

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose og
Silje L. Kaspersen

Postadresse:

Rapport

Foretaksregister:

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

EMNEORD:

Psykisk helse
Rus
Kommune
Fylke
Helseforetak
Spesialisthelsetjenesten
Utdanning
Samhandling
Tjenester
Nasjonale tall
Hovedforløp
Brukermedvirkning
OP-rus (2016-2020)
Ansvarsfordeling
Ø-hjelp døgntilbud
Barn og unge
Bolig
Kjøp fra private
Psykososial oppfølging
Oppsøkende
virksomhet
Arbeidstiltak
Vold og overgrep
Selvmord
Selvmordsoppfølging
Overdose
Behov for digitalisering
Kompetanse- og
ressurscenter

VERSJON

1

DATO

2017-12-11

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

OPPDRAGSGIVER

Hesledirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.

Thor Hallgeir Johansen

PROSJEKTNR

102009446

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

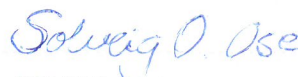
228 + vedlegg

SAMMENDRAG

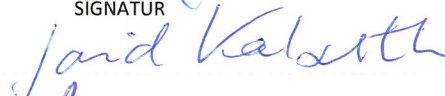
Rapporten presenterer resultater fra datainnsamlingen IS-24/8, gjennomført i alle landets kommuner våren 2017. Kommunene rapporterte totalt 14 633 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2017. Dette tilsvarer en økning i antall årsverk fra 2016 til 2017 i tjenester til voksne på 4,3 prosent og en økning i tjenester til barn og unge på 7,9 prosent. Hvis vi tar hensyn til befolkningsveksten, er veksten 3 prosent i tjenester til voksne og 8 prosent i tjenester til barn og unge (totalt 4 prosent). Rapporten viser blant annet at over halvparten av kommunene svarer at Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen, og den hyppigste rapporterte konsekvensen er at de har fått flere årsverk. Kommunene har generelt god kjennskap til planen, og mange ser ut til å være godt i gang med utviklingsarbeidet som er forventet. Et annet viktig funn er at hver fjerde eller femte kommune rapporterer at ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten rundt personer med alvorlige lidelser, ikke er tydelig. Rapporten viser også at mange kommuner ser stort potensial for økt digitalisering innen psykisk helse- og rusarbeid. Potensial for økt digital kommunikasjon finnes både mellom tjenesteytere på ulike tjenestenivå, mellom tjenesteytere på samme tjenestenivå og mellom tjenestene og den enkelte bruker. Særlig fremheves behovet for digitale lavterskeltilbud og selvhjelpsverktøy for brukere i hovedforløp 1 og hovedforløp 2.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Jorid Kalseth, seniorforsker

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Jon Harald Kaspersen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

2017:00801

ISBN

978-82-14-06625-8

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall fra psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er tredje rapport i den nye serien. 2015-2017 er uten tidsseriebrudd i årsverksstatistikken.

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

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

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

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

Fra SINTEF har forskningsleder Marian Ådnanes og seniorforsker Jorid Kalseth bidratt med gitt gode innspill i prosjektet, og Mona Eidem har designet omslaget til rapporten.

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet har for denne rapporten vært seniorrådgiver Thor Hallgeir Johansen, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 10. desember 2017



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	9
NASJONALE ÅRSVERKSTALL	9
ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK	10
ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING	10
ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP	10
BRUKERMEDVIRKNING	11
SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	12
ANSVARSFORDELINGEN MELLOM KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN	12
STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020	12
OPPSØKENDE VIRKSOMHET	13
ARBEID	14
DØGNOPPHOLD I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL PASIENTER OG BRUKERE MED BEHOV FOR ØYEBLIKKELIG HJELP	14
PSYKOSOSIAL OPPFØLGING	14
OPPFØLGING BARN OG UNGE	15
PÅRØRENDE	15
SELMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP	16
BOLIGSITUASJONEN	16
KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPASSER) FRA PRIVATE (IDEELLE ELLER KOMMERSIELLE AKTØRER)	17
NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING	17
ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	17
KONKLUSJON	18
1 INNLEDNING	19
1.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	19
1.2 KUNNSKAPSGRUNNLAG	20
EN INTERNASJONAL RAMME	20
NASJONALE FØRINGER	21
FORSKNING	23
NASJONALE PROSJEKTER	24
EU-PROSJEKTER	25
DOKTORGRADSARBEID	27
1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	28
1.4 INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2017	30
1.5 RAPPORTENS INNHOLD OG OPPBYGGING	34
2 DATAGRUNNLAG	35
2.1 INNLEDNING	35

2.2	DATAINNSAMLING	36
2.3	OM RESPONDENTENE – OVER 1000 INVOLVERTE FAGPERSONER	39
2.4	DATAKVALITET OG USIKKERHET	39
	EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS	39
	VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL	40
	PRIORITET I KVALITETSKONTROLLEN I 2017	40
2.5	KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL	40
2.6	ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	40
2.7	FORKORTELSER	41
3	<u>NASJONALE TALL</u>	<u>43</u>
3.1	ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	43
3.2	ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK	43
	TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	43
	TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER	46
3.3	ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	49
	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE	49
	UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE	52
	ANSATTE MED BRUKERERFARING	55
3.4	OPPSUMMERING	55
4	<u>ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK</u>	<u>57</u>
4.1	ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	57
4.2	ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE	58
4.3	ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE	61
4.4	ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	64
4.5	OPPSUMMERING	65
5	<u>HOVEDFORLØP</u>	<u>67</u>
5.1	DATAGRUNNLAG	68
5.2	RESPONS	69
5.3	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)	69
5.4	ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	70
5.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	70
5.6	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	72
5.7	KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)	74
5.8	KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)	76
5.9	OPPSUMMERING	77
6	<u>BRUKERMEDVIRKNING</u>	<u>79</u>

6.1	DATAGRUNNLAG	80
6.2	BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM	80
6.3	SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?	81
6.4	I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?	82
6.5	OPPSUMMERING	82
7	<u>UTFORDRINGER MED DAGENS TILBUD TIL ULIKE BRUKERGRUPPER</u>	83
7.1	DATA OG METODE	83
7.2	UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN VOKSNE MED MILDE ELLER MODERATE PROBLEMER/LIDELSER	84
	ULIKE REFERANSER TIL HVA SOM ER MILDE ELLER MODERATE	84
	MANGLER DAGTILBUD, AKTIVITETSTILBUD, ARBEIDSTILBUD – MOTIVERING TIL DAGLIG AKTIVITET OG SOSIALISERING	87
	UTFORDRINGER MED Å KOMME TIDLIG NOK INN, FANGE OPP GRUPPEN, KOMME I POSISJON	88
	MÅ PRIORITERE DE MEST ALVORLIGE, HAR IKKE TILBUD TIL DE MED LETTERE PROBLEMATIKK	89
	STOR OG ØKENDE ETTERSPOØRSEL, MEN IKKE KAPASITET	91
7.3	UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN VOKSNE MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER	94
7.4	UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN BARN MED MILDE ELLER MODERATE PROBLEMER/LIDELSER	96
7.5	UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN BARN MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER	99
7.6	OPPSUMMERING	106
8	<u>SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN</u>	107
8.1	DATAGRUNNLAG	107
8.2	ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE	108
8.3	SAMARBEIDSAVTALER	111
8.4	UTADRETTET ARBEID I DPS-ENE	113
8.5	OPPSUMMERING	114
9	<u>ANSVARSFORDELING MELLOM KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN, SETT FRA KOMMUNENES SIDE</u>	115
9.1	DATAGRUNNLAG	115
9.2	VOKSNE MED PSYKISKE HELSEPROBLEMER	115
9.3	VOKSNE MED RUSPROBLEMER	118
9.4	BARN OG UNGE MED PSYKISKE VANSKER	120
9.5	BARN OG UNGE MED RUSVANSKER	122
9.6	OPPSUMMERING	124
10	<u>OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020</u>	125
10.1	DATAGRUNNLAG	125

10.2	KJENNSKAP TIL OP-RUS	126
10.3	KONSEKVENSER AV OP-RUS	128
10.4	GRAD AV SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER	132
10.5	KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN	134
10.6	SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING	137
10.7	INTEGRERT RUSFELTET I ORDINÆRT PLANVERK	139
10.8	OPPSUMMERING	139
11	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET</u>	141
11.1	OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM	141
	MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET	142
11.2	FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM	143
11.3	KOMMUNENES ERFARINGER MED FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM	145
11.4	ANDRE INVOLVERTE	146
11.5	OPPSUMMERING	146
12	<u>ARBEID</u>	149
12.1	DATAGRUNNLAG	149
	ETABLERT SAMARBEID OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING	150
12.2	BRUK AV IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	151
12.3	BRUK AV IPS/SE INNEN RUSARBEID	153
12.4	SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK I KOMMUNENE	154
12.5	OPPSUMMERING	155
13	<u>ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD FOR PASIENTER/BRUKERE MED PSYKISK HELSE- OG/ELLER RUSMIDDELPROBLEMATIKK</u>	157
13.1	STATUS I ETABLERING AV ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD INNEN PSYKISK HELSE OG RUS	157
13.2	ORGANISERING AV DØGNPLASSENE	159
13.3	OPPSUMMERING	159
14	<u>PSYKOSOSIAL OPPFØLGING</u>	161
14.1	DATAGRUNNLAG	161
14.2	PROAKTIV PSYKOSOSIAL OPPFØLGING VED KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER	161
14.3	EGEN PLAN FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING ETTER KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER	161
14.4	FORMALISERTE RUTINER FOR HVORDAN PSYKOSOSIALT KRISETEAM SKAL SAMARBEIDE MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER	162
14.5	OPPSUMMERING	163
15	<u>OPPFØLGNING AV BARN OG UNGE</u>	165

15.1	GRAD AV TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING ETTER BEHOV	165
15.2	GRAD AV RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIET SAMARBEID FOR BARN OG UNGE MED VANSKER ELLER LIDELSER	166
15.3	OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE	166
15.4	VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI	167
15.5	OPPSUMMERING	168
16	<u>PÅRØRENDE</u>	169
16.1	DATAGRUNNLAG	169
16.2	VOKSNE PÅRØRENDE	170
16.3	BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE	173
16.4	HEMMENDE OG FREMMENDE FAKTORER FOR Å GI VOKSNE PÅRØRENDE OPPFØLGING	174
16.5	HEMMENDE OG FREMMENDE FAKTORER NÅR DET GJELDER Å GI BARN SOM PÅRØRENDE GOD OPPFØLGING I KOMMUNEN/BYDELEN?	176
16.6	OPPSUMMERING	178
17	<u>SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP</u>	181
17.1	SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER	182
17.2	OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER	185
17.3	TVERRSEKTORIET SAMARBEID	186
17.4	OPPSUMMERING	187
18	<u>BOLIGSITUASJONEN</u>	189
18.1	DATAGRUNNLAG	190
18.2	HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG	190
18.3	HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN RUS/PSYKISK SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON	192
18.4	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR	193
18.5	ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR	194
18.6	OPPSUMMERING	196
19	<u>KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPLOSSER) FRA PRIVATE (IDEELLE ELLER KOMMERSIELLE AKTØRER)</u>	197
19.1	DATAGRUNNLAG	198
19.2	OMFANG AV KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	198
19.3	ENDRINGER I KJØP FRA PRIVATE AKTØRER	201
19.4	OPPSUMMERING	202

20	NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING	203
20.1	POTENSIAL I KOMMUNALT PSYKISK HELSE OG RUSARBEID	204
20.2	OPPSUMMERING	208
21	ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS	209
21.1	DATAGRUNNLAG	209
21.2	NAPHA	210
21.3	KORUS	212
21.4	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)	215
21.5	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)	217
21.6	ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	220
21.7	KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE	222
21.8	OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?	223
21.9	OPPSUMMERING	224
	REFERANSER	225
	VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2017	227

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Våren 2015 ble den første IS-24/8 kartleggingen gjennomført. For første gang hadde kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. 75 prosent av kommunene valgte da felles rapportering for voksne, og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. De øvrige kommunene rapporterte separat på psykisk helse og rus. I 2016 valgte 90 prosent av kommunene å rapportere felles for psykisk helse og rusarbeid for voksne og 87 prosent for barn og unge. I 2017 ble valget om separert rapportering tatt bort, og alle kommunene har derfor rapportert felles for psykisk helse- og rusarbeid.

Å kartlegge årsverk gir ikke nødvendigvis særlig mye informasjon om innholdet i tjenestene. Det er derfor i år, som tidligere, benyttet en rekke åpne spørsmål for å få et kvalitativt datagrunnlag og bedre kunnskap om tjenestene.

Ett av målene med rapporten er at kommunene skal få tips og ideer om hvordan de selv kan drive tjenesteutvikling basert på det andre kommuner deler av erfaringer. Det er derfor benyttet en rekke sitat i teksten, men kommunene er anonymisert og det oppgis kun kommunestørrelse. Det er fagpersoner i kommunene som svarer, og i år, som i fjor, er det over tusen fagpersoner som har deltatt i utfyllingen.

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

NASJONALE ÅRSVERKSTALL

I tabellen under vises årsverkene som er rapportert inn i 2015 -2017. Den siste kolonnen viser at fra 2016 til 2017 økte antall årsverk totalt med fem prosent, fordelt på 7,9 prosent økning i tjenester til barn og unge og 4,3 prosents økning i tjenester til voksne.

Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2016 til 2017

	2015		2016		2017		Endring fra 2016 til 2017 i %
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	
Voksne	10 429	79	11 063	79	11 534	79	4,3
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	3 099	21	7,9
Totalt	13 131	100	13 936	100	14 633	100	5,0

Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2016 til 2017, finner vi at i tjenester til voksne er det en økning fra 27 til 28 årsverk per 10 000 innbygger i tjenester, og en økning fra 25 til 27 årsverk per 10 000 innbygger for barn og unge. Dette betyr at når vi tar hensyn til befolkningsveksten, er veksten på 3 prosent i tjenester til voksne og 8 prosent i tjenester til barn og unge (totalt 4 prosent).

ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK

I tjenester til voksne går det flest årsverk til boliger med fast personell (40 prosent). 25 prosent av årsverkene går til behandling etc., mens 21 prosent går til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 14 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er størst økning i årsverk i boliger med fast tilknyttet personell (6,6 prosent), men det er også økning i de andre tjenestene. Vi observerer en økning på 12,7 prosent totalt i årsverk som går til aktivitet (aktivitetssenter/dagsenter, kultur og fritidstilbud og til arbeidstiltak).

I tjenester til barn og unge, går 49 prosent av årsverkene til kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid", mens 43 prosent går til helsestasjon og skolehelsetjeneste og 8 prosent til aktiviteter, kultur og fritidstiltak. Antall rapporterte årsverk har økt med nær 10 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har gått økt med nærmere 14 prosent. Den største kategorien (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) økte med 5,2 prosent det siste året.

ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er rapportert om 35 flere årsverk utført av psykologer eller psykologspesialister enn i 2016, hvorav 13 er psykologspesialister. Totalt er det nå 163 årsverk i tjenester til voksne som utføres av psykiatere, psykologer eller psykologspesialister. Disse utgjør 1,4 prosent av alle årsverkene som er rapportert i tjenester til voksne.

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. I 2017 ble det rapportert totalt 298 årsverk utført av psykologer, psykologspesialister eller psykiatere, noe som utgjør 25 flere enn i 2016. Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,1 prosent er psykologspesialister og 6,3 prosent er psykologer.

ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP

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

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

For tredje året på rad har norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor de tre hovedforløpene. Over 90 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, og 84 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge ble fordelt på hovedforløp. Fordelingen gjort i 2017 ligger svært nært opp til fjorårstallene: 10 prosent av årsverkene i tjenester til voksne går med til brukere i hovedforløp 1, 27 prosent i hovedforløp 2 og 63 prosent i hovedforløp 3. I tjenester til barn og unge er det en motsatt tendens; her går 48 prosent

av årsverkene til barn og unge i hovedforløp 1, 34 prosent i hovedforløp 2 og 18 prosent i hovedforløp 3.

Kommunene skulle også gi en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. Rundt 70 prosent av kommunene vurderer tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 og 2 til å være godt eller svært godt, mens det tilsvarende tallet for brukere i hovedforløp 3 er 59 prosent. De fleste kommuner vurderer tilbudet til de med lette til moderate problemer/lidelser å være bedre enn tilbudet til de med alvorlige og langvarige lidelser. Sju prosent av kommunene vurderte tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 3 til å være dårlig. Kommunene vurderer tilbudet til barn og unge å være dårligere enn tilbudet til voksne. 41 prosent av kommunene vurderer tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3 til å være godt eller svært godt, mens 19 prosent vurderer det som dårlig eller svært dårlig. Dette er på nivå med tallene for 2016.

Hvis vi ser på ulike kommunestørrelser og i hvilken grad de svarte at tilbudet var godt eller svært godt, ser vi at store kommuner med mellom 20-50 000 innbyggere i mindre grad er fornøyd med tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 og 2, mens 61 prosent av kommunene med denne kommunestørrelsen er fornøyd med tilbudet til brukere i hovedforløp 3. Denne kommunegruppen skiller seg dermed fra de øvrige kommunegruppene i andelen kommuner som svarte godt/svært godt i vurderingen av det samlede tilbudet til voksne. Når det gjelder tilbudet til barn og unge er det særlig de største kommunene som svarte at tilbudet var godt/svært godt, og den forholdsmessige fordelingen på de tre hovedforløpene var relativt lik mellom de ulike kommunegruppene.

En oppsummering av kommentarfeltet til spørsmålene om hovedforløp viser at:

- De største manglene i tilbudet til voksne synes å gjelde ROP-pasienter i hovedforløp 3. Mangel på bolig og tilrettelagte aktivitetstilbud og arbeidsmarkedstiltak etterlyses i år som i fjor.
- Flere kommuner opplever at pasienter blir skrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, og at kommunen ikke er rustet til å ta imot.
- Det rapporteres om store forskjeller mellom psykisk helse- og rustjenestene i enkelte kommuner.
- Det er mindre vanlig å tenke hovedforløp i tjenester for barn og unge, og barn og unge tilhørende hovedforløp 3 forventes å bli behandlet i spesialisthelsetjenesten og ikke i kommunen.
- Flere kommuner rapporterer om et for dårlig tilbud når det gjelder rusproblematikk for de yngste gruppene.

BRUKERMEDVIRKNING

Over 300 av landets kommuner (73 prosent) svarer at de sikrer brukermedvirkning innen rus- og psykisk helse-feltet, men bare 44 prosent av kommunene svarer at de på en systematisk måte har hentet inn brukererfaringer i løpet av de siste 12 månedene. De som har innhentet brukererfaringer systematisk har typisk gjort dette i form av brukerundersøkelser, brukerråd/brukerrepresentant eller i form av feedback-informerte tjenester. Hele 67 prosent av landets kommuner svarer at de i stor

eller svært stor grad jobber recovery-orientert. De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Rundt halvparten av kommunene (49 prosent) oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 27 prosent opplever endring i TSB. Som i 2016 er det flere kommuner som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet enn som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarer at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som er fornøyd med avtalene i 2017 enn i 2016 på alle områdene, og nedgangen i fornøydhet er størst rundt samarbeidsavtalene om voksne med rusmiddelproblemer. Mens 45 prosent av kommunene ikke opplever at det har vært noen endring i DPS-ene sitt utadrettede arbeid de siste 2-3 årene, rapporterte 21 prosent av kommunene om en forverring og 28 prosent av kommunene en forbedring på dette området. Det var særlig i de mest innbyggerrike kommunene at den utadrettede virksomheten til DPS-ene ble rapportert å ha blitt bedre.

ANSVARSFORDELINGEN MELLOM KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Sett fra kommunenes sin side er det utfordringer knyttet til uklare ansvarsfordelinger mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Det er 10 til 19 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder voksne med psykiske helseproblemer. Andelen er høyest for voksne med alvorlige lidelser.

Det er mellom 13 og 21 prosent av kommunene som svarer at ansvarsfordelingen i liten grad er klar når det gjelder voksne med rusproblemer. Andelen er høyest for mennesker med alvorlige rusproblemer.

Det er mellom 11 og 20 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. Også her er det flest som synes det er uklar ansvarsfordeling rundt de mest alvorlige tilfellene.

Det er mellom 19 og 24 prosent av kommunene som svarer at de i liten grad opplever at det er en klar ansvarsfordeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker. Også innen dette området opplever det mindre avklart rundt de med alvorlig problematikk.

Hver fjerde eller femte kommune mener at ansvarsfordelingen rundt personer med alvorlige lidelser i liten grad er tydelig.

STATUS FOR OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020

Kun 16 kommuner (4 prosent) svarer at de ikke er kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), mens 49 kommuner (12 prosent) svarer at de ikke er kjent med at Opptappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene.

Det er 54 prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Den vanligste konsekvensen er at de har fått flere årsverk, og 40 prosent av kommunen oppgir å ha fått det. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer er oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering er oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent har fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området er oppnådd for 21 prosent av kommunene, mens 10 prosent har fått flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer. Større grad av involvering av voksne pårørende erfarer 11 prosent av kommunene og 9 prosent har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft.

Ti prosent av kommunene oppgir at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer.

72 prosent av kommunene svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Andelen øker med kommune størrelse. De fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen, har brukt BrukerPlan (61 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent har benyttet bruker-spør-bruker.

44 prosent av kommunene svarer at de har systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kan være gjennom team sammensatt fra ulike faginstanser (for eksempel SLT-team), formelle tverrfaglige samarbeid eller faste møter med informasjonsutveksling.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

171 kommuner (41 prosent) oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Alle bydelene i Oslo med ett unntak oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Den vanligste aldersgruppen å ha slik oppfølging mot er 13-20 år, men noen kommuner har lavere alder og andre har høyere øvre alder. Målgruppen er typisk risikoutsatt ungdom, de som avslutter skolegangen uten å fullføre, hybelungdom eller alle ungdommer.

Det er 110 kommuner/bydeler (26 prosent) som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team. Det er 49 kommuner (11 prosent) som har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, mens 23 kommuner (5 prosent) som oppgir å ha ACT-team, 20 oppgir å ha FACT-team (5 prosent) og 27 annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (6 prosent). Det er 18 kommuner/bydeler (4 prosent) som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er oppsøkende rusteam, ROP-team, samhandlingsteam, OR team (Oppsøkende Rehabiliteringsteam), psykoseteam, bo-oppfølgingstjeneste, AFO-team (Ambulerende fleksibel oppfølging) eller FAS-team (Forpliktende ambulant samhandlingsteam).

Kommunenes erfaring med flerfaglige oppsøkende team er generelt svært gode. Fordelene som trekkes frem er at det er kompetansehevende for kommunens ansatte, at spesialisthelsetjenesten

får forståelse for hvilke utfordringer brukerne lever under og hvilke utfordringer de kommunale tjenestene jobber med, og at det er erfaringsutveksling mellom tjenestenivå på metode og tilnærming.

ARBEID

Det er 257 kommuner/bydeler (58 prosent) som svarer at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Det er ikke noen tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og hvorvidt de har etablert samarbeid eller ikke.

Det er 83 kommuner/bydeler (19 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helse øker systematisk med kommunestørrelse.

Det er 70 kommuner/bydeler (16 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid øker systematisk med kommunestørrelse.

Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene beskrives å være god fra 52 prosent av kommunene, mens 38 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige 10 prosent svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig).

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

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

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

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

PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

Det er 405 kommuner/byder av 418 som svarer at de tilbyr innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer (97 prosent). Det er ingen tydelig systematikk blant de som svarer at de ikke tilbyr proaktiv psykososial oppfølging i forhold til kommunestørrelse eller fylke, men det er få kommuner det gjelder.

Det er 394 kommuner/bydeler av 416 som svarer at de har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer (95 prosent). Det er ingen tydelig systematikk blant de

som svarer at de ikke har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer i forhold til kommunestørrelse eller fylke, men det er få kommuner det gjelder.

Det er 222 kommuner/bydeler av 415 som svarer at det er laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner (53 prosent). Det er også her lite systematisk variasjon etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet.

OPPFØLGING BARN OG UNGE

Det er 70 prosent av kommunene som svarer at de i stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Resten av kommunene, med få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Nær 80 prosent av kommunene svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksis.

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

Det er 91 prosent av kommunene som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Det er utelukkende kommuner med færre enn 10 000 innbyggere som ikke har virksomme prosedyrer.

PÅRØRENDE

Når vi spør kommunene hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende, finner vi at 10 prosent av kommunene mener de ivaretar voksne pårørende for voksne med rusmiddelproblemer på en dårlig måte, og 7 prosent mener de ivaretar voksne pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser på en dårlig måte. Når det gjelder voksne som pårørende til barn og unge, er det 3 prosent av kommunene som oppgir at de får dårlig oppfølging om barnet har psykiske vansker/lidelser og 7 prosent av kommunene som oppgir at de får dårlig oppfølging om barnet har rusmiddelproblemer.

Eksempler på hemmende faktorene for å få til godt pårørendearbeid for voksne pårørende, er at bruker selv ikke ønsker involvering av pårørende og at det er lite tradisjon for å jobbe med hele familien når brukeren er voksen. Når det gjelder barn og unge, er foreldrene i stor grad involvert i tilbudet. Eksempler på fremmende faktorene for voksne pårørende er at pårørende i utgangspunktet er en viktig aktør i brukernes liv og at det er tjenestene er tilgjengelig for pårørende.

Når vi spør kommunene hvordan de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende, finner vi at 11 prosent av kommunene mener de ivaretar barn og unge pårørende for voksne med rusmiddelproblemer på en dårlig måte, og 9 prosent mener de ivaretar barn og unge som pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser på en dårlig måte. Det er altså rundt 90 prosent av

kommunene som oppgir at de på en middels eller god måte ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende.

Eksempler på hemmende faktorene for å få til godt pårørendearbeid for barn og unge er brukernes motvilje til involvering av barna, at det er lite samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for barn og unge og at tjenestene ikke kartlegger brukernes familiesituasjon i tilstrekkelig grad. Fremmede faktorer er for eksempel god kommunikasjonsflyt mellom tjenester og et sterkt familiefokus i tjenestene.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

40 prosent av kommunene har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 20 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Nesten halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 27 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Det er 22 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 23 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene.

Det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep har forbedringspotensial i en stor andel av kommunene. Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at samarbeidet i disse sakene i stor grad er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke, men flere kommuner i Vestfold og Rogaland kan se ut til å ha relativt flere kommuner med tilfredsstillende samarbeid sammenliknet med kommuner i andre fylker.

BOLIGSITUASJONEN

Det er 60 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, og dette er en økning på to prosentpoeng fra 2016. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere.

Det er 22 prosent av kommunene som svarer at Husbankens ordninger i liten grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune. Andelen som mener dette, faller med kommunestørrelse med unntak av de aller minste kommunene.

På spørsmål om endringer i boligsituasjonen siste år, er det 5 prosent av kommunene som svarer at det er en forverring innen psykisk helsearbeid og 10 prosent som svarer at det er en forverring innen rusarbeid. Men som i 2016, er det i 2017 mange flere kommuner som opplevde en bedring (om lag hver tredje kommune) enn en forverring.

KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPASSER) FRA PRIVATE (IDEELLE ELLER KOMMERSIELLE AKTØRER)

Det er 53 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de ikke kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, sammenliknet med 56 prosent i 2016. Noen flere kommuner kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, men den tydeligste utviklingen er at flere kommuner har inngått rammeavtaler med private kommersielle aktører heller enn å kjøpe enkeltplasser. Kommunestørrelse har stor betydning for om kommunen kjøper tjenester eller ikke. Det er særlig en tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og kjøp fra private kommersielle aktører. Mens ingen av kommunene med under 2000 innbyggere, og 4 prosent av kommunene med 2000-5000 innbyggere, er det 36 prosent av kommunene med over 50000 innbyggere og 94 prosent av bydelene i Oslo som har inngått rammeavtaler med private kommersielle aktører. Det er også betydelig geografisk variasjon ellers i landet, og kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, har særlig lite omfang i trøndelagsfylkene.

NY TEKNOLOGI OG DIGITALISERING

Det er store forventninger til at de kommunale tjenestene skal digitalisere tjenestene og ta i bruk ny teknologi. Men det er lite kunnskap om potensialet innen det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Vi inkluderte derfor følgende spørsmål i årets kartlegging: Ser dere et potensial for økt bruk av teknologi og digitale løsninger i forbindelse med oppfølging av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og i så fall på hvilken måte?

Det er 332 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (75 prosent) om de ser et potensial for økt bruk av teknologi og digitale løsninger i forbindelse med oppfølging av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. De aller fleste svarer at de ser et betydelig potensial, men noen svarer at en stor del av brukergruppen har alvorlige utfordringer slik at de først og fremst har behov for menneskelig oppfølging.

Digitale og mobile løsninger for journalføring slik at denne kan føres når tjenesteyterne er hjemme hos brukerne, trekkes frem som et betydelig potensial.

Mange ser stort potensial i digital kommunikasjon. Både mellom tjenesteytere på ulike tjenestenivå, tjenesteytere på samme tjenestenivå og mellom tjenestene og den enkelte bruker. Særlig at det kan avholdes møter med bruker og tjenesteytere når bruker er hjemme fremheves som viktig, særlig der det er lang reisevei mellom tjenestene og brukeren.

Det aller største potensialet ifølge kommunene, er digitale lavterskeltilbud med gode selvhjelpsverktøy særlig for hovedforløp 1 og hovedforløp 2.

ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Det er få kommuner som nå ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten. KORUS-ene er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (86 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (80 prosent). NAPHA har vært benyttet av 65 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 59 prosent av kommunene. Det er 52 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten.

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

KONKLUSJON

Det er over halvparten av kommunene som har svart at Opptrappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen og den vanligste konsekvensen er at de har fått flere årsverk. Dette er positivt og det blir viktig å følge utviklingen gjennom planperioden. Det er god kjennskap til planen og kommunene virker å være godt i gang med utviklingsarbeidet som er forventet.

Det er naturlig nok stor variasjon i hvor godt tilbudene er utviklet i kommunene. Noen av de store kommunene har bygget ut og utviklet tjenester for alle typer hovedforløp, mens andre kommuner har lite ressurser, og vil ikke være i stand til å oppfylle de store forventningene som stilles til dem.

Det forventes at kommunene skal etablere gode tilbud både til voksne og barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. Dette vil i mange kommuner være urealistisk å gjennomføre med tanke på innbyggertall og heterogeniteten i ulike typer lidelser som krever spesialistkompetanse. Størrelsen på diagnosegruppene tilsier at hver kommune vil ha relativt få av de alvorlige tilfellene, og dermed ikke mulighet til å bygge kompetanse rundt en større gruppe brukere, som spesialavdelingene i spesialisthelsetjenesten kan gjøre. At mennesker med alvorlige lidelser blir overlatt til kommunene som ikke har spesialistkompetanse, eller at kommunene ikke mottar tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, skaper store utfordringer i mange kommuner. Kommunene blir i mange tilfeller hovedansvarlig for alle forløp. Gjennom kunnskap fra tematisk tilgrensende forskningsprosjekter SINTEF utfører, samt kommentarer gitt i IS-24/8-rapporteringen, kan det også se ut til at spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse (psykisk helsevern) noen steder gradvis mister kompetanse på en del områder fordi de ikke lenger behandler de sykeste. For barn og unge, rapporterer flere kommuner at de erfarer at BUP utreder og diagnostiserer, men at de gjør lite etterpå.

Det er fortsatt svært viktig at utviklingen i spesialisthelsetjenesten er på linje med rammebetingelsene i kommunene og totaliteten i oppgavene som skal løses. Vi vil også minne om at målgruppen innen psykisk helse og rusfeltet i kommunene er relativt liten sammenliknet med andre behovsgrupper for det kommunale tjenestetilbudet, og at smådriftsulempene i små kommuner er betydelige på dette området av samme grunn.

1 INNLEDNING

Kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Psykisk helse- og rusarbeid utføres hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten, men også andre sektorer og tjenester i kommunen er involvert (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet 2014).

1.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

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

I 2017 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for tredje gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene i våren 2017.

Det var i 2015 og 2016 mulig å rapportere separat for psykisk helse og rusarbeid, men i 2016 var det relativt få kommuner som valgte separat rapportering. I 2017 ble denne muligheten fjernet fordi det var unødvendig mange rapporteringsmuligheter (separat voksne/felles barn og unge, felles voksne/felles barn og unge, separat voksne/separat barn og unge, felles voksne/separat barn og unge).

Tabell 1.1 Prosent kommuner etter valgt rapporteringsmåte, 2015 - 2017.

	Voksne			Barn og unge		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Felles psykisk helse og rus	75	90	100	61	87	100
Separat for psykisk helse og rusarbeid	25	10	0	39	13	0
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	428	428	426	428	428	426

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

1.2 KUNNSKAPSGRUNNLAG

EN INTERNASJONAL RAMME

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) kan 14 prosent av den globale sykdomsbyrden tilskrives mentale, nevrologiske og rusmiddelrelaterte lidelser. De fleste som har disse lidelsene har ikke tilgang til den behandlingen de trenger. Dette er bakgrunnen for at WHO i 2008 startet en egen opptrappingsplan "Mental Health Gap Action Programme"¹, der målet er å skalere opp tjenester til denne brukergruppen over hele verden i form av konkrete tiltak. Prioriterte områder er depresjon, schizofreni og andre psykotiske tilstander, selvmord, epilepsi, demens, rus (alkohol/narkotika-relaterte tilstander) og psykiske lidelser blant barn og unge (WHO 2008). I en nylig publisert artikkel i *World Psychiatry* skriver Thornicroft et al. (2016) at det nå implementeres evidensbaserte tiltak i henhold til denne planen i over 90 land rundt om i verden. Artikkelen definerer lokalt psykisk helse- og rusarbeid som de tiltak og praksiser som trengs for å ivareta den psykiske helsen i en lokalbefolkning (Thornicroft, Deb et al. 2016). Dette gjøres i form av:

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

I internasjonal sammenheng bruker Norge mye ressurser på å gi befolkningen de helsetjenestene de trenger, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I Thornicroft et al. (ibid.) vil Norge befinne seg i kategorien "high-resource setting" med et relativt avansert tjenestetilbud på begge tjenestenivå. Utgifter til helsetjenester utgjorde 10 prosent av brutto nasjonalprodukt i 2015 (311 milliarder kroner, ca. 60 000 kroner per innbygger²). Selv om budsjetten stadig øker har det likevel vært vanskelig å måle hvorvidt kvaliteten på tjenestene har blitt bedre – særlig innen psykisk helse- og rusfeltet. Skjeldal (2015) skriver i et bokessay om psykiater Trond Aarres bok *Manifest for psykisk helsevern* (2010) og psykolog Peter Kindermans bok *A Prescription for Psychiatry* (2014) om hvordan forfatterne er samstemte i hvordan hhv. Norge og Storbritannia må utvikle tjenestene sine til de brukerne psykisk helsearbeid- og rusarbeid (og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) retter seg mot. Begge vil bort fra en biologisk forklaringsmodell på psykiske problemer og lidelser, og over til en mer psykososial forklaringsmodell, og begge har fokus på at tjenestene i all hovedsak må ytes der folk bor – i kommunene (Aarre 2010, Kinderman 2014, Skjeldal 2015). I følge Skjeldal (2015) skisserer Kinderman (2014) åtte punkter for endring i sitt manifest:

- 1) Tjenestene må baseres på at opphavet til psykiske lidelser i størst grad er sosialt betinget.
- 2) Tjenestene må erstatte "diagnoser" med rendyrkede beskrivelser av problemer.
- 3) Tjenestene bør radikalt redusere medisinbruken, og bruke den pragmatisk heller enn å presentere medisiner som "behandling".
- 4) Tjenestene må skreddersy hjelpen til den enkeltes unike og komplekse behov.
- 5) Tjenestene må tilby omsorg, ikke tvang.

¹ http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

² <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>

- 6) Tjenestene må bli radikalt annerledes, må være multidisiplinære, demokratiske og basert på en psykososial modell.
- 7) Tjenestene må være under lokal kontroll (lokale og fellesskapsbaserte tjenester må være kommunale).
- 8) Vi må etablere sosiale forutsetninger for ekte mental helse og velvære (beskyttelse fra mobbing, omsorgssvikt, avvising og mishandling som er årsaken til mange psykologiske problemer).

I det følgende går vi gjennom noen sentrale nasjonale føringer og ny forskning på psykisk helse- og rusfeltet.

NASJONALE FØRINGER

I Prop. 15 S (2015-2016) defineres *Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (OP-rus)*³. OP-rus er innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet, et rusproblem. Disse skal sikres et bedre tilbud og gode tjenester i nærmiljøet, samt at det skal ses nærmere på innsatsen etter behandling (oppfølging), og det skal skapes muligheter for mestring gjennom meningsfulle aktiviteter og fritid. Det skal også sørges for en god bolig. Planen har dermed et fokus på tjenesteyting og kommuner, og hvordan innsatsen innrettes for å samarbeide på kommunalt nivå for å yte gode tjenester, men også hvordan det samarbeides med Distriktpsikiatriske sentra (DPS) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Fylkesmannen og andre kompetansesentra, samt med frivillige organisasjoner, inkludert bruker- og pårørendeorganisasjoner.

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

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

Innenfor rammen av målsettingene omfatter planen 77 "Regjeringen vil"-punkter som plasserer seg på ulike nivåer i styringssystemet. Noen ligger hos Helsedirektoratet, som å revidere veilederen "Fra bekymring til handling", eller hos andre aktører på sentralt nivå, for eksempel har Husbanken ansvaret for "Bolig for velferd". Noen tiltak er også fortsatt på utrednings-/utviklingsstadiet, som utvikling av pakkeforløp. Opptappingsplanen for rusfeltet er under evaluering av FAFO på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF leverer statistikk til Fylkesmannen i forbindelse med deres oppfølging av OP-rus i kommunene, og utarbeider et kapittel om status i kommunene i denne rapporten (se kapittel 10).

Et annet plandokument som er relevant for psykisk helse- og rusarbeid er Kompetanseløft 2020 (K2020), regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Planen er lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop.

³ Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020.

1S (2015-2016)). K2020 er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen)*, Omsorg 2020 (regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020) og Prop. 15S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (beskrevet over).

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

I november 2016 ble det lansert en veiviser for boligstrategien www.veiviseren.no som utgjør en digital verktøykasse utviklet primært for tjenestetilbudet i kommunene, men også for ansatte i andre instanser som jobber med å bosette vanskeligstilte i boligmarkedet. Veiviseren er utviklet i et samarbeid mellom kommunene, Fylkesmannen og ulike brukerorganisasjoner. Seks direktorat står ansvarlige for Veiviseren: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet.

I Stortingsmeldingen "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet" (Helse-, og et al. 2014) står det at for å sikre en framtidsrettet og pasientorientert tjeneste må man i sterkere grad enn i dag vektlegge brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Tjenestene må i større grad forutsettes å ha et mer aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for, heller enn å bare respondere på individuell etterspørsel. Slik skal de også nå folk som i liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot de som har de største behovene. Det er også et mål at psykisk helse og rus løftes tydeligere fram.

Etter avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har ikke Norge hatt en helhetlig plan eller strategi for psykisk helsefeltet. Regjeringen Solberg besluttet derfor å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, med særlig fokus på barn og unge, som kan danne grunnlaget for en opptrappingsplan. I august 2017 ble derfor følgende strategi lagt frem: *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. De fem overordnede målene for strategien var:

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

FORSKNING

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

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

Flodgren og Meneses, 2017:8

Folkehelseinstituttet har også evaluert prosjektet Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) (Smith, Alves og Knapstad, 2016). Evalueringen viser en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon etter behandling på tvers av de tilbudte behandlingsformene, men noe mindre reduksjon for klienter som mottok gruppekurs sammenlignet med klienter som mottok veiledet selvhjelp eller ansikt-til-ansikt behandling. Evalueringen har brukt et forskningsdesign uten kontrollgruppe og kan derfor ikke si om de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen eller om folk har blitt friske av seg selv. De har derfor nå startet en randomisert kontrollert studie (RCT) i Kristiansand og Sandnes for å finne ut dette, og resultatene er forventet å foreligge primo 2018.

Det publiseres få artikler som omhandler systemnivået i psykisk helse- og rusarbeid. Ut over offentlige plan- og styringsdokumenter er det få publikasjoner om ressursbruk (årsverksinnsats) og prioritering i disse tjenestene – både her til lands og internasjonalt.

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

opplevelser brukerne har av forskjeller i det å samarbeide med erfaringsmedarbeidere versus fagpersoner. I sin konklusjon skriver Karlsson m.fl. (s. 19):

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

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

De årlige SINTEF-rapportene basert på IS-24/8-rapporteringen er ment som et styringsverktøy for sentrale, regionale og lokale myndigheter og dekker en bred tematikk. Det ligger utenfor rammene til prosjektet å gi noen overordnet litteraturoppsummering på alle felt. Det vil imidlertid refereres til forskning i de enkelte kapitler der aktuell forskning er synlig og tilgjengelig. I tillegg til det som publiseres fra de ulike kompetansesentrene, utføres IS-24/8-prosjektet i en forskningsgruppe som arbeider med ulike prosjekter innen psykisk helse. SINTEF har lang tradisjon for forskning på tjenester til mennesker med psykiske lidelser, og vi benytter her anledningen til å informere om relevante resultater fra våre forskningsprosjekt.

NASJONALE PROSJEKTER

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

Artikkelen "Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census" ble publisert i *Nordic Journal of Psychiatry* i 2017 (Ose, Lilleeng et al. 2017). Bakgrunnen for denne artikkelen var at negative presseoppslag om personer med alvorlige psykiske helseproblemer og risikovurderinger basert på situasjonen til døgnpasienter i psykisk helsevern gjør at voldsrisikoen overestimeres for pasienter i psykisk helsevern generelt. Basert på datagrunnlag fra pasientkartleggingen fant vi at prevalensen for en viss voldsrisiko var 32 prosent blant døgnpasienter og 8 prosent blant polikliniske pasienter. Om dette vektet i forhold til antall pasienter, finner vi at mindre enn 2 prosent av alle pasientene i psykisk helsevern har høy risiko for voldelig adferd. Konklusjonen fra artikkelen var at stigma knyttet til farlighet og voldsrisiko for pasienter i psykisk

helsevern, ikke er konsistent med at det er lav eller moderat voldsrisiko for 98 prosent av pasientene i psykisk helsevern.

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

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

EU-PROSJEKTER

SINTEF har de senere årene deltatt i flere internasjonale prosjekter der psykisk helse er et sentralt tema. European Welfare Models and Mental Wellbeing in Final Years of Life (EMMY, 2017-2019) skal ved bruk av ulike metoder studere betydning av velferdssystemer på psykisk velvære blant eldre. Prosjektet er et samarbeid mellom forskere fra fire land (Finland, Italia, Spania og Norge)⁴.

EU-prosjektet "Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalisation by Record Linkage of Large Administrative Data Sets (CEPHOS-LINK, April 2014 til mars 2017)" var et sekslands samarbeid for å sammenlikne reinnleggelse i psykisk helsevern (Finland, Østerrike, Romania,

⁴ [https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/european-welfare-models-and-mental-wellbeing-in-final-years-of-life-emmy-](https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/european-welfare-models-and-mental-wellbeing-in-final-years-of-life-emmy)

Slovenia, Italia og Norge). Som del av dette prosjektet ble det publisert en serie litteraturstudier⁵. SINTEF var ansvarlig for artikkelen "Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature" som ble publisert i *BMC Psychiatry* i 2016. Reinnleggelser i psykisk helsevern har vært studert lenge. Et viktig spørsmål er i hvilken grad reinnleggelser, i tillegg til pasientens behov, kan knyttes til kjennetegn ved behandlingssystemet eller tjenestesystemet mer generelt som pasientene er en del av. Litteraturgjennomgangen viser at det er et begrenset antall analyser av betydningen av systemvariable. Studiene viser typisk forskjeller i reinnleggelser mellom ulike geografiske områder, men disse knyttes ofte ikke til spesifikke faktorer. Det er for få sammenlignbare studier til å trekke sterke konklusjoner om enkeltvariable, men litteraturen peker i retning av negativ sammenheng mellom reinnleggelser og gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus og etterbehandling og oppfølging etter utskrivning. Registerdatanalysene av reinnleggelser i de seks landene viste at Norge har relativt sett høy reinnleggingsrate. Analyser av de norske dataene viser at det er store forskjeller mellom helseforetaksområdene og at det er flere pasientgrupper som har forhøyet sannsynlighet for å bli reinnlagt og som bør følges opp spesielt, herunder unge pasienter, ROP-pasienter og pasienter med psykosedidiagnose⁶.

EU-prosjektet "REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTAl health care (REFINEMENT, 2011-2013)" utviklet verktøy for å studere og sammenlikne ulike lands systemer innen psykisk helse (finansiering, organisering, tilgjengelighet, pasientforløp, kvalitet etc.) og var et samarbeid mellom ni europeiske land (Italia, Østerrike, Storbritannia, Finland, Spania, Estland, Frankrike, Romania og Norge)⁷. Verktøyene kan også brukes for å sammenligne tjenester mellom områder innad i et land. Beslutningsstøtteverktøyene finnes på prosjektets hjemmeside⁸. Der finnes også en samling av eksempler på bruk av verktøyene i åtte studieområder i Europa⁹. Artikkelen "Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the research on financing systems' effect on the quality of mental health care mapping services tool research protocol and its contribution to better integrated care" ble publisert i *International Journal of Integrated Care* i 2015 (Salvador-Carulla, Amadeo et al. 2015). Artikkelen beskriver og diskuterer REMAST-verktøyet (REFINEMENT MAPPING Services Tool), som kombinerer en rekke standardiserte helsetjenesteforskningsinstrumenter og geografiske informasjonssystemer (GIS) for å utvikle lokale atlaser. Anvendelse av deler av REMAST-verktøyet er vist i artikkelen "Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries" som ble publisert i *Epidemiology and Psychiatric Sciences* i 2017 (Gutiérrez-Colosía, Salvador-Carulla et al. 2017). I denne studien var formålet å kartlegge alle tjenestene innenfor et valgt studieområde i hvert land ved bruk av et felles standardisert åpent tilgjengelig system (DESDE-LTC). Alle offentlig finansierte psykisk helsetjenester for voksne (≥ 18 år) ble kodet. Tjenestetilgjengelighet, sammensetning og kapasitet ble sammenlignet på tvers av disse åtte områdene. I Norge var Sør-Trøndelag studieområdet. Sammenligningen viste betydelig variasjon i tilgjengelighet og kapasiteten i tjenester til mennesker med psykiske lidelser

⁵ <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/comparative-effectiveness-research-on-psychiatric-hospitalisation/publications-and-presentations>

⁶ <https://www.thl.fi/documents/189940/2732416/7+NORWEGIAN+POLICY+BRIEF.pdf/c96d5251-8cb2-4ea6-9947-bb95fb937f6f>

⁷ <http://www.refinementproject.eu/>

⁸ <http://www.refinementproject.eu/results.php>

⁹ http://www.refinementproject.eu/APPENDIX_REFINEMENT_Decision_Support_Toolkit.pdf

mellom områder i Europa. Sør-Trøndelag var kjennetegnet ved en stor grad av desentraliserte tjenester samtidig som det var relativt sett sykehusintensivt (høy sengerate, inkludert DPS-senger). Artikkelen "The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment" ble publisert i *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* i 2017. Artikkelen beskriver prosessen og metodikken som ble brukt for å lage en felles terminologi innenfor REFINEMENT-prosjektet og viser hvor komplekst det er å sammenlikne psykisk helsesystemer på tvers av land.

"Project Integrate" (September 2012-august 2016) var et EU-prosjekt som undersøkte betingelser for god omsorg og integrerte tjenester for personer med kroniske lidelser gjennom å studere utvalgte case og analysere tverrgående problemstilling knyttet til brukermedvirkning, tjenstedesign, IT, og finansieringsystemer. Psykiske helse var ett av fire case i prosjektet (to lokale psykisk helsetjenestesystemer i Sverige med ulik tilnærming til tjenesteintegrasjon), og en nærmere beskrivelse finnes på hjemmesiden til prosjektet.¹⁰ SINTEF var ansvarlig for rapport om betydning av organisering av finansiering og betalingsmodeller, der også de to svenske tjenestemodellene innen psykisk helse diskuteres¹¹. Artikkelen "How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond" ble publisert i *International Journal of Integrated Care* i 2017 (Borgermans, Marchal et al. 2017). Artikkelen gir en oversikt over erfaringer og kritiske suksessfaktorer mht politikktutforming for bedre og mer integrerte tjenester til mennesker med kroniske lidelser, og viser til behov for paradigmeskifte hvor pasienten og ikke tjenestene/profesjonene er "at the centre of the universe". Dette vil ha vidtrekkende konsekvenser for tjenestesystemene og innebærer en kompleks og krevende endringsprosess.

DOKTORGRAD SARBEID

Gruppe for helsetjenesteforskning i SINTEF inngår i et GEMINI-forskningscenter med NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Høsten 2017 har tre SINTEF-forskere disputert for Ph.d. i samfunnsmedisin gjennom ulike samarbeid. To av doktorgradene omhandler psykisk helse, utført av Eva Lassemo og Silje L. Kaspersen. Artiklene som er beskrevet i det følgende, er fra disse doktorgradsarbeidene.

Artikkelen "Predicting disability pension – depression as hazard: a 10 year population-based cohort study in Norway" ble publisert i *International Journal of Methods in Psychiatric Research* i 2016 (Lassemo, Sandanger et al. 2016). Dette var et samarbeid mellom SINTEF, Universitetet i Tromsø, Kreftregisteret og Nordlandssykehuset HF. Artikkelen undersøker om diagnostiserbar depresjon er en risikofaktor for senere uføretrygding. Bakgrunnen var at kunnskap om sammenhenger mellom psykiske diagnoser og uføretrygding er mangelfull. Resultatene viser at depresjon siste år, samt gjennom hele livet, er forbundet med økt risiko for uføretrygd for både kvinner og menn.

Artikkelen "The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders" ble publisert i *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* i 2017 (Lassemo, Sandanger et al. 2017). Dette arbeidet ble også gjennomført i samarbeid mellom SINTEF, Universitetet i Tromsø, Kreftregisteret og Nordlandssykehuset HF. Artikkelen beregner blant annet insidens og prevalens av potensielt traumatiske hendelser (PTE) og post-traumatisk

¹⁰ <http://www.projectintegrate.eu.com/>

¹¹ <http://www.projectintegrate.eu.com/integrated-care/resource/articles/financial-models-for-care-integration>.

stresslidelse (PTSD). Bakgrunnen var at slike tall ikke eksisterte for den norske befolkningen. Resultatene viser at årlig blir 9405 kvinner og 12961 menn eksponert til PTE, og at årlig utvikler 1176 kvinner og 327 menn PTSD. Til enhver tid lever hhv 34309 og 20220 norske kvinner og menn med PTSD.

Artikkelen "Potentially traumatic events as predictors of disability pension: A 10-year follow-up study in Norway" ble publisert i *Scandinavian Journal of Public Health* i 2016 (Lassemo and Sandanger 2017). Arbeidet ble utført av SINTEF i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Artikkelen undersøker om PTE og diagnostiserbar PTSD er risikofaktorer for uføretrygd. Bakgrunnen var at denne kunnskapen ikke eksisterer. Resultatene viser at blant kvinner medfører traumer som er av en person-rettet art økt risiko for uføretrygd. For kvinner som fyller de diagnostiske retningslinjene for PTSD er risikoen enda høyere.

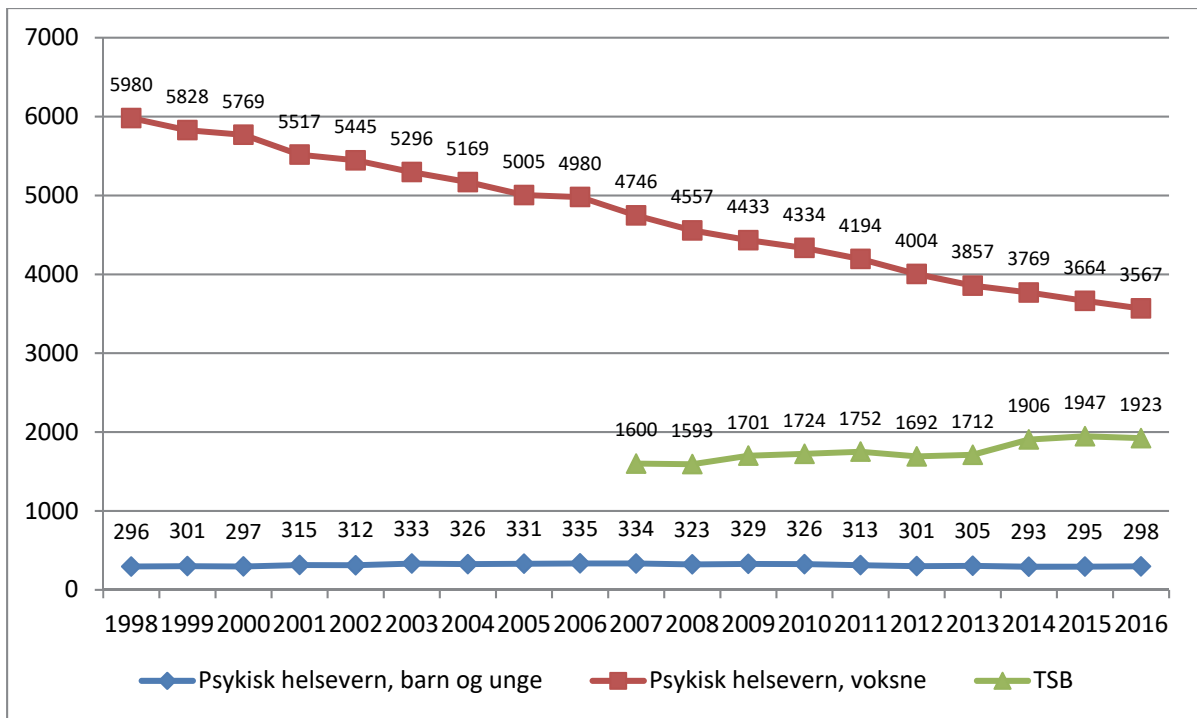
Silje L. Kaspersen har studert sammenhengen mellom nedbemanning, arbeidsledighet og helse i den norske arbeidspopulasjonen ved hjelp av omfattende registerdatakoblinger. For å måle psykisk helse har hun blant annet brukt data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), og uttak av medisiner mot depresjon, angst, søvnproblemer og psykotiske tilstander (Reseptregisterdata). Kaspersen finner at det å gå gjennom nedbemanninger og arbeidsledighet slår kraftig ut på arbeidstakerses psykiske helse. For eksempel er risikoen for å starte opp med antidepressiva første gang, nær tredoblet på det tidspunktet du varsles om at du kommer til å miste jobben – sammenliknet med perioder tidligere i livet der du ikke var arbeidsledig. Kaspersens arbeid har resultert i følgende publiserte artikler:

Artikkelen "Employees' drug purchases before and after organizational downsizing: a natural experiment on the Norwegian working population (2004-2012)" ble publisert i *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* i 2017 (Kaspersen, Pape et al. 2017). Artikkelen "Unemployment and initiation of psychotropic medication: a case-crossover study of 2 348 552 Norwegian employees" ble publisert i *Occupational and Environmental Medicine* i 2016 (Kaspersen, Pape et al. 2016). Artikkelen "Health and unemployment: 14 Years of follow-up on job loss in the Norwegian HUNT Study" ble publisert i *European Journal of Public Health* i 2016 (Kaspersen, Pape et al. 2016).

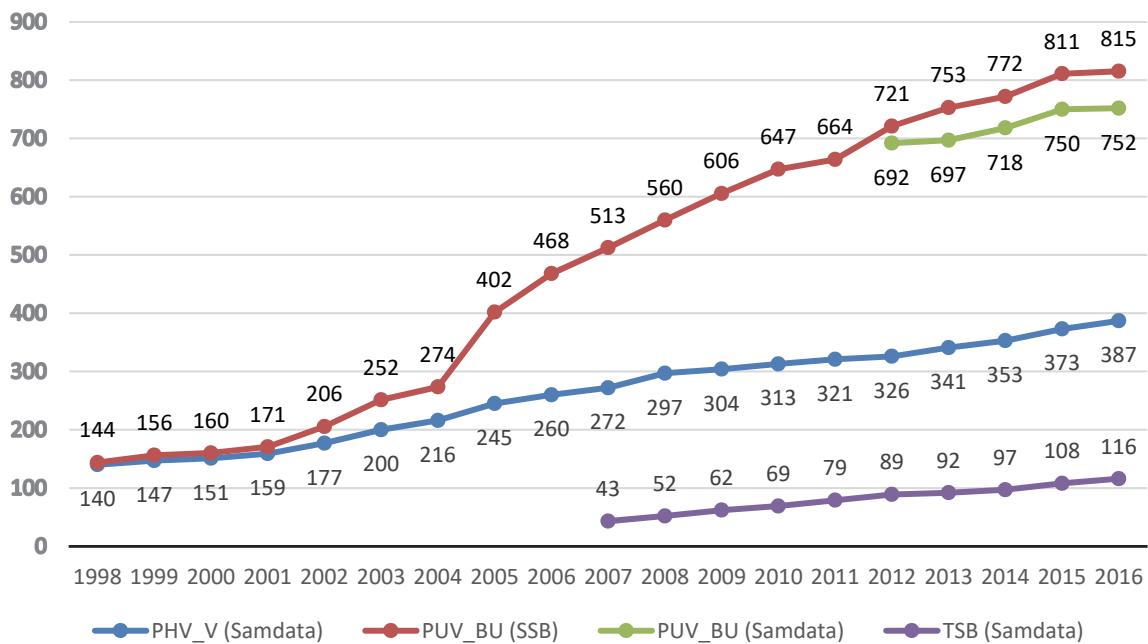
1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

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



Figur 1.1 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2016. Kilde: SAMDATA, HelseDirektoratet.



Figur 1.2 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: SSB og Samdata 2016.

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

1.4 INNHOLD I KARTLEGGINGEN 2017

Innhold i kartleggingen våren 2017 er vist i tabell 1.2.

Tabell 1.2 Innhold i IS-24/8 skjema i 2017

Tema	Inkluderte spørsmål
Del 1:	Årsverk etter tiltak og utdanning
Årsverksinn- sats, tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/ lidelser og/eller rus- problemer	<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</p>
Årsverksinn- sats, tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/ lidelser og/eller rus- problemer	<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</p>
Årsverk fordelt på utdannings- grupper (separat voksne og barn/unge)	<p>Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 2. Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 3. Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 4. Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 5. Psykiatere? 6. Psykologer? 7. Psykologspesialister? 8. Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 9. Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 10. Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning? 11. Har noen av årsverkene rapportert over brukererfaring? Hvis ja, hvor mange? <p>Kommentarer</p>
	Årsverk etter hovedforløp
Årsverksinn- sats, hoved- forløp (separat voksne og barn/unge)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 2. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) <p>Kommentarer</p>

Situasjons- bilde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser? 2. Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? 3. Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser? 4. Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? 5. Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen barn og unge med milde eller moderate problemer/lidelser? 6. Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? 7. Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser ? 8. Hva kan gjøres for å bedre tilbudet?
Del 2:	Opptappingsplan rus, oppsøkende virksomhet og brukermidvirkning m.m
OP-rus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er kommunen/bydelen kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020) 2. Er kommunen/bydelen kjent med at det med Opptappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene? 3. Har Opptappingsplanen for rusfeltet hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil? <ul style="list-style-type: none"> • Flere årsverk • Økte midler til kompetanseheving på rusområdet • Økt kapasitet i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten • Økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten • Flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer • Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer • Økt brukerinvolvering • Vi har i større grad involvert voksne pårørende etter at Opptappings-planen trådte i kraft • Vi har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappings-planen trådte i kraft • Annet, hva 4. I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer? 5. Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene? <ul style="list-style-type: none"> • BrukerPlan • Ungdata • Bruker-spør-bruker • Annet, hva 6. Har kommunen/bydelen et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk? Om ja, beskriv kort systemet for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon: 7. I hvilken grad har kommunen integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk?
Oppsøkende virksomhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)? Om ja, kan dere beskrive målgruppen: 2. Har kommunen flerfaglige oppsøkende team? <ul style="list-style-type: none"> • ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelse-tjenesten) • FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelset-jenesten) • Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) • Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge • Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam • Andre typer team 3. Hva er kommunens erfaringer med flerfaglige oppsøkende team? 4. Har kommunen andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulant (som ikke er dekket av de foregående spørsmålene f.eks. kommuneoverlege, psykolog i kommunen, helsesøster etc.)? Hvis ja, spesifiser nærmere:
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Om ja; hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene etablert?

Arbeidstiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet? 2. Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid? 3. Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid? 4. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV?
Brukermedvirkning og brukerorientering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2016? Vennligst oppgi svaret i hele kroner? 2. Slik dere vurderer det, sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiskhelsefeltet? 3. Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.) 4. På hvilken måte har kommunen innhentet brukererfaringer? 5. I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert?
Del 3	Oppfølging av barn/unge og pårørende, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, boligsituasjon m.m.
Oppfølging av barn og unge	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov? 2. I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser? 3. Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge? 4. Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?
Pårørende	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for voksne med rusmiddelproblemer 2. Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser 3. Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for barn og unge med psykiske vansker/lidelser 4. Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for unge med rusmiddelproblemer 5. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer 6. Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser 7. Hva opplever dere er hemmende og fremmede faktorer når det gjelder å gi voksne pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen? 8. Hva opplever dere er hemmende og fremmede faktorer når det gjelder å gi barn som pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen?
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året? 2. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året? 3. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer 4. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser 5. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser 6. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer 7. Opplever dere at DPS-ene dere samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden?

Psykososial oppfølging	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilbys innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer? 2. Har kommunen/bydelen utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer? 3. Er det laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner?
Selvmord, selvskading, overdose, vold og overgrep	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk? 2. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for Oppfølging av personer etter overdose? 3. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep? 4. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester? 5. Har kommunen etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for Ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging 6. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år? 7. Har kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell på grunn av seksuelle overgrep i løpet av et år? 8. I hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep tilfredsstillende?
Boligsituasjon	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad gir kommunen/bydelen et godt tilbud om oppfølging i bolig? 2. I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel? 3. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? 4. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?
Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester (institusjons-plasser) fra private	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra: <ul style="list-style-type: none"> • private ideelle gjennom rammeavtaler • private ideelle gjennom enkeltplasser • kommersielle gjennom rammeavtaler • kommersielle gjennom enkeltplasser <ul style="list-style-type: none"> • Hvis ja, hvilke tjenester er dette? • Hvis nei, hvorfor ikke? 2. Har det vært endringer i kommunens/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året? <p>Hvis ja, hva består endringen av?</p>
Ny teknologi og digitalisering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser dere et potensial for økt bruk av teknologi og digitale løsninger i forbindelse med oppfølging av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og i så fall på hvilken måte?
Erfaring med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: <ul style="list-style-type: none"> • NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) • KORUS (regionale kompetansesenter for rusproblemer) • RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/ barnevern) • RVTS (Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmords-forebygging) • ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse) 2. Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig) <ul style="list-style-type: none"> • Besøkt nettsiden • Telefonkontakt • Konkret samarbeid • E-læringstilbud • Lest fagartikler • Deltatt på kurs • Deltatt på kompetansehevede program/tiltak • Annet, hva 3. Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått? 4. I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

Informasjon om utfyller	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? 2. Hvem har fylt ut skjemaet? (stilling, ansvarsområde – en eller flere personer) 3. Hva er epost-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? Postadresse for utsending av rapport
-------------------------	--

1.5 RAPPORTENS INNHOLD OG OPPBYGGING

Det er en omfattende kartlegging som er utført i 2017. I neste kapittel går vi gjennom datainnsamlingen og kvalitetskontrollen av datagrunnlaget. I kapittel 3 presenteres de nasjonale tallene og utvikling i tid der årsverksinnsats fordeles på ulike tiltak og utdanningsgrupper. Kapittel 4 viser fordeling av årsverk etter kommunestørrelse, fylke, helseforetak og helseregion. Hovedforløp vises i kapittel fem, mens brukermedvirkning er tema i kapittel seks. Kapittel syv handler om utfordringer med dagens tilbud, og kapittel 8 om samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er tema i kapittel 9, mens kapittel 10 gir status på Opptrappingsplanen for rusfeltet. Kapittel 11 handler om oppsøkende virksomhet, kapittel 12 om arbeidstiltak og kapittel 13 om øyeblikkelig hjelp, døgnoophold. Kapittel 14 handler om psykososial oppfølging, og kapittel 15 om oppfølging av barn og unge. Kapittel 16 er viet pårørende, mens kapittel 17 tar for seg rutiner knyttet til selvmord, selvskadning, overdose, vold og overgrep. Kapittel 18 handler om boligsituasjonen for målgruppen, mens kapittel 19 handler om kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester. I kapittel 20 har kommunene fått svart på et åpent spørsmål om ny teknologi og digitalisering innen fagområdet, mens kapittel 21 handler om kommunenes kontakt og nytte med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus.

Sammendrag og konklusjon er lagt før første kapittel.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen over 300 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er framstilt i rapporten relatert til årsverksinnsats. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

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

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en liste, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor ikke mulig å ta ut tilsvarende informasjon fra tallene som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men nå i 2017 fikk alle kommunene levert data.

Alle kommunene og fylkesmannsembetene fikk tilsendt 2016-rapporten i papirformat for å øke motivasjonen for videre rapportering. Dette ble også gjort i 2015.

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

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra fagpersonene i tjenestene. Det er likevel ikke hvem som helst som gjør disse anslagene, se kapittel 2.3. Det er mange personer fra hver kommune som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er opplagt at ikke alle kommuner tolker veiledningen og praktiserer rapporteringen likt. Dette må vi være bevisst på i enhver tolkning av resultatene. Gjennom datakontrollen de første årene (2007/2008) oppdaget vi at flere kommuner ønsker seg et skjema med større rom for å beskrive nyanser når kategoriene ikke passer. Det er også behov for å innhente informasjon knyttet til kvalitet i tjenestene – ikke bare kvantitet. Mange kommuner har meldt tilbake at de har behov for å formidle noe 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. Å kun følge årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering.

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

At det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og at det i vår kommunikasjon med kommunene argumenteres for at dette er viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene, er sannsynligvis avgjørende for at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos Fylkesmannen, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår elektroniske løsning og har purreansvar overfor kommunene.

2.2 DATAINNSAMLING

9. mars 2017 sendte vi informasjonsepost til alle kommunene om at de ville motta skjema i slutten av mars. Vi innhentet nye elektroniske postmottaklister fra Kommuneregisteret via Kommuneforlaget og innholdet i informasjonseposten var som følger:

Til postmottak

Denne eposten er sendt på vegne av Helsedirektoratet og skal sendes til de som har faglig ansvar for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen.

I slutten av mars vil alle landets kommuner motta en e-post med link til rapporteringsskjemaet IS-24/8 Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2017. Rapporteringen er helsemyndighetenes viktigste styringsverktøy når det gjelder å følge utviklingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og alle kommuner bes om å delta. IS-24/8 gjennomføres som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Fylkesmannsembetet, Sentio AS og SINTEF. Det er SINTEF som på oppdrag fra Helsedirektoratet er ansvarlig for innsamling, kvalitetssikring og analyse av datagrunnlaget, mens Sentio AS bistår med den tekniske løsningen for nettskjemaet. Det er fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid som skal være ansvarlig for utfyllingen, men disse vil ofte ha behov for innspill fra andre fagpersoner i tilgrensende tjenester. De siste årene har vi oppfordret til at relevante ansatte i kommunen samles til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Slik kan rapporteringen benyttes som grunnlag for refleksjon og diskusjon om tjenesten, og kanskje gi noe mer enn nok en innsendt rapportering. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at et slikt møte har vært nyttig. Tidligere var det mulig å rapportere separat på psykisk helse- og rusarbeid. Men i 2016 var det hele 90 prosent av kommunene som valgte å rapportere felles, og det er derfor få kommuner med behov for å kunne rapportere separat. Fra 2017 er det derfor bedt om felles rapportering på psykisk helse- og rusarbeid i alle kommunene.

I 2017 består skjemaet av tre deler:

Del 1: Årsverk (fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og hovedforløp som i 2016)

Del 2: Opptappingsplan rus, oppsøkende virksomhet og andre styringsparametere

Del 3: Annet (samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegen, bolig ++)

Mens data i del 1 og 2 blir tilgjengelig for Helsedirektoratet og rådgiverne i psykisk helse- og rusarbeid hos Fylkesmannen, forblir kommunene anonyme i svarene i del 3. Alle kommuner mottar et trykt eksemplar av rapporten, som ferdigstilles ultimo 2017.

Frist for årets rapportering vil være 5. mai 2017.

For mer informasjon om prosjektet og link til fjorårets rapport, se:

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

Hvis du har spørsmål, ta kontakt med (kontaktinformasjon til SINTEF oppgitt)

Helsedirektoratet fikk mange oppgaver samtidig som de skulle godkjenne siste versjon av kartleggingsskjemaet, så vi klarte ikke holde tidsplanen. Dette medførte at vi ikke fikk sendt ut kartleggingen før 6. april. Svarfristen ble derfor endret fra 5. mai til 12. mai.

Til postmottak. Denne eposten er sendt på vegne av Helsedirektoratet og skal sendes til de som har faglig ansvar for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Eposten inneholder viktig informasjon i forbindelse med den årlige kartleggingen som skal gjennomføres i alle kommuner (IS-24/8) og det er viktig at eposten havner hos rette vedkommende. Dette kan være rådmann, kommunalsjef eller enhetsledere/virksomhetsleder. I enkelte kommuner ble ikke tilsvarende epost i 2016 videresendt fra postmottak til rette vedkommende. Dette førte til at rapporteringsfristen ikke ble overholdt, og at de ansvarlige fikk svært kort tid på å svare.

Til ansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Som informert om tidligere, kommer herved årets IS-24/8 rapportering. Svarfrist er satt til 12. mai og vi håper dette er tilstrekkelig tid. Rapporteringen inneholder tre deler:

Del 1: Årsverk. Årsverkene skal fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og forløp (som i 2016)

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

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

Del 1 fylles fra og med 2017 ut felles for psykisk helse- og rusarbeid. Del 2 og Del 3 inneholder spørsmål om både om psykisk helsearbeid og om rusarbeid, og fordi fagfeltene skal ses i sammenheng, er det viktig at kartleggingen gjøres i fellesskap mellom ansvarlige for psykisk helse- og rusarbeid dersom dette er organisert i ulike tjenester og har ulik ledelse.

Bruk lenken under for å svare:

[LENKE](#)

Hvem skal fylle ut?

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

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

Her finner dere en word-versjon av kartleggingsskjemaet>> Viktig: Denne skal ikke brukes til utfylling og alle svarene skal fylles inn i den elektroniske løsningen som dere finner i lenken over.

Spørsmål til rapporteringen

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

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

Frist for å rapportere er 12. mai 2017.

Per 9. mai hadde 43 prosent av kommunene rapportert. En del kommuner ba om utsatt frist, og de fikk frist til 19. mai. De som ikke hadde tatt kontakt, mottok en purring 15. mai med frist 19. mai. Det var totalt 148 kommuner som mottok purring. Etter purringen var det noen kommuner som ba om enda lenger frist, og de fikk til 26. mai. Den 22. mai hadde 83 prosent av kommunene rapportert, og 29. mai var andelen oppe i 92 prosent. Pr. 12. juni gjensto rundt 10 kommuner, og 21. juni var det fortsatt 5 kommuner som ikke hadde rapportert. Den siste kommunen rapporterte 26. juni. Å få med alle kommunene krever stor innsats og Sentio AS har fått god rutine på dette. Dette gjør at SINTEF kan prioritere veiledning og diskusjoner med kommuner som tar kontakt. I 2017 anslår vi at SINTEF har hatt kontakt enten på telefon eller epost med ca. 120 kommuner og Sentio har vært i kontakt med 86 kommuner, som ble fulgt opp en eller flere ganger etter svarfristen gikk ut.

I midten av juni sendte vi ut 90 kontrollspørsmål til 72 kommuner. Dette handlet om endringer fra 2016 til 2017, om lik fordeling av årsverk mellom tiltaks- og utdanningskategorier (i tjenester for hhv. voksne og barn/unge), samt spørsmål om begrunnelse til kommuner som rapporterer enten veldig få eller veldig mange årsverk per innbygger.

I kvalitetskontrollen undersøker vi særlig kommuner som rapporterer mange færre eller mange flere årsverk enn tidligere. Her avdekker vi en del endringer som skyldes endringer i rapporteringsrutiner heller enn reell endring i årsverksinnsats. Når ser bort ifra kommunene som oppgir at ikke endringen er reell, får vi et justert anslag på endring. Denne viser en økning totalt på 4,9 prosent, fordelt på 4,6 prosent i tjenester og tiltak til voksne og 6,3 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge.

Tabell 2.1 Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2016 til 2017

	2016	2017	Endring i årsverk	Rapportert endring i %	Estimert reell endring i %
Voksne	11 063	11 534	471	4,3	4,6
Barn og unge	2 873	3 099	226	7,9	6,3
Totalt	13 936	14 633	697	5,0	4,9

Det er altså ikke svært store forskjeller på rapportert endring og estimert reell endring i datainnsamlingen våren 2017. Vi velger derfor å benytte rapportert endring i de nasjonale tallene presentert i kapittel 3.

2.3 OM RESPONDENTENE – OVER 1000 INVOLVERTE FAGPERSONER

De som fyller ut IS-24/8 skjema er fagfolkene i tjenestene. Dette er ikke en ordinær rapportering som gjøres av administrativt personell, men en kartlegging som gjøres fra fagfeltet i kommunene for at Helsedirektoratet og helsemyndighetene skal få styringsinformasjon av høy kvalitet.

