne håndterer disse i sin arbeidshverdag.	Nesten 60 % brukte alkohol, og alkoholbruken var høyere hos yngre, blant personer som røykte tobakk, og blant deltakere med færre depresjonssymptomer. En av tre brukte vanedannende legemidler mot søvnproblemer. Denne kunnskapen er nyttig for ansatte i hjemmetjenesten og bør påvirke organiseringen tjenestene, hvilke symptomer man skal være oppmerksomme på hos brukerne, og hvilken behandling og oppfølging som skal gis.
Bermtsen, TA.	2021	Masteroppgave, Universitet i Tromsø	Omsorg til salgs. Organiseringen av det psykiske helsevesenet i et historisk perspektiv.	Å finne årsakene til at landets kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle tjenestetilbydere, med spesielt fokus på tjenester for brukere underlagt psykisk helsearbeid. I forlengelsen av dette har det også vært et ønske å finne ut om norske kommuner kan lære av de private tjenestetilbydernes organisering av pleie- og omsorgstjenester. Et sekundært formål har vært å gi en helhetlig beskrivelse av hvordan organiseringen av det norske psykiske helsevesenet har vokst frem.	Litteraturstudien viser at private tjenestetilbydere betjener 10% av tjenesteproduksjonen innen kommunal pleie- og omsorgssektor. De selvrapperte årsakene til at kommuner velger å kjøpe private tjenester kan oppsummeres som manglende kompetanse, vanskelige samarbeidsforhold med spesialisthelsetjenesten, og stor pågang av tjenestebrukere med spesielt utfordrende behov. Kommunene kan lære av måten de private tjenestetilbyderne har valgt å organisere sine pleie- og omsorgstjenester. Spesielt med hensyn til omstillingsevne, rekruttering og kompetansebygging. I et historisk perspektiv skriker uheldige kombinasjoner av politiske avgjørelser frem som bakenforliggende årsaker til at kommuner velger å kjøpe pleie- og omsorgstjenester fra private tilbydere.	
Bjørkquist, C og Ramsdal, H (red.)	2021	Bok (gratis som e-bok)	Statlig politikk og lokale utfordringer. Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse.	Antologien har sitt utgangspunkt i et forskningsprosjekt som undersøker samordning og integrering av tjenester til mennesker med sammensatte rus- og psykiske lidelser. Boka bygger på statsvitenskapelige og organisasjonsteoretiske perspektiver, og har som mål å gi innsikt i nytten av	Forfatterne studerer organisering av tjenestene til mennesker med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, fra de politiske føringene sentralt til kommunale tjenester lokalt. Spørsmålet som stilles er et av de mest utfordrende i den moderne velferdsstaten: Hvordan skal en organisere tiltak og tjenester slik at både brukere og tjenesteytere opplever dem som samordnet og integrerte? Forfatterne diskuterer dette gjennom å vise til sentrale trekk ved den nasjonale politikken, de endringsprosessene en kan observere i et utvalg kommuner og	

Danielsen, KK	2021	Senter omsorgsforskning. Rapport.	for	Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. En oppsummering av kunnskap.	Oppsummeringen gir et innblikk i fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid for voksne. Den beskriver forsknings- og utviklingsarbeid, lover og forskrifter, offentlige dokument og annet materiale som kan gi den enkelte leser oversikt over temaet.	sluke perspektiver i analysen av velferdsstatens utfordringer.	erfaringer med ulike tiltak og tjenester knyttet til arbeid, bolig og kriminalomsorg.
Helland, SS et al.	2021	Psykologtidsskriftet		Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker.	Formålet med artikkelen var å undersøke hvilke typer problemer barn og unge som får hjelp av psykologer i kommunen har, hva slags hjelp de får, hvilke forbedringer som trengs og hvordan tjenestene som tilbys av psykologer skiller seg fra andre tjenesteutøvere i førstelinja.	Rundt 1/3 av barn og unge som psykologene møter i førstelinjetjenesten, har milde og kortvarige problemer, mens resten har mer alvorlige eller langvarige psykiske vansker. Psykologene jobber oftest med individuerte tiltak. De fleste oppga at de av og til eller alltid bruker standardiserte instrumenter for å kartlegge psykiske vansker hos barn og unge, mens 1 av 6 aldri gjør det. Halvparten av psykologene hadde opplæring i ett eller flere manualbaserte tiltak. Psykologene oppgir at de mener tilbudet deres kan forbedres med økt samarbeid på tvers av tjenester, økt tverrfaglig samarbeid og mer opplæring i konkrete tiltak og kliniske verktøy. Psykologene jobber noe mindre individuert enn andre ansatte i førstelinjetjenesten og involverer oftere foreldre når de jobber med barn og unges psykiske helse. I kvalitetsforbedring av tjenestene vil innholdet i det systemrettede tilbudet være viktig å undersøke. En kvalitetsheving av tjenestene bør også innebære et større fokus på bruk av kunnskapsbaserte tiltak og økt samhandling mellom tjenestene, spesielt mellom første- og andrelinjetjenesten.	

Hjellum, K.	2021	Masteroppgave, Høgskulen Vestlandet	<p>Når bekymringen er større enn handlingsrommet - En kvalitativ studie av hvordan ansatte i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingsarbeidet de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel - og voldsatferd.</p>	<p>Å utforske hvordan medarbeidere i psykisk helse- og rusfeltet og politiet opplever at helsepolitiske rammebetingelser påvirker oppfølgingsarbeidet de tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel - og voldsatferd.</p>	<p>Deltagerne opplevde at lovverket, særlig knyttet til taushetsplikt og tvangslovgivning, begrenset mulighetene til helsehjelp. Det var også usikkerhet om vurderinger av samtykkekompetanse. Flere opplevde at trussel- og voldatferd begrenser brukernes rett til helsehjelp. Å gi helsehjelp og samtidig ivareta egen sikkerhet ble opplevd krevende. Oppfølging av brukere som aviser hjelp ble beskrevet som en balansegang mellom respekt for brukernes autonomi og bruk tvang for å ivareta liv og helse. Det var frustrasjon og bekymring knyttet til at brukere med omfattende og komplekse hjelpebehov møter et fragmentert behandlingsapparat og manglende behandlingstilbud. Helsepolitiske rammebetingelser, og mangel på helsepolitiske rammebetingelser, ser ut til å hemme oppfølgningen medarbeidere i psykisk helse- og rusfeltet og politiet i praksis tilbyr personer med ROP-lidelse og trussel og voldsatferd. Implikasjoner for praksis er å styrke strukturer for tverretattlig samarbeid og øke kunnskap om voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndteri</p>
Nordaunet, OM	2021	Sykepleien	<p>I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen</p>	<p>Å undersøke hvordan sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid jobber for å styrke relasjonen mellom seg og brukeren, og hvordan relasjonelt arbeid kan ha sammenheng med tilfriskning (recovery) fra psykisk helse- og rus-lidelse.</p>	<p>Sykepleie innen psykisk helse og rus er i stor grad basert på relasjonelt arbeid. Relasjonens betydning for utøvelsen av sykepleie er godt beskrevet i sykepleieteorien. En viktig del av en tilfriskningsprosess er sosiale og relasjonelle opplevelser, hvor tilknytning til andre personer og lokalmiljøet kan være et utgangspunkt for å bli bedre av en psykisk helse- og/eller ruslidelse. Artikkelen viser hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten legger til rette for slike relasjonelle og sosiale opplevelser. Sykepleiere innen PHR bør problematisere individuelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten og rette søkelyset mot sosiale og relasjonelle praksiser som kan støtte opp under sosiale behov, tilhørighet og meningsfulle aktiviteter.</p>

Riksrevisjonen	2021	Riksrevisjonen rapport	-	Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester	Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om personer med psykiske plager og lidelser har likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virkemidler er innrettet for å støtte spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid. Undersøkelsen omfatter perioden 2015–2020.	Rapporten konkluderer med: 1) Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre. 2) Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik. 3) Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det. 4) Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling. 5) «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd. 7) Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok. 8) Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering. 9) Mange ledere sørges ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring. 10) De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte
Sivertsen et al.	2021	Tidsskrift for psykisk helsearbeid		Likepersonstjenester innen rus og psykisk helse under covid-19 - utfordringer og muligheter	I dette eksempelet ønsker forfatterne å fremheve likepersonstjenester som et mulig verktøy til å nå ut til mennesker med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse. Likepersonene omtalt i artikkelen har blitt rekruttert av, og jobber for, den ideelle organisasjonen A-larm, som er en nasjonal bruker- og pårørendeorganisasjon på rusfeltet.	En utfordrende smittesituasjon gjennom covid-19-pandemien, særlig i de større byene, ledet til at både prosjektkoordinatører og likepersoner måtte bidra med mye ekstra informasjons- og veiledningsarbeid overfor målgruppen gjennom perioden. Men på tross av en krevende situasjon, ga prosjektkoordinatorene uttrykk for viktigheten av å holde likepersonstjenestene i gang for å ivareta deltakerne fra utsatte målgrupper. Koordinatorene fremholdt også behovet for en ekstra tett kontakt og oppfølging med likepersonene som jobbet overfor deltakerne.
Sørly, R et al.	2021	NORCE-rapport		Nomader på lavterskel? Boligløsninger for personer med rusproblemer og psykiske lidelser	Undersøke hva som kan være gode boligløsninger for mennesker med utfordringer innen rus og psykiske helse som har sammensatte og komplekse hjelpebehov. Forskerne har også studert kommunenes og organisasjonenes perspektiv på brukermedvirkning for målgruppen.	Gode boligløsninger forutsetter et samspill mellom 1) bokvalitet, 2) boligtilbud, 3) boligjeneste, 4) boligsosial organisering, 5) økonomiske dimensjoner og 6) brukermedvirkning. I rapporten gis flere konkrete anbefalinger for boligløsninger for mennesker med utfordringer innen rus og psykiske helse, som har sammensatte og komplekse hjelpebehov. Anbefalingene er basert på tilbakemeldingene fra kommuner og brukerog/eller pårørendeorganisasjonene. De

