

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose

Silje L. Kaspersen

Forord

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

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

IS-24/8 prosjektet har utviklet seg til å både bidra til at helsemyndighetene får formidlet føringer, planer og forventninger til de kommunale tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid, og til at kommunene får formidlet sine erfaringer, forventninger og behov tilbake til myndighetene. Alle kommunene, statsforvaltningsembetene og kompetansesentrene får tilsendt den årlige rapporten i papirformat og den kan også fritt lastes ned fra prosjektets nettside.

Generelt har datainnsamlingen høy oppslutning ute i kommunene, og i 2016 var det kun én kommune som ikke leverte årsverkstall. I 2017, 2018 og 2019 leverte alle kommunene årsverkstall. Men i 2020 var det 66 kommuner som ikke rapporterte og i 2021 var det 24 kommuner som ikke leverte årsverkstall. I 2022 var det 9 kommuner som ikke rapporterte og i tillegg var det 44 kommuner/bydeler som kun leverte informasjon om årsverk.

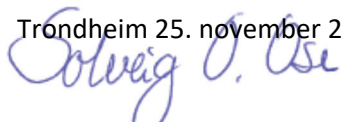
Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helse- og rusarbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering. Nær 1700 fagfolk har deltatt i utfyllingen i 2022, og vi er ydmyke overfor det store arbeidet som er lagt ned. Det kvalitative datagrunnlaget vurderes å være av god kvalitet, og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret i de fleste kommuner.

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

Referansegruppen for prosjektet består av Yngve Osbak (Fylkesmannen i Nordland), Anne Mette Nerbøberg (Fylkesmannen i Møre og Romsdal), Solfrid Elisabeth Lilleeng (Helsedirektoratet), Jon Qvortrup (KS), Kristin Tømmervik (KORUS Midt-Norge) og Petter Dahle (NAPHA). Vi har to møter i året, ett tidlig på våren for å diskutere innholdet i skjemaet, og ett på høsten for å diskutere foreløpige resultat fra kartleggingen og endringsbehov neste år. Vi hadde referansegruppemøte 1. mars og 25. oktober.

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

Trondheim 25. november 2022



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder

Innhold

| | |
|---|-----------|
| SAMMENDRAG OG KONKLUSJON | 11 |
| REKRUTTERINGSPROBLEMER | 12 |
| HOVEDFORLØP | 12 |
| PANDEMIKONSEKVENSER | 13 |
| SAMARBEID MED FASTLEGER | 13 |
| VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE ETTER OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020) | 14 |
| PSYKOLOGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID | 14 |
| SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP | 15 |
| HELSEFELLESSKAP | 16 |
| OPPFØLGING AV BARN OG UNGE | 17 |
| PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE | 18 |
| BRUKERMEDVIRKNING | 18 |
| BOLIGSITUASJONEN | 19 |
| SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN | 20 |
| PAKKEFORLØP/NASJONALE PASIENTFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS | 20 |
| KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOMMUNALT SAMARBEID | 20 |
| OPPSØKENDE VIRKSOMHET | 21 |
| ØYEBLICKELIG HJELP DØGNTILBUD, AKUTT-TILBUD OG TJENESTER TILGJENGELIG PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID | 21 |
| ARBEIDSTILTAK | 22 |
| OPPFØLGING AV ELDRE | 22 |
| UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER | 23 |
| ERFARING MED KOMPETANSESENTRER | 23 |
| KONKLUSJON 2022 | 23 |
| 1 KUNNSKAPSGRUNNLAG | 25 |
| 1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE | 26 |
| 1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET | 28 |
| 1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET | 30 |
| 1.4 OPPSUMMERING | 33 |
| 2 DATAGRUNNLAG | 35 |
| 2.1 INNLEDNING | 35 |
| 2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID | 36 |
| 2.2 DATAINNSAMLING | 36 |
| 2.3 OM UTFYLLINGEN | 38 |
| 2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET | 40 |
| VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL | 40 |
| 2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL | 40 |

| | |
|---|-----------|
| ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR | 41 |
| 2.6 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR | 41 |
| 2.7 FORANKRING HOS KOMMUNEDIREKTØR/RÅDMANN/ADMINISTRASJONSSJEF/ KOMMUNALSJEF | 41 |
| 3 NASJONALE TALL | 43 |
| 3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT | 43 |
| 3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK | 44 |
| TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE | 44 |
| TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER | 46 |
| 3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING | 48 |
| UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE | 48 |
| UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE | 51 |
| 3.4 REKRUTTERINGSPROBLEMER | 54 |
| TILTAK MOT REKRUTTERINGSPROBLEMER | 57 |
| 3.5 OPPSUMMERING | 58 |
| 4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK | 59 |
| 4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE | 59 |
| 4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE | 60 |
| 4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE | 62 |
| 4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION | 64 |
| 4.5 DE TI STØRSTE KOMMUNENE | 66 |
| 5 HOVEDFORLØP | 69 |
| 5.1 DATAGRUNNLAG | 70 |
| 5.2 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE) | 71 |
| 5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE) | 71 |
| 5.4 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER | 72 |
| 5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE | 74 |
| 5.6 HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL VOKSNE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE | 75 |
| 5.7 HVA SOM SKAL TIL FOR AT TILBUD TIL BARN OG UNGE I HOVEDFORLØP 3 BLIR BEDRE | 76 |
| 5.8 OPPSUMMERING | 77 |
| 6 PANDEMIKONSEKVENSER | 79 |
| 6.1 OPPRETTHOLDELSE AV ORDINÆR DRIFT | 80 |
| 6.2 OMDISPONERING AV PERSONELL | 80 |
| 6.3 ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER | 81 |
| 6.4 SAMARBEIDET MELLOM ALLMENNLEGETJENESTEN OG KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID | 85 |
| 6.5 VARIGE ENDRINGER | 87 |
| 6.6 OPPSUMMERING | 89 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 7 | <u>SAMARBEID MED FASTLEGER</u> | 91 |
| 7.1 | FASTLEGENES HENVISNINGSPRAKSIS TIL KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID. | 92 |
| 7.2 | INVOLVERING AV FASTLEGENE | 93 |
| 7.3 | UTVIKLING 2012-2022 | 95 |
| 7.4 | KOMMUNENES ERFARING MED SAMARBEIDET MED LEGENE I KOMMUNE-HELSETJENESTEN | 96 |
| | INDIVIDUELL VARIASJON | 96 |
| | MÅNGLER FASTLEGER, DE ER TRAVLE OG TILGJENGELIGHETEN REDUSERES | 97 |
| | ANDRE TEMA | 99 |
| 7.5 | OPPSUMMERING | 101 |
| 8 | <u>VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE ETTER OPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020), RÅDGIVENDE ENHET FOR RUSSAKER OG OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER</u> | 103 |
| 8.1 | KARTLEGGING 2022 | 105 |
| 8.2 | VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE | 106 |
| | ÅRSAKER TIL AT KAPASITET OG KOMPETANSE ER VIDEREFØRT | 107 |
| | ÅRSAKER TIL AT KAPASITET OG KOMPETANSE IKKE ER VIDEREFØRT | 112 |
| 8.3 | RÅDGIVENDE ENHET FOR RUSSAKER | 113 |
| 8.4 | OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER | 116 |
| 8.5 | OPPSUMMERING | 118 |
| 9 | <u>PSYKOLOGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID OG RASK PSYKISK HELSEHJELP</u> | 121 |
| 9.1 | PSYKOLOGENES ARBEID INN MOT ULIKE HOVEDFORLØP I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE | 122 |
| 9.2 | BEHOV FOR MER PSYKOLOGKOMPETANSE I TJENESTER TIL VOKSNE | 124 |
| 9.3 | PSYKOLOGENES ARBEID INN MOT ULIKE HOVEDFORLØP I TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE | 127 |
| 9.4 | BEHOV FOR MER PSYKOLOGKOMPETANSE I TJENESTER TIL BARN OG UNGE | 128 |
| 9.5 | REKRUTTERING AV PSYKOLOGER | 132 |
| 9.6 | RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH) | 133 |
| 9.7 | OPPSUMMERING | 133 |
| 10 | <u>SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP</u> | 135 |
| 10.1 | DATAGRUNNLAG | 136 |
| 10.2 | INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID | 137 |
| 10.3 | SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER | 138 |
| 10.4 | KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL | 142 |
| 10.5 | PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT | 143 |
| 10.6 | KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFOREBYGGING | 144 |
| 10.7 | SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER | 146 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 10.8 | KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEIDS INVOLVERING I ARBEID MED Å FOREBYGGE VOLD I NÆRE RELASJONER | 147 |
| 10.9 | ENDRING AV AVDEKKING AV VOLD I NÆRE RELASJONER I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE | 149 |
| 10.10 | PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK | 151 |
| 10.11 | OPPSUMMERING | 154 |
| 11 | HELSEFELLESSKAP | 157 |
| 11.1 | DELTATT PÅ ARRANGEMENTER/MØTER DER HELSEFELLESSKAP HAR VÆRT TEMA | 158 |
| 11.2 | BEDRE SAMARBEID OM ULIKE GRUPPER | 159 |
| 11.3 | ØKE PRIORITERINGEN TIL DE SOM TRENGER DET MEST | 160 |
| 11.4 | FØRSTE INNTRYKK AV HELSEFELLESSKAPENE | 161 |
| 11.5 | OPPSUMMERING | 161 |
| 12 | OPPFØLGING AV BARN OG UNGE | 163 |
| 12.1 | DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING | 164 |
| 12.2 | LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER | 165 |
| 12.3 | TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER | 165 |
| 12.4 | RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIET SAMARBEID FOR BARN OG UNGE | 166 |
| 12.5 | OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE | 166 |
| 12.6 | VIKTSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMNINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI | 167 |
| 12.7 | KJENT MED PAKKEFORLØP FOR BARN OG UNGE I BARNEVERN | 168 |
| 12.8 | KARTLEGGING, IDENTIFISERING OG OPPFØLGING AV UNGE MED RUSMIDDEL-PROBLEM | 169 |
| 12.9 | BARNEVERNSREFORMEN | 170 |
| 12.10 | BARNEKOORDINATORER | 170 |
| 12.11 | SAMARBEID MED BARNEVERTJENESTEN | 172 |
| 12.12 | UTFORDRINGER I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET | 173 |
| 12.13 | FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET | 174 |
| 12.14 | OPPSUMMERING | 175 |
| 13 | PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE | 177 |
| 13.1 | DATAGRUNNLAG | 178 |
| 13.2 | PÅRØRENDESTRATEGIEN | 179 |
| 13.3 | ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR | 180 |
| 13.4 | BAPP- OG SMIL-GRUPPER OG E-LÆRING OM BARN SOM PÅRØRENDE (KS) | 180 |
| 13.5 | SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE | 181 |
| 13.6 | VOKSNE PÅRØRENDE | 182 |
| 13.7 | IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKER-GRUPPER | 184 |
| 13.8 | TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD | 186 |
| 13.9 | OPPSUMMERING | 186 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 14 | <u>BRUKERMEDVIRKNING</u> | 189 |
| 14.1 | DATAGRUNNLAG | 189 |
| 14.2 | SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING? | 190 |
| 14.3 | SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDE-ORGANISASJONER | 191 |
| 14.4 | SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING | 193 |
| 14.5 | I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT? | 194 |
| 14.6 | HVA GJØR KOMMUNER SOM ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT | 196 |
| 14.7 | HVA GJØR KOMMUNER SOM I LITEN GRAD ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT | 197 |
| 14.8 | ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE | 197 |
| | ÅRSAKER TIL AT DE PLANLEGGER Å ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG | 199 |
| | ÅRSAKER TIL AT DE IKKE PLANLEGGER Å ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG | 200 |
| | ÅRSAKER TIL AT DE ER USIKRE PÅ OM DE SKAL ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG | 202 |
| 14.9 | ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE I TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE | 203 |
| 14.10 | OPPSUMMERING | 203 |
| 15 | <u>BOLIGSITUASJONEN</u> | 205 |
| 15.1 | DATAGRUNNLAG | 205 |
| 15.2 | BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID | 206 |
| 15.3 | BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT RUSARBEID | 207 |
| 15.4 | UTFORDRINGER SOM GIR EN DÅRLIG ELLER SVÆRT DÅRLIG BOLIGSITUASJON FOR MÅLGRUPPEN | 208 |
| 15.5 | OPPSUMMERING | 210 |
| 16 | <u>SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN</u> | 211 |
| 16.1 | PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE | 211 |
| 16.2 | PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE | 214 |
| 16.3 | TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) | 216 |
| 16.4 | OPPSUMMERING | 217 |
| 17 | <u>PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS</u> | 219 |
| 17.1 | INNLEDNING | 219 |
| 17.2 | DATAGRUNNLAG | 220 |
| 17.3 | ERFART VIRKNING AV PAKKEFORLØP | 220 |
| 17.4 | INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP | 223 |
| 17.5 | OPPSUMMERING | 225 |
| 18 | <u>KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOM-MUNALT SAMARBEID, SAMARBEID MELLOM FRIVILLIGE OG IDEELLE ORGANISASJONER</u> | 227 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 18.1 | KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE | 228 |
| 18.2 | KJØP FRA ANDRE KOMMUNER | 229 |
| 18.3 | INTERKOMMUNALT SAMARBEID | 230 |
| 18.4 | OPPSUMMERING | 233 |
| 19 | OPPSØKENDE VIRKSOMHET | 235 |
| 19.1 | OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM | 236 |
| | MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET | 237 |
| 19.2 | TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM | 238 |
| 19.3 | OPPSUMMERING | 239 |
| 20 | ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD, PSYKIATRISK LEGEVAKT OG TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD | 241 |
| 20.1 | TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT | 242 |
| 20.2 | ÅRSAK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT | 245 |
| 20.3 | BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD? | 245 |
| 20.4 | PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKNENDE | 246 |
| 20.5 | TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD | 248 |
| 20.6 | OPPSUMMERING | 249 |
| 21 | ARBEIDSTILTAK | 251 |
| 21.1 | DATAGRUNNLAG | 251 |
| 21.2 | SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV | 252 |
| 21.3 | IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID | 253 |
| 21.4 | IPS/SE INNEN RUSARBEID | 254 |
| 21.5 | FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE | 255 |
| 21.6 | SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV | 256 |
| 21.7 | OPPSUMMERING | 259 |
| 22 | OPPFØLGING AV ELDRE | 261 |
| 22.1 | DATAGRUNNLAG | 261 |
| 22.2 | KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV | 262 |
| 22.3 | SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE | 263 |
| 22.4 | GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK | 264 |
| 22.5 | OPPSUMMERING | 266 |
| 23 | UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER | 269 |
| 23.1 | HAR MOTTATT MELDING FRA ULIKE SEKTORER | 269 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 23.2 | PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE | 270 |
| 23.3 | PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE | 271 |
| 23.4 | TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING | 272 |
| 23.5 | PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER | 273 |
| 23.6 | OPPSUMMERING | 275 |
| 24 | ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTRE FOR PSYKISK HELSE OG RUS | 277 |
| 24.1 | DATAGRUNNLAG | 277 |
| 24.2 | NAPHA | 278 |
| 24.3 | KORUS | 281 |
| 24.4 | RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN) | 284 |
| 24.5 | RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING) | 287 |
| 24.6 | NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE) | 291 |
| 24.7 | NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS) | 294 |
| 24.8 | NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FØREBYGGING) | 298 |
| 24.9 | SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS) | 301 |
| 24.10 | SIFER (NASJONALT KOMPETANSENTERNETTVERK I SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI) | 305 |
| 24.11 | NUBU (NASJONALT UTVIKLINGSENTER FOR BARN OG UNGE) | 308 |
| 24.12 | ERFARINGSKOMPETANSE (NASJONALT SENTER FOR ERFARINGSKOMPETANSE INNEN PSYKISK HELSE) | 311 |
| 24.13 | OPPSUMMERING | 314 |
| | REFERANSER | 315 |
| | VEDLEGG A: FORKORTELSER | 321 |
| | VEDLEGG B: GRUNNLAGSDATA 2022 | 323 |