På slutten av skjemaet spør vi: "Hvem har fylt ut skjemaet? (Stilling, ansvarsområde – en eller flere personer)". Det er sjelden det er én person som har fylt ut alene. I 2012 var det totalt 538 fagpersoner som hadde deltatt i utfyllingen (navn og stilling oppgitt) for de 95 prosent av kommunene som rapporterte. I 2013 var det totalt 831 personer som ble oppgitt å ha vært involvert i datainnsamlingen. I 2015 var det 965, og i 2016 var det 1004 personer som hadde deltatt. I 2017 er det mange som svarer at hele avdelingen, seksjonen eller enheten har deltatt uten at det er mulig å se hvor mange som har deltatt. Vi konstaterer derfor at det nå er bred involvering av fagpersonene i denne rapporteringen.

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

Det er altså en imponerende samling med fagfolk som har bidratt til kunnskapsgrunnlaget som fremkommer i IS-24/8 og i det tilhørende forskningsprosjektet. Datagrunnlaget er svært verdifullt, og det er ikke slik at kommunene gjør helt tilfeldige anslag. Flere kommuner oppgir at de har fagsamlinger i forbindelse med kartleggingen, men dette gjennomføres ikke i alle kommuner. I de siste årene har vi derfor oppfordret kommunene til å foreta denne datainnsamlingen på faste fagsamlinger om våren. I denne typen datainnsamling er det nødvendig at fagfolkene samarbeider om utfyllingen. Om for eksempel noen med ansvar for tjenester til barn og unge skal svare på spørsmål om voksne, blir kvaliteten lav fordi de ikke har nødvendig kunnskap. Det er altså fortsatt rom for forbedringer i rapporteringsarbeidet.

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

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

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

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

Ved å presentere både veide og uveide gjennomsnitt ser vi derfor 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.

PRIORITET I KVALITETSKONTROLLEN I 2017

Vi har først og fremst prioritert å få alle kommunene til å rapportere. Deretter har vi fulgt opp kommuner med store endringer i antall årsverk fra 2016 til 2017. Det er svært mange prosjektstillinger i fagfeltet, og når det er endringer fra år til år, er det ofte prosjektstillinger som opprettes eller avsluttes. Neste år ønsker vi å kartlegge hvor stor andel av stillingene som er prosjektstillinger.

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

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

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

Fullkoding av kvalitative data betyr at alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden er utviklet av en SINTEF-forsker og er tilpasset prosjekt med bredt definerte

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

2.7 FORKORTELSER

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

Tabell 2.2 Vanlige forkortelser i fagfeltet.

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt, samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Endelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktpsykiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)
FIT	Feedback-informerte tjenester (www.napha.no/fit/)
FRIENDS-kurs	Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge
HAP-kurs	Hasjavvenningsprogrammet
ICDP	International Child Development Programme
IMR	Illness management recovery
IPS	Individual placement and support, hjelpe folk med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb

KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling
KAT	Kognitiv atferdsterapi
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring.
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse
LOS-prosjektet	Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen m.v.
Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse).
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 18 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad.
SE	Supported employment
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.
SMIL-grupper	Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8-12 år.
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko - program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
VIP	Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært ungdom i alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

3 NASJONALE TALL

I 2017 rapporterte kommunene 14 633 årsverk til psykisk helse- og rusarbeid. Av disse årsverkene er 21 prosent rettet mot barn og unge. Dette er samme fordeling som i 2015 og i 2016, se tabell 2. Fra 2016 til 2017 har det vært en årsverksvekst på 5 prosent, og veksten er noe sterkere i tjenester og tiltak til barn og unge (7,9 prosent) enn veksten i tjenester og tiltak til voksne (4,3 prosent)

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2015 - 2017.

	2015		2016		2017		Endring fra 2016 til 2017 i %
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	
Voksne	10 429	79	11 063	79	11 534	79	4,3
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	3 099	21	7,9
Totalt	13 131	100	13 936	100	14 633	100	5,0

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015, 2016 og 2017 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid. Det vil ikke være riktig å inkludere årsverkene for rusarbeid i årene før 2015 grunnet en betydelig overrapportering av rusårsverk.

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

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

3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

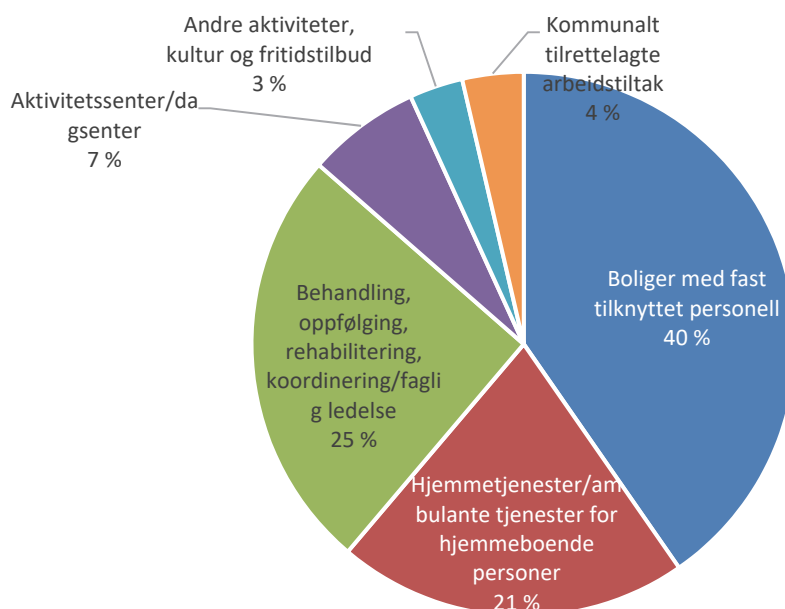
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.3 presenteres total årsverksinnsats på landsbasis fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Totalt er det en økning på 471 årsverk fra 2016 til 2017. Det er størst økning i årsverk i boliger med fast tilknyttet personell, men det er også økning i de andre tjenestene. Vi observerer en økning på 67 årsverk (4,5 prosent) totalt i årsverk som går til aktivitet (aktivitetssenter/dagsenter, kultur og fritidstilbud og til arbeidstiltak).

Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2015 – 2017, endring siste år i årsverk og prosent.

	2015	2016	2017	Endring fra 2016 til 2017	
				Årsverk	%
Boliger med fast tilknyttet personell	4 231	4 363	4 653	290	6,6
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 205	2 334	2 405	71	3,0
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 524	2 868	2 912	44	1,5
Aktivitetssenter/dagsenter	745	739	778	39	5,3
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	321	353	367	14	4,0
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	403	406	420	14	3,4
Totalt	10 429	11 063	11 534	471	4,3

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (40 prosent). 25 prosent av årsverkene går til behandling etc., mens 21 prosent går til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 14 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak. Det er kun små endringer fra 2016 i prosentvis fordeling av årsverk på ulike tjenester og tiltak til voksne.



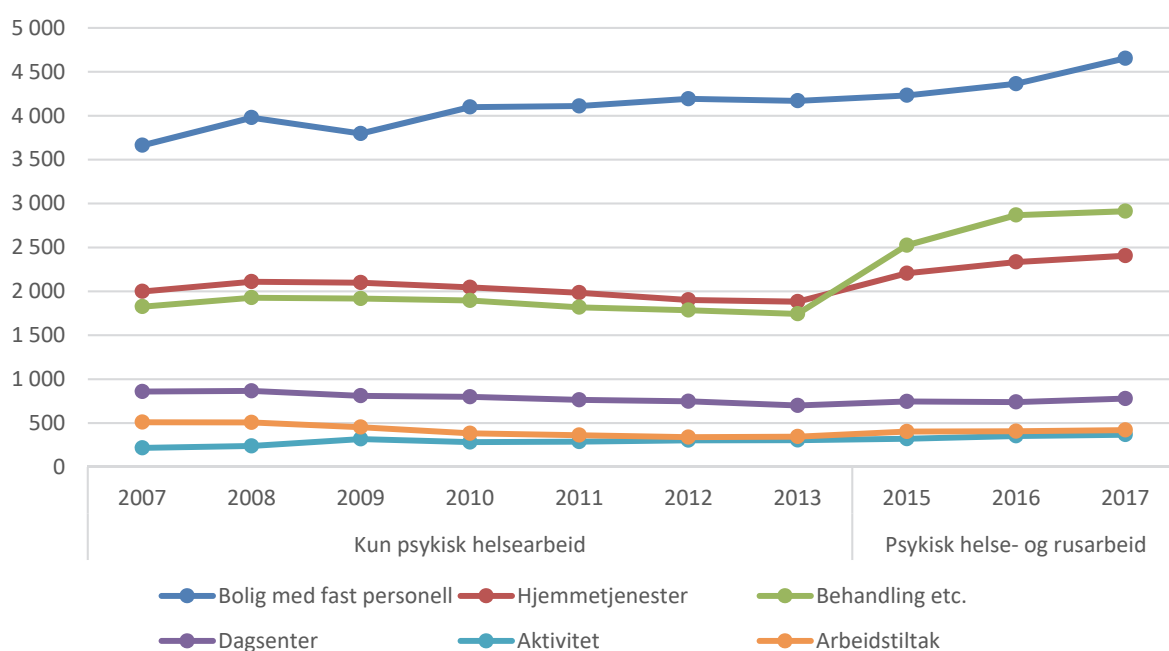
Figur 3.1 Prosent av årsverkene som går til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2017.

Med bruddet i dataserien i 2014, er det vanskelig å sammenlikne tallene med tidligere år, men tiltakskategoriene fra IS-24 er videreført slik at sammenstilling er mulig, se tabell 3.4.

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert for voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015-2017, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

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

Som vist i figur 3.2, utgjør inkludering av rusfeltet i rapporteringen fra 2015 en økning i årsverk særlig knyttet til behandling etc. og til hjemmetjenester. Denne økningen fortsatte i 2016 men fra 2016 til 2017 observerer vi en utflating i årsverkene til behandling etc. og til hjemmetjenester. Som vist i tabell 3.3 er det bolig med fast personell som øker mest.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2017.

Prosentmessig det nå likevel færre årsverk som går til bolig med fast personell enn tidligere, se tabell 3.5. Mens hjemmetjenester etc. utgjør 21-22 prosent av årsverkene hele perioden, utgjør nå behandling etc. hvert fjerde årsverk til voksne. Dette antas å hovedsak å skyldes sammenslåingen av rapporteringen. Andel årsverk til dagsenter og arbeidstiltak har gått ned i perioden, men arbeidstiltak

har utgjort en stabil andel av årsverkene siden 2009. Disse årsverkene antas å ligge både i NAV og i de øvrige kommunale tjenestene.

Tabell 3.5 Prosent av årsverk rapportert for voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015-2017, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Bolig med fast personell	40	41	40	43	44	45	46	41	39	40
Hjemmetjenester	22	22	22	22	21	21	21	21	21	21
Behandling etc.	20	20	20	20	19	19	19	24	26	25
Dagsenter	9	9	9	8	8	8	8	7	7	7
Aktivitet	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Arbeidstiltak	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4
Sum voksne	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

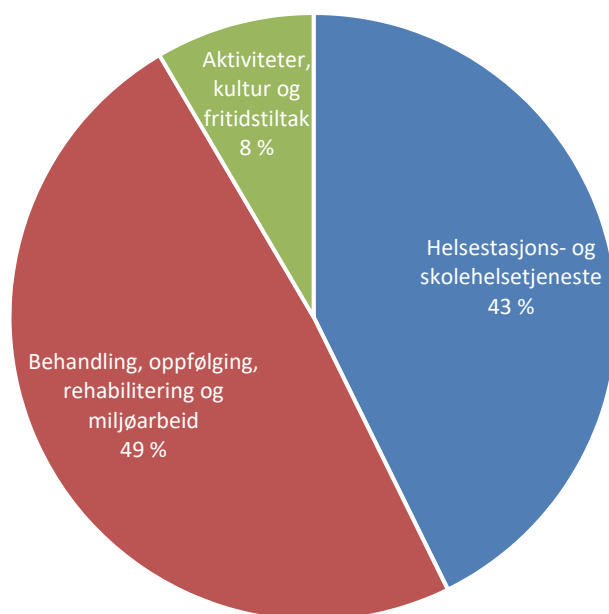
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Det er totalt rapportert 3 099 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer. Dette utgjør 226 flere årsverk enn det som ble rapportert i 2016, nær 8 prosents økning. Antall rapporterte årsverk har økt med nær 10 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, men årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har gått økt med nærmere 14 prosent. Den største kategorien (behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med 5,2 prosent det siste året.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2017.

	2015	2016	2017	Endring fra 2016 til 2017	
				Årsverk	%
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	1 349	122	9,9
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	1 474	72	5,2
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	276	33	13,7
Totalt	2 702	2 873	3 099	226	7,9

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten halvparten av årsverkene benyttes i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 43 prosent benyttes i helsestasjon- og skolehelsetjeneste.



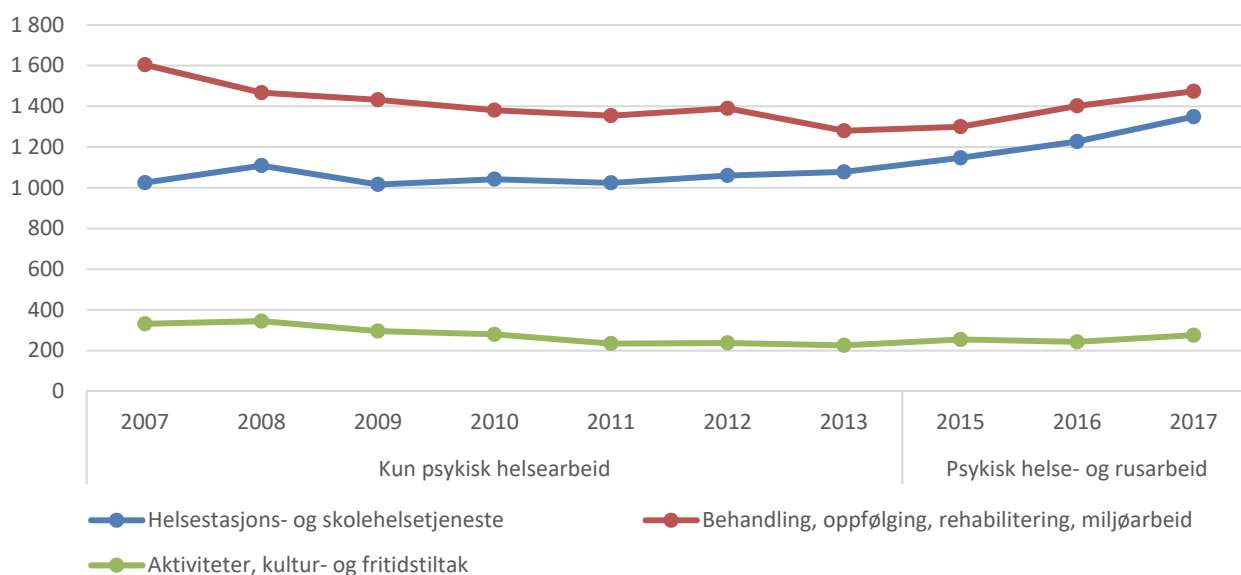
Figur 3.3 Andel (%) årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2017.

I tabell 3.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 for barn og unge med den samlede rapporteringen fra tidligere år.

Tabell 3.7 Antall årsverk rapportert i tjenester til barn og unge innen psykisk helse 2007-2013 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge 2015- 2017.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid		
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016	1 042	1 024	1 060	1 078	1 147	1 227	1 349
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432	1 381	1 354	1 390	1 280	1 300	1 402	1 474
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296	280	235	238	226	255	243	276
Sum årsverk barn/unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	2 702	2 873	3 099

Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 202 flere årsverk, og dette utgjør en økning på 18 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 21 årsverk i samme periode, noe som utgjør en økning på 8 prosent. Trenden med økning i årsverk til helsestasjon- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, se figur 3.4.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2017

Som vist i tabell 3.8 går en stadig større andel av årsverkene til helsestasjon- og skolehelsetjeneste, dvs. at midlene vris i den retningen fordi økningen er sterkest i disse tjenestene.

Tabell 3.8 Prosent av årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 -2017, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid		
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	35	38	37	39	39	39	42	42	43	44
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	54	50	52	51	52	52	50	48	49	48
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	11	12	11	10	9	9	9	9	8	9
Sum årsverk barn og unge	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

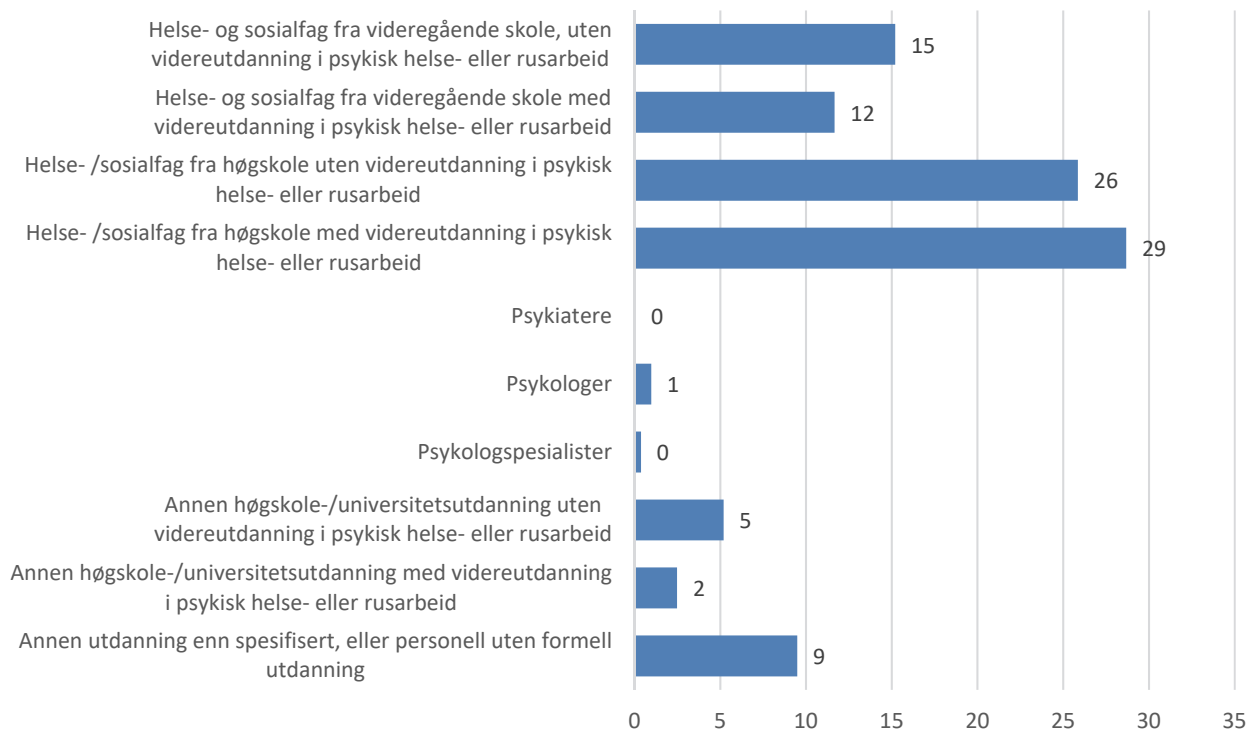
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om 6 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert 157 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2017 og dette utgjør en økning på 29 prosent fra 2016 (24,1 prosent økning i psykologer og 41 prosent økning i psykologspesialister). En liten del av økningen går på bekostning av andre høyskole- og universitetsutdannede årsverk uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanning. innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 - 2017.

	2015	2016	2017	Endring fra 2016 til 2017	
				Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	1 670	1 754	84	5,0
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 293	1 346	53	4,1
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	2 882	2 983	101	3,5
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 166	3 307	141	4,5
Psykiatere	7	6,0	5,8	0	-3,3
Psykologer	50	91	113	22	24,1
Psykologspesialister	23	31	44	13	41,0
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	500	600	100	19,9
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	248	299	287	-12	-4,1
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 126	1095	-31	-2,8
Totalt	10 429	11 063	11 534	471	4,3

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier fremkommer i figur 3.5. Psykiatere og psykologer utfører i 2017 samlet 1,4 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen.



Figur 3.5 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2017.

Det er gjort endringer i utdanningskategoriene, men vi har sammenstilt 2017 med tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid i tabell 3.10. Bruddet i 2014 innebærer særlig relativt færre årsverk med helse- og sosialfag fra videregående skole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid og flere med helse-/sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2017, og en marginalt synlig vekst i antall psykologer.

Tabell 3.10 Andel årsverk for ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015- 2017, voksne.

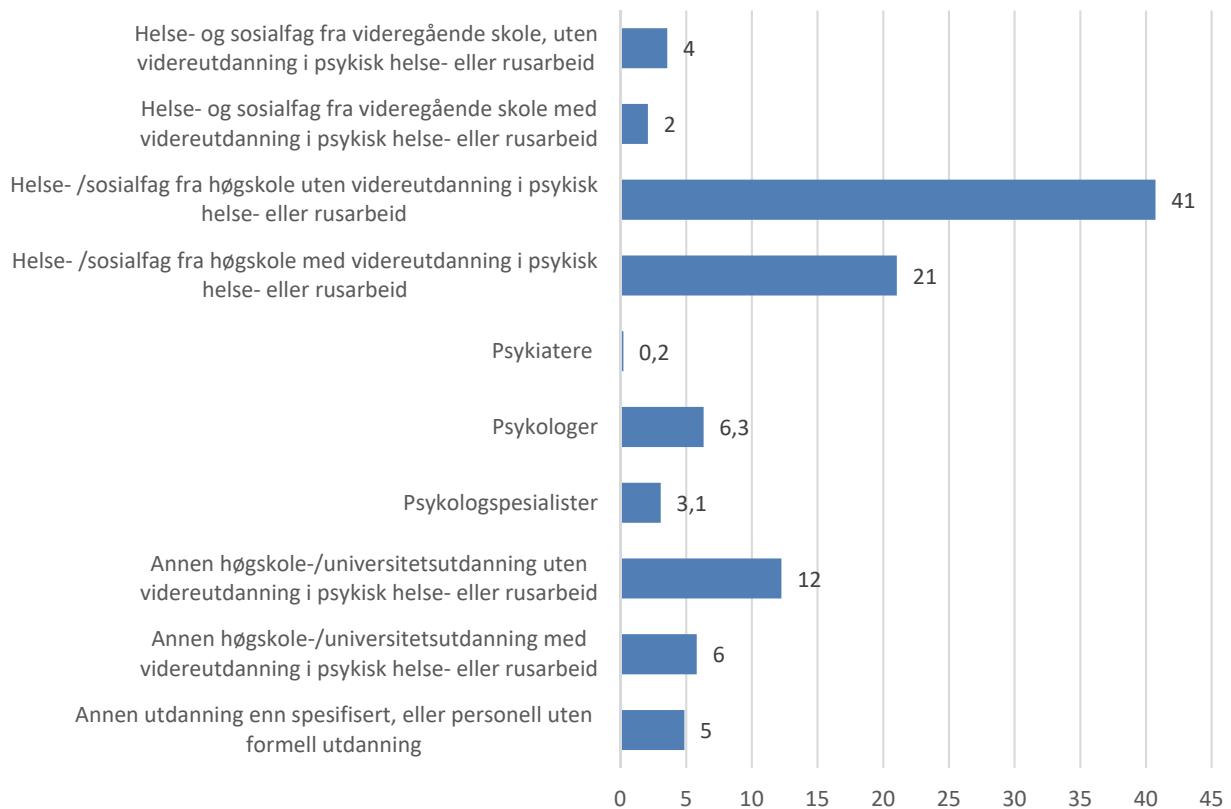
	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid		
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	22	21	20	20	15	15	15
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	13	12	13	13	12	12	12	12
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	24	24	24	24	25	27	26	26
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	22	23	24	24	24	29	29	29
Psykiatere	*	*	*	*	*	*	*	0	0,0	0,1
Psykologer	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	1,0
Psykologspesialister	*	*	*	*	0	0	0	0	0,3	0,4
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	6	6	6	6	5	5	5	5
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
Bruker erfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	1	*	*
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	8	9	9
Andre	12	11	11	10	10	10	10	*	*	*
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid (41 prosent). Den nest største kategorien er høyskoleutdannede med videreutdanning (21 prosent). I 2017 ble det rapportert om 7 nye årsverk utført av psykiatere i tjenester til barn og unge. Det er totalt rapportert om 291 psykologer og psykologspesialister i tjenester til barn og unge i målgruppen i 2017. Dette utgjør en økning på 18 flere årsverk utført av psykologspesialister (økning på 23,3 prosent) og ingen endring i antall årsverk utført av psykologer.

Tabell 3.11 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 - 2017.

	2015	2016	2017	Endring fra 2016 til 2017	
				Årsverk	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	111	20	21,7
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	65	9	16,2
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1 220	1 262	42	3,5
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	652	51	8,5
Psykiatere	1	0	7	7	.
Psykologer	169	196	196,2	0	0,1
Psykologspesialister	62	77	95	18	23,3
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	380	15	4,0
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	180	51	39,6
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	151	13	9,3
Totalt	2 702	2 873	3 099	226	7,9



Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2017

Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,1 prosent er psykologspesialister og 6,3 prosent er psykologer. De 7 psykiaterne som er rapportert inn i tjenester til barn og unge, utgjør 0,2 prosent av årsverkene til barn og unge i målgruppen på nasjonalt nivå.

Tabell 3.12 Andel årsverk for ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2017.

	Kun psykisk helsearbeid							Psykisk helse- og rusarbeid		
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	8	9	8	7	7	7	6	4	3	4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	37	39	39	40	36	38	38	39	42	41
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	14	16	16	17	17	18	20	21	21
Psykiatere	*	*	*	*	*	*	*	0	0	0,2
Psykologer	5	6	7	7	7	6	7	6	7	6,3
Psykologspesialister	*	*	*	*	2	2	2	2	3	3,1
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	16	16	15	16	15	14	14	13	12
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	5	6	5	5	6	6	7	6	4	6
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	0	*	*
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	6	5	5
Andre	10	8	7	8	7	7	5	*		*
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Trenden med å ansette helse og sosialfaglig personell med høyskoleutdanning fortsetter, og trenden med at andelen med annen høyere utdanning reduseres i tjenester til barn og unge fortsetter også. Vi kan derfor si at helsefaglig kompetanse i større grad prioriteres i disse tjenestene.

ANSATTE MED BRUKERERFARING

For voksne er det 93 kommuner og 8 bydeler som oppgir at noen av årsverkene har brukererfaring. Dvs. 23 prosent av alle kommunene/bydelene.

For barn og unge er det 10 kommuner og 4 bydeler som oppgir at noen av årsverkene har brukererfaring. Dvs. 3 prosent av alle kommunene/bydelene.

3.4 OPPSUMMERING

I 2016 ble det totalt rapportert 13 936 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og i 2017 totalt 14 633 årsverk. Dette utgjør totalt en endring på 5 prosent, med 4,3 prosent økning i tjenester til voksne og 7,9 prosent økning i tjenester til barn og unge.

Trenden med at det særlig ansettes flere årsverk i boliger med fast personell i tjenester til voksne, og at det rapporteres om flere årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste i tjenester rettet mot barn og unge fortsetter i 2017.

I tjenester til voksne er det i 2017 rapportert om 35 flere årsverk utført av psykologer eller psykologspesialister enn i 2016, hvorav 13 er psykologspesialister. Totalt er det nå 163 årsverk i tjenester til voksne som utføres av psykiatere, psykologer eller psykologspesialister. Disse utgjør 1,4 prosent av alle årsverkene som er rapportert i tjenester til voksne.

I tjenester til barn og unge var det i 2017 rapportert om totalt 298 årsverk utført av psykologer, psykologspesialister eller psykiatere, noe som utgjør 25 flere enn i 2016. Psykologer utgjør nå 9,4 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,1 prosent er psykologspesialister og 6,3 prosent er psykologer.

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapittelet fordeler vi årsverkene for 2017 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke og til slutt grupperer vi kommunene etter HF-opptaksområde og helseregion (RHF). I 2017 gikk antall kommuner fra 428 til 426 kommuner.¹²

4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

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

Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr 1. januar 2017. Kilde: SSB

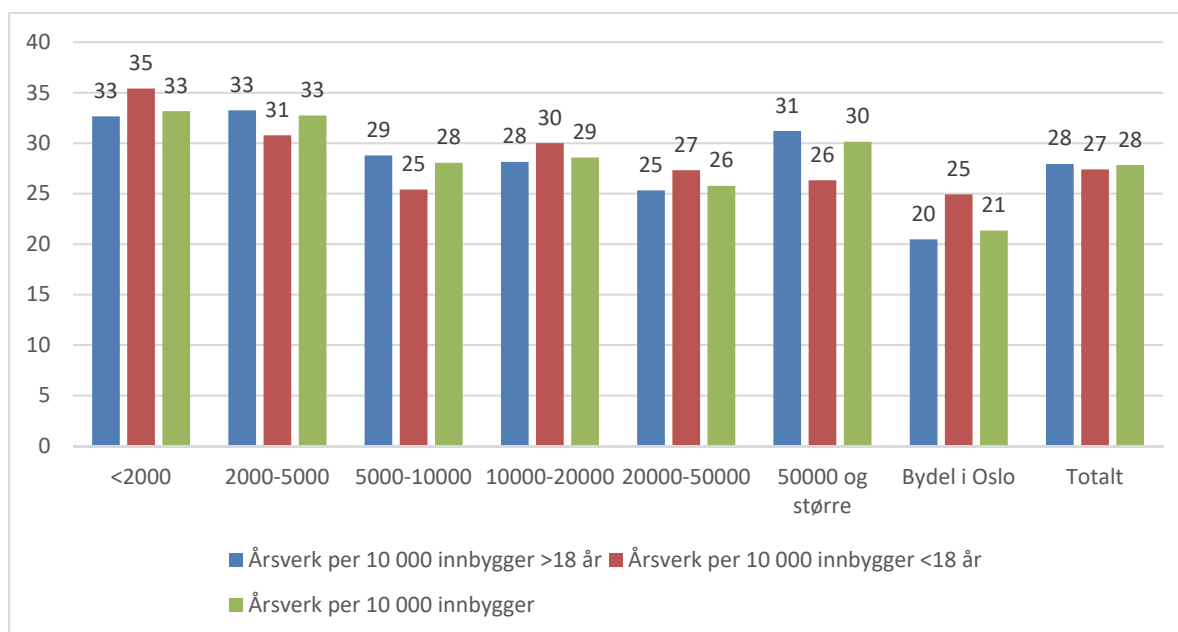
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	94	22	22 484	2	93 351	2	115 835	2
2000-5000	131	31	87 487	8	336 552	8	424 039	8
5000-10000	88	21	132 782	12	479 715	12	612 497	12
10000-20000	56	13	181 354	16	615 443	15	796 797	15
20000-50000	41	10	261 566	23	930 736	23	1 192 302	23
50000 og større	16	4	445 378	39	1 671 469	40	2 116 847	40
Totalt	426	100	1 131 051	100	4 127 266	100	5 258 317	100

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

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr 1. januar 2017.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
<2000	305	80	384	33	35	33
2000-5000	1 119	269	1 389	33	31	33
5000-10000	1 381	337	1 718	29	25	28
10000-20000	1 732	544	2 276	28	30	29
20000-50000	2 357	715	3 071	25	27	26
50000 og større	3 545	827	4 372	31	26	30
Bydeler i Oslo	1 096	327	1 423	20	25	21
Totalt	11 534	3 099	14 633	28	27	28

¹² 1. januar 2017 ble Stokke og Andebu slått sammen med Sandefjord. Den nye kommunen, med kommunenummer 0710, er Norges 11. største kommune i folketall, med godt over 63.000 innbyggere.



Figur 4.1 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2017.

Det er helt klart flest årsverk i forhold til antall innbyggere i de små kommunene og slik har det vært siden Helsedirektoratet startet å måle årsverksinnsatsen i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse tidlig på 2000-tallet. Det er ett avvik, og det er kommuner med 5 000-10 000 innbyggere, som ligger lavere enn de andre kommunene når det gjelder barn og unge, med 25 årsverk per 10 000 innbygger yngre enn 18 år. For tjenester til voksne er raten i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere høyere enn gjennomsnittene for gruppene med mellom 5 000 og 50 000.

4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

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

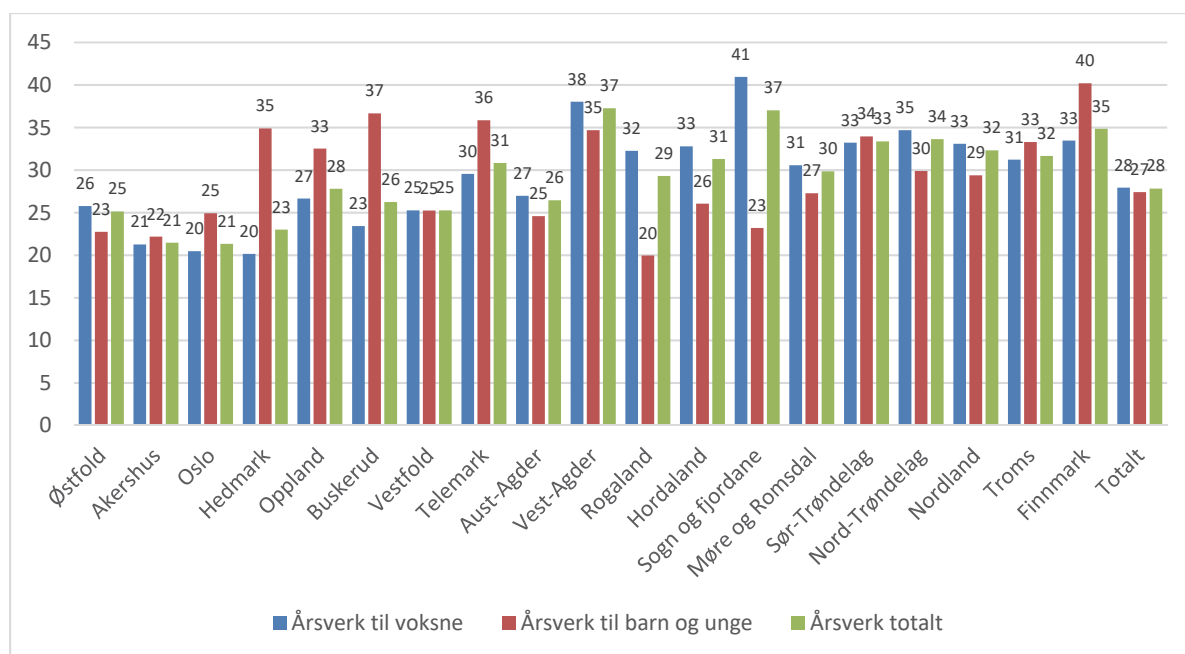
Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr 1. januar 2017. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/bydel er		Innbyggere < 18 år		Innbyggere > 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	18	4	61 439	5	231 454	6	292 893	6
Akershus	22	5	141 925	13	462 443	11	604 368	11
Oslo	15	3	131 231	12	535 528	13	666 759	13
Hedmark	22	5	37 933	3	158 257	4	196 190	4
Oppland	26	6	37 269	3	152 210	4	189 479	4
Buskerud	21	5	59 460	5	220 254	5	279 714	5
Vestfold	12	3	51 577	5	195 471	5	247 048	5
Telemark	18	4	35 058	3	138 249	3	173 307	3
Aust-Agder	15	3	25 944	2	90 729	2	116 673	2
Vest-Agder	15	3	42 456	4	141 660	3	184 116	4
Rogaland	26	6	113 034	10	358 990	9	472 024	9
Hordaland	33	8	115 162	10	404 801	10	519 963	10
Sogn og Fjordane	26	6	24 484	2	85 782	2	110 266	2
Møre og Romsdal	36	8	57 687	5	208 587	5	266 274	5
Sør-Trøndelag	25	6	66 628	6	250 735	6	317 363	6
Nord-Trøndelag	23	5	30 108	3	107 125	3	137 233	3
Nordland	44	10	49 606	4	193 260	5	242 866	5
Troms	24	5	34 276	3	131 356	3	165 632	3
Finnmark	19	4	15 774	1	60 375	1	76 149	1
Totalt	440	100	1 131 051	100	4 127 266	100	5 258 317	100

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, fylke pr 1. januar 2017.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	597	140	736	26	23	25
Akershus	983	315	1298	21	22	21
Oslo	1096	327	1423	20	25	21
Hedmark	319	132	451	20	35	23
Oppland	406	121	527	27	33	28
Buskerud	516	218	734	23	37	26
Vestfold	494	130	624	25	25	25
Telemark	409	126	534	30	36	31
Aust-Agder	245	64	309	27	25	26
Vest-Agder	539	147	686	38	35	37
Rogaland	1158	226	1384	32	20	29
Hordaland	1328	300	1628	33	26	31
Sogn og Fjordane	351	57	408	41	23	37
Møre og Romsdal	638	157	795	31	27	30
Sør-Trøndelag	833	226	1059	33	34	33
Nord-Trøndelag	372	90	462	35	30	34
Nordland	639	146	785	33	29	32
Troms	410	114	524	31	33	32
Finnmark	202	63	265	33	40	35
Totalt	11 533	3 099	14 633	28	27	28

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



Figur 4.2 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2017.

Fra figur 4.2 ser vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Finnmark, Hedmark, Buskerud og Oppland, mens fylkene Rogaland og Sogn og Fjordane ligger lavt. For voksne er det særlig Sogn og Fjordane og Vest-Agder som rapporterer mange årsverk per innbygger, mens Akershus, Oslo og Hedmark ligger lavt. Dette er tilsvarende som tidligere års kartlegginger har vist.

4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i Helseforetak.¹³ Årsverkene i Helsestaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området. Fra tabell 4.5 ser vi at Ahus-området tar opp 10 prosent av befolkningen, mens Vestre-Viken og Helse-Bergenområdet tar opp ni prosent hver. Det minste helseforetaket, Helse Finnmark med 19 kommuner i sitt opptaksområde, har en prosent av befolkningen i sitt opptaksområde, mens Helse Sogn og Fjordane har to prosent av befolkningen. Fordi Nordland er delt i Helgeland og Nordland-området, er det Helse Innlandet som desidert har flest kommuner i sitt opptaksområde, med hele 47 kommuner (11 prosent av alle kommunene). Befolkningen i disse kommunene utgjør 7 prosent av totalbefolkningen.

Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr 1. januar 2017. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/ bydeler		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	17	4	61 312	5	230 896	6	292 208	6
Ahus-området	24	5	122 777	11	407 880	10	530 657	10
OUS-området	6	1	58 619	5	207 309	5	265 928	5
Lovisenberg-området	3	1	22 118	2	127 965	3	150 083	3
Diakonhjemmet- området	3	1	25 434	2	114 921	3	140 355	3
Innlandet	47	11	73 806	7	305 167	7	378 973	7
Vestre Viken-området	26	6	108 674	10	378 674	9	487 348	9
Vestfold	10	2	48 094	4	182 805	4	230 899	4
Telemark	18	4	35 058	3	138 249	3	173 307	3
Sørlandet	30	7	68 400	6	232 389	6	300 789	6
Helse Stavanger- området	18	4	87 812	8	275 279	7	363 091	7
Helse Fonna-området	19	4	41 867	4	139 192	3	181 059	3
Helse Bergen-området	22	5	98 517	9	349 320	8	447 837	9
Sogn og Fjordane	26	6	24 484	2	85 782	2	110 266	2
Møre og Romsdal	36	8	57 687	5	208 587	5	266 274	5
St. Olavs-området	24	5	66 451	6	249 934	6	316 385	6
Nord-Trøndelag	24	5	30 285	3	107 926	3	138 211	3
Helgeland	18	4	16 135	1	62 469	2	78 604	1
Nordland-området	21	5	28 447	3	109 717	3	138 164	3
UNN-området	29	7	39 300	3	152 430	4	191 730	4
Finnmark	19	4	15 774	1	60 375	1	76 149	1
Totalt	440	100	1 131 051	100	4 127 266	100	5 258 317	100

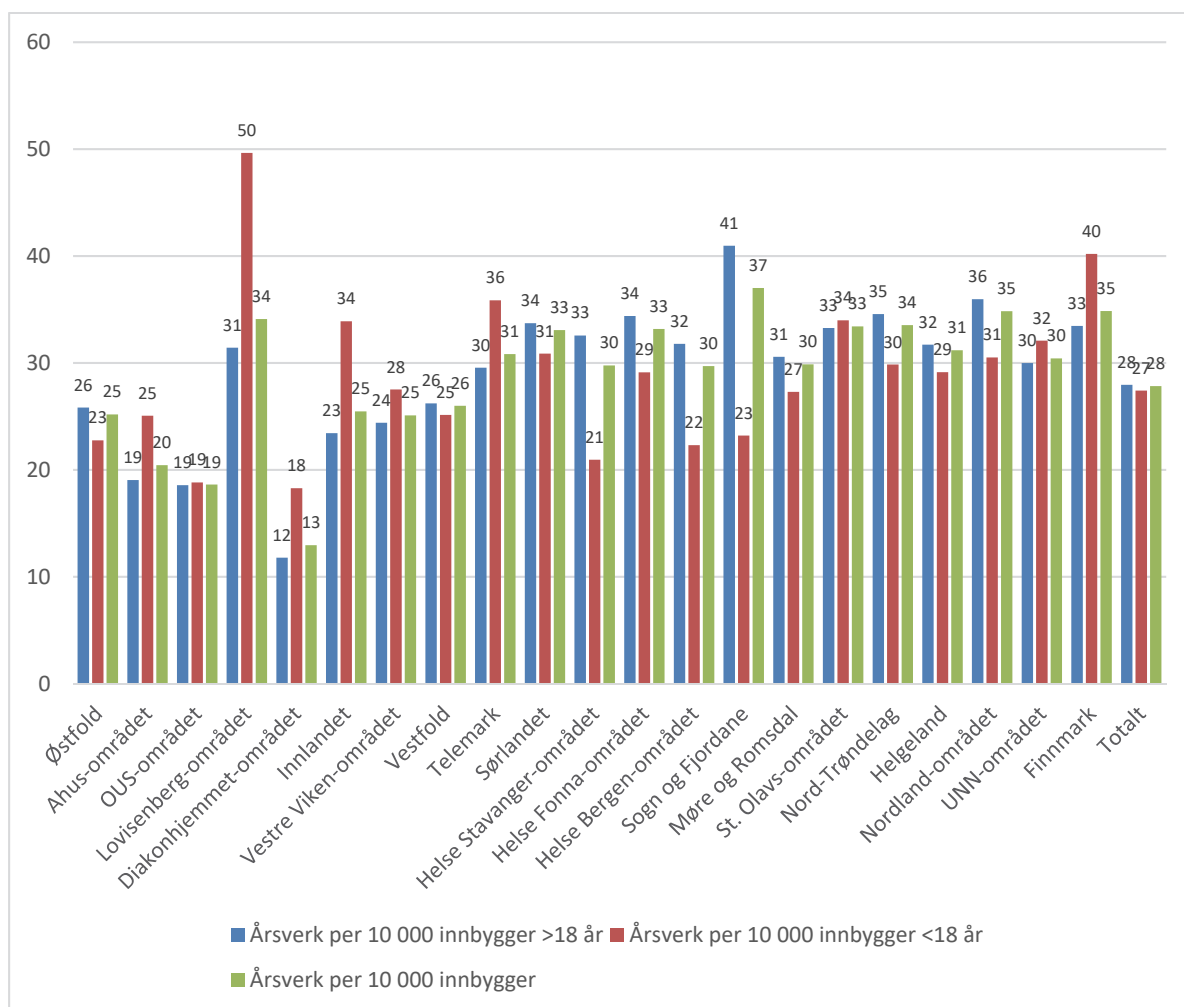
¹³ Takk til seniorrådgiverne Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng i Helsedirektoratet som har lånt oss syntaksen sine og forklart endringer fra forrige år.

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, HF-område pr 1. januar 2017.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	596	140	736	26	23	25
Ahus-området	777	308	1 084	19	25	20
OUS-området	385	110	495	19	19	19
Lovisenberg-området	402	110	512	31	50	34
Diakonhjemmet-området	135	47	182	12	18	13
Innlandet	715	250	965	23	34	25
Vestre Viken-området	924	299	1 223	24	28	25
Vestfold	479	121	600	26	25	26
Telemark	409	126	534	30	36	31
Sørlandet	784	211	995	34	31	33
Helse Stavanger-området	897	184	1 080	33	21	30
Helse Fonna-området	479	122	601	34	29	33
Helse Bergen-området	1 110	220	1 330	32	22	30
Sogn og Fjordane	351	57	408	41	23	37
Møre og Romsdal	638	157	795	31	27	30
St. Olavs-området	832	226	1 057	33	34	33
Nord-Trøndelag	373	90	464	35	30	34
Helgeland	198	47	245	32	29	31
Nordland-området	395	87	481	36	31	35
UNN-området	457	126	583	30	32	30
Finnmark	202	63	265	33	40	35
Totalt	11 534	3 099	14 634	28	27	28

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

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



Figur 4.3 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, HF-område, 2017.

Det er betydelig variasjon i årsverk per innbygger etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det særlig mange årsverk rettet mot barn og unge i forhold til innbyggertallet i bydelen. Man kan mistenke at dette henger sammen med at Helseetaten og Velferdsetaten er tilordnet dette HF-opptaksområdet, men Helseetaten har kun rapportert syv årsverk til barn og unge og Velferdsetaten ingen. De har imidlertid rapportert totalt 162 årsverk til voksne, så der trekker de opp. Diakonhjemmet har betydelig lavere årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sitt opptaksområde (bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker) enn øvrige HF.

4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

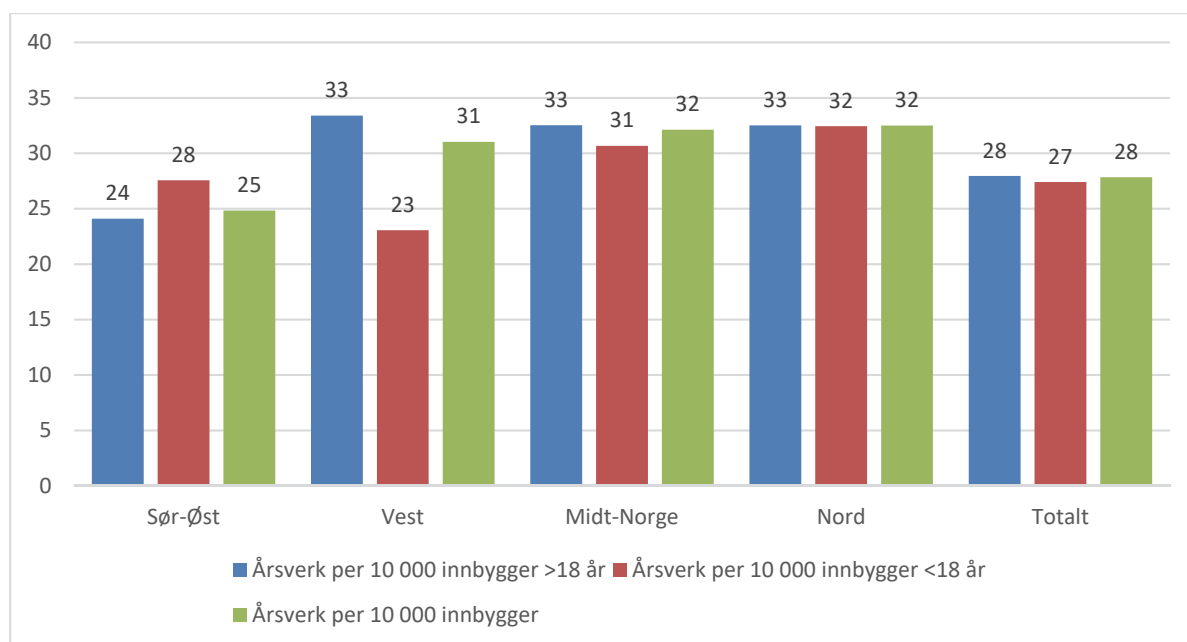
Som vist i tabell 4.7 har helseregion Sør-Øst 56 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest, Midt-Norge og i Nord. Det er ingen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

Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, Helesregion pr 1. januar 2017. Kilde: SSB.

	Antall kommuner		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sør-Øst	184	42	624 292	55	2 326 255	56	2 950 547	56
Vest	85	19	252 680	22	849 573	21	1 102 253	21
Midt-Norge	84	19	154 423	14	566 447	14	720 870	14
Nord	87	20	99 656	9	384 991	9	484 647	9
Totalt	440	100	1 131 051	100	4 127 266	100	5 258 317	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, Helseregion pr 1. januar 2017.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Sør-Øst	5 605	1 721	7 326	24	28	25
Vest	2 837	582	3 419	33	23	31
Midt-Norge	1 842	474	2 316	33	31	32
Nord	1 252	323	1 575	33	32	32
Totalt	11 534	3 099	14634	28	27	28



Figur 4.4 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, Helseregion, 2017.

I samsvar med funnene tidligere i kapitlet, ligger Helse Vest lavt for barn og unge når det gjelder kommunale årsverk innen psykisk helse- og rus. Helse Nord ligger høyest, mens Helse Sør-øst har lavest årsverksinnsats for voksne i sine opptakskommuner.

4.5 OPPSUMMERING

Små kommuner har typisk flere årsverk per innbygger enn store kommuner, men sammenhengene er ikke tydelig lineære. Når vi fordeler årsverk på fylker, finner vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Finnmark, Hedmark, Buskerud og Oppland, mens fylkene Rogaland og Sogn og Fjordane ligger lavt. For voksne er det særlig Sogn og Fjordane og Vest-Agder som rapporterer mange årsverk per innbygger, mens Akershus, Oslo og Hedmark ligger lavt.

Spesialisthelsetjenestens opptaksområde deler kommunene og bydelene i 21 Helseforetak innen psykisk helsevern og TSB. Det er betydelig variasjon i årsverk per innbygger etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-område (bydelene St. Hanshaugen, Sentrum, Grünerløkka og Gamle Oslo) er det særlig mange årsverk rettet mot barn og unge i forhold til innbyggertallet i bydelene. Diakonhjemmet har betydelig lavere årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i sitt opptaksområde (bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker) enn øvrige HF. Kommunene i Helse Finnmark ligger med høyest årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til barn og unge per innbygger etter Lovisenberg, mens kommunene i Sogn og Fjordane ligger høyest i årsverk per innbygger rettet mot voksne brukere.

Helse Sør-Øst er opptaksområde til 172 kommuner, men resten av helseregionene har 84-87 kommuner hver i sitt opptaksområde. Helse Vest ligger lavt for barn og unge når det gjelder kommunale årsverk innen psykisk helse- og rus. Helse Nord ligger høyest for barn og unge, mens Helse Sør-øst har lavest årsverksinnsats i sine opptakskommuner rettet mot voksne brukere.

5 HOVEDFORLØP

I dette kapitlet ser vi på sammensetningen av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dette gjøres basert på en kategorisering av brukere i tre ulike bruker- og pasientforløp, beskrevet i veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; "Sammen om mestring" (Helsedirektoratet, 2014)¹⁴. Veilederen definerer tre bruker- og pasientforløp 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

¹⁴ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

De som rapporterer i IS-24/8 blir bedt om å fordele det samme antall årsverk som de rapporterer på tiltakskategorier og utdanningskategorier, på hovedforløp. I år er tredje året på rad at kommunene bes om å gjennomføre en slik fordeling. Det første året (2015) var det mange som syntes denne øvelsen var vanskelig, men antallet kommuner som velger å fylle ut disse spørsmålene har økt fra år til år. Vi ser også at datakvaliteten har blitt bedre, det har blitt færre kommuner med store avvik mellom antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og hovedforløp. I 2017 var det 33 kommuner som ikke rapporterte noe på hovedforløp i tjenester for voksne, mens 67 kommuner ikke rapporterte noe i tjenester for barn og unge.

I rapporteringene for 2016 og 2017 var det fortsatt tilbakemeldinger fra kommunene på at dette er vanskelig å anslå, men i år hadde 93 prosent av kommunene/bydelene gjort en fordeling av årsverk i tjenester til voksne. Det er omtrent på nivå med fjoråret (92 prosent). I tjenester til barn og unge var det en økning fra 75 prosent av kommunene som hadde gjort en fordeling på hovedforløp i 2016 til 85 prosent av kommunene i 2017. Helse- og velferdsetaten i Oslo bidrar også med svar i rapporteringen, og inngår i de 442 kommune/bydelene.

I det følgende presenterer vi først årsverk fordelt på hovedforløp på nasjonalt nivå, der vi gjør en sensitivetsanalyse av materialet med bare de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom det som var rapportert på ulike tiltak og det som var rapportert på hovedforløp. Videre presenteres kommunenes vurdering av tilbudet de gir til brukere i de ulike forløpene. Vi kommenterer også utviklingen fra 2016 til 2017, og har da valgt å ta utgangspunkt i tallene som ble rapportert inn *felles* for psykisk helse- og rus i fjor (i år rapporterer alle kommuner felles, som beskrevet innledningsvis i rapporten).

5.1 DATAGRUNNLAG

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

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

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

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

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

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

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

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

5.2 RESPONS

Responser på spørsmålet om fordeling av tiltak på hovedforløp presenteres i tabell 5.1. 409 av 442 kommuner og bydeler (93 prosent) hadde gjort en fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester til voksne. 375 kommuner og bydeler (85 prosent) hadde gjort en fordeling på hovedforløp i tjenester til barn og unge. I tjenester for voksne var 91 prosent av de 11 534 årsverkene rapportert på tiltak også fordelt på hovedforløp. Dette var en klar forbedring fra 2015, da kun 79 prosent av årsverkene var fordelt på hovedforløp, og på nivå med fjorårstallene. Også i tjenester for barn og unge var det en forbedring fra 77 prosent i 2015 til 84 prosent av årsverkene fordelt på hovedforløp i 2016 og i 2017 (uforandret siste to år).

Feilmargin

Ideelt sett skulle kommunene og bydelene fordele nøyaktig samme antall årsverk på hovedforløp som på tiltak og utdanningskategorier. I rapporteringen for 2016 og 2017 ble det presisert i skjemaet at de som rapporterte måtte sjekke at antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og hovedforløp var likt. Feilmarginen gikk også betraktelig ned fra 2015 til 2016, og videre til 2017; i tjenester for voksne hadde 80 prosent av kommunene/bydelene en feilmargin på kun +/- ett årsverk, det tilsvarende tallet i tjenester for barn og unge var 78 prosent.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, rapporteringsåret 2017

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall kommuner/bydeler (voksne)	Antall kommuner/bydeler (barn/unge)
Årsverk tiltak	11 534	3 099	14 633	442	442
Årsverk hovedforløp	10 520	2 612	13 133	409	375
% fordelt på hovedforløp	91	84	90	93	85

5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 5.2 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2016 og 2017.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2016 og 2017

	Tjenester for voksne			
	2016	%	2017	%
Hovedforløp 1	1 144	11	1 092	10
Hovedforløp 2	2 814	28	2 779	27
Hovedforløp 3	6 241	61	6 649	63
Totalt	10 199	100	10 520	100

En sensitivitetanalyse som inkluderte kun kommuner og bydeler som hadde fordelt like mange årsverk på tiltak som på hovedforløp, viste at det ikke var forskjeller i fordelingen på nasjonalt nivå, og vi antar at den prosentvise fordelingen gir et representativt bilde på situasjonen.

Utviklingen mellom 2016 og 2017 viser at det i 2017 ble rapportert om noe flere årsverk benyttet på bruker/pasient-gruppen tilhørende hovedforløp 3, hovedsakelig fordi det rapporteres om marginalt færre årsverk til brukere med milde og moderate problemer og lidelser. Alt i alt er det små forskjeller i brukergruppene de tre siste årene.

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

Tabell 5.3 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for barn og unge i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2015 og 2016.

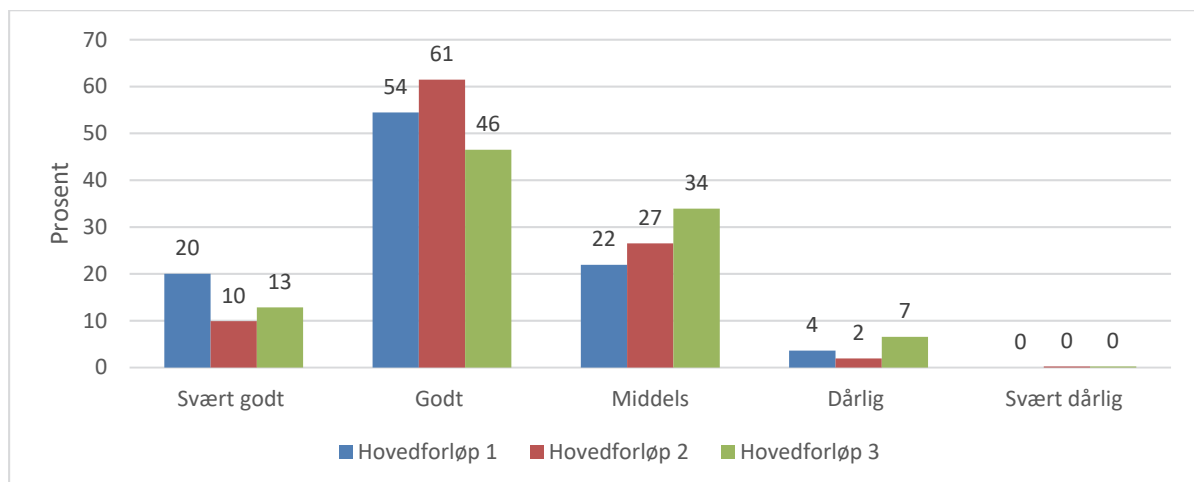
Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2016 og 2017

	Barn og unge			
	2016	%	2017	%
Hovedforløp 1	1 133	47	1 262	48
Hovedforløp 2	796	33	888	34
Hovedforløp 3	475	20	462	18
Totalt	2 405	100	2 612	100

Fordelingen på hovedforløp i tjenestene for barn og unge er omtrent uendret mellom 2016 og 2017. Hovedforløp 2 og 1 har økt med ett prosentpoeng hver.

5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

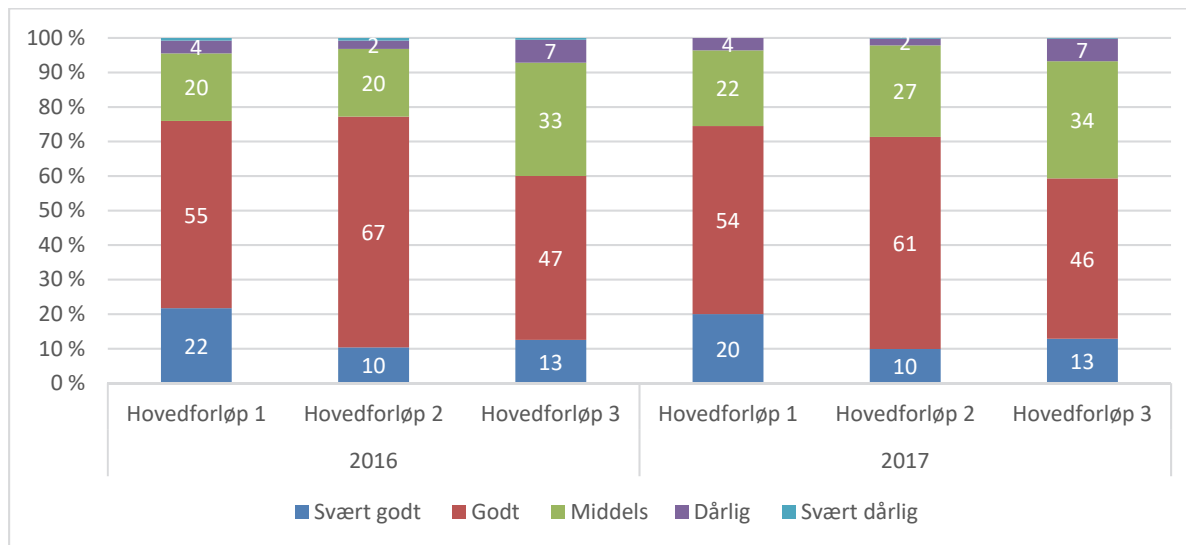
I år som i fjor gav storparten av kommunene og bydelene (ca. 94 prosent) en vurdering av tilbudet fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne. 35 kommuner/bydeler gav en vurdering av tilbudet for psykisk helsearbeid og rusarbeid. I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvise fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene.



Figur 5.1 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 415, Hovedforløp 2: n= 415, Hovedforløp 3: n = 413.

Det samlede tilbudet i tjenester til voksne i hovedforløp 1 og 2 vurderes som godt eller svært godt av ca. 74 prosent av respondentene (77 prosent i 2016), mens hovedforløp 3 vurderes som godt eller svært godt av 59 prosent av kommunene/bydelene i 2017 (60 prosent i 2016). Ingen kommuner eller bydeler vurderer tjenestene sine rettet mot voksne som svært dårlige. 28 kommuner/bydeler (7 prosent) vurderte tilbudet til brukere/pasienter i hovedforløp 3 som dårlige eller svært dårlige.

I figur 5.2 presenteres en sammenlikning av rapporteringen på hovedforløp i 2016 og 2017. Figuren viser at det rapporteres om svært små endringer i sammensetningen de siste to årene.

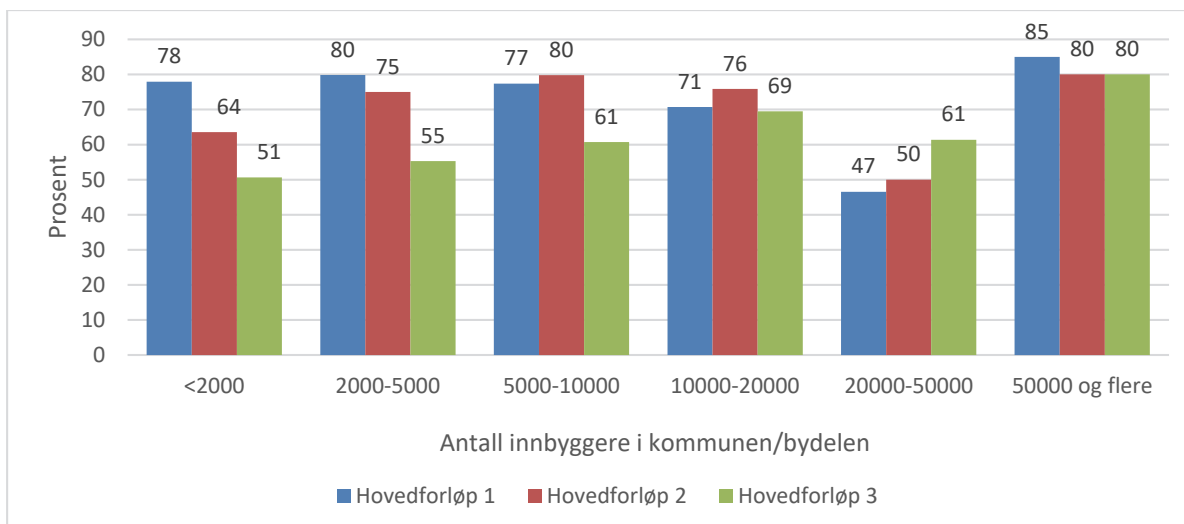


Figur 5.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne fordelt på hovedforløp. Årene 2016 og 2017.

Videre har vi sett nærmere på de kommunene som har rapportert at de vurderer tilbudet til voksne som godt eller svært godt, og beregnet prosentandel av kommunene som svarte dette innenfor ulike kommunestørrelsesgrupper (antall innbyggere) for hvert av de tre hovedforløpene. Tabellen under gir tallgrunnlaget for figur 5.3.

Tabell 5.4 Antall kommuner/bydeler som har besvart spørsmålene om vurdering av det samlede tilbudet for voksne, og antall kommuner/bydeler som har vurdert tilbudet til å være godt/svært godt. Hovedforløp, absolutte tall, 2017.

	Antall kommuner som har besvart spørsmålet om vurdering av tilbud til voksne			Antall kommuner som har svart godt/svært godt på vurdering av tilbud til voksne		
	Hovedforløp 1	Hovedforløp 2	Hovedforløp 3	Hovedforløp 1	Hovedforløp 2	Hovedforløp 3
	<2000	86	85	83	67	54
2000-5000	124	124	123	99	93	68
5000-10000	84	84	84	65	67	51
10000-20000	58	58	59	41	44	41
20000-50000	43	44	44	20	22	27
50000 og større	20	20	20	17	16	16
Totalt	415	415	413	309	296	245

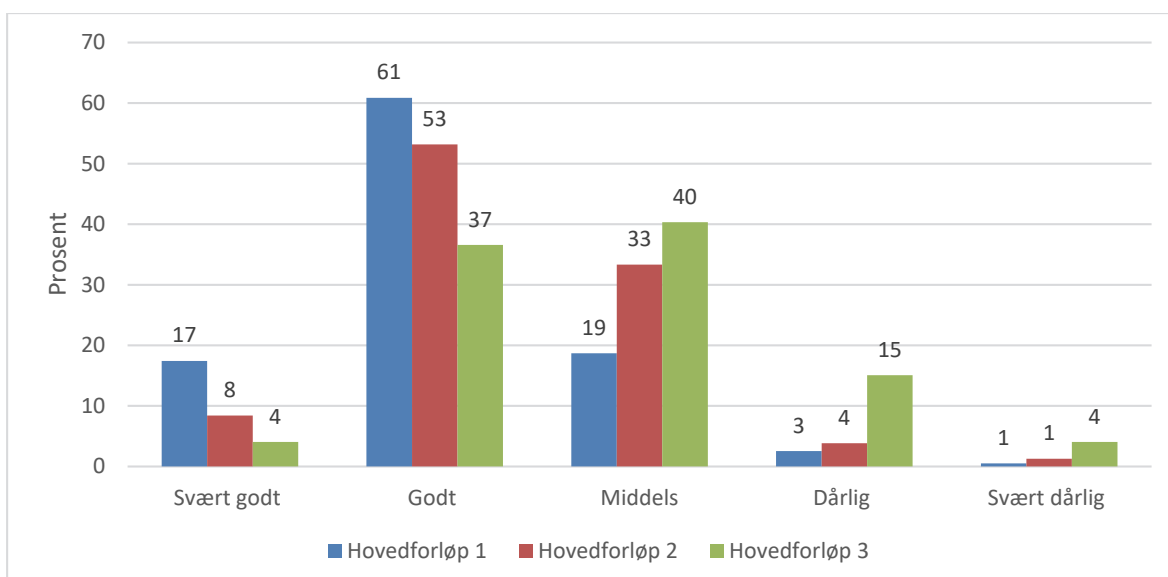


Figur 5.3 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2017, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Figuren over viser at de aller mest innbyggerrike kommunene er relativt godt fornøyd med tjenestetilbudet til voksne i alle hovedforløp, mens de mindre kommunene ikke er like fornøyd med det tilbudet som gis de aller mest belastede brukerne i hovedforløp 3. Det ser også ut til at kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere i mindre grad sier seg godt eller svært godt fornøyd med tilbudet i hovedforløp 1 og 2.

5.6 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

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

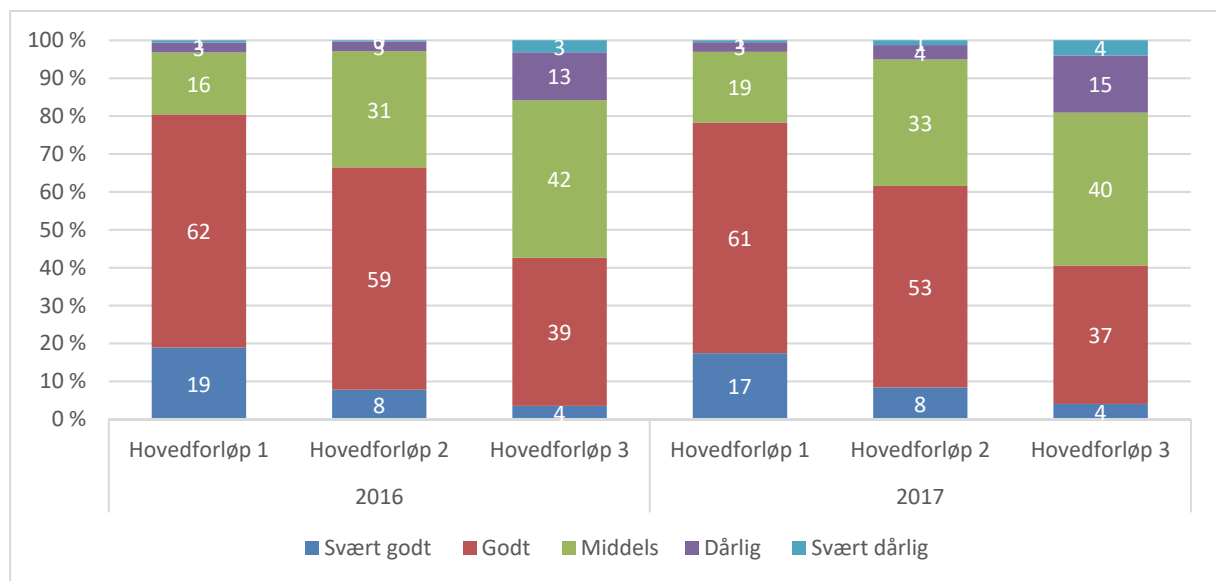


Figur 5.4 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 396, Hovedforløp 2: n = 393, Hovedforløp 3: n = 372.

78 prosent av kommunene/bydelene mener de er godt/svært godt fornøyd med det samlede tilbudet til brukergruppen i hovedforløp 1. Dette er ned to prosentpoeng fra 2016, da 80 prosent av kommunene svarte at de var godt/svært godt fornøyd. Tilsvarende var 61 prosent av kommunene godt/svært godt fornøyd med tiltakene til brukerne i hovedforløp 2, mens 41 prosent er godt/svært godt fornøyd med tjenestene til de som er i hovedforløp 3.

Få kommuner vurderer tilbudene til brukere/pasienter i hovedforløp 1 og 2 som dårlige, men det er 19 prosent av kommunene/bydelene som mener de har et dårlig eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige psykisk helse- og rusproblemer. I 2015 var dette tallet 20 prosent, mens det ble gitt en noe bedre vurdering i 2016 (16 prosent).

Figur 5.5 presenterer en sammenlikning av tallene mellom 2016 og 2017:

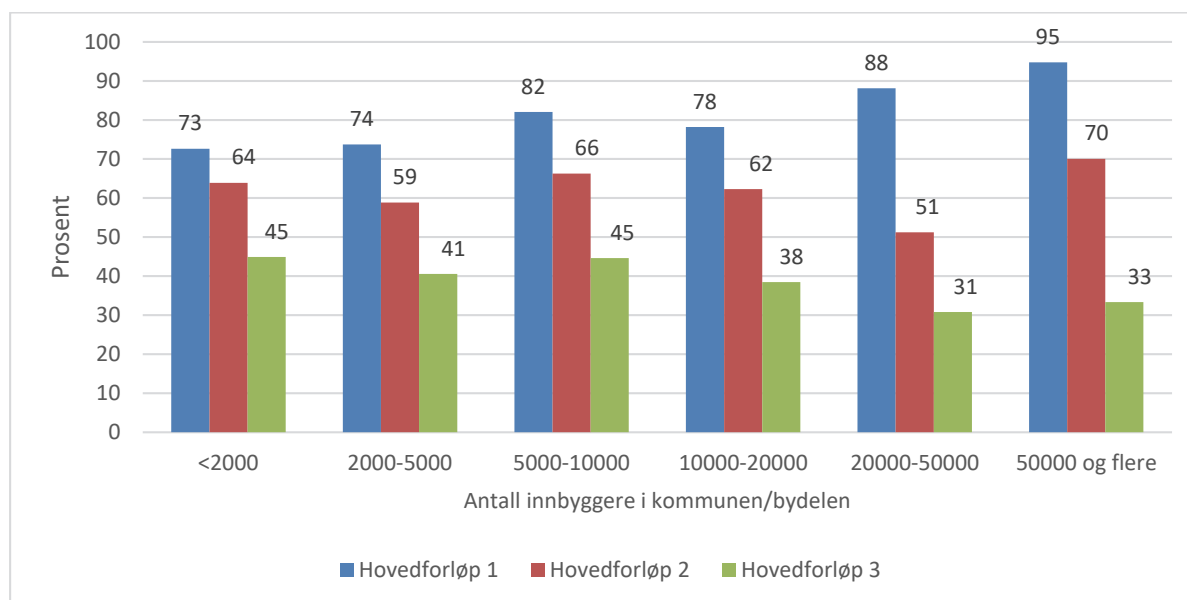


Figur 5.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 312, Hovedforløp 2: n= 307, Hovedforløp 3: n = 284.

Videre har vi sett nærmere på de kommunene som har rapportert at de vurderer tilbudet til barn og unge som godt eller svært godt, og beregnet prosentandel av kommunene som svarte dette innenfor ulike kommunestørrelsesgrupper (antall innbyggere) for hvert av de tre hovedforløpene. Tabellen under gir tallgrunnlaget for figur 5.6.

Tabell 5.5 Antall kommuner/bydeler som har besvart spørsmålene om vurdering av det samlede tilbudet for barn og unge, og antall kommuner/bydeler som har vurdert tilbudet til å være godt/svært godt. Hovedforløp, absolutte tall, 2017.

	Antall kommuner som har besvart spørsmålet om vurdering av tilbud til barn og unge			Antall kommuner som har svart godt/svært godt på vurdering av tilbud til barn og unge		
	Hovedforløp 1	Hovedforløp 2	Hovedforløp 3	Hovedforløp 1	Hovedforløp 2	Hovedforløp 3
<2000	84	83	78	61	53	35
2000-5000	118	119	111	87	70	45
5000-10000	78	77	74	64	51	33
10000-20000	55	53	52	43	33	20
20000-50000	42	41	39	37	21	12
50000 og flere	19	20	18	18	14	6
Totalt	396	393	372	310	242	151



Figur 5.6 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. År 2017, kommunegruppe etter antall innbyggere.