Trondsen, M et al.	2021	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer	Utforske erfaringer med overgangen fra fysisk til videobasert samtalerapi under koronapandemien for unge (14-35 år) som har foreldre med alkohol eller rusproblemer.	bygger på en recovery-basert forståelse, og brukermedvirkning er en forutsetning for det samarbeidet som kreves for å kunne danne et fellesskap rundt gode boligløsninger for målgruppa.
Warholm, K.	2021	Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet	En studie av kommunalt rusarbeid og hvilken betydning ulike rammebetingelser har hatt for ledelse av dette arbeidet	Studere handlingsrommet som finnes for strategisk ledelse innen kommunalt rusarbeid.	Studien viser at Opptrappingsplanen med dens virkemidler har hatt stor innvirkning i forbindelse med utvikling av kommunalt rusarbeid. Kommunalt planverk har vært viktig for å sikre lokal forankring for oppfølging av Opptrappingsplanen. De fleste informantene opplever stort handlingsrom. En faktor som har blitt tillagt stor betydning i denne sammenheng er tillit fra nærmeste leder. En faktor som har bidratt til å innskrenke handlingsrommet blant flere informanter oppgis å være utfordringer knyttet til intern samhandling i kommunen. Empiri viser høy grad av endringsorientering blant informantene. For hovedparten av informantene har fokus vært orientert mot medarbeidere, innovasjon og utvikling.
Aass, LK.	2021	Doktorgradsavhandling	Think Family, Work Family! Families living with mental illness. Perspectives of everyday life, family-centered support, and quality of community mental healthcare.	Å belyse oppfatninger av hverdagen, familiestøtte fra helsepersonell og kvalitet på tjenestene i kommunalt psykiske helse- og rusarbeid for familier som lever med en ung voksen som har psykiske lidelser. Videre var det et mål å belyse familier og tjenesteyteres erfaringer med "Family Centred Support Conversations (FSCS)" i kommunalt psykisk helse og rusarbeid.	Unge voksne som lider av psykiske lidelser er avhengige av støtte fra familien for å klare hverdagen. Psykisk helsepersonell spiller en viktig rolle for å legge til rette for et trygt miljø for å dele tro og bringe styrker og ressurser i familiesentrerte støttesamtaler. Når familien inngår som en del av teamet, øker dette deres evne til å være støttende.

<p>Ådnanes, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>SINTEF-rapport</p>	<p>Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer</p>	<p>Formålet med evalueringen er å gi kunnskap om hvordan de generelle pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfares av pasienter, pårørende og tjenesteytere. Evalueringen skal innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller sine faglige mål, og undersøke hvordan erfaringene med pakkeforløpene endrer seg over tid – fra oppstart og mot slutten av evalueringsperioden. Dette er andre delrapport i evalueringen.</p>	<p>Snart to år etter innføring, har pakkeforløp for psykisk helse og rus blitt mer etablert, og i større grad fått "satt seg" som system når det gjelder de administrative rutiner og krav knyttet til koding og registrering i spesialisthelsetjenesten. Her har utviklingen dreid seg om å oppfylle systemkravene på en hensiktsmessig måte, samtidig som det ikke innebærer for store endringer for fagfolk og praksis. Derimot viser evalueringen en svakere utvikling når det gjelder praktisering av rutiner og tiltak som er rettet direkte mot brukerne, for eksempel å involvere bruker i utarbeidelse av behandlingsplan, å praktisere faste evalueringspunkter sammen med bruker og en forløpskoordinatorrolle som først og fremst er til for brukeren. "Alle" er enige om de overordnede målsettingene i pakkeforløp, men en god del gjenstår for å oppnå mer brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp og bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner. Per september 2020 hadde minst 70 prosent av kommunene fått på plass en forløpskoordinator, omtrent 15 prosent flere enn i 2019. På spørsmål om hvorvidt kommunene opplever endringer etter innføring av pakkeforløp kom det fram at de aller fleste kommunene svarte at de i liten grad hadde merket noe forskjell. Evalueringen tyder på at det er behov for å involvere kommunene i større grad enn tilfelle har vært så langt.</p>
---------------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--

Tabell V0.2 Evidenstabell fra søk i PubMed på søkeord knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. N = 34. Klikkbare lenker i tittel.

Første forfatter	År	Tidsskrift/ kilde	Tittel/lenke	Formål	Sentrale funn i artikkelens oppsummering
Bradley, W et al.	2021	Clin Superv, 40(1), 88-111.	Clinical Supervision of Mental Health Services: A Systematic Review of Supervision Characteristics and Practices Associated with Formative and Restorative Outcomes.	To examine supervision characteristics and practices associated with formative (e.g., skill development) and restorative (e.g., well-being) provider outcomes.	The most common practices for promoting formative outcomes were corrective feedback, discussing intervention, and role play. Findings indicate several supervision strategies have demonstrated empirical support for improving formative outcomes. However, more rigorous research is needed in community settings, particularly for understanding which strategies improve restorative outcomes.
Carrillo de Albornoz, S et al.	2021	Family Practice, cmab077	The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review.	To evaluate the impact of telephone or video consultations compared to those conducted face-to-face on key patient-relevant outcomes and healthcare utilisation in primary care, mental health and allied health services, which have had a critical role in the management of the wider and longer-term consequences of COVID-19.	Overall, consultations delivered by telephone and videoconference were as effective as face-to-face in-person visits to improve clinical outcomes in adults with mental health conditions and those attending primary care services. Patient satisfaction with telephone and video consultations and the therapeutic alliance was high across the studies. However, high discontinuation rates in patients receiving teleconsultations indicate this may not be a suitable modality of healthcare delivery for all patients. Teleconsultations via telephone or videoconference are an effective alternative to face-to-face consultations for many patients attending primary care and mental health services. Teleconsultations have the potential to deliver time-efficient and lower-cost interventions at a distance while improving access to healthcare.
Cherak, S et al.	2021	Crit Care Med, 49(9), 1414-1426.	Mental Health Interventions to Improve Psychological Outcomes in Informal Caregivers of Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Determine effect of mental health interventions on psychologic outcomes in informal caregivers of critically ill patients.	Of 11,201 studies, 102 interventional trials were included . Mental health interventions for caregivers of critically ill patients improved short-term anxiety, depression, humanity, and transcendence while increasing burden. Clinicians should consider short-term prescriptions of mental health interventions to informal caregivers of critically ill patients with capacity to manage interventions.

<p>Duong, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Adm Policy Ment Health, 48(3), 420-439</p>	<p>Rates of Mental Health Service Utilization by Children and Adolescents in Schools and Other Common Service Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p>	<p>To examine the relative rates of youth mental health service utilization across settings among the general population and among those with elevated mental health symptoms or clinical diagnoses. Rates of school-based mental health were compared to outpatient, primary care, child welfare, juvenile justice, and inpatient.</p>	<p>Nine studies presented rates of mental health service use for general-population youth in the U.S., and 14 studies presented rates for youth with elevated symptoms or clinical diagnoses. Of general population youth, 7.28% received school mental health services. Rates for other sectors are as follows: 7.26% in outpatient settings, 1.76% in primary care, 1.80% in inpatient, 1.35% in child welfare, and 0.90% juvenile justice. For youth with elevated mental health symptoms or diagnoses, 22.10% of youth were served by school-based mental health services, 20.56% outpatient settings, 9.93% primary care, 9.05% inpatient, 7.90% child welfare, and 4.50% juvenile justice. Schools and outpatient settings are the most common loci of mental health care for both the general population and samples of youth with elevated symptoms or clinical diagnoses, although substantial amounts of care are also provided in a range of other settings. Results hold potential for informing resource allocation, legislation and policy, intervention development, and research. Given that mental health services are delivered across many settings, findings also point to the need for interconnection across child-serving sectors, particularly schools and outpatient clinics.</p>
<p>Estrany-Munar, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Int J Environ Res Public Health, 18(6).</p>	<p>The Effectiveness of Community Occupational Therapy Interventions: A Scoping Review.</p>	<p>This review aims to evaluate the level of scientific evidence for the effectiveness of Community Occupational Therapy interventions.</p>	<p>A total of 12 articles comprised part of the study (7 randomized controlled studies, 4 systematic reviews and 1 meta-analysis). The main areas of practice were geriatric gerontology (22.1%) and mental health (19.7%). Research on Community Occupational Therapy constitutes a consolidated line of research but the objectives and areas of research were limited. Descriptive qualitative methodology predominated and studies on the effectiveness of Community Occupational Therapy interventions showed a medium-low level of evidence.</p>

<p>Fadyl, J et al.</p>	<p>2020</p>	<p>BMJ Open, 10(10), e039699.</p>	<p>Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis.</p>	<p>To evaluate the effectiveness of vocational interventions to help people living with mild to moderate mental health conditions gain paid work.</p>	<p>Eleven studies met inclusion criteria. Seven studies investigated Individual Placement and Support (IPS) modified for people who were not in intensive mental health treatment services. These studies occurred in settings such as community vocational rehabilitation services, a housing programme and community mental health services. The studies provided very low quality evidence that people who receive IPS-style vocational rehabilitation are more likely to gain competitive employment than people who receive usual care (risk ratio 1.70, 95% CI 1.23 to 2.34, seven studies, 1611 participants). The remaining four studies considered cognitive behavioural therapy or specific vocational rehabilitation interventions designed to fit a unique context. There was insufficient evidence from these studies to draw conclusions regarding the effectiveness of non-IPS forms of vocational rehabilitation for people with mild to moderate mental health conditions.</p>
<p>Feldman, I et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Adm Policy Ment Health, 48(2), 299-315</p>	<p>Economic Evaluations of Public Health Interventions to Improve Mental Health and Prevent Suicidal Thoughts and Behaviours: A Systematic Literature Review.</p>	<p>To review the literature on economic evaluations of public health interventions targeting prevention of mental health problems and suicide, to support evidence based societal resource allocation.</p>	<p>Nineteen studies of moderate to high quality were included in this review, which evaluated 18 interventions in mental health and four interventions in suicide prevention. Fourteen (63%) of all interventions were cost-effective based on the conclusions from original papers. None of the studies that evaluated suicide prevention was of high quality. The interventions largely focused on psychological interventions at school, the workplace and within elderly care as well as screening and brief interventions in primary care. Nine studies (around 50% of included articles) had a high potential for transferability to the Swedish context. Public health interventions aiming to improve mental health have a high potential to be economically beneficial to society, but high-quality evidence on the cost-effectiveness of suicide prevention is limited.</p>