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Det er 319 kommuner/bydeler som har fullført hele eller nesten hele rapporteringen og inkludert de 44 kommunene som har bekreftet årsverkene, gir dette en dekning på 97,6 prosent. For de 9 kommunene/bydelene som ikke har rapportert, har vi brukt 2021-tall. For øvrige variabler er dekningsgraden mellom 80 og 90 prosent. Det er ingen systematiske skjevheter i deltakelse etter kommunestørrelse og fylke.

Totalt ble det i 2022 rapportert 17 074 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner. Dette er en økning på 283 årsverk (1,7 prosent) fra 2021, med 200 flere årsverk (1,5 prosent) i tjenester og tiltak til voksne og 83 flere årsverk (2,2 prosent) i tjenester og tiltak til barn og unge.

Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2016-2022.

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring 2021-2022 | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|---------|
| | | | | | | | | Årsverk | Prosent |
| Voksne | 11 063 | 11 534 | 12 563 | 12 872 | 12 966 | 13 091 | 13 291 | 200 | 1,5 |
| Barn og unge | 2 873 | 3 099 | 3 331 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 | 83 | 2,2 |
| Totalt | 13 936 | 14 633 | 15 894 | 16 399 | 16 569 | 16 792 | 17 074 | 283 | 1,7 |

Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har endret seg lite fra 2021 til 2022, med en total økning på 283 årsverk på nasjonalt nivå. Det er rapportert om en økning på 1,5 prosent i årsverk rettet mot voksne og en økning på 2,2 prosent i årsverk rettet mot barn og unge. Når vi justerer for kommuner som oppgir at tallene ikke viser reelle endringer og heller skyldes endringer i måten de anslår årsverkene på, beregnes en økning på 1,8 prosent i tjenester til voksne og en økning på 2,5 prosent i tjenester til barn og unge.

Det rapporteres om en økning på 200 årsverk i tjenester og tiltak for voksne, og en fortsatt dreining av årsverk fra helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå til årsverk med høyere utdanning. Antall psykologer ser ut til å være stabilt i tjenester til voksne fra 2021 til 2022 med en nedgang på 3 årsverk.

I tjenester til barn og unge rapporteres det om en marginal økning i årsverk på 2,2 prosent, og det er særlig økning i årsverk som går til helsestasjon – og skolehelsetjeneste (6,5 prosent). Men det rapporteres samtidig om en nedgang i andre årsverk rettet mot barn og unge. Noe av økningen i årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste kan dermed skyldes at aktivitet flyttes inn i dette tilbudet. Det rapporteres videre om en sterk økning på 9,4 prosent med årsverk utført av psykologer/psykologspesialister i tjenester til barn og unge, så samlet sett er det flere psykologer i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2022 enn i 2021.

REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 startet vi å kartlegge om kommunene hadde problemer med å rekruttere ansatte til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det var særlig mange kommuner som oppga at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer og psykologspesialister. Tilsvarende spørsmål er tatt med i 2021 og 2022, og vi har derfor en tidsserie på tre år. Det er fortsatt flest som svarer at de har problemer med rekruttering av psykologer (57 prosent), men det er særlig økning fra 2021 til 2022 i andel som har problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, men også økning i andel som har problemer med å rekruttere vernepleiere og sosionomer.

I 2022 tok vi også med et spørsmål om hvilke tjenester kommunene sliter med rekruttering til og for halvparten av kommunene gjelder rekrutteringsproblemene både i tjenester til voksne og til barn/unge, mens 17 prosent har rekrutteringsproblemer kun i tjenester til voksne og 11 prosent kun i tjenester til barn og unge.

For å avhjelpe rekrutteringsproblemene er det flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (64 prosent), men også at de tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (44 prosent), og etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (44 prosent). Det er nedgang fra 2021 til 2022 i andel som svarer at de etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser (fra 41 prosent i 2021 til 32 prosent i 2022). Men de forsøker også andre tiltak som dekking av studielån, gjør seg synlig i sosiale media, tilbyr høyere lønn, jobber med arbeidsplassens omdømme, lyser ut stillinger som starter med høyere ansiennitet, tilbyr bolig, bruker fagnettverk aktivt og ansetter personer som er under utdanning.

HOVEDFORLØP

I tjenester til voksne går 12 prosent av årsverkene til Hovedforløp 1, og 27 prosent til Hovedforløp 2 og 61 prosent til Hovedforløp 3. Det er en liten nedgang i andel årsverk som går til hovedforløp 3 og en økning i andel til hovedforløp 1, fra 2021 til 2022.

I tjenester til barn og unge går 53 prosent av årsverkene til Hovedforløp 1, 30 til Hovedforløp 2 og 16 til Hovedforløp 3. Også i tjenester til barn og unge er det en økning i andel som går til Hovedforløp 1 og en nedgang i andelen som går til Hovedforløp 2 og 3.

Kommunene gir også en egenvurdering av kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet til henholdsvis voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. For tjenester til voksne observerer vi en økning i andel fra 2018 til 2022 som svarer at de har et godt eller svært godt tilbud til målgruppen for alle tre hovedforløpene.

I tjenester for barn og unge er det også en positiv utvikling i egenvurdering av tilbud til hovedforløp 1 og 2, men det er særlig for hovedforløp 3 mange mener de ikke har et godt nok tilbud til og her er det tendenser til forverring av situasjonen sammenliknet med 2018.

PANDEMIKONSEKVENSER

Det er få kommuner som oppgir at de i liten grad har opprettholdt ordinær drift til voksne og til barn/unge. For tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge er 80 prosent. Dette er omtrent som i 2021.

Det er få kommuner/bydeler som rapporterer om nedgang i henvendelser/henvisninger siste år, men det er mange som melder om stor økning blant både barn med psykiske helseproblemer (38 prosent) og for voksne med psykiske helseproblemer (37 prosent). Like mange rapporterer om en liten økning.

Det ble inkludert et spørsmål om pandemien har ført til noen endringer i kommunens/bydelens tilbud innen psykisk helse- og rusarbeid som de tror vil vedvare etter pandemien og de ble bedt om å beskrive endringene. 52 prosent svarer at pandemien ikke har ført til noen varige endringer, mens resten observerer varige endringer i tjenester til barn og unge og/eller til voksne. Endringene handler først og fremst om økt bruk av digitale møteformer, og dette kan ha ført til økt samarbeid både med pårørende, spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester. Men de oppgir også at de har etablert ulike lavterskeltilbud og gruppetilbud for å ta unna den økte etterspørselen mange opplever. Flere viser også til at økt etterspørsel fører til effektiviseringsbehov og at de nå gir mer avgrensede tilbud og foretar hyppigere vurderinger av tilbud som gis til den enkelte.

På spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien, er det 24 prosent som svarer at samarbeidet har fungert svært godt, 52 prosent svarer at det har fungert godt, mens 20 prosent svarer middels. Tre prosent svarer dårlig og 1 prosent svarer svært dårlig.

SAMARBEID MED FASTLEGER

Det er mange kommuner som oppgir at fastlegene i stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (82 prosent), men færre når det gjelder barn og unge (40 prosent). Basert på kvalitative svar på et spørsmål om fastlegens involvering i 2011, utviklet vi syv indikatorer på kvaliteten på samarbeidet, formulert som påstander der kommunene oppgir grad av enighet. Kvalitet på samarbeidet ble første gang målt med disse spørsmålene i 2012, deretter i 2018 og nå i 2022.

I 2012 var det 83 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene i kommunen, i 2018 var andelen 84 prosent og i 2022 var andelen 77 prosent. Det ser altså ut som det var stabilt nivå på samarbeidet fra 2012 til 2018, men det er en tydelig nedgang mellom målingene i 2018 og 2022 i alle indikatorene med unntak av fastlegene er de viktigste støttespillerne der det er en øking fra 73 til 76 prosent i andel kommuner som er enige.

Generelt ser det ut som fastlegen har blitt enda viktigere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2018 til 2022, men at flere kommuner enn før opplever at det er vanskeligere å få involvert fastlegene nå enn tidligere.

Fra åpne kommentarer fra kommunene ser vi at en del opplever stor individuell variasjon i samarbeidet med fastlegene, og dette forklares med at fastleger har det travelt, at de ikke er engasjert i problematikken eller ikke har nok kunnskap om målgruppene. Mange i målgruppen krever kontinuitet og langsiktig oppfølging, og det er særlig vanskelig å få til der det er mange ledige fastlegehemler og mange korttidsvikarer.

Selv om 77 prosent av kommunene oppgir at de generelt er har et godt samarbeid med fastlegene, er det forbedringsmuligheter for å sikre at målgruppen får de helsetjenesten de har behov for. Dette kan være etablering av ukentlige samarbeidsmøter med fastlegene eller andre faste arenaer for samarbeid, eller kommunal tilsetting av fastleger som kan gi bedre tilgjengelighet for målgruppen.

VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE ETTER OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020)

Litt under halvparten av kommunene (45 prosent) svarer i 2022 at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) medførte og dette er en liten nedgang fra 49 prosent i 2021. Men det er noen flere som svarer at de i noen grad har videreført kapasiteten og kompetansen (26 prosent i 2022 mot 23 prosent i 2021), så det er omtrent som i 2021. Vi har spurt om de kan beskrive årsaken til at de har klart å videreføre arbeidet etter planperioden, og basert på disse svarene har vi identifisert følgende suksesskriterier: 1) Sørg for forankring i administrativ og politisk ledelse gjennom formidling av behov i befolkningen når det søkes om tilskuddsmidler, 2) Sørg for at videreføring av tilskuddsmidler med egne midler er inkludert i kommunens planer og strategier, 3) Følg opp at bevilgningen går til målgruppen, 4) Utvikle gode tilbud med nødvendig kompetanse som gir stabile tjenester i tråd med behovene i befolkningen, 5) Involver tilgjengelig kompetanse i og utenfor kommunen for å få til et systematisk forbedringsarbeid.

Det er 15 prosent som svarer at opptrappingsplanen har ikke hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens de 9 prosentene som svarer liten eller svært liten grad av videreføring oppgir som årsak at det er innstramminger på grunn av stram kommuneøkonomi, eller at det ikke prioriteres av kommuneledelsen eller at rusfeltet og videreføring ikke er tatt inn i planer og strategier.

Det er lovvedtak om at kommunene fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for russaker. Enhetene skal ta imot personer som ilegges oppmøteplikt for enheten som vilkår for betinget påtaleunntatelse i saker som handler om bruk og besittelse av narkotika. De som møter for enheten, skal få råd og veiledning og tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov. Enheten skal sørge for at de også får tilbud om utredning av andre tjenester de trenger, for eksempel ulike former for oppfølgingstilbud fra NAV. Kommunene har fått 100 millioner kroner i rammetilskuddet for 2022 for etablering av enhetene. Vi har spurt om kommunene kjenner til dette og det er 78 prosent som svarer at de kjenner til dette. Andelen er høyere i store kommuner enn små kommuner. Av de som var kjent med lovkravet, var det 62 prosent som svarte at de var i gang med arbeidet, mens 36 prosent ikke hadde startet våren 2022. Mange avventet på retningslinjer fra Helsedirektoratet som kom i juni, og en del hadde startet diskusjoner, hatt første møte eller bestemt hvor enheten skulle organiseres. Andre hadde etablert samarbeid med politimyndighet og SLT. Flere hadde begynt å vurdere hvor stort omfanget kom til å bli, men det var en del usikkerhet. Det generelle inntrykket er at det ikke er store utfordringer med å få til dette i kommunene.

PSYKOLOGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er det 258 av kommunene/bydelen (69 prosent) som har oppgitt at de har psykologårverk i tjenestene, enten i tjenester til voksne, i tjenester til barn/unge eller til begge. Kommunene som ikke har rapportert om psykologårverk kan ha årverk som utføres av psykologer i tjenester som primært er rettet mot andre målgrupper, eller de kan ha

tilgang til psykologtjenester fra andre kommuner eller privatpraktiserende psykologer med eller uten avtale med helseforetakene. Kommunene kan også ha ubesatte psykologstillinger.

Innen psykisk helse- og rusarbeid, er det i 2022 totalt 177 kommuner (48 prosent) som oppgir null psykologårsverk i tjenester og tiltak til voksne og 157 kommuner (42 prosent) som oppgir null psykologårsverk innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Det er 114 kommuner (31 prosent) som oppgir at de ikke har psykologårsverk hverken i tjenester til voksne eller i tjenester til barn og unge innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Det er 78 prosent av kommunene som oppgir at de har behov for mer psykologkompetanse i tjenester rettet mot voksne, og 76 prosent svarer at de har behov for mer psykologkompetanse i tjenester til barn og unge.

Vi har forsøkt å kartlegge hvilke forløp psykologene arbeider med. Det er 53 prosent som svarer at psykologene i svært stor eller i stor grad arbeider med hovedforløp 1, mens 62 prosent svarer slik om hovedforløp 2 og 35 prosent om hovedforløp 3. Dette kan bety at psykologene i mindre grad arbeider med forløp 3, men dette spørsmålet må videreutvikles til neste år for å få mer pålitelig informasjon. Det var en del kommuner som svarte at de i stor grad arbeider med alle forløp, men det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom svar og antall psykologårsverk de har. Om kommunen for eksempel har tilgang på 0,2 årsverk psykolog, er det problematisk om de svarer at psykologen i stor grad jobber med alle forløpene. Vi må derfor utvikle en annen måte å spørre på, for eksempel be de fordele psykologårsverkene på forløp.

Mange kommuner har forsøkt ulike strategier for å rekruttere psykologer, noen har lyktes og andre ikke. Flere kommuner inngår i interkommunalt samarbeid om felles psykologressurs, mens andre kjøper digitale psykologtjenester. Noen kommuner forsøker også å få til samarbeid med spesialisthelsetjenesten med delt psykologstilling mellom nivåene, og dette kan kanskje også være et effektivt samarbeidstiltak.

Det er 85 prosent av kommunene/bydelene som har besvart spørsmål om Rask psykisk helsehjelp, og av disse er det 25 prosent som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens tre prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 40 kommuner, eller 13 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging. Det er 59 prosent (n=188 kommuner) av de som svarer som oppgir at de ikke har etablert Rask psykisk helsehjelp. Totalt rapporteres det om 287 årsverk i Rask psykisk helsehjelp av kommunene som har etablert dette tilbudet.

SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de involveres i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam eller annet kriseteam. Det er 79 prosent som oppgir at de involveres om bruker tar kontakt, 78 prosent om andre tjenester tar kontakt og 75 prosent om det kommer en henvisning. Det er 65 prosent som svarer at de involveres gjennom oppfølgende virksomhet.

I 2022 er det 49 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent. Det er tilsvarende en økning på åtte prosentpoeng i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk, og andelen er nå 30 prosent. Det er særlig få som har skriftlige

rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk (26 prosent). Det er også få som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep (17 prosent), oppfølging av personer som har utøvet vold (16 prosent) og for oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge (19 prosent). Det er flest som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer på å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester (63 prosent).

Det veiledende materialet for forebygging av selvskading og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet har god spredning til kommunene. I 2022 er det 89 prosent av kommunene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

De to siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2022 var det 45 prosent som hadde gjennomført tiltak. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse.

System for håndtering av vold i nære relasjoner oppgis å være på plass i 72 prosent av kommunene og dette er en økning fra 66 prosent i 2020. De største kommunene nå er oppe i 100 prosent, og dermed har alle kommuner i Norge med mer enn 50 000 innbyggere et system på plass for håndtering av vold i nære relasjoner.

I 2022 har vi tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner og 57 prosent svarer at de er direkte involvert. De kan være involvert i alt fra planarbeid, kompetansehevende tiltak, deltakelse i ulike grupper eller team, til direkte forebyggingsarbeid på skoler eller helsestasjoner.

I 2021 og 2022 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og det er 16 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene. Mange oppgir at de ikke vet (41 prosent) og dette kan skyldes at kommunen ikke fører noe statistikk på avdekking av vold i nære relasjoner.

Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (13 prosent). Kommunene oppgir følgende hovedutfordringer når det gjelder proaktiv oppfølging av personer med kjent voldsproblematikk: å identifisere og komme tidlig nok inn, at voldsutsatte forsøker å skjule at de utsettes for vold, at aktuelle brukere velger å ikke ta imot tilbud, at det er vanskelig å hjelpe brukere i aktiv rus, at ansatte utsettes for risiko og at utfordringene skyldes at det ikke er etablert et godt nok tverrfaglig samarbeid.

HELSEFELLESSKAP

Etableringen av 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres i helsefellesskapene, har vi spurt om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til nå har vært involvert i dette arbeidet. Vi finner at 40 prosent av kommunene/bydelene våren 2022 svarer at ansatte i tjenestene har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, og dette er en økning fra 27 prosent våren 2021. Det er også en liten økning i andel som svarer at helsefellesskapene har ført til bedre samarbeid og økt prioritering av voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller

rusavhengighet, og noen færre svarer at de ikke vet om helsefellesskap har ført til bedre samarbeid eller økt prioritering til de som trenger det mest i 2022 enn i 2021.

Det er stort behov for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene når det gjelder målgruppene for tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og helsefellesskapene har et potensial for å bidra til forbedring i samarbeidet rundt de prioriterte målgruppene. Det er viktig at det ikke blir spesialisthelsetjenesten alene som setter agendaen for helsefellesskapene, men at kunnskap om og erfaring med de inkluderte målgruppene som de kommunale tjenestene har, inkluderes på en systematisk måte i samarbeidet.

OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

Det er 66 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen, og 9 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2022.

To av tre kommuner oppgir å ha et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, men det er usikkert hva som er inkludert her.

Under halvparten av kommunene/bydelene (43 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 39 prosent svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2022.

Det er få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Andelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 72 prosent i 2022.

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2022 er denne andelen 60 prosent.

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi og i 2022 var andelen sunket til åtte prosent.