Av kommunene som besvarte spørsmålet om vurdering av tjenestene for barn og unge, svarte 73 prosent av de minste kommunene (<2000 innbyggere) at de var godt/svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 1. Det er en tendens til at andelen kommuner som er fornøyd med tilbudet øker med antall innbyggere når det gjelder hovedforløp 1, mens det er synkende med kommunestørrelse for hovedforløp 3. I kommuner med over 20 000 innbyggere er det bare 31-33 prosent av kommunene som sier at de er godt eller svært godt fornøyd med tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3. Imidlertid er det for tjenester til barn og unge samme rangering av de tre hovedforløpene mellom kommunegruppene.

5.7 KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)

Fagpersonellet som rapporterer fra kommunene og bydelene gis anledning til å legge inn kommentarer i skjemaet til de fleste av spørsmålene i skjemaet, og mange benytter seg av denne

muligheten. 123 kommuner hadde skrevet en kommentar når det gjaldt hovedforløp for voksne, 114 hadde kommentert tjenester for barn og unge. Etter å ha gått gjennom kommentarene som ble gitt i forbindelse med rapportering av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, er det noen tema vi ser går igjen. Der vi tidligere år hadde en god del kommentarer om at de ikke "tenker" i forløp og synes det er vanskelig å fordele, er det få slike kommentarer i 2017. Men som foregående år er mangel på tilbud til de med alvorlige, langvarige og sammensatte lidelser hyppig nevnt – særlig gjelder dette de med ROP-lidelser:

Fremdeles store utfordringer spesielt knyttet til bosetting av alvorlig syke og ROP brukere. (Bydel i Oslo)

Vi har satsa på tidlig innsats, og lågterskeltilbud i ROP-avdelinga. Me har utvikla gruppetilbod, og ha låg terskel for at folk i livskrise, eller folk med milde angst/depresjonsplager som medfører fare for sjukemelding/dette ut frå arbeidslivet skal få rask hjelp. Samstundes er det over tid bygd opp eit godt tilbod til dei med lang varig problematikk. Utfordringa kan vera kring dei med samansett problem, å finne rett hjelp i spesialisthelsetenesta. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Middels skåring på Hovedforløp 3 fordi koordinering av tjenester mellom tjestenivå og etater er en utfordring, og at kommunen ikke rekker å bygge opp kompetanse og utvikle tjenestene i samme fart som sentrale føringer og høyere terskel inn til Spesialisthelsetjenesten skulle tilsi. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordringene med tilbudet til de alvorligst syke knyttes gjerne opp mot mangel på boliger til denne målgruppen. 20 kommuner (16 prosent av kommunene som kommenterte) nevnte mangel på bemannede boliger som et problem:

Hovedforløp 3: til tross for mange ansatte (6 fra privat firma) vurderes tilbudet som mangelfullt i og med at disse seks er knyttet opp til kun to av flere brukere med behov for hjelp. Kommunen har ikke døgnbemannede boliger og ambulant tjeneste på kveld/helg. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Det samme gjelder aktivitetssenter og arbeidsmarkedstiltak, som det også er stort behov for i flere kommuner, og som ble nevnt i 13 av kommunene som hadde lagt igjen en kommentar:

Anser at hovedforløp 2 og 3 har et dårlig tilbud da vi ennå ikke har fått til et samlingspunkt for å skape trivselsskapende aktiviteter og dermed hindre isolasjon. Jobbes nå med å få til et dagsenter. Ser også at det kreves ekstra ressurser i form av miljøterapeut i full stilling. (Kommune med under 2000 innbyggere)

Utfordringer i forhold til tid og tilgjengelighet. Mangler bemannede boliger til de som trenger det mest, lavterskeltilbud arbeids og aktivitetstilbud til rusavhengige. Satser på et kommunalt oppfølgingsteam som skal jobbe tettere på de i hovedforløp 3. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Ut fra brukerplan scoret kommunen over landsgjennomsnittet og ganske bra på tilbud til våre pasienter. Vi ser dog en stor utfordring i oppfølging av pasienter som er i behov av tett oppfølging med stor grad av kontinuitet. En av de største utfordringene er å skape mening i

hverdagen i form av arbeidsmarkedstiltak der pasient har behov for tett oppfølging for å kunne utføre arbeidstiltak. (Kommune med under 2000 innbyggere)

Flere kommuner kommenterer at det kan være store forskjeller i tjenestetilbudet til hhv. rustjenester og psykisk helse-tjenester, og at det derfor er vanskelig å gi en samlet vurdering:

Her er det ulikheter når det gjelder rus og psykiatri. I forløp 1 er det et dårlig tilbud til personer med rusproblemer, men godt tilbud til de med psykiske problemer. I forløp 3 er det også bedre tjenester til psykiatri enn til rus. Spesielt når det gjelder botilbud. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er også store forskjeller i hvordan kommunene prioriterer mellom de ulike brukergruppene:

Årsverkene som rapporteres her ift voksne jobber i avdeling Rus og psykisk helse og avdeling Ambulerende miljøarbeid. I disse avdelingene prioriteres ikke hovedforløp 1. Vi gir imidlertid tilbud til denne målgruppen gjennom Friskliv- og mestringssenter (KIB), Aktivitetssenter og fastlegene, men dette rapporteres ikke her. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Vi har ingen som er ansatt som psykiatrisk sykepleier eller psykolog i kommunen. Lege og helsesøster ivaretar denne brukergruppen (hovedforløp 1). Vi har også ansatte i hjemmesykepleien som har hjemmebesøk hos brukere som har behov for tilsyn/støttesamtaler. Dette er imidlertid ikke alvorlige saker men mer "hverdagsproblematikk" som ensomhet og liten kontakt med andre. (Kommune med under 2000 innbyggere).

Som tidligere år kommenteres det også at brukerne skrives raskere ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, uten at de ansatte i tjenestene mener de har fått tilsvarende økning i ressurser:

Etter samhandlingsreformens start har tjenesten fått flere brukere med hovedforløp 3. Det oppleves som at pasienter skrives raskere ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg har kommunen fått et større behandlingsansvar. Grunnen til at tilbudet er skåret middels er at kommunens ressurser ikke er økt tilsvarende. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

5.8 KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)

I det tilsvarende kommentarfeltet ved fordeling av årsverk på hovedforløp for tjenester rettet mot barn og unge, fikk vi kommentarer fra 114 kommuner og bydeler. Som i fjor svarer flere kommuner at de ikke tenker hovedforløp på samme måte i tjenester for barn og unge som i tjenester for voksne, at de synes det er vanskelig å besvare disse spørsmålene (særlig små kommuner der "alle jobber med alt"). Dessuten vil barn og unge med alvorlige og langvarige helseproblemer i stor grad følges opp i spesialisthelsetjenesten og gjennom barnevernet, og kommunen har ikke behov for å prioritere tjenestetilbudet til denne målgruppen (dette gjelder omtrent 10 prosent av kommentarene):

Ikke et prioritert område. Det som eksisterer av tilbud er fra helsestasjon, skolehelse og fastlege. Veksten innen psykisk helseområdet har gått til økende bo-oppfølging voksne, har sammenheng med reduksjon i sengeplasser i spes.helsetjenesten og samhandlingsreform, jf.

planlagt innføring av døgngjebyr innen psykisk helse. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Hovedforløp 3: Usikker, blir ivaretatt hovedsakelig av spesialisthelsetjenesten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Har ikke statistikk som verifiserer fordelingen mellom korte og lange forløp og alvorlighetsgrad. Bydelen har i liten grad oversikt over alvorlige og langvarige forløp som følges opp i spesialisthelsetjenesten, særlig når ungdommen ikke går på skole i bydelen. (Bydel i Oslo)

De alvorlige lidelsene blir viderehenvist da forebyggende tjenester skal jobbe primært forebyggende. Utekontakter, familieteam, og deler av helsesøsterstillinger blir benyttet til samtaler. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

I en bydel i Oslo går det fram at de ulike tjenestene er uenige om hva som er et godt tilbud:

Det er ulike oppfatninger av tilbudet til barn og unge. Avdeling for helse og oppvekst mener det er et godt tilbud. Barnevernet mener tilbudet er svært dårlig og etterlyser institusjonsplasser og mer ambulant tjeneste. (Bydel i Oslo)

En annen stor kommune påpeker at tilbudet er godt for barn og unge med psykiske helseutfordringer, mens det fortsatt mangler tilbud til de med mer alvorlig problematikk og rusproblemer:

Kommunen er i startfasen for å etablere et tverrfaglig samarbeidssystem for aldersgruppen 16 - 23 år. Godt tilbud til barn og unge med psykisk helse utfordringer av mild til kortvarige problemer. Vi har noen utfordringer i forhold til hovedforløp 2 og 3. I forhold til rus fungerer ikke samarbeidet så godt. Mangler koordinering. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Som for tjenester for voksne, er det også kommuner som skriver at terskelen for behandling i spesialisthelsetjenesten har blitt høyere, og at det tar tid å bygge opp tilsvarende tjenester i kommunen:

En opplever at også barn og unge må være alvorlig syke/ ha store problemer for å kvalifisere til hjelp/ behandling i spesialisthelsetjenesten. Det blir et sprik mellom tilgjengelig kompetanse i kommunen og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste. Det trengs tid for å bygge opp kompetanse i kommunen. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

5.9 OPPSUMMERING

For tredje året på rad har norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen «Sammen om mestring». Over 90 prosent av årsverkene i tjenester til voksne, og 84 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge ble fordelt på hovedforløp. Fordelingen gjort i 2017 ligger svært nært opp til fjorårstallene: 10 prosent av årsverkene i tjenester til voksne går med til brukere i hovedforløp 1, 27 prosent i hovedforløp 2 og 63 prosent i hovedforløp 3. I tjenester til barn og unge er det en motsatt tendens; her går 48 prosent av årsverkene til barn og unge i hovedforløp 1, 34 prosent i hovedforløp 2 og 18 prosent i hovedforløp 3.

Kommunene skulle også gi en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. Rundt 70 prosent av kommunene vurderer tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 og 2 til å være godt eller svært godt, mens det tilsvarende tallet for brukere i hovedforløp 3 er 59 prosent. De fleste kommuner vurderer tilbudet til de med lette til moderate problemer/lidelser å være bedre enn tilbudet til de med alvorlige og langvarige lidelser. Sju prosent av kommunene vurderte tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 3 til å være dårlig. Kommunene vurderer tilbudet til barn og unge å være dårligere enn tilbudet til voksne. 41 prosent av kommunene vurderer tilbudet til barn og unge i hovedforløp 3 til å være godt eller svært godt, mens 19 prosent vurderer det som dårlig eller svært dårlig. Dette er omtrent på nivå med tallene for 2016.

Hvis vi ser på ulike kommunestørrelser og i hvilken grad de svarte at tilbudet var godt eller svært godt, ser vi at store kommuner med mellom 20-50 000 innbyggere i mindre grad er fornøyd med tilbudet til voksne brukere i hovedforløp 1 og 2, mens 61 prosent av kommunene med denne kommunestørrelsen er fornøyd med tilbudet til brukere i hovedforløp 3. Denne kommunegruppen skiller seg dermed fra de øvrige kommunegruppene i andelen kommuner som svarte godt/svært godt i vurderingen av det samlede tilbudet til voksne. Når det gjelder tilbudet til barn og unge er det særlig de største kommunene som svarte at tilbudet var godt/svært godt, og den forholdsmessige fordelingen på de tre hovedforløpene var relativt lik mellom de ulike kommunegruppene.

En oppsummering av kommentarfeltet til spørsmålene om hovedforløp viser at:

- De største manglene i tilbudet til voksne synes å gjelde ROP-pasienter i hovedforløp 3. Mangel på bolig og tilrettelagte aktivitetstilbud og arbeidsmarkedstiltak etterlyses i år som i fjor.
- Flere kommuner opplever at pasienter blir skrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, og at kommunen ikke er rustet til å ta imot.
- Det rapporteres om store forskjeller mellom psykisk helse- og rustjenestene i enkelte kommuner.
- Det er mindre vanlig å tenke hovedforløp i tjenester for barn og unge, og barn og unge tilhørende hovedforløp 3 forventes å bli behandlet i spesialisthelsetjenesten og ikke i kommunen.
- Flere kommuner rapporterer om et for dårlig tilbud når det gjelder rusproblematikk for de yngste gruppene.

6 BRUKERMEDVIRKNING

Både Opptappingsplanen for psykisk helse (St.meld.nr. 63, 1997-1998), Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015) framhever brukermedvirkning som et viktig aspekt i utviklingen av tjenestene. Brukerperspektivet har fått en stadig viktigere rolle i helsetjenestene de siste årene, men den seneste norske kunnskapsoppsummeringen innenfor psykisk helsearbeid konkluderer med at brukermedvirkning fortsatt ikke er en innarbeidet del av tjenesten, hverken ved individuell behandling eller på systemnivå¹⁵. 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^{16,17,18}.

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter og brukere en nedfelt rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne ("Sammen om mestring", Helsedirektoratet, 2014)¹⁹ framhever brukermedvirkning og legger til grunn at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår dem. Stadig flere kommuner har tatt i bruk verktøy for feedbackinformerte tjenester (Fit)²⁰, der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og bruker tilbakemeldingene til å tilpasse tjenestene.

IS-24/8-rapporteringen har over flere år samlet informasjon om kommunenes økonomiske bevilgninger til brukermedvirkning. Disse kan omfatte støtte til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og/eller deres pårørende som skal sikre brukermedvirkning på systemnivå. Det er også spesifisert at midlene som rapporteres om kan omfatte brukerråd, brukerrepresentanter o.l. De senere årene har det også blitt inkludert noen flere spørsmål om brukermedvirkning og brukerorientering.

¹⁵ Klausen, RK. (2016): En oppsummering av kunnskap. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning.

¹⁶ Husøy, G. (2015): Brukerperspektiv i psykisk helsevern – retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 12. Nr. 4. Side 317-324.

¹⁷ Hansen, GV. og Ramsdal, H. (2015): Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelig mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 12. Nr. 3. 2015. Side 196-205.

¹⁸ Valla, B. (2014): Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Gyldendal. ISBN/EAN: 9788205476288

¹⁹ Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

²⁰ <https://www.napha.no/fit/>

6.1 DATAGRUNNLAG

2017 ble følgende spørsmål inkludert:

- Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2016? Vennligst oppgi svaret i hele kroner.
- Slik dere vurderer det, sikrer kommunen brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykiskhelsefeltet? Svarkategorier: Ja/Nei.
- 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.). Svarkategorier: Fit, Brukerråd, Brukerundersøkelse, Annet.
- I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? (Med recovery-orientert menes at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus). Svarkategorier: I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad.

6.2 BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM

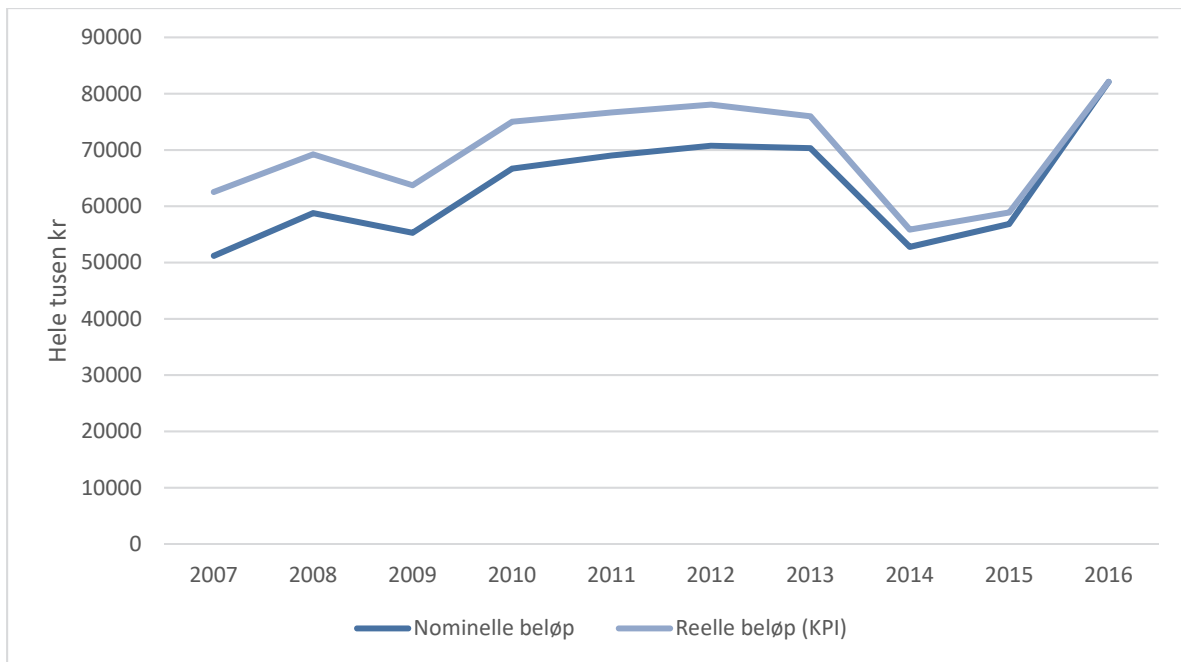
I år, som i 2016, er det en del kommuner som oppgir i kommentarfeltet at de ikke har aktive bruker- eller pårørendeorganisasjoner for tiden. I 2017 var det 262 kommuner (ca. 60 prosent) som enten oppgav 0 i brukermedvirkning eller hoppet over spørsmålet. Vi antar derfor at beløpet på nasjonalt nivå gir et minsteestimat på hvor mye som gis til brukermedvirkning til denne målgruppen i kommunene, og at det er stor usikkerhet tilknyttet tallene på nasjonalt nivå.

Totalt har 180 kommuner og bydeler rapportert at de har bevilget i overkant av 82 millioner kroner til brukermedvirkning i 2016. Tallgrunnet tilbake til 2007 er tilgjengelig i tabellen og i figuren under.

Tabell 6.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2016 (i 1 000 kroner)

	Nominelle beløp	Endring i prosent	Reelle beløp (KPI*)	Endring i prosent
2007	51200	-	62551	-
2008	58800	15	69224	11
2009	55300	-6	63727	-8
2010	66695	21	75023	18
2011	69036	4	76657	2
2012	70747	2	78055	2
2013	70328	-1	75974	-3
2014	52776	-25	55848	-26
2015	56861	8	58908	5
2016	82097	44	82097	39

*Prisjustert med utgangspunkt i konsumprisindeksen (KPI).



Figur 6.1 Beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form fra kommunene samlet, 2007-2016.

Den kraftige økningen i beløpet for brukermedvirkning fra 2015 til 2016 (39 prosent) forklares i stor grad med en sterk økning i beløpet som rapporteres fra Oslo kommune.

6.3 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

I sin kunnskapsoppsummering om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, peker Klausen (2016)²¹ på at norske kommuner har hatt mest oppmerksomhet på brukermedvirkning på systemnivå, mens det er behov for å i større grad implementere brukermedvirkning på individnivå. Mye av brukermedvirkningen skjer i praksis når kommunale tjenesteytere tilpasser seg brukernes tilbakemeldinger²². I rapporteringen for 2017 ønsket Helsedirektoratet å vite om kommunene vurderer det dithen at de sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsefeltet. Her var det 419 kommuner og bydeler (95 prosent) som avla et svar. 306 av disse (73 prosent) svarte "Ja", 27 prosent svarte "Nei".

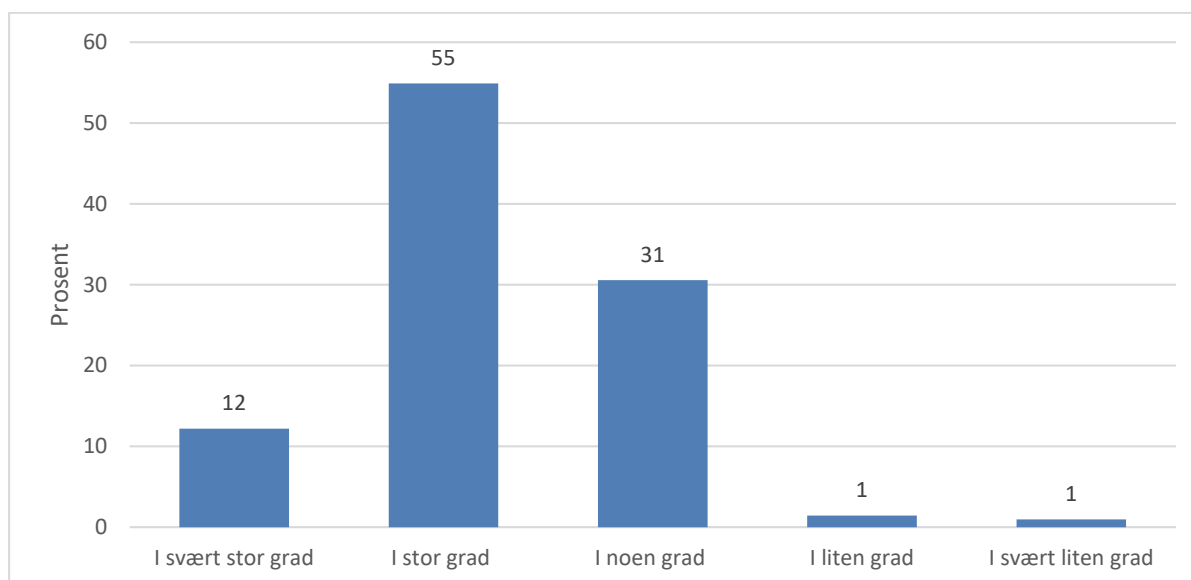
På spørsmål om kommunene på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene, svarer 44 prosent av kommunene/bydelene "Ja", mens over halvparten, 56 prosent, svarer "Nei". Det ble også spurt på hvilken måte kommunene jobber med brukerinvolvering. Her svarte 300 av kommunene. Brukerundersøkelser framsto som den hyppigst nevnte kategorien; 129 kommuner (ca. 43 prosent) hadde gjennomført dette i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dernest var brukerråd nevnt som en vanlig måte å involvere brukere på (i 22 prosent av kommunene), mens Feedback-informerte tjenester (Fit) var nevnt i 56 kommuner (19 prosent). Flere av kommunene som nevnte Fit skulle starte opp med dette i løpet av høsten 2017.

²¹ Klausen, RK. (2016): En oppsummering av kunnskap. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning.

²² Valla, B. (2014): Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Gyldendal. ISBN/EAN: 9788205476288

6.4 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert. Med recovery-orientert ble det forstått at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. 419 kommuner og bydeler besvarte spørsmålene, og svarene fordelte seg som presentert i figuren under:



Figur 6.2 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? N = 419 kommuner.

67 prosent av kommunene mener at tjenestetilbudet i stor eller svært stor grad er recovery-orientert, mens 31 prosent mener at tjenestetilbudet i noen grad er recovery-orientert. Av de 10 kommunene som svarer i liten eller svært liten grad, er alle små kommuner i distriktene.

6.5 OPPSUMMERING

Over 300 av landets kommuner (73 prosent) svarer at de sikrer brukermedvirkning innen rus- og psykisk helse-feltet, men bare 44 prosent av kommunene svarer at de på en systematisk måte har hentet inn brukererfaringer i løpet av de siste 12. månedene. De som har innhentet brukererfaringer systematisk har typisk gjort dette i form av brukerundersøkelser, brukerråd/brukerrepresentant eller i form av feedback-informerte tjenester. Hele 67 prosent av landets kommuner svarer at de i stor eller svært stor grad jobber recovery-orientert. De kommunene som svarer at de i liten grad jobber recovery-orientert, er typisk små distriktskommuner.

7 UTFORDRINGER MED DAGENS TILBUD TIL ULIKE BRUKERGRUPPER

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Sammen om mestring (Helse- direktoratet, 2014) beskriver blant annet hva som er kommunenes ansvar innen fagfeltet:

Kommunene har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering og behandling. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og lidelser og rusmiddelproblemer er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven.

Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige.

Behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, og er størst for personer med alvorlige lidelser.

Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Gjennom flere år har IS-24/8 prosjektet kartlagt hvilke utfordringer kommunene opplever på fagfeltet. I 2015 spurte vi om udekkede behov for tjenester for målgruppen. Svarene fra kommunene tydeliggjorde at det var særlig mangel på heldøgns omsorgstilbud for personer med alvorlig sykdom (rus og/eller psykiske lidelser). Andre kommuner oppgav at de mangler et differensiert botilbud til målgruppen og at de mangler egnede boliger. Svært mange kommuner mente at de manglet arbeidstiltak og aktivitetstiltak for målgruppen. En del manglet også støttekontakter og ulike gruppetilbud, og 44 kommuner oppgav at de manglet kommunepsykolog. Det var også tydelig at de fleste kommunene mente at de udekkede behovene må dekkes av kommunene selv, og ikke for eksempel gjennom kjøp av private tjenester. Utfordringene i kommunene må ses i nær sammenheng med utviklingen i spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel 1.3.

7.1 DATA OG METODE

Følgende spørsmål er inkludert for å få et bedre bilde av hvilke utfordringer kommunene opplever innen psykisk helsearbeid våren 2017:

- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser? Åpent spørsmål
 - Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? Åpent spørsmål
- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser? Åpent spørsmål
 - Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? Åpent spørsmål

- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen barn og unge med milde eller moderate problemer/lidelser? Åpent spørsmål
 - Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? Åpent spørsmål
- Hvilke utfordringer ser dere når det gjelder tilbudet til brukergruppen barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser? Åpent spørsmål
 - Hva kan gjøres for å bedre tilbudet? Åpent spørsmål

Det er til sammen gitt 2812 svar på disse spørsmålene, så dette er et betydelig kvalitativt datagrunnlag. Vi har valgt å analysere datagrunnlaget basert på en "mixed-method" tilnærming, der de kvalitative svarene kodes i ulike kategorier etter innhold. Denne metoden sikrer at bredden i svarene kommer frem, og at det til en viss grad er mulig å kvantifisere svarene. Et så stort kvalitativt datamateriale gjør at vi kan fremskaffe en viss dybde under de ulike kategoriene av svar.

Vi har brukt en litt forenklet metode av en ti-steps metode som er utviklet i SINTEF for strukturering av kvalitative data (Ose, 2016). Prosjektet har ikke rammer til å gå grundig inn i alle problemstillingene, men vi har forsøkt å gi et mest mulig presist bilde av utfordringene basert på svarene som kommunene har gitt.

Først er alle svarene gjennomlest for å få et bilde av bredden og dybden i datagrunnlaget, deretter er alle utsagn fullkodet slik at alle tema får sin egen kode. Det er totalt utviklet en kodeliste på over 90 koder for dette kapitlet. Denne metoden er benyttet for svarene knyttet til voksne brukere, mens en mer standard gjennomgang med bruk av sentrale eksempler er benyttet på svarene som handler om barn og unge.

7.2 UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN VOKSNE MED MILDE ELLER MODERATE PROBLEMER/LIDELSER

Det er gitt 370 svar på spørsmålet om utfordringer knyttet til voksne med milde og moderate problemer/lidelser og dette utgjør 84 prosent av alle kommunene og bydelene. Mange av svarene inneholder flere tema og de er kodet i henhold til dette. Dvs. at om en kommune for eksempel har kommentert både mangel på aktivitetstilbud og kapasitetsproblemer generelt, er svaret tatt med i begge kodene.

ULIKE REFERANSER TIL HVA SOM ER MILDE ELLER MODERATE

Når vi spør hvilke utfordringer kommunene erfarer i forhold til tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser, ser vi tydelig fra svarene at det vurderes ulikt hvilken brukergruppe det er snakk om. En hypotese er at de tradisjonelle psykisk helse- og rustjenestene i større grad refererer til en gruppe med mer omfattende behov (langvarig moderate, der noe er psykisk helse og noe er sosiale problemer):

Liten kommune med begrenset tilbud utover det som det kommunale hjelpeapparatet har å tilby. Eksempler på utfordringer kan være et begrenset marked for å komme i aktivitet, arbeidsutprøving og få tilbud av sosiale, fysiske og kulturelle aktiviteter/møteplasser.

Utfordringer kan også være at pasienten i liten grad vil benytte spesialisthelsetjenesten, da det er belastende med lang reisetid. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Mens de som har etablert en lavterskeltjeneste, snakker mer om psykiske helseproblemer og livshendelser som skaper problemer heller enn diagnostiserte lidelser:

Samtaletilbud til voksne i "normale" livskriser. Fagmiljøet er lite, alle kjenner alle, familiekontor er langt unna. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Det er også problematisk at spørsmålene ikke skiller mellom rus og psykisk helse, da det kan være ulikt hva brukerne har behov selv om noe er felles:

Vi har fått på plass rus/miljøterapeut. Utfordringen ligger i lavt tilbud på aktiviteter, fritidstilbud, dagsenterplasser og ettervern. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

I det følgende ser vi på de noen av de mest nevnte utfordringene.

Tabell 7.1 viser antall kommuner som har rapportert om utfordringer på de ulike temaene. Det fleste kommuner trekker frem i 2017 handler om at de mangler dagtilbud, aktivitetstilbud og arbeidstilbud. Dernest rapporterer de at det kan være utfordrende å komme tidlig nok inn og å komme i posisjon til å hjelpe. Dette kan gjelde både de med lettere psykisk helseproblematikk (hvem tar kontakt) og de med mer langvarige og moderate lidelser som det må arbeides oppsøkende mot over tid.

Det er også en del kommuner som oppgir, både implisitt og eksplisitt, at de må prioritere de mest alvorlige og at de ikke har ressurser til å ta inn de med lettere problematikk. Andre kommuner kommenterer at de ikke har særlige utfordringer, og at fastlegen tar seg av de med lettere problematikk.

Mange kommuner opplever stor og økende etterspørsel fra gruppen med lettere psykiske helseproblemer, men har ikke kapasitet til å dekke etterspørselen. De kommunene som har etablert Rask Psykisk Helsehjelp (RPH),²³ svarer at de behandler mange og at etterspørselen er stor. Flere sliter med å få til effektive tjenester, særlig med å etablere gruppetilbud og tilby effektive selvhjelpsverktøy.

²³ Rask Psykisk Helsehjelp er et lett tilgjengelig kommunalt tilbud til voksne over 18 år, med angstlidelser og lette til moderate depresjonsplager, samt søvnvansker. Hjelpen er basert på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp. Det er 18 kommuner som har RPH.

Tabell 7.1 Kvantifisering av svar på spørsmål om hvilke utfordringer de ser når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med milde eller moderate problemer/lidelser, 2017

	Antall
Mangler dagtilbud, aktivitetstilbud, arbeidstilbud – motivering til daglig aktivitet og sosialisering	48
Ingen eller moderate utfordringer, fastlegen ivaretar disse	32
Utfordringer med å komme tidlig nok inn, fange opp gruppen, komme i posisjon	31
Må prioritere de mest alvorlige, har ikke tilbud til de med lettere problematikk	30
Stor og økende etterspørsel, men ikke kapasitet	25
Høy terskel for spesialistbehandling, omstrukturering	22
Klarer ikke å fange dem opp	18
For lite fagmiljø/kommune, stigma	16
Mangler lavterskeltiltak, gruppetiltak	14
For lite fagmiljø, rekrutteringsproblemer, sårbart, lite ressurser, kompetanse	13
Økt etterspørsel (ikke noe om kapasitet)	11
Uklart om hvem som har ansvaret	11
Informasjon om tjenesten ut til befolkningen, synlighet	11
Har noe tilbud, men for lav kapasitet (ressursmangel)	10
Har ikke tilbud	10
Mangler kvalifisert personell, tilstrekkelig kompetanse, kontinuitet	9
Trenger tjenester til unge voksne som faller ut	9
Mange med sosiale problemer i tillegg	9
Trenger gode verktøy, forskning, må vurdere effekten av tiltakene	9
Stor pågang, vanskelig koordinering	9
Mangler psykolog	8
Pasienten vil ikke ha behandling i spesialisthelsetjenesten, reisetid	8
Fastleger henviser ikke	6
Utfordring å gi kvalitativ god hjelp, tett oppfølging	5
Nye brukere for kommunen, må omstille	5
Effekt av oppfølgingen er ukjent	3
Økt sykdomsfokus heller enn mestring og aktivisering	3
Ofte mer komplekst enn først antatt	3
Transportproblemer, lang reisevei	3
Mange henvisninger/henvendelser, ventetid	3
Stigmatiserende om vi har eget tilbud	2
Mange møter ikke opp etter første konsultasjon (moderate)	2
Usikker på om de får tilbud	2
Forventninger om kommunepsykolog	2
Selvhjelp	2
Må jobbe mer brukerrettet	2
Liten populasjon og heterogen brukergruppe	2

I det følgende ser vi nærmere på noen av de temaene som flest kommuner tar opp.

MANGLER DAGTILBUD, AKTIVITETSTILBUD, ARBEIDSTILBUD – MOTIVERING TIL DAGLIG AKTIVITET OG SOSIALISERING

Flest kommuner svarer at den største utfordringen deres når det gjelder målgruppen, er at de mangler arbeids- og aktivitetstiltak:

Mangler arbeidstiltak i kommunen, samt flere dager med aktivitet/dagtilbud. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordringene er å finne andre aktiviteter/arbeid som de kan greie å gjennomføre i hverdagen i tillegg til oppfølging/behandling (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Arbeidstilørighet. Liten kommune, og vi arbeidsgivere "brukes opp" (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Kommentaren fra den ene kommunen, gir en indikasjon på hvor problemet ligger:

Det er for få muligheter for denne pasientgruppen til et aktivt liv i forhold til aktivitet/arbeid. Aktivitetslinjen i Nav er fullstendig borte, og dette gir denne målgruppen få muligheter til å kunne gå videre mot et liv uten oppfølging fra våre tjenester. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere kommuner påpeker at passivitet kan gi store konsekvenser på lenger sikt:

Aktivitetstilbud og arbeidstilknytning. De kan fort falle ut av arbeidslivet og bli passive i forhold til aktiviteter utenfor hjemmet. Kommer inn i en ond sirkel. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Begrenset aktivitetstilbud til denne gruppen. Vanskelig å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Mangel på meningsfylt aktivitet, som leder til forverring av problematikk. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Vi får inntrykk av at dette gjelder personer med definerte psykiske lidelser som har mer langvarige problemer, jf. innledningen. Flere nevner for eksempel tilrettelagte arbeidsplasser og kapasitet til følge enkeltpersoner over i arbeid:

Ikkje nok tilrettelagte arbeidsplassar (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordring å ha gode nok økonomiske rammer til at en har nok folk til å følge opp deltakere som skal ut i arbeidslivet. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er stor bredde i hva som etterlyses og ønskes innenfor arbeids- og aktivitetstilbud. Noen ønsker generelle trivselsskapende aktiviteter, mens andre savner "Ut på tunet" eller generelle aktiviserings- og samholdstiltak. Andre nevner at de burde hatt tilbud på kveld og helg eller tiltak som bedrer fysisk helse.

UTFORDRINGER MED Å KOMME TIDLIG NOK INN, FANGE OPP GRUPPEN, KOMME I POSISJON

Mange gir uttrykk for at de ønsker å komme tidlig nok inn i forhold til at problemene ikke skal bli for omfattende:

Vi ser at vi burde kommet tidligere inn slik at vanskene ikke har etablert seg. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Viktig å komme tidlig inn og ha fokus på endrings- og mestringsstrategier for pasienten. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

En kommune utdyper hvorfor det kan være vanskelig å komme tidlig nok inn:

Det er utfordrende å kunne komme tidlig inn før utfordringen til den enkelte blir for store, for å lettere kunne hjelpe brukerne til å finne måter å mestre sine utfordringer på. Det oppleves at det fortsatt er tabu-belagt å ha problemer i fht psykisk helse og rus, noe vi tror hindrer noen brukere i å oppsøke hjelp tidlig nok til å kunne forhindre at problemene blir vanskelige å få bukt med. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Andre ser andre årsaker:

Avdekke problem på tidleg stadium. Manglende sjølvinnsikt og motivasjon for å søkje hjelp. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Å nå ut til de aktuelle. Fange opp de aktuelle for behandling og oppfølging. Dette er en brukergruppe som til dels fungerer i hverdagen. Noen av de bagatelliserer, ser ikke sitt eget hjelpebehov... (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Eller om at brukerne ikke henvises tidlig nok fra andre:

Utfordringen ligger i å få henvist brukeren rask/tidlig nok. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Manglende ressurser er en hyppig nevnt årsak:

Dessverre har vi ikke godt nok tilbud til disse. Vi har KID og KIB grupper samt Nada og mediyoga. Vi er opptatt å komme inn så fort som mulig, har ulike lavtersket aktiviteter, men har ikke nok ressurser til å arbeide så forebyggende som vi hadde ønsket (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordringen er å ha nok ressursar til å gi rask psykisk helsehjelp for å førebygga forverring og auka symtomtrykk (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Noen brukergrupper kan være vanskeligere å nå frem til enn andre:

Vanskelig å identifisere kvinner med rusavhengighet (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Kan av og til være vanskelig å avdekke svangerskapsdepresjoner og andre milde til moderate lidelser tidsnok (Bydel i Oslo)

Begrunnelsen for at de ønsker å yte tjenester på et tidligere stadium, er ofte at dette kan gi lavere belastning for den enkelte, men også at dette er ressurseffektivt for tjenestene:

Ofte ser vi at en samtale eller to kan være det som gjør at pasienten klarer å håndtere sine problemer. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Økt årsverksinnsats i en avgrenset periode, og en avtrapping etter tilfriskning. Vi gir et for lite differensiert tilbud. Tjenestene gis over for lang periode, fremfor tidlig inn med mere ressurser (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

MÅ PRIORITERE DE MEST ALVORLIGE, HAR IKKE TILBUD TIL DE MED LETTERE PROBLEMATIKK

Mange kommuner rapporterer at brukergruppene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid direkte eller indirekte konkurrer om de kommunale ressursene, både i forhold til lettere/mer alvorlige og mellom voksne/barn og unge.

Vanskelig å prioritere gruppen da vi har knappe ressurser og mange brukere med tyngre lidelser (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Pr. i dag er bemanningen klart for dårlig, med tanke på behovet i befolkningen. Det er fremdeles ikke klart hva behovet reelt er, i og med at antall henvendelser hele tiden øker. Dette til tross for at det i liten grad er åpnet opp for henvendelser fra den eldre befolkningen. Pr. i dag har tjenesten måttet hente ressurser fra psykologer som jobber med barn og unge for å kunne bemanne voksne i noe større grad. Dette er imidlertid ikke en langvarig løsning. Tjenesten har utviklet en rekke kurs for å kunne ta unna klienter i grupper, fremfor at alle får et individuelt tilbud. Dette hjelper noe, men er ikke tilstrekkelig. Klientene får også tilbud om introkurs og veiledet selvhjelp i ventetiden (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Etter en prioriteringstanke er det naturlig at de sykeste skal få hjelp først:

Dei tunge/omfattande brukarane fortrenger denne gruppa. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

At det kan bli for lite tid/ressurser til dem fordi de aller dårligste må prioriteres. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Samhandlingen med DPSene kan være utfordrende fordi det er glidende og uklare overganger mellom ansvarsfordelingen mellom kommune og DPS. De fleste av kommunale ressurser går til den tyngste brukergruppa, og det innebærer en vanskelig prioritering rundt mer forebyggende og tidlig innsats. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Som disse sitatene viser, erfares denne problematikken i kommuner av ulik størrelse og ikke for eksempel bare i de minste kommunene.

Noen kommuner sier at de ivaretar alle med rett til nødvendig helsehjelp, og at de ikke har ressurser til å prioritere andre brukergrupper. Andre påpeker at dersom de med lettere og moderate lidelser blir avvist, vil de ikke senere oppsøke hjelp. Noen sier at denne gruppen blir henvist til "Friskliv og

NAV", mens andre reflekterer over utfordringene som kan oppstå når de forsøker å dreie tjenestene over mot de mindre alvorlige problemene:

Utfordringene er i første rekke knyttet til kapasitet til å følge opp den enkelte i det omfang de trenger. Har i dag prioritet på lavterskel tilbud uten behov for henvisning. Kan miste dette dersom "trykket" på tjenesten blir større fra pasienter med alvorlige og langvarige lidelser. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Det kommer også frem at selv om kommunene skal prioritere også lettere psykiske helseproblemer, er de økonomiske insentivene gitt fra myndighetene knyttet til brukere med alvorlig sykdom:

Mange har godt tilbud gjennom fastlege og kommunale tjenester. Men videre vekst i bevilgninger er knyttet til de mer alvorlig syke, jf. statlige føringer gjennom bl.a. døgngbyr og raskere utskrivning. Ofte er etterspørselen om lavterskeltjenester større enn det som kan leveres; dette tilbudet må kanskje ytterligere svekkes for å ivareta de alvorligste syke. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Innenfor rustjenestene kan det være andre utfordringer enn innen psykisk helse:

Hovedutfordringa for ein liten kommune er å gi eit stabilt tilbod til ein krevjande rusgruppe, er sårbart og vanskelig å få til. Me meiner og at me får for lite hjelp til å strukturera brukarar frå legesida, både LAR spes.helsetenesta og fastlegane, då blir dei i kommunen skyteskive i for stor grad, og må stå i alle kampane. I LAR vert ein utfordra og på at det vert akseptert stort sidemisbruk, og at dei som deler ut står i ein dagleg kamp og skvis (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Andre trekker inn fastlegen og at kommunene må få til mer forebyggingsarbeid i tidlig fase:

Fastlegene bør ha mer kunnskap om psykisk helse. Det kommunale tilbudet virker i for stor grad å være innrettet mot personer med mer alvorlige lidelser, som får tjenester gjennom enkeltvedtak. Det bør gjøres mer for å forebygge videre sykdomsforløp for personer i tidlig fase av psykisk sykdom/plage. (Bydel i Oslo)

Men det er også tanker ute i kommunene om at det er vanskelig å si hvordan innsatsen skal måles, og at det kan bli fokus på sykdom heller enn på mestring:

Hvordan måle innsatsen for denne brukergruppen? Annen utfordring er dreining i bestillinger hos brukere, hvor svært mange bestiller kommunepsykolog. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Økt fokus på sykdom, diagnose og problemer i stedet for mestring, aktivisering og aktiv brukermedvirkning skaper et kanskje unødig behov for kommunale tjenester. Åpenhet og økt fokus på psykiske lidelser har ført til en STOR økning i antall henvendelser som tar mye ressurser - på bekostning av de med alvorlig psykisk lidelse / ROP-lidelse som ikke er de som ber om hjelp, men de som trenger det mest. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Stor økning i antall henvendelser om kommunal hjelp overfor gruppen; voksne med milde lidelser. Det er skapt forventning om hjelpetiltak som tar mye ressurser - på bekostning av personer med alvorlige lidelser. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

STOR OG ØKENDE ETTERSPOØRSEL, MEN IKKE KAPASITET

En del kommuner oppgir at etterspørselen øker, men at de ikke har kapasitet til å møte etterspørselen:

Brukergruppen øker i omfang uten at ressursene styrkes tilsvarende. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Kommunen har fått et økt behandlingsansvar og en generell økning i søkermassen uten flere ressurser. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Mange ser ut til å ha en antagelse om at personer i betydelig grad beveger seg mellom forløpene:

Gjennom samhandlingsreformens overføring av behandlingsansvar for milde til moderate lidelser til kommunehelsetjenesten, får kommunen økt pågang. Gjennom økt pågang innenfor alle hovedforløp, er det viktig å sette i gang tiltak tidlig nok i forhold til hovedforløp 1, slik at det ikke utvikler seg til hovedforløp 2 eller 3 med økt ressursbruk og store konsekvenser for brukere. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Kommuner som har etablert lavterskeltjeneste, får mange henvendelser:

Enorm pågang til tilbudet. Snitt på 70-80 enkeltsaker i måneden, hvilket er mye mer enn ressursene som er tilgjengelig pr. i dag i lavterskeltilbudet. Henvendelsene øker fra måned til måned (økning også fra år til år, de senere årene), ettersom tilbudet har blitt mer kjent blant befolkningen og hos fastlegene. Dette medfører uønsket ventetid. Det foretas imidlertid fortløpende vurderinger av alle som henvender seg. Det er med andre ord ikke ventetid for vurdering relatert til om vedkommende som tar kontakt med tjenesten er innenfor målgruppen (milde til moderate vansker) eller skal henvises til andre tjenester. Tjenesten opplever pr i dag ikke at folk tar kontakt uten god grunn for dette. Tendensen er heller at klientene har ventet for lenge/har slitt lenge før de tar kontakt. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre knytter denne pågangen til at spesialisthelsetjenesten avslår mange henvisninger fra fastlegene:

Kapasitet. Stor etterspørsel etter tjenestene grunnet ulike årsaker. Mange får avslag på DPS etter henvisning fra fastlege og blir etter avslaget på DPS henvist til kommunal tjeneste. Tidligere utskrivninger fra DPS øker også behovet for oppfølging av denne målgruppen i kommunen. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

En del kommuner har etablert venteliste fordi de ikke har kapasitet til å ta alle henvendelsene, selv om de mener det hadde vært mer effektivt om de kunne få hjelp direkte når de henvendte seg:

Disse blir i noen tilfeller stående på venteliste, selv om de kunne fått kortvarig og effektiv hjelp, dersom en kom inn med tilbud raskere. Dette kan i en del tilfeller føre til at de får et mer langvarig og alvorlig forløp. P.t. har vi ikke et tilstrekkelig volum på de tjenestene som kan ta inn og behandle brukere direkte. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Dersom mange etterspør kognitiv terapi, kan dette føre til en prioritering mellom grupper i målgruppen i RHP:

Etterspørselen er større enn vår kapasitet. Vi har foreløpig måtte prioritere depresjon fremfor angst i forhold til kortidskognitiv terapi (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere kommuner med lavterskeltilbud oppgir at de har en stor økning i etterspørselen:

Kapasitet. Det er stor etterspørsel etter tjenester og en formidabel økning i antall henvendelser. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Kapasitet er hovedproblemet. Behovet for individuell oppfølging er større enn kapasitet. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Noen ser ut til å mene at pasientene skal utredes før de mottar en kommunal lavterskeltjeneste:

At det er mange nye henvisninger. Det er stor pågang. Henvisningene er uspesifikke og pasienten er ikke godt nok utredet før (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen tilbud krever henvisning, mens tilbud i andre kommuner er åpent ved at alle kan henvende seg til tjenesten.

Arbeidsdelingen mellom forløp, jf. Innledningen, er ikke tydelig, og dette skyldes trolig at kommunene ikke får tilstrekkelig bistand fra spesialisthelsetjenestene når det gjelder brukere i hovedforløp 3:

For lite resursar og kompetanse i tenesta. Vi er i ferd med å styrke det psykiske helseteamet ved å tilsette psykolog i tillegg til å opprette ei ny fagstilling. Etterspørselen etter psykiske helsetenester i kommunen har hatt ein veldig auke siste par åra. I tillegg merker vi auka forventningar frå spesialisthelsetenesta om kva oppgåver og ansvar vi skal ta på oss. Ikkje lenger berre dei med alvorleg, langvarige og ROP- pasienter, men ein stor auke i brukarar i hovudforløp 1 og 2. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Fokus på oppbygging av psykologtjenester i kommunene og økt åpenhet om psykiske lidelser fører naturlig nok til økte forventninger til behandling og hjelp. Uten friske ressurser, vil nye brukergrupper med høye forventninger om tjenester kunne fortrenge andre brukergrupper. Særlig vil dette trolig ramme arbeidet rettet mot de som i liten grad selv søker hjelp - et arbeid som krever langsiktig innsats fra kommunene for å komme i posisjon til å hjelpe.

I noen kommuner, særlig de som har mange brukere i hovedforløp 3, blir litt oppgitt over at de også skal ha tilbud til hovedforløp 1:

Skal kommunen virkelig ha oversikt over disse? De går stort sett til fastlegen sin, eller finner løsninger selv. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Den viktigste tilbakemeldingen når det gjelder tilbudet til voksne med milde til moderate helseproblemer er at kommunene sliter med å komme tidlig nok inn, at de ikke har et tilbud til denne gruppen fordi de må prioritere de med mer alvorlig problematikk, og at mange kommuner opplever en stor og stadig økende etterspørsel, uten at de har kapasitet til å ta unna denne etterspørselen. De hyppigst nevnte manglene i tilbudet er dagtilbud, aktivitetstilbud og arbeidstilbud, og vi må gå ut i fra at dette gjelder voksne med moderate problemer.

På spørsmål om hva som kan gjøres for å bedre tilbudet til voksne med milde eller moderate problemer, er det noen som svarer at de er i gang med å bygge ut nye tjenester og å øke kompetansen:

Det utlyses en ny stilling innen psykisk helse nå (2017). I tillegg må det økes bevissthet rundt hvem vi tilbyr tjenester til og formen på disse. Dette arbeidet er påbegynt de siste årene, blant annet gjennom økende siling av søknader til kurs. Det planlegges å utvide tilbudet til rusavhengige gjennom prosjekter og opptrappingsplan for rus hvor bl.a helsestasjon for rusavhengige og lavterskeltilbud inngår. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre sier at de trenger økt kapasitet og at det er flere måter å oppnå dette på:

Økt kapasitet dersom det blir overført ressurser gjennom opptrappingsplan. Styrke samhandlingene med Frivillig sektor, NAV og hjelpeinstansene. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Vi signaliserer i økonomi- og handlingsplan at brukergruppen øker, og det er behov for økt bemanning. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Andre kommuner er mer opptatt av at det er behov for at prosjektene som er gjennomført blir implementert i drift, eller at det blir bedre koordinering og en tydeligere rollefordeling og bedre samhandling mellom tjenestene.

Noen sier at det ikke er så mye som skal til, og at de har kommet ganske langt:

Ikke så mye. Kanskje forkorte behandlingsforløpet til gruppe 1. Prioritering av kurs og grupper til denne gruppen vil gå på bekostning av individuell oppfølging eller få konsekvenser for de andre brukergruppene. Samarbeide mer med spesialisthelsetjenesten. Viderehenvise dit raskere. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Andre sliter med tilgang på gode lokaler:

Vi har svært uegnede lokaler mtp å fange opp denne brukergruppen. Utvikle gruppetilbud og kurs (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen kommuner sier at de har bra tilbud, men at det vil være nyttig om tilbudet ble mer kjent i kommunen. Andre kommuner mener tilbudet hadde blitt bedre om de fikk etablert ulike gruppetilbud:

Få i stand flere og bedre grupper samt ha grupper hvor mor/barn med lite nettverk kan komme. Vi har ikke åpen barnehage lenger så dette er tenkt som en slags erstatning for dette. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Etablere møteplasser. Etablere flere gruppetilbud. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Økt gruppetilbud, kortere vedtak, slik at flere kan få tjenester. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Andre sier de må opprette lavterskeltilbud, øke kompetansen og etablere flere aktivitetstilbud, arbeidstilbud og kulturtilbud til målgruppen. En kommune tenker å søke midler til jobbspesialist og

aktivitetskoordinator, mens en annen planlegger mer i RPH retningen. Andre tenker heller økt bruk av KID-, KIB, DU-kurs og andre kurs. Flere kommuner nevner at de skal innføre FIT, mens andre ønsker å opprette turnus med miljøarbeid. Noen kommuner har tydelige tanker om hva som skal til:

Standardiserte metoder og gruppetilnærming uansett hjemkommune. Mer frihet til å bruke tilbudene på tvers av kommuner/samarbeid på tvers av kommunegrenser, da gruppebasert tilnærming gjør at lokalmiljøet kan bli for lite. Bruke ny metodikk, sosiale medier, chat mv for å nå målgruppen på et tidlig tidspunkt. Dreie dagens tilbud over til behandling og lavterskeltilbud uten ventetid åpent for alle uten vedtak. Innføring av FIT. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

1: Omstrukturere oppfølging fra individ- til mer gruppebaserte tilbud. Vil minske behov for individuelle forløp i større grad. 2: Bedre kartleggingsmetodikk og fokus på samhandling. 2: Satsing på kognitiv terapi og recoverykompetanse. 3: Rus: Økt satsning på aktivitet og utdanning. Økt satsing på selvhjelpgrupper. 4: Økt samarbeid med Frivilligsentral, samt private aktører innen feltet. 5: Erfaringskompetanse (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Svarene på dette spørsmålet vil analyseres grundigere i en rapport som kommer fra SINTEF i februar 2018 om tilbud til personer med lettere psykiske helseproblemer.

7.3 UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN VOKSNE MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Basert på svarene er det mindre grad av heterogenitet i hvem kommunene inkluderer når det gjelder voksne med langvarige problemer/lidelser enn for voksne med lettere/moderate problemer. Dette er naturlig, fordi dette er målgruppen for hovedinnsatsen i de fleste kommunene i dag. På samme måte som for de med lettere/moderate problemer har vi kodet alle svarene for å se hvilke hovedutfordringer som flest kommuner opplever å ha.

Svarene er mer homogene, se tabell 7.2, dvs. at det er mange kommuner som opplever det samme. Men dette er kjent problematikk, og utfordringene har vært tydelig fremhevet i tidligere rapporter. Vi konstaterer at utfordringene i stor grad er de samme som tidligere år i dette fagfeltet.

Svarene på hva som bør gjøres, går tydelig i retning av behov for økte ressurser og at spesialisthelsetjenesten tar et større ansvar når det gjelder denne målgruppen.

Tabell 7.2 Kvantifisering av svar på spørsmål om hvilke utfordringer de ser når det gjelder tilbudet til brukergruppen voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser, 2017

Tema	Antall
Mer langvarig og sammensatt problematikk nå, store forventninger til kommunene	123
Arbeid, aktivitet og meningsfylt fritid	90
Mangler tilrettelagte boliger og boligoppfølging	62
Kommunen har ikke fått bygget opp et godt nok tilbud	56
Mangler døgnbemannede boliger	40
Vansker med å benytte spesialisthelsetjenesten, geografi og transport	15
Pasientene er ikke motiverte og ønsker ikke hjelp	14
Vanskelig å nå fram med hjelpetilbudet	11
Behov for tjenester utover ordinær arbeidstid	10
Mangler ambulant team, fungerer dårlig	6
Mangler psykolog	6
Ingen problemer tilsynelatende	6
Spesialisthelsetjenesten gir ikke et godt nok tilbud til de sykeste	5
Spesialisthelsetjenesten har ikke kapasitet	4
Rustilbudet i spesialist for dårlig	4
Overganger unge voksne	4
Mangler mulighet til oppsøkende arbeid	4
Midlertidige tilskuddsordninger	4
Arbeidsdelingen er feil, spesialist de lettere og kommunen de sykeste	4
Mangler gode tilbud med dokumentert effekt	4

7.4 UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN BARN MED MILDE ELLER MODERATE PROBLEMER/LIDELSER

Det er 356 kommuner/bydeler som har svart (81 prosent) på spørsmålet om hvilke utfordringer de ser når det gjelder tilbudet til brukergruppen barn med milde eller moderate problemer/lidelser.

Mange nevner kapasitet hos helsesøster:

Ressursmangel hos helsesøster. Oppsatt tid på diverse skoler brukes i hovedsak på lovpålagte oppgaver. Det er ønske og behov for mer tid til å kunne bidra inn til situasjoner som oppstår der og da ("drop in"), samt kunne veilede/bistå lærere i utfordrende situasjoner. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Helsestasjon er for lavt bemannet, det gjelder også skolehelsetjenesten. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Andre fremhever at det bør bli bedre samhandling med skolene, og mellom enheter i kommunen. Noen er usikre på hvordan den økte etterspørselen skal håndteres:

Vi ser en økning i selvrapportert psykisk uhelse – hvordan møter vi dette? Hvor mye er knyttet til økning i risikofaktorer utenfor barnet og hvor mye er knyttet til potensielt lavere robusthet/mestringskompetanse? (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Mange av de små kommunene sliter på dette området:

Kompetanse og kapasitet. Små tjenester hvor det stadig er en utfordring at den enkelte har mange ulike oppgaver og roller. En utfordring å skille mellom barnevern og psykiatri, problemdefinering og ansvar. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Mens andre småkommuner mener de håndterer dette greit:

Vår kommunestørrelse med få innbyggere innebærer at barn og unge synes i miljø, og det er vilje til å bistå og hjelpe i nærmiljøet. Dette innebærer at vi er ganske gode på tjenester/tiltak til denne brukergruppen. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Noen av kommunene beskriver at sakene kan blir store og alvorlige, og at både psykiske helsetjenester på begge nivå og barnevern må involveres:

Stadig flere barn får av helsevesenet definerte lidelser/diagnoser. Vi har store utfordringer med å følge opp dette, og bidra på en slik måte at de allikevel kan følge skolehverdagen og legge til rette for læring. vi ser at skolen med fordel kunne hatt egen ressurs for å ivareta akkurat slike oppgaver. vi ser at omfanget av barn/unge som er i behov av samtaler / oppfølging fra psyk. helsearb. øker raskt, og vi ser at kompleksitet og alvorligheten i barns historie stadig blir av mer alvorlig karakter. Vår største utfordring ift dette feltet er at behov og etterspørsel er større enn tilbudet vi har. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Når skolene har egne ressurser, blir det mindre belastning på kommunalt psykisk helsearbeid:

Sjelden utfordringer når det gjelder denne gruppen barn og unge. Sosialarbeidere på skolen håndterer denne gruppen veldig fint (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Vi opplever at det er et godt lavterskeltilbud i ungdomsskolen og videregående skole til denne gruppen, og som blir benyttet. Utfordringene kan være å oppdage ungdommer som ikke benytter seg av tilbudet, og som i tillegg kan ha ressursvake foreldre. Når vi de rette? (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Det kan være vanskelig å komme tidlig nok inn også for denne målgruppen:

Ingen store utfordringer, for noen er terskelen høy for å ta kontakt selv om vi er på tilbudssiden. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Disse barna er vanskelig "å få tak i". Det kan være de snille piker som da ingen vil melde at har en utfordring. Vi opplever barnehagen som en "hemmer" for å få tak i barn som sliter. De melder lite til tverrfaglige møter, og vi får ofte henvendelser når ting er blitt alvorlige. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Andre sier at de mangler en helhetlig strategi for dette arbeidet, og at de ønsker å få til et familieperspektiv på arbeidet de gjør. Noen kommuner viser at dette kan bidra til å komme tidlig inn:

Vi har hatt markant økning i innsøking/henvisning etter at tjenestene ble reorganisert og reetablert i et Familiens hus. Innsøking barn og unge feltet er nå like høyt som for voksne. Hovedvekt er kategorien barn og unge med milde eller moderate problemer der det å faktisk gi tilbud er vesentlig til forebygging av utvikling av mer alvorlige utfordringer. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Noen sier at det hadde vært bra om de hadde fritidstilbud/aktivitetstilbud til barn og unge slik at de hadde en arena der de kunne nå målgruppen. Andre nevner samlivsproblematikk som en viktig årsak til psykiske helseproblemer blant barn og unge:

Flere meldt bekymring i forhold til rus av ungdom - opplever økt forekomst av lettere psykiske vansker, spesielt hos ungdom. - konflikter i barnefamilier, samlivsbrudd og konflikter rundt dette påvirker barnas psykiske helse - barn av psykisk syke foreldre (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Men som nevnt tidligere, er det fare for at målgruppene innen fagfeltet på ulike måter kommer i konkurranse om ressursene:

Stor pågang. Pågangen er imidlertid nokså lik fra år til år, slik at antall henvendelser er noe mer forutsigbart sammenlignet med den voksne befolkningen. Utfordringen de siste to årene særskilt, er at pågangen er så stor når det gjelder voksne innbyggere, hvilket har ført til at tjenesten har måttet hente ut ressurser fra barn og unge for å "demme opp" litt av ventetiden hos voksne. Dette medfører at tilbudet hos barn og unge har blitt redusert. Det har bl.a. ført til mindre fokus på opplæring, veiledning etc. (helsefremmende og forebyggende arbeid) ut mot skoler og barnehager. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Kapasitet er "sprengt" i perioder i skuleåret. Det tek lang tid frå problemet vert meldt til dei får hjelp frå psykolog. Kommunehelsetenesta tek vare på dei i ventetida. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Flere sier også at det er lav kompetanse i barnehager og skoler i forhold til psykisk helseproblemer, og at dette gjør at de kan ha gått i lang tid uten hjelp når de først kommer i kontakt med tjenestene.

Andre mener at ungdomspresset er høyere nå enn tidligere:

Det oppleves en økning i skolevegring, spillavhengighet og at noen har sitt nettverk mer eller mindre i hovedsak via sosiale medier. Her fremstilles en verden som flere ønsker "å nå opp til", og som for enkelte gir problemer. Det blir utfordrende å nå disse tidlig nok/få tak i de, for å forhindre at problemene får utvikle seg. God dialog og forståelse for hverandres fagfelt, mellom de ulike yrkesgruppene som jobber opp mot barn/unge, kan også være en utfordring - det at helse og utdanning jobber mot felles mål, men kanskje omtales litt på forskjellig måte kan gjøre at det kan ta litt tid før "de rette tiltak" settes ut i livet. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Ser flere barn som sliter med angstproblematikk. Det avdekkes mye ensomhet og utenforskap/manglende tilhørighet. Mange ungdom med stressrelaterede plager (perfeksjonisme). I Oslo er det en stor utfordring å få til et helhetlig samarbeid mellom skole og bydel (Bydel i Oslo).

En del kommuner har mislykkes med å rekruttere psykologer, mens andre kommuner etterspør psykologveiledning:

Det er god dekning i skolehelsetjenesten og helsesøstertjenesten til å ivareta disse barna, men det mangler psykolog-veiledning for de ansatte. Kommunen har også god tverrfagligsamhandling og rutiner for dette, hvilket forsterker tilbudet. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Hvis vi skal drive mer behandlingsrettede tiltak bør vi få mer psykologkompetanse i kommunen i klinisk virksomhet, men tenker at mange har et godt tilbud i dag med oppfølging av skolehelsetjenesten under veiledning av psykolog. Samtidig blir skolehelsetjenesten ofte bundet opp til individrettet arbeid ved å følge opp barn og unge med milde og moderate problemer, slik at mandatet om å jobbe helsefremmende og forebyggende ikke kan ivaretas. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Andre vil arbeide med foreldreveiledning:

Kapasitet, jobbe mer forebyggende i barns dagtilbud: skole og barnehage og med foreldreveiledning. Arbeide gruppebasert og med undervisning, ikke bare individuelt. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mange sliter med regulering, og foreldre ønsker at systemet skal fikse. Mere fokus på foreldre ansvar, og regulering (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Faller mellom flere stoler:

Barn og unge som vokser opp med psykisk syke foreldre faller mellom to stoler fordi det er vanskelig koordineringsarbeid med voksenpsykiatri. Bruker mye tid på å motivere foresatte til å ta imot tilbud til sine barn (BUP). (Bydel i Oslo).

Spørsmål om lavterskel korttidstilbud er nok på lengre sikt. Tabuer rundt psykiske helseproblemer. Stort hjelpebehov, stor pågang av saker. Overfor ungdom kan det ofte være vanskelig å komme i posisjon for å drive familiearbeid. (Bydel i Oslo).

At BUP avviser henvisninger, er noen steder trukket frem som en stor utfordring:

En del saker avvises av BUP, selv om de vurderes som alvorlige av leger og helsesøstre i skolehelsetjenesten. (Bydel i Oslo).

Mangel på en del kompetanse hos BUP og i det nærmeste spesialsykehuset (Universitetssykehuset i Nord-Norge). Store utfordringer når barn/familier trenger oppfølging/veiledning og behandling i hjemmet, det er lite ambulerende fra spes.helsetj. og de forteller om dårlig bemanning og lite ressurser. Later til at det er større kompetanse innenfor spesialisthelsetjenesten til denne gruppen enn til barn med alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Lange avstander vanskeliggjør (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Når kommunene ikke har et tilbud, går alt til spesialisthelsetjenesten:

Blir i dag ofte henvist til spesialisthelsetjenesten, da det ikke finnes godt nok tilbud i kommunen. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Flere har reflektert rundt hva de unge har behov for:

Unge har behov for mestring, anerkjennelse! Vi har ca 40 personer i denne aldersgruppen; opplevelse av å ikke være god nok i forhold til jevnaldrende, ensom, lav selvfølelse, for stort press på mange livsområder, nedstemt og trist. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Når vi spør hva som skal til for å bedre tilbudet til målgruppen, handler svarene om alt fra øremerking av midler til forebygging til generell kompetanseheving på barn og unges psykiske helse. Mange nevner også økt tverrfaglig samhandling og at spesialisthelsetjenesten må fortsette å ta hovedansvaret for barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer.

7.5 UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKERGRUPPEN BARN MED ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Det er 358 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet (78 prosent). Vi går her gjennom noen av de mest sentrale utfordringene som kommunene opplever.

På dette området er det svært mange som sier at spesialisthelsetjenesten er den største utfordringen:

Manglende kompetanse i kommunen, lite tilbud fra spesialisthelsetjenesten utover utredning og diagnostisering, lite samarbeid ut i kommunene for å tilpasse tilbudet/behandlingen fra spesialisthelsetjenesten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Spesialistinstitusjonene har gradvis de siste åra trukket seg ut etter utredningsfasen. Mangler en del kompetanse i små kommuner, innen sjeldne lidelser. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Her er det alvorligere utfordringer fordi spesialisthelsetjenesten har skåret ned på tilbudene. (Bydel i Oslo)

Bup tilbudet er frivillig og hvis de ikke tar imot hjelp blir de overlatt til seg sjøl. Bup har lang kartleggingstid, og om det ikke blir satt en diagnose blir brukeren avvist. (Bydel i Oslo)

Mangel på en del kompetanse hos BUP og i det nærmeste spesialsykehuset (Universitetssykehuset i Nord-Norge). Vansker med å få barn og unge innlagt når det er behov for det, samt store utfordringer når barn/familier trenger oppfølging/veiledning og behandling i hjemmet, det er lite ambulering fra spes.helsetj. og de forteller om dårlig bemanning og lite ressurser. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

For denne brukergruppen, er det svært få kommuner som har utviklet et kommunalt behandlingstilbud:

For lite kommunalt behandlingstilbud, utover foreldreveiledning. Kommunen opplever manglede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

linjetjenesten prioriterer ned tilbud, flere oppgaver overføres til kommunen som ikke innehar samme kompetanse som spesialisthelsetjenesten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Begrensede ressurser. Barn og unge faller mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste - de som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten og som overføres til kommunen. Mangler et psykisk helseteam for unge. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere etterspør også en bedre avklaring av hva som forventes av kommunene på dette området:

Det pågår et arbeid i kommunen for å kartlegge hvilket tilbud som mangler til denne brukergruppen. Tilbudet har vært mangelfullt. Dette er spesielt blitt synlig nå når BUP har fått endret oppdragsdokument og det forventes at kommunen i større grad skal ivareta dette arbeidet selv. Viktig å få en (tydeligere) ansvarsfordeling mellom BUP og kommunen. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er stort behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og noen steder har de fått til å frigjøre ressurser til dette arbeidet:

Når spesialisthelsetjenesten har frigitt ressurser til å kunne samhandle om barn/unge, har det i vår region gitt gode resultater, og brukere har vært fornøyd med nærheten til hjelpeapparatet og i større grad møtt opp (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Lav mobilitet i BUP kommenteres av en del kommuner:

Få dem videre i systemet og raskere utredet. Kan være vanskelig å få et tilbud til barn/unge i spesialisthelsetjenesten. Lite fleksibelt tilbud i spes. (bla lite mobile, tar lite initiativ til samarbeid). Samarbeid med spesialisthelsetjenesten etter utredning kan også være problematisk. Er personavhengig. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Bruker vil ikke komme til BUP og da har ikke BUP mulighet til å reise hjem. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Samhandling tjenestene i mellom internt i kommunen er for dårlig. De sykeste barna har vi for dårlig kapasitet til. BUP ikke fleksibel i sitt system, inne på kontoret fungerer ikke i de mest utfordrende sakene. Ulikt lovverk som styrer ulike fagpersoner. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Mange kommuner opplever at BUP har urealistiske forventninger om hva en kommune kan gjøre:

- utfordring i forhold til samarbeid med BUP: 1) kan være vanskelig å få BUP til å ta inn saker henvist fra kommunen 2) BUP setter opp krav om at et visst forarbeid skal være gjort, dette kan være vanskelig fordi stillinger ikke er besatt i kommunetjenesten (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Det fremstår som om terskelen for hjelp i spesialisthelsetjenesten er høynet. Det forventes at mye skal være gjort i kommunen før inntak. Mye ansvar for foreldreveiledningen er lagt til kommunen. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Og at det blir kommunene som ofte får eneansvaret:

Lang vei til BUP. Mange barn og unge som ikke får den hjelpen de burde fått. Kommunen har ikke behandlingsansvar for de med alvorlige problemer/lidelser, men blir ofte sittende med problematikken likevel. Spesialisthelsetjenestens prioriteringer medfører større ansvar i kommunene (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

At vi får klientene fort tilbake fra BUP-en liten kommune kan ikke har kompetanse på alle typer lidelser (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Alvorlighet og kompleksitet i sakene øker. Spesialisthelsetjenesten har sine prioriteringsveiledere, og vi ser at vi i kommunen også stadig oftere blir stående i mye svært tung problematikk alene. Vi ser en økende utfordring ift krav til kompetanse/metode/verktøy, for å bedre håndtere denne alvorlige problematikken i kommunen. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Svært mange kommuner opplever ikke å ha ressurser til å møte forventningene på dette området:

Vi har betydelig økning i denne gruppen. Vi mangler kompetanse både i fht. utredning og oppfølging. Ressursspørsmålet står også ekstra sentralt i dette spørsmålet (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Lange avstander til BUP gjør også at kommunene ofte blir sittende med stort ansvar alene:

Lange avstander til spesialisthelsetjenesten er stor utfordring. Kommunen bruker mye videokonferanse i samhandling, men vi opplever at spesialistene kommer sjelden ut til kommunen og observerer barn/unge på hjemmebanen. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Geografisk avstand til spesialisthelsetjenesten er en ekstra utfordring for barn og unge (24 mil tur/retur eller 28mil tur/retur). (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Lang avstand til spesialisthelseteneste, lite avklara kven som skal ha kva rolle i kommunen i høve denne brukargruppa (gjeld alle brukargruppene på barn og unge). (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Samarbeid med andre enn spesialisthelsetjenesten er ofte nødvendig:

Arbeid med denne gruppen er ressurskrevende, Det er utfordringer med å få til helhetlig samarbeid rundt disse, spesielt ift barnevern og NAV (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Manglende koordinerende samhandling, NAV, fastlege, helsesøstertjenesten, barnevern psykisk helsetjeneste og tildelingsenheten (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Utfordringer når det gjelder samarbeid med skole, PPT og barnevern (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

En kommune sier at saker som dreier seg om barnevern går det bra, men at det er vanskeligere når det er behov for boliger eller når de unge ikke ønsker utredning:

Vi opplever at så lenge det dreier seg om barnevern så klarer kommunen tiltakene. Når det gjelder barn med diagnoser som krever døgnbemanning har kommunen utfordringer da vi ikke har boliger for unge med psykiske lidelser. Vi bygger boliger nå for de med lettere psykisk utviklingshemming, og noen av våre unge som krever massiv oppfølging blir plassert her. Utfordringen er også at vi ikke har diagnoser da ungdommen nekter utredning. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Men en annen kommune opplever problemer at samarbeid med barnevern er vanskelig:

Vanskelig samarbeid med barnevern - mye taushetsbelagt (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Mange av kommunene er opptatt av unge som ikke klarer å fullføre grunnskoleopplæringen eller videregående skole utdanning:

Økt forekomst av ungdommer med frafall i skole og samfunn. Mangelfullt tilbud i kommunen til de som faller ut. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Skolevegring, psykososiale utfordringer, atferdsproblematikk og frafall i skolen. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Flere sammensatte problemer som krever flere ressurser, derav noe bemanning opp mot målgruppen. De har ofte store grunnleggende mangler ift egenomsorg og boevne. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Fedme, økt fravær i skole med de problemer det medfører. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Noen kommuner beskriver andre grupper av unge de har utfordringer med å gi et godt tilbud til:

Store utfordringer vedrørende gruppen med alvorlige autismespekterlidelser! (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Fravær, stigmatisering, utestenging, selvskading (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Barn med ulike utviklingsforstyrrelser som ADHD og Asberger/autisme er sårbare for utenforskap. Innvandrerbarn kan ha spesielle behov. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Det er vanskelig å finne lokale tilbud til de som ikke blir værende i grunnskoleopplæringen:

Manglene tilrettelagte tilbud for opplæring og behandling utenom ordinær grunnskole. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Utfordringer knyttet til nyttiggjøring av tilbud i spes. helsetjenesten blant annet ved at pasienter ikke tar imot tilbudet eller nyttiggjør seg det dårlig. Oppgaver er overført til kommunen uten ressurstilførsel. Dette er elever som ofte ikke blir fanget opp og henvist tidlig nok. Dette er en elevgruppe som kommunen har mangelfullt skoletilbud til. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Kapasitetsproblemer i BUP kan også øke sannsynligheten for frafall:

Det er lang ventetid og stor utskiftning av personell på BUP. Drop out faren fra skolen øker når det er store utfordringer med den psykiske helsen. Utfordringene med fravær starter allerede på barneskolen. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Mange kommuner kommenterer at det er vanskelig å vite hvilket ansvar kommunen har, og hva som skal håndteres av spesialisthelsetjenesten:

Uklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Kommunens tjenesteapparat for barn og unge har hovedfokus på forebygging. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Lange ventetider, tverrfaglige koordinerte samarbeidet mangler tiltak, psykisk helse og rusarbeid til barn og unge. Hvem skal ha hovedansvaret? oppfølgingstjenestene til barn og unge i gruppen er uklar, ender som oftest opp på utekontakten (som også skal drive oppsøkende forebyggende virksomhet) evt. helsesøster på helsestasjonen for ungdom (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er ikke avklarte roller og ansvar i forhold til behandling og oppfølging mellom sykehus og kommunen. Samhandlingsreformen er utydelig og skiftet mellom at spesialisthelsetjenesten skal spisse sitt oppdrag og behandlingsoppdrag og oppfølging skal foregå i kommunen er for utydelig. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

At kommunene blir sittende igjen med hele ansvaret for de med alvorlige lidelser, kan i tillegg til lange avstander til BUP og immobile spesialister, skyldes at brukeren ikke ønsker behandling:

Hvem gjør hva? Hva når ungdommen ikke ønsker kontakt med helsesøster/psykiatritjenesten/BUP? Hva når fastlegen ikke ser nødvendigheten av å henvise videre? (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Noen foreslår at fraværsreglene i videregående skole blir en barriere for å ta imot behandling:

Ser en utfordring i at mange unge på vgs får problemer med skole pga oppvekstvilkår. Pga de nye fraværreglene, blir det vanskelig å ta imot behandling (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Behovet for psykologer er stort i tjenester for barn og unge i mange kommuner:

Viktig å få besatt psykologstilling (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Mangel på psykolog i kommunen (uten å være i BUP-systemet) (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Kapasitet - Kompetanse, trenger psykolog tilknyttet kommunen (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Brukergruppen har lang reisetid til psykologtilbud/utredning utanom kommunen. Dette medfører eit manglande tilbud om me ikkje får tilsett ny psykolog. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Små og få ressursar. Mangel på psykolog i kommunen. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Mangel på psykolog og kompetanse, samt koordinatore til ansvarsgrupper. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Mangler fagkompetanse og psykolog. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Kanskje kan psykologene bidra til at noen av dagens utfordringer med samhandling blir mer systematisk og dermed lettere:

Vi har eit manglande tilbud til denne gruppa, helsestasjon, fastlege, barnevern og PPT er dei tilbuda vi har lokalt. Det er utfordringar med det tverrfaglege og tverretatlege samarbeidte omkring desse brukarane. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen av barna eller de unge i målgruppen, kan ha behov for et botilbud:

Stadig flere barn og unge blir diagnostisert med psykiske lidelser. Foreldre blir utslitt, og det er vanskelig å finne adekvat botilbud. Disse ungdommene har nødvendigvis ingen barnevernssak og skal derfor heller ikke plasseres i barnvernets botilbud. (Bydel i Oslo)

Bolig med tjenester (barnebolig)på kommunalt nivå er ikke godt utbygd - for til pasienter som har behov for dette. Der dette er et behov., må en kjøpe slike tjenester. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere kommuner opplever utfordringer med at de mangler avlastningsmuligheter:

slitasje på foreldrene og mangel på ressurser. Få aktører å hente inn i for eksempel avlastning. Lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Det er en utfordring å finne gode avlastningsordninger for familiene og legge til rette for en meningsfull fritid for ungdommene (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Svært mange kommuner opplever å ikke ha ressurser til å møte forventningene på dette området:

Vi har betydelig økning i denne gruppen. Vi mangler kompetanse både i fht. utredning og oppfølging. Ressursspørsmålet står også ekstra sentralt i dette spørsmålet (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

En av kommunene kommenterer den medisinske modellen de forventes å arbeide etter:

Utfordringen er å få lov til å jobbe med det som er viktig for den enkelte, når kravet til faglig forsvarlighet tar utgangspunkt i en medisinsk modell som bare i liten grad hjelper oss å yte gode tjenester i kommunen (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere er inne på folkehelsearbeid:

Styrke barn og unge sitt oppvekstmiljø. Og styrke tverrfagleg samarbeid. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

En av kommunene utdyper mer konkret om utfordringene:

Kommunen opplever at samarbeidet med BUPA av og til kan være utfordrende, f.eks. i alvorlige skolevegringssaker kan det være ulikt syn på hva som er best for barnet/ungdommen. Savner også kompetanse hos BUPA på noen områder, f.eks. i fht ungdom som begår seksuelle overgrep på nett mot barn (gjelder både kartlegging og behandling) "Overgangen 18 år" i fht ettervern i barneverntjenesten, NAV og avd.psykisk helse for voksne i kommunen er sårbar. Opplever at det er noe uklare grenser på hva BUPA skal ta og hvilke saker kommunen skal ta i fht behandling/oppfølging (etter utredning) Lite tilbud til noen grupper, f.eks. milde utviklingsforstyrrelser eller Aspberger syndrom. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Når vi spør om hva som kan gjøres for å bedre situasjonen, er det svært mange som svarer at spesialisthelsetjenesten må komme mer på banen:

BUP må gi tilbud til barn/unge over lengre tid før kommunen får saken tilbake. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt innebærer også kartlegging og førstehånds-informasjon om pasientene. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre nevner at samarbeidsrutinene må forbedres, både mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten men også mellom de kommunale tjenestene. Flere påpeker at de må øke egen kompetanse både gjennom opplæring av nåværende ansatte og ansettelse av nye profesjoner og særlig etterlyses det psykologer i tjenester til barn og unge. Men også andre profesjoner er savnet:

Mer bruk av, ev. ansette miljøarbeider/tiltak og ikke bare oppfølging av saksbehandler. At kommunen i fremtiden prioriterer kompetanse i ansettelsesprosessene tilknyttet sosialfaglig arbeid. I større grad be om / benytte oss av veiledning fra BUP (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Vi trenger ambulansmiljøarbeiderteam samt flere døgnbemannede bofelleskap.(Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Det er svært stor variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilket tilbud de har eller har mulighet til å bygge opp, særlig når det gjelder barn og unge.