<p>Fogarty, F et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Ir J Psychol Med, 38(1), 76-92.</p>	<p>Physical health among patients with common mental health disorders in primary care in Europe: a scoping review.</p>	<p>To examine the current literature about the prevention, identification and treatment of physical problems among people with pre-existing mental health disorders in primary care in Europe.</p>	<p>With just 19 studies meeting the criteria for inclusion, there is clearly a paucity of research in this area. Further research is essential in order to understand the pathophysiological mechanisms underlying the association between mental disorders and chronic conditions. Depression was the mental health condition most commonly studied (nine studies), followed by depression and anxiety (seven studies), with three studies examining any mental disorder. Eleven studies examined the effects of various interventions to address physical and mental comorbidity, with the most commonly studied intervention being collaborative care</p>
<p>Gaiser, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Am J Prev Med, 61(4), e203-e210.</p>	<p>A Systematic Review of the Roles and Contributions of Peer Providers in the Behavioral Health Workforce.</p>	<p>To better define the roles of peers and their unique contributions to behavioral health care.</p>	<p>23 articles included. 14 studies observed significant clinical improvements in participants' social functioning, quality of life, patient activation, and behavioral health. A majority of studies involved the supervision of peers and required peers to have completed training in service delivery. Peers are effective providers of behavioral health treatment and relapse prevention services who encourage recovery through resilience building, empowerment, and self-advocacy. There remains a need for more evidence-based interventions on the efficacy of peers in substance use disorder treatment and the impact of formalized certification and training opportunities.</p>

<p>Golden, T et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Front Psychol, 12, 649840.</p>	<p>The Use of Music in the Treatment and Management of Serious Mental Illness: A Global Scoping Review of the Literature.</p>	<p>To identify the types and quantity of research at intersections of music and SMIs, document evidentiary gaps and opportunities, and generate recommendations for improving research and practice. Studies were included if they reported on music's utilization in treating or mitigating symptoms related to five SMIs: schizophrenia, bipolar disorder, generalized anxiety disorder, major depressive disorder, or post-traumatic stress disorder.</p>	<p>RCTs were the predominant study design, and 271 unique measures were utilized across 289 primary studies. Over two-thirds of primary studies (68.5%) reported positive results, with 2.8% reporting worse results than the comparator, and 12% producing indeterminate results. A key finding is that evidence synthesis is precluded by insufficient reporting, widely varied outcomes and measures, and intervention complexity; as a result, widespread changes are necessary to reduce heterogeneity (as feasible), increase replicability and transferability, and improve understandings of mechanisms and causal pathways. To that end, five detailed recommendations are offered to support the sharing and development of information across disciplines.</p>
<p>Hafford-Letchfield, T et al.</p>	<p>2020</p>	<p>Int J Environ Res Public Health, 17(21)</p>	<p>Community Based Interventions for Problematic Substance Use in Later Life: A Systematic Review of Evaluated Studies and Their Outcomes.</p>	<p>Prevention and interventions specifically designed for older people are not common, and those designed for mixed-age groups may fail to address the unique and sometimes complex needs of ageing communities. We report findings from a systematic review of the empirical evidence from studies which formally evaluated interventions used with older people and reported their outcomes.</p>	<p>Nineteen studies were included, of which thirteen focused solely on alcohol-related problems. Eight interventions utilised different types of screening, brief advice and education. The remaining drew on behavioural, narrative and integrated or multi-disciplinary approaches, which aimed to meet older people's needs holistically. Findings point to recommendations for sustainable and well-designed intervention strategies for PSU in later life, which purposefully align with other areas of health and well-being and are delivered in locations where older people normally seek, or receive, help. There is further scope for engagement with older people's own perspectives on their needs and help-seeking behaviours. Economic evaluation of the outcome of interventions would also be useful to establish the value of investing in targeted services to this underserved population.</p>

<p>Henderson, P et al.</p>	<p>2020</p>	<p>J Psychiatr Ment Health Nurs, 27(6), 807-820.</p>	<p>Mental health practitioner experiences of engaging with service users in community mental health settings: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence.</p>	<p>Engagement is regarded as important and beneficial for service users and mental health services. A universal definition of engagement is not yet fully agreed upon. This review aimed to systematically identify, evaluate and synthesize results from these studies with a view to informing effective practice in this area.</p>	<p>799 records identified, 10 included. Mental health practitioners see engaging service users as depending upon complex, multi-dimensional phenomena which should include individualized person-centred approaches as well as practical, social and clinical support. Mental health practitioners demonstrate qualities such as determination and adaptability to establish and maintain engagement with service users. Implications for practice As a core aspect of nurse education, registered mental health nurses and other professionals would benefit from systematic guidance regarding engagement strategies. Most studies in this review focused on assertive outreach or community mental health teams, more clarification is needed of practitioner's engagement experiences in early intervention settings.</p>
<p>Kalra, N et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Cochrane Database Syst Rev, 5(5), Cd012423.</p>	<p>Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women.</p>	<p>To assess the effectiveness of training programmes that seek to improve HCPs' identification of and response to IPV against women, compared to no intervention, wait-list, placebo or training as usual.</p>	<p>Included 19 trials. Overall, IPV training for HCPs may be effective for outcomes that are precursors to behaviour change. There is some, albeit weak evidence that IPV training may improve HCPs' attitudes towards IPV. Training may also improve IPV knowledge and HCPs' self-perceived readiness to respond to those affected by IPV, although we are not certain about this evidence. Although supportive evidence is weak and inconsistent, training may improve HCPs' actual responses, including the use of safety planning, identification and documentation of IPV in women's case histories. The sustained effect of training on these outcomes beyond 12 months is undetermined. Our confidence in these findings is reduced by the substantial level of heterogeneity across studies and the unclear risk of bias around randomisation and blinding of participants, as well as high risk of bias from attrition in many studies. Further research is needed that overcomes these limitations, as well as assesses the impacts of IPV training on HCPs' behavioral outcomes and the well-being of women survivors of IPV.</p>

<p>Krause, K et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Lancet Psychiatry, 8(1), 76-86.</p>	<p>International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. A systematic scoping review.</p>	<p>To report on recommendations on a standard set of outcome measures specifically for anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder in children and young people aged between 6 and 24 years.</p>	<p>A systematic scoping review identified 70 possible outcomes and 107 relevant measurement instruments. Measures were appraised for their feasibility in routine practice (ie, brevity, free availability, validation in children and young people, and language translation) and psychometric performance (ie, validity, reliability, and sensitivity to change). The final standard set recommends tracking symptoms, suicidal thoughts and behaviour, and functioning as a minimum through seven primarily patient-reported outcome measures: the Revised Children's Anxiety and Depression Scale, the Obsessive Compulsive Inventory for Children, the Children's Revised Impact of Events Scale, the Columbia Suicide Severity Rating Scale, the KIDSCREEN-10, the Children's Global Assessment Scale, and the Child Anxiety Life Interference Scale. The set's recommendations were validated through a feedback survey involving 487 participants across 45 countries. The set should be used alongside the anxiety and depression standard set for adults with clinicians selecting appropriate measures.</p>
<p>Lee, C et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Health Soc Care Community.</p>	<p>A systematic scoping review of community-based interventions for the prevention of mental ill-health and the promotion of mental health in older adults in the UK.</p>	<p>A review of UK community-based interventions was conducted to understand the types of intervention studied and mental health/wellbeing impacts reported.</p>	<p>1131 full-text articles assessed for eligibility, 54 included. Example interventions included: link workers; telephone helplines; befriending; digital support services; group social activities. These were grouped into: connector services, gateway services/approaches, direct interventions and systems approaches. These interventions aimed to address key risk factors: loneliness, social isolation, being a caregiver and living with long-term health conditions. The literature is wide-ranging in focus and methodology. Greater specificity and consistency in outcome measurement are required to evidence effectiveness - no single category of intervention yet stands out as 'promising'. More robust evidence on the active components of interventions to promote older adult's mental health is required.</p>

<p>Lim, C et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Psychiatr Serv, apps202000473</p>	<p>Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p>	<p>To determine the impact of care management on clinical outcomes, acute care utilization, cost, and satisfaction among adults with serious mental illness.</p>	<p>34 articles included. Fifteen of these articles, representing 12 unique studies, were included in the meta-analysis, which indicated that care management was associated with small, statistically significant improvements in psychiatric symptoms, overall quality of life (QOL), and mental QOL (Hedges' g range 0.13-0.26). In addition, care management was associated with a small, statistically significant reduction in inpatient psychiatric hospital days (Hedges' g=0.16, p=0.02). Care management is associated with fewer psychiatric symptoms and greater QOL for persons with serious mental illness. Further work is needed to determine which components of the intervention are associated with effectiveness.</p>
<p>McGrath, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>J Epidemiol Community Health, 75(7), 665-673.</p>	<p>Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: a systematic review.</p>	<p>To examine the effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults in high-income countries during periods of financial insecurity</p>	<p>2326 studies screened, 15 included. Five categories of community intervention were identified: advice services collocated in healthcare settings; link worker social prescribing; telephone debt advice; food insecurity interventions; and active labour market programmes. In general, the evidence for effective and cost-effective community interventions delivered to individuals experiencing financial insecurity was lacking. From the small number of studies without a high risk of bias, there was some evidence that financial insecurity and associated mental health problems were amenable to change and differences by subpopulations were observed. There is a need for well-controlled studies and trials to better understand effective ingredients and to identify those interventions warranting wider implementation.</p>

Mutschler, C et al.	2021	Psychol Serv.	Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature.	To synthesize the existing literature on the implementation of peer support interventions and identify barriers and facilitators using an implementation framework.	19 articles included. The review highlighted a number of important elements for implementation within the CFIR domains, including clear role definition, a flexible organizational culture, and education for peer and nonpeer staff. Implementation barriers included an organizational culture without a recovery focus, allied practitioners' beliefs about peer support, and an unclear peer role. The results of this review provide a summary of best practices for the implementation of peer support in mental health services that can be used by researchers and service providers in future implementation.
Onapa, H et al.	2021	Health Soc Care Community.	The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review.	This systematic review investigates intervention studies that report on the physical and mental health effects of housing homeless persons.	Three previous reviews and 24 studies were included for analysis. Most of the studies (n = 20) encompassed permanent supportive housing interventions that emphasised placing homeless people with mental illness directly into affordable housing with access to support services. The primary health outcomes reported were general physical and mental health, well-being, and quality of life. Despite inconsistent findings and significant issues identified in the reviewed literature, housing (in the short term) improves some aspects of health in homeless populations with human immunodeficiency virus, anxiety and depression.
P. Iqbal, M. et al.	2021	Health Expect.	Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches.	To synthesize the evidence of primary health care interventions to improve the quality of health care provided to refugees and asylum seekers.	55 articles included. This review highlights the innovative interventions in primary care promoting refugee health. Primary care interventions mostly focused on upskilling doctors, with a paucity of research exploring the involvement of other health care members. Further research can explore the involvement of interprofessional team members in providing effective refugee/migrant health.