I 2021 var det 38 prosent som svarte at de var kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern, og i 2022 var andelen 60 prosent.

I 2022 er det tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. og det er 54 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært involvert, og andelen øker med kommunestørrelse, med unntak av bydelene i Oslo der halvparten oppgir å ha vært involvert. Det er ellers ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker i andel som svarer at de har vært involvert.

Det er 35 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har egen barnekoordinator på nasjonalt nivå, og andelen øker i betydelig grad med kommunestørrelse.

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barneverntjenesten, mens 15 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2022. For å øke og forbedre samarbeidet foreslår de kommunale psykisk helse- og rustjenestene å få formalisert samarbeidsavtaler, etablere faste møtepunkter, mer aktiv bruk av samtykke, å få satt av tid til å utarbeide gode rutiner, at ansatte i tjenestene må bli bedre kjent, at ansvarsområder og roller skal tydeliggjøres m.m.

PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv. På spørsmål om de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i pårørendestrategien, er det flest som svarer 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', og det er færrest som svarer at de har planlagt tiltak for å øke støtten og gi avlastning til pårørende. Fra 2021 til 2022 er det blant tiltakene mest økning i andel kommuner med planer om å gjøre tjenestene mer familieorienterte.

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det 80 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. 20 prosent oppgir at de har egen barneansvarlig og 15 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret og 21 prosent oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter.

Fem prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer), mens seks prosent oppgir at de har SMIL-grupper (Styrket mestring i livet). 28 prosent av kommunene oppgir at ansatte har gjennomført e-læring om barn som pårørende (KS-læring).

57 prosent av kommunene/bydelen oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2022, og dette er omtrent som i 2019.

Det er 54 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de godt eller svært godt ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, og dette er omtrent samme andel som i 2019.

Kommunene har fortsatt et betydelig potensial i å forbedre tilbudet de gir til pårørende for ulike grupper, men det er ikke alltid de kommunale tjenestene får beskjed dersom det er barn som pårørende for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Helsestasjon- og skolehelsetjenestene har kanskje det største potensialet for å nå barn og unge som pårørende, og de har allerede har dette ansvaret i 80 prosent av kommunene.

BRUKERMEDVIRKNING

Når kommunene blir bedt om å gjøre en egenvurdering på om de sikrer brukermedvirkning er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. Det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning enn små kommuner, men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunistørrelse.

Det ble fra 2021 tatt med to nye spørsmål om samarbeid med hhv. lokale/regionale og sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Det er 18 prosent som svarer at de i stor

eller svært stor grad har samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 38 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse. Det er 7 prosent som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 16 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 51 prosent at de hadde det i 2022. Det er en økning fra 44 prosent i 2018.

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune var recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 76 prosent i 2022.

I 2019 var det 27 prosent av alle kommunene som hadde ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring i psykisk helse og/eller rustjenester, og i 2022 er andelen kommet opp i 42 prosent. Andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse er betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring og i 2022 var det 260 årsverk. Fra 2019 til 2022 er det dermed en økning på 93 årsverk, eller 55 prosent.

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid og i 2022 var det 15 prosent. Til sammen er det meldt om 31 årsverk, en økning fra 16 årsverk i 2021.

BOLIGSITUASJONEN

Det er 85 prosent som svarer på spørsmålene om boligsituasjonen til målgruppen. 10 prosent oppgir at dagens boligsituasjon for målgruppen innen psykisk helse er svært god, og flest (42 prosent) svarer at situasjonen er god. Nesten hver tredje kommune svarer at situasjonen for målgruppen er middels, mens 13 prosent svarer at den er dårlig, og 10 kommuner (3 prosent) svarer at situasjonen er svært dårlig.

Det er færre som svarer at boligsituasjonen innen rusarbeid er svært god eller god (38 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (52 prosent), og hver femte kommune svarer at situasjonen er dårlig, mens 8 prosent svarer at situasjonen er svært dårlig innen rusarbeid.

Det er flest som oppgir at utfordringen handler om boliger til målgruppen ROP (85 prosent). Om vi antar at resten av kommunene har en grei boligsituasjon for målgruppene, betyr dette at det er rundt 80 kommuner/bydeler, eller 22 prosent av alle kommunene/bydelene som har utfordringer med boliger til målgruppen ROP. Noen færre har problemer med et for lite differensiert boligtilbud (78 prosent av de med dårlig boligsituasjon), og omtrent like mange (76 prosent) oppgir at situasjonen er dårlig fordi de mangler bolig/boligfellskap med nødvendig tilgang på personell. Mangel på små og rimelige boliger oppgis å være delårsak i 74 prosent av kommunene/bydelen som har en dårlig boligsituasjon.

SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Kartleggingen i 2022 inkluderer spørsmål om hvordan fagpersoner i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opplever at spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern (PHV) og TSB sørger for råd, veiledning og samarbeid med kommunene. Det kan se ut som kommunene i større grad mottar råd, veiledning og har samarbeid med TSB, enn PHV. Resultatene er gruppert etter opptaksområde for helseforetakene og de viser potensial for forbedring i alle HF-områdene.

PAKKEFORLØP/NASJONALE PASIENTFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

I 2022 har vi spurt om kommunene opplever noen virkninger for tjenestene eller tjenestebrukerne etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus, og 316 kommuner (85 prosent) som har svart på spørsmålene om pakkeforløp. Det er 27 prosent som oppgir at pakkeforløp har hatt betydning for brukerne og 18 prosent oppgir at det har hatt virkning for tjenestene, mens 14 prosent har krysset av både for brukerne og tjenestene.

Noen opplever bedre kommunikasjon og bedre samarbeid, mens andre rapporterer at det er økt fokus på brukermedvirkning, bedre kontinuitet og raskere hjelp. Men også at det er for lite behandling i pakkeforløpene, mest utredninger. De som kommer i pakkeforløp, får kanskje bedre tjenester mens resten blir kommunenes ansvar. Flere oppgir at det er mer systematikk i arbeidet nå, og at mange forløp går raskt og ukomplisert. Men det er mer arbeid for kommunene, mer skal prøves ut før de henvises og dokumentasjonen i henvisningene kan ha blitt bedre fordi fastlegene samarbeider om dette med andre kommunale tjenester. Tjenestene har incentiver i å bidra til bedre henvisninger fordi det øker sannsynligheten for at brukeren blir tatt inn og ikke blir avvist.

47 prosent av kommunene/bydelene svarte i 2022 at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, og dette er en tydelig økning fra 23 prosent i 2019.

KJØP FRA PRIVATE/ANDRE KOMMUNER, INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Det er 45 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2022. Det betyr at 55 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. I 2019 var andelen 44 prosent, så det er en økning. Det er noen færre som kjøper fra ideelle aktører og noen flere fra kommersielle aktører i 2022 enn i 2021.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022. Seks prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid i 2022. Det er liten endring fra 2019 til 2022.

Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan trolig forklares med at mange kommuner ble slått sammen med nabokommuner i 2020, og dette var trolig kommuner som naturlig samarbeidet fra før pga. størrelse og avstander.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og nedlagte team. Ut ifra NAPHAS oversikt ser det nå ut til å være etablert 71 FACT-team og 7 ACT-team, og i tillegg er det 11 FACT-team i forprosjekt/under etablering. Det er 18 FACT Ung-team, og ytterligere 15 i forprosjekt/under etablering.

Følgende antall kommuner/bydeler har rapportert at de er inkludert i ulike team:

- ACT-team: 25 kommuner/bydeler
- FACT-team: 121 kommuner/bydeler
- FACT ung-team: 22 kommuner/bydeler
- Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten: 43 kommuner/bydeler
- Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten: 62 kommuner/bydeler
- Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge: 33 kommuner/bydeler
- Andre typer team: 39 kommuner/bydeler

ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD, AKUTT-TILBUD OG TJENESTER TILGJENGELIG PÅ ETTERMIDDAGS- OG KVELDSTID

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

Våren 2017 oppga hver tredje kommune at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Våren 2022 var det 91 prosent av kommunene som oppgir at de har etablert tilbudet.

De er flest kommuner som svarer at de har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (35 prosent), mens 26 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofellesskap eller sykehjem.

Det er 60 prosent av kommunene som oppgir at plassene i liten grad eller svært liten grad er benyttet, mens 11 prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. Det er en økning i andel som svarer at plassene i liten eller svært liten grad benyttes fra 50 prosent i 2019 til 60 prosent i 2022, men ganske stabilt gjennom perioden i andel som svarer i stor eller svært stor grad.

Det er i 2021 og 2022 også spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser, som psykiatrisk legevakt eller liknende. Det er 320 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (86 prosent) i 2022, og av disse er det 78 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud. Det er det samme som vi fant i 2021.

I 2021 og 2022 er det også spurt om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 318 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2022, og av disse er det 141 (44 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud.

ARBEIDSTILTAK

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, og dette er en liten økning fra 61 prosent i 2021 og fra 58 prosent i 2017.

I 2022 er det totalt 51 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid, og dette er en økning fra 45 prosent i 2021 og fra 19 prosent i 2017.

Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2022 og dette er en økning fra 38 prosent i 2021 og fra 16 prosent i 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, det er en økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2021 til 72 prosent i 2022. I 2019 var andelen 62 prosent.

Det er 60 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er som i 2020, men en liten nedgang fra 2021.

OPPFØLGING AV ELDRE

I 2022 svarte 85 prosent av kommunene/bydelene (n=316) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 12 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er omtrent som i 2020 og 2021. Kartleggingen i disse kommunene gjøres typisk gjennom BrukerPlan, eller gjennom prosjekter som 'Aldring og rus', eller som en del av planarbeid, for eksempel gjennom boligbehovsplanen.

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

Det er 36 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og andelen øker med kommunestørrelse. Nær halvparten (48 prosent) svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk og resten (16 prosent) svarer at de ikke vet om kommunen gjennomfører slike besøk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 26 prosent av kommunene/bydelene, mens 18 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 13 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser) og 15 prosent om eldre utsatt for vold og overgrep. Det er 65 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2022.

Med tanke på at det i årene som kommer blir mange flere eldre i kommunene og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, er det relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse. Det er også relativt få som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for sine ansatte på dette feltet.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Nesten alle kommuner (95 prosent) som har svart oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året, mens 59 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 74 prosent fra TSB.

På spørsmål om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, er det 36 kommuner/bydeler (12 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Det er i tillegg 42 prosent som svarer at de i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til de som ifølge spesialisthelsetjenesten er utskrivningsklare.

Men det er store forskjeller etter kommunestørrelse, og mens andelen som melder om problemer i de minste kommunene er to prosent, er det nesten hver tredje kommune blant de med mer enn 50 000 innbyggere som oppgir å ha problemer. Dette er en utfordring først og fremst for mange store kommuner, men rundt 10 prosent av kommuner med 2 000 til 20 000 innbyggere melder også om problemer med å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og TSB. De som har problemer med å tilby nødvendige tjenester, oppgir boligproblematikk, ressursmangel og at mange pasienter er for dårlige til at de kommunale tjenestene kan ha ansvaret som årsaker.