7.6 OPPSUMMERING

Noen kommuner har bygget ut et godt tilbud og håndterer alle typer hovedforløp, men mange kommuner har ikke et eget tilbud til mennesker med lettere psykiske helseproblemer og sliter med å finne ressurser til å bygge nye tilbud.

Det forventes at kommunene skal etablere gode tilbud både til voksne og barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. Dette vil i mange kommuner være urealistisk å gjennomføre med tanke på innbyggertall og heterogeniteten i ulike typer lidelser som krever spesialistkompetanse. Størrelsen på diagnosegruppene tilsier at hver kommune vil ha relativt få av de alvorlige tilfellene, og dermed ikke mulighet til å bygge kompetanse rundt en større gruppe brukere, som spesialavdelingene i spesialisthelsetjenesten kan gjøre. At mennesker med alvorlige lidelser blir overlatt til kommunene som ikke har spesialistkompetanse eller at kommunene ikke mottar tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, skaper store utfordringer i mange kommuner. Kommunene blir i mange tilfeller hovedansvarlig for alle forløp. Gjennom kunnskap fra tematisk tilgrensende forskningsprosjekter SINTEF utfører, samt kommentarer gitt i IS-24/8-rapporteringen, kan det også se ut til at spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse (psykisk helsevern) noen steder gradvis mister kompetanse på en del områder for voksne. For barn og unge, er det flere kommuner som opplever at BUP utreder og diagnostiserer, men at de gjør lite etterpå.

8 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Som vist i forrige kapittel, er det utfordringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse- og rusarbeid. I dette kapitlet går vi gjennom kommunenes erfaring med samarbeidet med psykisk helsevern og med TSB.

I 2016 fant vi at halvparten av kommunene har gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene har et betydelig potensial i samhandlingen med psykisk helsevern. Vi fant også at rundt halvparten av kommunene ikke hadde opplevd noen endring i samarbeidet med psykisk helsevern de siste 12 månedene. En av tre kommuner opplevde en bedring, mens 19 prosent av kommunene opplevde en forverring av samarbeidet. Noen færre (44 prosent) av kommunene svarte at de hadde gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene hadde et betydelig forbedringspotensial i samhandlingen med TSB. Innen TSB var det to av tre kommuner som ikke opplevde noen endring i samarbeidet de siste 12 månedene, 36 prosent opplevd bedring, mens 8 prosent opplevde en forverring.

Noen flere kommuner mener at samarbeidsavtalene med helseforetaket fungerer bedre for voksne enn for barn og unge. Dette gjelder både psykisk helsevern og TSB. Generelt sett ser samarbeidsavtalen for voksne med psykiske vansker/lidelser ut til å fungere noe bedre enn for voksne med rusmiddelproblemer. Dette kan reflektere noen av de store utfordringene en del kommuner fortsatt har rundt ROP-pasienter.

I dette kapitlet er det naturlig å bruke helseforetaksområde heller enn fylke når vi ser på geografiske forskjeller.

8.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er inkludert i 2017-kartleggingen:

- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?
 - Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?
 - Kommentar:
- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?
 - Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?
 - Kommentar:
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med rusmiddelproblemer
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for voksne med psykiske vansker/lidelser

- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for unge med rusmiddelproblemer
- Opplever dere at DPS-ene dere samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden?

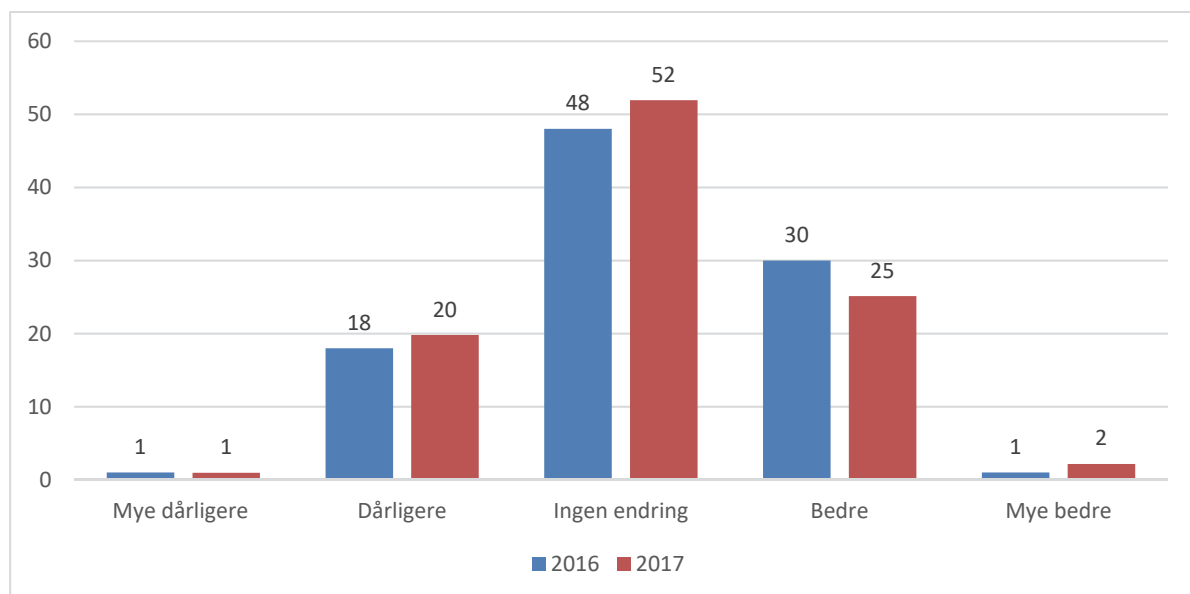
8.2 ENDRING I SAMARBEIDET DE SISTE 12 MÅNEDENE

Rundt halvparten av kommunene (49 prosent) oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 27 prosent opplever endring i TSB.

Tabell 8.1 Antall og prosent av kommunene som opplever at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (PHV) og i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste 12 månedene, 2017.

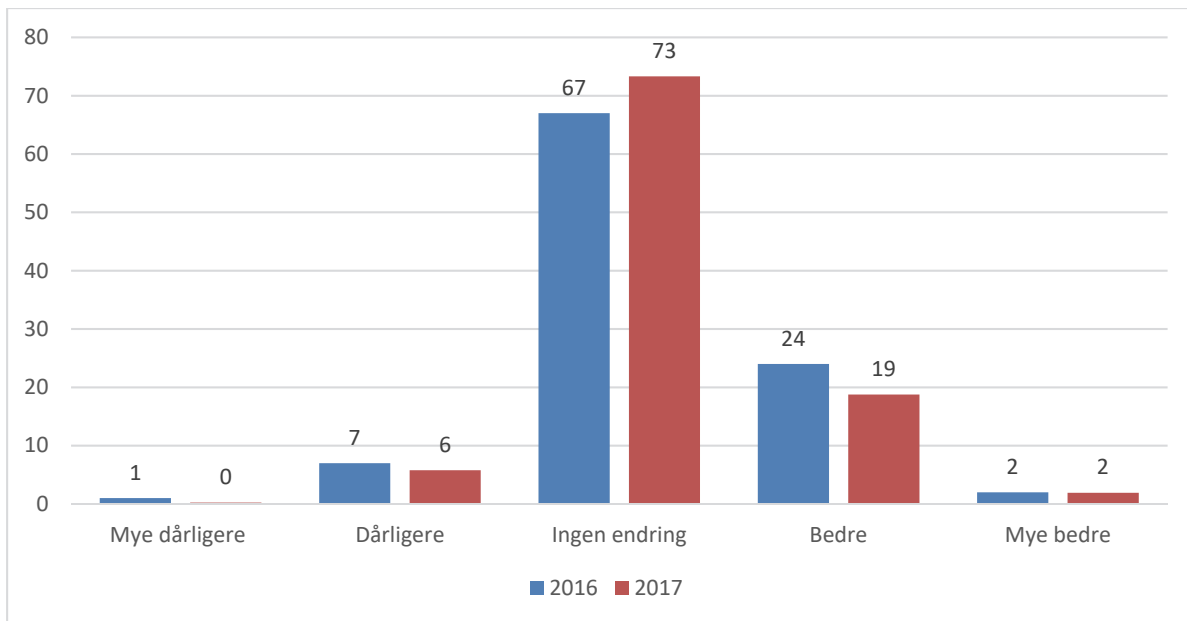
	PHV		TSB	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	204	49	112	27
Nei	215	51	305	73
Totalt	419	100	417	100

Som vist i figur 8.1 er det relativt færre som opplever bedring i samarbeidet med PHV i 2017 enn i 2016, og marginalt flere som opplever en forverring. Situasjonen er likevel at det fortsatt er en positiv utvikling ved at det er flere kommuner som opplever bedring enn som opplever forverring.



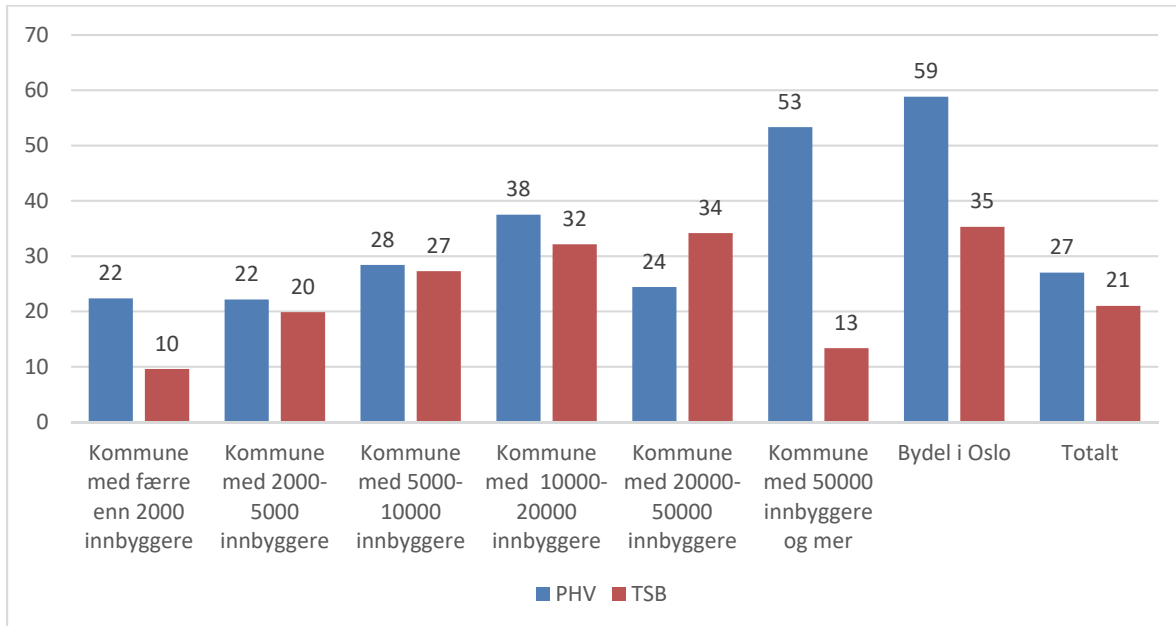
Figur 8.1 Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med psykisk helsevern har utviklet seg det siste året, 2016 (N=413) og 2017 (N=414).

Samarbeidet med TSB viser tilsvarende utvikling, og flere kommuner har ikke erfart noen endring siste år enn i 2016. Det er også relativt færre som opplever forverring i samarbeidet med TSB, men også færre som opplever bedring. Det er likevel slik at det er flere kommuner som opplever bedring enn som opplever forverring.

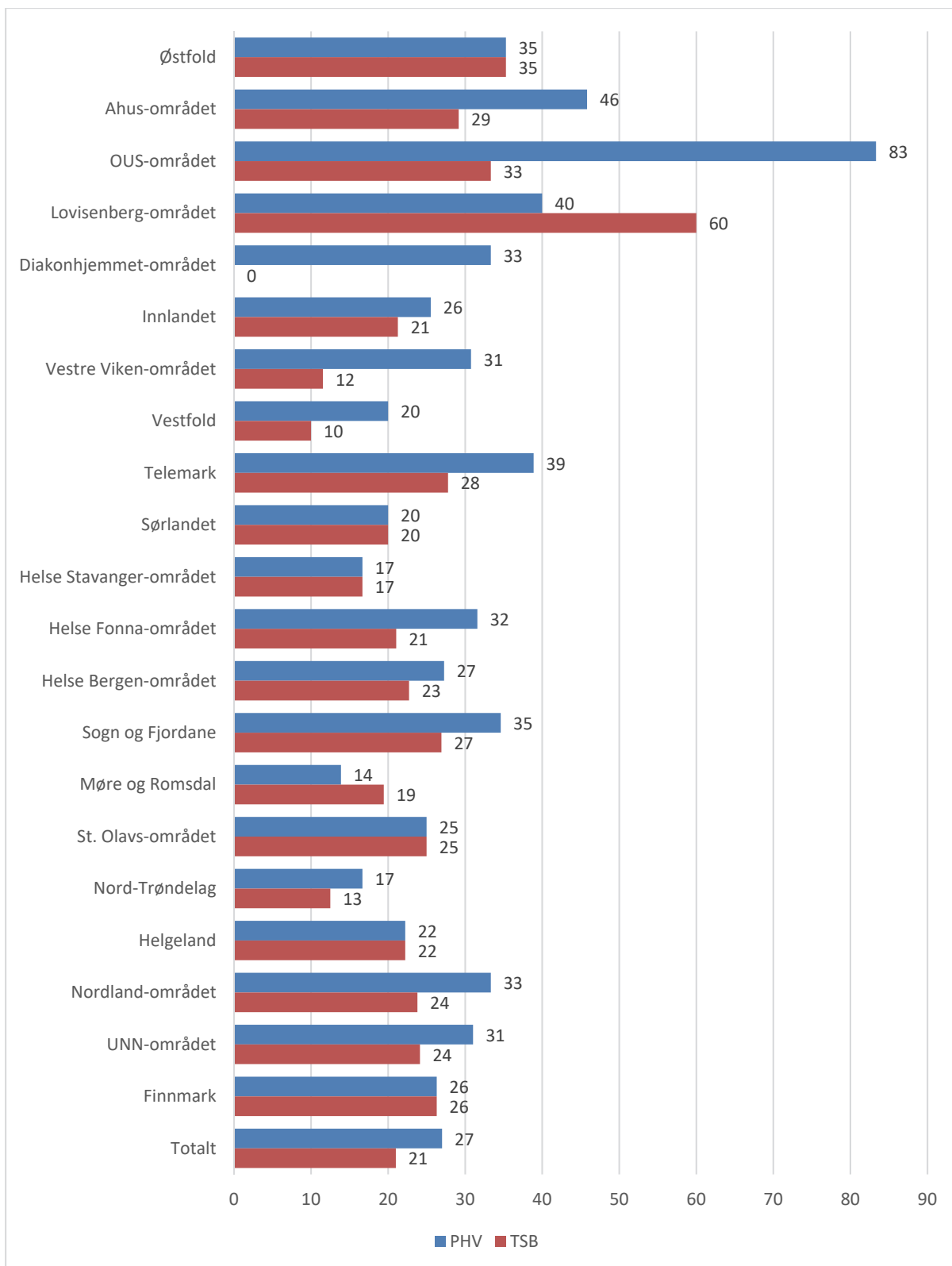


Figur 8.2 Prosent av kommunene som svarer hvordan samarbeidet med TSB har utviklet seg det siste året, 2016 (413) og 2017 (N=416).

Vi ser videre på hvordan de som opplever bedring i samarbeidet (har svart bedre eller mye bedre) fordeler seg på kommuner med ulik størrelse (figur 8.3) og etter hvilket opptaksområde (HF-område) kommunene tilhører (figur 8.4).



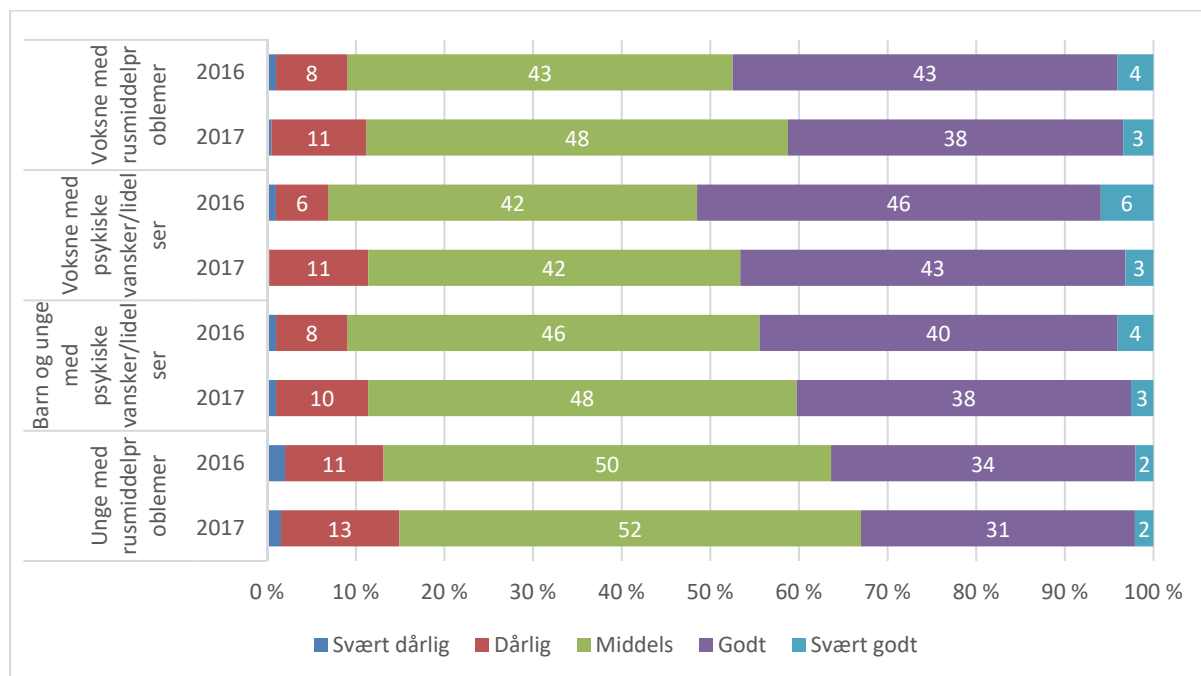
Figur 8.3 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), kommunestørrelse 2017.



Figur 8.4 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidet har blitt bedre (bedre eller mye bedre), HF-område 2017.

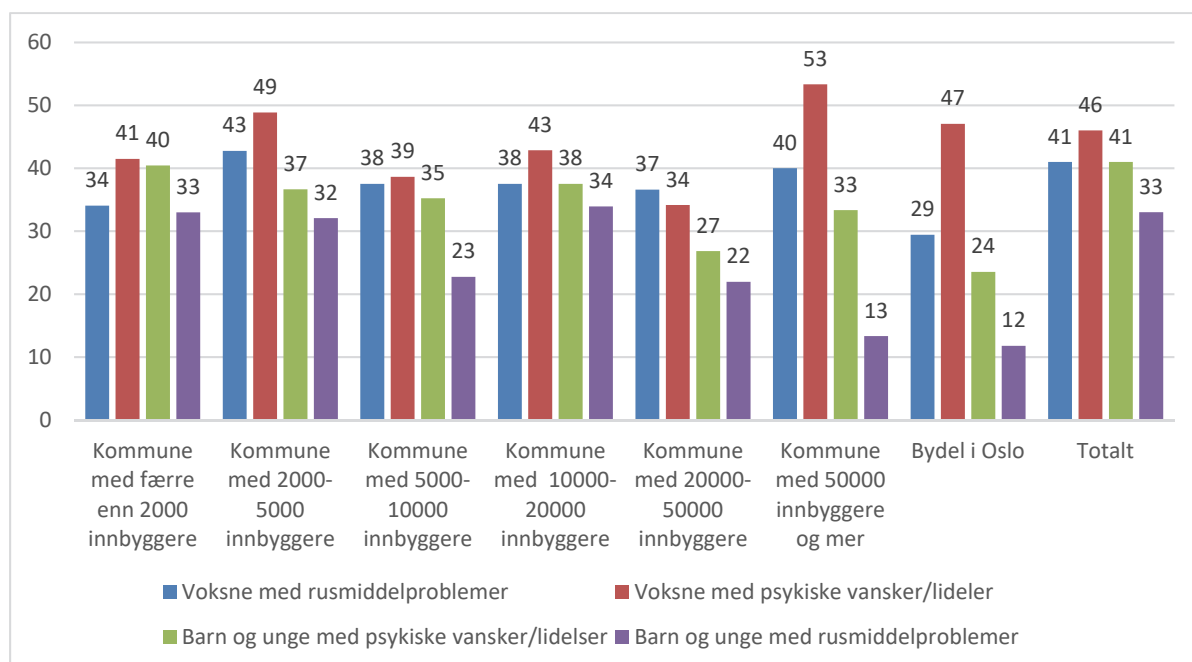
8.3 SAMARBEIDSAVTALER

Som vist i figur 8.5 er det under halvparten av kommunene som erfarer at samarbeidsavtalene på de ulike områdene fungerer godt eller svært godt. Det er også en nedgang i fornøydhet (færre er fornøyd) med avtalene fra kommunenes side fra 2016 til 2017 på alle områdene.

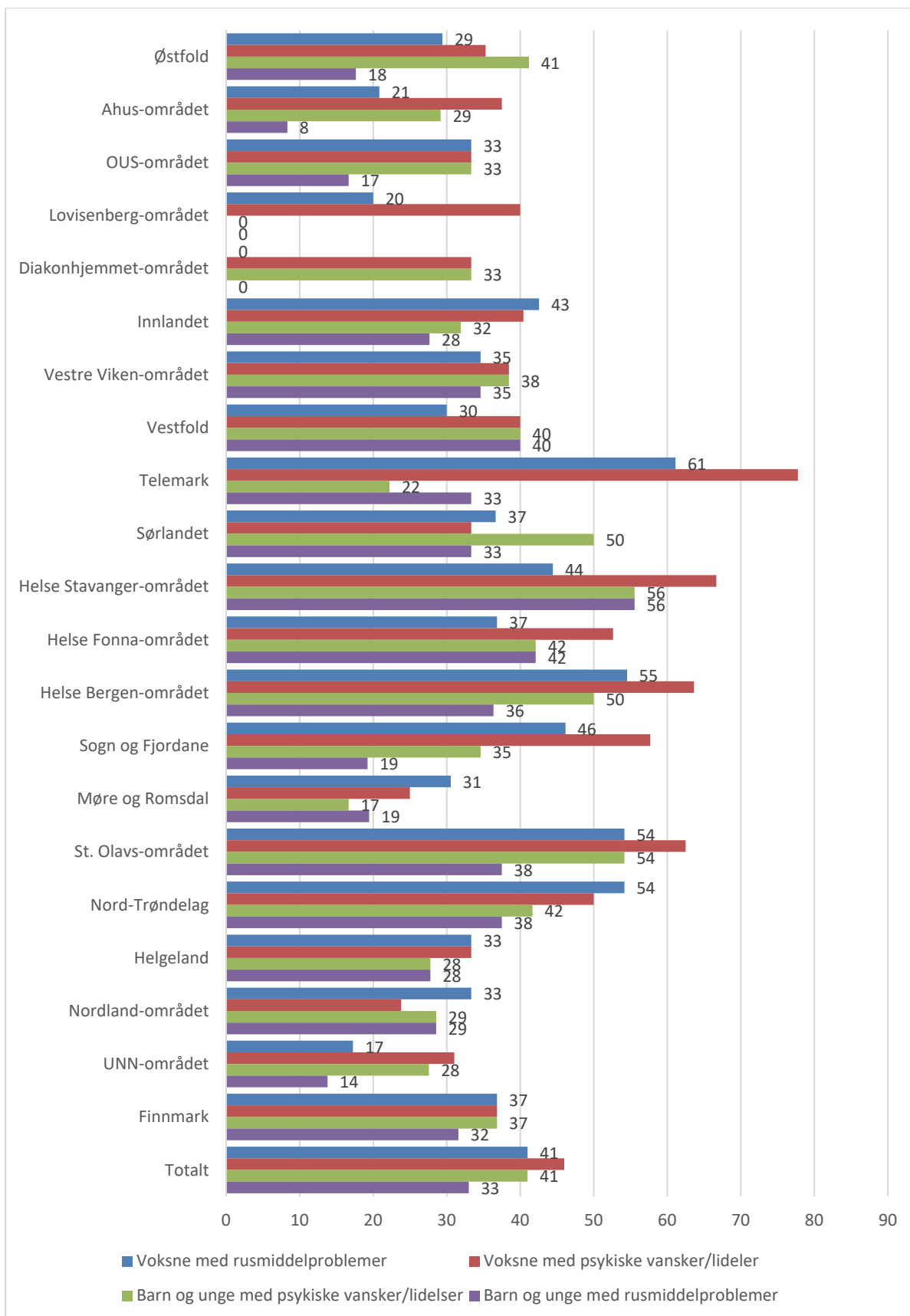


Figur 8.5 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene? 2016 og 2017.

Vi ser videre på de som svarer godt eller svært godt etter kommunestørrelse (figur 8.6) og HF-område (figur 8.7).



Figur 8.6 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, kommunestørrelse 2017.



Figur 8.7 Prosent av kommunene som svarer at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer godt eller svært godt, HF-område 2017.

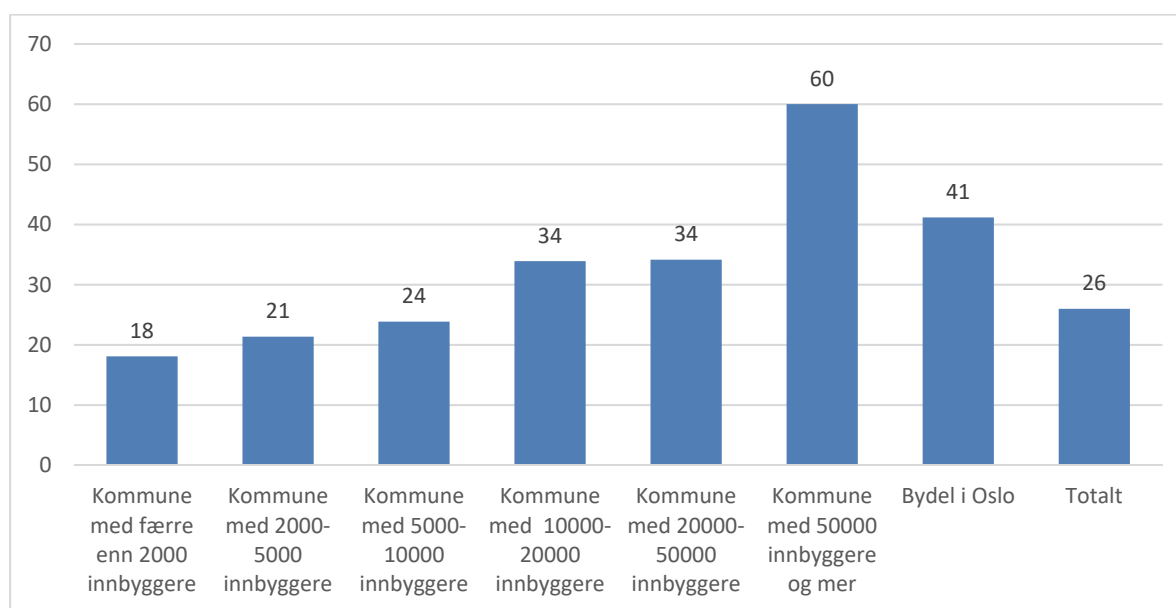
8.4 UTADRETTET ARBEID I DPS-ENE

Som vist i tabell 8.2 er det 416 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (95 prosent) om hvorvidt de opplever at DPS-ene jobber mer utadrettet nå enn tidligere. Nær halvparten av kommunene opplever ingen endring, mens én av fem kommuner opplever mindre utadrettet jobbing og 28 prosent av kommunene synes DPS-ene jobber mer utadrettet enn for 2-3 år siden.

Tabell 8.2 Antall og prosent av kommunene etter hvorvidt de opplever at DPS-ene de samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden

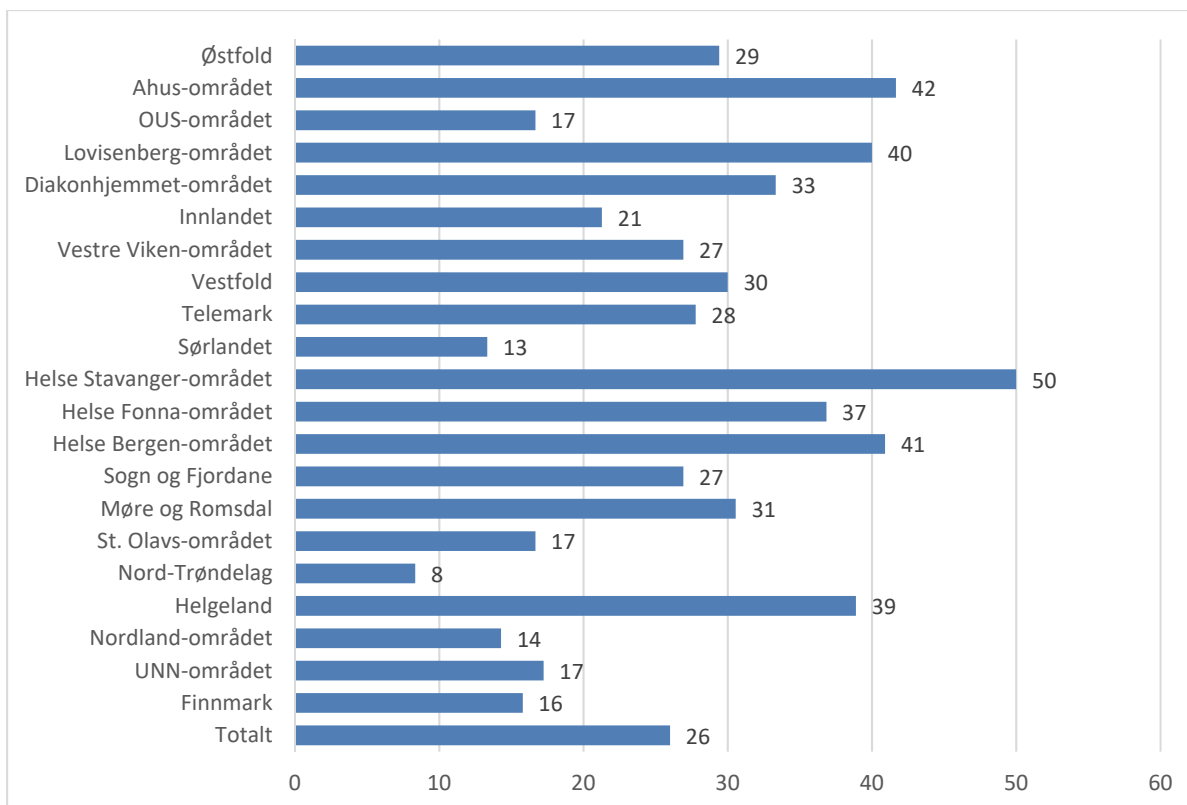
	Antall	Prosent
Mindre utadrettet	88	21
Ingen endring	186	45
Mer utadrettet	115	28
Vet ikke	27	6
Totalt	416	100

Vi ser nærmere på de 115 kommunene som svarer at DPS-ene de samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden. Vi antar her at de som ikke har svart eller svarer at de ikke vet, ikke opplever at DPS-ene arbeider mer utadrettet. Det er derfor 26 prosent av kommunene som antas å oppleve at DPS-ene arbeider mer utadrettet.



Figur 8.8 Prosent av kommunene som svarer at de opplever at DPS-ene de samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden, kommunestørrelse 2017.

Som vi ser av figuren er det en tendens til at de mest innbyggerrike kommunene i større grad enn de mindre kommunene opplever mer utadrettet arbeid fra DPS-ene.



Figur 8.9 Prosent av kommunene som svarer at de opplever at DPS-ene de samarbeider med jobber mer utadrettet i kommunene/bydelene nå enn for 2-3 år siden, kommunistørrelse 2017.

8.5 OPPSUMMERING

Rundt halvparten av kommunene (49 prosent) oppgir at de opplever at det har vært endring i samarbeidet med psykisk helsevern, mens 27 prosent opplever endring i TSB. Som i 2016 er det flere kommuner som oppgir at det har vært bedring i samarbeidet enn som oppgir at det har vært en forverring i samarbeidet. Totalbildet er at det er en bedring i samarbeidet både med psykisk helsevern og med TSB.

Under halvparten av kommunene erfarer at samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten på de ulike områdene innen psykisk helse og rus fungerer godt. Det er også færre kommuner/bydeler som er fornøyd med avtalene i 2017 enn i 2016 på alle områdene, og nedgangen i fornøydhet er størst rundt samarbeidsavtalene om voksne med rusmiddelproblemer. Mens 45 prosent av kommunene ikke opplever at det har vært noen endring i DPS-ene sitt utadrettede arbeid de siste 2-3 årene, rapporterte 21 prosent av kommunene om en forverring og 28 prosent av kommunene en forbedring på dette området. Det var særlig i de mest innbyggerrike kommunene at den utadrettede virksomheten til DPS-ene ble rapportert å ha blitt bedre.

9 ANSVARFORDDELING MELLOM KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN, SETT FRA KOMMUNENES SIDE

Som vist i de to foregående kapitlene, er det mange kommuner som opplever at ansvarsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er uklar. I år har vi forsøkt å kvantifisere dette i større grad.

9.1 DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet ser vi på svarene som er gitt på følgende spørsmål: "I hvilken grad opplever dere at det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av brukergruppene i de ulike hovedforløpene?"

Svarene fordeles på de ulike hovedforløpene (milde, moderate, alvorlige) for hver av gruppene:

- Voksne med psykiske problemer
- Voksne med rusmiddelproblemer
- Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Unge med rusmiddelproblemer

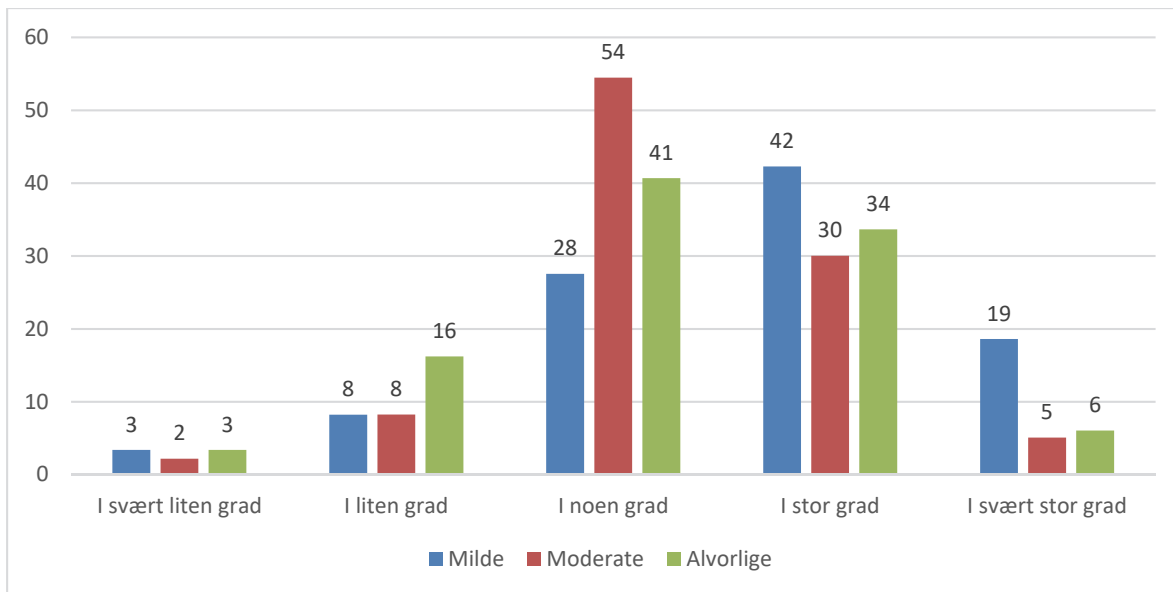
Det er mellom 381 og 414 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålene, dvs. mellom 86 prosent og 93 prosent av alle kommuner/bydeler.

9.2 VOKSNE MED PSYKISKE HELSEPROBLEMER

Det er 10 til 19 prosent av kommunene som mener at ansvarsfordelingen i svært liten grad eller i liten grad er klar når det gjelder voksne med helseproblemer. Andelene er også fremstilt i figur 9.1. Andelen er høyest for voksne med alvorlige lidelser.

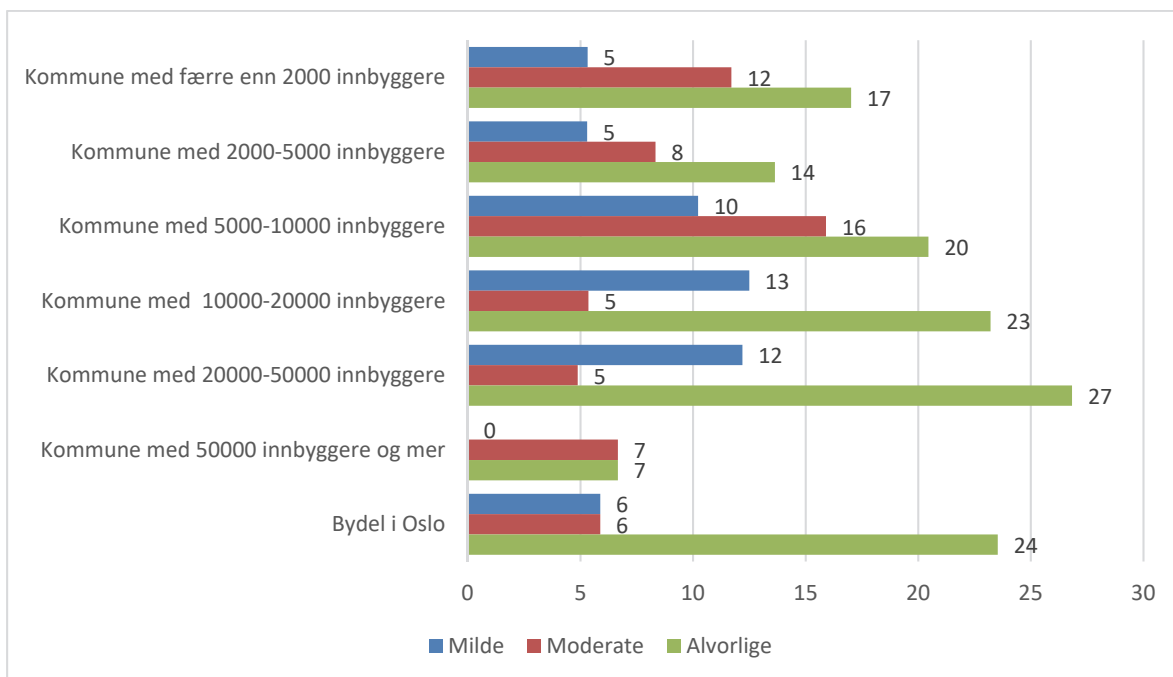
Tabell 9.1 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, antall og prosentvis fordeling, 2017

	Milde		Moderate		Alvorlige	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært liten grad	14	3	9	2	14	3
I liten grad	34	8	34	8	67	16
I noen grad	114	28	225	54	168	41
I stor grad	175	42	124	30	139	34
I svært stor grad	77	19	21	5	25	6
Totalt	414	100	413	100	413	100

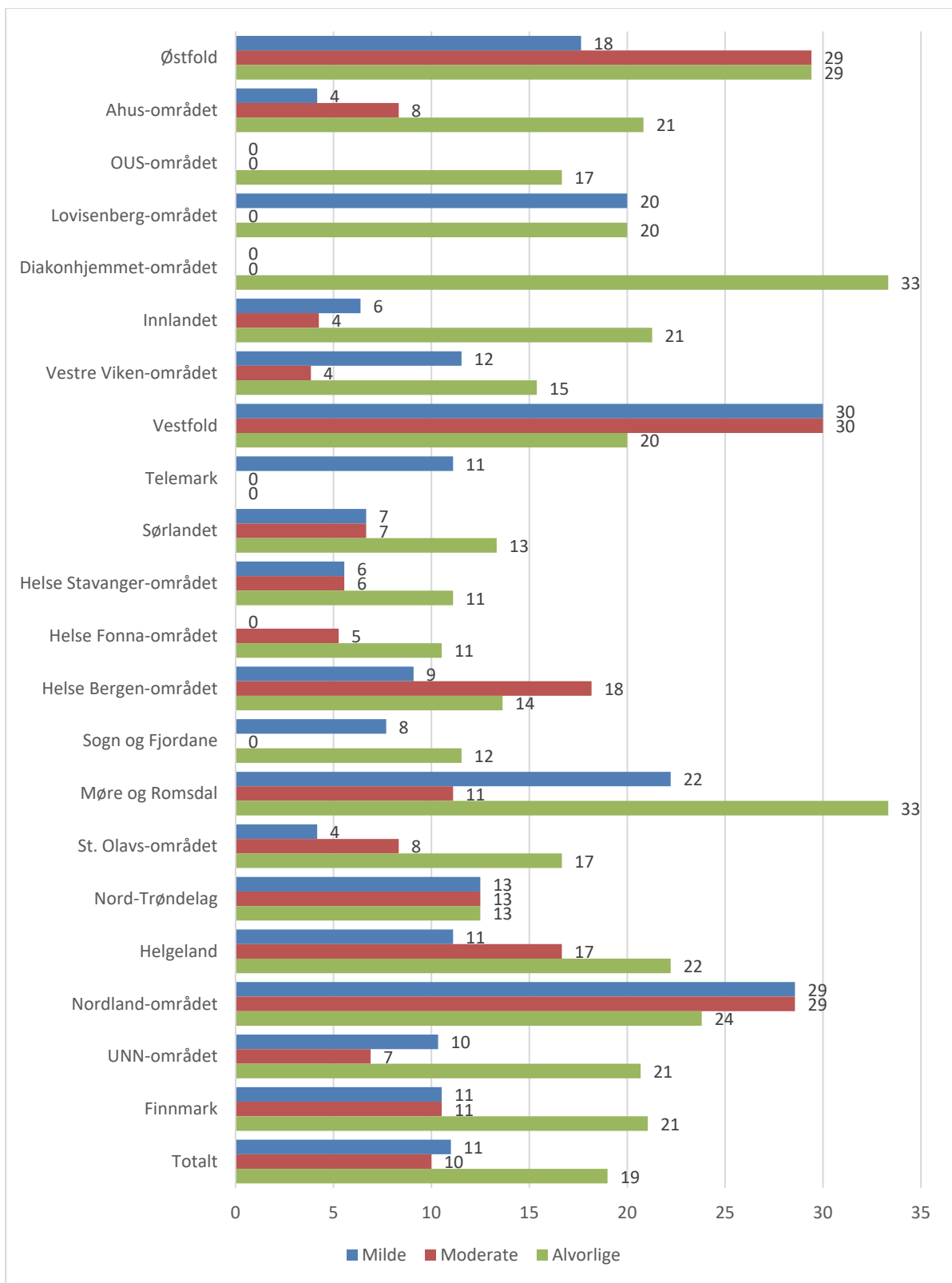


Figur 9.1 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, prosentvis fordeling, 2017

Vi har sett nærmere på de som har svart "I svært liten grad" og "I liten grad" i forhold til kommunestørrelse (se figur 9.2) eller mellom helseforetak (se figur 9.3).



Figur 9.2 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, prosentvis fordeling, kommunestørrelse 2017



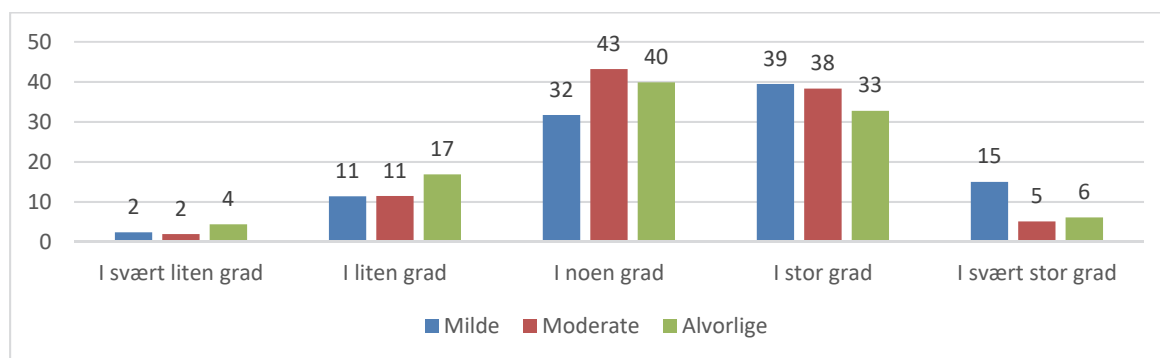
Figur 9.3 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med psykiske helseproblemer, prosentvis fordeling, HF-område 2017

9.3 VOKSNE MED RUSPROBLEMER

Det er mellom 13 og 21 prosent av kommunene som svarer "I svært liten grad" eller "I liten grad", og andelen er høyest for mennesker med alvorlige rusproblemer.

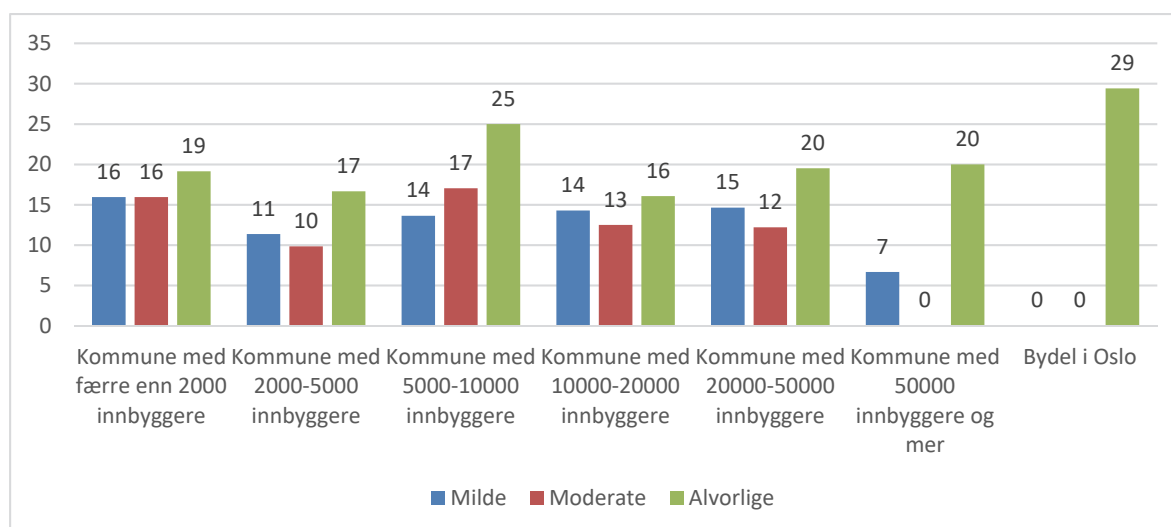
Tabell 9.2 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med rusproblemer, antall og prosentvis fordeling, 2017

	Milde		Moderate		Alvorlige	
	Antall	Andel	Antall	Antall	Andel	Antall
I svært liten grad	10	2	8	2	18	4
I liten grad	47	11	47	11	69	17
I noen grad	131	32	177	43	163	40
I stor grad	163	39	157	38	134	33
I svært stor grad	62	15	21	5	25	6
Totalt	413	100	410	100	409	100

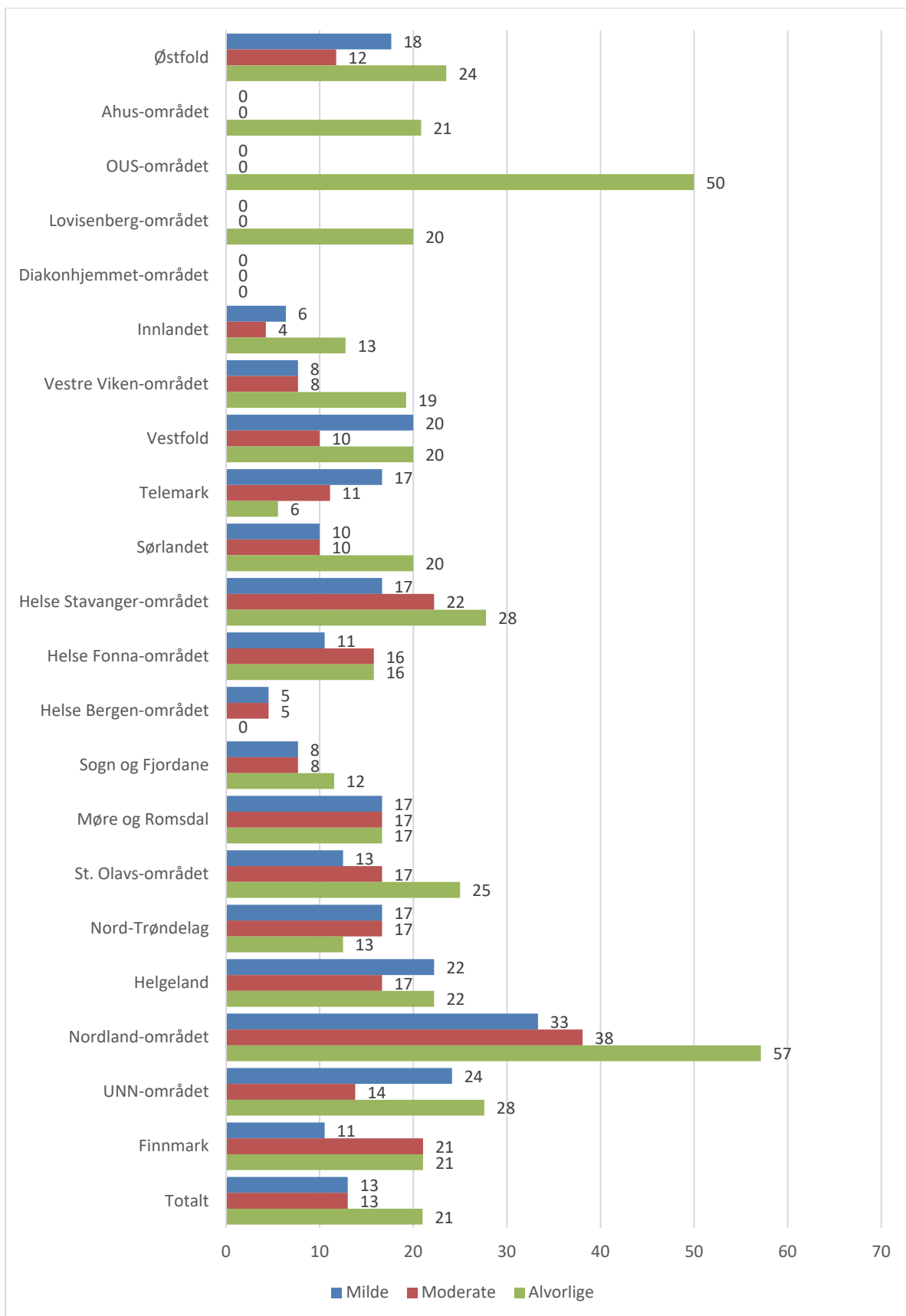


Figur 9.4 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med rusproblemer, prosentvis fordeling, 2017

Vi har sett nærmere på de som har svart "I svært liten grad" eller "I liten grad" for de ulike hovedforløpene.



Figur 9.5 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med rusproblemer, kommunestørrelse 2017



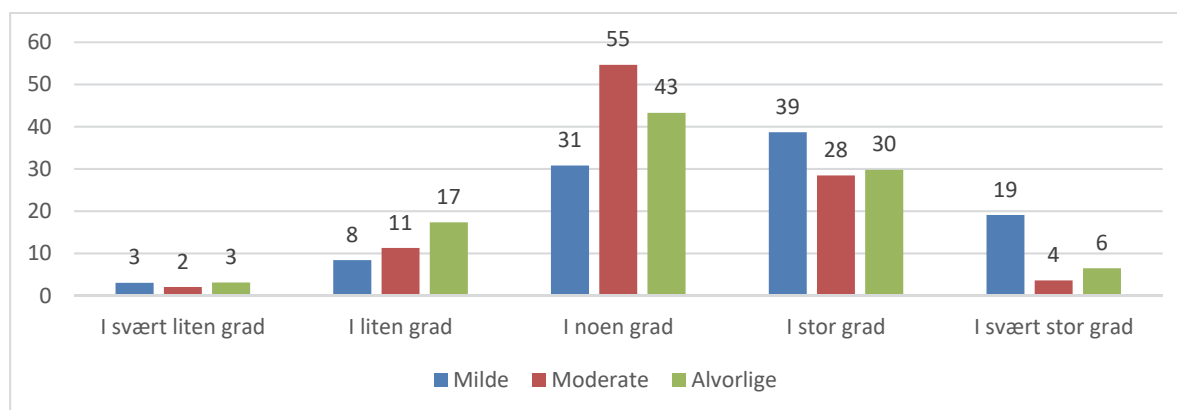
Figur 9.6 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av voksne med rusproblemer, HF-område 2017

9.4 BARN OG UNGE MED PSYKISKE VANSKER

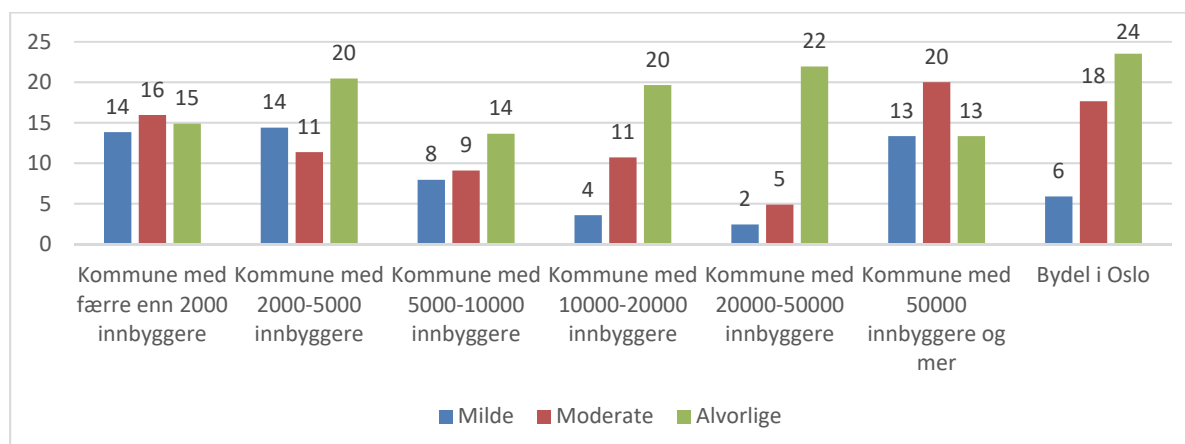
Det er mellom 11 og 20 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. Også her er det flest som synes det er uklar ansvarsfordeling rund de mest alvorlige tilfellene.

Tabell 9.3 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker, antall og prosentvis fordeling, 2017

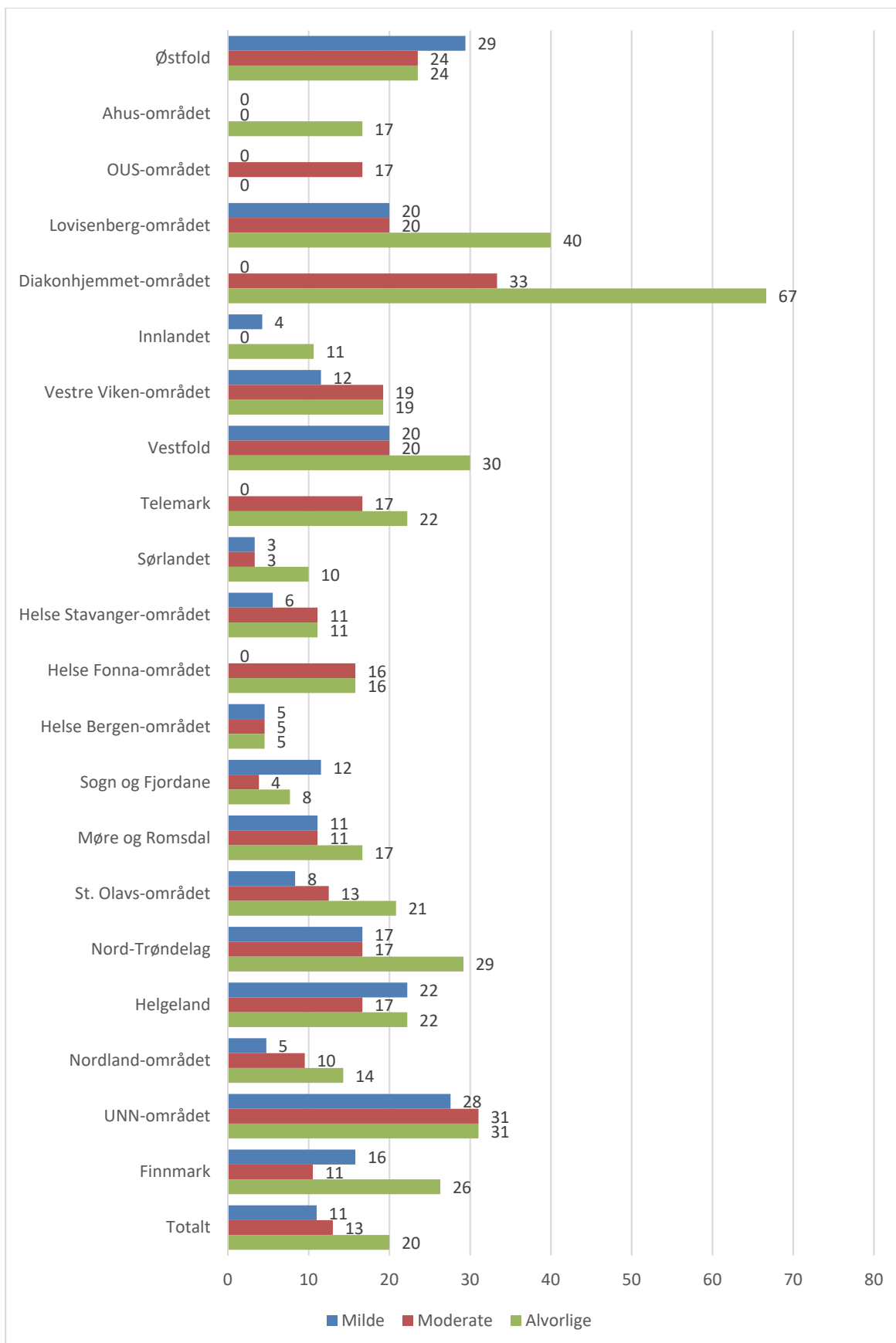
	Milde		Moderate		Alvorlige	
	Antall	Andel	Antall	Antall	Andel	Antall
I svært liten grad	12	3	8	2	12	3
I liten grad	33	8	44	11	67	17
I noen grad	121	31	213	55	167	43
I stor grad	152	39	111	28	115	30
I svært stor grad	75	19	14	4	25	6
Totalt	393	100	390	100	386	100



Figur 9.7 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker, prosentvis fordeling, 2017



Figur 9.8 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker, kommune størrelse 2017



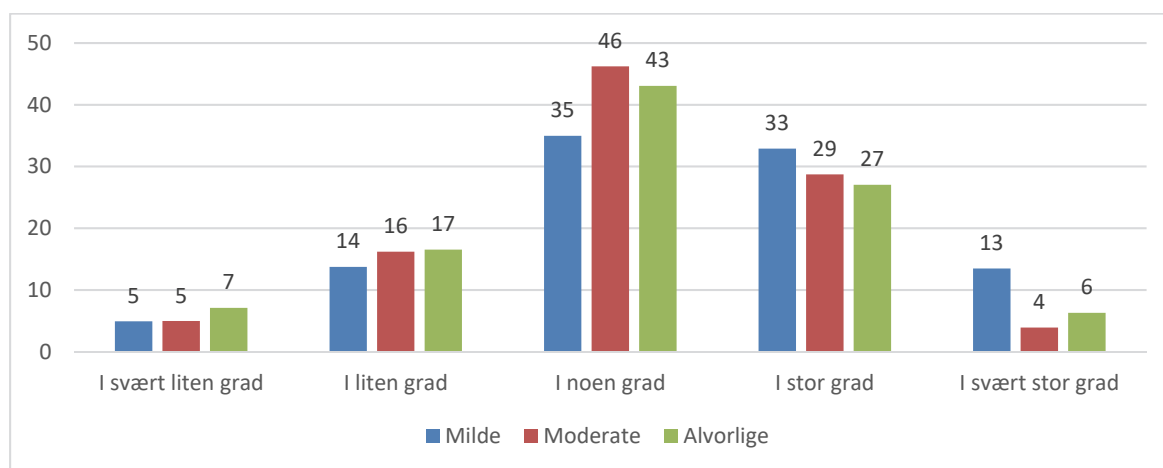
Figur 9.9 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker, HF-område 2017

9.5 BARN OG UNGE MED RUSVANSKER

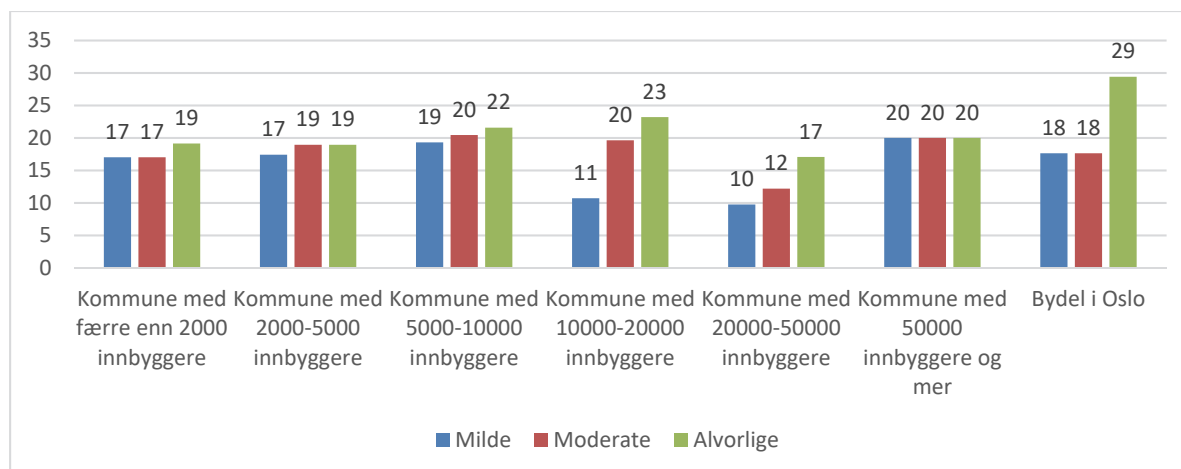
Det er mellom 19 og 24 prosent av kommunene som svarer at de i liten grad opplever at det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker.

Tabell 9.4 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker, antall og prosentvis fordeling, 2017

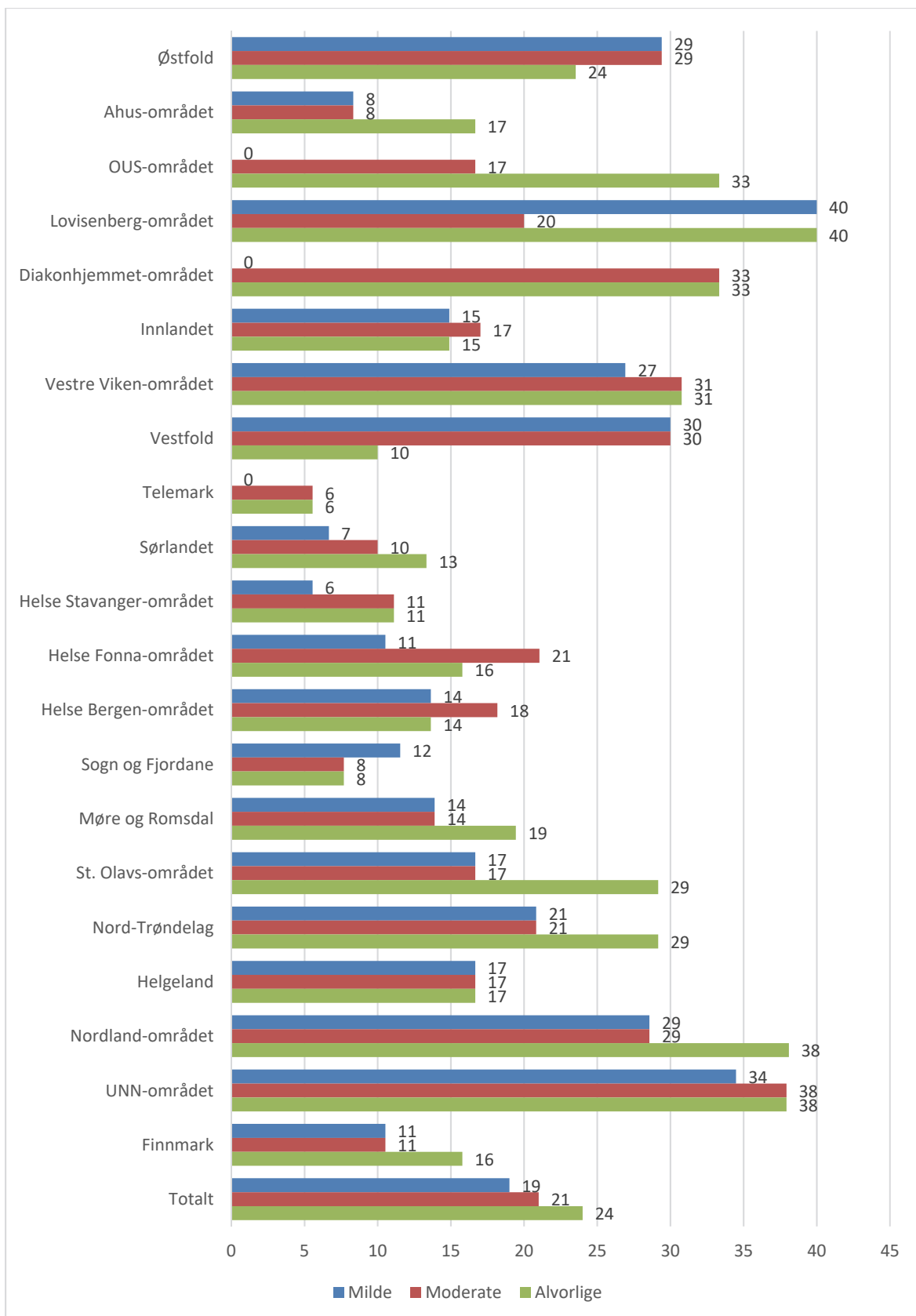
	Milde		Moderate		Alvorlige	
	Antall	Andel	Antall	Antall	Andel	Antall
I svært liten grad	19	5	19	5	27	7
I liten grad	53	14	62	16	63	17
I noen grad	135	35	177	46	164	43
I stor grad	127	33	110	29	103	27
I svært stor grad	52	13	15	4	24	6
Totalt	386	100	383	100	381	100



Figur 9.10 I hvilken grad det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusproblemer, prosentvis fordeling, 2017



Figur 9.11 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker, kommunestørrelse 2017



Figur 9.12 Prosent av kommunene som i liten grad mener det er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker, HF-område 2017

9.6 OPPSUMMERING

Det er 10 til 19 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder voksne med psykiske helseproblemer. Andelen er høyest for voksne med alvorlige lidelser.

Det er mellom 13 og 21 prosent av kommunene som svarer at ansvarsfordelingen i liten grad er klar når det gjelder voksne med rusproblemer. Andelen er høyest for mennesker med alvorlige rusproblemer.

Det er mellom 11 og 20 prosent av kommunene som oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsfordeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. Også her er det flest som synes det er uklar ansvarsfordeling rundt de mest alvorlige tilfellene.

Det er mellom 19 og 24 prosent av kommunene som svarer at de i liten grad opplever at det er en klar ansvarsfordeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med rusvansker. Også innen dette området oppleves det mindre avklart rundt de med alvorlig problematikk.

Hver fjerde eller femte kommune som mener at ansvarsfordelingen rundt personer med alvorlige lidelser i liten grad er tydelig.