<p>Parker, E et al.</p>	<p>2021</p>	<p>BMC Fam Pract, 22(1), 92</p>	<p>Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare.</p>	<p>We conducted a systematic review and meta-analysis of psychological and pharmacological treatments in countries with universal healthcare, and investigated the influence of treatment provider on the efficacy of psychological treatment.</p>	<p>19 articles included. Psychological treatments for anxiety are effective in primary care and are more effective when provided by a specialist (psychologist or clinical psychologist) than a non-specialist (GP, nurse, trainee). However, non-specialists provide effective treatment compared with no care at all. Limited research into the efficacy of pharmacological treatments in primary care needs to be considered carefully by prescribers.</p>
<p>Petkari, E et al.</p>	<p>2021</p>	<p>J Psychiatr Ment Health Nurs, 28(4), 521-530.</p>	<p>Involvement of informal carers in discharge planning and transition between hospital and community mental health care: A systematic review.</p>	<p>To explore the evidence on the effectiveness of different models that involve carers in the transition between hospital and community mental health care.</p>	<p>14 articles included. They described twelve interventions that were categorized into three groups: 1) purely educational programmes in preparation of discharge; 2) programmes that involved carers in planning the transition from the mental health inpatient treatment to community mental health services; and 3) programmes that bridged into the aftercare involving carers in community follow-up. The most comprehensive interventions, i.e. those including psychoeducation, care planning and aftercare follow-up were better evaluated and showed a clearer benefit in improving long-term outcomes and, in particular, reduce re-hospitalization.</p>

<p>Quinlan-Davidson, M et al.</p>	<p>2021</p>	<p>BMJ Open, 11(5), e044929.</p>	<p>Evaluating quality in adolescent mental health services: a systematic review.</p>	<p>To evaluate the quality of adolescent mental health service provision globally, according to the WHO Global Standards of adolescent mental health literacy, appropriate package of services and provider competencies.</p>	<p>Of the 20 104 studies identified, 20 articles were included. Results found that an online decision aid was evaluated to increase adolescent mental health literacy. Studies that targeted an appropriate package of services evaluated the quality of engagement between the therapist and adolescent, patient-centred communication, mental health service use, linkages to mental health services, health facility culture and intensive community treatment. Provider competencies focused on studies that evaluated confidence in managing and referring adolescents, collaboration between health facility levels, evidence-based practices and technology use. There is limited evidence on quality measures in adolescent mental health services (as conforms to the WHO Global Standards), pointing to a global evidence gap for adolescent mental health services.</p>
<p>O. Donnel, S. et al.</p>	<p>2020</p>	<p>Aust J Prim Health, 26(6), 443-451.</p>	<p>Effect of community mental health care programs in Australia: a systematic review.</p>	<p>This systematic review of peer-reviewed and grey literature described the types of community-based mental health care programs delivered and evaluated in Australia in the past 20 years, and evaluated their impact in improving outcomes for those with a serious mental illness (SMI).</p>	<p>40 studies included. Community-based mental health care programs were categorised into three types: case management (n=23), therapeutic (n=11) and lifestyle (n=6). Therapeutic programs were most effective in reducing psychiatric symptoms. Case management approaches yielded significant improvements in psychosocial outcomes. Lifestyle programs were inconclusive in improving individual outcomes. This review provides support for the implementation of community-based mental health care programs that are informed by both therapeutic and case management principles. A multidisciplinary team that can facilitate the provision of therapeutic and psychosocial support may be most beneficial for those with an SMI within the Australian community.</p>

Ramsey, C et al.	2021	Health Soc Care Community.	Implementing changes after patient suicides in mental health services: A systematic review.	The objective of this systematic review, completed in Northern Ireland, was to identify how recommendations from Serious Adverse Incident (SAI) reviews can be effectively implemented to contribute to reducing deaths by suicide within mental health services.	41 papers and reports included. The literature is focused on producing recommendations to reduce future risk of suicide in mental health services. There is a lack of focus on the extent and effectiveness of the implementation of these. Recommendations have often not been tested or operationalised, limiting the translational value of these contributions. Leadership and culture are also identified as key drivers for change in mental health services. This review demonstrates that high quality research is being complete in this area, however, the majority of published research presents recommendations from reviews of mental health patient suicides. There is a lack of research focusing on implementing recommendations and evaluation of implementation, once recommendations have been made.
Siegel, A et al.	2021	Curr Opin Psychiatry, 34(4), 434-443.	Barriers, benefits and interventions for improving the delivery of telemental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review.	To synthesize the extant literature reporting on barriers of telemental health (TMH) during the COVID-19 pandemic and how facilities have worked to overcome these barriers, to inform best practices for TMH delivery.	403 records identified, 9 included. Most recent findings came from case studies from mental health professionals which reported on barriers related to institutional, provider and patient factors, and how these barriers were overcome. Common barriers identified in the literature include: technological difficulties; issues regarding safety, privacy and confidentiality; therapeutic delivery and the patient-provider relationship; and a loss of sense of community. Studies also reported on the benefits to TMH interventions/tools, as well as suggestions for improvements in the delivery of TMH services.
van Ginneken, N et al.	2021	Cochrane Database Syst Rev, 8(8), Cd009149.	Primary-level worker (PW) interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries (LMIC).	To evaluate the effectiveness of PW-led treatments for persons with mental health symptoms in LMICs, compared to usual care.	95 trials included. PW-led interventions show promising benefits in improving outcomes for common mental disorders, perinatal depression, post-traumatic stress, harmful alcohol/substance use, and dementia carers in LMICs.

Vitger, T et al.	2021	Front Psychiatry, 12, 691251.	Digital Shared Decision-Making (SDM) Interventions in Mental Healthcare: A Systematic Review and Meta-Analysis.	The objective of this review was to systematically examine the effectiveness of digital SDM interventions on patient outcomes as investigated in randomized trials.	16 studies included. No effect was found on self-efficacy, other types of mental health symptoms, adverse events, or patient satisfaction. Digital interventions to support SDM may be a promising tool in mental healthcare; but with the limited quality of research, we have little confidence in the estimates of effect. More quality research is needed to further assess the effectiveness of digital means to support SDM but also to determine which digital intervention features are most effective to support SDM.
Rusrelaterte treff					
Alsuhaibani, R. et al.	2021	BMC Psychiatry, 21(1), 209.	Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to diagnosis and treatment of co-existing disorders and considerations for wider social and contextual factors in treatment recommendations.	To explore the scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and/or substance abuse in relation to diagnosis and treatment of co-existing disorders and considerations for wider social and contextual factors in treatment recommendations.	12644 records identified, 21 included. The majority of the guidelines (n = 15) lacked recommendations for medicines optimisation in accordance with concurrent disorders (severe mental illness (SMI) or substance abuse disorder (SUD)) such as in the context of drug interactions. Social cause and consequence of dual diagnosis such as homelessness and safeguarding and associated referral pathways were sparsely mentioned. Despite very high co-prevalence, clinical guidelines for SUD or SMI tend to have limited considerations for coexisting disorders in diagnosis, treatment and management. There is a need to improve the scope, quality and inclusivity of guidelines to offer person-centred and integrated care.
Arum, C. et al	2021	Lancet Public Health, 6(5)	Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis.	To assess whether homelessness or unstable housing is associated with an increased risk of HIV or HCV acquisition among PWID (people who inject drugs) compared with PWID who are not homeless or are stably housed.	14351 records identified, 55 included. Homelessness and unstable housing are associated with increased risk of HIV and HCV acquisition among PWID. The findings support the development of interventions that simultaneously address homelessness and unstable housing and HIV and HCV transmission in this population.

<p>Blank, L. et al</p>	<p>2021</p>	<p>Addict Sci Clin Pract, 16(1), 35.</p>	<p>Should screening for risk of gambling-related harm be undertaken in health, care and support settings? A systematic review of the international evidence.</p>	<p>This study aimed to identify interventions to screen for risk of gambling-related harm in the general population which may be delivered in health, care and support settings.</p>	<p>5826 records identified, 9 studies and 13 grey literature documents included. Three papers evaluating screening interventions delivered in general practice (repeat visits and written advice), mental health service (the use of screening tools to identify risk of harm), and substance abuse treatment (intensive outpatient treatment for substance use disorders or methadone maintenance) indicated evidence of potential effectiveness. Six papers supported the feasibility and acceptability of delivering interventions in various settings. Grey literature reports described the implementation of interventions such as training materials, and transfer of interventions developed for substance abuse populations by practitioners. Health, care and support services offer potentially important contexts in which to identify and offer support to people who are at risk of gambling related harm. Screening interventions appear feasible and acceptable in a range of community and healthcare settings for those at risk of gambling harm. Evaluation of effectiveness and cost-effectiveness of screening in these populations should therefore be prioritised.</p>
<p>Hellström, L. et al</p>	<p>2021</p>	<p>J Occup Rehabil.</p>	<p>Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data.</p>	<p>To investigate the effect of Individual Placement and Support (IPS) according to diagnoses of schizophrenia, bipolar disorder, major depression, substance use disorders, or forensic psychiatric conditions.</p>	<p>13 studies included. The effects on hours and weeks in employment after 18 months were comparable for participants with schizophrenia, and bipolar disorder but only statistically significant for participants with schizophrenia compared to services as usual (SAU). IPS was effective regarding schizophrenia, bipolar disorder, and substance use disorder; however, the effect on hours, and weeks worked was not statistically significant regarding bipolar disorder. For people with depression the impact of IPS remains inconclusive. Non-significant results may be due to lack of power.</p>