ERFARING MED KOMPETANSESENTRER

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressursenter innenfor psykisk helse- og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen siden 2018. I 2022 er det innhentet informasjon om kommunalt psykisk helse- og rusarbeids bruk og fornøydhet med 11 sentre, tjenester eller nettverk. Dette er NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene), KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet), RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse/barnevern), RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse), NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging), SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus), SIFER (Nasjonalt kompetansesenternetnettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), NUBU (Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge) og Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). KORUS, RVTS, NAPHA og RBUP/RKBU er særlig godt kjent, men Erfaringskompetanse, NSSF, NKVTS og NKROP er også godt kjent. Ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester er i stor grad fornøyd med de tilbudene de har fått fra alle kompetanse- og ressursentrene som er inkludert i kartleggingen.

KONKLUSJON 2022

Det er en liten økning i antall rapporterte årsverk fra 2021 til 2022 på 1,7 prosent på nasjonalt nivå for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det er 200 flere årsverk i tjenester til voksne (økning på 1,5 prosent) og 83 flere årsverk i tjenester til barn og unge (økning på 2,2 prosent).

Ett av hovedfunnene i årets rapport er den sterke økningen i antall kommuner som rapporterer om rekrutteringsproblemer. Det er flest som rapporterer om rekrutteringsutfordringer av psykologer, men det er sterkest økning i andel som har problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, men også vernepleiere og sosionomer.

I tillegg er det mange som rapporterer om økning i henvendelser og henvisninger til tjenestene, og kommunene må utvikle nye tilbud som både utnytter årsverkene best mulig samtidig som de hjelper flere. I årene fremover kommer dette sannsynligvis til å være sentrale oppgaver for tjenestene og kommunene.

Samarbeidet med fastlegene er kartlagt i 2012, 2018 og 2022. Det var stabilt og godt samarbeid i over åtti prosent av kommunene i 2012 og 2018, men i 2022 har andelen som oppgav at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene gått ned med syv prosentpoeng. Samtidig blir fastlegene viktigere inn i tjenestenes arbeid fordi flere med alvorlige lidelser blir kommunenes ansvar og det blir viktig å følge med på denne målgruppens tilgang til helsetjenester fremover.

Psykologene i kommunene ser i størst grad ut til å arbeide med Hovedforløp 1 og 2, og det er behov for mer psykologkompetanse særlig inn i Hovedforløp 2 og 3. Både for at kommunene skal samhandle bedre med spesialisthelsetjenesten rundt denne målgruppen, men også fordi øvrige ansatte trenger psykologveiledning når brukernes tjenestebehov er komplekse og langvarige.

Et annet viktig funn i årets rapport er at vi har kunnet identifisere hva kommunene som har lyktes i å videreføre kapasiteten og kompetansen som opptrappingsplanen for rusfeltet medførte, har gjort for å få til dette. Dette handler blant annet om administrativ og politisk forankring når det søkes om tilskuddsmidler, at videreføring må tas inn i planer og strategier, og om å få med mer kunnskap og kompetanse fra andre i oppbygging av tilbudene. Dette kan være interne fagpersoner som kommuneoverleger og kommunepsykologer, men også rådgivere hos Statsforvalteren og ulike ressurs- og kompetansesenter kan involveres.

1 KUNNSKAPSGRUNNLAG

Siden 2007 har SINTEF kartlagt ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid på oppdrag fra Helsedirektoratet, og det publiseres én omfattende rapport årlig i prosjektet¹. Datagrunnlaget samles inn gjennom et nettbasert kartleggings skjema som sendes til alle landets kommuner hver vår. Skjemaet utvikles av forskere i SINTEF i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og en faglig referansegruppe med representanter fra både Statsforvalteren, kommuneledelse, KS, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen av årsverksinnsats fordelt på tiltak og utdanning har vært lik i mange år, mens andre deler av kartleggingen endres etter behov og dekker et bredt spekter av tema helsemyndighetene ønsker å kartlegge. Rapporten har særlig fokus på utvikling over tid, og brukes som oppslagsverk både av nasjonale helsemyndigheter, tjenesteutøvere i kommunene, forskere, studenter og vitenskapelig ansatte på helsefaglige utdanninger rundt om i landet. Datagrunnlaget inneholder viktig styringsinformasjon for rådgiverne i psykisk helse- og rusarbeid hos Statsforvalteren, som mottar årlige statistikkpakker med data på kommunenivå fra prosjektet.

Det ligger utenfor rammene og hensikten i prosjektet å gi en systematisk kunnskapsoppsummering på hvert enkelt tema (kapittel) i rapporten, og vi diskuterer i liten grad enkeltfunn opp mot internasjonal litteratur. Vi ønsker likevel at leserne av rapporten skal få et innblikk i eksempler på ny forskning som berører psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. I dette kapitlet gir vi en oversikt over de viktigste nasjonale føringene på feltet i form av stortingsmeldinger, offentlige utredninger, handlingsplaner og strategier, samt nye vitenskapelige publikasjoner av relevans for tjenestene som har blitt publisert i løpet av det siste året. Kunnskapsgrunnlaget oppdateres årlig, og strategier og planer som er pågående tar vi med i hver rapport så lenge de er gjeldende.

Vi håper vi kan vekke nysgjerrighet for forskning ute i kommunene, og gi de som jobber i tjenestene både ny kunnskap og tips til hvor de kan finne ytterligere forskning på det de måtte være mest interessert i. Systematiske sammenstillinger av litteratur inneholder en rekke sentrale referanser til litteratur på feltet, ofte med en vurdering av studiens kvalitet, og vi oppfordrer til å bruke Helsebiblioteket.no, PubMed og Google Scholar, eller få hjelp fra nærmeste medisinske bibliotek til å søke etter fulltekstartikler.

Om litteratursøket

Søkestrengene utgjøres av ulike kombinasjoner av ordene (på norsk og engelsk) community mental health services/primary care/mental health/substance use/community drug treatment. Vi har søkt på norsk i Google Scholar, Helsebiblioteket og Idunn, og ved enkeltinstitusjoner som vi vet publiserer rapporter på temaet (for eksempel Folkehelseinstituttet). Vi har søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på tema kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i søkemotorene Google

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

Scholar og PubMed, og søkene er begrenset til å gjelde 2021 og 2022. Endnote 20 benyttes som referanseverktøy.

1.1 NASJONALE FØRINGER FOR PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET I KOMMUNENE

De siste fire årene har vi utarbeidet en liste over offentlige meldinger, planer og strategier som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet. Tabellen under er oppdatert medio oktober 2022. Der vi tidligere år har brukt søkefunksjonen etter offentlige dokumenter (på helse- og velferdsfeltet) på www.regjeringen.no, har vi i år tatt i bruk den nye søkeløsningen for kunnskapsdokumenter i offentlig sektor; Kudos (<https://kudos.dfo.no/>). Kudos er en dokumentsamling og søkeløsning for offentlige kunnskaps- og styringsdokumenter. Her finner man blant annet evalueringer, utredninger, årsrapporter, tildelingsbrev, NOU-er, planer og strategier, samt proposisjoner og meldinger til Stortinget. Kudos fanger i større grad opp evalueringer gjort på oppdrag fra myndighetene, og fra og med 2022 har vi inkludert evalueringer med treff på søkeordene "psykisk helsearbeid" og "rusarbeid" eller "rustjenester" i tabellen. Vi tar forbehold om at tabellen ikke er uttømmende, og at det kan finnes flere offentlige dokumenter som omhandler kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og skulle vært på lista.

Medio oktober 2022 gav søkeordene "psykisk helse" og "psykisk helsearbeid" hhv. 148 og 37 treff i Kudos, mens "rus" og "rusarbeid" gav hhv. 127 og 16 treff (alle søk var begrenset til dokumenter fra 2021 og 2022). Kontrolløk i databasen over offentlige dokumenter på Regjeringen.no gav konsekvent færre treff. Treffene ble gjennomgått og vasket mot den eksisterende tabellen i fjorårets rapport, og nye treff ble integrert i tabellen. Nytt av året er at vi også har lagt til Ukom-rapporter som vi anser relevante for ansatte og ledere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

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

| Stortingsmeldinger | |
|---------------------------|---|
| Meld. St. 10 (2018–2019) | Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig. Den statlege frivilligheitspolitikken |
| Meld. St. 13 (2018–2019) | Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft |
| Meld. St. 19 (2018–2019) | Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn |
| Meld. St. 6 (2019–2020) | Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO |
| Meld. St. 7 (2019–2020) | Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 |
| Meld. St. 24 (2019–2020) | Lindrende behandling og omsorg |
| Meld. St. 14 (2020-2021) | Perspektivmeldingen 2021 |
| Meld. St. 18 (2020-2021) | Opplive, skape, dele. Kunst og kultur for, med og av barn og unge |
| Meld. St. 25 (2020-2021) | Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle |
| Meld. St. 34 (2020-2021) | Sammen mot barne-, ungdoms- og gjengkriminalitet |
| Meld. St. 38 (2020-2021) | Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten |
| Meld. St. 39 (2020-2021) | Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring |
| Meld. St. 40 (2020-2021) | Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030 |
| Meld. St. 16 (2021-2022) | Samisk språk, kultur og samfunnsliv |
| Meld. St. 39 (2021-2022) | Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring |

Norges offentlige utredninger

| | |
|--------------|--|
| NOU 2018: 2 | Fremtidige kompetansebehov I — Kunnskapsgrunnlaget |
| NOU 2018: 16 | Det viktigste først - prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester |
| NOU 2018: 18 | Trygge rammer for fosterhjem |
| NOU 2019: 2 | Fremtidige kompetansebehov II |
| NOU 2019: 10 | Åpenhet i grenseland. Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen |
| NOU 2019: 14 | Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten |
| NOU 2019: 19 | Jenterom, gutterom og mulighetsrom — Likestillingsutfordringer blant barn og unge |
| NOU 2019: 20 | En styrket familietjeneste |
| NOU 2019: 24 | Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak |
| NOU 2019: 25 | Med rett til å mestre. Struktur og innhold i videregående opplæring |
| NOU 2019: 26 | Rusreform – fra straff til hjelp |
| NOU 2020: 1 | Tjenester til personer med autismspekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom |
| NOU 2020: 2 | Fremtidige kompetansebehov III (blant annet estimering av behov for helsepersonell i framtiden) |
| NOU 2020: 5 | Likhet for loven. Lov om støtte til rettshjelp (rettshjelpsloven) |
| NOU 2020: 13 | Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester |
| NOU 2021: 3 | Barneliv foran, bak og i skjermen — Utvalg for beskyttelse av barn og unge mot skadelig medieinnhold – med særlig vekt på pornografisk og seksualisert innhold |
| NOU 2021: 6 | Myndighetenes håndtering av koronaepidemien |
| NOU 2022:5 | Myndighetenes håndtering av koronaepidemien - del 2 - Rapport fra Koronakommisjonen |

Handlingsplaner og strategier

| |
|---|
| Prop. 121 S (2018-2019) Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) |
| Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018) |
| Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022) |
| Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023 |
| Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert |
| Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 |
| Handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse 2020-2025. |
| Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020-2023 |
| BarnUnge21-Strategien - Ut av blindsonene |
| Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024 |
| Handlingsplan mot æresrelatert vold og negativ sosial kontroll |
| Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) |
| Kompetanse for fremtidens barnehage – Revidert strategi for kompetanse og rekruttering (2018–2022) |
| Integrering gjennom kunnskap – Regjeringens integreringsstrategi (2019–2022) |
| Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030 |
| Mer kunnskap – bedre barnevern – Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024) |
| Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026) |

Regjeringens inkluderingsdugnad
Ekspertgruppe om unge som etterlates i utlandet mot sin vilje (rapport publisert 2020: "Det var ikke bare ferie")
Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)
Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025). En helsefremmende solidarisk alkoholpolitikk
Nasjonal strategi mot nettrelaterte overgrep mot barn
Nasjonal veileder: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier
Nasjonal helse- og samhandlingsplan lanseres i 2023.