10 OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2016-2020

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

Våren 2016 kartla vi kommunenes forventninger til Opptrappingsplanen 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:

Mange kommuner meldte om behov for øremerking av midlene og at de forventet at dette kommer som en del av Opptrappingsplanen. Dette handler om at rustjenestetene er små tjenester i kommunene, og at det er behov for å sikre at midlene når de riktige brukerne. Like mange sa at de forventet at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning.

Mange kommuner oppgav at de forventet mer midler til forebygging, særlig for barn og unge. Mange hadde forventninger til at boligtilbudet skulle bedres, men også at det skulle bli bedre og mer koordinerte tilbud til målgruppen. Mange forventet også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skulle bli bedre, men også at det interne samarbeidet skulle bedres.

Blant de som ikke hadde særlige forventninger til planen i 2016, var det ofte knyttet mot manglende øremerking, men også at en del kommuner er for små til å kunne forventes å bygge ut et omfattende tilbud.

Kommunene ba i 2016 om klare føringer fra myndighetene, tilstrekkelig med midler som når frem til målgruppen og en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

10.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål var med i kartleggingen i 2017:

Er kommunen/bydelen kjent med Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020)

Er kommunen/bydelen kjent med at det med Opptrappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene?

Har Opptrappingsplanen for rusfeltet hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil?

- Flere årsverk
- Økte midler til kompetanseheving på rusområdet
- Økt kapasitet i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten

- Økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten
- Flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer
- Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer
- Økt brukerinvolvering
- Vi har i større grad involvert voksne pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft
- Vi har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft
- Annet, hva

I hvilken grad vurderer dere at kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterede problemer?

Har kommunen/bydelen kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene?

- BrukerPlan
- Ungdata
- Bruker-spør-bruker
- Annet, hva

Har kommunen/bydelen et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk?

Om ja, beskriv kort systemet for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon:

I hvilken grad har kommunen integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk?

I det følgende går vi gjennom svarene som er gitt på disse spørsmålene. I dette kapitlet bruker vi tabeller heller enn figurer fordi det kan være ulike aktører som har behov for tabelltall på dette feltet.

10.2 KJENNSKAP TIL OP-RUS

Kun 16 kommuner (4 prosent) har svart Nei på spørsmålet om de er kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020). Fordelingen på ulike kommunegrupper etter størrelse er vist i tabell 10.1.

Tabell 10.1 Antall og prosent av kommunene som har svart Nei på spørsmålet om de er kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), kommunestørrelse 2017.

	Antall	Prosent
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	6	6
Kommune med 2000-5000 innbyggere	7	5
Kommune med 5000-10000 innbyggere	2	2
Kommune med 10000-20000 innbyggere	1	2
Kommune med 20000-50000 innbyggere	0	0
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0
Bydel i Oslo	0	0
Totalt	16	4

Fordeling på fylke er vist i tabell 10.2.

Tabell 10.2 Antall og prosent av kommunene som har svart Nei på spørsmålet om de er kjent med Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020), fylke 2017.

	Antall kommuner	Prosent
Østfold	0	0
Akershus	0	0
Oslo	0	0
Hedmark	0	0
Oppland	0	0
Buskerud	2	11
Vestfold	0	0
Telemark	1	6
Aust-Agder	0	0
Vest-Agder	0	0
Rogaland	0	0
Hordaland	4	13
Sogn og Fjordane	1	4
Møre og Romsdal	2	6
Sør-Trøndelag	0	0
Nord-Trøndelag	0	0
Nordland	5	13
Troms	0	0
Finnmark	1	6
Totalt	16	4

Det er 49 kommuner (12 prosent) har svart nei på spørsmålet om de er kjent med at Opptrappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene. Fordelingen i antall og andel etter kommunestørrelse og fylke er vist i tabell 10.3 og 10.4.

Tabell 10.3 Antall og prosent av kommunene som har svart Nei på spørsmålet om de kjent med at det med Opptrappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene, kommunestørrelse 2017.

	Antall	Prosent
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	17	20
Kommune med 2000-5000 innbyggere	17	14
Kommune med 5000-10000 innbyggere	11	13
Kommune med 10000-20000 innbyggere	4	8
Kommune med 20000-50000 innbyggere	0	0
Kommune med 50000 innbyggere og mer	0	0
Bydel i Oslo	0	0
Totalt	49	12

Fordeling på fylke er vist i tabell 10.4.

Tabell 10.4 Antall og prosent av kommunene som har svart Nei på spørsmålet om de kjent med at det med Opptappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene, fylke 2017.

	Antall kommuner	Andel kommuner
Østfold	0	0
Akershus	1	5
Oslo	0	0
Hedmark	1	5
Oppland	6	24
Buskerud	3	16
Vestfold	0	0
Telemark	1	6
Aust-Agder	2	13
Vest-Agder	1	7
Rogaland	1	4
Hordaland	7	22
Sogn og Fjordane	2	8
Møre og Romsdal	4	12
Sør-Trøndelag	4	17
Nord-Trøndelag	4	18
Nordland	8	20
Troms	2	10
Finnmark	2	11
Totalt	49	12

10.3 KONSEKVENSER AV OP-RUS

Det er 54 prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse og rusarbeid i kommunen/bydelen, se tabell 10.5.

Tabell 10.5 Antall og prosent av kommunene som har svart på om Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil, 2017.

	Antall	Andel
Ja	231	54
Nei	154	36
Vet ikke	39	9
Total	424	100

Fordelingen etter kommunestørrelse og fylke er vist i de to neste tabellene. Som kjent fra tidligere, øker andelen årsverk per innbygger med kommunestørrelse.

Tabell 10.6 Antall og prosent av kommunene som har svart på om Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil, kommune- og bydel 2017

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Antall kommuner
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	25	62	13	100	87
Kommune med 2000-5000 innbyggere	55	39	6	100	125
Kommune med 5000-10000 innbyggere	56	31	13	100	85
Kommune med 10000-20000 innbyggere	65	25	9	100	55
Kommune med 20000-50000 innbyggere	78	17	5	100	41
Kommune med 50000 innbyggere og mer	100	0	0	100	15
Bydel i Oslo	56	25	19	100	16
Totalt	54	36	9	700	424

Tabell 10.7 Antall og prosent av kommunene som har svart på om Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil, fylke 2017

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Antall
Østfold	67	33	0	100	18
Akershus	62	33	5	100	21
Oslo	56	25	19	100	16
Hedmark	70	20	10	100	20
Oppland	52	44	4	100	25
Buskerud	55	30	15	100	20
Vestfold	83	17	0	100	12
Telemark	65	24	12	100	17
Aust-Agder	47	40	13	100	15
Vest-Agder	79	21	0	100	14
Rogaland	56	33	11	100	27
Hordaland	59	28	13	100	32
Sogn og Fjordane	58	27	15	100	26
Møre og Romsdal	47	38	15	100	34
Sør-Trøndelag	60	40	0	100	25
Nord-Trøndelag	32	64	5	100	22
Nordland	35	53	13	100	40
Troms	50	41	9	100	22
Finnmark	44	50	6	100	18
Totalt	54	36	9	100	424

Som vist i tabell 10.8, oppgir 40 prosent av kommunene å ha fått flere årsverk som en direkte følge av Opptappingsplanen for rusfeltet. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer er oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering er oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent har fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området er oppnådd for 21 prosent av kommunene, mens 10 prosent har fått flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer. Større grad av involvering av voksne

pårørende erfares av 11 prosent av kommunene og 9 prosent har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft.

Tabell 10.8 Andel kommuner som oppgir på hvilken måte Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt noen direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i deres kommune/bydel hittil, 2017.

	Antall	Andel av de som har svart ja	Andel av alle
Flere årsverk	171	74	40
Økte midler til kompetanseheving på rus-området	90	39	21
Økt kapasitet i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten	12	5	3
Økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten	112	48	26
Flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer	42	18	10
Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer	131	57	31
Økt brukerinvolvering	117	51	28
Vi har i større grad involvert voksne pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft	48	21	11
Vi har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptappingsplanen trådte i kraft	40	17	9
Annet	35	15	8

Videre analyser viser at det er 229 kommuner/bydeler (52 prosent) som har oppgitt en eller flere av disse konsekvensene. Det var 231 kommuner/bydeler (54 prosent) som oppgav at Opptappingsplanen hadde hatt direkte konsekvenser, så dette gir et samsvarende bilde. Vi ser også tydelig at jo større kommunene er, jo flere direkte konsekvenser har planen i gjennomsnitt gitt.

Tabell 10.9 Gjennomsnittlig antall oppgitte direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen hittil, 2017.

	Gjennomsnittlig antall konsekvenser
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	0,7
Kommune med 2000-5000 innbyggere	1,5
Kommune med 5000-10000 innbyggere	2,0
Kommune med 10000-20000 innbyggere	2,3
Kommune med 20000-50000 innbyggere	3,1
Kommune med 50000 innbyggere og mer	4,7
Bydel i Oslo	1,5
Totalt	1,8

Tabell 10.10 Gjennomsnittlig antall oppgitte direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen hittil, 2017.

	Gjennomsnittlig antall konsekvenser
Østfold	2,3
Akershus	2,3
Oslo	1,5
Hedmark	2,1
Oppland	1,4
Buskerud	1,7
Vestfold	2,7
Telemark	2,4
Aust-Agder	1,3
Vest-Agder	2,7
Rogaland	1,7
Hordaland	2,5
Sogn og Fjordane	2,0
Møre og Romsdal	1,8
Sør-Trøndelag	2,2
Nord-Trøndelag	1,1
Nordland	1,0
Troms	1,7
Finnmark	1,2
Totalt	1,8

Under "Annet" har de 35 kommunene typisk svart følgende:

- Søkt eller mottatt prosjektmidler
- Nytt/utvidet tilbud
- Nytt samarbeid
- Økt fokus
- Omorganisering
- Nye prosjekt
- Påvirkning av planarbeid

En kommune kommenterer også at Veilederen "Sammen om mestring" i like stor grad har gitt konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som opptrappingsplanen.

10.4 GRAD AV SAMMENHENGENDE OG KOORDINERTE TJENESTER FOR DE MED RUSRELATERTE PROBLEMER

Det er 400 kommuner/bydeler som har svart (91 prosent) på i hvilken grad de mener de har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer. Det er ti prosent av kommunene/bydelene som i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer.

Tabell 10.11 Antall og andel som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, 2017.

	Antall	Andel
I svært liten grad	4	1
I liten grad	36	9
I noen grad	181	45
I stor grad	156	39
I svært stor grad	23	6
Totalt	400	100

Vi ser videre på de 10 prosentene som svarer i svært liten eller i liten grad i forhold til kommunestørrelse (10.12) og fylke (10.13).

Tabell 10.12 Andel som svarer i at kommunen/bydelen i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, kommunestørrelse 2017.

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

Tabell 10.13 Andel som svarer i at kommunen/bydelen i svært liten eller i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer, fylke 2017.

	Andel
Østfold	6
Akershus	5
Oslo	7
Hedmark	0
Oppland	8
Buskerud	17
Vestfold	0
Telemark	6
Aust-Agder	8
Vest-Agder	0
Rogaland	8
Hordaland	6
Sogn og Fjordane	0
Møre og Romsdal	12
Sør-Trøndelag	8
Nord-Trøndelag	14
Nordland	26
Troms	19
Finnmark	18
Totalt	10

10.5 KARTLEGGING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

Det er 303 av 423 kommuner/bydeler (72 prosent) som svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Andelen øker med kommunestørrelse jf. tabell 10.14. Fordelingen på fylke er vist i tabell 10.15.

Tabell 10.14 Andel 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.

	Andel
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	38
Kommune med 2000-5000 innbyggere	61
Kommune med 5000-10000 innbyggere	84
Kommune med 10000-20000 innbyggere	88
Kommune med 20000-50000 innbyggere	88
Kommune med 50000 innbyggere og mer	87
Bydel i Oslo	88
Totalt	72

Tabell 10.15 Andel som svarer i at kommunen/bydelen har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene, fylke 2017.

	Andel
Østfold	78
Akershus	73
Oslo	88
Hedmark	77
Oppland	96
Buskerud	43
Vestfold	100
Telemark	53
Aust-Agder	87
Vest-Agder	47
Rogaland	93
Hordaland	70
Sogn og Fjordane	42
Møre og Romsdal	69
Sør-Trøndelag	80
Nord-Trøndelag	74
Nordland	52
Troms	50
Finnmark	58
Totalt	72

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

Tabell 10.16 Antall og andel som svarer på hvilken måte rusmiddelsituasjonen er kartlagt, 2017.

	Antall	Av de som har svart ja	Av alle
Brukerplan	270	89	61
Ungdata	239	79	54
Bruker-spør-bruker	14	5	3
Annet	49	16	11

Vi ser videre på disse etter kommunestørrelse (tabell 10.17) og fylke (tabell 10.18).

Tabell 10.17 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, kommunestørrelse 2017.

	Bruker-Plan	Ung-data	Bruker-spør-bruker	Annet
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	34	30	2	5
Kommune med 2000-5000 innbyggere	52	48	0	9
Kommune med 5000-10000 innbyggere	75	69	5	15
Kommune med 10000-20000 innbyggere	79	68	7	16
Kommune med 20000-50000 innbyggere	85	66	10	10
Kommune med 50000 innbyggere og mer	80	80	0	7
Bydel i Oslo	71	59	0	29
Totalt	61	54	3	11

Tabell 10.18 Andel av alle kommuner som har kartlagt rusmiddelsituasjonen, fylke 2017.

	BrukerPlan	Ungdata	Bruker-spør-bruker	Annet
Østfold	67	56	6	22
Akershus	64	41	5	5
Oslo	71	59	0	29
Hedmark	77	55	0	14
Oppland	96	76	8	0
Buskerud	33	33	5	19
Vestfold	100	67	0	17
Telemark	35	41	0	24
Aust-Agder	47	80	13	40
Vest-Agder	40	47	0	7
Rogaland	93	93	4	11
Hordaland	58	55	3	6
Sogn og Fjordane	31	23	0	15

Møre og Romsdal	56	64	8	6
Sør-Trøndelag	76	64	8	12
Nord-Trøndelag	74	74	0	0
Nordland	50	41	0	9
Troms	50	42	0	0
Finnmark	58	26	0	5
Totalt	61	54	3	11

Under annet er følgende nevnt:

- Samtaler med brukerne
- Interne kartlegginger
- Egen brukerundersøkelse
- Organiseringen gjør at kommunen har god oversikt
- AUDIT og DUDIT
- Boligbehovsplan
- Folkehelseundersøkelsen/folkehelseprofilen
- Innhenting av opplysninger fra andre tjenester i forbindelse med planarbeid
- IPLOS

Noen kommenterer også at de ikke har et godt bilde av brukerne:

Vi har ikkje nok ikkje fått fram eit godt bilete her. Det skuldast at fleire instansar må kartleggje for å få det korrekte biletet. Men vi er på veg...Vi spør brukar om rus ved første samtale.

Flere kommenterer at de har brukt BrukerPlan men at den har visse begrensninger:

Brukarplan kartlegging er gjennomført i rus- og psykiske helsetenester, ikkje i NAV, fastleger og barnevern. Tala er difor noko misvisande.

Brukerplan vedrører kun de personer som fra før av er kjent for tjenesten for psykisk helse. Dvs. personer som har tjeneste fra psykisk helse.

Bruker-Plan kartleggingen omfatter foreløpig ikke alle de kommunale tjenestene. Høsten 2017 vil også NAV og Omsorg delta.

Noen har egne undersøkelser:

Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune utarbeides årlig. Kunnskapsgrunnlag til ny Rusmelding for Oslo ferdigstilles primo juli 2017.

10.6 SYSTEMER PÅ TVERS FOR IDENTIFISERING

Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de har systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette fordeler seg etter kommunestørrelse og fylker som vist hhv. i tabell 10.19 og 10.20.

Tabell 10.19 Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, kommunestørrelse 2017.

	Prosent
Kommune med færre enn 2000 innbyggere	27
Kommune med 2000-5000 innbyggere	34
Kommune med 5000-10000 innbyggere	42
Kommune med 10000-20000 innbyggere	59
Kommune med 20000-50000 innbyggere	63
Kommune med 50000 innbyggere og mer	53
Bydel i Oslo	53
Total	44

Tabell 10.20 Andel kommuner som svarer at de har et system på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk, fylke 2017.

	Prosent
Østfold	39
Akershus	55
Oslo	53
Hedmark	32
Oppland	52
Buskerud	43
Vestfold	33
Telemark	65
Aust-Agder	73
Vest-Agder	27
Rogaland	63
Hordaland	48
Sogn og Fjordane	31
Møre og Romsdal	31
Sør-Trøndelag	32
Nord-Trøndelag	39
Nordland	32
Troms	25
Finnmark	37
Totalt	44

Dersom de svarte ja, skulle de beskrive kort systemet de har for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon. Det som beskrives er for eksempel:

- Samarbeid med politiet om ruskontrakter
- Tverrfaglig sammensatt team med representanter for helsestasjon for ungdom, utekontakt og forebyggende politi
- Tverretatlig mottaksteam for psykisk helse, rus, ungdomskontakt, SLT-koordinator, helsestasjon, ppt, barnevern
- Samarbeidsmøter mellom psykisk helse og rus, NAV, skolehelsetjeneste på vgs, politiets forebyggende enhet, boligkontor, hjemmesykepleie mfl.
- Tverrfaglig sammensatt team med representanter for helsestasjon for ungdom, utekontakt og forebyggende politi
- Tverrsektorielt system bestående av Kultur-, Helse- og sosiale- samt Undervisningssektoren som jobber med tidlig intervensjon og samarbeid rundt tjenesteyting på tvers av sektorer og tjenester
- Oppsøkende tjenester har som mål å identifisere ungdom/unge voksne med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk
- Torsdagspatroljen - tverretatlig samarbeid mellom ruskonsulenter, utekontakter og politi. Samarbeid med oppfølgingstjenesten
- "Tiur prosjektet" samarbeid mellom politi, ungdomskontakten og SLT koordinator
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om Tidlig inn (behandlingslinjer for spe-småbarn)
- Samarbeid mellom helsestasjon og NAV ved rusproblematikk hos gravide
- Ruskontraktprosjekt i samarbeid med politiet NAV/mestringsenhet og helsestasjon
- BTI-samarbeid (Samhandlingsmodell til bruk i kommuner for å bedre den tverrfaglige innsatsen i og mellom tjenester rettet mot barn, unge og familier som bekymrer, KoRus)

For barn og unge:

- Gjennom barneansvarlig i sykehus
- Ungdomsteam i kommunen som jobber systematisk forebyggende opp mot alle instanser i kommunen, som f.eks. ungdomsskoler, videregående skole, OT, kommunal psykisk helsetjeneste
- Ungdomsteam i samarbeid med NAV
- Prosjektstilling som i tett samarbeid med NAV fanger opp unge personer som er i faresone eller som allerede har et problem. På den måten kommer vi tidlig inn
- Nytt samarbeid mellom psykisk helse/rus barn og unge (Familiens hus og psykisk helse/rus voksne (Helse og bistand)
- Satsing på Uro, en måte å kommunisere uro på et tidlig tidspunkt for å komme så tidlig inn som mulig

Noen svarer at de ikke har fått til et godt system ennå:

Vi har jobbet med systemer for identifikasjon av ROP brukere, men opplever at det ikke er lett å kvalitetssikre dette arbeidet. Hvordan vet vi at lege og NAV faktisk følger retningslinjene? Vi har dette oppe på samarbeidsmøter med disse to seksjonene (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Vi har noen fora hvor dette kan avdekkes, men det burde helt klart vært mer systematikk bak det. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Andre kommuner opplever at de har det som skal til:

Hos oss er tilbudet innen rus og psykisk helse for alle innbyggerne, i alle aldre, med alle alvorlighetsgrader samlet i en tjeneste. Denne er også lavterskel slik at alle får hjelp når de trenger det. Det gjør at vi lett kommer tidlig i kontakt med mennesker som trenger det, enten ved at de tar kontakt selv, eller at noen gjør det på vegne av dem. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Noen kommuner oppgir at de har samarbeidsrutiner er at de har tverrfaglige møter eller grupper som sikrer at de kjenner til personer med behov

10.7 INTEGRERING AV RUSFELTET I ORDINÆRT PLANVERK

Det er 420 kommuner/bydeler (95 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Femtiåtte kommuner/bydeler (14 prosent) svarer at de i svært liten eller i liten grad har integrert rusfeltet i sitt ordinære planverk.

Tabell 10.21 Antall og prosent som svarer på grad av integrering av rusfeltet i sitt ordinære planverk, 2017.

	Antall	Prosent
I svært liten grad	8	2
I liten grad	50	12
I noen grad	165	39
I stor grad	156	37
I svært stor grad	41	10
Totalt	420	100

Det er ingen tydelig systematikk i forhold til kommunestørrelse eller fylke i disse svarene.

10.8 OPPSUMMERING

Kun 16 kommuner (4 prosent) svarer at de ikke er kjent med Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020), mens 49 kommuner (12 prosent) har svart at de ikke er kjent med at Opptappingsplan for rusfeltet er tilført økte midler i rammen/frie inntektene til kommunene.

Det er 54 prosent av kommunene som har svart at Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt direkte konsekvenser i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Den vanligste konsekvensen er at de har fått flere årsverk, og 40 prosent av kommunen oppgir å ha fått det. Økte ressurser til oppfølgingstilbud for brukere med rusmiddelproblemer er oppgitt som en direkte følge av opptappingsplanen for 31 prosent av kommunene. Økt brukerinvolvering er oppnådd for 28 prosent av kommunene, mens 26 prosent har fått økt kapasitet i behandlingstilbudet i kommunehelsetjenesten. Økte midler til kompetanseheving på rus-området er oppnådd for 21 prosent av kommunene, mens 10 prosent har fått flere boliger/botilbud til personer med rusmiddelproblemer. Større grad av involvering av voksne pårørende erfarer av 11 prosent av

kommunene og 9 prosent har i større grad involvert barn som pårørende etter at Opptrappingsplanen trådte i kraft.

Ti prosent av kommunene oppgir at de i liten grad har sammenhengende og koordinerte tjenester for de med rusrelaterte problemer

72 prosent av kommunene svarer at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen ved hjelp av BrukerPlan eller annen type kartlegging i løpet av de to siste årene. Andelen øker med kommunestørrelse. De fleste som har svart at de har kartlagt rusmiddelsituasjonen, har brukt BrukerPlan (61 prosent av alle kommuner). Over halvparten av kommunene svarer at de har benyttet Ungdata, mens tre prosent har benyttet bruker-spør-bruker.

44 prosent av kommunene svarer at de har systemer på tvers av tjenestene for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Dette kan være gjennom team sammensatt fra ulike faginstanser (for eksempel SLT-team), formelle tverrfaglige samarbeid eller faste møter med informasjonsutveksling.

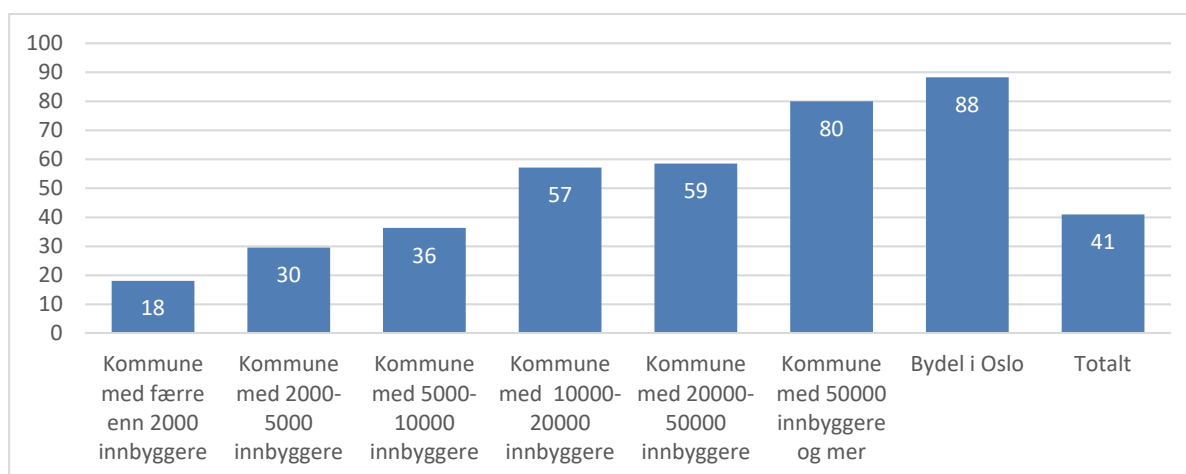
11 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

I dette kapittelet går vi gjennom svar på følgende spørsmål:

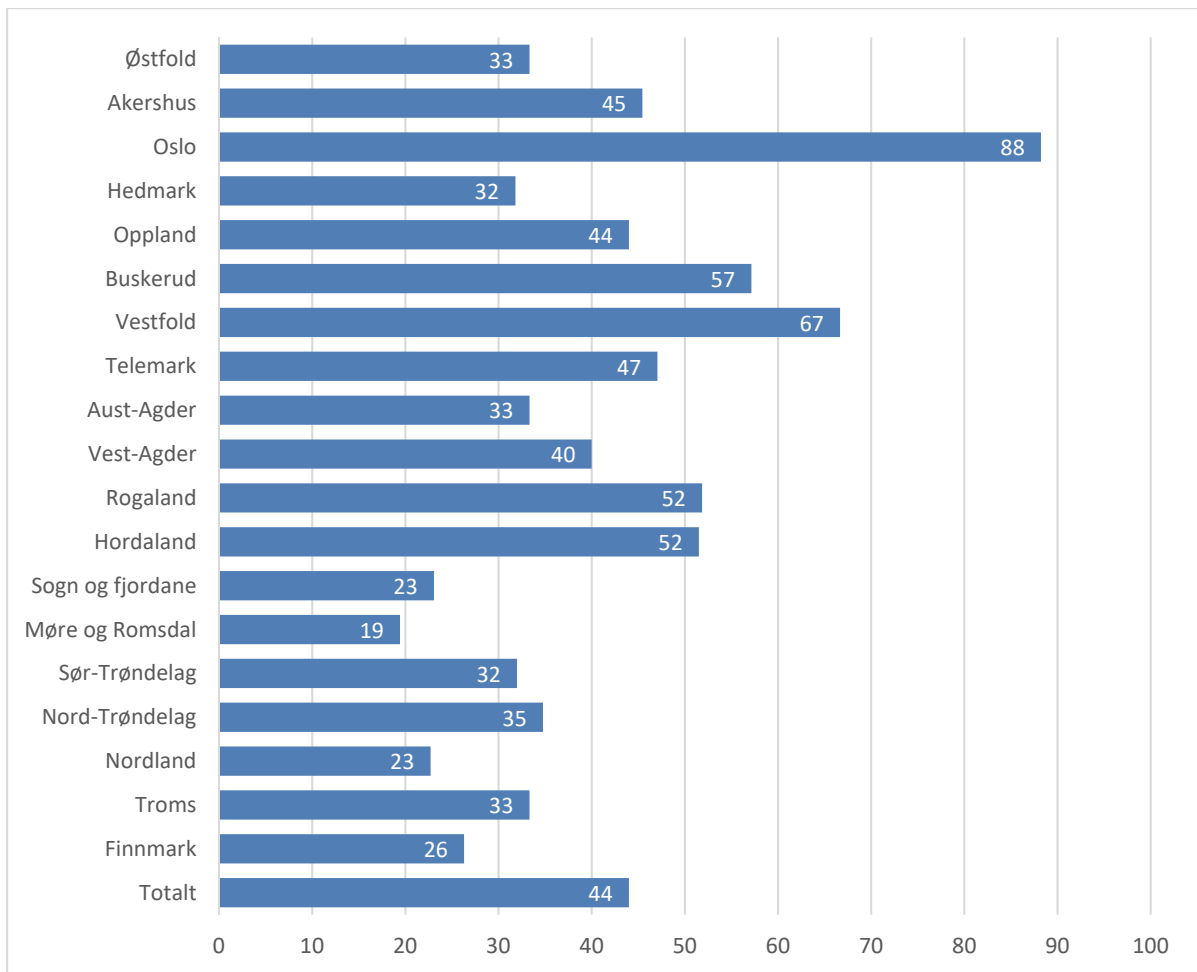
- Driver kommunen oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam)?
 - Om ja, kan dere beskrive målgruppen:
- Har kommunen flerfaglige oppsøkende team?
 - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge
 - Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam
 - Andre typer team
- Hva er kommunens erfaringer med flerfaglige oppsøkende team?
- Har kommunen andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulant (som ikke er dekket av de foregående spørsmålene f.eks. kommuneoverlege, psykolog i kommunen, helsesøster etc.)?
- Hvis ja, spesifiser nærmere

11.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 417 kommuner/bydeler som har svart (94 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Av disse er det 171 kommuner/bydeler som oppgir at de har oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam), og dette utgjør 41 prosent av kommunene/ bydelene. Alle bydelene i Oslo med ett unntak oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Andelene øker med kommunestørrelse.



Figur 11.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, kommunestørrelse 2017.



Figur 11.2 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, fylke 2017.

MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

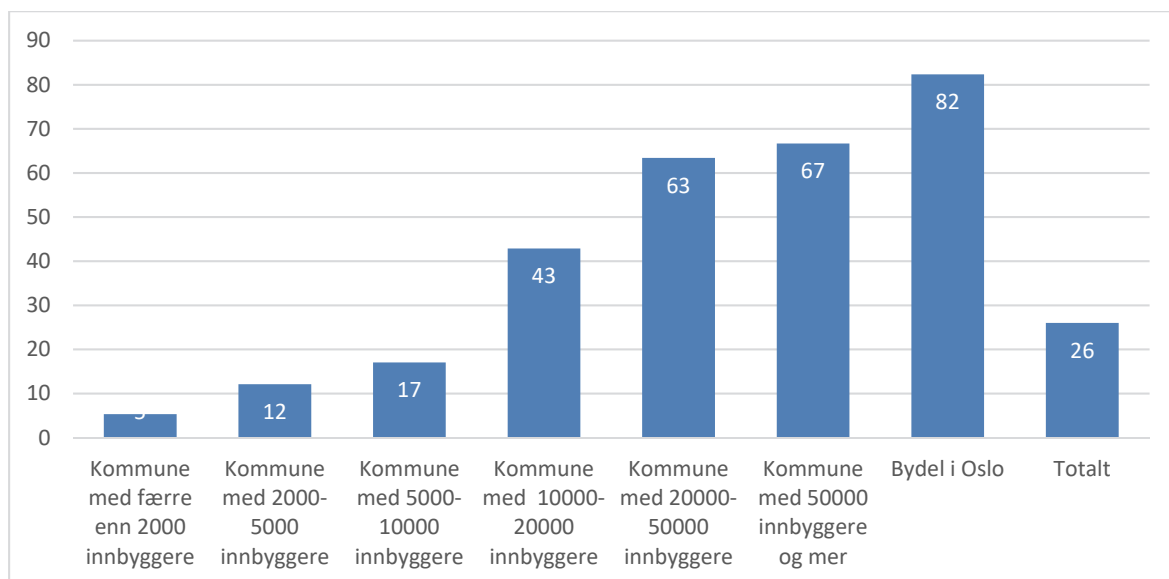
Det er 158 kommuner/bydeler av de 171 (92 prosent) som oppgir at de driver slikt arbeid som har beskrevet målgruppen. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Den vanligste aldersgruppen er 13-20 år, og den nest vanligste 13-23 år. Men det er også noen kommuner som har 12-18 åringer som målgruppe for dette arbeidet.

De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

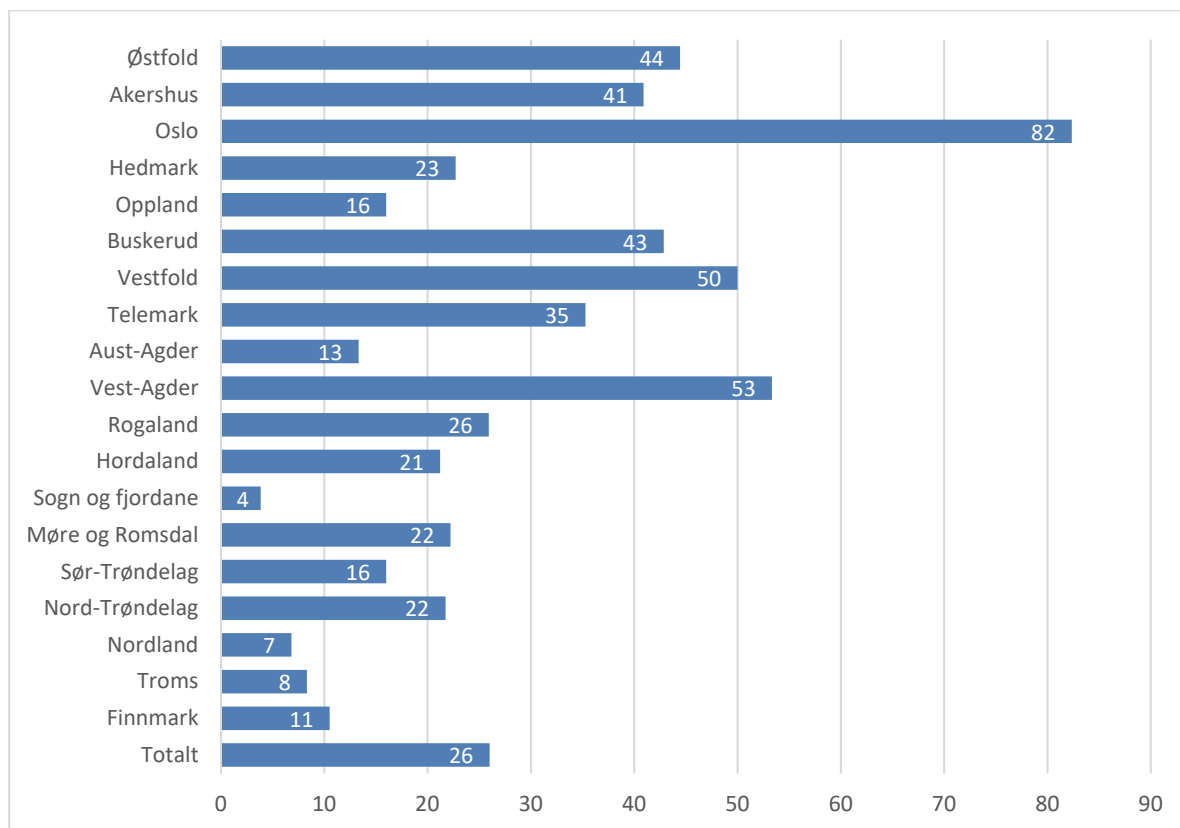
- Risikoutsatt ungdom
- Unge som faller utenfor, for eksempel skolevegrere
- Skoleelever
- Hybelungdom
- Rykker ut når unge har behov
- Alle ungdommer
- De som har kontakt med NAV

11.2 FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM

Det er 110 kommuner/bydeler som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team av 423 som har svart (26 prosent). Andelen øker med kommunestørrelse.



Figur 11.3 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, kommunestørrelse 2017.



Figur 11.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team, fylke 2017.

Det er 49 kommuner (11 prosent) som har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, mens 23 kommuner (5 prosent) som oppgir å ha ACT-team, 20 oppgir å ha FACT-team (5 prosent) og 27 annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (6 prosent). Det er 18 kommuner/bydeler (4 prosent) som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge.

Tabell 11.1 Type flerfaglige team som kommunene oppgir å ha, antall og prosent 2017.

	Antall	Prosent av de som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team	Prosent av alle kommuner/bydeler
ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	23	21	5
FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	20	18	5
Annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	27	25	6
Oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	18	16	4
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	49	45	11
Andre typer team, spesifiser nærmere:	26	24	6

Det er oppgitt en del beskrivelser av hva andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

- Oppsøkende rusteam
- ROP-team
- ROS team
- Samhandlingsteam
- OR team (Oppsøkende Rehabiliteringsteam)
- Psykoseteam
- Bo-oppfølgingstjeneste
- AFO-team (Ambulerende fleksibel oppfølging)
- FAS-team (Forpliktende ambulant samhandlingsteam)

Det siste punktet er beskrevet slik:

FAS-team (Forpliktende ambulant samhandlingsteam) 11 årverk lokalisert og organisert ved DPS server tre bydeler og en kommune. Ukentlige tavlemøter. Forpliktende samarbeid med våre psykisk helse og rusteam. Teamet er under etablering (Bydel i Oslo)

Mens AFO-team beskrives slik:

AFO-team - ambulerende fleksibel oppfølging - gjelder for personer med sammensatt problematikk som skal boettes i egen bolig og som trenger videre oppfølging for å kunne ivareta bosituasjonen (Bydel i Oslo)

Noen sier at de har et team som ikke er forankret:

Samhandlingsteam, oppsøkende for hovedforløp 3, de alvorligste psyke uten forankring/ løs forankring i tjenesteapparatet. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre har bredt sammensatte team:

Kommunen har et tevrffaglig og tverretatlig samhandlingsteam bestående av personer fra NAV, psykisk helse, DPS, fastlege, erfaringskonsulent, og hjemmetjenesten (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Eller rettet mot bestemte grupper

Mål: koordinert og planlagt innsats etter fengsel eller institusjonsopphold. Sammensetning: tildelingskontor, nav, psykisk helse/rus i kommunen, dps og kriminalomsorg. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Eller mer behovsdrivet:

Psykisk helseteneste driv individuelt tilpassa tenester; selektiv oppsøking mot barn, familie, unge og vaksne, etter behov og samtykke. Dette er ikkje eit fast team, men blir plukka frå team lågterskel BarnFamilie, UngVaksne eller Samansette tenesterROP. Gruppa har (psykolog, vernepleier, sykepleier, sosionom, pedagog, miljøarbeidar - alle med vid.utd i diverse fag). (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

11.3 KOMMUNENES ERFARINGER MED FLERFAGLIGE OPPSØKENDE TEAM

Det er 97 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet. De aller fleste svarer at de har veldig gode erfaringer, at det er utelukkende positive erfaringer eller at det fungerer bra. Andre er i en oppstartsfase og har ikke noen spesiell erfaring ennå.

Andre fordeler som trekkes frem fra kommunene med flerfaglige team er:

- Kompetansehevende for kommunens ansatte/mer tilgang på veiledning
- Spesialisthelsetjenesten får forståelse for hvilke utfordringer brukerne lever under og hvilke utfordringer de kommunale tjenestene jobber med.
- Erfaringsutveksling mellom nivå på metode og tilnærming

Noen er ikke helt fornøyd med teamene:

ACT: Ikke tilgjengelig nok for kommunen, for mange eksklusjonskriterier. Samarbeidskommunene arbeider for økt tilgjengelighet. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Gode erfaringer med eget team, delte erfaringer med DPS da det er utfordrende å endre på "gamle arbeidsmønstre" (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Variabelt - veldig personavhengig. Manglende tilbakemeldingar til samarbeidande hjelpeinstansar i kommunen. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen har evaluering underveis:

FACT team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er et prøveprosjekt med oppstart 2016. Evaluering av teamet er ikke utført enda, men det er avholdt erfaringsutvekslings-møter. En ser at det ved et felles team er utfordringer knyttet til økonomi, kommunen av avgitt en stilling til teamet og det må vurderes kost / nytt for de kommunale tjenestene. En har positive effekter av tverrfaglig samarbeid, og foreløpige tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er positive. Dette må vurderes opp mot kommunal bruk av ressursene på et lavere nivå (forebygging, etc) (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Noen ønsker å være mer involvert

Vi ønsker oss et team der bydel i større grad er involvert. I dag er teamet styrt og drevet av spesialisthelsetjenesten. (Kommune med over 50000 innbyggere)

11.4 ANDRE INVOLVERTE

På spørsmålet om det er andre ansatte som arbeider oppsøkende og/eller ambulans (som ikke er dekket av de foregående spørsmålene f.eks. kommuneoverlege, psykolog i kommunen, helsesøster etc.)? er det 55 prosent av kommunene som svarer nei. Resten svarer typisk:

- Alle ansatte i tjenesten arbeider oppsøkende
- Oppsøkende sosialfaglig arbeid mot unge som er borti rus, og som ikke er i kontakt med det ordinære hjelpeapparatet
- Ansatte i PP-tjenesten, i barneverntjenesten, i NAV, og kommunens SLT-koordinator.
- Ansatte i rus og psykisk helse reiser på ambulante hjemmebesøk der hvor pasienten selv er for syk eller har store utfordringer med å komme seg til samtale der dette vanligvis foregår
- Ansatte på Pro Sentret - tiltak for kvinner og menn i prostitusjon, har oppsøkende virksomhet ukentlig i Oslo sentrum
- Bo-oppfølgere
- Bydels/kommuneoverlege
- Helsesøster på ungdomsklubb om kveldene
- Psykologer kan dra på hjemmebesøk

11.5 OPPSUMMERING

171 kommuner (41 prosent) oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. ute-kontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam). Alle bydelene i Oslo med ett unntak oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Den vanligste aldersgruppen å ha slik oppfølging mot er 13-20 år, men noen kommuner har lavere alder og andre har høyere øvre alder. Det er typisk risikoutsatt ungdom, de som avslutter skolegangen uten å fullføre, hybelungdom eller alle ungdommer.

Det er 158 kommuner/bydeler av de 171 (92 prosent) som oppgir at de driver slikt arbeid som har beskrevet målgruppen. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Den vanligste aldersgruppen er 13-20 år, og den nest vanligste 13-23 år. Men det er også noen kommuner som har 12-18 åringer som målgruppe for dette arbeidet.

De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

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

Det er 110 kommuner/bydeler (26 prosent) som oppgir at de har flerfaglige oppsøkende team. Det er 49 kommuner (11 prosent) som har kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam, mens 23 kommuner (5 prosent) som oppgir å ha ACT-team, 20 oppgir å ha FACT-team (5 prosent) og 27 annet oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (6 prosent). Det er 18 kommuner/bydeler (4 prosent) som oppgir at de har oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er oppsøkende rusteam, ROP-team, samhandlingsteam, OR team (Oppsøkende Rehabiliteringsteam), psykoseteam, bo-oppfølgingstjeneste, AFO-team (Ambulerende fleksibel oppfølging) eller FAS-team (Forpliktende ambulant samhandlingsteam).

Kommunenes erfaring med flerfaglige oppsøkende team er generelt svært gode. Fordelene som trekkes frem er at det er kompetansehevende for kommunens ansatte, at spesialisthelsetjenesten får forståelse for hvilke utfordringer brukerne lever under og hvilke utfordringer de kommunale tjenestene jobber med, og at det er erfaringsutveksling mellom tjenestenivå på metode og tilnærming.

12 ARBEID

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

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar. 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 følgende.

- Det er totalt 48 kommuner og 8 bydeler i Oslo som rapporterer at de har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er 18 kommuner og 8 bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helsearbeid.
- Innen rusarbeid er det 36 kommuner og 5 bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS og 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo om oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.
- Vi har beregnet at omlag 1 014 personer med psykiske helseproblem og 637 personer med rusproblem har tilbud om IPS og SE der kommunene er involvert. Det er usikkert hvor godt dette anslaget er, og dette bør heller kartlegges gjennom BrukerPlan.
- Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV beskrives å være god for 60 prosent av kommunene. Det betyr at minst 40 prosent av kommunene har forbedringspotensial på dette området.
- Det gjenstår fortsatt et stort arbeid for å få på plass gode arbeidstiltak for målgruppen. Dette arbeidet kan ikke overlates til NAV alene, men må gjøres i tett samarbeid med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og øvrige kommunale tjenester. Kompleksiteten i livssituasjonen for mange i målgruppen og behovet for individuell tilpasning og recovery-tenkning, tilsier at tilbudene må ha et bredt design og stor fleksibilitet.

12.1 DATAGRUNNLAG

I 2017 besvarte kommunene følgende spørsmål:

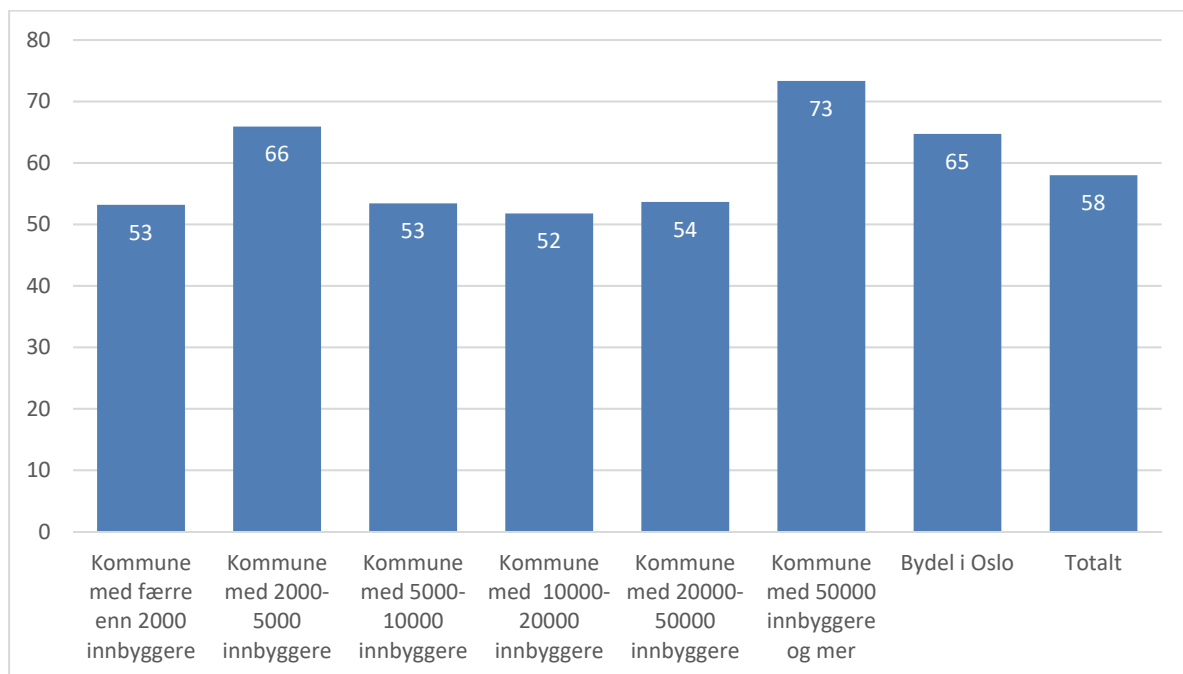
- Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid?

- Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid?
- 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?

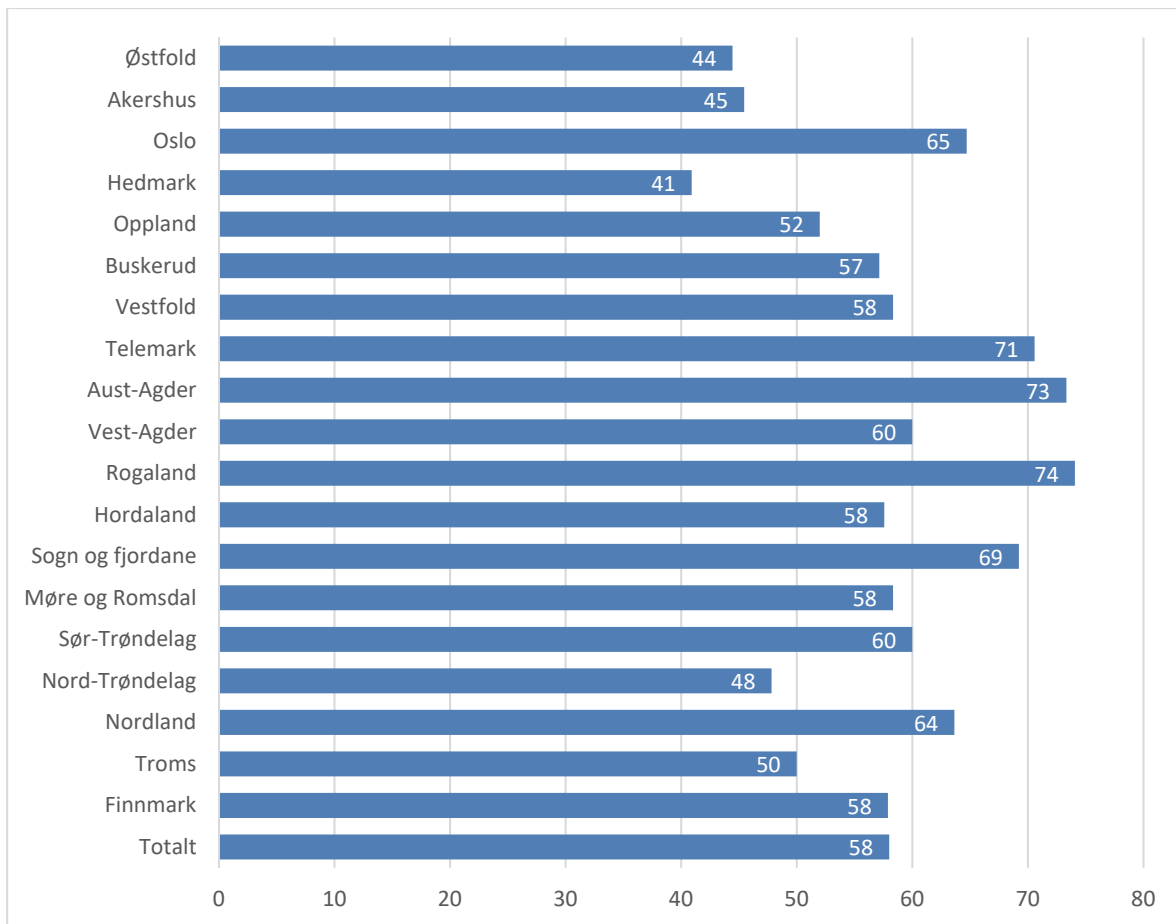
ETABLERT SAMARBEID OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Det er 418 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (94 prosent). Av disse er det 257 (58 prosent) som svarer at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Vi antar at de som ikke har svart, ikke har etablert et samarbeid om arbeidsrettet rehabilitering.

Fordelingen på kommuner etter størrelse er vist i figur 12.1. Det er ikke noen tydelig sammenheng etter kommunestørrelse. Fordelingen på fylke er vist i figur 12.2.



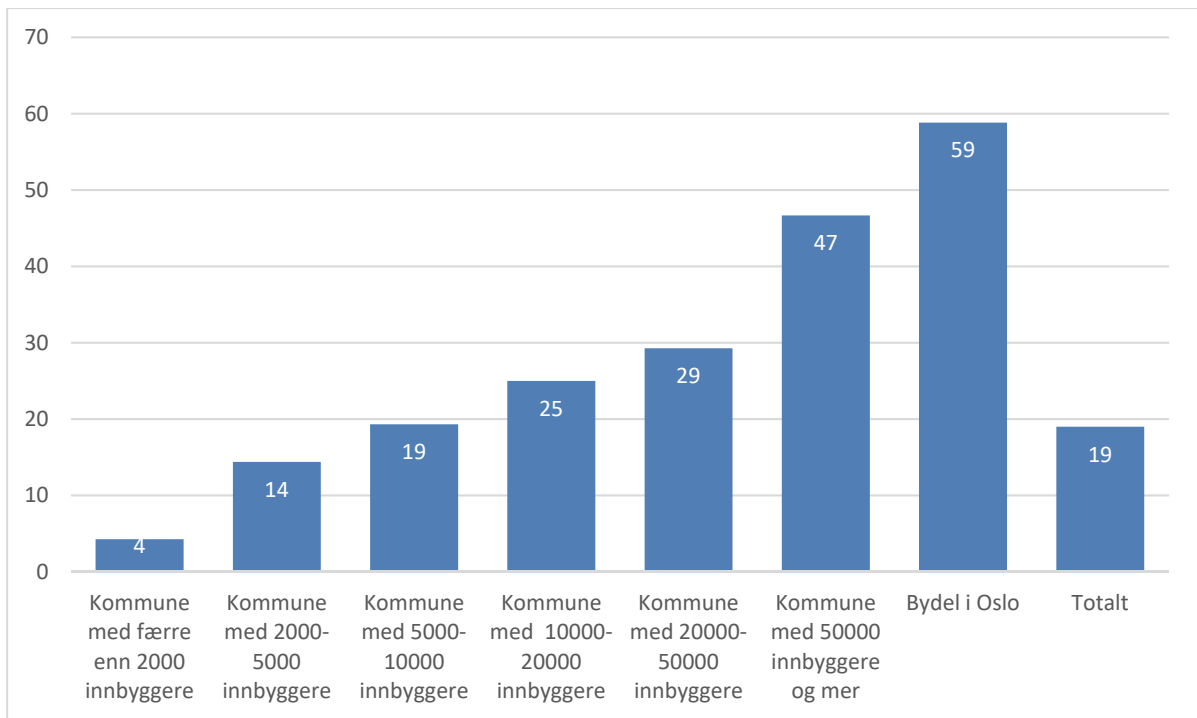
Figur 12.1 Prosent av kommunene som har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, kommunestørrelse 2017.



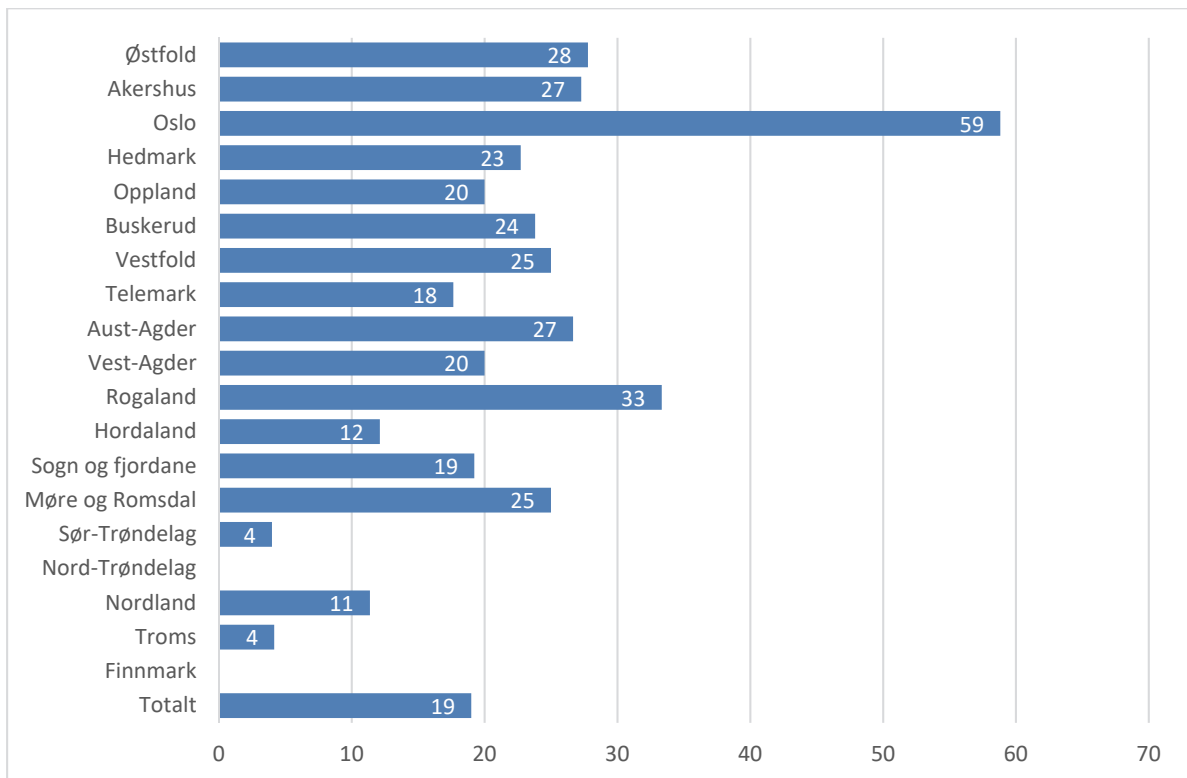
Figur 12.2 Prosent av kommunene som har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, fylke 2017.

12.2 BRUK AV IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

Det er 414 kommuner (93 prosent) som har svart på spørsmålet om de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Av disse er det 83 kommuner eller 20 prosent som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Om vi antar at de som ikke har svart, ikke har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid, er det 19 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid. Fordelingen på kommunestørrelse er vist i figur 12.3. Andelen øker med kommunestørrelse.



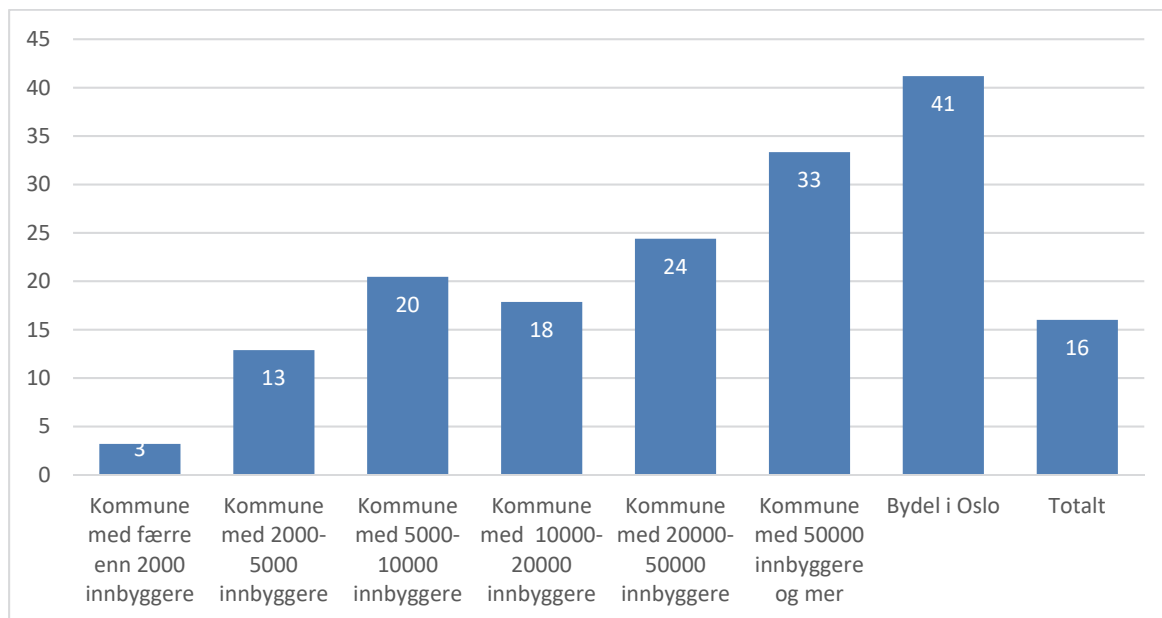
Figur 12.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017.



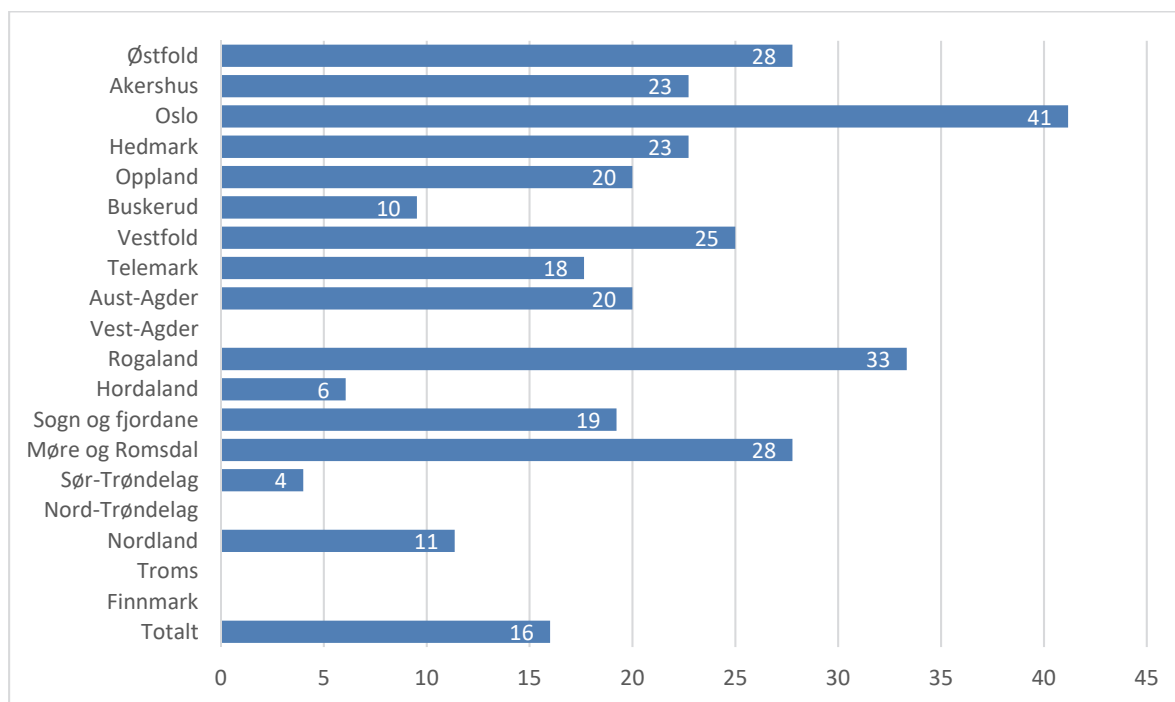
Figur 12.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, fylke 2017.

12.3 BRUK AV IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 411 kommuner (93 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Av disse er det 70 kommuner (17 prosent) som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Om vi antar at de som ikke har svart, ikke har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid, er det 16 prosent av alle kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid. Det er en sterk økning med kommunestørrelse, se figur 12.5 og betydelig variasjon mellom fylker, se figur 12.6.



Figur 12.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, kommunestørrelse 2017.



Figur 12.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2017.

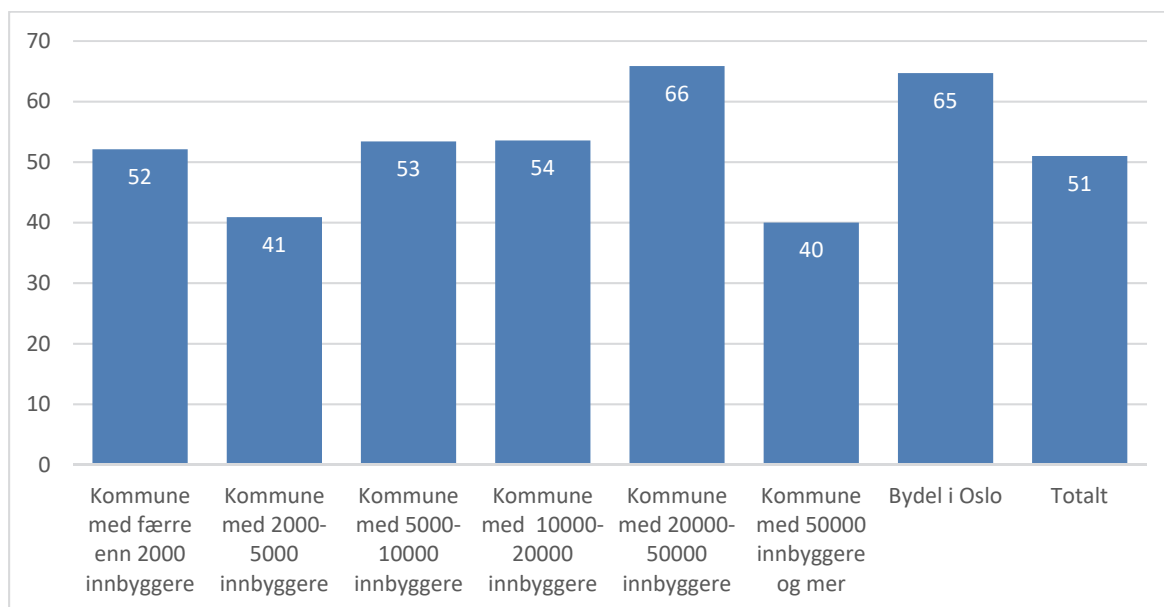
12.4 SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK I KOMMUNENE

Det er 418 kommuner/bydeler som har svart (94 prosent) på hvordan de vil beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV. Av disse er det 52 prosent som svarer at samhandlingen er god (svært god eller god), mens 38 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige (10 prosent) svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig).

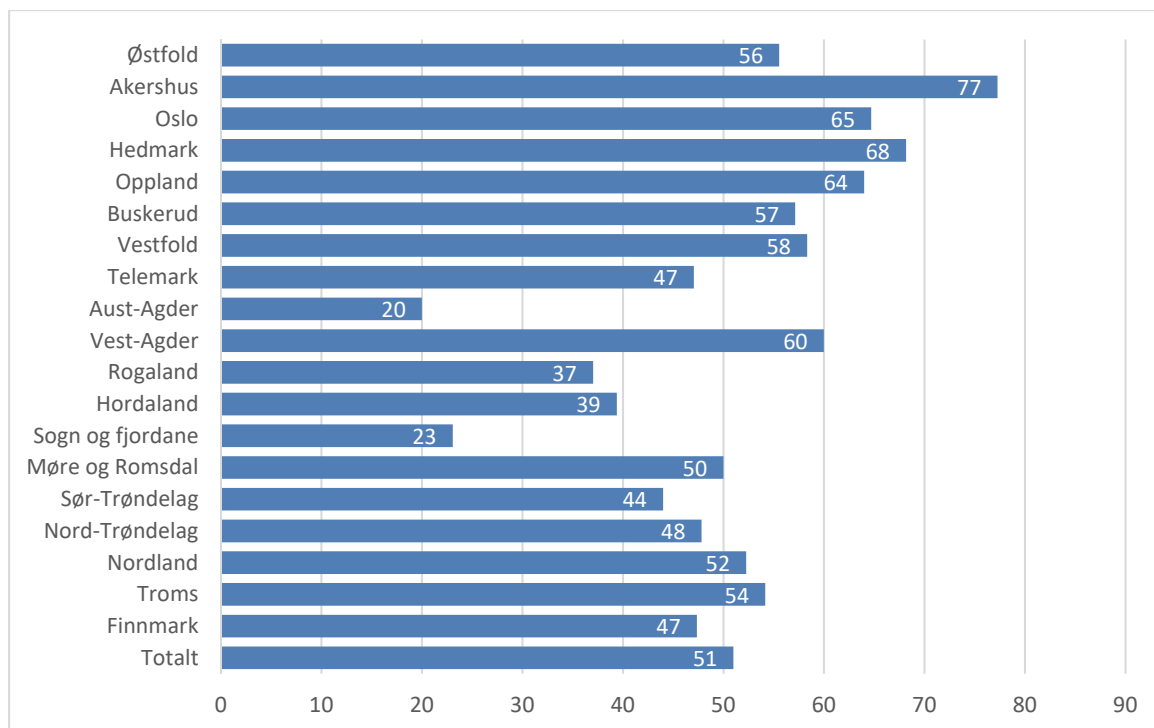
Tabell 12.1 Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV?

	Antall	Prosent
Svært god	52	12
God	167	40
Hverken god eller dårlig	157	38
Mindre God	32	8
Dårlig	10	2
Totalt	418	100

Respondentene kan ha høy terskel for å si at samhandlingen ikke er god fordi de selv er en del av denne samhandlingen. Vi analyserer derfor kategoriene utenom svært god og god som at det er noen utfordringer i samhandlingen. "Hverken god eller dårlig" kan for eksempel bety at det er lite samarbeid mellom aktørene. Vi antar at de 25 kommunene som ikke har svart, ikke har en svært god eller god samhandling.



Figur 12.7 Prosent av kommunene som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke er god, kommunestørrelse 2017.



Figur 12.8 Prosent av kommunene som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene ikke er god, fylke 2017.

12.5 OPPSUMMERING

Det er 257 kommuner/bydeler (58 prosent) som svarer at kommunen har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Det er ikke noen tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og hvorvidt de har etablert samarbeid eller ikke.

Det er 83 kommuner/bydeler (19 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helse øker systematisk med kommunestørrelse.

Det er 70 kommuner/bydeler (16 prosent) som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid. Andel kommuner som har tatt i bruk IPS/SE innen rusarbeid øker systematisk med kommunestørrelse.

Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV og de kommunale tjenestene beskrives å være god fra 52 prosent av kommunene, mens 38 prosent mener samhandlingen hverken er god eller dårlig. De øvrige 10 prosent svarer at samhandlingen ikke er så bra på dette området (mindre god eller dårlig).

13 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD FOR PASIENTER/BRUKERE MED PSYKISK HELSE- OG/ELLER RUSMIDDELPROBLEMATIKK

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

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

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

Følgende spørsmål er tatt med:

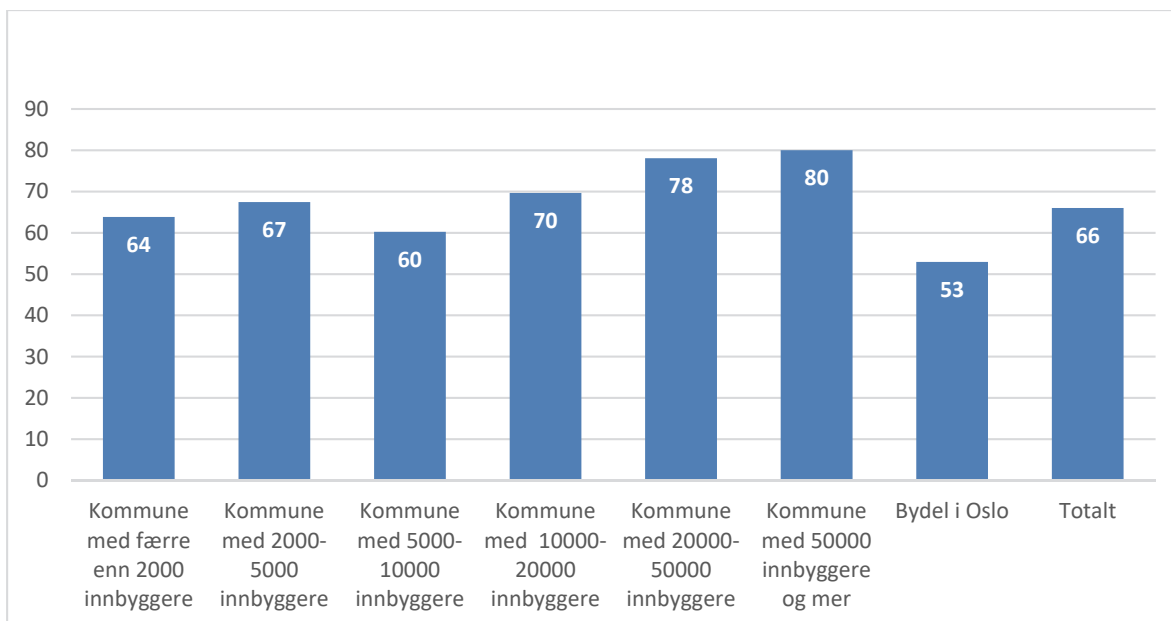
- Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk?
- Om ja; hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste er døgnplassene etablert?
- Kommentarer

13.1 STATUS I ETABLERING AV ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

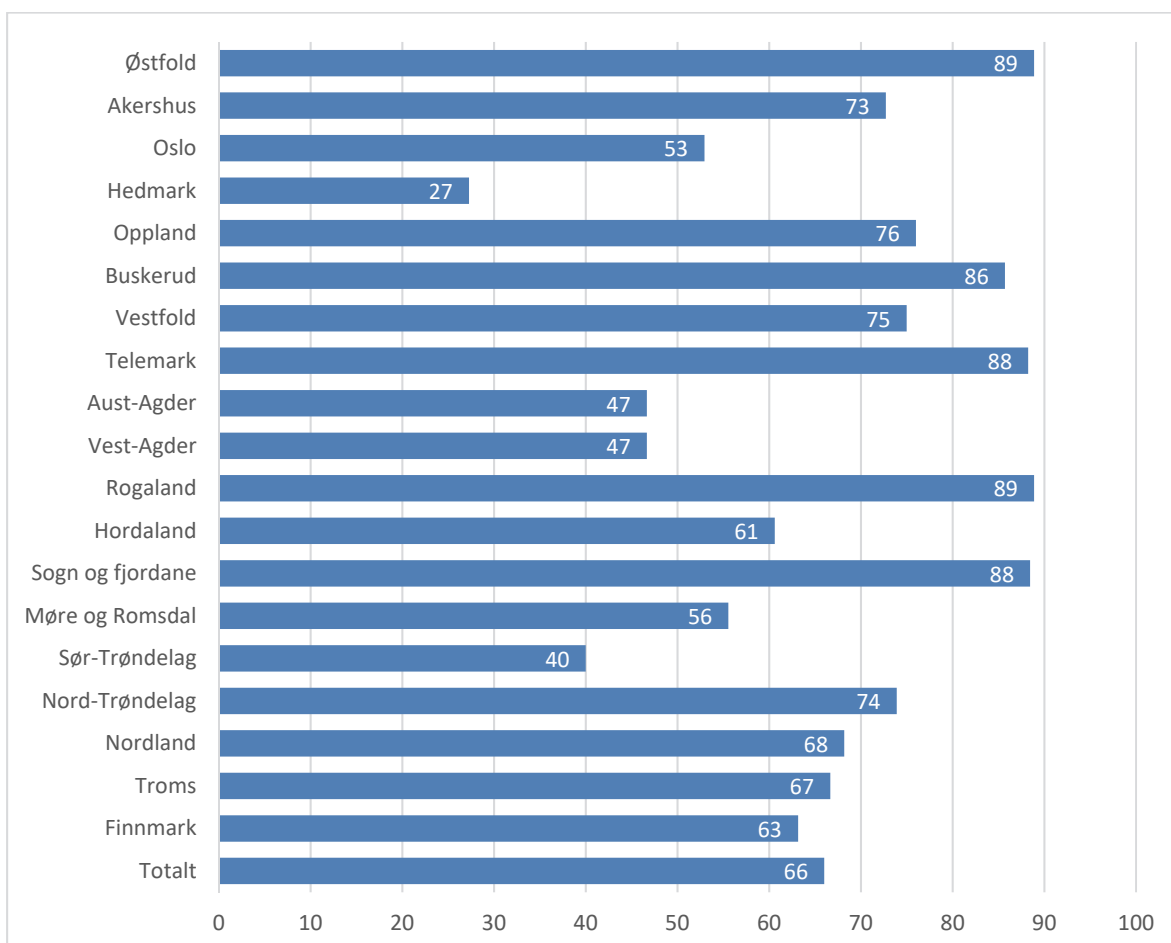
Det er 421 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent). Av de 421 er det 294 (70 prosent) som har svart ja på spørsmålet om de har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Om vi antar at de 22 kommunene som ikke har svart på spørsmålet, ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen, betyr dette at 1 av 3 kommuner våren 2017 ikke hadde på plass et tilbud.