<p>Kerman, N et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Drug Alcohol Depend, 228, 109052.</p>	<p>Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review.</p>	<p>Harm reduction is a central tenet of Housing First. As the intervention has been shown to stably house people experiencing homelessness across the lifespan with complex behavioural health needs, it is critical to understand the harm reduction outcomes and practices in Housing First.</p>	<p>35 articles included. Harm reduction outcomes in Housing First remain underexamined and any conclusions of the intervention's impacts in this domain would be premature. Effective harm reduction practices in Housing First require strong working relationships between staff and tenants.</p>
<p>Rombouts, S.A. et al</p>	<p>2020</p>	<p>BMC Fam Pract, 21(1), 260.</p>	<p>Evidence based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review.</p>	<p>To synthesise the literature regarding differential models of care for the management of AUD (alcohol use disorders) in primary health care settings.</p>	<p>11 studies included. The results suggest that models of care in primary care settings can increase treatment uptake (e.g. psychosocial and/or pharmacotherapy) although results for alcohol-related outcomes were mixed. More research is required to determine which specific patient care groups are suitable for AUD treatment in primary health care settings and to identify which models and components are most effective.</p>

VEDLEGG B: FORKORTELSER

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

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Engelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BTI	Bedre tverrfaglig innsats
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktspsykiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)
FIT	Feedback-informerte tjenester (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 personer med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb
KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling
KAT	Kognitiv atferdsterapi
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring.
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse

LOS-prosjektet	Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester, og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen mv.
Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
NKROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse)
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 16 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad
SE	Supported employment
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.
SMIL-grupper	Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8-12 år.
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risikoprogram for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VIP	Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært for ungdom i alderen 16-17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

VEDLEGG C: INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2021

Tema	Inkluderte spørsmål
<p>Årsverks-innsats, tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer</p>	<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 2019 og 2020</p>
<p>Årsverks-innsats, tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblemer</p>	<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 2019 og 2020</p>
<p>Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat voksne og barn/unge)</p>	<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 høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 4. Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 5. Psykiatere? 6. Psykologer? 7. Psykologspesialister? 8. Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 9. Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 10. Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning? 11. Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for rusmiddelbrukere? Hvis ja, hvor mange årsverk? (Kun voksne) 12. Inkluderer noen av årsverkene i tjenester ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus? Hvis ja, hvor mange årsverk? Hvis ja, hvilken rolle har personene/årsverkene? Hvis ja, hvilke fordeler/ulempene ser dere med at dere har ansatte med erfaringskompetanse i tjenestene? Hvis nei, har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse? 13. Kommentarer + sumkontroller tiltak og utdanningsgrupper 2020

<p>Årsverks- innsats, hovedforløp (separat voksne og barn/unge)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall årsverk for tiltak som skal fordeles på hovedforløp 2. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 3. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) 4. Antall årsverk tiltak for barn og unge som skal fordeles på hovedforløp 5. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge). Fordel årsverkene som er rapportert på tiltak og utdanningsgrupper på forløp 6. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (barn og unge) 7. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med dette hovedforløpet (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) <p>Kommentarer til spørsmålene</p>
<p>Rekrutterings- problemer</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 2. Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 3. Spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus/psykiatrisk sykepleiere 4. Helsesykepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 5. Helsesykepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 6. Psykiatere 7. Psykologer 8. Psykologspesialister 9. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 10. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 11. Vernepleiere uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 12. Vernepleiere med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 13. Sosionomer uten videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 14. Sosionomer med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid 15. Barnevernspedagoger uten videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid 16. Barnevernspedagoger med videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid 17. Fysioterapeuter 18. Ergoterapeuter 19. Andre, skriv inn under 20. Hvis ja, hva gjør dere for å avhjelpe rekrutteringsproblemene?
<p>Pandemi- konsekvenser</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift under covid-19-pandemien? – Voksne 2. I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift under covid-19-pandemien? - Barn/unge 3. I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste til smittevernarbeid under covid-19-pandemien? - Voksne 4. I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste til smittevernarbeid under covid-19-pandemien? - Barn/unge 5. I hvilken grad har kommunen/bydelen tatt i bruk andre måter for kontakt når oppmøte ikke har vært mulig pga. smittevern hensyn (covid-19-pandemien) innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid? 6. Hvordan opplever tjenestene at endring i metoder for oppfølging har fungert for brukerne av tjenestene? 7. Hvordan har samarbeidet mellom allmennejetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fungert under covid-19-pandemien? 8. Har det i løpet av covid-19-pandemien vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019 når det gjelder: Barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblem, Barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer, Voksne med hovedsakelig psykiske helseproblem, Voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer

<p>Årsverk etter hovedforløp</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 1 for voksne: Milde og kortvarige problemer 2. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 2 for voksne: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser 3. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 3 for voksne: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 4. Vurdering av det samlede tilbudet til brukerne med de ulike hovedforløpene. 5. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 1 for barn og unge: Milde og kortvarige problemer 6. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 2 for barn og unge: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser 7. Antall årsverk fordelt på hovedforløp 3 for barn og unge: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 9. Vurdering av det samlede tilbudet til brukerne med de ulike hovedforløpene.
<p>Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad har kommunen videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført? 2. Beskriv kort årsaken dersom kapasiteten og kompetansen som opptappingsplanen for rusfeltet ikke er videreført? 3. Har kommunen forankret rusarbeidet i sitt planverk? Hvis ja, kan dere beskrive hvilke(t) planverk: 4. Hva er de største utfordringene i kommunens videre arbeid på rusfeltet etter at opptappingsplanen er avsluttet? 5. I hvilken grad har tjenestene et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer i kommunen/bydelen? 6. Beskriv kort tilbudet dere har til voksne med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer: 7. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddel-situasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? 8. Benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort: 9. Har kommunen/bydelen kartlagt psykisk helsesituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? 10. Benytter kommunen/bydelen data fra kartleggingen i arbeidet med å forbedre tjenestene til de med rusrelaterte problemer? Hvis ja, beskriv kort hvilke forbedringer dere har gjort 11. Er kommunelegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid? 12. Er kommunelegen(e) tilstrekkelig involvert som medisinsk faglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt psykisk helsearbeid? 13. I hvor stor grad følger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper: Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP) Hovedsakelig psykiske lidelser Hovedsakelig rusmiddelproblem 8. Inkluderer noen av årsverkene rapportert over årsverk i lavterskel skadereduksjonstiltak for personer med rusmiddelproblemer? Hvis ja, hvor mange årsverk.

<p>Pakkeforløp for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen fått på plass en forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus? 2. Hvor er forløpskoordinatoren organisert? 3. Hvilken rolle har forløpskoordinatoren(e) i kommunen fått? 4. Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen fått nye oppgaver som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus i 2019? Hvis ja, hvilke oppgaver er dette? 5. I hvilken grad har innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus endret måten dere arbeider på i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid? 6. Har kommunen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider? 7. Har kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennomgått samarbeidsavtalene og oppdatert avtalene i henhold til innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus for: <ul style="list-style-type: none"> Voksne med rusmiddelproblemer Voksne med psykiske vansker/lidelser Barn og unge med psykiske vansker/lidelser Unge med rusmiddelproblemer 8. Har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen erfaring med brukere som er/har vært i pakkeforløp innen psykisk helsevern for voksne/barn og unge, TSB? (Besvares kun av de som har erfaring med de ulike pakkeforløpene) 9. I hvilken grad opplever dere følgende endringer etter innføringen av pakkeforløp: <ul style="list-style-type: none"> har forbedret tilbudet pasienten får fra kommunen? har forbedret tilbudet pasienten får fra spesialisthelsetjenesten? har forbedret samarbeidet med spesialisthelsetjenesten? har ført til en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten? har ført til økt samarbeid med fastlegene? har ført til bedre samarbeid med fastlegene? 10. Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern for voksne. 11. Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge. 12. Grad av enighet i påstand: Psykisk helse og rusarbeid i kommunen har vært tilstrekkelig involvert i implementeringen av pakkeforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 13. Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir tilstrekkelig involvert i pasientforløpet når våre brukere mottar pakkeforløp i psykisk helsevern 14. Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir tilstrekkelig involvert i pasientforløpet når våre brukere mottar pakkeforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling 15. Grad av enighet i påstand: Våre tjenester blir i større grad kontaktet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter innføringen av pakkeforløp. 16. Grad av enighet i påstand: Våre tjenester får mer informasjon om brukernes forløp i spesialisthelsetjenesten, nå enn før pakkeforløpene kom. 17. På hvilken måte har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten eventuelt endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus? 18. På hvilken måte har samarbeidet med fastlegene eventuelt endret seg som følge av innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus? 19. Beskriv konkrete erfaringer med pakkeforløp for psykisk helse og rus og hvordan dere opplever at det påvirker brukerne av tjenestene: 14. Andre kommentarer
---	---

<p>Selv mord, selvskading, overdose, vold og overgrep</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan er kommunalt psykisk helse- og rusarbeid involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller av pårørende/etterlatte ved selvmord? Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam Involveres gjennom oppfølgende virksomhet Involveres om bruker tar kontakt Involveres om andre tjenester tar kontakt Involveres om det kommer en henvisning Involveres på annen måte, hvordan? 2. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for: Oppfølging av personer ved selvmordsforsøk? Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse ved selvmordsforsøk? Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk? Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose? Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep? 3. Å identifisere voldsproblematikk hos personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester? 4. Har kommunen gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk? 5. Har kommunen lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell? 6. Har kommunen et system for håndtering av vold i nære relasjoner? 7. Hva er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid? 8. Har kommunen/bydelen registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene? 9. I hvilken grad har kommunen/bydelen lyktes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk? 20. Beskriv eventuelle utfordringer i arbeidet med proaktiv oppfølging
<p>Kjøp fra private/andre kommuner, interkommunalt samarbeid, samarbeid mellom frivillige og ideelle organisasjoner</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid? Fra private ideelle gjennom rammeavtaler Fra private ideelle gjennom enkeltplasser Fra private kommersielle gjennom rammeavtaler Fra private kommersielle gjennom enkeltplasser 2. Hvilke(t) tilbud i heldøgns bo- og omsorgstjenester er det som kjøpes? Langtidstilbud Akutt-tilbud Overgangstilbud Annet, hva: 3. Hvilke erfaringer har dere med tjenestene dere kjøper fra private aktører? 4. Har det vært endringer i kommunens/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året? Hvis ja, hva består endringen av? 5. Har dere oversikt over antall plasser og/eller kommunens utgifter til kjøp av private heldøgns bo- og omsorgstjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020? 6. Kjøper kommunen/bydelen tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid? 7. Har kommunen interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid? 8. Har kommunen/bydelen inngått samarbeidsavtale/intensjonsavtale med frivillige/ideelle organisasjoner innen psykisk helse- og rusarbeid? 9. I hvilken grad: -supplerer tilbud i regi av frivillig/ideell sektor tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen? -bidrar frivillig/ideell sektor til mer mangfoldige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen? 10. Hvordan har samarbeidet mellom kommunens/bydelens psykisk helse- og rusarbeid og frivillig/ideell sektor utviklet seg de siste 12 månedene?