Evalueringer (2021 og 2022)

| | |
|--|---|
| Skog Hansen, Tofteng og Sørensen Holst (2021). Fafo-rapport 2021:17. Fafo, SØA og Ipsos. | Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. |
| Wågø, Bø og Høyland (2021). SINTEF akademisk forlag. | Småhus - hjem og verdig botilbud for personer med ruslidelser og psykiske lidelser? Kommunenes erfaringer og beboernes stemmer. |
| Oxford Research (2021) | Evaluering av "Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge" |
| NOKUT (2022) | Tre evalueringer av implementeringen av RETHOS for studieprogrammene i hhv. paramedisin, psykologi og sosialt arbeid. |

Rapporter fra Ukom (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2021 og 2022)

Ukom (2021) Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost
Ukom (2021) Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien
Ukom (2021) Ungdom med uavklart tilstand
Ukom (2021) Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø
Ukom (2021) Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?
Ukom (2022) To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge
Ukom (2022) Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander
Ukom (2022) Betalingsvansker – en pasientrisiko

1.2 FORSKNING OG EVALUERING FRA NORGE DET SISTE ÅRET

I dette delkapitlet refererer vi til utvalgte vitenskapelige rapporter og artikler fra Norge som omhandler tema i denne rapporten og kan være relevante for ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi har gjort tematiske søk på psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i Helsebiblioteket og i Idunn-databasen. Disse databasene dekker flere relevante tidsskrift, som f.eks. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Fokus på familien, Tidsskrift for omsorgsforskning, Tidsskrift for Norsk psykologforening, Tidsskrift for velferdsforskning og Tidsskriftet Den norske legeforening. Søket ble tidsavgrenset til 2021 og 2022, for å dekke de nyeste publikasjonene siden forrige rapport. Én forsker som kjenner prosjektet godt (SLK) gikk så gjennom søkene og valgte ut artikler som har elementer av system og/eller tjenesteperspektiv i seg.

Totalt har vi inkludert 73 norske og internasjonale artikler, rapporter og bøker fra søket vårt [1-73]. Vi publiserer et nettbasert vedlegg til kunnskapsgrunnlaget på prosjektets SINTEF-nettside², der man kan lese sammendrag av de inkluderte arbeidene.

² <https://www.sintef.no/prosjekter/2015/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>

Via søkene i Helsebiblioteket og Idunn-databasen inkluderte vi 37 bidrag publisert i norske tidsskrift og rapportserier [1, 3-5, 7, 8, 14, 16, 17, 19-23, 28, 29, 31-34, 36, 38-41, 45-47, 49, 51-53, 55-59], inkludert tre bokutgivelser [5, 23, 29] og en doktorgradsavhandling [59]. Det norske søket i Idunn-databasen fanget også opp åtte relevante artikler i nordiske tidsskrift [6, 13, 15, 27, 30, 37, 44, 54]. Av de norske tidsskriftene er det Tidsskrift for psykisk helsearbeid som publiserer flest relevante artikler på psykisk helse- og rusfeltet: 23 av artiklene vi fanget opp var publisert her [74]. Andre relevante tidsskrift som publiserer på temaet er f.eks. Sykepleien [19, 38], Tidsskrift for omsorgsforskning [4], Tidsskrift for velferdsforskning [1] og Psykologtidsskriftet [22]. Litteratursøket fanget også opp fem forskningsrapporter fra hhv. KORUS Vest, NIBR, Norce, Senter for omsorgsforskning og SINTEF [16, 21, 28, 33, 46]. I Google Scholar gav søkeordet "Psykisk helsearbeid" 1050 treff i 2021 og 2022, mens "rusarbeid" gav 106 treff. Vi gjør oppmerksom på at søkeordene "psykisk helsearbeid" og "rusarbeid" i Google Scholar gir treff på flere titalls relevante masteroppgaver og bacheloroppgaver på feltet. Dette er en indikasjon på at det er interesse blant studenter for å forske både på, og i, kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi har valgt å ikke inkludere masteroppgaver i vårt kunnskapsgrunnlag, grunnet usikkerhet knyttet til kvaliteten på arbeidene.

Som i de foregående årene var det relativt flere treff på psykisk helse enn rus-feltet. Av de 37 norske bidragene referert til over, var det 14 som omtaler rusproblematikk mer eller mindre eksplisitt [1, 4, 5, 14, 19, 21, 29, 31, 33, 39, 46, 51, 52, 58], mens to av de engelske systematiske kunnskapsoppsummeringene gjorde det samme [12, 50]. Tidsskrift for psykisk helsearbeid har i 2022 satt fokus på psykisk helse- og rus og menneskerettigheter, og fem av artiklene vi inkluderte, handlet om dette [3, 34, 39, 45, 58]:

- Baklien, B. (2022): "Psykisk helsearbeid under ulike kulturelle betingelser: refleksjoner rundt empatiens funksjon i arbeidet med å beskytte menneskerettighetene. Belyst med et eksempel fra Indonesia".
- McGovern, P. og Ellingsdalen, M (2022): "QualityRights – Mot psykiske helsetjenester basert i menneskerettighetene".
- Nordaunet, OM. (2022): "Menneskerettigheter, systemsvikt og pasientsikkerhet i psykisk helse- og rusarbeid – en litteraturgjennomgang".
- Pettersen, H. (2022): "Psykisk helse, medborgerskap og menneskerettigheter"
- Aaslund, H. (2022): "«Nu är det väl revolution på gång?» – medvirkning, medborgerskap og menneskerettigheter blant mennesker som mangler bolig".

De senere årene har det publisert en del om og med erfaringskonsulenter, og siden forrige rapport vil vi trekke fram to nye sentrale arbeider på dette temaet [40, 57]:

- Nordaunet, OM., Sællør, KT., Eilerskov, N. og Hansen, JO. (2022): "Erfaringskonsulenters beskrivelser av relasjonell recovery".
- Westerlund, H. (2021): "Prosessledning i brukerundersøkelser: en innsikt i Bruker Spør Bruker".

Fem av artiklene vi inkluderte i søket handlet om recovery [20, 30, 37, 40], der de fire som kommer i tillegg til Nordaunet og medforfattere (2022) beskrevet over, var:

- Hansen, HA. (2022): "Vi sier recovery, men hva mener vi egentlig?"

- Karlsson, B. og Borg, M. (2022): "Menneskrettigheter, Recovery og Åpen Dialog – kan Relasjonell Recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet?"
- Lussand, JH. (2022): "Språkets betydning for relasjon og bedringsprosess i pasientjournaler".
- Mundy, SS., Kudahl, B., Bundesen B., Hellström, L. Rosenbaum, B. og Falgaard, EL. (2022): "Mental health recovery and creative writing groups: A systematic review."

En relatert artikkel i tidsskriftet Sykepleien på temaet er Nordaunet (2022) som handler om at sykepleie innen psykisk helse og rus i stor grad baseres på relasjonelt arbeid, der en viktig del av tilfriskningsprosessen til brukerne av tjenestene er sosiale og relasjonelle opplevelser. Tilknytning til andre personer og lokalmiljøet kan være et utgangspunkt for å bli bedre av en psykisk helse- og/eller ruslidelse. Artikkelen handler om hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten kan tilrettelegge for slike relasjon og sosiale opplevelser [38]. Vi fant ytterligere to artikler som omhandler det å involvere nettverket til pasientene i behandlingen (Omvik (2022)[41] og Sjørgård og Karlsson (2002)[49].

I tillegg til evalueringer og rapporter fra Ukom nevnt i tabell 1 over, fant vi fem rapporter fra ulike forskningsmiljø som vi valgte å inkludere som del av kunnskapsgrunnlaget [16, 21, 28, 33, 46]:

- Gotaas, N., Bergsli, H. og Danielsen, OA. (2022): "Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027".
- Haug, T. (2022): "Samhandling og kompetanse i oppfølging av pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelser (ROP)".
- Kalseth, J., Ådnanes, M. Melby, L. og Kaspersen, SL.: "Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år".
- Magnussen, SF. og Tingvold, L. (2022): "Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel".
- Sivertsen, K., Jentoft, N., Mydland, TS. (2022): "'Du lurer ikke en luring" (ref. likeperson): Likepersontjeneste i Bergen for mennesker med utfordringer knyttet til rus.

De tre nye bøkene vi inkluderte etter søket [5, 23, 29] er alle skrevet av erfarne forskere på feltet, og korte sammendrag av innhold finnes i vedlegget til kapittel 1. Wormdahl (2022) sin doktoravhandling består av tre artikler som undersøker hvordan forløp mot tvangsinnleggelse framstår på primærhelsetjenestenivå, og hva kommunale psykiske helsetjenester kan gjøre for å forebygge slike innleggelse [59].

1.3 INTERNASJONALE KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER DET SISTE ÅRET

Denne rapporten har søkelys på ressursinnsats og organisering av de kommunale psykisk helse- og rus-tjenestene. System- og tjenesteperspektivet i disse tjenestene har tradisjonelt ikke vært et stort forskningsfelt internasjonalt, men omfanget av artikler og kunnskapsoppsummeringer på feltet har økt de siste årene. Det er fortsatt slik at publikasjonene på psykisk helse- og rusfeltet i stor grad handler om helseutfall hos brukerne og tilstandsspesifikke problemstillinger, og psykisk helsefeltet er fortsatt mer forsket på enn rusfeltet.

Vi har i det følgende valgt ut noen av de nyeste systematiske litteraturoppsummeringene vi mener er av relevans for ansatte, ledere og brukere av psykisk helse- og rus-tjenestene. Vi har også i år begrenset søkene til å gjelde kun systematiske kunnskapsoppsummeringer fra det siste året (oktober 2021 til oktober 2022). Vi søkte i litteraturløpbasen PubMed med følgende søkestrenger, der tittel

og sammendrag ble gjennomgått av forsker som vurderte relevansen opp mot tema som dekkes i årets IS-4/8-rapport:

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

Ultimo oktober 2022 ga dette 264 treff for psykisk helse-temaet og 122 treff for rus-temaet. Basert på statistikk over antall publikasjoner for dette søket per år i PubMed, er antallet artikler mer enn doblet fra 2017 til 2022. Etter gjennomgang inkluderte vi 26 systematiske kunnskapsoppsummeringer publisert siste året på psykisk helse- og rusfeltet [2, 9-12, 15, 18, 25, 35, 37, 43, 50, 60-73]. På samme måte som for de øvrige artiklene presenteres sammendrag av de systematiske kunnskapsoppsummeringene i vedlegget til kapitlet på prosjektets hjemmeside³. I tillegg har vi laget en tabell som oppgir førsteforfatter, år og tittel på artikkelen (se tabell 1.2). Blant temaene det er gjort kunnskapsoppsummeringer på er:

- Digitale tjenester for rusavhengige (to review) og effekt av telekonsultasjoner i primærhelsetjenesten.
- Sykepleieleddet oppgaveglidning for å erstatte psykisk helse-spesialister i primærhelsetjenesten.
- Brukere av psykisk helsetjenester erfaringer og perspektiver på pårørendeinvolvering i behandlingen.
- Intervensjoner for å bedre utfall hos personer med stort behov for tjenester, flere review på rusavhengige.
- Effekt av "brief intervention" i primærhelsetjenesten for unge cannabisbrukere.
- Brukerinvolvering blant sårbare grupper i møte med tjenestene.
- Utfall og praksis av skadereducerende tiltak i Housing First, samt et review på utfall av overvåkede injeksjonstilbud (lavterskel rus).
- Effekt av bruk av fotografering i behandling.
- Effekt av tverrfaglig samarbeid på psykisk helse-feltet og utfall for de ansatte (flere review på denne tematikken).
- Helsepersonells erfaringer med og holdninger til psykisk helsetjenester til migranter og flyktninger i Europa.
- Innføring av endringer i tjenestene etter at pasienter har tatt livet sitt mens de var under psykisk helsevern.
- Strafferettslig involvering hos personer som har vært fulgt opp av psykisk helse- og rustjenester etter løslatelse fra fengsel.