Det er ingen tydelig sammenheng mellom sannsynligheten for å ha etablert et tilbud og kommunestørrelse, men det er tendenser til at større kommuner har etablert tilbudet i større grad enn mindre kommuner.

Det er relativt færre kommuner i Hedmark og i Sør-Trøndelag som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, og flest i Østfold.



Figur 13.1 Prosent av kommunene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, kommunestørrelse 2017.



Figur 13.2 Prosent av kommunene som har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk, fylke 2017.

13.2 ORGANISERING AV DØGNPLASSENE

Det var 294 kommuner/bydeler som hadde etablert tilbudet, og av disse er det 288 (98 prosent) som har svart på hvor i kommunens helse- og omsorgstjeneste døgnplassene er etablert. Som vist i tabell 13.1 har de aller fleste kommunene som har etablert tilbudet, integrert tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken (86 prosent)

Tabell 13.1 Hvor øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk er etablert i kommunens helse- og omsorgstjeneste, 2017

	Antall	Andel
Integrert i det eksisterende døgntilbudet i somatikken	249	86
Som et eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen	39	14
Antall som har svart	288	100

Vi finner ingen systematisk variasjon mellom de som har eget døgntilbud for denne pasient/brukergruppen i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

Det er gitt 88 kommentarer til spørsmålene og øyeblikkelig døgntilbud. Her er det mange som beskriver at de har etablert disse plassene i et interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling), eller at de har opprettet plasser i forbindelse med kommunens legevakt, i et bofellsskap eller i et sykehjem.

Noen var ikke helt i mål våren 2017:

Det jobbes med alternative interkommunale løsninger (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Tilbudet er ikke konkret ennå, med klare rutiner, men behovet løses innenfor det eksisterende døgntilbudet i somatikken. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

13.3 OPPSUMMERING

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

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

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

14 PSYKOSOSIAL OPPFØLGING

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2011) gir informasjon om lovgrunnlaget og hva som forventes av kommunen. Der står det at kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer.

Veilederen sier også: Kommunale psykososiale kriseteam bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester. Det psykososiale kriseteamet bør etablere kontakt og samarbeid med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

14.1 DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet presenteres kommunenes svar på følgende spørsmål:

- Tilbys innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer?
- Har kommunen/bydelen utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer?
- Er det laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner?

14.2 PROAKTIV PSYKOSOSIAL OPPFØLGING VED KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER

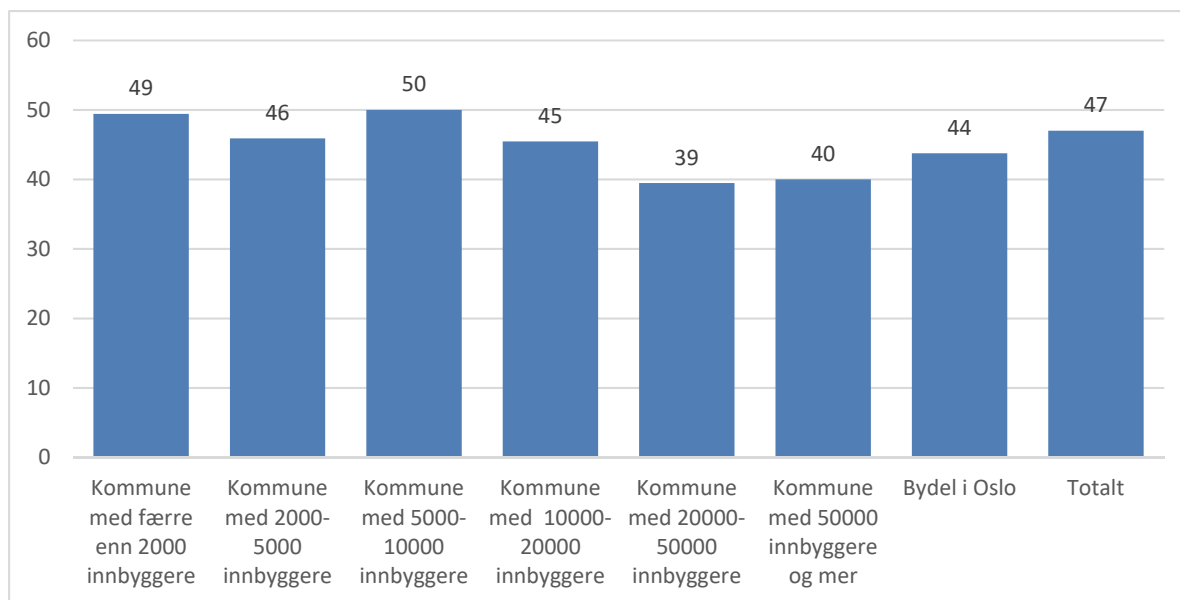
Det er 418 kommuner/bydeler som har svart som har svart på spørsmålet (94 prosent) om de tilbyr innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer. Av disse er det 405 kommuner/byder som svarer bekreftende (97 prosent). Det er ingen systematikk blant de som svarer at de ikke tilbyr proaktiv psykososial oppfølging i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

14.3 EGEN PLAN FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING ETTER KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER

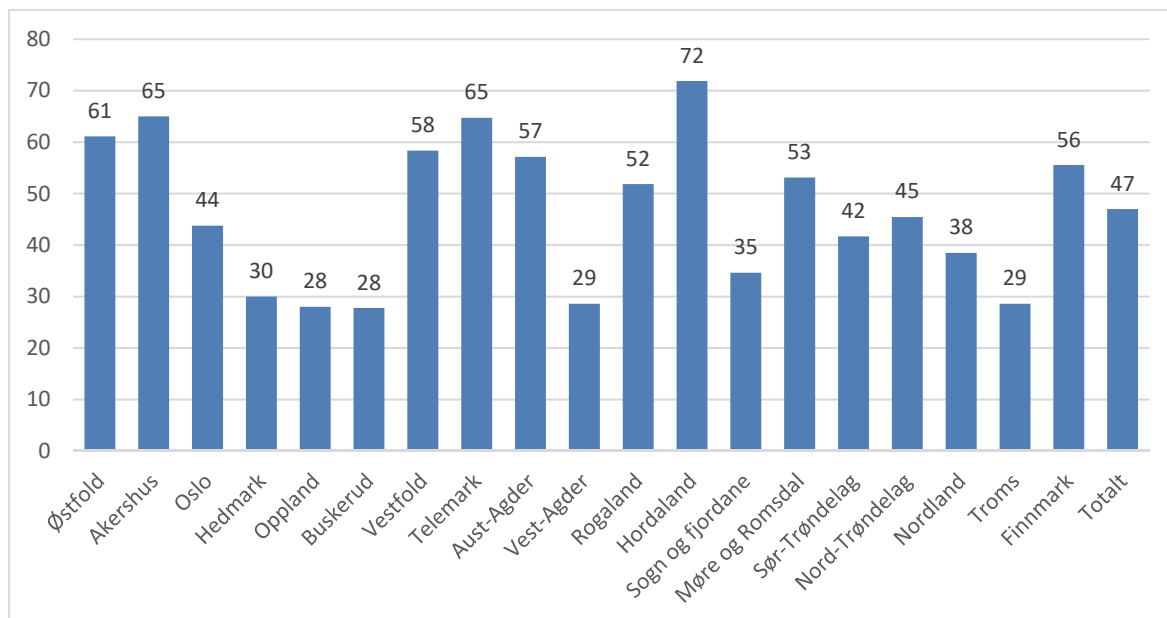
Det er 416 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (94 prosent) om de har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer. Av disse er det 394 som svarer bekreftende (95 prosent). Det er ingen systematikk blant de som svarer at de ikke har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

14.4 FORMALISERTE RUTINER FOR HVORDAN PSYKOSOSIALT KRISETEAM SKAL SAMARBEIDE MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Det er 415 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (94 prosent) om det er laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det er 222 kommuner som svarer bekreftende (53 prosent). Det er også her lite systematisk variasjon etter kommunestørrelse og fylke, men vi tar med de to neste figurene fordi nesten halvparten av kommunene svarer at de ikke har formaliserte rutiner for dette.



Figur 14.1 Prosent av kommunene som svarer at det ikke er laget formaliserte rutiner i kommunen/bydelen for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner, kommunestørrelse 2017.



Figur 14.2 Prosent av kommunene som svarer at det ikke er laget formaliserte rutiner i kommunen/bydelen for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner, fylke 2017.

14.5 OPPSUMMERING

Det er 405 kommuner/bydeler av 418 som svarer at de tilbyr innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer (97 prosent). Det er ingen tydelig systematikk blant de som svarer at de ikke tilbyr proaktiv psykososial oppfølging i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

Det er 394 kommuner/bydeler av 416 som svarer at de har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer (95 prosent). Det er ingen tydelig systematikk blant de som svarer at de ikke har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

Det er 222 kommuner/bydeler av 415 som svarer at det er laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner (53 prosent). Det er også her lite systematisk variasjon etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet, dvs, forskjellene er ikke signifikante.

15 OPPFØLGNING AV BARN OG UNGE

I dette kapittelet analyserer vi svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- I hvilken grad vil dere si at kommunen tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)?
- Har kommunen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?
- Har kommunens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?

Det er noen færre som har svart på disse spørsmålene (90 prosent av kommunene/bydelene) enn i de forutgående kapitlene. Dette kan skyldes at de som har ansvaret for tjenester til barn og unge i en del kommuner ikke har deltatt i utfyllingen av skjemaets del 3. En analyse av missing-verdier (44 kommuner) viser ingen systematiske forskjeller mellom kommuner etter kommunestørrelse eller fylke. Det vil si at missing-kommuner er spredt tilfeldig rundt om i landet eller i henhold til andre variabler.

Det er Helsedirektoratet som har utarbeidet disse spørsmålene. Vi er usikre på hvordan kommunene svarer, både i forhold til hva som er "tilrettelegging", "etablering" og hvilket referansepunkt de bruker som sammenlikning.

15.1 GRAD AV TILRETTELEGGING FOR AT BARN OG UNGE SOM HAR VANSKER ELLER LIDELSER FÅR HJELP OG OPPFØLGING ETTER BEHOV

Det er svært få kommuner som svarer at de i svært liten grad (ingen) eller i liten grad (8 kommuner) tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Fire av disse kommunene har under 2000 innbyggere, to har 5000-10000 innbyggere mens de to siste har mellom 10000-20000 innbyggere. En av disse kommunene ligger i Østfold, en i Hordaland, tre i Nordland og to i Troms og en i Finnmark.

Tabell 15.1 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov, 2017.

	Antall	Prosent
I svært liten grad	0	0
I liten grad	8	2
I noen grad	107	27
I stor grad	232	58
I svært stor grad	52	13
Totalt	399	100

15.2 GRAD AV RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE MED VANSKER ELLER LIDELSER

Det er også svært få kommuner som svarer at de i liten grad har etablert rutiner, og dette er ikke de samme kommunene som svarte at de i liten grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov (se forrige avsnitt). Fire av kommunene har færre enn 2000 innbyggere, to av de ligger i Akershus, en i Hordaland, fire i Nordland og en i Finnmark.

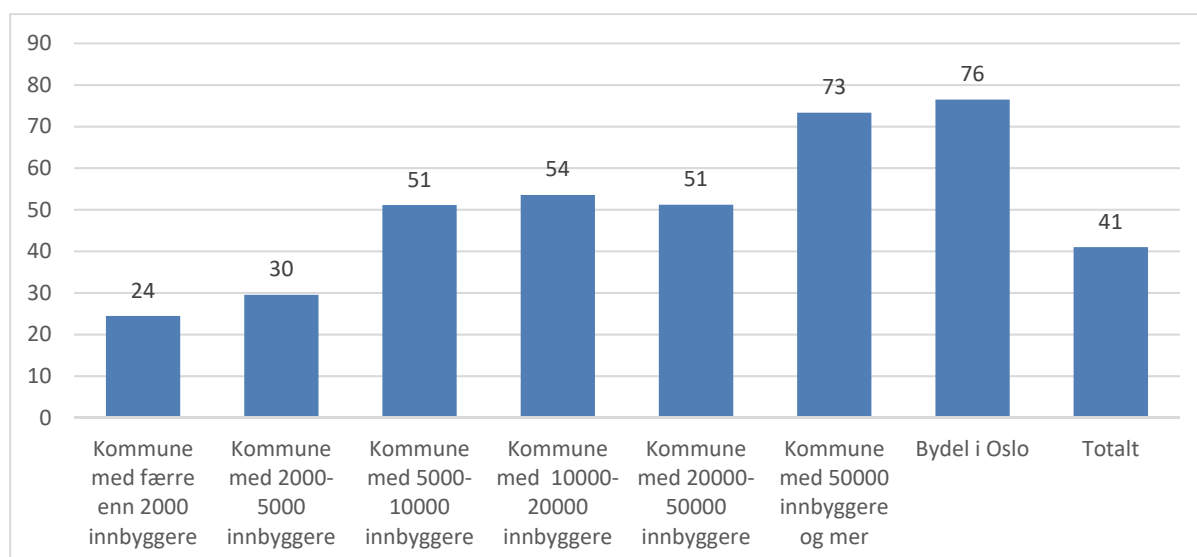
Tabell 15.2 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2017.

	Antall	Prosent
I svært liten grad	2	1
I liten grad	6	2
I noen grad	82	20
I stor grad	235	59
I svært stor grad	76	19
Totalt	401	100

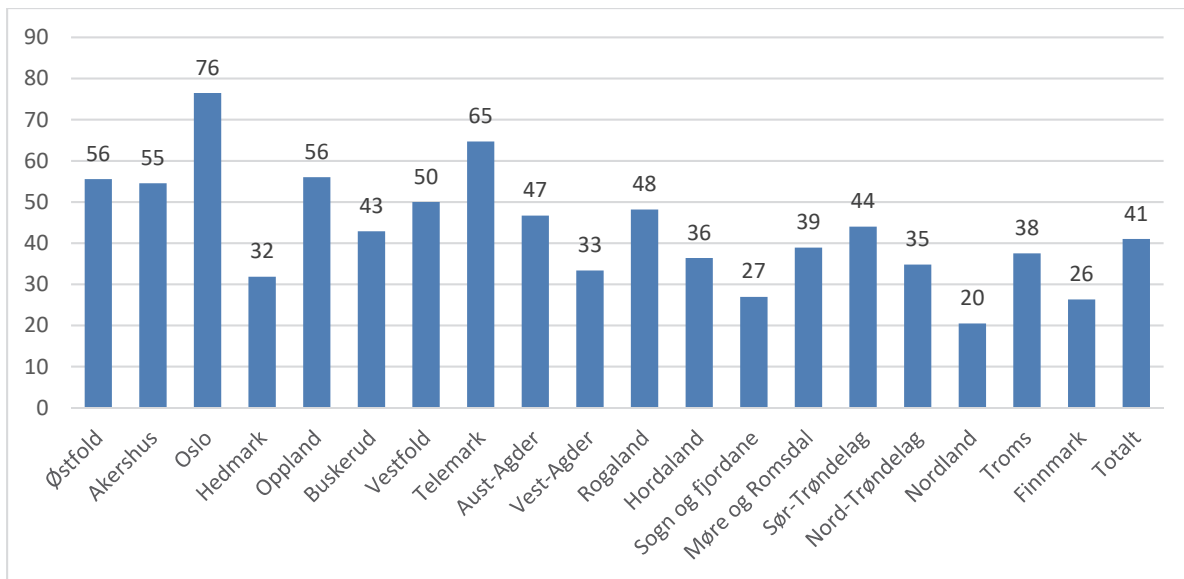
15.3 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

Det er 400 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet (90 prosent), og av disse er det 182 (46 prosent) som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Om de som ikke har svart, ikke har en slik overordnet handlingsplan/strategi, betyr dette at 41 prosent av kommunene/bydelene har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge.

Vi ser videre på hvordan dette fordeler seg på kommuner av ulik størrelse og på fylke.



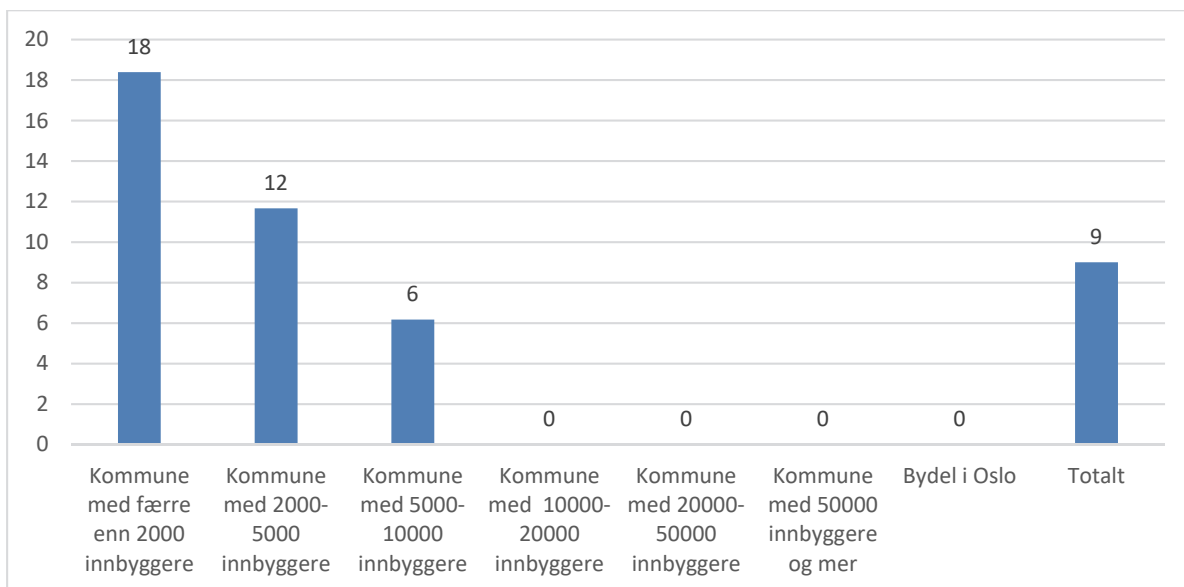
Figur 15.1 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, kommunestørrelse 2017.



Figur 15.2 Prosent av kommunene som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, fylke 2017.

15.4 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

Det er 407 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (92 prosent), og av disse er det 372 (91 prosent) som svarer bekreftende på at kommunens tjenester har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Vi finner ingen systematisk variasjon etter fylke, men det er en tydelig sammenheng med kommunestørrelse.



Figur 15.3 Prosent av kommunene som svarer at de ikke har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi, kommunestørrelse 2017.

15.5 OPPSUMMERING

Det er 70 prosent av kommunene som svarer at de tilrettelegger i stor grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Resten av kommunene, med få unntak, svarer at de tilrettelegger i noen grad for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Nær 80 prosent av kommunene svarer at det i stor grad er etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage). Resten av kommunene, med få unntak, svarer at det i noen grad er etablert slike rutiner og praksis.

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

Det er 91 prosent av kommunene som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi. Det er utelukkende kommuner med færre enn 10 000 innbyggere som ikke har virksomme prosedyrer.

16 PÅRØRENDE

Helsedirektoratet har behov for mer kunnskap om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ivaretar pårørende.

Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

BrukerPlan har opplysning om mottakere med omsorg eller samvær med barn. Rapporten fra 2016 viser at andel med omsorg for barn har gått noe ned siden 2014 og er nå på seks prosent. Fire prosent av mottakerne med omsorg for barn hadde blålys²⁴ på levekårsindeksen. Barnevernet hadde omsorg for barn for åtte prosent av mottakerne. En andel på 14 prosent av alle mottakere hadde samvær med barn, og av disse hadde 10 prosent blålys på levekårsindeksen (BRUKERPLAN - ÅRSRAPPORT 2016).

Flere kommuner i datamaterialet for IS-24/8 nevner at funn fra BrukerPlan har gjort at de har fått satt fokus på barn som pårørende. Noen oppgir at BrukerPlan viste at det var flere barn som pårørende enn tjenesten hadde kjennskap til, og at de derfor har satt inn mer ressurser for å opparbeid bedre kompetanse på barn som pårørende.

16.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål er tatt med i årets kartlegging:

- Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for voksne med rusmiddelproblemer
- Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser

²⁴ Blålys betyr at kartlegger mener den kartlagte har alvorlige problemer innenfor mange eller alle levekårsområdene, jf. BrukerPlan.

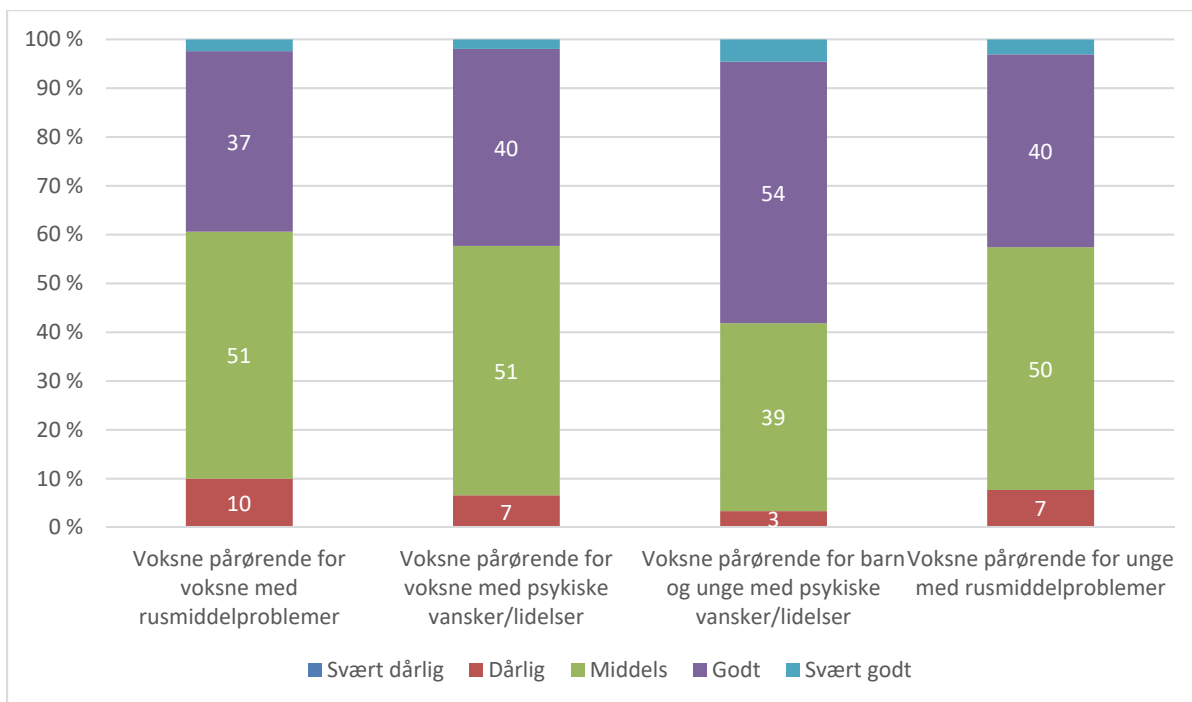
- Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Hvordan ivaretar kommunen oppfølging av voksne pårørende for unge med rusmiddelproblemer
- Hva opplever dere er hemmende og fremmende faktorer når det gjelder å gi voksne pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser
- Hva opplever dere er hemmende og fremmende faktorer når det gjelder å gi barn som pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen?

16.2 VOKSNE PÅRØRENDE

Tallene i tabell 16.1 er også vist i figur 16.1. Tallene viser at den store majoriteten av kommunene (88-92 prosent), svarer at de har et middels eller godt tilbud. Det er noen flere kommuner som svarer at de har et godt tilbud til pårørende for barn og unge med psykiske helseproblemer sammenliknet med de andre pårørendegruppene. Det er også for denne pårørendegruppen færrest kommuner som svarer at de har dårlig ivaretagelse (3 prosent).

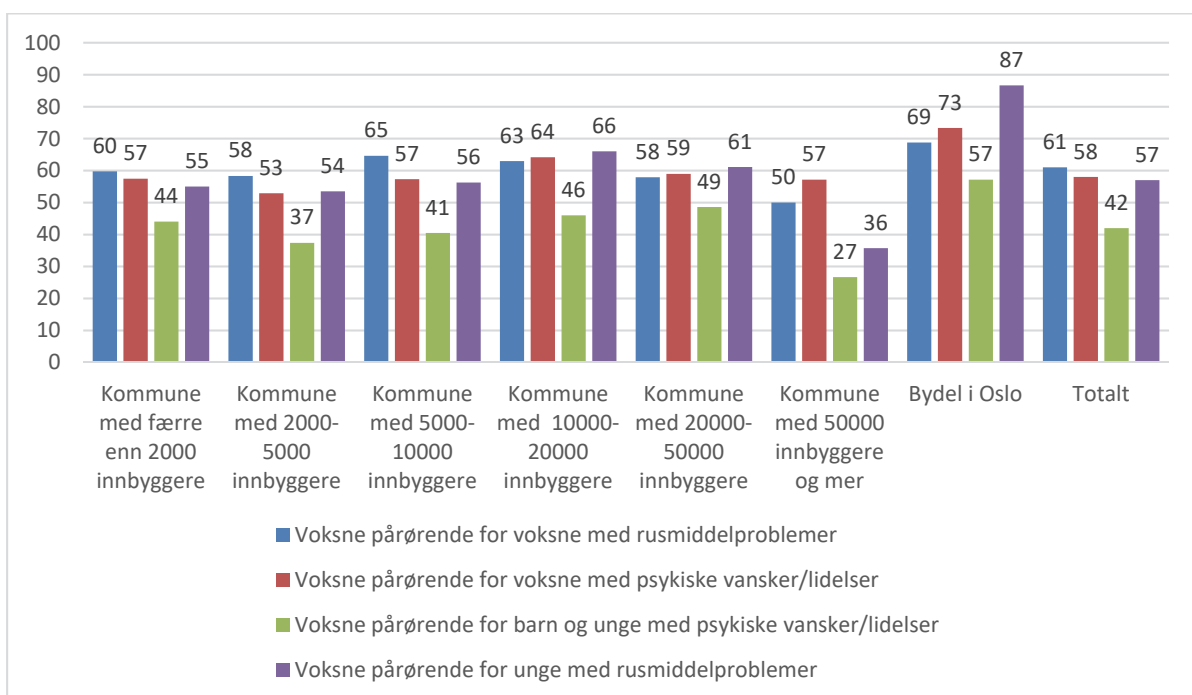
Tabell 16.1 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2017.

	Voksne som pårørende for:							
	voksne med rusmiddelproblemer		voksne med psykiske vansker/lidelser		barn og unge med psykiske vansker/lidelser		unge med rusmiddelproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært dårlig	0	0	0	0	0	0	1	0
Dårlig	41	10	27	7	13	3	29	7
Middels	208	51	210	51	151	39	195	50
Godt	152	37	166	40	210	54	155	40
Svært godt	10	2	8	2	18	5	12	3
Totalt	411	100	411	100	392	100	392	100

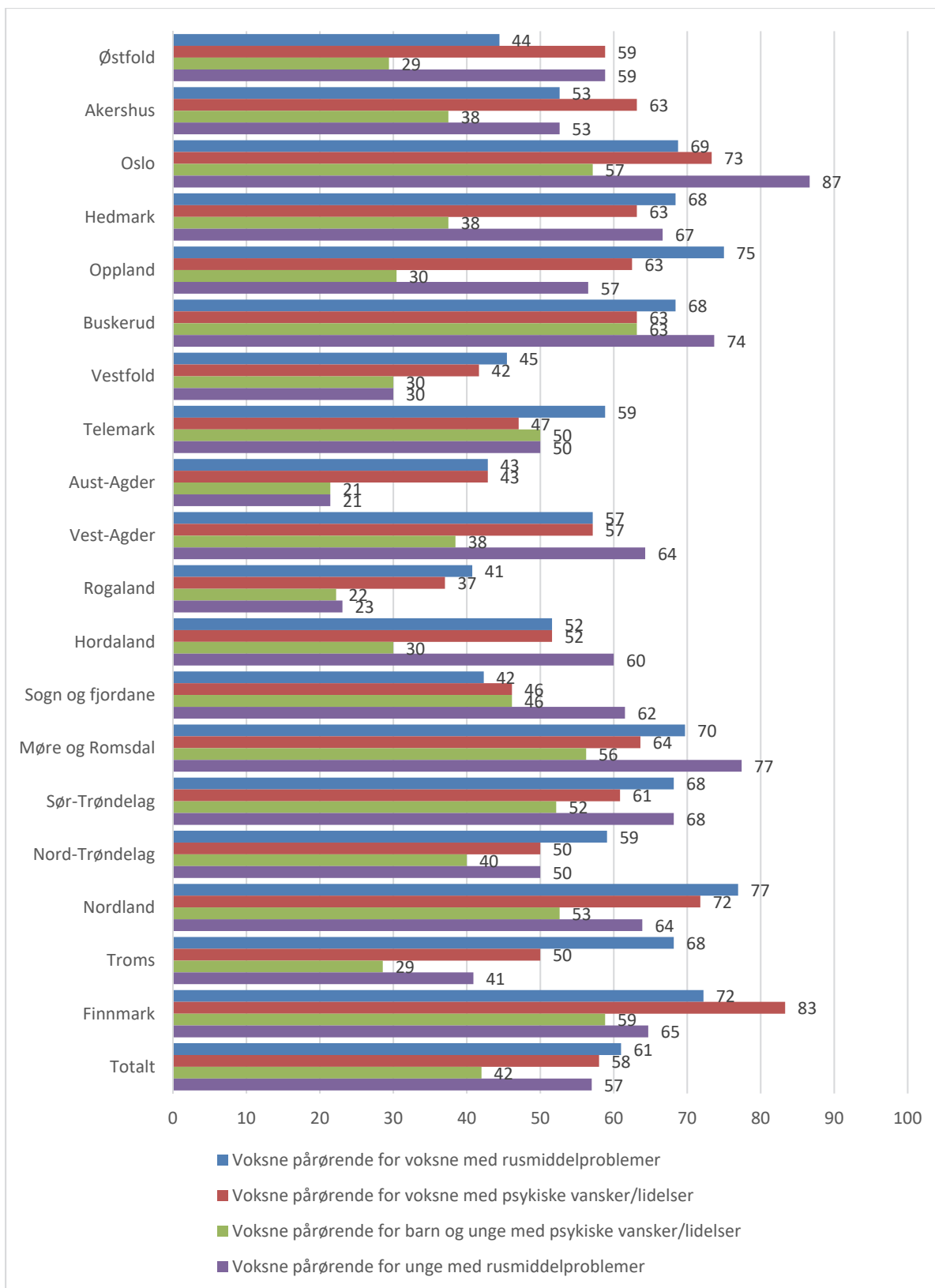


Figur 16.1 Prosent av kommunene som svarer ulike alternativer for hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2017.

Vi ser videre på andel av kommunene som oppgir at de ivaretar pårørende svært dårlig, dårlig eller middels, dvs. de som ikke svarer godt eller svært godt. Det er ikke tydelig systematisk variasjon.



Figur 16.2 Prosent av kommunene som svarer at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere på en lite tilfredsstillende måte (svært dårlig, dårlig eller middels), kommunestørrelse 2017.



Figur 16.3 Prosent av kommunene som svarer at de i ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere på en lite tilfredsstillende måte (svært dårlig, dårlig eller middels), fylke 2017.

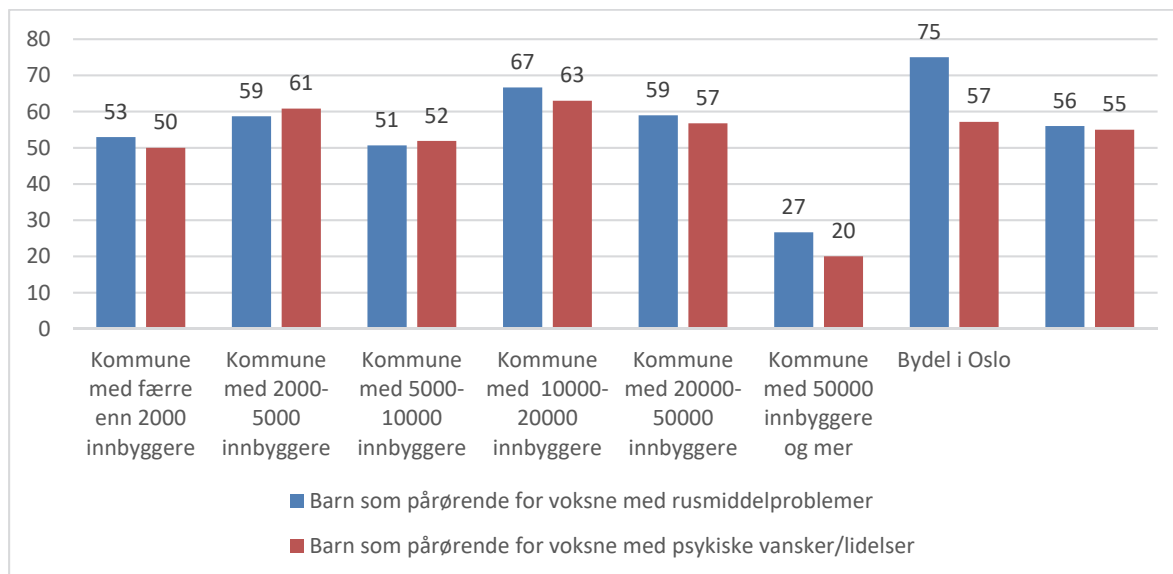
16.3 BARN OG UNGE SOM PÅRØRENDE

Svarfordelingen er svært lik når det gjelder barn og unge som pårørende for voksne med rusmiddelproblemer og voksne med psykiske vansker/lidelser. Det er i overkant av 43-45 prosent av kommunene som mener at de har et godt tilbud (godt eller svært godt).

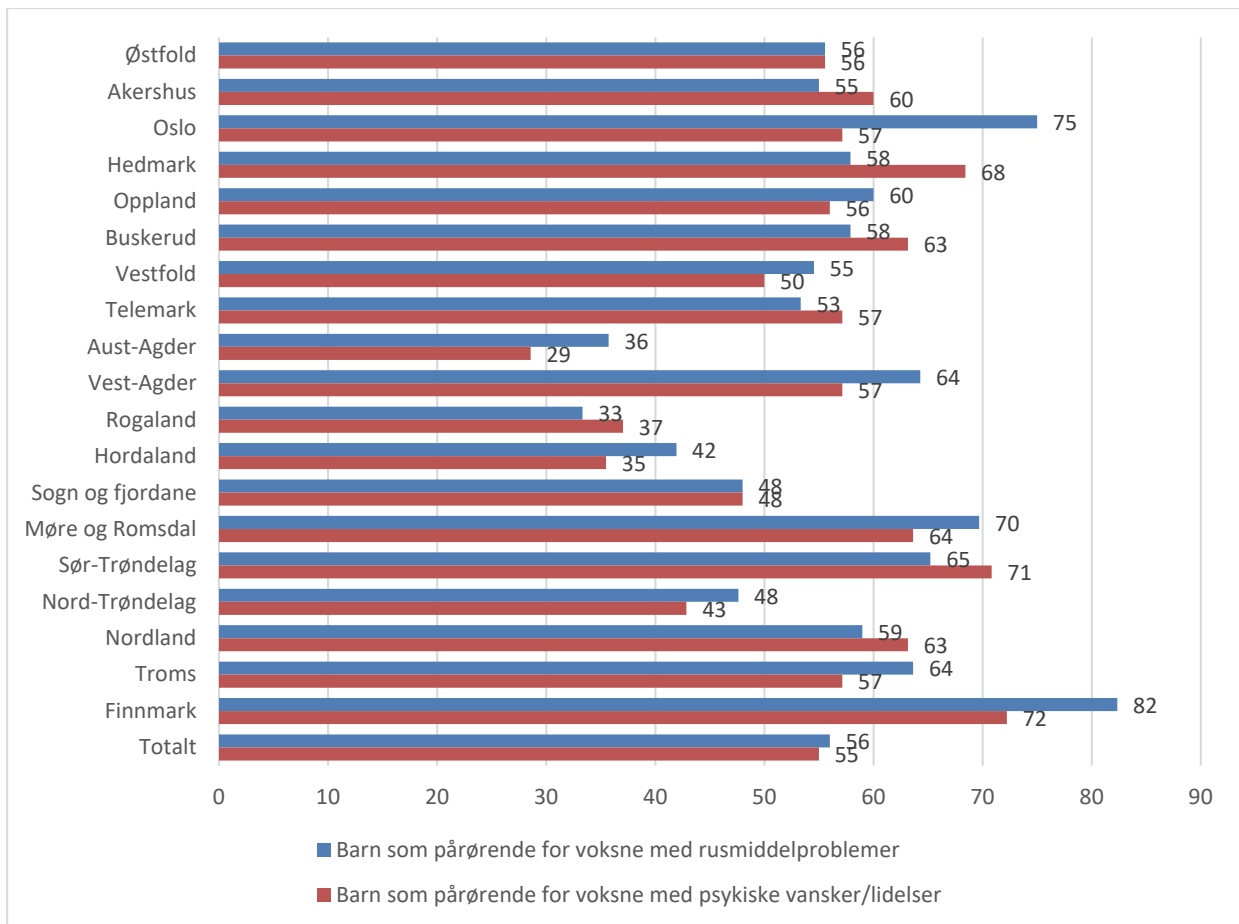
Tabell 16.2 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for voksne brukere, 2017.

	Barn og unge som pårørende for:			
	voksne med rusmiddelproblemer		voksne med psykiske vansker/lidelser	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært dårlig	1		0	0
Dårlig	46		11	9
Middels	184		45	46
Godt	164		40	42
Svært godt	14		3	3
Totalt	409		100	100

Vi ser nærmere på de som ikke svarer at de har et godt tilbud (svært dårlig, dårlig eller middels). Som vist i figur 16.4, er det bare kommuner med 50000 innbyggere eller mer, som skiller seg ut med en lavere andel som mener de ivaretar oppfølgingen av barn som pårørende på en måte som ikke er god.



Figur 16.4 Prosent av kommunene som svarer at de ivaretar oppfølging av barn som pårørende for ulike brukere på en lite tilfredsstillende måte (svært dårlig, dårlig eller middels), kommunestørrelse 2017.



Figur 16.5 Prosent av kommunene som svarer at de ivaretar oppfølging av barn som pårørende for ulike brukere på en lite tilfredsstillende måte (svært dårlig, dårlig eller middels), fylke 2017.

16.4 HEMMENDE OG FREMMENDE FAKTORER FOR Å GI VOKSNE PÅRØRENDE OPPFØLGING

Spørsmålet om hva kommunene opplever som er hemmende og fremmende faktorer når det gjelder å gi voksne pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen, ble besvart av 284 kommuner (64 prosent).

Noen forteller om hva de har av tilbud. Eksempler er:

- Familiegruppe for psykosepasienter, som også er en arena for pårørende
- Veiledende til pårørende ved behov
- Har egen brukerkoordinator
- Har fokus og kunnskap om nettverksjobbing
- Pårørendekvelder med godt oppmøte
- To fra kommunen har deltatt på kompetanseprogrammet Familiestøtte
- Oppfølging av pårørende er satt på dagsorden både lokalt og i regionalt samarbeid
- Bruk av nettverksmøte, jf. ODIN-modellen
- Informerer om kurs fra RPS og gir støttesamtaler
- Pårørende tilbys en egen ruskonsulent.

- Familiesamtaler i familiesenteret.
- Gir aktivt informasjon om selvhjelpsgrupper i frivillig regi.
- I første møte er det alltid avklaringer på samtykkeskjema.
- Nettverksarbeid er høyt prioritert
- Kan henvise til pårørendesenteret PIO som gir gode tilbud for pårørende
- Fikk midler fra KoRus til pårørende samling, godt oppmøte og kommunen er i gang.

Noen ser at de burde ha gjort mer:

- Kunne vært mer etterspørrende rundt dette behovet
- Er gode på å møte pårørende uformelt, men bør sette av mer tid til systematiske tiltak
- Pårørende sitter på mange ressurser som ofte ikke blir benyttet
- Vi er ikke gode nok på medvirkning
- Vi kan etablere og systematisere arbeid med pårørende, påbegynt arbeid
- Kriseplan skulle vert oppretta på brukere som er stabile
- Har hatt lite fokus på å synliggjøre tjenester til pårørende.
- Trenger bedre undervisningsprogram for pårørende og i samhandling med spesialisthelsetjenesten

Av de hemmende faktorer som trekkes frem når det gjelder voksne pårørende er:

- Bruker selv ikke ønsker involvering av pårørende, har taushetsplikt og bruker samtykker ikke/gir ikke tillatelse
- Liten tradisjon å jobbe med hele familien når brukeren er voksen
- Bruker har ikke kontakt eller er i konflikt med familien sin/pårørende er utslitt
- Pårørende tar ikke initiativ eller kontakt
- Åpningstider da pårørende er på jobb
- Resurser (manglende tid og kapasitet til å prioritere pårørende)
- Har ikke prosedyrer/rutiner for når de skal ta kontakt med pårørende
- For lite fokus på pårørende i hverdagen
- At vi ikke etterspør kontakt med pårørende fra bruker
- Vanskelig å finne gode gruppetilbud for voksne pårørende
- At pårørende ikke forstår rammebetingelsene i kommunen, for eksempel innenfor tvang
- Pårørende kan ha urealistiske forventninger om informasjon og bedringsprosesser
- Liten kommune der alle kjenner alle, vet hvem pårørende er
- Pårørende kan være "medavhengige", har eget rusproblem
- At kommunen er god på å "selge inn" samtykke.
- Har ikke definert/organisert pårørendearbeid i kommunen
- Har ikke fått identifisert de pårørende
- Lite aktive brukerorganisasjoner
- Lange avstander i kommunen
- Manglende koordinering av arbeidet
- Ansattes vaner og treghet til å arbeide på nye måter
- Overganger mellom hjelpeinstanser er ikke godt nok sikret
- Få eller ingen brukerorganisasjoner som er aktiv i vår kommune

- Bruker har tilbud utenfor kommunen, og det er vanskelig å drive pårørende arbeid
- Mangler lokalt gruppetilbud
- Mange pårørende som vil ordne opp selv.

De hyppigst nevnte fremmede faktorene er:

- At pårørende er viktige aktører i brukernes liv
- Godt samarbeid internt i kommunen mellom ulike instanser
- God samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Vi må være tilgjengelig på telefon og i møter for pårørende
- God dekning i tjenestene, inkludert hos fastlegene
- Stort fokus på pårørendearbeid
- Kompetanseøkning på pårørendearbeid
- Kommunens pårørendeprojekt/pårørendesenteret med ekstra kapasitet og utprøving av nye samarbeidsformer med pårørende
- Psykoedukativt familiearbeid
- Liten og oversiktlig kommune hvor etatene samarbeider godt med hverandre
- Kort ventetid, geografisk nærhet og lett tilgjengelige tjenester
- God fagkompetanse
- Erfaringsdeling og caseveiledning
- Om pårørende har første kontakt på vegne av brukeren, er det lettere å involvere dem

Mange av de små kommunene oppgir at det å være en liten kommune kan både være hemmende og fremmede.

En del kommuner opplever særlig at det er behov for interkommunalt samarbeid:

Synes som om det ikke er stort nok grunnlag for å drive tilbud kun i egen kommune, har vært i gang satt flere ganger. Det vurderes interkommunalt samarbeid med flere av kommunene i Vestfold. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Ikke vært stort nok grunnlag å drive gruppetilbud til pårørende i kun egen kommune. Vært i gang satt flere ganger, men etter hvert opphørt grunnet manglende deltakelse. Det kan med fordel utarbeides tilbud i fylket, hvor kommunene samarbeider om pårørendetilbud. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Nok informasjon om tilbudet er viktig for å pårørende til voksne rusavhengige. med et større interkommunalt samarbeid i pårørende arbeidet hadde det vært lettere for en del pårørende å be om hjelp. Kommunen blir av og til for liten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

16.5 HEMMENDE OG FREMMENDE FAKTORER NÅR DET GJELDER Å GI BARN SOM PÅRØRENDE GOD OPPFØLGING I KOMMUNEN/BYDELEN?

Spørsmålet om hva kommunene opplever som er hemmende og fremmede faktorer når det gjelder å gi barn som pårørende god oppfølging i kommunen/bydelen, ble besvart av 289 kommuner (65 prosent).

Det er til dels de samme problemstillingene som kommer opp når det gjelder barn som pårørende

Noen ser at de kunne gjort mer:

- Det er opparbeidet rutiner for ivaretagelse av barn som pårørende på kommunalt nivå, men utøvelsen kunne vært bedre enn den er i dag.
- Søsken er en gruppe vi kan bli flinkere til å følge opp.
- Bli bedre på å vurdere og ta kontakt med barnevernet
- Kommunen har prosedyrer for bekymringsmeldinger, men det er grunn til å ha et øket fokus på disse
- Forbedringspotensialer på varslingsrutiner, spesielt mellom fastlegene og de øvrige tjenester
- Utfordring å følge opp rutinen når det er relativt sjelden/få saker
- De ulike virksomhetene snakker ikke nok i sammen. Helsestasjonstjenesten må få relevant informasjon dersom de voksne får oppfølging, slik at de kan følge opp barn ved behov.

Faktorer som kommunene ser er hemmende for å gi barn som pårørende god oppfølging i kommunene/bydelen inkluderer:

- Brukernes eget initiativ/vilje/motvilje til involvering
- Manglende kommunikasjon og samarbeid mellom tjenester til voksne og tjenester til barn og unge
- Mangelfulle rutiner og prosedyrer
- Rutiner for involvering, det å ta initiativ til å få snakke med barna.
- Tjenestene kjenner ikke godt nok til at det er barn boende hjemme
- Lite praksiserfaring på å trekke familien/barna inn i behandlingen i psykisk helse
- Usikkerhet, manglende kompetanse på barn i voksen psykisk helsetjeneste
- Mye god samhandling i mottak- og avklaringsfasen i nye saker, men mindre når saken går inn til en fagenhet
- Åpenhet fra brukernes side, stigma
- Får ikke beskjed fra spesialisthelsetjenesten at det er barn som pårørende som vi bør ta kontakt med (tilfeldig om de får beskjed)
- Manglende kompetanse
- For dårlig samarbeid med blant annet barnevernstjenesten, samt for dårlig kunnskap i tjenesten om når det skal meldes bekymringsmelding.
- Det kan være utfordrende å snakke med brukere om deres omsorgsevner.
- Mangel på tilstrekkelig kartlegging i ulike tjenester som møter personer med rus- eller psykisk helseproblematikk.
- Bruker ikke ser hvordan lidelsen eller misbruket påvirker barnets omsorgssituasjon
- Svakt samarbeid mellom tjenestene
- Barna er på skolen på dagtid når vi jobber. Har noe oppfølging på skolene.
- For liten kommune til å kunne tilby grupper til målgruppa
- Krevende å avklare hva som er barnevernets oppgaver og andre tjenester. Ofte vet vi ikke om hverandre

Faktorer som fremmer å gi barn som pårørende god oppfølging i kommunene/bydelen:

- Kommunikasjonsflyt mellom tjenester innad i kommunen har mye å si når det gjelder ivaretagelse av barna.

- Lovverket til god hjelp, systematisert ved prosedyrer
- Rutiner for involvering, det å ta initiativ til å få snakke med barna
- Fokus på barn som pårørende
- At barnevern/helsestasjon kan avdekke barn som pårørende
- Lavterskel å ta kontakt med barnevernet
- Tett samarbeid med barneteamet og sterkt familiefokus innad i tjenesten
- Har utarbeidet et system og prosedyre for dette
- Barnekontakt som ivaretar barn som pårørende
- Koordinerende møter der barn som pårørende er tema

Noen kommuner oppgir at de har planer som vil bedre situasjonen.

Vi har laget skjema for barn som pårørende, men har ikke et systematisert opplegg for dette. Vi har besluttet å ta tak i dette i løpet av 2017

Kommunen er i gang med å utarbeide nye rutiner, planlegger implementering høsten 2017

Er i ferd med å implementere familiestøtte, dette vil systematisere og kvalitetssikre oppfølgingen.

På russiden er det også kommuner som svarer at i forhold til voksne med rusmiddelproblemer er det i liten grad omgang med barn, og mange er fratatt omsorgen for sine barn.

16.6 OPPSUMMERING

Når vi spør kommunene hvordan de ivaretar oppfølging av voksne pårørende, finner vi at 10 prosent av kommunene mener de ivaretar voksne pårørende for voksne med rusmiddelproblemer på en dårlig måte, og 7 prosent mener de ivaretar voksne pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser på en dårlig måte. Når det gjelder voksne som pårørende til barn og unge, er det 3 prosent av kommunene som oppgir at de får dårlig oppfølging om barnet har psykiske vansker/lidelser og 7 prosent kommunene som oppgir at de får dårlig oppfølging om barnet har rusmiddelproblemer.

Eksempler på hemmende faktorene for å få til godt pårørende arbeid for voksne pårørende er at bruker selv ikke ønsker involvering av pårørende og at det er lite tradisjon for å jobbe med hele familien når brukeren er voksen. Når det gjelder barn og unge, er foreldrene i stor grad involvert i tilbudet. Eksempler på fremmende faktorene for voksne pårørende er at pårørende i utgangspunktet er en viktig aktør i brukernes liv og at det er tjenestene er tilgjengelig for pårørende.

Når vi spør kommunene hvordan de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende, finner vi at 11 prosent av kommunene mener de ivaretar barn og unge pårørende for voksne med rusmiddelproblemer på en dårlig måte, og 9 prosent mener de ivaretar barn og unge som pårørende for voksne med psykiske vansker/lidelser på en dårlig måte. Det er altså rundt 90 prosent av kommunene som oppgir at de på en middels eller god måte ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende.

Eksempler på hemmende faktorene for å få til godt pårørende arbeid for barn og unge er brukernes motvilje til involvering av barna, at det er lite samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for

barn og unge og at tjenestene ikke i god nok grad kartlegger brukernes familiesituasjon. Fremmende faktorer er for eksempel god kommunikasjonsflyt mellom tjenester og et sterkt familiefokus i tjenestene.

17 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Norge var tidlig på 1990-tallet et av de første landene internasjonalt til å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork, 2014)²⁵. 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)²⁶. 2017 er også siste året i "Nasjonal overdosestrategi 2014-17 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»" (Helsedirektoratet, IS-0418, 2014)²⁷. Denne har som mål å bedre oppfølgingen etter ikke-dødelige overdoser, bedre vurderingen av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng, samt å bedre hjelpetilbudet til pårørende og nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord²⁸. Det nye materialet skal gi kommunene råd og anbefalinger i blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

Helsedirektoratet ønsker å benytte IS-24/8-rapporteringen på psykisk helse- og rusarbeid til å kartlegge kommunenes arbeid med forebygging og oppfølging av selvmord, selvmordsforsøk og overdoser. I 2016 var det med tre spørsmål på dette temaet, og resultatene viste at fire av ti kommuner svarte at de hadde etablert rutiner internt i kommunen for oppfølging etter selvmordsforsøk. Kun to av ti kommuner rapporterer at de har etablert rutiner for oppfølging etter overdose.

I rapporteringen for 2017 spurte vi om kommunen har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for:

- Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk?
- Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk?

²⁵ Mork, E. (2014): Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading – en kommentar. *Suicidologi* 2014, Årg. 19, nr. 2.

²⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

²⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/>

²⁸ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/forebygging-av-selvskading-og-selvmord-i-kommunen>

- Oppfølging av personer etter overdose?
- Tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep?
- Å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester?
- At ansatte i kommunen har kurs i selvmordsforebygging

Det er også spurt om kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om:

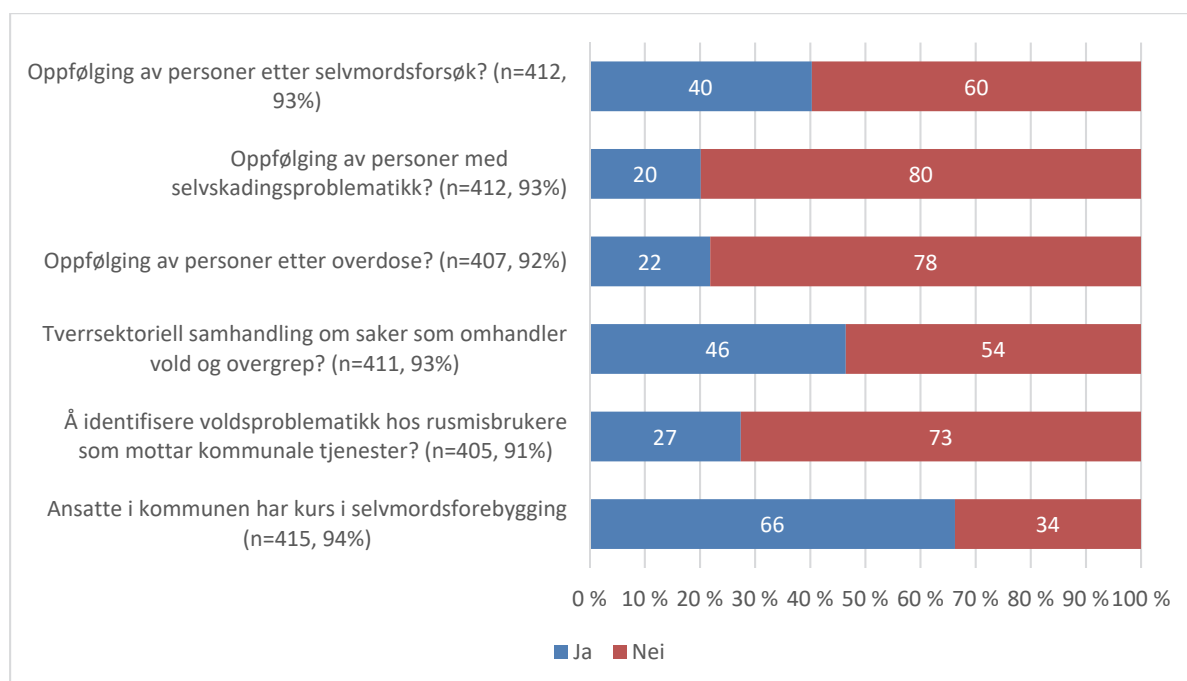
- vold i nære relasjoner i løpet av et år
- seksuelle overgrep i løpet av et år

Alle disse spørsmålene over er formulert med svaralternativene ja og nei.

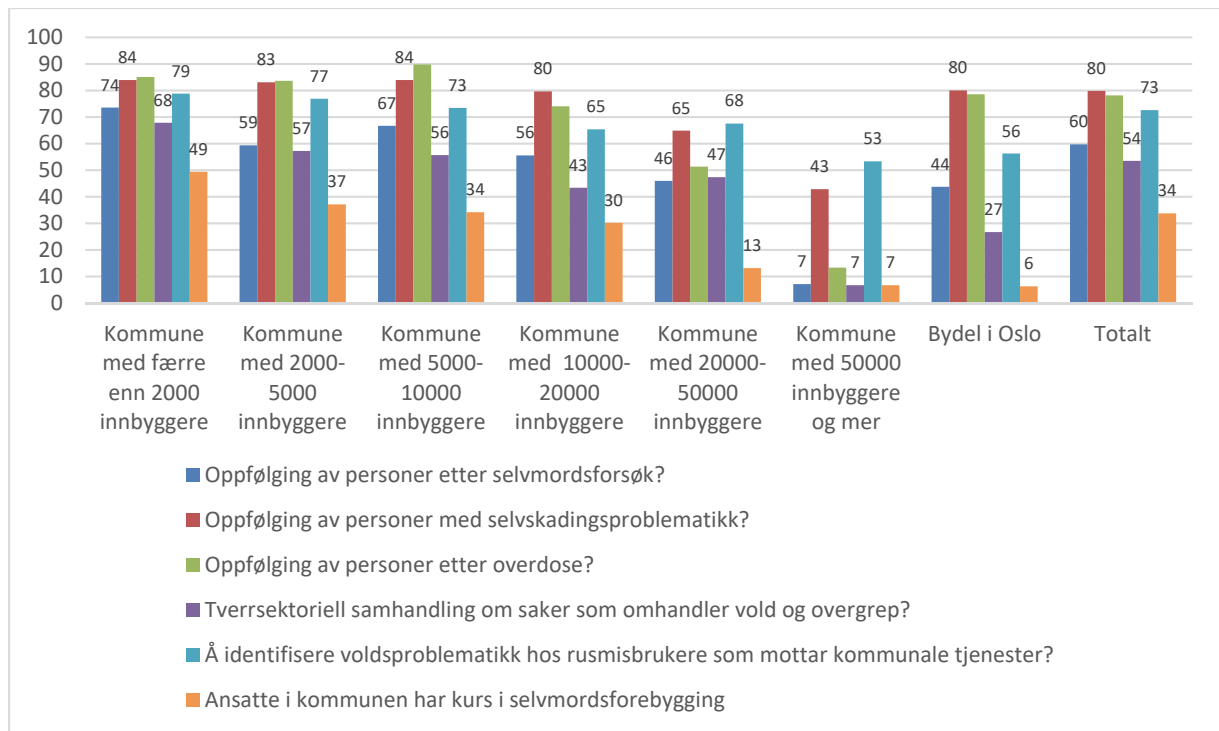
Til slutt har vi spurt om i hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep. Totalt er det stilt 10 spørsmål om dette temaet i 2017, men det er i liten grad mulig å se på endring fra 2016 til 2017.

17.1 SKRIFTELIGE RUTINER/PROSEDYRER

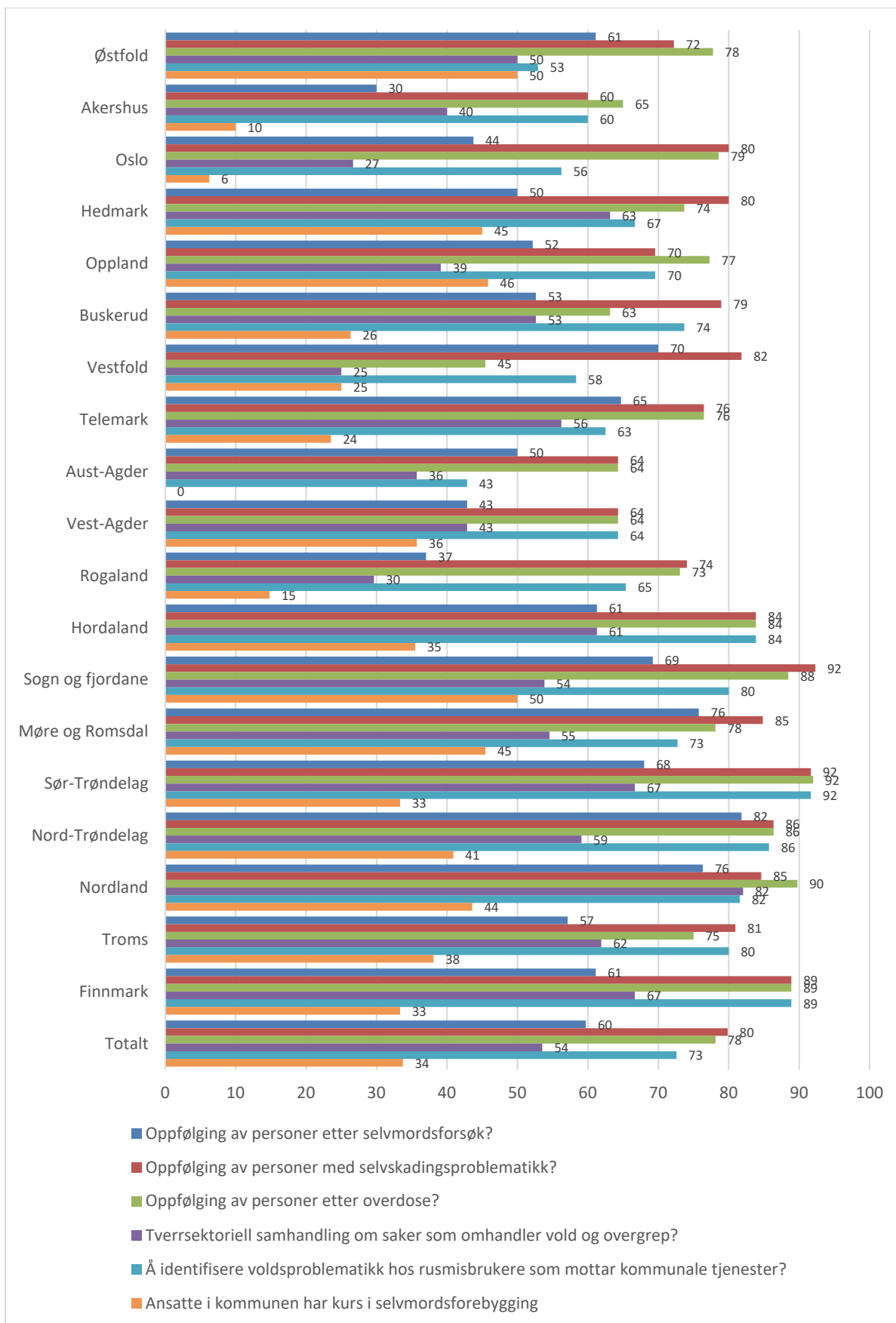
Som vist i figur 17.1 er det 40 prosent av kommunene som har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 20 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Nesten halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens 27 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.



Figur 17.1 Prosent av kommunene/bydelene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2017.



Figur 17.2 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, kommunestørrelse 2017.



Figur 17.3 Prosent av kommunene/bydelene som ikke har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, fylke 2017.

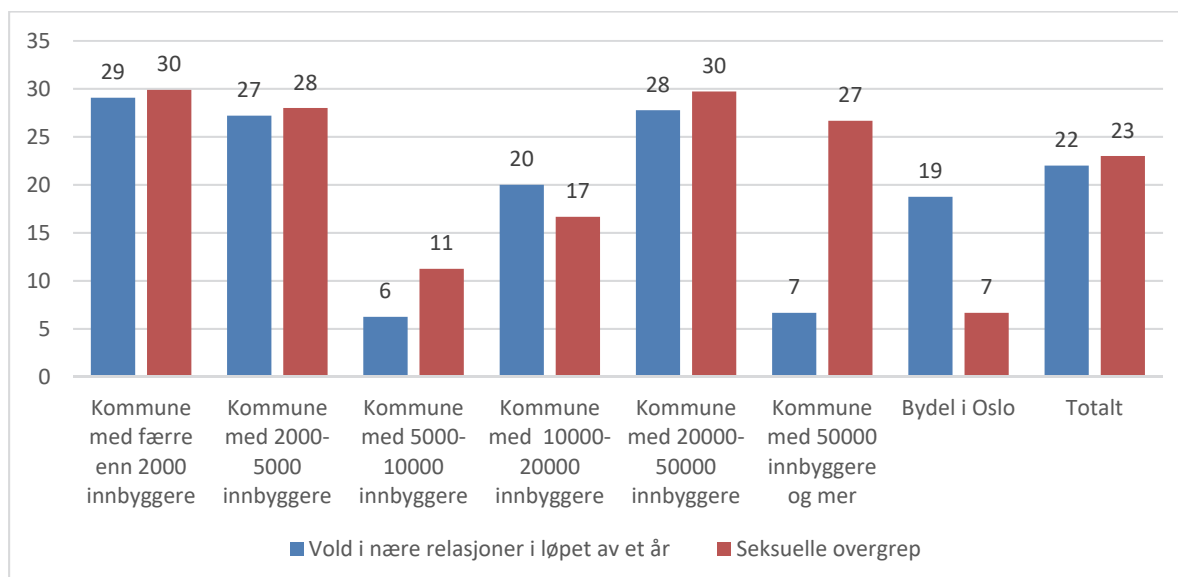
17.2 OVERSIKT OVER ANTALL HENVENDELSER

Det er også spurt om kommunen/bydelen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om:

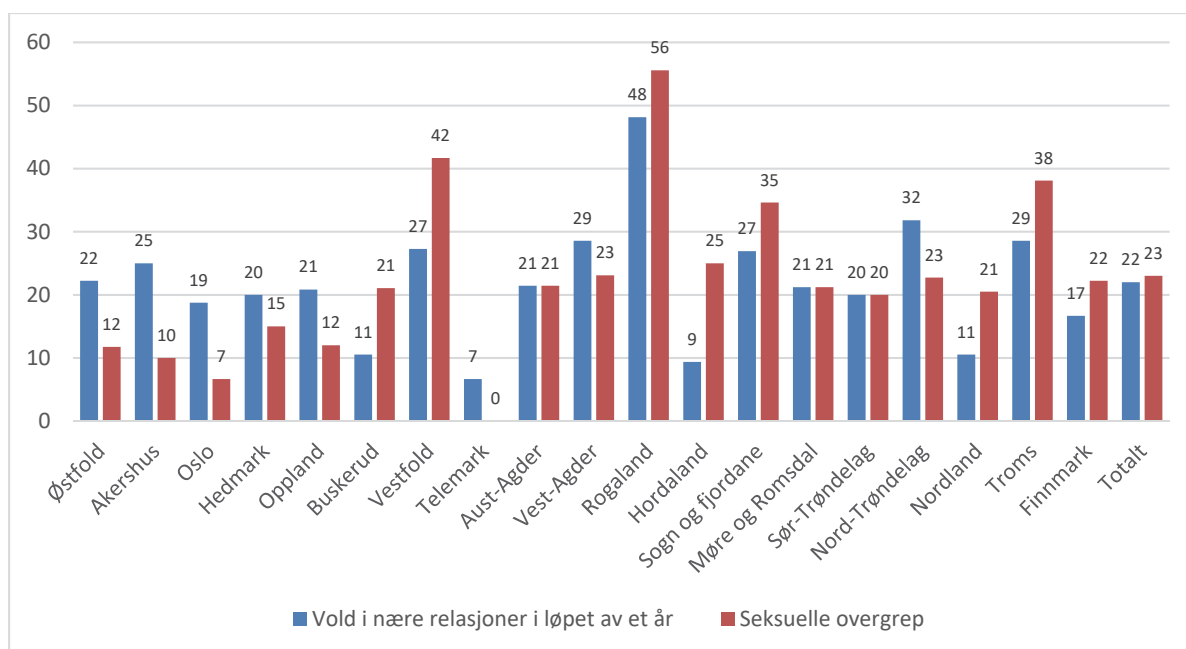
- vold i nære relasjoner i løpet av et år
- seksuelle overgrep i løpet av et år

Det er 413 kommuner/bydeler som har svart (93 prosent) på disse spørsmålene og det er 22 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 23 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene. Av de som svarte at de har oversikt over personer som har henvendt seg om vold i nære relasjoner i løpet av et år, er det 78 prosent som også har svart at de har oversikt over personer som har henvendt seg om seksuelle overgrep.

Vi ser nærmere på disse kommunene etter størrelse og fylke.



Figur 17.4 Prosent av kommunene/bydelene svarer at kommunen/bydelen har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år, kommunestørrelse 2017.



Figur 17.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at kommunen/bydelen har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i løpet av et år, fylke 2017.

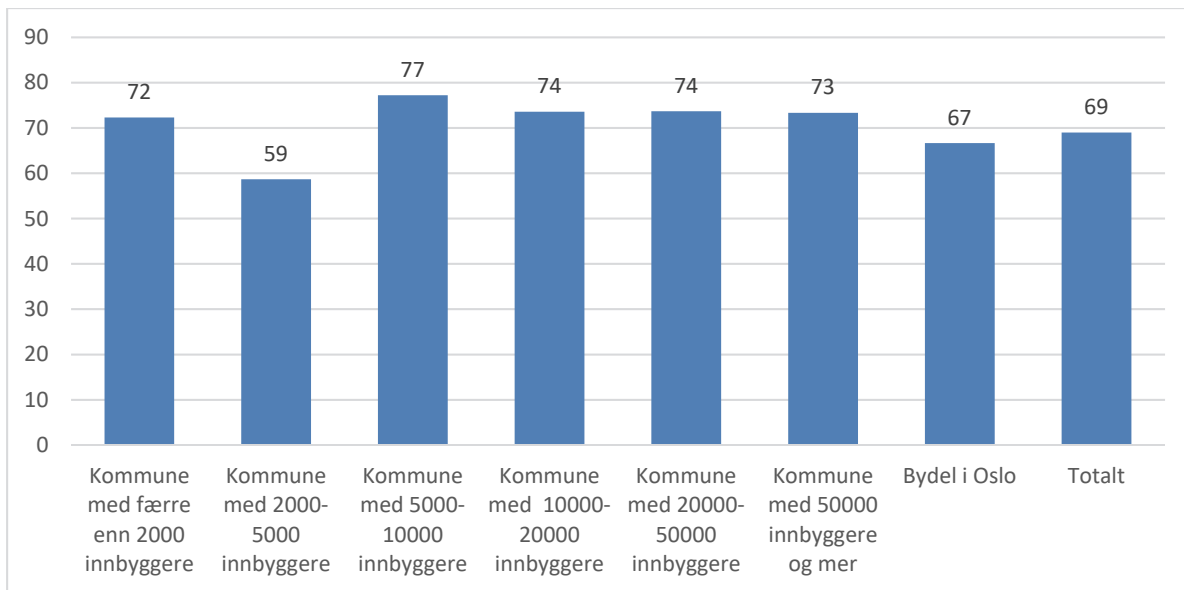
17.3 TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

Til slutt har vi spurt om i hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep. Det er 404 kommuner/bydeler som har svart (92 prosent) på dette spørsmålet og mer enn halvparten (52 prosent) svarer at de i noen grad har tilfredsstillende tverrfaglig samarbeid i disse sakene.

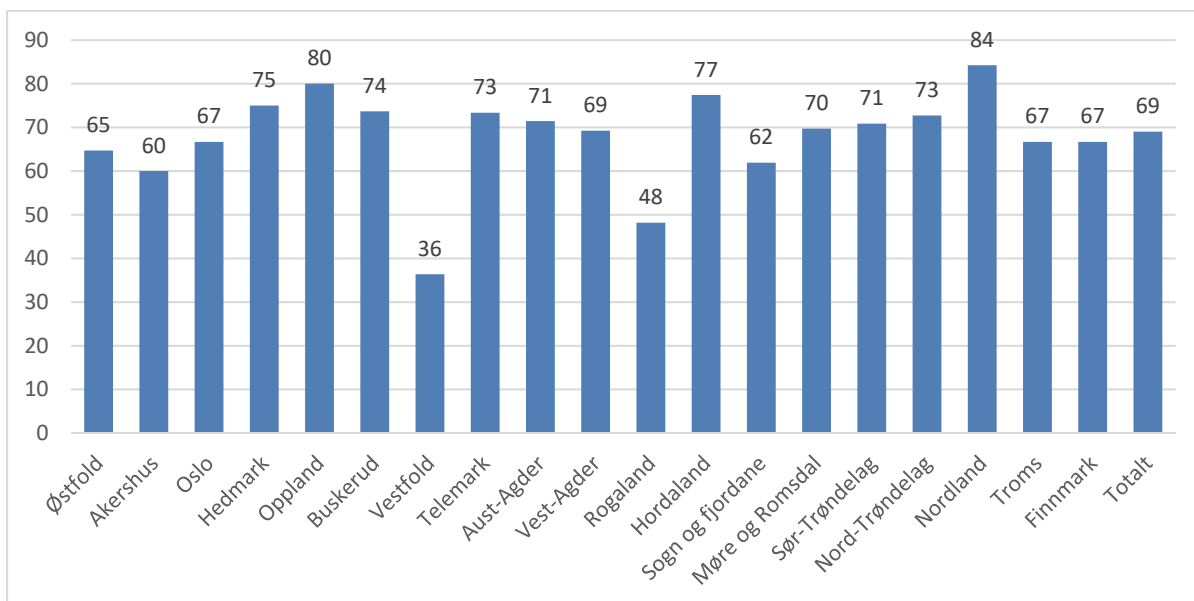
Tabell 17.1 Respons på spørsmål om i hvilken grad er det tverretatlige samarbeidet er tilfredsstillende i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep, 2017.

	Antall	Prosent
I svært liten grad	17	4
I liten grad	53	13
I noen grad	210	52
I stor grad	108	27
I svært stor grad	16	4
Totalt	404	100

Vi samler alle som ikke har svart i stor grad (i stor grad eller i svært stor grad) i en gruppe som vi kaller i mindre grad (i svært liten grad, i liten grad, i noen grad). Totalt utgjør dette 69 prosent av de som har svart.



Figur 17.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det tverretatlige samarbeidet i mindre grad er tilfredsstillende (svært liten grad, i liten grad, i noen grad) i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep, kommunestørrelse 2017.



Figur 17.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det tverretatlige samarbeidet i mindre grad er tilfredsstillende (svært liten grad, i liten grad, i noen grad) i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep, fylke 2017.

17.4 OPPSUMMERING

40 prosent av kommunene har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens 22 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter overdose og 20 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Nesten halvparten av kommunene (46 prosent) oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for tverrsektoriell samhandling om saker som omhandler vold og overgrep, mens

27 prosent har skriftlige rutiner/prosedyrer for å identifisere voldsproblematikk hos rusmisbrukere som mottar kommunale tjenester.

Det er 22 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år, mens det er 23 prosent som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om seksuelle overgrep i løpet av et år. Det er i stor grad de samme kommunene som svarer ja på begge områdene.