Oppsøkende virksomhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver kommunen oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team)? Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen? 2. Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse? og rusarbeid? ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge) Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge Andre typer team, hvilke? 3. For de som oppgir at de inngår i ACT, FACT eller FACT ung-team, er det spurt om antall team de har eller inngår i. Er ACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner? Er FACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner? Er FACT ung-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner? 4. Hvordan erfarer dere at ACT/FACT samarbeidet fungerer? 5. Har kommunen/bydelen tatt i bruk digitale løsninger for oppsøkende team innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid? Hvis ja, hvordan har dette fungert?
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud, psykiatrisk legevakt og tilbud på ettermiddag og kveld	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Nei Ja, eget kommunalt tilbud Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling) Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter Ja, i forbindelse med legevakt Ja, i bofellesskap eller sykehjem Ja, annet, hva 2. Hva er årsaken(e) til at tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold ikke er etablert? 3. Vennligst oppgi hvilke kommuner dere har interkommunal KAD-avdeling med 4. I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet? 5. Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende)? Hvis ja, beskriv kort tilbudet: 6. Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid? (utover legevakt og personell knyttet til boliger) Hvis ja, hvilke tjenester er dette?
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? Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten? 2. Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen psykisk helsearbeid? Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten? 3. Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen rusarbeid? Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten? 4. I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/-utdanning i sin kontakt med personer med psykiske lidelser? rusmiddelproblemer? 5. 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?

Bruker- medvirkning	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå) i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet? 2. I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet? 3. I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner? 4. I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid gjennom systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner? 5. 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.) Hvis ja, på hvilken måte 6. På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer de siste 12 mnd? – Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker "Hva er viktig for deg?" - skjema (PSFS) Brukerråd Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre?) Bruker- og pårørendeorganisasjoner Annet, hva: 7. Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System) FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes) FIT, papir NORSE Feedback Annet, hva: 8. Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for voksne ansatte med erfaringskompetanse/-brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus? Hvis ja, hvor mange årsverk har dere med ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester for voksne? Hvis ja, hvilken rolle har personen(e) (årsverkene) med erfaringskompetanse i tjenestene? 9. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere 10. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten 11. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Bidrar i prosjektarbeid 12. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Kontakt med brukerorganisasjoner 13. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Kontakt med pårørende 14. Rolle med erfaringskompetanse voksen - Annet, hva? 15. Har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse?
Boligsituasjonen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hva er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen i psykisk helse- og rustjeneste? 2. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig til mennesker med: psykiske helseproblemer/lidelser? med rusproblemer/lidelser? med ROP-lidelser? 3. I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk helse sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? 4. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? 5. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?

Oppfølging av barn og unge	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad har kommunen/bydelen definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser? 2. I hvilken grad har kommunen/bydelen et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser? 3. I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser? 4. I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)? 5. Har kommunen/bydelen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge? 6. Har kommunens/bydelens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi? 7. Hvor er helsestasjons- og skolehelsetjenestene organisert i kommunen/bydelen? 8. Er dere kjent med at det er innført pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet? 9. I hvor stor grad samarbeider kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med barneverntjenesten? 10. Beskriv eventuelle utfordringer i samarbeidet med barnevernstjenestene
Oppfølging av eldre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus? Hvis ja, hvordan ble kartleggingen gjennomført? 2. Bli eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner? 3. Gjennomfører kommunen systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre? Tema i samtale? - Psykisk helse Tema i samtale? - Alkoholvaner Tema i samtale? - Legemiddelbruk Tema i samtale? - Annet rusmiddelbruk Tema i samtale? - Vold og overgrep 4. Har kommunen gjennomført kompetansehevede tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året? Eldre med psykiske helseproblemer Eldre med rusproblematikk Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser) Eldre utsatt for vold og overgrep

Pårørende/barn som pårørende	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad har kommunen/bydelen planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom følgende innsatsområder i pårørendestrategien: <ul style="list-style-type: none"> tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende bedre informasjon, opplæring og veiledning mer forutsigbare og koordinerte tjenester tilstrekkelig støtte og avlastning for pårørende mer familieorienterte tjenester økt pårørendemedvirkning 2. Hvem har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år? <ul style="list-style-type: none"> Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret Egen barneansvarlig Psykologtjeneste Egne barne- og familieveiledere/terapeuter Annet hva 3. Har kommunen/bydelen følgende tilbud/tiltak: <ul style="list-style-type: none"> BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) SMIL-grupper (Styrket mestring i livet) Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring) Annet, hva 4. Samarbeider kommunen/bydelen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende til foreldre eller søsken med psykiske lidelser og/eller rusproblemer? 5. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> Foresatte med rusmiddelproblemer Foresatte som har tatt overdose Foresatte med psykiske vansker/lidelser Foresatte som har mistet livet ved selvmord 6. Kan dere beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord? 7. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene? <ul style="list-style-type: none"> Voksne med rusmiddelproblemer Voksne som har tatt overdose Voksne med psykiske vansker/lidelser Voksne som har begått selvmord Barn og unge med psykiske vansker/lidelser Barn og unge med selvskadingsproblematikk Unge med rusmiddelproblemer
Helsefellesskap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har ansatte i tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid deltatt på arrangementer/møter der helsefellesskap har vært tema? 2. I hvilken grad har dere opplevd at helsefellesskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet? 3. I hvilken grad har dere opplevd at helsefellesskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet? 4. I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen til de pasientene/brukerne som trenger det mest? 5. Om dere har andre kommentarer/erfaringer med helsefellesskap, kan dere skrive her (åpent tekstfelt).

<p>Erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: (liste over sentre) 7. Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig). Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med. <ul style="list-style-type: none"> Besøkt nettsiden Telefonkontakt Konkret samarbeid E-læringstilbud Lest fagartikler Deltatt på kurs Deltatt på kompetansehevede program/tiltak Annet, hva 8. Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått? Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med. 9. I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? (spørsmålet går til alle)
<p>Avslutning</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? <ul style="list-style-type: none"> • Ja, gjennom delegasjon • Ja, direkte ved gjennomsyn • Nei 2. 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) 3. Omtrent hvor mange ansatte i kommunen har vært med og bidratt med innspill i denne rapporteringen? (antall) 4. Hva er e-post-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? Brukes om vi har spørsmål i forbindelse med rapporteringen) 5. Alle kommunene eller bydelene som har fylt ut skjemaet vil motta et gratis eksemplar av rapporten fra SINTEF når denne er klar november 2020. Vennligst oppgi hvilken postadresse dere ønsker at rapporten sendes til.

VEDLEGG D: GRUNNLAGSDATA 2021

Kommunenavn med blå skrift har ikke rapportert i 2021.

Kom. nr.	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester		Totalt	Tjenester	
			for voksne	barn og unge		for voksne	barn og unge
1101	Eigersund kommune	74	67	8	50	57	25
1103	Stavanger kommune	502	418	84	35	37	27
1106	Haugesund kommune	165	136	29	44	46	38
1108	Sandnes kommune	228	184	44	28	30	22
1111	Sokndal kommune	5	4	1	15	16	13
1112	Lund kommune	9	6	3	28	26	35
1114	Bjerkreim kommune	9	5	3	31	26	46
1119	Hå kommune	46	37	9	24	26	18
1120	Klepp kommune	52	40	13	26	27	25
1121	Time kommune	40	37	4	21	26	7
1122	Gjesdal kommune	30	25	5	25	28	16
1124	Sola kommune	73	55	18	27	26	27
1127	Randaberg kommune	48	30	18	42	35	65
1130	Strand kommune	33	25	8	25	26	25
1133	Hjelmeland kommune	6	5	1	22	25	15
1134	Suldal kommune	14	10	3	36	35	40
1135	Sauda kommune	15	12	2	32	34	23
1144	Kvitsøy kommune	1	1	1	20	12	49
1145	Bokn kommune	1	1	1	16	13	30
1146	Tysvær kommune	38	33	6	34	39	20
1149	Karmøy kommune	131	103	28	31	32	28
1151	Utsira kommune	1	1	0	47	38	86
1160	Vindafjord kommune	34	28	5	39	42	28
1505	Kristiansund kommune	82	73	9	34	38	19
1506	Molde kommune	78	57	21	25	23	32
1507	Ålesund kommune	257	217	40	39	41	29
1511	Vanylven kommune	18	14	4	59	54	86
1514	Sande kommune	4	3	1	16	15	22
1515	Herøy kommune	22	16	5	24	23	28
1516	Ulstein kommune	16	15	1	18	22	5
1517	Hareid kommune	11	6	5	21	15	39
1520	Ørsta kommune	30	25	6	28	29	24
1525	Stranda kommune	20	19	2	45	51	19
1528	Sykkylven kommune	16	11	5	21	19	28
1531	Sula kommune	31	23	8	33	32	35