³ <https://www.sintef.no/prosjekter/2015/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/>

Tabell 1.2 Inkluderte systematiske kunnskapsoversikter publisert internasjonalt.

| Førsteforfatter | År | Tittel |
|----------------------------|------|---|
| Auriziki et al. | 2022 | Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review |
| Bonfiglio et al. | 2022 | Digital Help for Substance Users (SU): A Systematic Review |
| Cameron et al. | 2022 | Mental health service users' experiences and perspectives of family involvement in their care: a systematic literature review |
| Carillo de Albornoz et al. | 2022 | The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review |
| Chang et al. | 2022 | Interventions to Improve Outcomes for High-Need, High-Cost Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis |
| Chazal et al. | 2022 | Effectiveness of brief interventions in primary care for cannabis users aged from 12 to 25 years old: a systematic review |
| Gather et al. | 2022 | User participation among people in vulnerable situations at service level. A scoping review exploring impact for individual stakeholders and services |
| Halvorsrud et al. | 2022 | Identifying evidence of the effectiveness of photovoice: a systematic review and meta-analysis of the international healthcare literature |
| Holmes et al. | 2022 | Effect of mental health collaborative care models on primary care provider outcomes: an integrative review |
| Howlett et al. | 2021 | Remote delivery of alcohol and/or substance misuse interventions for adults: A systematic review protocol |
| Kerman et al. | 2021 | Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review |
| Levengood et al. | 2021 | Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review |
| Li og Chen | 2022 | Barriers to Community-Based Primary Health Care Delivery in Urban China: A Systematic Mapping Review |
| McIntyre et al. | 2022 | Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review |
| Menear et al. | 2022 | Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review |
| Mundy et al. | 2022 | Mental health recovery and creative writing groups: A systematic review |
| Mutschler et al. | 2022 | Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature |
| Osborne et al. | 2022 | Systematic review of guidelines for managing physical health during treatment for substance use disorders: Implications for the alcohol and other drug workforce |
| Paramasivam et al. | 2022 | Intervention-based mental health training for community level workers in India -A systematic review |
| Pearce et al. | 2022 | A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations |
| Peat et al. | 2022 | Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care |
| Penuela-O'Brien et al. | 2022 | Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review |
| Prajapati et al. | 2022 | Assessing Mental Health Services: a Systematic Review and Meta-ethnography of the Experiences of South Asian Service Users in the UK |
| Ramsey et al. | 2022 | Implementing changes after patient suicides in mental health services: A systematic review |
| Stewart et al. | 2022 | Criminal Justice Involvement after Release from Prison following Exposure to Community Mental Health Services among People Who Use Illicit Drugs and Have Mental Illness: a Systematic Review |
| Tanner-Smith et al. | 2022 | Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis |

1.4 OPPSUMMERING

IS-24/8 har i stor grad fokus på ressursinnsats og styringsinformasjon i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Vi ser et økende antall publikasjoner på dette teamet, og stadig flere studenter skriver sine master- og bacheloroppgaver med utgangspunkt i psykisk helse- og rustjenestene. I dette kapittelet har vi presentert relevante nasjonale føringer, forskning og evalueringer fra Norge, og de nyeste internasjonale kunnskapsoppsummeringene som har kommet til siden forrige rapport i 2021. Resultatene er presentert med både korte oppsummeringer og fullstendige sammendrag i et nettbasert vedlegg til kapittel 1 i rapporten. Tema vi valgte å trekke fram fra de norske publikasjonene var menneskerettighetsperspektivet, erfaringskonsulenterfaringer, recovery og betydningen av relasjoner i psykisk helse- og rusarbeid. Av de internasjonale kunnskapsoppsummeringene var det flere som omhandlet effekt av digitale tjenester (særlig på rusfeltet), samt effekt av intervensjoner rettet mot personer med store og sammensatte behov som krever koordinering av flere tjenester – med utfallsmål både for brukere av tjenestene og de ansatte. Vi inkluderte også litteraturgjennomganger som omhandlet strafferettslig involvering hos personer som har vært fulgt opp av psykisk helse- og rustjenester etter løslatelse fra fengsel, endringer i tjenestene etter at man opplever at pasienter tar sitt eget liv mens vedkommende er under behandling, samt helsepersonells holdninger og erfaringer med psykiske helsetjenester til migranter og flyktninger i Europa.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/8, og inneholder til sammen 600 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål) i 2022. I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for tabellene og figurene som er framstilt i rapporten. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

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

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

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

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

Det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og i vår kommunikasjon med kommunene argumenterer vi for at datagrunnlaget utgjør viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene. Dette er sannsynligvis avgjørende for at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos Statsforvalteren, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår nettbaserte løsning, purrer og følger opp eventuelle tekniske utfordringer. Dersom Sentio ikke lykkes med å få tak i riktige folk i kommunene, eller vedkommende ikke svarer, tar SINTEF kontakt med rådgiveren for psykisk helse og/eller rusarbeid hos Statsforvalteren som dekker den aktuelle kommunen. Da kan rådgiveren gi oss et annet navn enn det vi har fra før, eller ta kontakt med kommunene for å oppfordre de til å

rapportere. I 2017, 2018 og 2019 leverte alle kommunene årsverkstall. I pandemiårene 2020 og 2021 involverte vi ikke Statsforvalteren i samme grad som tidligere år, fordi vi ikke har ønsket å legge press på de eller på kommuner som kunne ha en krevende driftssituasjon under pandemien. I 2020 ble mange ansatte omdisponert til testing og sporing, og i 2021 var det i tillegg store oppgaver knyttet til vaksinerings i kommunene. Det er fortsatt ettervirkninger av pandemien i en del kommuner, og mange opplever stor etterspørsel til tjenestene. Vi har derfor ikke vært like pågående for å få de til å svare som i årene før 2020. I 2022 har vi derfor prioritert å få inn informasjon om årsverksutviklingen, der vi har nær full dekning. Men det er lavere dekning på øvrige spørsmål, og omtrent 85 prosent av kommunene har besvart disse spørsmålene. I 2023 vil vi igjen ha mål om full dekningsgrad på prioriterte tema.

2.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

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

I 2022 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for åttende gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene våren 2022. Kommunene bes om å ta utgangspunkt i uke 5, eller finne en annen representativ uke.

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

2.2 DATAINNSAMLING

I 2022 var det 319 kommuner/bydeler som fullførte, mens 44 kun svarte på årsverksutvikling. Det er ni kommuner som ikke har respondert i det hele tatt, og for disse har vi brukt årsverkstallene som ble rapportert i 2021. Dette utgjør ikke en stor feilkilde, da det vanligvis er små endringer i rapportert årsverksinnsats fra år til år i en kommune.

Informasjon om datainnsamlingen ble sendt til alle kommunene/bydelene 17. mars med beskjed om at kartleggingen blir sendt ut 5. april og at svarfristen i år ble satt til 24. mai. Både i 2021 og i 2022 ba vi kommunene om å oppgi hvem som skulle være ansvarlig for kommunens rapportering med kontaktinformasjon slik at vi kunne sende lenken direkte til rapporteringsansvarlig i tillegg til postmottak. Det ble gitt utsettelse i flere omganger til kommuner som tok kontakt, og per 25. mai var det 206 kommuner/bydeler som hadde fullført og 24 hadde startet. Det ble sendt en purring til alle som ikke hadde fullført, med endelig svarfrist 6. juni. Den 7. juni var det fortsatt 81 kommuner som ikke hadde startet, og 25 som hadde mangelfull utfylling. Sentio iverksatte tiltak for å komme i kontakt med disse på telefon og e-post og sendte en påminnelse til de som ikke hadde fullført. Både Sintef og Sentio er i kontakt med mange kommuner i denne perioden, og det er mange som får flyttet litt på fristene og vi holder kontroll på hvem som for eksempel ikke skal få puring. Det er fortsatt en og annen kommune som sender oss skjemaet på epost slik at vi legger det inn manuelt i datafilen.

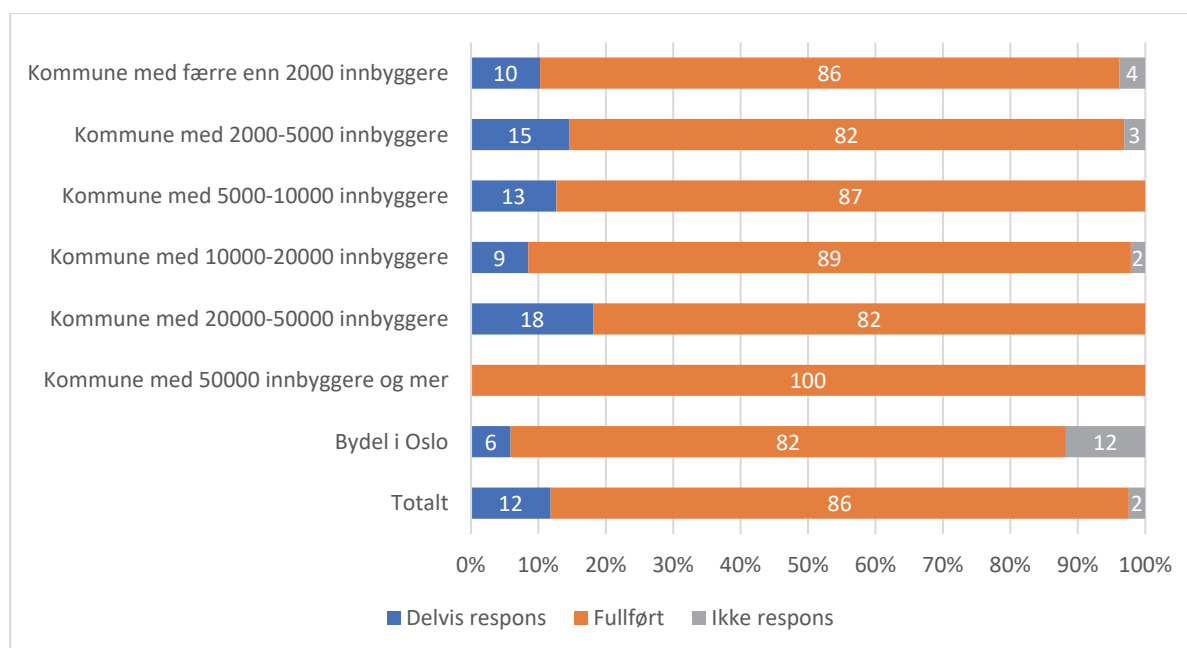
Tabell 2.1 viser fordelingen av antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter avsluttet datainnsamling og kommunestørrelse målt med antall innbyggere. Figur 2.1 viser prosentvis fordeling i størrelsesgruppen. Det er ikke signifikante forskjeller i respons etter kommunestørrelse.