Det tverretatlige samarbeidet i saker som omhandler vold og seksuelle overgrep har forbedringspotensial i en stor andel av kommunene. Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at samarbeidet i disse sakene i stor grad er tilfredsstillende. Det er ikke tydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse eller etter fylke, men flere kommuner i Vestfold og Rogaland kan se ut til å ha relativt flere kommuner med tilfredsstillende samarbeid sammenliknet med kommuner i andre fylker.

18 BOLIGSITUASJONEN

I 2014 trådte den boligsosiale strategien *Bolig for velferd*²⁹ i kraft. Strategien er et samarbeid mellom fem departementer med strategiperiode fram til og med 2020 med følgende fastsatte nasjonale mål:

- Alle skal ha et godt sted å bo (hjelp fra midlertidig til varig bolig, hjelp til å skaffe en egnet bolig)
- Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet (forhindre utkastelser, gi oppfølging og tjenester i hjemmet)
- Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (sikre god styring og målretting av arbeidet, stimulere til nytenkning og sosial innovasjon, planlegge for gode bomiljø)

1. november 2016 ble en egen veiviser i forbindelse med *Bolig for velferd* publisert (www.veiviseren.no). Denne skal være et tverrfaglig verktøy for kommunene og gir en samlet framstilling av lovverk, aktuelle hjelpemidler, konkrete arbeidsprosesser, kompetanse og gi 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)³⁰.

Rapporteringen (IS-24/8) på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 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))³¹. I 2015 var hovedtemaet overgangen mellom midlertidig og varig bolig. I overkant av hundre kommuner oppgav eksplisitt at de hadde døgnbaserte tilbud til målgruppen i 2015. Dette gjaldt hovedsakelig heldøgnsbemannede boliger eller bofellesskap med personalbase. Tilbakemeldingen fra kommunene indikerte at økt gjennomstrømming i de kommunale boligene kan oppnås med tettere oppfølging og mer ressurser til botrening og bomestring. I 2016 konkluderte vi med at de fleste kommunene rapporterer at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til sine brukere, men at åtte prosent av kommunene mener at de i liten grad evner å gi et godt tilbud om oppfølging. 43 prosent av kommunene sier at de har søkt om tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få et egnet botilbud, mens 39 prosent svarer at de ikke har søkt. Omtrent én av fire kommuner som ikke hadde søkt, svarte at det ikke har vært behov for flere boliger til denne gruppen. Andre har søkt tidligere, men ikke i det siste, mens flere kommuner svarte at de nylig har igangsatt arbeid med boligsosial handlingsplan og skal søke i årene som kommer. Noen kommuner nevnte også at boliger til flykninger ble høyt prioritert. Det er en klar tendens til at det er de største kommunene som har søkt Husbanken om midler, og en høy andel av kommunene i Vestfold og Agder-fylkene hadde søkt om

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

³⁰ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

³¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

tilskudd. På spørsmål om hvordan boligsituasjonen i målgruppen har utviklet seg det siste året, svarte 64 prosent at situasjonen var uendret for brukere i psykisk helsearbeid, mens 61 prosent svarte at situasjonen var uendret for brukere i kommunalt rusarbeid. 27-28 prosent rapporterte om bedring eller stor bedring av boligsituasjonen til disse målgruppene. Det var en noe høyere andel kommuner som svarte at det hadde vært en forverring for brukere av kommunalt rusarbeid, sammenliknet med psykisk helsearbeid. På fylkesnivå var det særlig kommunene i Akershus og Telemark som rapporterte om bedring i boligtilbudet til brukere i kommunalt psykisk helsearbeid, mens kommunene i Akershus og Rogaland i stor grad rapporterte om bedring i botilbudet til brukere med rusproblemer.

18.1 DATAGRUNNLAG

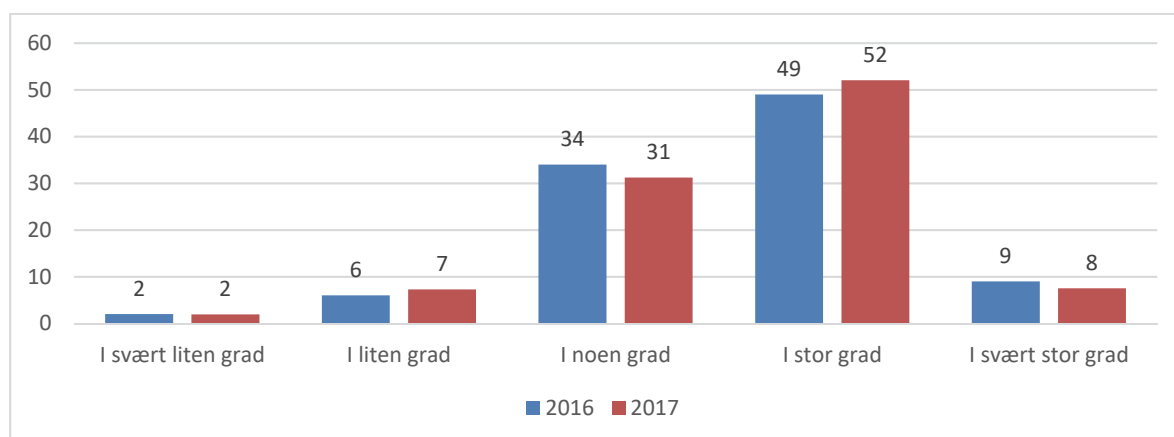
Det er fire spørsmål som er inkludert i kartleggingen i 2017, og tre av disse hadde samme formulering i 2016 (noe omformulert på punkt to, men de øvrige er like), så vi kan se på utviklingen.

- I hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig?
- I hvilken grad bidrar Husbankens ordninger til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?

Alle spørsmålene har følgende svaralternativ: Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring.

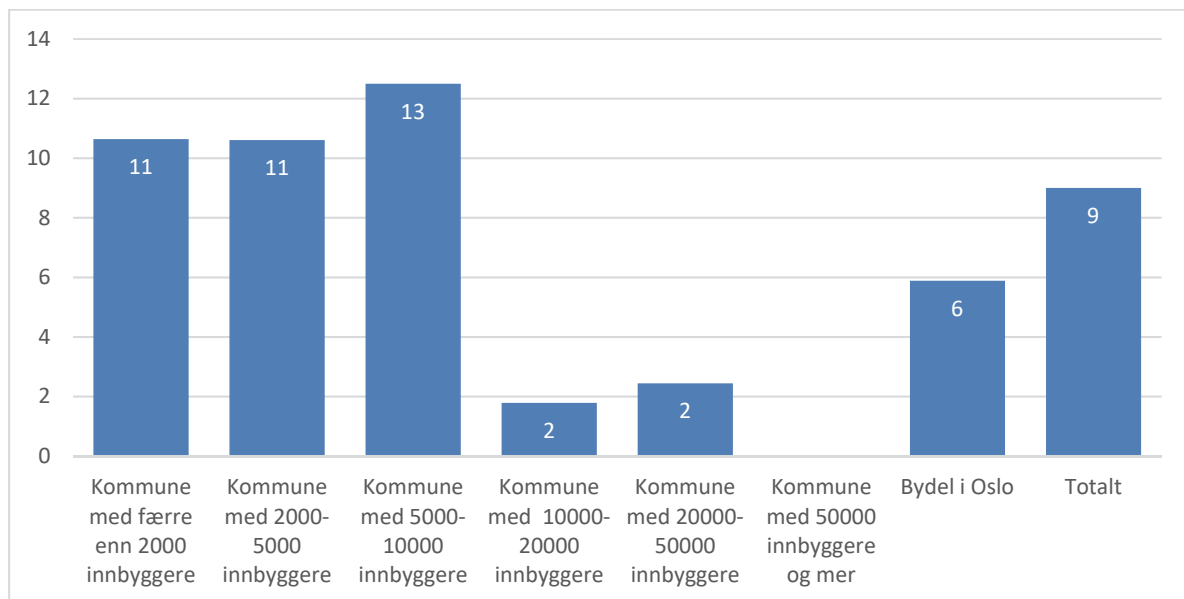
18.2 HVORVIDT KOMMUNEN GIR ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG

Det er i 2017 noen flere kommuner som svarer at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig enn i 2016, se figur 18.1.



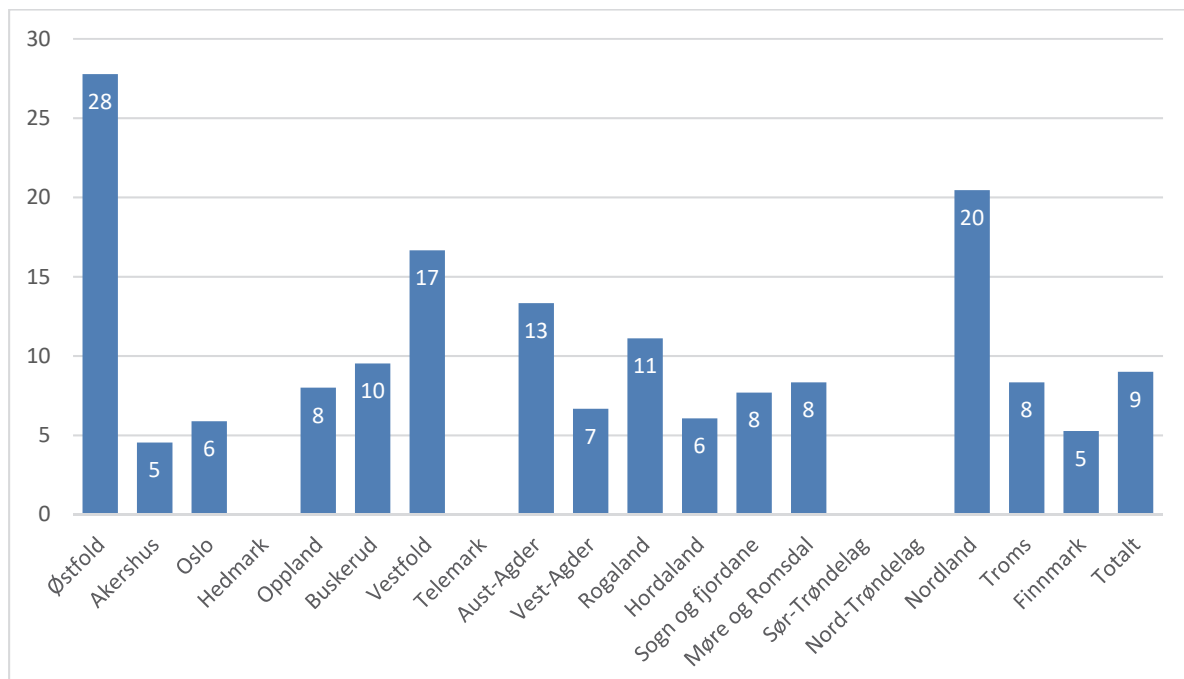
Figur 18.1 Andel kommuner/bydeler som svarer på i hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig, 2016 (N=416) og 2017 (N=413)

Vi ser nærmere på de ni prosentene som svarer at de i liten grad eller i svært liten grad opplever at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. Som vist i figur 18.2, er dette i stor grad kommuner med færre enn 10 000 innbyggere.



Figur 18.2 Andel kommuner som svarer at kommunen i svært liten grad eller liten grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, kommunestørrelse 2017.

Det er også store geografiske variasjoner og andel kommuner som i liten grad mener de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig er størst i Østfold og i Nordland.



Figur 18.3 Andel kommuner som svarer at kommunen i svært liten grad eller liten grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, fylke 2017.

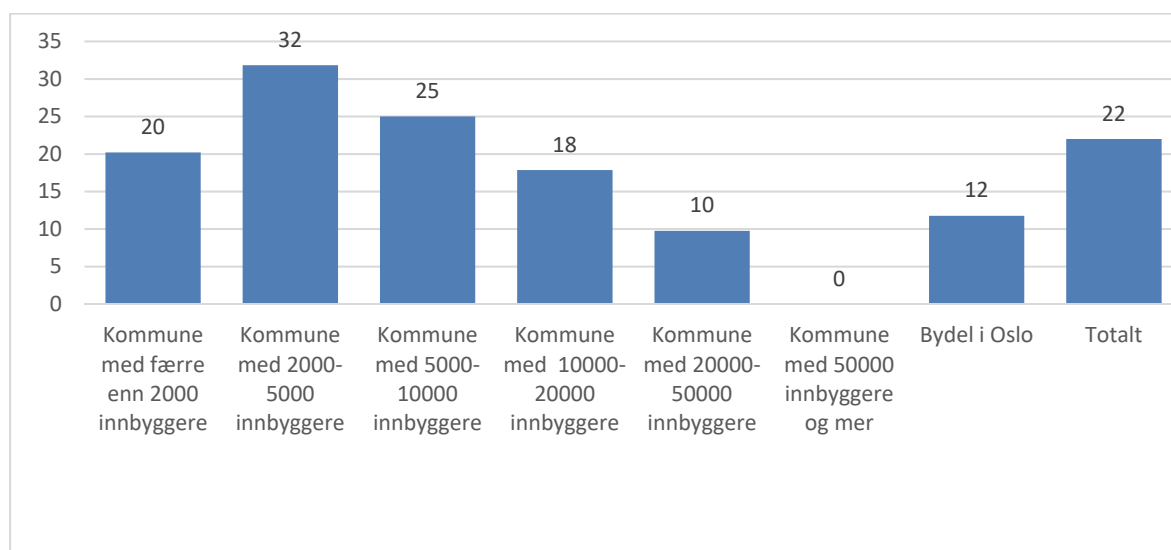
18.3 HUSBANKENS ORDNINGER SOM BIDRAG TIL AT FLERE I MÅLGRUPPEN RUS/PSYKISK SIKRES EN BEDRE BOSITUASJON

Totalt er det 99 kommuner som svarer at Husbankens ordninger i svært liten eller i liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon. Dette utgjør 24 prosent av de som har svart og 22 prosent av alle kommunene.

Tabell 18.1 Kommunenes respons på spørsmål om i hvilken grad Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel?

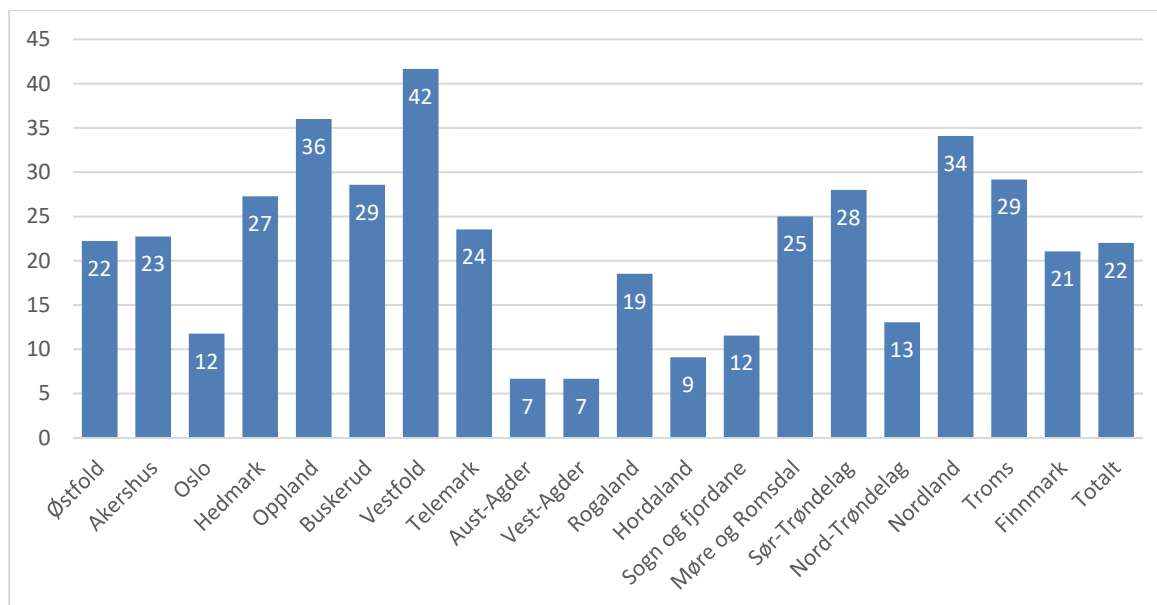
	Antall	Prosent
I svært liten grad	33	8
I liten grad	66	16
I noen grad	171	42
I stor grad	119	29
I svært stor grad	16	4
Totalt	405	100

Det er ikke en tydelig sammenheng i forhold til kommunestørrelse i forhold til hvilke kommuner som har svart at de i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon, men vi finner en systematisk lineær trend i kommuner med flere enn 2000 innbyggere ved at en lavere og lavere andel oppgir at de i liten grad mener at Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune/bydel, se figur 18.4.



Figur 18.4 Andel kommuner som svarer at Husbankens ordninger i svært liten eller liten grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon, kommunestørrelse 2017.

Det er også betydelige forskjeller mellom kommuner gruppert etter fylker, se figur 18.5. Særlig er det relativt mange kommuner i Vestfold, Oppland og Nordland som oppgir at de i liten grad opplever at Husbankens ordninger bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune.



Figur 18.5 Andel kommuner som svarer at Husbankens ordninger i svært liten eller liten grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon, fylke 2017.

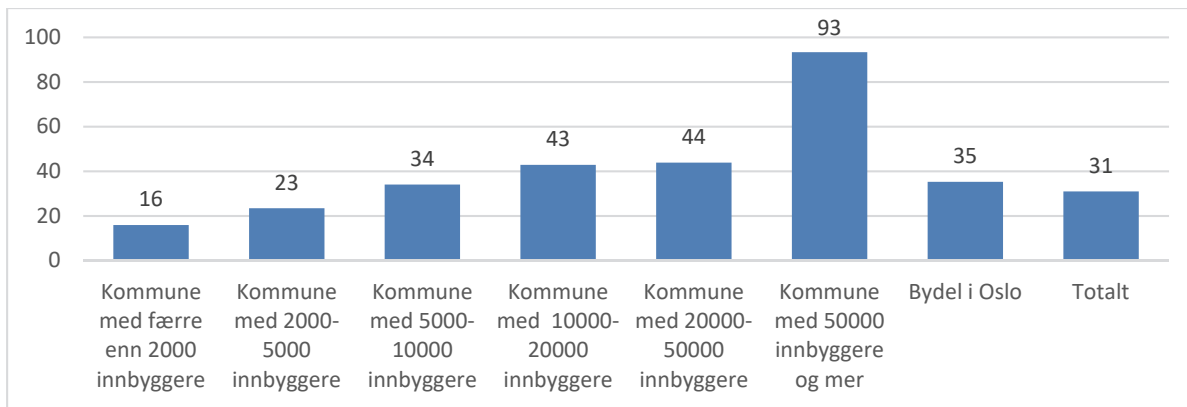
18.4 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID SISTE ÅR

Både i 2016 og i 2017 var det mange flere kommuner som opplevde bedring enn forverring, se tabell 18.2. Utviklingen ser altså ut til å gå riktig vei, men det er fortsatt 5 prosent av kommunene (23 kommuner) som opplever en forverring.

Tabell 18.2 Respons på spørsmål om hvordan boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år, 2016 (N=414) og 2017 (N=416)

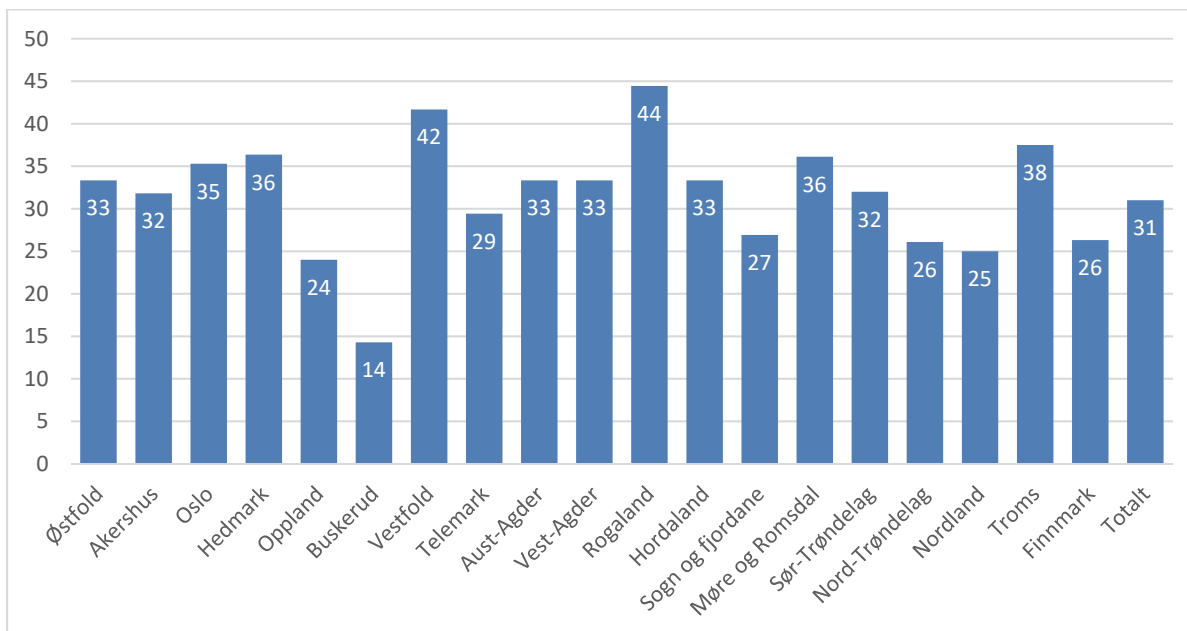
	2016	2017
Stor forverring	0	0
Forverring	8	5
Ingen endring	64	61
Bedring	24	29
Stor bedring	4	4
Totalt	100	100

Dersom vi ser på gruppen som opplever bedring eller stor bedring (138 kommuner, nesten en av tre kommuner), finner vi at det er særlig de største kommunene som opplever bedring i boligsituasjonen for målgruppen innen psykisk helsearbeid siste år, se figur 18.6.



Figur 18.6 Andel kommuner som opplevde bedring i boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid siste år, kommunistørrelse 2017.

Det er relativt få kommuner som opplever forbedring i Buskerud, men mange i Rogaland og Vestfold, se figur 18.7.



Figur 18.7 Andel kommuner som opplevde bedring i boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid siste år, fylke 2017.

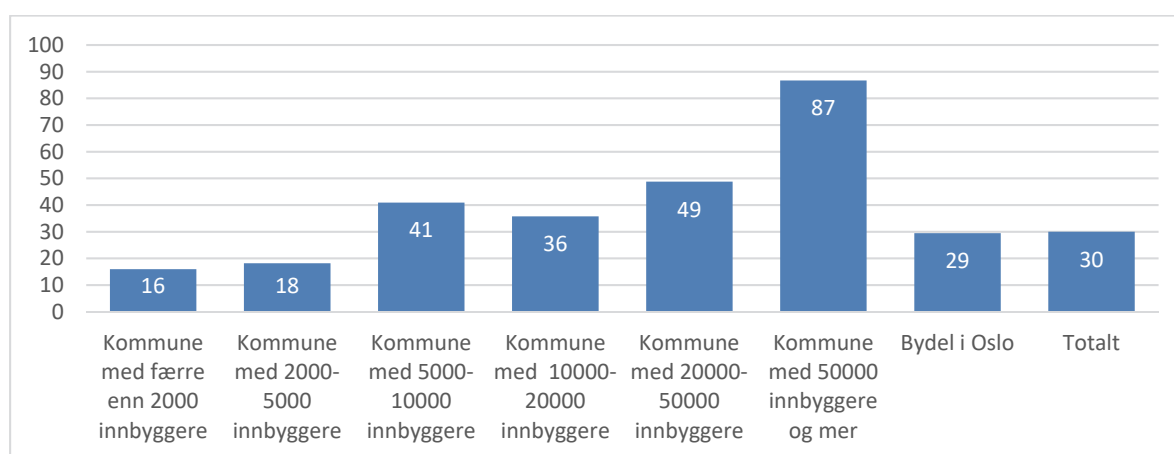
18.5 ENDRING I BOLIGSITUASJONEN I MÅLGRUPPEN FOR KOMMUNALT RUSARBEID SISTE ÅR

Det er 10 prosent av kommunene (41 kommuner) som erfarer en forverring i hvordan boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid har utviklet seg siste år, mens det er 32 prosent som opplever en bedring.

Tabell 18.3 Respons på spørsmål om hvordan boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid har utviklet seg siste år, 2016 (N=410) og 2017 (N=418)

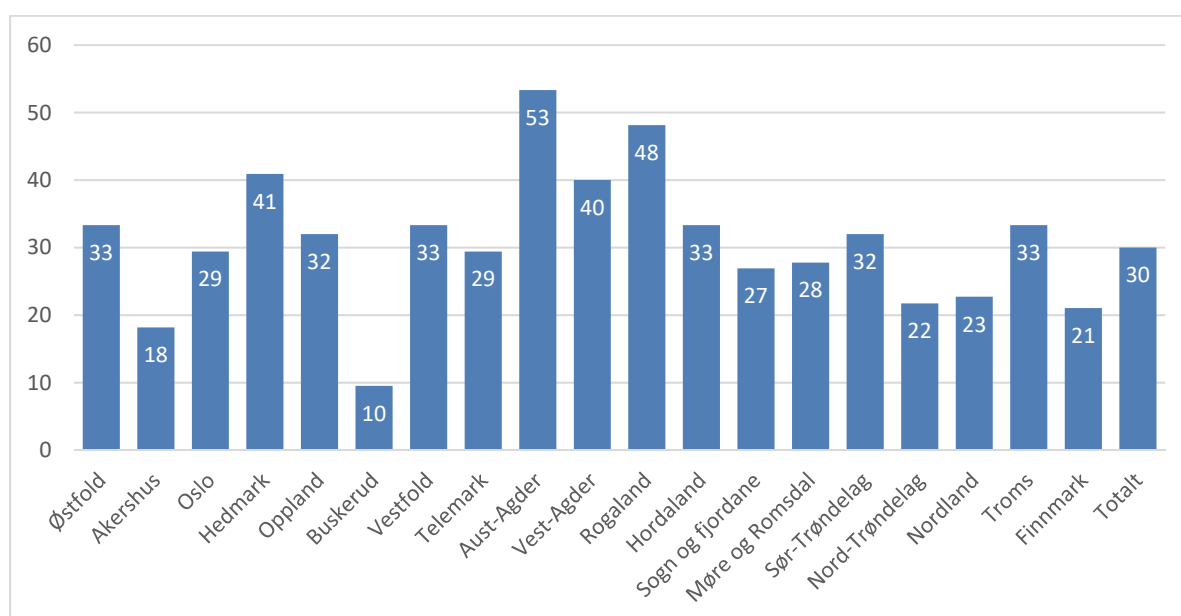
	2016	2017
Stor forverring	0	0
Forverring	11	10
Ingen endring	61	58
Bedring	23	27
Stor bedring	4	5
Totalt	100	100

Dersom vi ser på gruppen av kommuner som opplever bedring eller stor bedring (133 kommuner/bydeler, dvs. 30 prosent av alle kommunen/bydeler), finner vi at det er særlig de største kommunene som opplever bedring i boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid siste år, se figur 18.8.



Figur 18.8 Andel kommuner som opplevde bedring i boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid helsearbeid siste år, kommunistørrelse 2017.

Andelen er også her lav for kommuner i Buskerud og høy særlig i Aust-Agder og Rogaland.



Figur 18.9 Andel kommuner som opplevde bedring i boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid helsearbeid siste år, fylke 2017.

18.6 OPPSUMMERING

Det er 60 prosent av kommunene som oppgir at de i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, og dette er en økning på to prosentpoeng fra 2016. De som ikke opplever at de gir et godt tilbud, er typisk kommuner med færre enn 10 000 innbyggere.

Det er 22 prosent av kommunene som svarer at Husbankens ordninger i liten grad bidrar til at flere i målgruppen rus/psykisk sikres en bedre bosituasjon i deres kommune. Andelen som mener dette, faller med kommunestørrelse med unntak av de aller minste kommunene.

På spørsmål om endringer i boligsituasjonen siste år, er det 5 prosent av kommunene som svarer at det er en forverring innen psykisk helsearbeid og 10 prosent som svarer at det er en forverring innen rusarbeid. Men som i 2016, er det i 2017 mange flere kommuner som opplevde en bedring (om lag hver tredje kommune) enn en forverring.

19 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPASSER) FRA PRIVATE (IDEELLE ELLER KOMMERSIELLE AKTØRER)

Kommunene har i all hovedsak to valg når det kommer til å tilby heldøgns bo- og omsorgstjenester; de kan bygge og drifte tjenestene selv, eller de kan kjøpe tjenester fra private ideelle eller private kommersielle aktører. Med private ideelle aktører menes her aktører med mål om å gå i økonomisk balanse (for eksempel stiftelser). Med private kommersielle aktører menes aktører som har profitt som formål.

Oss bekjent er det lite systematisert kunnskap på psykisk helse- og rusfeltet om hvilke konsekvenser det har for tjenestene om kommunene velger det ene eller andre alternativet. Det er mest utbredt med kjøp av private tjenester til brukere med rusmiddelrelatert problematikk. Beddari (2013) studerte hvordan Oslo kommune har benyttet konkurranse som innkjøpsstrategi for anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige. Hun har sett på hvordan organiseringen av tjenestene og deres innhold påvirkes av å konkurranseutsette tjenestene. Informantene var ansatte i Oslo kommune med ansvar for å iverksette og gjennomføre anskaffelse av tjenester, samt private tilbydere av tjenester for rusmiddelavhengige som oppnådde kontrakt med kommunen i 2010. Konkurransutsatte tjenester til denne målgruppen i Oslo kommune utgjorde omtrent 30 prosent av kommunens tjenestetilbud i 2010. Informantenes erfaringer tilsa på den ene siden at konkurranseutsetting kan være en effektiv måte å forvalte idealer i ruspolitikken på, ettersom tilbyderne må tilpasse seg de føringer oppdragsgiver legger til grunn i utlysning og kontrakt. Samtidig kan offentlige anskaffelsesprosesser føre til mindre fleksible tjenester ved at partene bindes til kontrakten, og at bestillingen fra oppdragsgiver kan avvike fra det egentlige behovet i tjenestene. Dette kan igjen gå ut over både brukerne og tiltakenes resultatoppnåelse (Beddari 2013).

I 2016 svarte 44 prosent av kommunene at de kjøper private heldøgns bo- og omsorgstjenester. De aller fleste av disse plassene kjøpes som enkeltplasser, ikke gjennom rammeavtale. 26 prosent av kommunene kjøpte enkeltplasser hos private kommersielle aktører, mens 20 prosent av kommunene kjøpte plasser hos private ideelle organisasjoner. For de aller fleste kommunene (84 prosent) har det ikke vært endringer i kjøp av private tjenester sammenliknet med situasjonen ett år tilbake i tid. Det er særlig de mest folkerike kommunene som svarer at det har vært endringer. For mange av disse handler det om at man har bygget ut egne tjenester eller samarbeider med nabokommuner, og dermed i mindre grad trenger å kjøpe private tjenester, mens andre kommuner rapporterer om økt behov for døgnbemanning på én eller flere brukere. Å kjøpe tjenester fra private ideelle er mer vanlig i store kommuner med over 10 000 innbyggere, sammenliknet med de små kommunene. Dette handler sannsynligvis om tilgjengelighet til slike tjenester. Det er systematisk mer kjøp av tjenester på Østlandet og Sørlandet, sammenliknet med Midt-Norge og nordover.

19.1 DATAGRUNNLAG

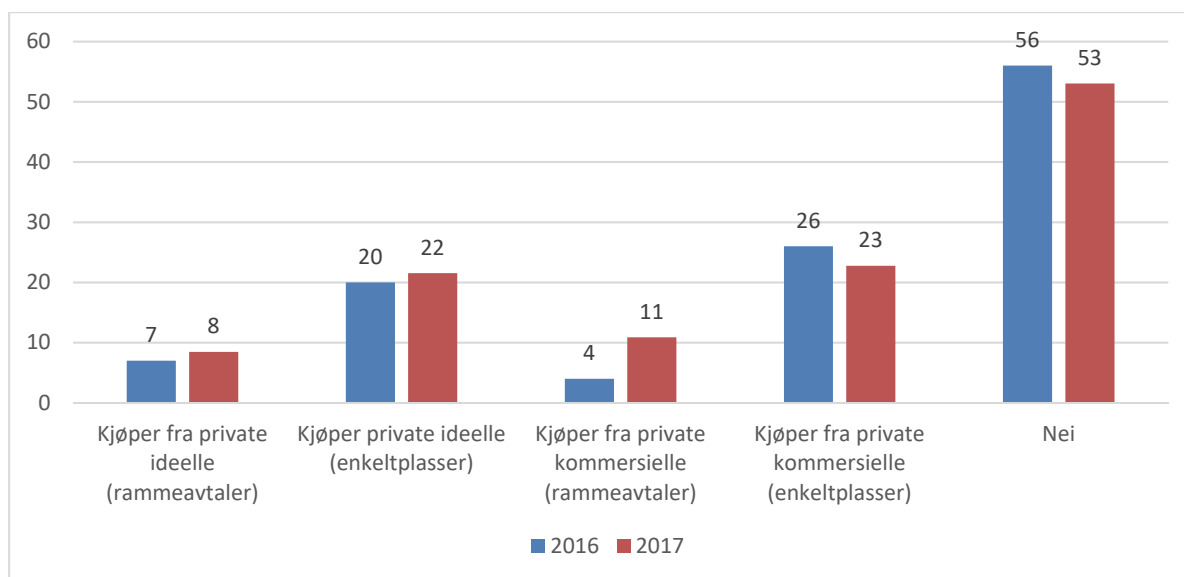
I 2017 er følgende kartlagt:

- Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid? (Flere kryss mulig)
 - Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler
 - Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser
 - Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler
 - Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser
 - Nei
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?
 - Hvis nei, hvorfor ikke?
- Har det vært endringer i kommunens/bydelens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året? (Ja/nei)
 - Hvis ja, hva består endringen av?

Det er 413 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålene, dvs. 93 prosent. Spørsmålene er uendret fra 2016 til 2017, så begge år tas med i fremstillingen i de nasjonale tallene. Når vi ser på fordelingen etter kommunestørrelse og fylke, viser vi kun 2017 tallene. Tilsvarende finnes for 2016 i forrige rapport.

19.2 OMFANG AV KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER INNEN PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

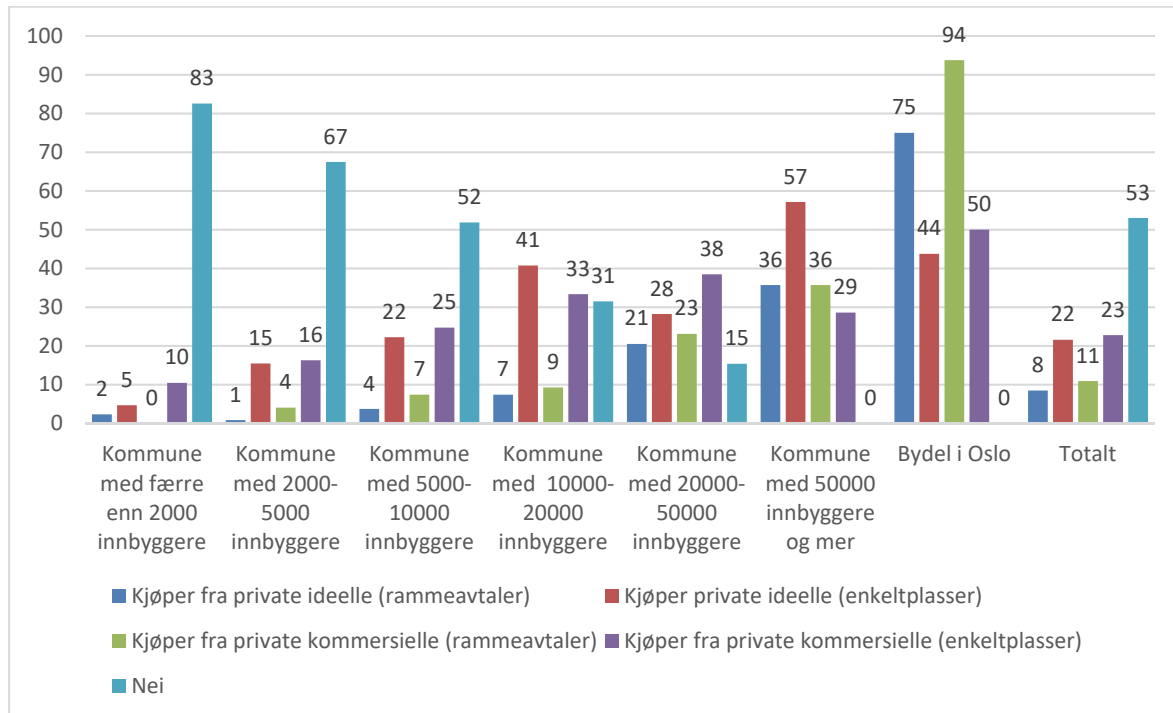
Det er noen flere kommuner/bydeler som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2017 enn i 2016, og det er en særlig vekst i kommuner som har inngått rammeavtale med private kommersielle aktører (økning fra 4 til 11 prosent), mens det er en nedgang i kjøp av enkeltplasser fra private kommersielle (reduksjon fra 26 til 23 prosent).



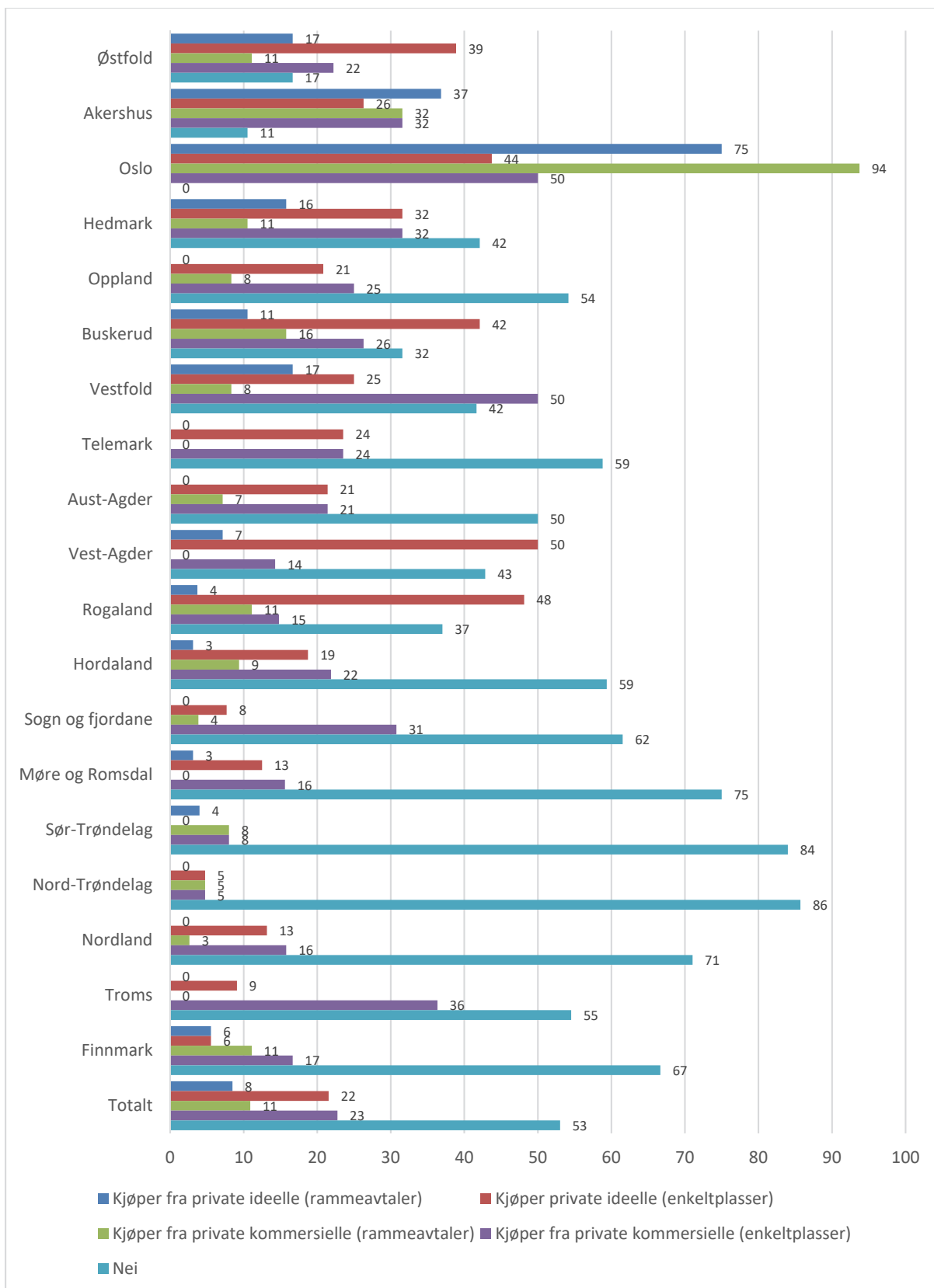
Figur 19.1 Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, 2016 (n=409) og 2017 (n=413)

Som i 2016, spurte vi hvilke tjenester som ble kjøpt, og 195 kommuner har gitt en kommentar. Som i fjor, har de fleste ikke spesifisert annet enn at det er heldøgns bo- og omsorgstjenester. Mange

kommuner kommenterer at de kjøper denne type tjenester til rusmiddelavhengige (inkl. ettervern som flere nevner), men det er også mange som kjøper tjenester innenfor psykisk helse til brukere som krever døgnbemanning. 117 kommuner hadde svart på hvorfor de *ikke* kjøper slike tjenester, og de aller fleste svarer at det ikke er behov for dette, at det ikke finnes private tilbud i nærheten eller at de samarbeider med andre kommuner om å gi et tilbud.



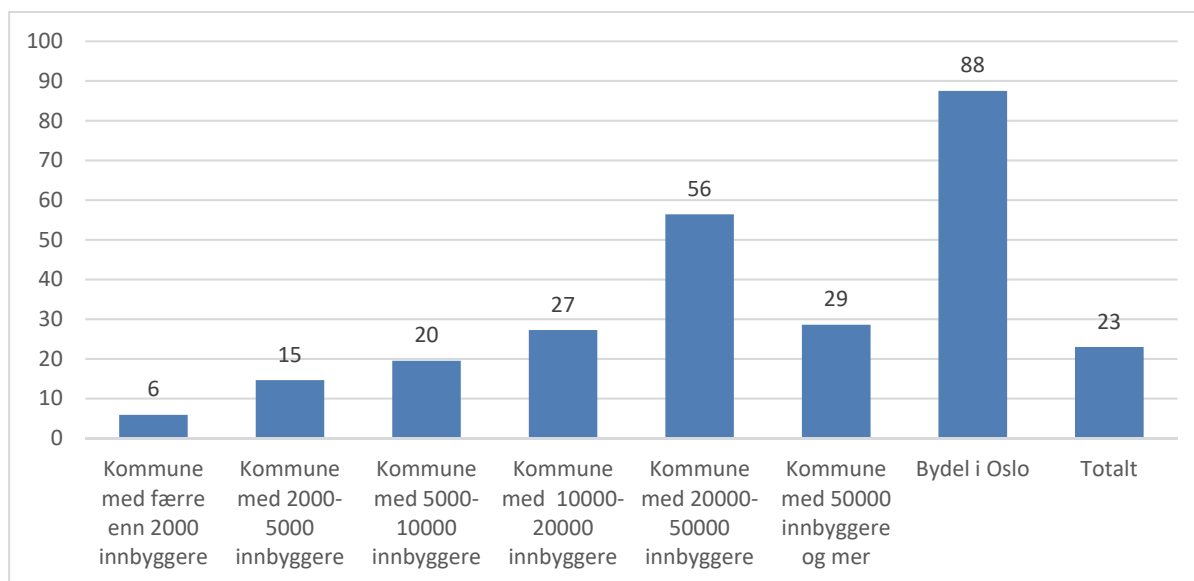
Figur 19.2 Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, kommunestørrelse 2017



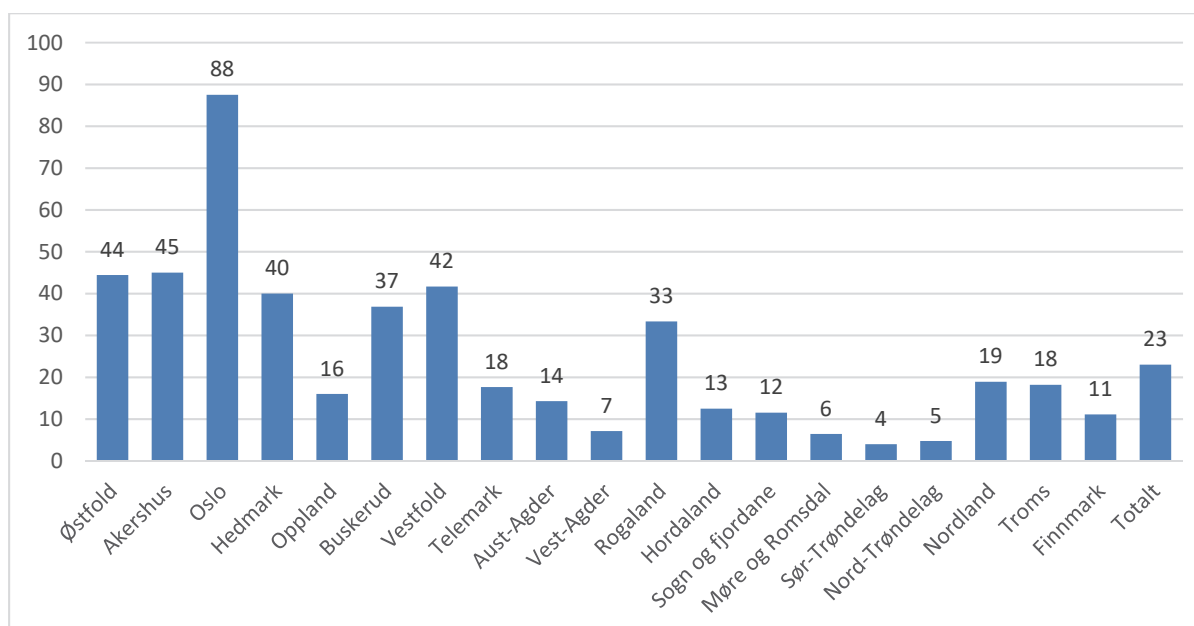
Figur 19.3 Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, fylke 2017

19.3 ENDRINGER I KJØP FRA PRIVATE AKTØRER

På spørsmål om det har vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private aktører i psykisk helse- og rusarbeid det siste året, svarer 77 prosent av kommunene nei til dette. I 2016 svarte 84 prosent at det ikke hadde vært endringer. 94 kommuner (23 prosent) svarer at det har vært endringer, mot 16 prosent i 2016. Det er betydelige forskjeller i kommuner som har hatt endringer etter kommunistørrelse og etter fylke. Vi tar derfor med andelene som svarer at det har vært endringer fordelt på ulike kommunistørrelsesgrupper og fylker.



Figur 19.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det har vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private aktører i psykisk helse- og rusarbeid det siste året, kommunistørrelse 2017 (N=414)



Figur 19.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det har vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private aktører i psykisk helse- og rusarbeid det siste året, fylke 2017 (N=414)

Det er ikke angitt noen retning på endringen, men det er 95 kommuner/bydeler som har svart på hva endringen består av. En del kommenterer at de har gått fra å kjøpe enkeltplasser til å inngå rammeavtaler, mens noen kommenterer at de har redusert kjøpene fordi kommunen har etablert eget tilbud og andre at de har en økning i antall plasser de kjøper. Noen kommuner har økt kjøp for en målgruppe, men redusert for en annen.

19.4 OPPSUMMERING

Det er 53 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de ikke kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid mot 56 prosent i 2016. Noen flere kommuner kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private ideelle aktører, men den tydeligste utviklingen er at flere kommuner har inngått rammeavtaler med private kommersielle aktører heller enn å kjøpe enkeltplasser. Kommunestørrelse har stor betydning for om kommunen kjøper tjenester eller ikke. Det er særlig en tydelig sammenheng mellom kommunestørrelse og kjøp fra private kommersielle aktører. Mens ingen av kommunene med under 2000 innbyggere, og 4 prosent av kommunene med 2000-5000 innbyggere, er det 36 prosent av kommunene med over 50000 innbyggere og 94 prosent av bydelene i Oslo som har inngått rammeavtaler med private kommersielle aktører. Det er også betydelig geografisk variasjon ellers i landet, og kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, har særlig lite omfang i trøndelagsfylkene.

Våren 2016 la Regjeringen frem Meld. St. 27 (2015–2016) "Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet"

Meldingen presenterer regjeringens hovedmål og hovedprioriteringer i IKT-politikken. Meldingen beskriver også hvordan IKT kan benyttes for å fornye, forenkle og forbedre offentlig sektor og varsler økt innsats på dette området. Med denne meldingen varsler regjeringen et digitalt taktskifte og høyere ambisjonsnivå. Regjeringen setter brukerens behov i sentrum. Tjenester skal oppleves som helhetlige og sammenhengende.

Meldingen påpeker blant annet følgende: "Offentlige virksomheter har ulike utgangspunkt for sin digitalisering. Mange sektorer er kommet langt i sitt digitaliseringsarbeid, men det er mer å hente. Regjeringen varsler i meldingen en styrking av digitalt førstevalg og fortsatt arbeid i retning av digital selvbetjening og det som ofte omtales som automatisert saksbehandling. Det innebærer for eksempel at vedtak kan fattes og tjenester tilbys uten at innbyggeren må søke om å få tjenesten. Regjeringen vil at det skal arbeides systematisk for å oppnå dette. De ulike sektorene må kartlegge hvordan digitalt førstevalg best kan fullføres på deres områder og utarbeide konkrete planer for dette."

Med denne bakgrunnen er det interessant å kartlegge hvordan tjenesteyterne som arbeider brukerrettet vurderer potensialet for økt bruk av teknologi og digitale løsninger innen psykisk helse- og rusarbeid i norske kommuner.

Vi tok derfor med følgende åpne spørsmål:

Ser dere et potensial for økt bruk av teknologi og digitale løsninger i forbindelse med oppfølging av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og i så fall på hvilken måte?

Følgende ledetekst ble gitt: Her ønsker vi oss refleksjoner fra dere om hvordan digitale løsninger kan lette arbeidshverdagen deres og bidra til bedre og koordinerte helsetjenester til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid. Det kan handle om f.eks. elektroniske journaler, selvhjelpstilbud og digital kommunikasjon med brukere osv.

Det er 332 kommuner/bydeler (75 prosent) som har svart på dette spørsmålet.

20.1 POTENSIAL I KOMMUNALT PSYKISK HELSE OG RUSARBEID

En del av brukergruppen innen psykisk helse- og rusarbeid har store utfordringer som er av en slik art at de vil ha vansker med å nyttiggjøre seg ny teknologi og digitale løsninger. En del av kommunene kommer med en påminnelse om dette:

Mange brukere med høyt symptomtrykk har ingen eller liten digital kompetanse, derfor må kommunens tilbud videreutvikles på flere plan parallelt slik at de er tilgjengelige både for de med og for de uten digital kompetanse (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

De dårligste brukerne har allerede store problemer med å organisere hverdag, planlegging, struktur, økonomistyring mv. Digitale løsninger vil passe best for de mest velfungerende? (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Dette er et vanskelig tema da rus og psykiatri har meget høy grad av ensomhet på grunn av manglende sosialt nettverk. Ser ikke at teknologiske løsninger kan rette dette ovenfor dagens brukere. Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Andre tenker likevel at akkurat disse brukerne kunne hatt nytte av digitale løsninger:

Det vurderes at noen i denne brukergruppen kan oppleve at digital kommunikasjon er mindre "krevende" og dermed gjennomførbart, heller enn at de ikke lukker opp for direkte besøk. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Og kanskje særlig de yngre brukerne:

Det hadde vore fint å få digitale individuelle planer som bruker sjølv kunne arbeidet i. Mange av dei unge er svært så gode på nettbaserte ting og det er eit stort utviklingspotensiale her. kommunikasjon går ofte digitalt. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

De fleste kommunene ser gode muligheter å digitalisere kommunikasjonen i større grad både mellom tjenesteyterne og mellom tjenester og brukere. Digital journalføring, E-meldinger og EPJ nevnes av mange:

Felles elektronisk journalsystem som kan bidra til økt samarbeid og mindre dobbeltarbeid (trenger avklaringer i forhold til bla. taushetsplikt), fleksible og moderne dataløsninger som er tilpasset nåtidens og fremtidens behov, tilrettelagt mulighet for elektronisk innregistrering av div skjemaer (eks IP, KOR), selvbetjeningsmuligheter for brukerne, velferdsteknologiløsninger på institusjonene. (Bydel i Oslo)

felles elektroniske journaler 1. og 2. linje, innføre "Stafettloggen", kommunikasjon via data med brukere, e-læringsprogrammer (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Særlig kommer det frem at poliklinikkene må kunne sende e-meldinger til kommunehelsetjenesten og ikke bare til fastlegene:

Vi har veldig god erfaring og god nytte av e-meldingsmulighetene vi har internt i kommunen (eks: fra psykisk helsearbeid til fastlege) og fra første linjetjenesten til andre linjetjenesten (eks: fra psykisk helsearbeid til dps). Vi savner imidlertid å ha mulighet til direkte kontakt til

behandler på poliklinikk i 2.linjetjenesten. Vi savner også denne muligheten opp mot klinikk for rus- og avhengighetsmedisin og PUT (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Når det gjelder kommunikasjon med brukerne, er det særlig at brukerne kan ta kontakt med tjenestene hjemmefra som fremheves, særlig der det er store avstander:

Digital kommunikasjon med brukere er interessant og aktuelt for kommuner som har store geografiske utfordringer og dårlig utbygd kommunikasjonsforbindelser som for eksempel busstilbud. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Ja her finnes absolutt potensiale. I vår kommune med svært spredt bosetting kan teknologi gi bedre kommunikasjon, hindre isolasjon, skape mer trygghet og samordne kompetanse som kan bli tilgjengelig for brukeren. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen ser stort potensial:

Påminning via mobiler, nettbrett og kontakt med brukere, ukeplan, dagsplan, medikamenter (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Mange bruker videokonferanse og digital kommunikasjon i dag, mens andre ønsker å ta i bruk i nye løsninger:

Savner et sikkert system for videosamtaler. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Vi har i skrivende stund etablert videokonferanse som ett fremtidig hjelpemiddel, der bla tidsbruk på kjøring over lange avstander vil kunne minkes betraktelig. Nærhet til ekspertise blir også ett løft for pasienter. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Kan være aktuelt med mobile samtaleløsninger - brukeren i sitt hjem, og behandler på kontoret. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Har allerede tatt i bruk safemate og brukt facetime. Ser behov for økt bruk av teknologi innen medisiner, facetime og annet. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere nevner også at digitale verktøy kan gi trygghet for brukerne:

Tryggingstiltak i form av alarm - hvor bruker som bor i bolig kan få direkte kontakt med hjelpeapparatet. Memotavle med alarm. SmartSam (Kontakt/skype). Medikamentdispenser som varsler om tid. Elektronisk IP. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Digitale tjenester som gjør det mulig å få kontakt med helsepersonell hjemmefra, som en trygghetstjeneste. Medisindispensere E læringsprogrammer (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Mange kommuner nevner digital teknologi i forhold til medikamentstøtte og medikamenthåndtering:

Medisindispenser ville lettet arbeidet og medført at så mange personer trenger å inn i brukers hjem (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Ønsker å bruke mer "pilly" til brukere, dette gjør de mer selvstendige. En bruker sa at han ikke følte seg som rusmisbruker lengre. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Medisindispensere hjemme hos den enkelte bruker (dette er under vurdering for utprøving i kommunen). (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Ønsker å ta i bruk elektroniske medisindosetter. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen henviser til det finnes en god del

Det finnes stadig flere app'er for håndtering av psykisk uhelse samt styrking av rutiner og struktur. Dette kan brukes mer aktivt, og gjøres mer tilgjengelig. Dette kan evt. fungere for pasienter med lettere psykiske plager. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre er i gang med arbeidet:

Ja. Eks. helseoppfølging på avstand, medisindispensere. Er i gang med prosjekt. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)

Det jobbed med web baserte IP løsninger fra 2018 (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Vi er pilotkommune innenfor velferdsteknologi og det vurderes utprøving av Ipad som et hjelpemiddel i kommunikasjon med bruker. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Digital journalføring (for eksempel EPJ på iPads) er innført i noen kommuner, mens andre har planer om å gjøre det:

Ikke alle har mobiltelefon, det bør på plass. Hjemmetjenesten starter opp med mobil pleie nå og dette ønsker vi oss også. Vi har mye igjen for å kunne dokumentere i journalsystem hjemme hos brukere. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Nettbaserte verktøy for individuelle planer og individuelle opplæringsplaner. EPJ på portable enheter slik at en har tilgang til journal ute hos bruker. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Gerica på håndholdte terminaler, eller flere med vpn løsninger (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

En del kommuner nevner også elektronisk IP, men flere sier at det ikke brukes i særlig grad og det oppleves som tungvint. Andre kommuner ønsker å innføre dette:

Ja. Vil gjerne ha Sampro IP og konferanseutstyr. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Noen ser også et potensial for digitale verktøy innen ambulante tjenester:

Har ett prosjekt knyttet til digital kommunikasjon innen psykisk helse. EPJ: Planlagt til bruk av "mobil omsorg" som ledd i digitaliseringssatsingen i kommunen. Digital kommunikasjon mellom hjemmeboende og ambulierende personell. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

IKT- verktøy for elektronisk dialog som lagrer seg på journalen. Skype eller lignende ift samtaler oppfølging kan i noen grad brukes ambulant arbeid (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Fleire kommuner påpeker at digitalisering og bruk av ny teknologi kan øke tilgjengeligheten til tjenestene:

Innføring av mobil omsorg bedrer muligheten for å finne ønsket dokumentasjon og det er enklere og dokumentere. Digital kommunikasjonsplattform ville øke sjansen til å nå ut til flere med info om aktuelt aktivitets- og gruppetilbud. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Ja. Chat på kveldstid eller helg, mulighet for epost henvendelser, digitale henvendelseskjema (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Bruk av sosiale medier (f.eks. Facebook, SnapChat) for å nå ut til flere unge brukere med hjelpebehov -> økt tilgjengelighet. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Det aller flest kommuner nevner, er potensialet for digitale eller nettbaserte selvhjelpstilbud til brukerne, særlig innen hovedforløp 1 og hovedforløp 2:

Ja. Innenfor feltet Rask Psykisk Helsehjelp finnes det flere digitale verktøy for selvhjelp basert på kognitiv terapi som vi kan gjøre tilgjengelig. Vi jobber derfor med en utvikling av både hjemmesiden vår og bruk av sosiale medier for å gjøre slike verktøy tilgjengelige for alle innbyggere i kommunen. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Utvikling og benyttelse av selvhjelp i forhold til ulike diagnoser i pasientforløp 1 og 2 - eks selvhjelpsside norsk kognitiv forening. Mulighet til å bistå brukere ambulant elektronisk - de har ofte ikke pc / datatilgang /kompetanse (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Ja, vi har etablert en digital løsning for selvhjelp innen depresjon, angst og søvnevansker til gruppen mild/moderate vansker, emn som også kan benyttes av kortvarige alvorlige og langvarige moderate. Startet 1.1.17, men foreløpige resultater er lovende for at vi her når flere grupper, særlig unge voksne og menn. (Bydel i Oslo)

Noen kommuner ser kanskje ikke det helt store potensialet selv om mye foregår digitalt allerede:

Brukerne kommuniserer mer på sms enn tidligere. Tjenesten ser et behov for hvordan dokumentere denne kontakten pga manglende smarttelefoner bl.a (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Usikker. Ser potensiale i utvikling. Pr nå brukes mobiltelefon med tekstmelding til mye kommunikasjon. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Dette er foreløpig uklart hva og hvilke teknologiske hjelpemidler man har behov for. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Vi ser ikke et økt potensiale i løpet av den nærmeste tiden (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

pr. idag har kommunen så mange uløyste oppgaver, at det vert vanskeleg å reflektere over korleis bruk av digitale løysingar kan lette arbeidskvardagen. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Men noen kommuner har kommet lenger og har planer:

Kommunen er med i et pilotprosjekt for digitalisering. Formålet med prosjektet er økt brukermedvirkning og økt selvbestemmelse og frihet. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Ja. Vi har nettopp søkt om midler til en forstudie for hvordan slik teknologi kan integreres i et nytt, planlagt botilbud for voksne med diagnoser innen psykisk helse/rus (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Noen har mange ideer om hvordan ny teknologi og digitalisering kan benyttes innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid:

Ja, i stor grad; Digitalt sjølvhjelpsmateriell for pasientar/ innbyggjarar Omsorgsteknologi Mobil omsorg, sikring av kvalitet i tenesta med lett tilgjengelig info når ein er ute på hjul Kompetansehevande tiltak, tilgjengelig på nett eller med sype løysingar Sikringstiltak tilsette, alarmsystem på telefon Men; Dei nye løysingane har og negative side for alle som slit kognitivt og ikkje klarer og manøvrere i det digitale samfunnet, og/ eller passe på sine id-brikker. Vi får personar som er digitalt funksjonsnedsette, som opplever seg endå meir verdilause og krenka, og som heller ikkje får sine rettar. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

En kommune fremhever at det må settes av tid til opplæring i en travel hverdag:

Det har vi tru på, men all ny opplæring må ikkje komme samtidig (har vore svært mange nye system å setje seg inn i siste åra). Det må òg setjast av tid til denne opplæringa. Vi som skal setje oss inn dette spring frå det eine til det andre. Då krev det sin person å bli god på ny teknologi òg. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

En annen fremhever at digitalisering kan gi mer administrativ tid på kontoret, slik at dette går ut over brukeroppfølgingen. Men de fleste ser ut til å forvente at digitale løsninger kan frigjøre tid til de brukerne som trenger det mest.

20.2 OPPSUMMERING

Det er 332 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet (75 prosent) om de ser et potensial for økt bruk av teknologi og digitale løsninger i forbindelse med oppfølging av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. De aller fleste svarer at de ser et betydelig potensial, men noen svarer at en stor del av brukergruppen har alvorlige utfordringer slik at de først og fremst har behov for menneskelig oppfølging.

Digitale og mobile løsninger for journalføring slik at denne kan føres når tjenesteyterne er hjemme hos brukerne, trekkes frem som et betydelig potensial.

Mange ser stort potensial i digital kommunikasjon. Både mellom tjenesteytere på ulike tjenestenivå, tjenesteytere på samme tjenestenivå og mellom tjenestene og den enkelte bruker. Særlig at det kan avholdes møter med bruker og tjenesteytere når bruker er hjemme fremheves som viktig, særlig der det er lang reisevei mellom tjenestene og brukeren.

Det aller største potensialet ifølge kommunene, er digitale lavterskeltilbud med gode selvhjelps-verktøy særlig for hovedforløp 1 og hovedforløp 2.

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

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene for psykisk helse og rus. Følgende sentre er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KORUS (regionale kompetansesenter for russpørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)

Dette temaet har vært med i de tre siste kartleggingene, men spørsmålene har variert. Resultatene fra de to foregående kartleggingene har vist at det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS, ROP-tjenesten.

Sentrene har ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene. Formålet med kapitlet er derfor ikke å sammenlikne sentrene.

KORUS er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (86 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (80 prosent). NAPHA har vært benyttet av 65 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 59 prosent av kommunene. Det er 52 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten. Bruken av kompetansesentrene handler i stor grad om å finne informasjon fra nettsiden, delta på ulike kurs og få tilgang til fagstoff.

21.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra 53 ulike variabler i datasettet. Det er rundt 420 kommuner/bydeler som har svart (95 prosent) på følgende spørsmål:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt:
 - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
 - KORUS (regionale kompetansesenter for russpørsmål)
 - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
 - RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
 - ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig)
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler

- Deltatt på kurs
- Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
- Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått?
- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner som har kontakt med ressurscenterne heller enn tjenestene. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra et par kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. I dette kapittelet er de som har svart "Svært nyttig" eller "Nyttig" kodet som "Nyttig".

Den første delen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i 2016. Vi tar derfor med begge årene i fremstillingene. I dette kapittelet teller Oslo som en kommune.

21.2 NAPHA

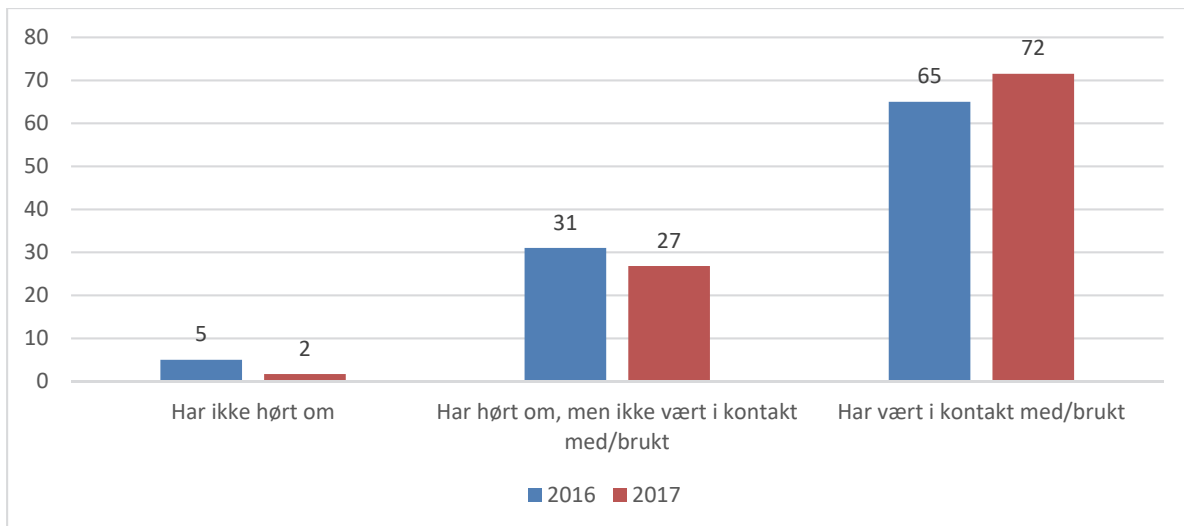
NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom oppdragsbrev og styringsmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

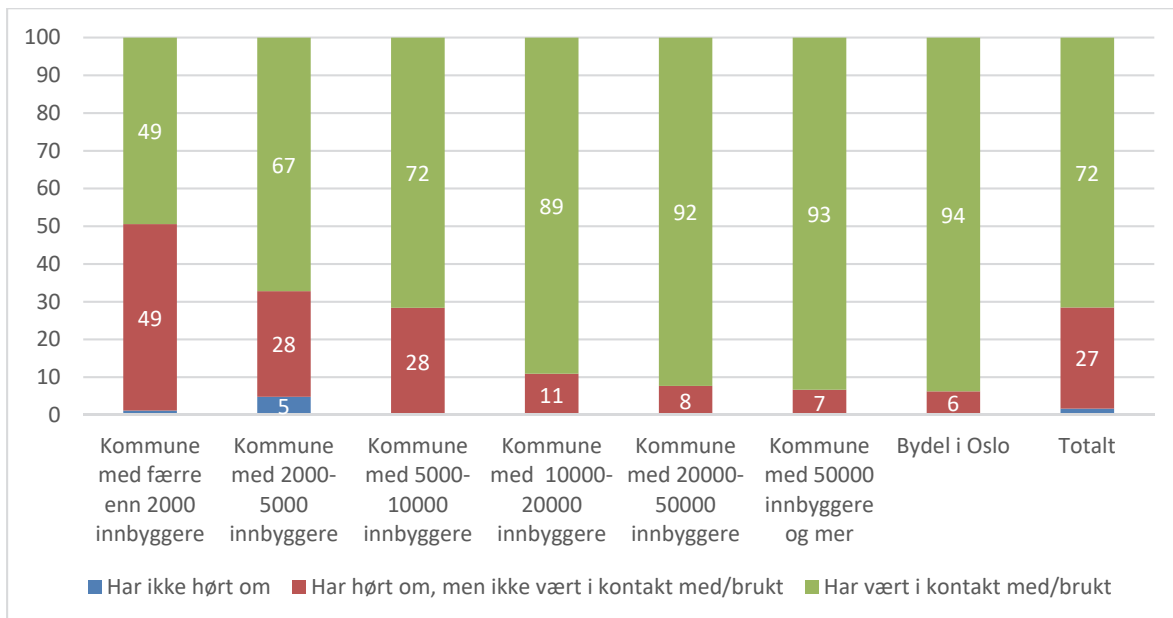
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark.
- Team Midt dekker Nord- og Sør-Trøndelag, samt Møre og Romsdal.
- Team Vest dekker Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.
- Team Sør dekker Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.
- Team Øst dekker Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland.

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Fra figur 21.1 ser vi at det er 72 prosent av kommunene som har vært i kontakt med NAPHA, en økning på syv prosentpoeng siden 2016.

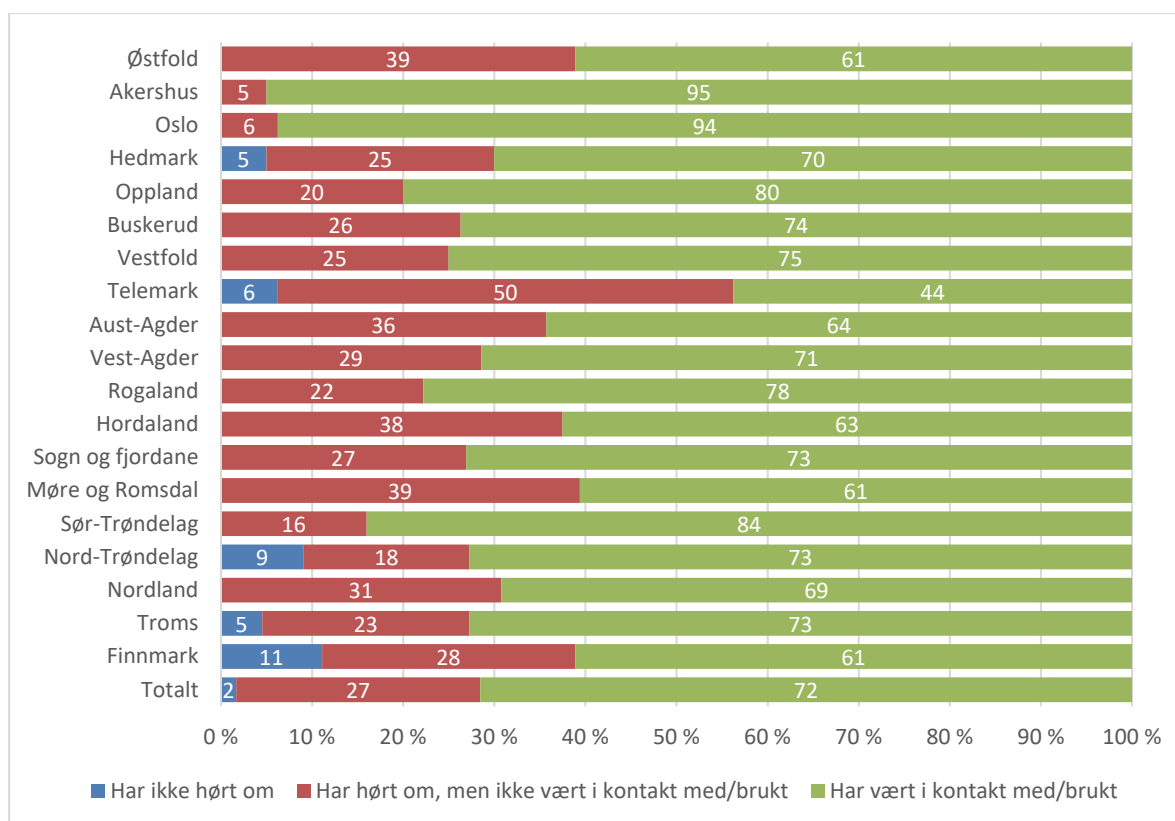


Figur 21.1 Andel kommuner som kjenner til NAPHA, 2016 og 2017.



Figur 21.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, kommunestørrelse 2017.

Det er en betydelig lavere andel av de små kommunene som har vært i kontakt med eller brukt NAPHA, jf. figuren over. Når det kun er 2 prosent av kommunene som ikke har hørt om NAPHA, er det så få at de forsvinner i figuren, men den største andelen (5 prosent) ligger i den nest minste kommunegruppen.



Figur 21.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA, fylke 2017.

Fra tabell 21.1 ser vi at 70 prosent av kommunene svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA, mens 63 prosent av kommunene oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA. 40 prosent har deltatt på kurs, mens 21 prosent har deltatt på kompetansehevende program/tiltak.

Tabell 21.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426)

	2016		2017	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	247	58	298	70
Lest fagartikler	218	51	269	63
Deltatt på kurs	159	37	169	40
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18	89	21
Telefonkontakt	60	14	109	26
Konkret samarbeid	55	13	79	19
Annet, hva	12	3	16	4
E-læringstilbud	11	3	20	5

21.3 KORUS

Kompetansesenter rus (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Kompetansesenterets primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal skje i tett

samarbeid med andre regionale aktører, og bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet (Tilskuddsbrev til de regionale kompetansesentre rus (KoRus)).