1532	Giske kommune	27	22	5	32	34	23
1535	Vestnes kommune	27	16	11	39	29	81
1539	Rauma kommune	17	12	5	24	22	33
1547	Aukra kommune	6	4	2	16	15	19
1554	Averøy kommune	7	7	1	13	14	6
1557	Gjemnes kommune	3	3	1	13	14	9
1560	Tingvoll kommune	8	7	2	28	28	29
1563	Sunnadal kommune	13	9	4	18	16	28
1566	Surnadal kommune	33	30	3	57	63	29
1573	Smøla kommune	2	1	1	10	8	22
1576	Aure kommune	4	3	1	11	10	19
1577	Volda kommune	32	27	5	29	31	23
1578	Fjord kommune	5	2	3	21	11	63
1579	Hustadvika kommune	24	20	4	18	19	15
1804	Bodø kommune	114	88	27	22	21	25
1806	Narvik kommune	71	58	13	33	33	32
1811	Bindal kommune	15	13	2	107	115	74
1812	Sømna kommune	10	7	3	48	41	79
1813	Brønnøy kommune	18	13	5	23	21	30
1815	Vega kommune	9	9	1	80	88	38
1816	Vevelstad kommune	1	1	1	22	13	64
1818	Herøy kommune	17	15	2	95	107	47
1820	Alstahaug kommune	21	17	4	29	28	29
1822	Leirfjord kommune	4	3	1	15	17	10
1824	Vefsn kommune	37	25	12	28	23	46
1825	Grane kommune	4	3	2	30	23	64
1826	Hattfjelldal kommune	5	4	1	39	36	55
1827	Dønna kommune	3	2	0	20	21	12
1828	Nesna kommune	3	2	1	19	16	30
1832	Hemnes kommune	13	9	4	29	25	46
1833	Rana kommune	98	76	22	37	36	44
1834	Lurøy kommune	2	2	0	10	10	9
1835	Træna kommune	1	0	1	16	5	70
1836	Rødøy kommune	3	1	2	28	14	81
1837	Meløy kommune	36	24	11	57	49	91
1838	Gildeskål kommune	6	4	1	29	27	35
1839	Beiarn kommune	5	3	2	51	39	123
1840	Saltdal kommune	25	22	4	55	58	42
1841	Fauske kommune / Fuosko suohkan	21	16	5	22	20	30
1845	Sørfold kommune	11	4	7	55	26	188
1848	Steigen kommune	15	12	2	56	58	47
1851	Lødingen kommune	9	5	3	43	32	108
1853	Evenes kommune	3	2	0	20	22	14
1856	Røst kommune	1	1	1	20	12	70
1857	Værøy kommune	1	1	0	17	17	16

1859	Flakstad kommune	5	5	0	40	44	21
1860	Vestvågøy kommune	14	11	3	12	12	13
1865	Vågan kommune	28	23	5	29	30	27
1866	Hadsel kommune	23	18	6	29	27	38
1867	Bø kommune	8	6	2	32	28	51
1868	Øksnes kommune	14	12	2	31	34	19
1870	Sortland kommune	26	23	3	25	28	14
1871	Andøy kommune	10	9	2	22	23	19
1874	Moskenes kommune	13	13	0	135	154	8
1875	Hábmera Suohkan - Hamarøy kommune	6	5	1	24	24	24
3001	Halden kommune	58	45	13	19	18	21
3002	Moss kommune	195	182	13	39	46	13
3003	Sarpsborg kommune	181	133	49	32	29	41
3004	Fredrikstad kommune	234	201	33	28	30	20
3005	Drammen kommune	316	204	112	31	25	53
3006	Kongsberg kommune	51	39	13	19	17	23
3007	Ringerike kommune	50	40	11	16	16	18
3011	Hvaler kommune	31	26	5	66	66	67
3012	Aremark kommune	1	1	0	11	10	16
3013	Marker kommune	7	5	2	19	15	38
3014	Indre Østfold kommune	111	97	14	25	27	15
3015	Skiptvet kommune	14	11	3	37	37	40
3016	Rakkestad kommune	21	14	7	26	22	42
3017	Råde kommune	21	18	3	28	30	16
3018	Våler kommune	19	14	5	33	32	37
3019	Vestby kommune	41	20	21	22	14	48
3020	Nordre Follo kommune	153	93	60	25	20	43
3021	Ås kommune	64	44	19	31	28	44
3022	Frogn kommune	48	38	10	30	30	31
3023	Nesodden kommune	58	33	25	29	21	54
3024	Bærum kommune	318	287	31	25	29	11
3025	Asker kommune	232	169	63	24	23	29
3026	Aurskog-Høland kommune	35	18	17	20	13	48
3027	Rælingen kommune	36	29	6	19	20	14
3028	Enebakk kommune	17	11	6	15	12	23
3029	Lørenskog kommune	74	54	21	17	16	22
3030	Lillestrøm kommune	151	112	40	17	17	21
3031	Nittedal kommune	51	41	10	21	22	17
3032	Gjerdrum kommune	6	6	0	9	12	0
3033	Ullensaker kommune	94	74	19	23	24	20
3034	Nes kommune	27	23	4	11	12	8
3035	Eidsvoll kommune	54	41	13	21	20	22
3036	Nannestad kommune	25	18	8	17	16	22
3037	Hurdal kommune	5	2	3	16	8	48
3038	Hole kommune	23	16	7	34	31	45

3039	Flå kommune	4	3	1	36	35	40
3040	Nesbyen kommune	16	14	2	48	50	34
3041	Gol kommune	13	8	5	28	21	56
3042	Hemsedal kommune	10	5	5	38	23	95
3043	Ål kommune	11	7	4	24	19	46
3044	Hol kommune	17	14	3	38	38	38
3045	Sigdal kommune	16	14	2	47	50	35
3046	Krødsherad kommune	5	3	2	22	15	49
3047	Modum kommune	78	49	29	55	43	107
3048	Øvre Eiker kommune	48	21	27	25	14	66
3049	Lier kommune	75	56	18	28	27	30
3050	Flesberg kommune	13	8	5	47	36	91
3051	Rollag kommune	3	3	1	22	22	22
3052	Nore og Uvdal kommune	4	3	2	18	13	45
3053	Jevnaker kommune	14	9	5	20	17	33
3054	Lunner kommune	27	22	5	29	30	27
3401	Kongsvinger kommune	36	26	10	20	18	32
3403	Hamar kommune	113	99	14	36	39	24
3405	Lillehammer kommune	67	52	16	24	22	30
3407	Gjøvik kommune	103	92	12	34	37	20
3411	Ringsaker kommune	76	47	29	22	17	42
3412	Løten kommune	14	10	4	18	16	27
3413	Stange kommune	62	41	22	29	24	51
3414	Nord-Odal kommune	12	7	5	24	16	65
3415	Sør-Odal kommune	28	27	1	35	41	8
3416	Eidskog kommune	41	33	8	67	64	80
3417	Grue kommune	20	15	4	43	39	67
3418	Åsnes kommune	34	29	5	47	48	42
3419	Våler kommune	13	7	6	35	23	105
3420	Elverum kommune	58	46	12	27	27	28
3421	Trysil kommune	21	19	1	31	35	11
3422	Åmot kommune	5	4	1	12	11	13
3423	Stor-Elvdal kommune	7	5	2	28	24	52
3424	Rendalen kommune	4	4	0	23	24	15
3425	Engerdal kommune	2	2	1	18	17	27
3426	Tolga kommune	3	2	1	17	16	21
3427	Tynset kommune	6	6	0	12	14	0
3428	Alvdal kommune	2	2	1	10	10	11
3429	Folldal kommune	2	2	0	16	16	17
3430	Os kommune	3	3	0	16	17	13
3431	Dovre kommune	12	6	6	46	27	148
3432	Lesja kommune	6	3	3	28	17	68
3433	Skjåk kommune	12	10	2	53	54	45
3434	Lom kommune	16	15	1	71	82	18
3435	Vågå kommune	7	6	1	19	20	12

3436	Nord-Fron kommune	12	6	6	22	13	62
3437	Sel kommune	6	5	1	11	12	10
3438	Sør-Fron kommune	18	8	9	57	33	161
3439	Ringebu kommune	12	8	4	27	23	50
3440	Øyer kommune	15	11	5	30	26	46
3441	Gausdal kommune	24	20	4	40	41	37
3442	Østre Toten kommune	35	30	6	24	25	20
3443	Vestre Toten kommune	39	32	7	29	29	28
3446	Gran kommune	61	33	28	45	29	109
3447	Søndre Land kommune	28	24	4	50	52	42
3448	Nordre Land kommune	15	13	2	23	25	18
3449	Sør-Aurdal kommune	9	7	3	32	28	54
3450	Etnedal kommune	5	4	1	37	34	51
3451	Nord-Aurdal kommune	13	9	4	20	17	35
3452	Vestre Slidre kommune	9	7	2	41	41	43
3453	Øystre Slidre kommune	7	4	2	20	16	40
3454	Vang kommune	3	3	1	21	20	26
3801	Horten kommune	89	55	35	32	25	65
3802	Holmestrand kommune	59	37	22	24	18	44
3803	Tønsberg kommune	239	174	65	42	38	56
3804	Sandefjord kommune	155	128	27	24	25	20
3805	Larvik kommune	110	89	21	23	23	23
3806	Porsgrunn kommune	124	89	35	34	30	50
3807	Skien kommune	253	140	113	46	32	102
3808	Notodden kommune	50	41	9	38	39	37
3811	Færder kommune	51	46	5	19	21	9
3812	Siljan kommune	11	8	3	48	43	65
3813	Bamble kommune	42	31	11	30	27	40
3814	Kragerø kommune	34	23	11	32	27	58
3815	Drangedal kommune	11	10	1	27	30	15
3816	Nome kommune	21	20	2	33	37	13
3817	Midt-Telemark kommune	24	20	3	23	24	16
3818	Tinn kommune	30	25	5	53	53	51
3819	Hjartdal kommune	2	1	1	15	10	39
3820	Seljord kommune	9	6	4	33	24	67
3821	Kviteseid kommune	5	4	2	21	18	39
3822	Nissedal kommune	3	2	1	17	18	17
3823	Fyresdal kommune	2	2	0	15	15	17
3824	Tokke kommune	7	5	2	33	27	61
3825	Vinje kommune	16	12	4	42	41	48
4201	Risør kommune	19	17	2	29	31	17
4202	Grimstad kommune	78	61	16	32	33	31
4203	Arendal kommune	161	116	45	36	32	49
4204	Kristiansand kommune	489	421	68	43	48	28
4205	Lindesnes kommune	58	41	17	25	23	33