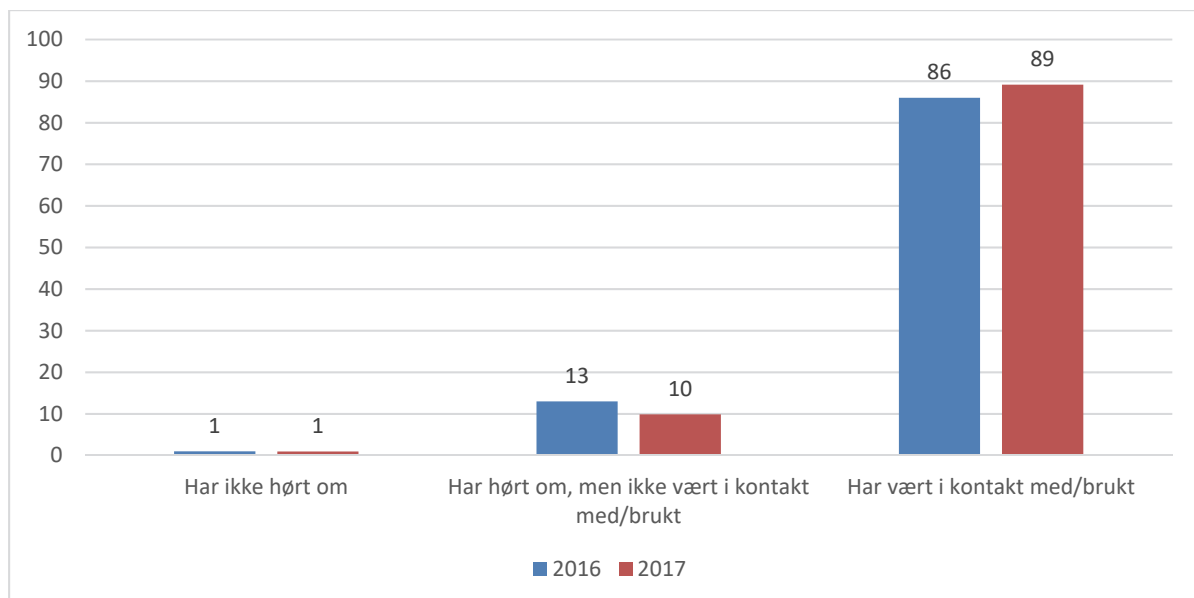
Sentrene innsats skal være konsentrert rundt følgende kjerneoppdrag:

- Rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet
- Tidlig intervensjon
- Rusbehandling (på alle nivå)

Det er 7 KoRus:

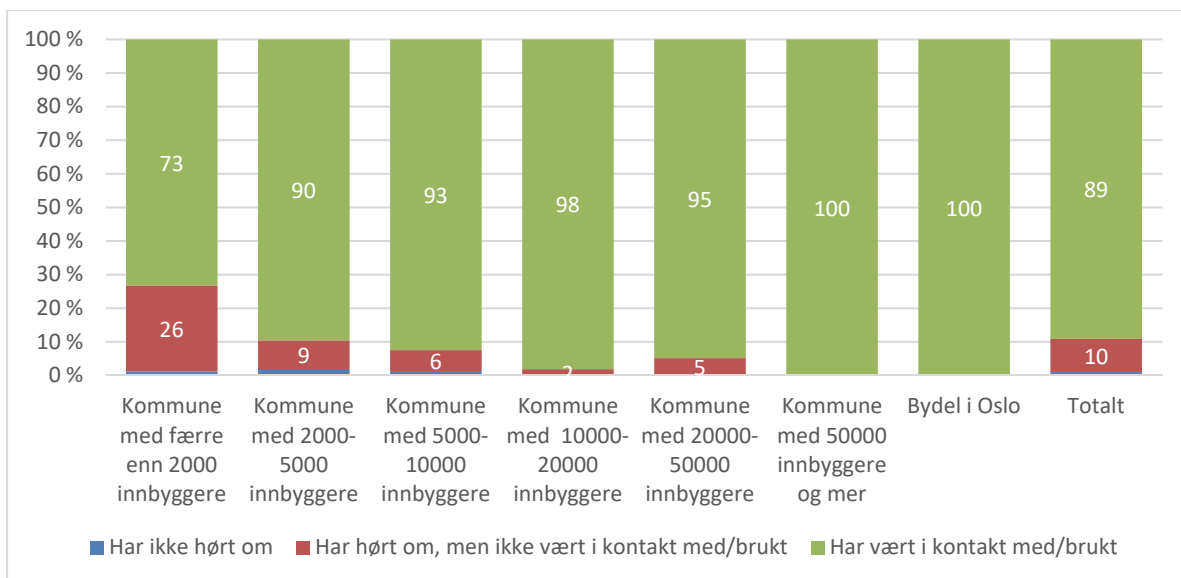
- Øst-norsk kompetansesenter/ KoRus Øst (for fylkene Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland)
- Midt-norsk kompetansesenter/ KoRus Midt (for Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag)
- Borgestadklinikken/ KoRus Sør (for fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder)
- Rogaland A-senter/ KoRus Vest Stavanger (for Rogaland)
- Stiftelsen Bergensklinikkene/ KoRus Vest Bergen (for fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane)
- Rusmiddeletatens kompetansesenter/ KoRus Oslo (for Oslo)
- Nordnorsk kompetansesenter/KoRus Nord (for fylkene Nordland, Troms og Finnmark)

Fra figur 21.2 ser vi at 89 prosent av kommunene oppgir å ha vært i kontakt med KORUS, en økning fra 86 prosent fra 2016.

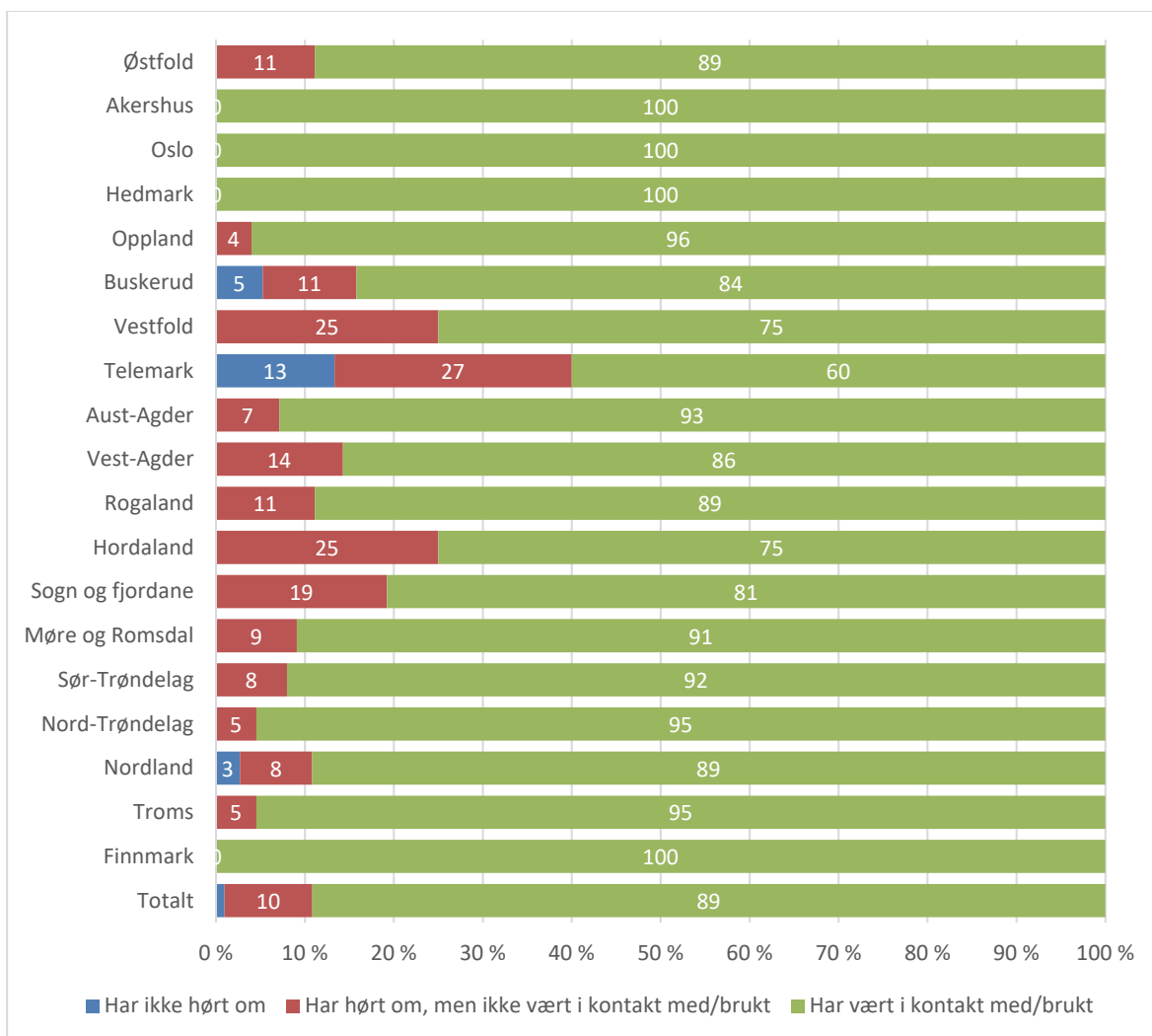


Figur 21.4 Andel kommuner som kjenner til KoRus, 2016 og 2017.

Det er 60 prosent av landets kommuner som svarer at de har deltatt på kurs, mens 62 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 21.2. Totalt har 53 prosent av landets kommuner hatt konkret samarbeid med KORUS mens 43 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevede tiltak.



Figur 21.5 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, kommunestørrelse 2017.



Figur 21.6 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KoRus, fylke 2017.

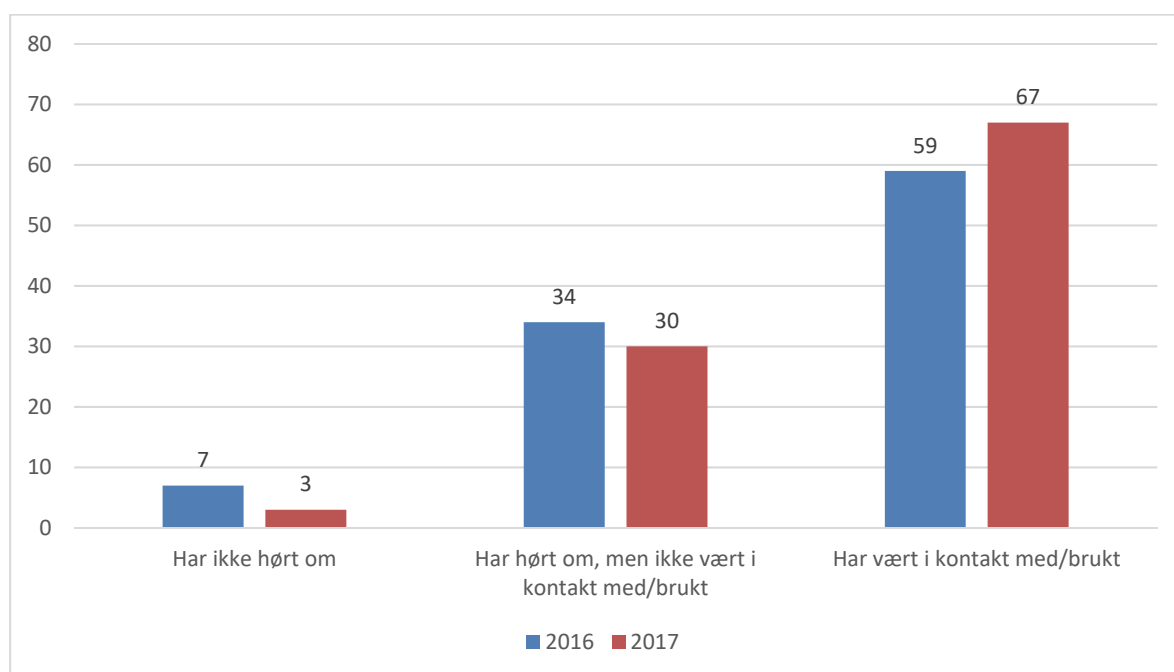
Tabell 21.2 Kontakt med KoRus, 2016 (N=428) og 2017 (n=426)

	2016		2017	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Deltatt på kurs	233	54	256	60
Besøkt nettsiden	208	49	266	62
Konkret samarbeid	188	44	225	53
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	165	39	184	43
Lest fagartikler	163	38	204	48
Telefonkontakt	147	34	200	47
E-læringstilbud	22	5	19	4
Annet	13	3	17	4

21.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

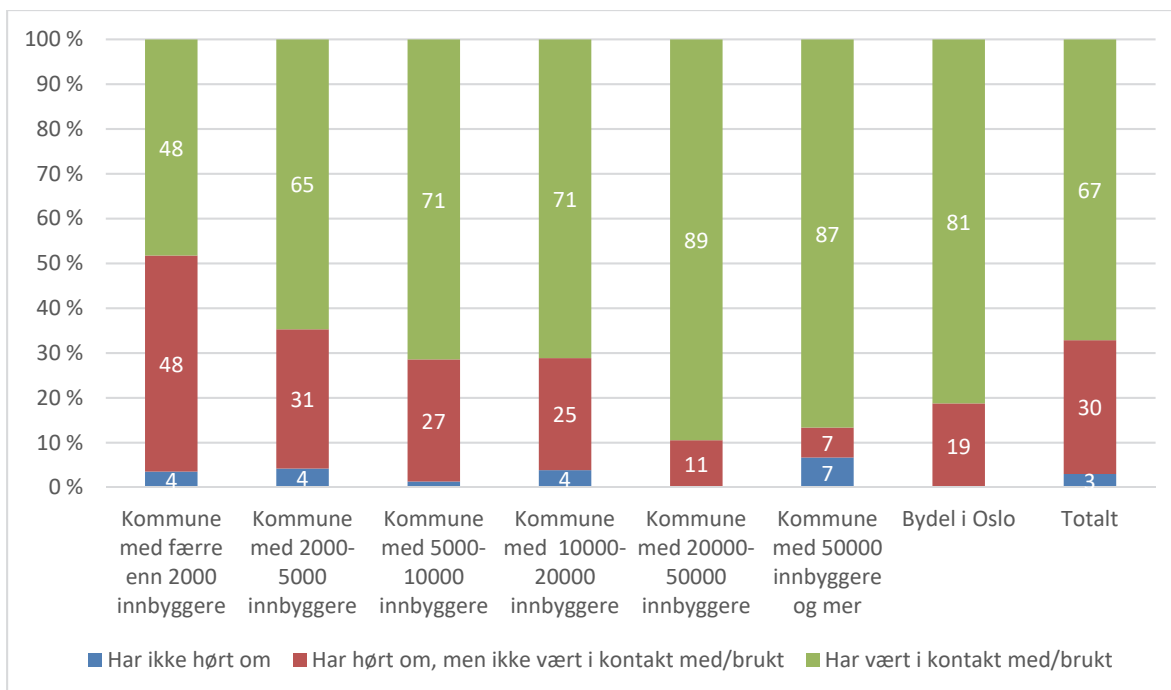
Det er fire regionale RBUP senter og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern.

Som vist i figur 21.7, er det nær seksti prosent av kommunene som har brukt RBUP.

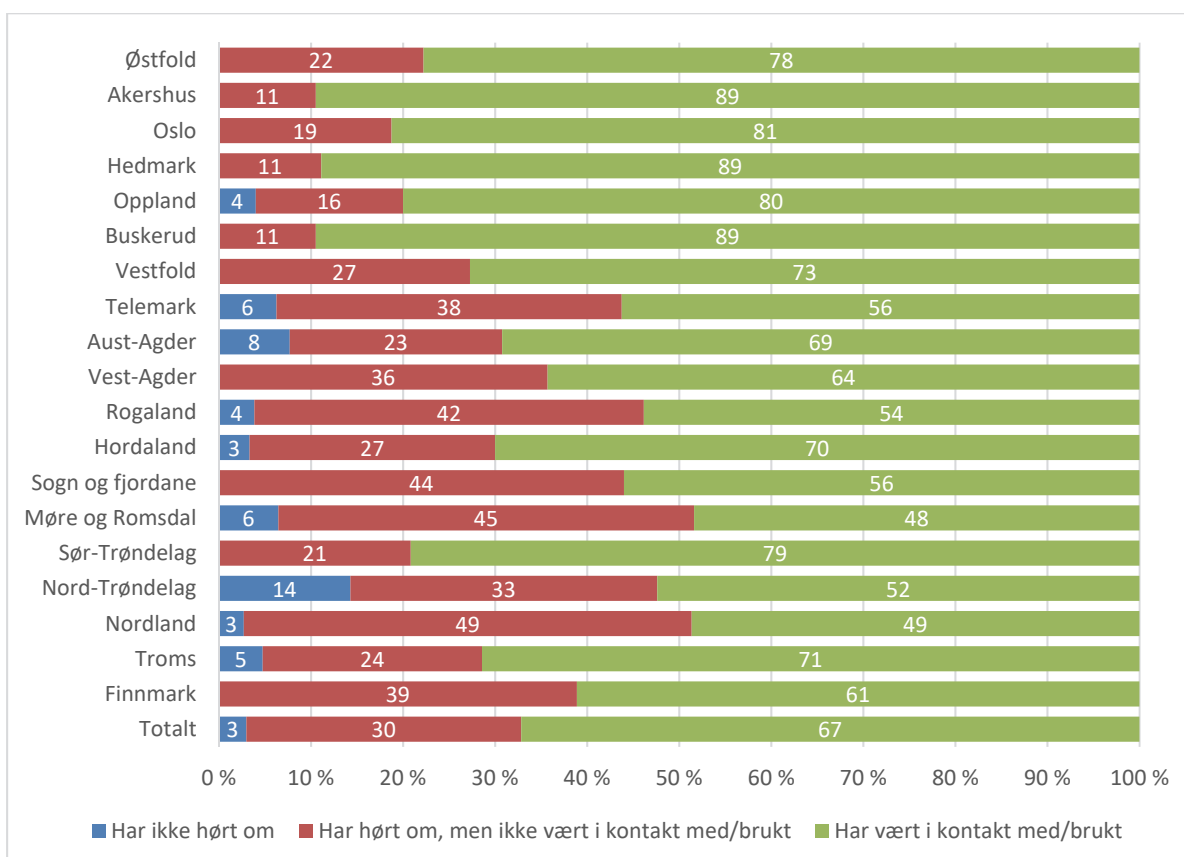


Figur 21.7 Andel kommuner som kjenner til RBUP/RKBU, 2016 og 2017.

Det er 39 prosent av kommunene som oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, mens 47 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 21.3.



Figur 21.8 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, kommunestørrelse 2017.



Figur 21.9 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2017.

Tabell 21.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428) og 2017 (n=426)

	2016		2017	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Deltatt på kurs	129	30	168	39
Besøkt nettsiden	127	30	202	47
Lest fagartikler	92	21	148	35
Konkret samarbeid	70	16	80	19
Telefonkontakt	64	15	95	22
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	70	16	86	20
E-læringstilbud	7	2	10	2
Annet	12	3	7	2

21.5 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)

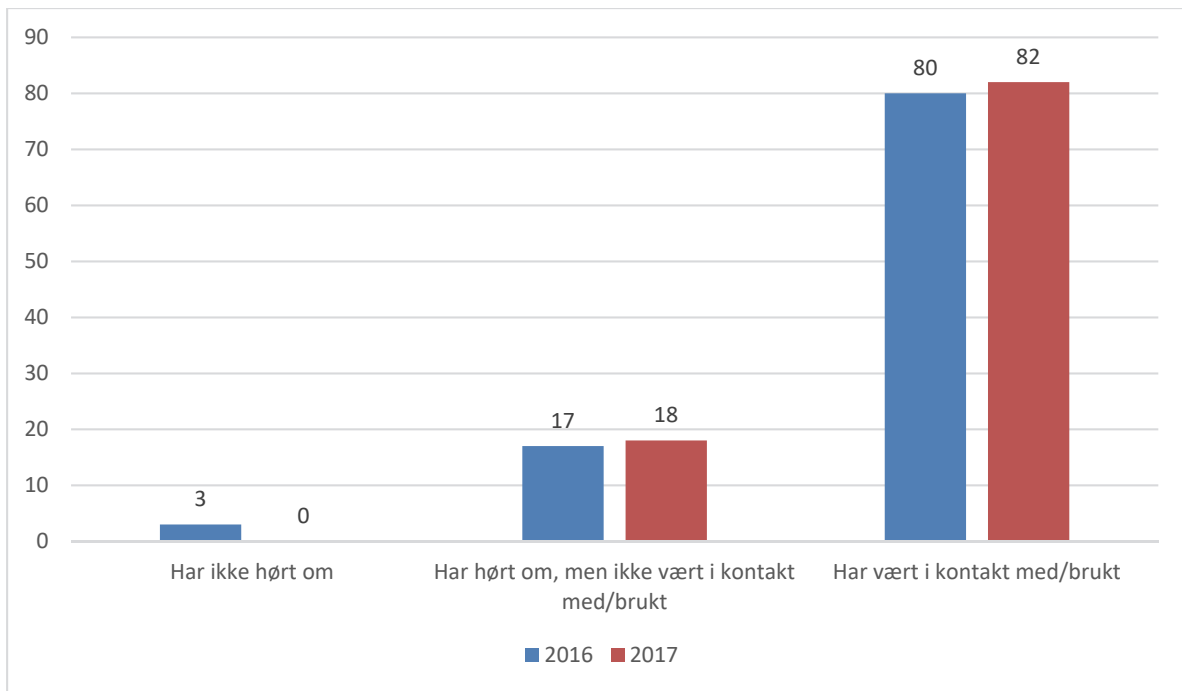
Det er fem regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet.

De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

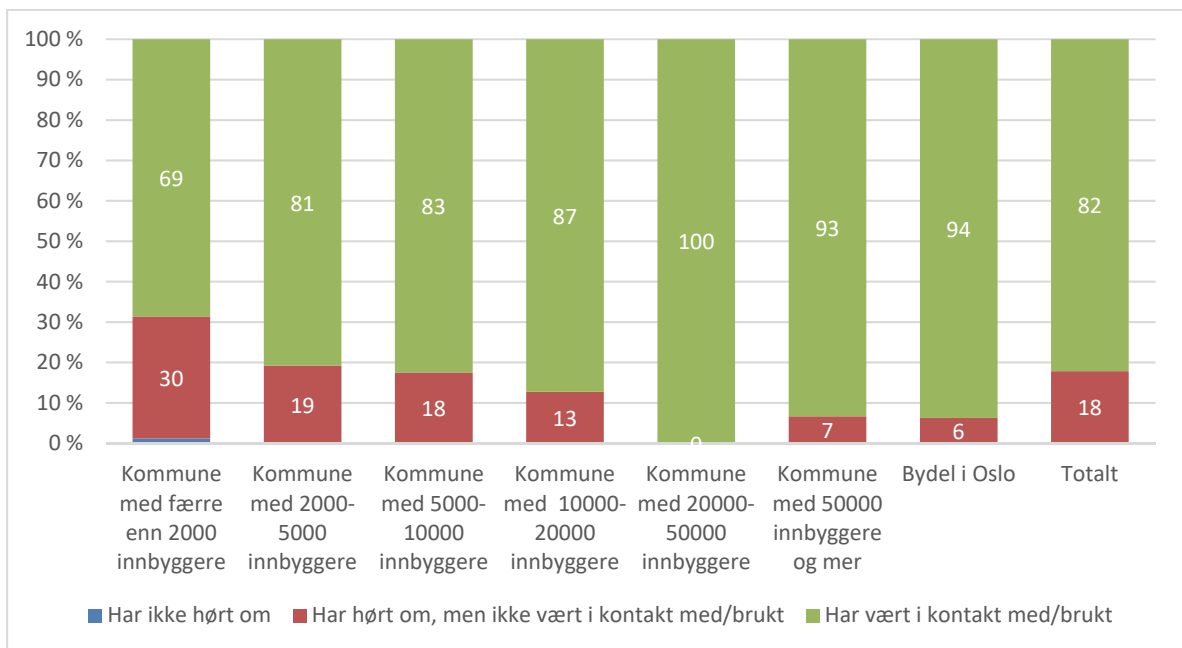
Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

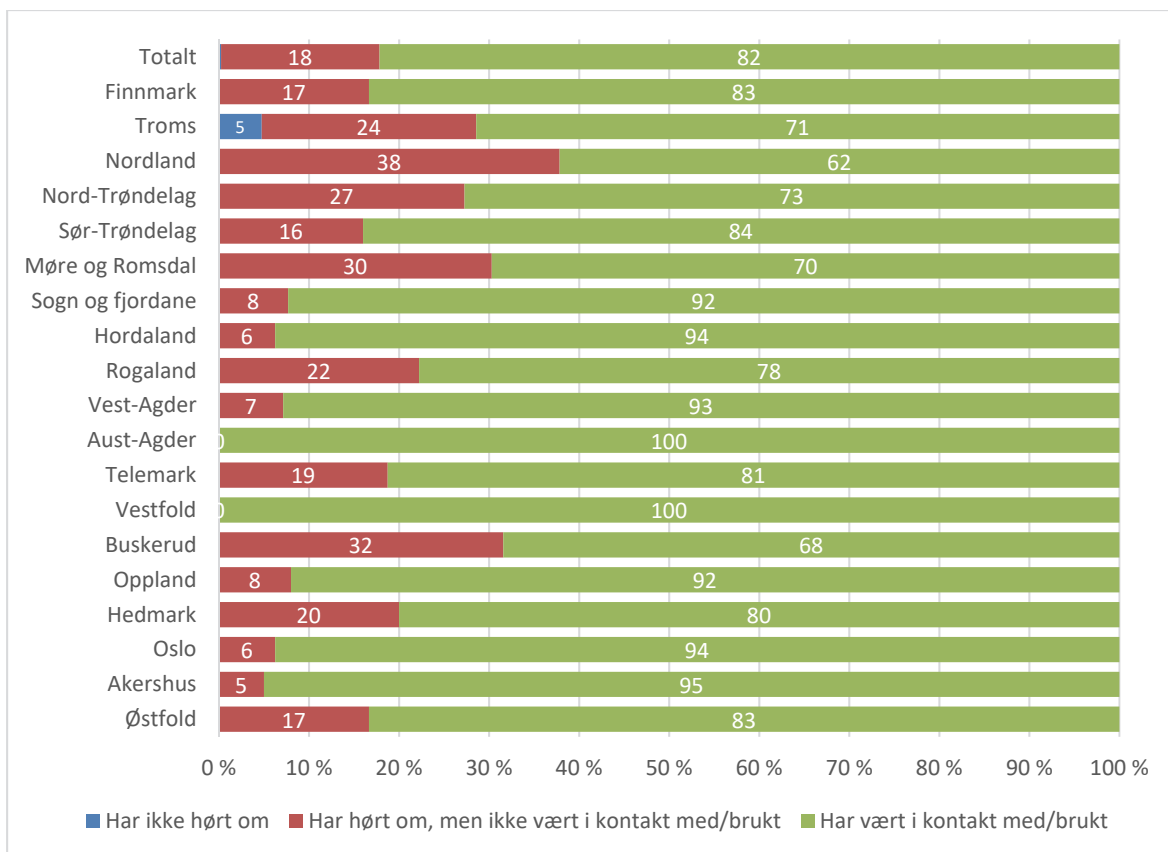
Som vist i figur 18.4, er det 82 prosent av kommunene som våren 2017 svarer at de har vært i kontakt med RVTS. Det er kun en liten kommune i Troms som har svart at de ikke kjenner RVTS.



Figur 21.10 Andel kommuner som kjenner til RVTS, 2016 og 2017.



Figur 21.11 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, kommunestørrelse 2017.



Figur 21.12 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, fylke 2017.

57 prosent av kommunene oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RVTS og 60 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 21.4. Det er 31 prosent av kommunene som oppgir at de har vært i telefonisk kontakt med RVTS.

Tabell 21.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428) og 2017 (n=426)

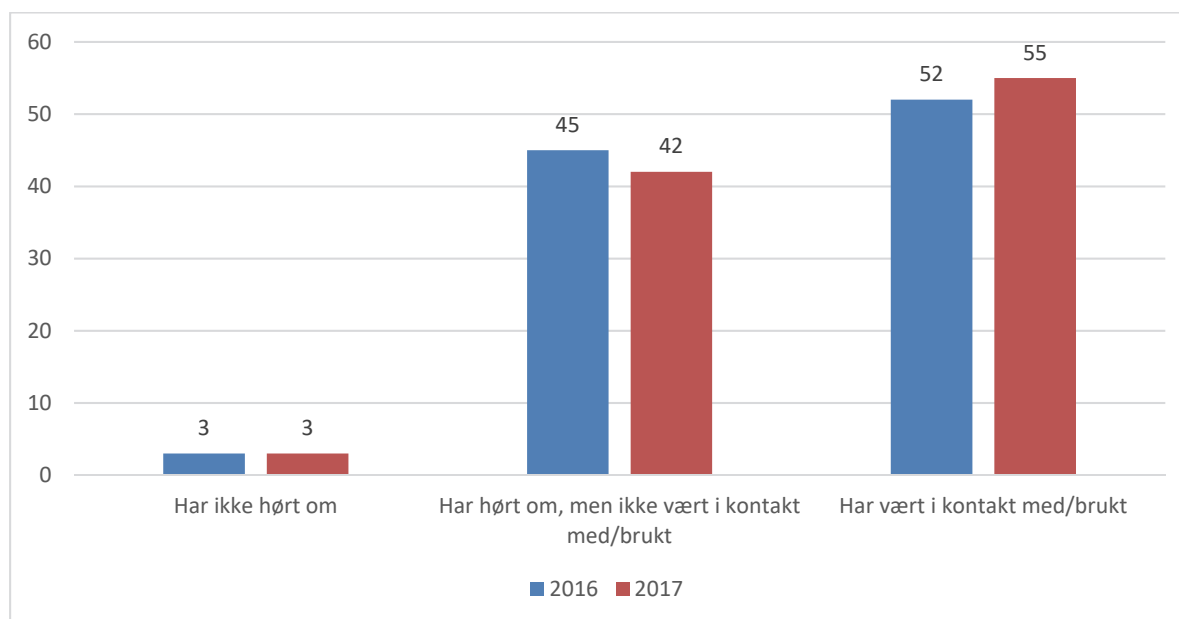
	2016		2017	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	181	42	256	60
Deltatt på kurs	218	51	244	57
Lest fagartikler	140	33	187	44
Deltatt på kompetansehevede program/tiltak	119	28	134	31
Telefonkontakt	97	23	133	31
Konkret samarbeid	110	26	124	29
E-læringstilbud	27	6	42	10
Annet	10	2	10	2

21.6 ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

ROP-tjenesten ble formelt etablert 1. juli 2012 og er en tjeneste sammensatt av ansatte fra tidligere Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (RKDD) og ROP- virksomheten ved Kompetansesenter Rus- Region Øst (KoRus-Øst). Tjenesten har 15 ansatte og er organisert i Divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF.

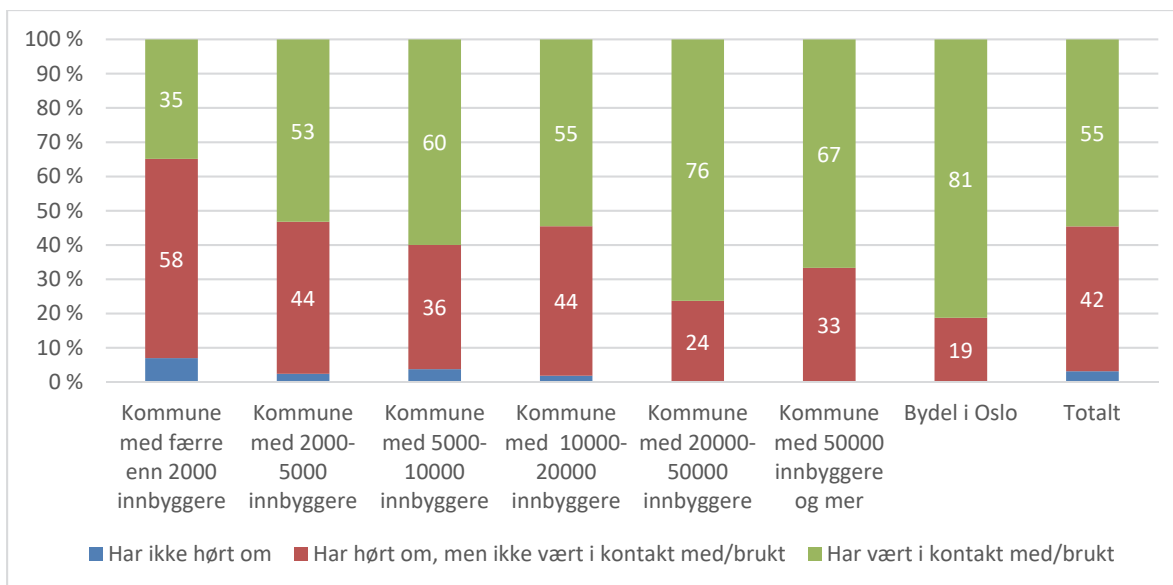
De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Totalt svarer 55 prosent av kommunene at de har vært i kontakt med ROP-tjenesten, se figur 21.13.

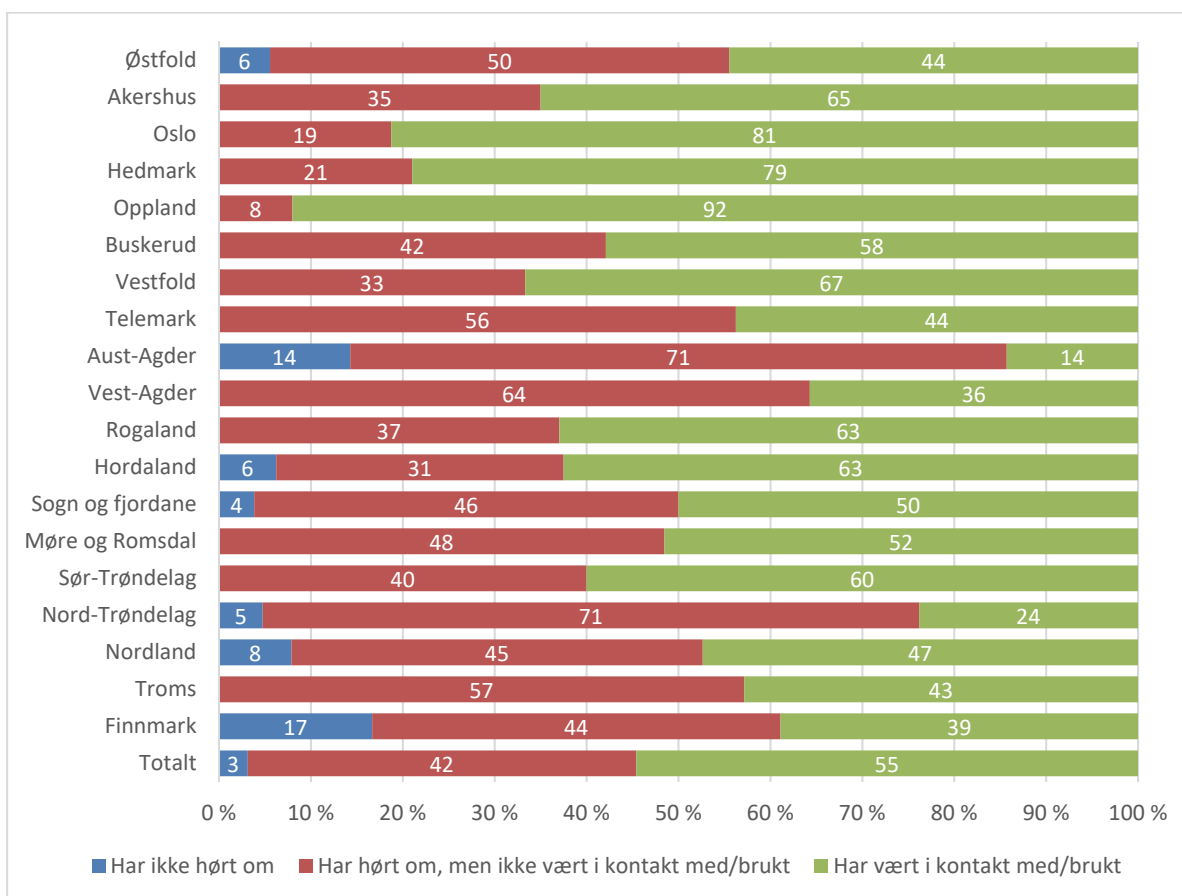


Figur 21.13 Andel kommuner som kjenner til ROP-tjenesten, 2016 og 2017.

Totalt har 58 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til ROP-tjenesten, mens 42 prosent har lest fagartikler fra ROP-tjenesten, se tabell 21.5.



Figur 21.14 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til ROP-tjenesten, kommunestørrelse 2017.



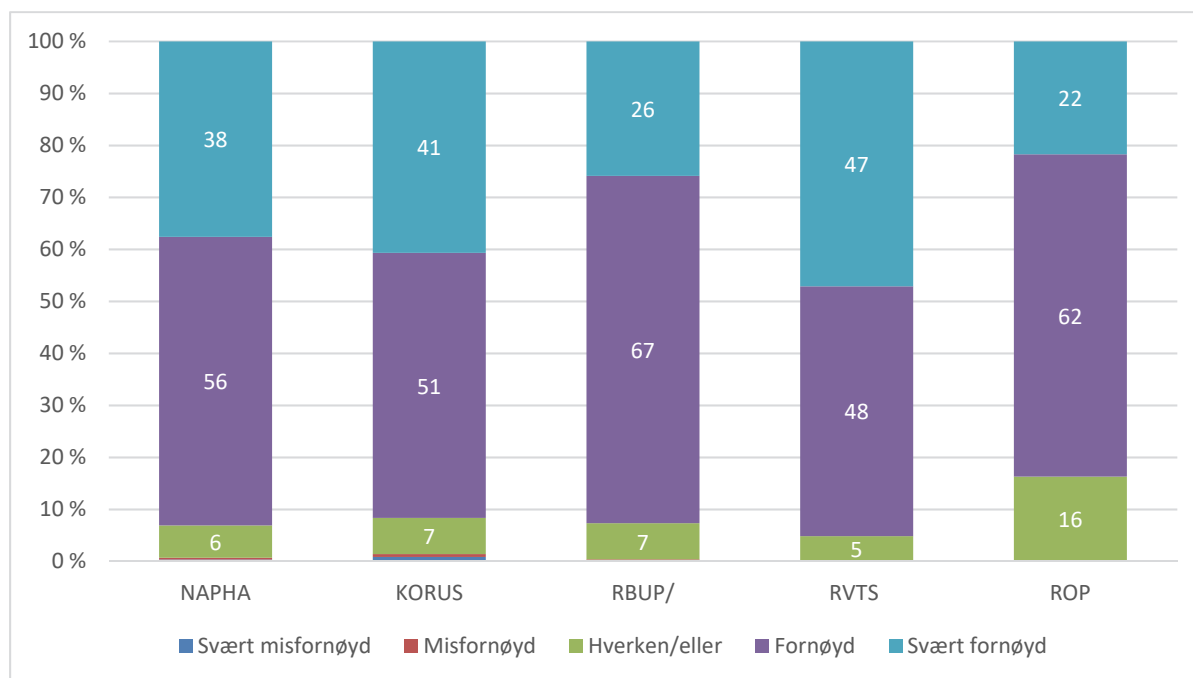
Figur 21.15 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS, fylke 2017.

Tabell 21.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428) og 2017 (n=426).

	2016		2017	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	163	38	245	58
Lest fagartikler	127	30	177	42
Deltatt på kurs	119	28	108	25
Telefonkontakt	52	12	49	12
Konkret samarbeid	49	11	47	11
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11	48	11
E-læringstilbud	19	4	18	4
Annet	4	1	11	3

21.7 KOMMUNENES FORNØYDHET MED SENTRENE

Det er svært få kommuner som oppgir at de er svært misfornøyd (n=4) eller misfornøyd (n=4). Som figuren viser er det store flertallet av kommunene fornøyd eller svært fornøyd.



Figur 21.16 Andel kommuner etter fornøydhet med tilbudet de har fått fra senteret, 2017.

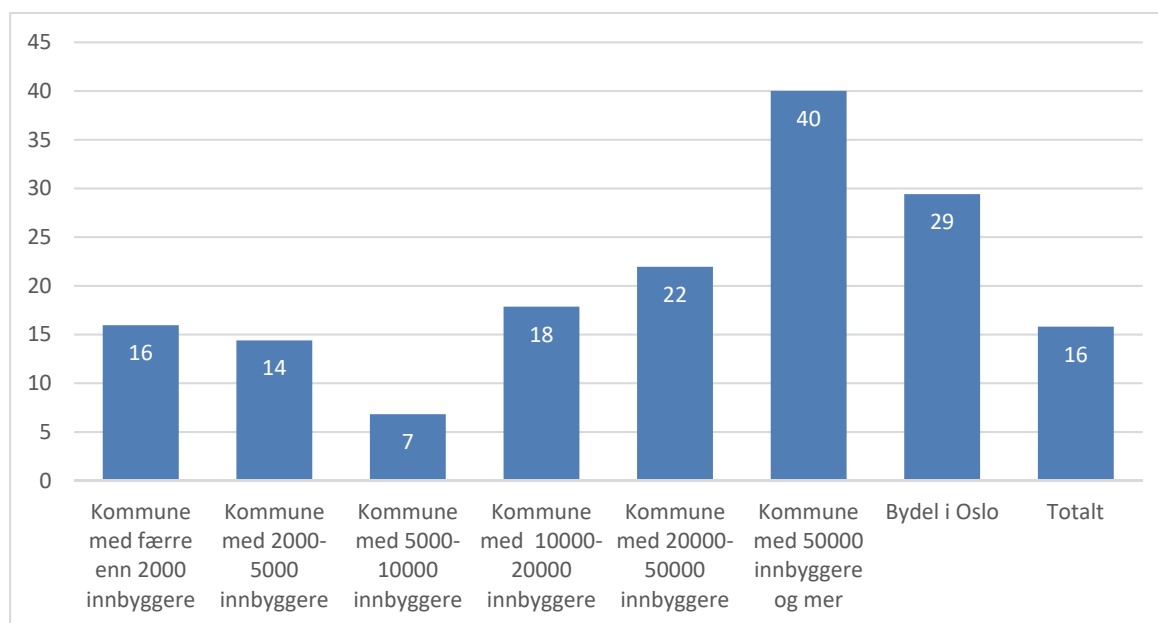
21.8 OPPTRER SENTRENE SAMORDNET OG KOORDINERTE UT MOT KOMMUNENE?

I 2017 ble det spurt om i hvilken grad kommunene opplever at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud til kommune. 41 prosent av kommunene som svarte, synes i stor eller svært stor grad at dette er tilfellet.

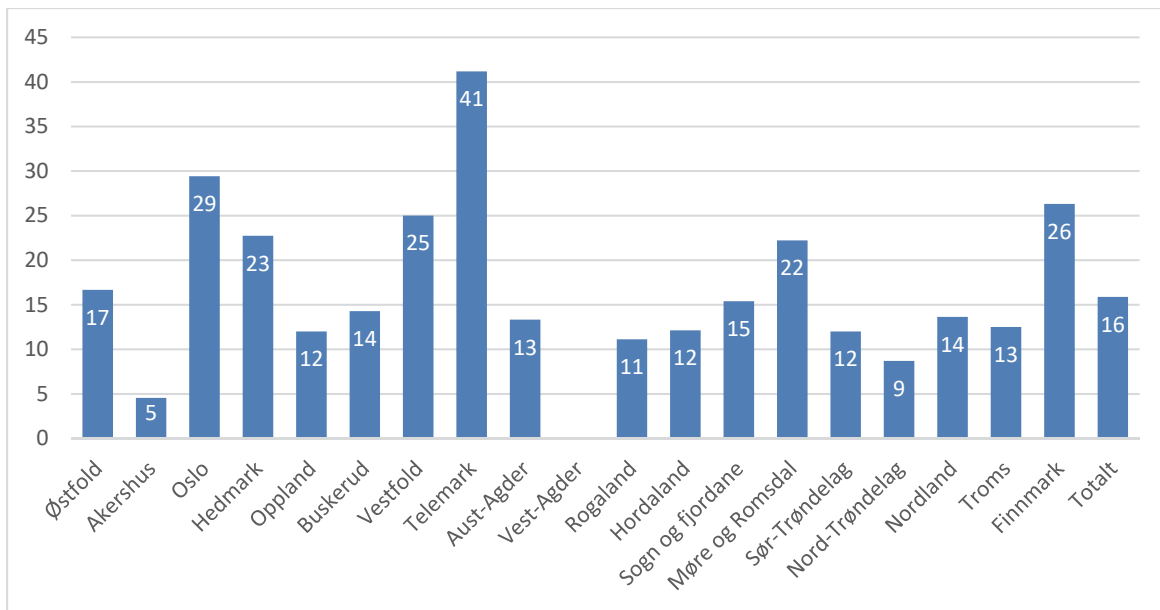
Tabell 21.6 I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressursentrene opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen?

	Antall	Prosent
I svært liten grad	13	3
I liten grad	57	14
I noen grad	169	42
I stor grad	151	37
I svært stor grad	15	4
Totalt	405	100

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet (17 prosent av de som har svart, eller 16 prosent av alle kommuner).



Figur 21.17 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, kommunestørrelse 2017.



Figur 21.18 Andel kommuner som oppgir at de i svært liten grad eller i liten grad opplever at sentrene opptrer koordinert og samordnet, fylke 2017.

21.9 OPPSUMMERING

Det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten. KORUS-ene er de kompetansesentrene flest kommuner har vært i kontakt med eller brukt (86 prosent). Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er også brukt av mange kommuner (80 prosent). NAPHA har vært benyttet av 65 prosent av kommunene, mens RBUP/RKBU har vært benyttet av 59 prosent av kommunene. Det er 52 prosent av kommunene som har hatt kontakt med ROP-tjenesten.

Det er forskjeller mellom sentrene i hvilken type kontakt kommunene har hatt. NAPHA har høyest andel kommuner som har "Besøkt nettsiden" (70 prosent) og "Lest fagartikler" (62 prosent). KORUS og RVTS har høyest andel for "Deltatt på kurs", rundt 60 prosent, og "Deltatt på kompetansehevende program/tiltak". KORUS har også høyest andel, rundt 50 prosent, for "Telefonkontakt" og "Konkret samarbeid". For de fleste sentrene har det vært økning på de fleste kontaktkategoriene, til dels mye for noen kategorier som "Besøkt nettsiden" og "Lest fagartikler".

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

REFERANSER

- Aarre, T. (2010). Manifest for psykisk helsevern Oslo, Universitetsforlaget.
- Beddari, H. (2013). Rustiltak på anbud - idealer og realiteter. En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester til rusmiddelavhengige. Master, Universitetet i Oslo.
- Borgermans, L., Y. Marchal, L. Busetto, J. Kalseth, F. Kasteng, K. Suija, M. Oona, O. Tigova, M. Rösenmuller and D. Devroey (2017). "How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond." *International Journal of Integrated Care* **17**(4).
- Flodgren, G. and J. Meneses (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. Rapport – 2017. Folkehelseinstituttet. Oslo.
- Gutiérrez-Colosía, M. R., L. Salvador-Carulla, J. Salinas-Pérez, C. García-Alonso, J. Cid, D. Salazzari, I. Montagni, F. Tedeschi, G. Cetrano and K. Chevreur (2017). "Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries." *Epidemiology and Psychiatric Sciences*: 1-14.
- Hansen, GV. og Ramsdal, H. (2015): Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelig mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 12. Nr. 3. 2015. Side 196-205.
- Husøy, G. (2015): Brukerperspektiv i psykisk helsevern – retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 12. Nr. 4. Side 317-324.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). St.Meld 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. H.-o. omsorgsdepartementet. Oslo.
- 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>
- Karlsson, B., M. Borg, E. Ogundipe, T. Sjøfjell and K. Bjørklykhaug (2017). "Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie." *Nordisk tidsskrift for helseforskning* **Vol 13**(Nr 2).
- Kaspersen, S. L., K. Pape, F. Carlsen, S. O. Ose and J. H. Bjørngaard (2017). "Employees' drug purchases before and after organizational downsizing: a natural experiment on the Norwegian working population (2004-2012)." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* **43**(4).
- Kaspersen, S. L., K. Pape, S. O. Ose, D. Gunnell and J. H. Bjørngaard (2016). "Unemployment and initiation of psychotropic medication: a case-crossover study of 2 348 552 Norwegian employees." *Occupational and Environmental Medicine* **73**(11): 719-726.
- Kaspersen, S. L., K. Pape, G. A. Vie, S. O. Ose, S. Krokstad, D. Gunnell and J. H. Bjørngaard (2016). "Health and unemployment: 14 years of follow-up on job loss in the Norwegian HUNT Study." *European Journal of Public Health* **26**(2): 312-317.

Kinderman, P. (2014). A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being. . UK Palgrave Macmillan.

Klausen, RK. (2016): En oppsummering av kunnskap. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning.

Lassemo, E. and I. Sandanger (2017). "Potentially traumatic events as predictors of disability pension: A 10-year follow-up study in Norway." *Scandinavian journal of public health*: 1403494817722925.

Lassemo, E., I. Sandanger, J. F. Nygård and K. W. Sørgaard (2016). "Predicting disability pension—depression as hazard: a 10 year population-based cohort study in Norway." *International journal of methods in psychiatric research* **25**(1): 12-21.

Lassemo, E., I. Sandanger, J. F. Nygård and K. W. Sørgaard (2017). "The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* **52**(1): 11-19.

Ose, S. O. (2016). "Using Excel and Word to Structure Qualitative Data." *Journal of Applied Social Science*.

Ose, S. O. and C. Jensen (2017). "Youth outside the labour force—Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach." *Children and Youth Services Review* **81**: 148-156.

Ose, S. O., J. Kalseth, M. Ådnanes, T. Tveit and S. E. Lilleeng (2018). "Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission." Forthcoming in *Health Policy*.

Ose, S. O., S. L. Kaspersen and I. Pettersen (2016). "Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved." *Nord J Psychiatry*: 1-8.

Ose, S. O., S. Lilleeng, I. Pettersen, T. Ruud and J. van Weeghel (2017). "Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census." *Nordic journal of psychiatry* **71**(8): 551-560.

Salvador-Carulla, L., F. Amaddeo, M. Gutiérrez-Colosía, D. Salazzari, J. L. Gonzalez-Caballero, I. Montagni, F. Tedeschi, G. Cetrano, K. Chevreul and J. Kalseth (2015). "Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care." *International journal of integrated care* **15**(4).

Skjeldal, E. (2015). "En syk psykiatri." <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/en-syk-psykiatri/>

Thornicroft, G., T. Deb and C. Henderson (2016). "Community mental health care worldwide: current status and further developments." *World Psychiatry* **15**(3): 276-286.

Valla, B. (2014): Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre. Gyldendal. ISBN/EAN: 9788205476288

WHO (2008). Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Frankrike.

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2017

Kommune- nummer	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk per 10 000 innbygger		
		Tjenester totalt	Tjenester til voksne	Tjenester til barn og unge	Tjenester totalt	Tjenester til voksne	Tjenester til barn og unge
101	Halden	48	37	11	15	15	17
104	Moss	65	54	11	20	21	17
105	Sarpsborg	172	128	45	31	30	38
106	Fredrikstad	189	169	20	24	27	12
111	Hvaler	13	12	1	29	32	14
118	Aremark	1	1	0	9	9	10
119	Marker	7	5	2	20	16	36
121	Rømskog	1	1	0	12	11	16
122	Trøgstad	14	11	3	26	25	28
123	Spydeberg	17	15	2	29	33	18
124	Askim	61	55	6	39	45	17
125	Eidsberg	27	19	8	24	21	33
127	Skiptvet	11	9	2	29	31	24
128	Rakkestad	15	11	5	19	16	27
135	Råde	16	12	4	22	21	26
136	Rygge	51	36	15	32	29	45
137	Våler	21	17	3	39	42	27
138	Hobøl	8	7	2	15	15	12
211	Vestby	33	23	11	19	17	25
213	Ski	59	48	11	19	21	15
214	Ås	57	38	18	29	26	42
215	Frogn	49	35	14	31	28	44
216	Nesodden	42	31	11	22	22	23
217	Oppegård	98	60	38	36	29	59
219	Bærum	274	249	25	22	26	8
220	Asker	174	132	43	29	29	29
221	Aurskog	29	14	16	18	11	46
226	Sørum	34	25	10	19	19	22
227	Fet	22	17	5	19	20	18
228	Rælingen	25	20	5	14	15	11
229	Enebakk	13	10	3	12	12	12
230	Lørenskog	66	44	22	18	15	26
231	Skedsmo	89	69	19	17	17	16
233	Nittedal	82	47	35	35	27	61
234	Gjerdrum	13	8	5	19	15	32
235	Ullensaker	67	53	14	19	20	17
236	Nes	21	15	6	10	9	12

237	Eidsvoll	35	32	3	14	17	5
238	Nannestad	13	12	2	11	12	6
239	Hurdal	3	3	0	11	12	5
301	Oslo	1423	1096	327	21	20	25
402	Kongsvinger	32	24	8	18	16	23
403	Hamar	77	63	14	25	26	24
412	Ringsaker	60	35	25	18	13	36
415	Løten	14	10	4	18	16	27
417	Stange	54	36	18	26	22	43
418	Nord	14	11	3	27	26	34
419	Sør	16	15	1	20	23	7
420	Eidskog	13	8	5	22	15	51
423	Grue	19	15	4	40	36	58
425	Åsnes	32	28	4	44	46	31
426	Våler	15	7	7	39	23	118
427	Elverum	50	33	17	24	19	40
428	Trysil	5	3	2	8	6	19
429	Åmot	7	5	2	14	12	23
430	Stor	7	5	2	27	23	45
432	Rendalen	5	4	1	25	26	16
434	Engerdal	2	1	1	14	9	36
436	Tolga	2	2	0	15	17	6
437	Tynset	8	4	4	14	9	31
438	Alvdal	7	2	4	27	12	76
439	Folldal	8	7	1	48	50	36
441	Os	7	3	4	37	19	125
501	Lillehammer	56	42	15	20	19	27
502	Gjøvik	92	81	12	30	33	19
511	Dovre	9	7	2	33	30	48
512	Lesja	6	3	3	31	20	70
514	Lom	13	13	0	55	66	6
515	Vågå	7	6	1	20	20	17
516	Nord	7	6	1	13	13	9
517	Sel	6	5	1	11	11	9
519	Sør	20	13	7	63	53	100
520	Ringebu	12	8	4	27	22	45
521	Øyer	13	9	4	25	21	42
522	Gausdal	23	18	6	38	36	46
528	Østre Toten	31	19	11	21	16	39
529	Vestre Toten	40	33	7	31	31	27
532	Jevnaker	14	10	4	20	19	25
533	Lunner	30	25	5	32	35	25
534	Gran	60	39	21	43	35	74
536	Søndre Land	28	24	4	49	52	37
538	Nordre Land	19	13	5	27	24	41
540	Sør	11	9	2	38	37	41

541	Etnedal	5	4	1	36	37	30
542	Nord	12	7	5	18	13	37
543	Vestre Slidre	4	3	1	17	18	12
544	Øystre Slidre	7	6	1	23	24	16
545	Vang	3	3	0	18	19	13
602	Drammen	228	163	65	33	30	45
604	Kongsberg	38	32	6	14	15	10
605	Ringerike	69	58	11	23	24	19
612	Hole	22	15	7	32	29	44
615	Flå	3	2	1	27	26	31
616	Nes	13	12	1	39	44	17
617	Gol	12	7	5	26	19	52
618	Hemsedal	10	5	5	42	27	95
619	Ål	10	7	4	21	18	36
620	Hol	10	8	2	22	21	26
621	Sigdal	16	14	2	45	49	31
622	Krødsherad	5	4	1	21	23	13
623	Modum	53	34	19	38	31	67
624	Øvre Eiker	51	28	23	27	19	56
625	Nedre Eiker	64	44	20	26	23	36
626	Lier	53	35	18	20	18	30
627	Røyken	39	23	16	18	14	30
628	Hurum	20	10	10	21	13	51
631	Flesberg	12	9	3	43	41	50
632	Rollag	5	4	1	34	34	32
633	Nore og Uvdal	6	4	2	22	19	34
701	Horten	98	61	36	36	28	64
702	Holmestrand	33	25	8	31	29	36
704	Tønsberg	151	123	28	34	35	30
709	Larvik	123	105	18	28	30	20
710	Sandefjord	125	98	27	20	20	21
711	Svelvik	13	7	6	20	13	48
713	Sande	12	9	3	13	12	14
714	Hof	9	8	1	27	30	15
716	Re	21	21	0	22	29	0
722	Nøtterøy	0	0	0	0	0	0
723	Tjøme	37	36	1	75	89	12
728	Lardal	4	2	2	15	11	29
805	Porsgrunn	127	90	37	35	31	50
806	Skien	144	112	32	27	26	29
807	Notodden	44	37	8	35	36	29
811	Siljan	11	8	3	45	42	56
814	Bamble	43	32	11	30	29	37
815	Kragerø	36	19	16	34	22	84
817	Drangedal	10	9	1	24	28	9
819	Nome	25	24	2	38	45	12

821	Bø	20	19	1	32	38	9
826	Tinn	28	25	4	48	52	32
827	Hjartdal	3	2	1	16	12	31
828	Seljord	10	7	3	33	29	49
829	Kviteseid	3	2	1	13	12	19
830	Nissedal	2	2	1	15	15	16
831	Fyresdal	2	2	0	18	20	11
833	Tokke	6	4	2	28	25	43
834	Vinje	13	9	4	35	29	57
901	Risør	19	16	3	27	29	20
904	Grimstad	56	48	8	25	28	15
906	Arendal	138	105	33	31	30	35
911	Gjerstad	7	5	3	29	22	54
912	Vegårshei	3	2	0	13	15	8
914	Tvedestrand	11	10	1	17	21	5
919	Froland	10	10	0	17	22	0
926	Lillesand	34	26	8	32	32	33
928	Birkenes	8	5	3	16	12	26
929	Åmli	3	3	1	18	19	17
935	Iveland	3	2	1	22	20	29
937	Evje og Hornnes	4	4	0	12	16	0
938	Bygland	6	5	1	49	52	36
940	Valle	4	3	1	29	28	31
941	Bykle	3	2	1	28	22	55
1001	Kristiansand	402	309	93	45	45	46
1002	Mandal	35	28	8	22	23	21
1003	Farsund	33	27	6	34	35	28
1004	Flekkefjord	31	26	5	34	36	26
1014	Vennesla	43	40	4	30	36	10
1017	Songdalen	28	20	8	42	40	49
1018	Søgne	27	21	7	24	24	24
1021	Marnardal	4	3	1	19	19	20
1026	Åseral	3	2	1	34	31	44
1027	Audnedal	7	4	3	39	30	65
1029	Lindesnes	10	7	3	20	18	26
1032	Lyngdal	25	22	4	30	34	17
1034	Hægebostad	6	5	1	33	38	20
1037	Kvinesdal	29	25	5	49	53	35
1046	Sirdal	3	3	1	18	20	12
1101	Eigersund	72	65	7	48	56	21
1102	Sandnes	171	146	25	23	26	13
1103	Stavanger	469	391	78	35	38	27
1106	Haugesund	106	88	18	28	30	22
1111	Sokndal	3	3	0	9	11	3
1112	Lund	5	5	1	16	19	6
1114	Bjerkreim	6	5	2	22	22	22

1119	Hå	70	62	8	37	45	16
1120	Klepp	46	34	13	24	24	25
1121	Time	38	34	4	20	25	7
1122	Gjesdal	29	25	4	25	29	13
1124	Sola	72	55	18	28	28	27
1127	Randaberg	38	24	14	35	29	51
1129	Forsand	2	1	1	18	15	27
1130	Strand	27	23	4	22	25	13
1133	Hjelmeland	6	5	1	21	24	13
1134	Suldal	13	11	2	34	38	20
1135	Sauda	13	12	2	28	31	17
1141	Finnøy	6	4	2	17	16	19
1142	Rennesøy	18	15	3	37	43	20
1144	Kvitsøy	2	1	1	37	20	96
1145	Bokn	2	1	1	23	18	41
1146	Tysvær	38	33	5	34	40	18
1149	Karmøy	101	90	11	24	28	10
1151	Utsira	1	1	0	45	38	68
1160	Vindafjord	29	26	4	33	38	17
1201	Bergen	816	709	107	29	32	19
1211	Etne	6	5	1	15	16	10
1216	Sveio	24	20	4	42	48	24
1219	Bømlo	32	26	6	27	29	20
1221	Stord	91	74	17	48	51	38
1222	Fitjar	13	12	1	40	50	11
1223	Tysnes	7	5	2	24	20	37
1224	Kvinnherad	88	44	44	66	43	148
1227	Jondal	3	2	1	30	27	40
1228	Odda	23	21	2	33	38	15
1231	Ullensvang herad	9	6	3	26	23	39
1232	Eidfjord	3	3	0	30	33	18
1233	Ulvik herad	5	3	2	41	29	87
1234	Granvin herad	4	3	1	45	42	59
1235	Voss	39	28	11	27	25	36
1238	Kvam herad	28	21	7	33	33	36
1241	Fusa	5	5	0	13	17	0
1242	Samnanger	4	3	1	14	13	17
1243	Os	59	55	4	29	37	7
1244	Austevoll	9	6	3	17	16	20
1245	Sund	29	25	5	41	47	25
1246	Fjell	63	36	27	25	19	42
1247	Askøy	148	114	33	51	54	43
1251	Vaksdal	5	4	2	13	12	17
1252	Modalen	2	1	1	47	35	83
1253	Osterøy	20	20	0	25	33	0
1256	Meland	15	9	6	19	16	27

1259	Øygarden	13	9	4	26	24	31
1260	Radøy	10	9	1	20	23	9
1263	Lindås	39	34	5	25	29	12
1264	Austrheim	9	7	2	31	32	25
1265	Fedje	2	2	0	32	37	16
1266	Masfjorden	7	6	0	40	48	11
1401	Flora	31	24	8	26	26	27
1411	Gulen	9	8	0	37	44	8
1412	Solund	2	2	0	28	27	29
1413	Hyllestad	3	2	0	17	18	14
1416	Høyanger	16	13	3	37	38	35
1417	Vik	9	8	1	32	36	17
1418	Balestrand	6	5	1	45	46	41
1419	Leikanger	2	2	0	9	12	0
1420	Sogndal	18	15	3	22	24	16
1421	Aurland	11	11	0	61	73	6
1422	Lærdal	25	23	2	114	132	37
1424	Årdal	10	9	2	19	20	15
1426	Luster	16	15	1	31	37	9
1428	Askvoll	7	7	0	24	29	5
1429	Fjaler	8	4	3	27	20	50
1430	Gaular	8	5	3	27	22	42
1431	Jølster	14	13	1	45	57	8
1432	Førde	66	55	11	51	56	33
1433	Naustdal	5	3	3	19	12	42
1438	Bremanger	30	30	0	78	97	5
1439	Vågsøy	19	15	4	31	32	28
1441	Selje	9	9	1	33	38	11
1443	Eid	43	40	4	71	85	26
1444	Hornindal	1	1	0	8	6	11
1445	Gloppen	18	13	5	31	30	34
1449	Stryn	24	22	2	34	40	14
1502	Molde	73	64	9	27	30	17
1504	Ålesund	132	102	30	28	28	29
1505	Kristiansund	82	73	9	34	38	17
1511	Vanylven	27	23	4	86	87	78
1514	Sande	6	5	1	23	24	20
1515	Herøy	45	35	10	50	50	51
1516	Ulstein	27	26	1	32	40	5
1517	Hareid	15	11	4	29	27	37
1519	Volda	28	26	2	30	36	9
1520	Ørsta	21	16	5	19	20	19
1523	Ørskog	6	4	2	24	22	33
1524	Norddal	4	2	2	22	13	58
1525	Stranda	28	26	2	60	71	18
1526	Stordal	1	0	0	5	5	4

1528	Sykkylven	11	6	5	14	10	27
1529	Skodje	6	4	2	13	11	19
1531	Sula	15	14	0	16	21	1
1532	Giske	25	17	8	31	28	38
1534	Haram	23	21	3	25	29	12
1535	Vestnes	23	13	10	35	24	78
1539	Rauma	25	16	10	33	26	62
1543	Nesset	5	4	2	17	15	28
1545	Midsund	5	3	1	22	20	28
1546	Sandøy	2	1	1	14	13	20
1547	Aukra	5	4	1	13	13	12
1548	Fræna	37	24	14	38	32	62
1551	Eide	18	9	8	51	36	98
1554	Averøy	8	8	0	13	17	2
1557	Gjemnes	3	3	1	11	12	9
1560	Tingvoll	8	7	1	26	27	23
1563	Sunndal	22	18	4	30	31	27
1566	Surnadal	35	33	3	59	68	21
1567	Rindal	7	5	2	33	31	42
1571	Halsa	9	9	1	58	65	27
1573	Smøla	8	7	1	38	40	25
1576	Aure	3	3	1	8	9	7
1601	Trondheim	696	547	148	37	36	38
1612	Hemne	27	21	6	63	63	64
1613	Snillfjord	2	1	1	18	10	55
1617	Hitra	34	28	7	73	73	75
1620	Frøya	16	12	4	33	31	41
1621	Ørland	22	15	8	42	34	71
1622	Agdenes	7	6	1	40	44	19
1624	Rissa	17	14	4	26	27	24
1627	Bjugn	6	5	1	12	14	7
1630	Åfjord	23	19	4	71	72	69
1632	Roan	1	1	0	15	15	12
1633	Osen	2	2	0	19	19	23
1634	Oppdal	18	14	4	25	25	26
1635	Rennebu	7	5	2	27	22	46
1636	Meldal	16	11	4	39	35	55
1638	Orkdal	54	41	14	46	44	51
1640	Røros	11	9	2	19	19	17
1644	Holtålen	7	7	1	35	39	16
1648	Midtre Gauldal	8	7	1	13	14	8
1653	Melhus	35	32	3	21	26	8
1657	Skaun	12	8	4	15	14	18
1662	Klæbu	12	9	4	20	19	22
1663	Malvik	20	16	4	14	15	12
1664	Selbu	5	4	1	12	12	12

1665	Tydal	2	2	1	27	24	42
1702	Steinkjer	61	56	5	28	32	11
1703	Namsos	62	49	13	47	49	43
1711	Meråker	9	6	3	37	30	67
1714	Stjørdal	73	46	27	31	25	49
1717	Frosta	5	2	3	20	11	53
1718	Leksvik	9	6	3	27	22	45
1719	Levanger	69	58	11	35	37	25
1721	Verdal	36	32	4	24	28	11
1724	Verran	16	15	2	64	71	36
1725	Namdalseid	10	9	1	62	70	28
1736	Snåsa / Snåasen tjielte	11	9	2	49	52	36
1738	Lierne	8	6	1	55	58	45
1739	Røyrvik	2	1	1	32	24	69
1740	Namsskogan	2	1	1	18	14	37
1742	Grong	8	4	3	32	22	69
1743	Høylandet	4	3	1	29	28	32
1744	Overhalla	7	4	3	19	15	30
1748	Fosnes	1	1	0	14	11	31
1749	Flatanger	3	3	0	29	34	5
1750	Vikna	23	22	1	52	66	5
1751	Nærøy	32	31	1	61	75	9
1755	Leka	1	1	0	10	12	0
1756	Inderøy	12	7	5	18	14	33
1804	Bodø	241	198	43	47	50	39
1805	Narvik	45	36	9	24	24	25
1811	Bindal	17	15	2	115	125	74
1812	Sømna	7	6	1	35	39	21
1813	Brønnøy	15	12	4	19	19	20
1815	Vega	9	8	1	71	78	36
1816	Vevelstad	1	1	1	19	12	47
1818	Herøy	10	9	1	53	61	21
1820	Alstahaug	19	15	5	26	25	31
1822	Leirfjord	4	4	1	18	20	10
1824	Vefsn	26	24	2	19	22	6
1825	Grane	6	4	2	43	36	69
1826	Hattfjellidal	6	4	2	39	33	65
1827	Dønna	4	4	0	26	33	0
1828	Nesna	2	2	0	9	12	0
1832	Hemnes	14	12	2	30	34	16
1833	Rana	101	78	23	39	38	43
1834	Lurøy	2	1	1	8	7	13
1835	Træna	1	0	1	15	5	55
1836	Rødøy	4	1	3	28	10	88
1837	Meløy	37	27	10	57	52	75
1838	Gildeskål	5	4	1	25	27	18

1839	Beiarn	8	5	3	72	54	165
1840	Saltdal	18	15	3	39	40	35
1841	Fauske / Fuosko suohkan	13	13	0	14	17	0
1845	Sørfold	4	2	2	22	15	53
1848	Steigen	7	5	3	28	21	56
1849	Hamarøy	3	2	1	15	12	32
1850	Tysfjord / Divtasvuona suohkan	6	5	1	31	31	30
1851	Lødingen	4	2	2	17	13	39
1852	Tjeldsund	1	1	0	10	10	9
1853	Evenes	3	2	1	20	18	30
1854	Ballangen	6	6	1	23	27	10
1856	Røst	1	1	0	21	16	43
1857	Værøy	2	2	0	23	25	14
1859	Flakstad	4	3	0	27	29	16
1860	Vestvågøy	14	9	5	13	10	21
1865	Vågan	21	21	0	22	28	0
1866	Hadsel	19	17	2	24	27	12
1867	Bø	8	6	2	29	25	47
1868	Øksnes	9	6	3	20	17	34
1870	Sortland	23	20	3	22	24	13
1871	Andøy	31	26	5	63	66	49
1874	Moskenes	9	9	0	82	95	12
1902	Tromsø	182	125	57	24	21	36
1903	Harstad	63	57	6	25	29	12
1911	Kvæfjord	20	16	4	66	65	73
1913	Skånland	16	14	2	52	56	38
1917	Ibestad	1	1	1	7	4	21
1919	Gratangen	4	4	0	38	43	19
1920	Lavangen /Loabága suohkan	12	11	1	108	133	24
1922	Bardu	24	22	2	60	69	24
1923	Salangen	26	25	1	116	141	18
1924	Målselv	25	15	9	36	28	67
1925	Sørreisa	4	3	1	11	11	10
1926	Dyrøy	6	6	0	56	68	0
1927	Tranøy	1	1	0	8	7	14
1928	Torsken	6	5	1	64	68	47
1929	Berg	1	1	0	11	13	0
1931	Lenvik	50	36	15	43	40	54
1933	Balsfjord	20	18	2	35	39	18
1936	Karlsøy	5	4	1	20	18	30
1938	Lyngen	16	11	5	57	47	97
1939	Storfjord /Omasvouna souhkan	10	8	2	52	52	52
1940	Kåfjord	6	6	0	27	32	0
1941	Skjervøy	11	10	1	38	45	14
1942	Nordreisa	14	11	3	29	29	28

1943	Kvæningen	2	2	1	19	18	23
2002	Vardø	4	4	1	20	21	19
2003	Vadsø	21	16	5	33	33	36
2004	Hammerfest	45	27	18	43	33	78
2011	Kautokeino	14	9	5	47	40	69
2012	Alta	54	40	14	26	26	28
2014	Loppa	3	3	0	28	30	15
2015	Hasvik	5	4	1	49	44	73
2017	Kvalsund	12	8	5	117	87	273
2018	Måsøy	5	4	1	44	40	64
2019	Nordkapp	9	8	1	27	28	20
2020	Porsanger	10	8	2	24	23	28
2021	Karasjok	17	15	2	62	68	38
2022	Lebesby	4	3	1	28	30	20
2023	Gamvik	1	0	0	5	4	13
2024	Berlevåg	6	4	2	58	44	132
2025	Tana	26	24	2	90	101	43
2027	Nesseby	8	7	1	79	85	52
2028	Båtsfjord	3	3	0	15	16	9
2030	Sør	21	18	3	21	22	15
3011	Oslo Bydel Gamle Oslo	132	91	41	24	20	44
3012	Oslo Bydel Grünerløkka	173	129	44	30	26	52
3013	Oslo Bydel Sagene	127	116	11	30	32	17
3014	Oslo Bydel St. Hanshaugen	78	59	18	20	18	40
3015	Oslo Bydel Frogner	68	59	9	12	11	13
3016	Oslo Bydel Ullern	34	22	13	10	8	18
3017	Oslo Bydel Vestre Aker	80	55	25	16	15	22
3018	Oslo Bydel Nordre Aker	77	42	35	15	11	30
3019	Oslo Bydel Bjerke	59	46	13	19	19	17
30110	Oslo Bydel Grorud	56	44	13	20	20	21
30111	Oslo Bydel Stovner	94	73	21	29	29	26
30112	Oslo Bydel Alna	84	57	28	17	15	25
30113	Oslo Bydel Østensjø	125	91	34	25	23	29
30114	Oslo Bydel Nordstrand	60	43	17	12	11	14
30115	Oslo Bydel Søndre Nordstrand	48	47	2	12	16	1
30116	Oslo Velferdsetaten	117	117	0			
30117	Oslo Helseetaten	13	6	7			
	Totalt landet	14633	11534	3099	28	28	27

Rapporten inneholder sammenstillinger og analyser av kommunenes rapportering på psykisk helse- og rusarbeid til Helsedirektoratet, IS-24/8, for 2017. På landsbasis har over tusen fagfolk har vært involvert i arbeidet med å kartlegge ressursinnsatsen på dette feltet i kommunene. I 2017 har alle landets kommuner rapportert.

I tillegg til å framstille ressursinnsats og kompetanse i psykisk helse- og rusarbeid fordelt på ulike typer tiltak, utdanningsgrupper og hovedforløp (type brukere) gis en status for Opptappingsplanen for rusfeltet, og følgende øvrige tema er inkludert i årets rapport: brukermedvirkning, samarbeid- og ansvarsfordeling med spesialisthelsetjenesten, oppsøkende virksomhet, arbeid, døgnopphold i helse- og omsorgstjenester, psykososial oppfølging, pårørende, selvmord-, selvskading-, vold- og overgrepssproblematikk, bolig, kjøp av private helsetjenester, potensialet for ny teknologi og digitalisering, samt erfaringer med kompetanse- og ressurscenter.