4206	Farsund kommune	33	25	8	34	33	37
4207	Flekkefjord kommune	41	33	8	45	47	40
4211	Gjerstad kommune	14	12	2	56	60	34
4212	Vegårshei kommune	2	2	0	10	12	2
4213	Tvedestrand kommune	17	15	1	27	31	10
4214	Froland kommune	16	12	4	27	26	31
4215	Lillesand kommune	41	33	8	37	38	34
4216	Birkenes kommune	17	15	3	33	37	22
4217	Åmli kommune	6	5	1	33	33	31
4218	Iveland kommune	3	2	1	22	20	30
4219	Evje og Hornnes kommune	10	7	3	27	25	35
4220	Bygland kommune	6	5	1	52	54	41
4221	Valle kommune	3	2	1	25	19	53
4222	Bykle kommune	3	1	1	28	16	81
4223	Vennesla kommune	67	51	16	45	44	47
4224	Åseral kommune	3	2	1	28	25	40
4225	Lyngdal kommune	37	30	8	36	38	29
4226	Hægebostad kommune	6	5	1	38	40	30
4227	Kvinesdal kommune	33	25	7	55	54	58
4228	Sirdal kommune	4	3	1	21	23	13
4601	Bergen kommune	1017	813	204	36	35	36
4602	Kinn kommune	50	34	17	29	25	45
4611	Etne kommune	6	4	2	16	14	23
4612	Sveio kommune	22	17	5	38	39	37
4613	Bømlo kommune	33	26	7	28	28	26
4614	Stord kommune	74	53	21	39	36	49
4615	Fitjar kommune	9	7	2	29	31	24
4616	Tysnes kommune	8	5	3	26	22	43
4617	Kvinnherad kommune	91	58	34	70	56	125
4618	Ullensvang kommune	54	47	6	49	53	31
4619	Eidfjord kommune	3	2	1	30	30	29
4620	Ulvik herad	4	2	2	35	20	96
4621	Voss herad	42	30	12	27	24	38
4622	Kvam herad	32	23	9	37	35	48
4623	Samnanger kommune	5	3	2	21	17	37
4624	Bjørnafjorden kommune	73	67	6	29	35	10
4625	Austevoll kommune	10	4	5	18	11	40
4626	Øygarden kommune	114	77	37	29	26	39
4627	Askøy kommune	165	131	33	56	60	44
4628	Vaksdal kommune	9	3	5	22	11	65
4629	Modalen kommune	3	2	1	74	71	85
4630	Osterøy kommune	25	18	7	31	29	39
4631	Alver kommune	79	63	16	27	28	23
4632	Austrheim kommune	10	8	3	36	33	45
4633	Fedje kommune	2	2	0	34	38	19

4634	Masfjorden kommune	6	6	1	37	42	20
4635	Gulen kommune	6	3	3	25	15	68
4636	Solund kommune	3	2	1	42	34	83
4637	Hyllestad kommune	3	3	0	22	23	20
4638	Høyanger kommune	22	16	6	53	47	82
4639	Vik kommune	17	16	1	67	78	20
4640	Sogndal kommune	32	24	8	27	25	32
4641	Aurland kommune	11	11	0	64	74	13
4642	Lærdal kommune	14	12	1	64	70	34
4643	Årdal kommune	11	10	2	22	23	16
4644	Luster kommune	16	15	1	31	38	10
4645	Askvoll kommune	9	7	2	28	29	26
4646	Fjaler kommune	9	5	4	30	23	54
4647	Sunnfjord kommune	99	79	20	45	47	39
4648	Bremanger kommune	22	22	0	61	75	6
4649	Stad kommune	57	51	6	60	68	31
4650	Gloppen kommune	30	25	6	51	54	43
4651	Stryn kommune	27	23	3	37	42	22
5001	Trondheim kommune	907	728	179	44	44	44
5006	Steinkjer kommune	86	80	6	36	42	13
5007	Namsos kommune	53	39	14	35	32	46
5014	Frøya kommune	40	37	3	77	88	32
5020	Osen kommune	2	2	0	21	19	26
5021	Oppdal kommune	14	10	4	20	18	28
5022	Rennebu kommune	6	3	3	26	16	66
5025	Røros kommune	10	8	2	18	18	18
5026	Holtålen kommune	4	3	1	19	18	23
5027	Midtre Gauldal kommune	11	7	4	18	14	32
5028	Melhus kommune	37	32	5	22	24	13
5029	Skaun kommune	18	13	4	21	21	20
5031	Malvik kommune	45	32	14	32	29	40
5032	Selbu kommune	5	4	1	13	12	18
5033	Tydal kommune	3	2	1	36	33	49
5034	Meråker kommune	8	4	4	31	20	82
5035	Stjørdal kommune	75	47	28	31	25	52
5036	Frosta kommune	4	2	2	13	7	40
5037	Levanger kommune	73	59	14	36	37	32
5038	Verdal kommune	32	21	10	21	18	34
5041	Snåsa kommune	10	8	2	47	49	39
5042	Lierne kommune	2	1	1	15	11	34
5043	Røyrvik kommune	1	1	0	28	27	33
5044	Namsskogan kommune	2	1	1	20	11	62
5045	Grong kommune	14	10	4	62	54	95
5046	Høylandet kommune	3	2	1	26	21	40
5047	Overhalla kommune	9	4	5	22	13	52

5049	Flatanger kommune	3	3	0	31	33	19
5052	Leka kommune	2	1	1	28	20	59
5053	Inderøy kommune	11	8	3	16	15	21
5054	Indre Fosen	25	18	7	25	23	34
5055	Heim kommune	29	22	7	48	46	61
5056	Hitra kommune	45	36	9	88	87	93
5057	Ørland kommune	31	20	11	30	25	50
5058	Åfjord kommune	29	22	8	68	62	96
5059	Orkland kommune	59	41	18	32	28	48
5060	Nærøysund kommune	88	70	18	91	93	87
5061	Rindal kommune	6	4	2	30	28	38
5401	Tromsø kommune	195	169	25	25	27	17
5402	Harstad kommune	74	64	10	30	32	20
5403	Alta kommune	71	56	15	34	34	32
5404	Vardø kommune	4	3	1	18	18	23
5405	Vadsø kommune	18	12	7	32	25	65
5406	Hammerfest kommune	58	41	16	51	46	73
5411	Kvæfjord kommune	26	23	3	93	100	65
5412	Tjeldsund kommune	18	14	4	42	40	54
5413	Ibestad kommune	5	4	1	35	36	29
5414	Gratangen kommune	6	4	1	50	47	66
5415	Lavangen kommune	12	12	1	119	142	29
5416	Bardu kommune	24	19	5	59	60	58
5417	Salangen kommune	23	18	5	108	104	127
5418	Målselv kommune	24	16	7	36	31	58
5419	Sørreisa kommune	8	7	1	23	25	12
5420	Dyrøy kommune	13	11	2	119	123	101
5421	Senja kommune	38	38	0	26	32	1
5422	Balsfjord kommune	20	17	2	35	38	22
5423	Karlsøy kommune	8	6	2	37	32	67
5424	Lyngen kommune	17	12	5	60	50	106
5425	Storfjord kommune	15	12	3	82	78	103
5426	Kåfjord kommune	7	5	2	36	31	58
5427	Skjervøy kommune	13	13	0	45	55	0
5428	Nordreisa kommune	8	8	0	17	21	0
5429	Kvænangen kommune	6	3	3	53	31	175
5430	Kautokeino kommune	10	7	4	34	28	56
5432	Loppa kommune	2	2	0	24	25	19
5433	Hasvik kommune	5	4	1	47	46	51
5434	Måsøy kommune	5	4	1	44	40	68
5435	Nordkapp kommune	12	12	0	40	47	6
5436	Porsanger kommune	8	6	2	20	18	30
5437	Karasjok kommune	13	9	4	50	43	85
5438	Lebesby kommune	3	2	0	21	22	15
5439	Gamvik kommune	9	6	2	78	67	152

5440	Berlevåg kommune	4	3	1	46	37	105
5441	Deatnu - Tana kommune	30	29	1	105	120	26
5442	Nesseby kommune	6	5	1	64	63	68
5443	Båtsfjord kommune	7	6	1	30	30	31
5444	Sør-Varanger kommune	22	19	3	22	23	16
30101	Oslo kommune Bydel 1 Gamle Oslo	139	88	51	23	18	53
30102	Oslo kommune Bydel 2 Grunerløkka	160	119	41	25	22	47
30103	Oslo kommune Bydel 3 Sagene	116	104	11	25	26	18
30104	Oslo kommune Bydel 4 St.Hanshaugen	104	80	24	27	23	52
30105	Oslo kommune Bydel 5 Frogner	101	80	21	17	15	33
30106	Oslo kommune Bydel 6 Ullern	56	34	22	16	12	30
30107	Oslo kommune Bydel 7 Vestre Aker	71	56	15	14	14	12
30108	Oslo kommune Bydel 8 Nordre Aker	77	39	38	15	9	33
30109	Oslo kommune Bydel 9 Bjerke	66	52	15	19	20	18
30110	Oslo kommune Bydel 10 Grorud	72	53	19	26	24	33
30111	Oslo kommune Bydel 11 Stovner	111	84	27	33	33	35
30112	Oslo kommune Bydel 12 Alna	98	70	28	20	18	26
30113	Oslo kommune Bydel 13 Østensjø	167	113	54	33	29	47
30114	Oslo kommune Bydel 14 Nordstrand	55	34	21	11	8	18
30115	Oslo kommune Bydel 15 Søndre Nordstrand	76	54	22	19	18	22
30116	Oslo kommune Velferdsetaten	470	470	0			
30117	Oslo kommune Helseetaten	20	13	7			

Gjennom pandemien har i overkant av halvparten av alle kommunene/bydelene i ulik grad omdisponert personell til smittevernarbeid fra tjenester rettet mot voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, og innen tjenester til barn og unge har to av tre kommuner gjort større eller mindre omdisponeringer av personell til smittevernarbeid og vaksineringsarbeid.

Det er særlig mange som rapporterer om en stor økning i henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent av kommunene) og for voksne (27 prosent). Det er seks prosent av kommunene/bydelene som melder om stor økning i henvendelser/henvisninger som gjelder rusmiddelproblemer.

Det er betydelige forskjeller i det som bygges ut i de store kommunene og det som de mindre kommunene får etablert av tilbud. Det er derfor viktig at det også utvikles ordninger og tilskudd som også er tilpasset de mindre kommunene, slik at ikke forskjellene øker ytterligere.