Tabell 2.1 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter befolkningstall, 2022.

| | Delvis respons | Fullført | Ikke svar | Antall |
|---------------------------------------|----------------|------------|-----------|------------|
| Kommune med færre enn 2000 innbyggere | 8 | 67 | 3 | 78 |
| Kommune med 2000-5000 innbyggere | 14 | 79 | 3 | 96 |
| Kommune med 5000-10000 innbyggere | 9 | 62 | 0 | 71 |
| Kommune med 10000-20000 innbyggere | 4 | 42 | 1 | 47 |
| Kommune med 20000-50000 innbyggere | 8 | 36 | 0 | 44 |
| Kommune med 50000 innbyggere og mer | 0 | 19 | 0 | 19 |
| Bydel i Oslo* | 1 | 14 | 2 | 17 |
| Totalt | 44 | 319 | 9 | 372 |

* Inkludert Velferdsetaten og Helseetaten

Mest komplette data kommer i 2022 fra kommuner med 50 000 innbyggere eller mer, utenom Oslo, der alle 19 kommunene har fullført rapporteringen. Blant de 78 minste kommunene i landet, med færre enn 2000 innbyggere, er det 3 kommuner (4 prosent) som ikke har respondert.



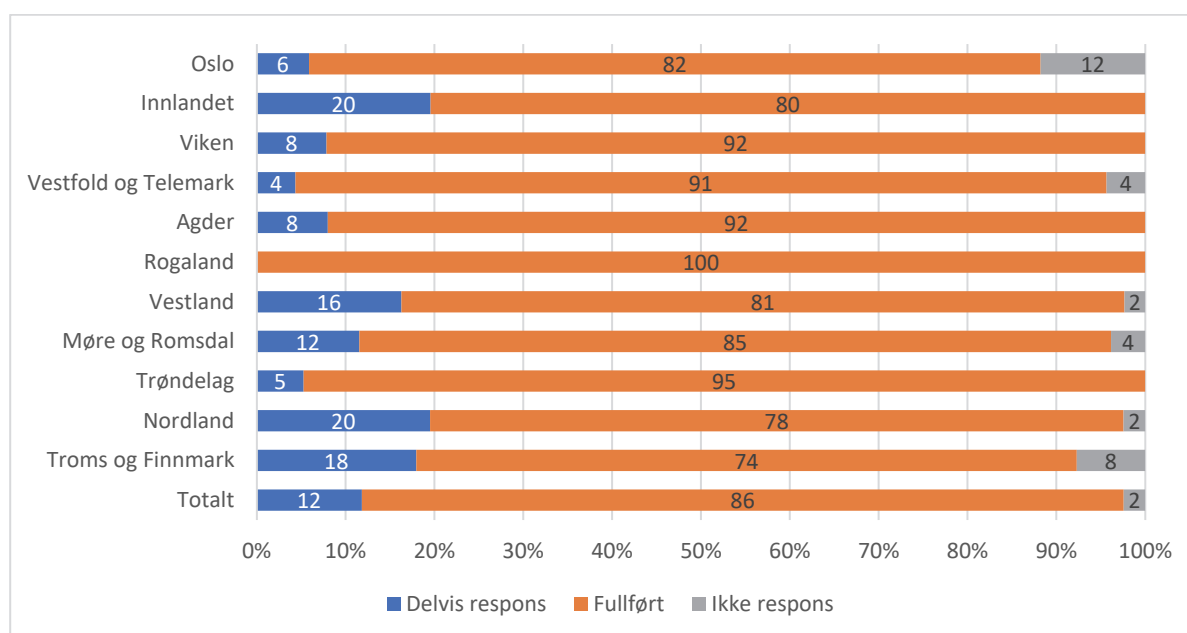
Figur 2.1 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter befolkningstall, 2022.

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

Tabell 2.2 Antall kommuner/bydeler etter rapporteringsstatus etter fylke, 2022.

| | Delvis respons | Fullført | Ikke respons | Antall |
|----------------------|----------------|------------|--------------|------------|
| Oslo | 1 | 14 | 2 | 17 |
| Innlandet | 9 | 37 | 0 | 46 |
| Viken | 4 | 47 | 0 | 51 |
| Vestfold og Telemark | 1 | 21 | 1 | 23 |
| Agder | 2 | 23 | 0 | 25 |
| Rogaland | 0 | 23 | 0 | 23 |
| Vestland | 7 | 35 | 1 | 43 |
| Møre og Romsdal | 3 | 22 | 1 | 26 |
| Trøndelag | 2 | 36 | 0 | 38 |
| Nordland | 8 | 32 | 1 | 41 |
| Troms og Finnmark | 7 | 29 | 3 | 39 |
| Totalt | 44 | 319 | 9 | 372 |

Mest komplette data kommer i 2022 fra Rogaland, der alle 23 kommunene har fullført. I Trøndelag har 36 av 38 kommuner fullført og de to siste har delvis respondert.



Figur 2.2 Prosent av kommunene etter rapporteringsstatus fordelt etter fylke, 2022.

2.3 OM UTFYLLINGEN

Som vist i tabell 2.3 har 44 prosent av kommunene valgt å la hovedansvarlig for utfyllingen ta imot innspill fra de andre relevante tjenestene uten å gjennomføre et felles fagmøte, og dette er omtrent som i 2019. I 2022 har 31 prosent valgt å organisere det som et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med både tjenester til voksne og til barn/unge, mens like stor andel som i 2020 og 2021 (9 prosent) har valgt å besvare skjemaet i felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for henholdsvis tjenester for voksne og tjenester for barn/unge.

Tabell 2.3 Hvordan kommunene har valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i 2019-2022.

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

Vi har også spurt om hvor mange ansatte som har bidratt med innspill i rapporteringen. Når vi summerer opp svarene, finner vi at det er 1670 personer som har vært involvert i kartleggingen i 2022. Dette betyr at ti prosent av alle rapporterte årsverk har bidratt i rapporteringen, og dette er tilsvarende som i 2021. I 2019 var det 14 prosent, så pandemien kan ha bidratt til at færre involveres i utfyllingen.

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

Det er sendt ut e-post til alle involverte parter, dialog med de involverte på telefon og e-post samt flere purringer. Ulike varianter er prøvd tidligere år.

Større kommuner, her en med litt over 20 000 innbyggere, har flere fagfolk å ta av og dermed flere som kan involveres:

Avdelingsleder, fagansvarlig for psykisk helse og avhengighet, Avdelingsleder psykisk helse- og familietjenesten i samarbeid med virksomhetsleder Familiens Hus. Tilbakemeldinger fra ansatte i avdelingen.

Men det er en omfattende rapportering som kan kreve flere utfyllingsstrategier:

Vi har hatt felles fagmøte, men kom ikke gjennom heile rapporten, hovedansvarleg for utfyllinga har difor arbeida vidare i samspel med andre ansatte.

Kommunalsjef, kommuneoverlege og psykiatrisk sjukepleiar sammen. Innhentet info fra andre.

Fysiske separate møter med hjemmesykepleien og sykeheimen, mailkontakt med skolene og NAV, telefonmøte med barneverntjenesten.

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

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

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

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

Fra 2023 planlegger vi at en del av datagrunnlaget skal gjøres tilgjengelig på ressursportalen.no og kommunene vil få beskjed om hvilke variabler dette gjelder gjennom neste års datainnsamling.

ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

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

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

2.6 ENDRINGER I KOMMUNESTRUKTUR

Fra 1. januar 2020 var det store endringer i kommune- og fylkesinndelingen, og det er nå 356 kommuner⁴ fordelt på 11 fylker. Med bydelene er det totalt 372 kommuner/bydeler som skal rapportere. I 2021 og 2022 er det ingen endringer i kommunestruktur.

2.7 FORANKRING HOS KOMMUNEDIREKTØR/RÅDMANN/ADMINISTRASJONSSJEF/KOMMUNALSJEF

Vi spør også om kommunedirektør/rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. Og i 2022 var det 64 prosent som svarte at rapporteringen var godkjent gjennom delegasjon, og 6 prosent direkte ved gjennomsyn.

Tabell 2.4 Svar på spørsmål om rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef har godkjent rapporteringen. 2019 – 2022.

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

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

3 NASJONALE TALL

Summen av årsverk rapportert i perioden 2016-2022 er vist i tabell 3.1. Totalt ble det i 2022 rapportert 17 074 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid av landets kommuner.

Dette er en økning på 283 årsverk (1,7 prosent) fra 2021, med 200 flere årsverk (1,5 prosent) i tjenester og tiltak til voksne og 83 flere årsverk (2,2 prosent) i tjenester og tiltak til barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2016-2022.

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring 2021-2022 | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|------------|
| | | | | | | | | Årsverk | Prosent |
| Voksne | 11 063 | 11 534 | 12 563 | 12 872 | 12 966 | 13 091 | 13 291 | 200 | 1,5 |
| Barn og unge | 2 873 | 3 099 | 3 331 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 | 83 | 2,2 |
| Totalt | 13 936 | 14 633 | 15 894 | 16 399 | 16 569 | 16 792 | 17 074 | 283 | 1,7 |

Det er 10 kommuner som oppgir at endringene de har oppgitt i antall årsverk rettet mot voksne ikke er reelle fordi de har endret måten å anslå antall årsverk på. Om vi tar ut disse fra datagrunnlaget både i 2021 og 2022, finner vi at økningen er på 1,8 prosent heller enn 1,5 prosent. Når det gjelder årsverk rettet mot barn og unge, er det tre kommuner som oppgir at rapportert endring ikke er reell. Dersom vi ser bort fra disse tre kommunene, får vi en økning på 2,5 prosent i årsverk rettet mot barn og unge heller enn 2,2 prosent. Det er uansett relativt små endringer fra 2021 til 2022, men det er en liten økning i årsverk både rettet mot voksne og mot barn og unge innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

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

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.2 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013, mens årene 2015-2022 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid 2007-2013/2014, og psykisk helse og rusarbeid 2015-2022.

| | Kun psykisk helsearbeid | | | Psykisk helse- og rusarbeid | | | | | |
|---------------|-------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2007 | 2011 | 2013 | 2015 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Voksne | 9 069 | 9 326 | 9 145 | 10 429 | 12 563 | 12 872 | 12 966 | 13 091 | 13 291 |
| Barn og unge | 2 961 | 2 614 | 2 584 | 2 702 | 3 331 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 |
| Totalt | 12 029 | 11 940 | 11 728 | 13 131 | 15 894 | 16 399 | 16 569 | 16 792 | 17 074 |

Som vist i tabell 3.3, er det ingen endring i fordeling av årsverkene til tjenester og tiltak til voksne (78 prosent) og til barn og unge (22 prosent) fra 2021 til 2022.

Tabell 3.3 Antall årsverk og prosentvis fordeling på tjenester og tiltak til voksne og til barn/unge. 2016-2022.

| | 2016 | | 2017 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Voksne | 11 063 | 79 | 11 534 | 79 | 12 872 | 78 | 12 966 | 78 | 13 091 | 78 | 13 291 | 78 |
| Barn og unge | 2 873 | 21 | 3 099 | 21 | 3 527 | 22 | 3 603 | 22 | 3 700 | 22 | 3 783 | 22 |
| Totalt | 13 936 | 100 | 14 633 | 100 | 16 399 | 100 | 16 569 | 100 | 16 792 | 100 | 17 074 | 100 |

3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

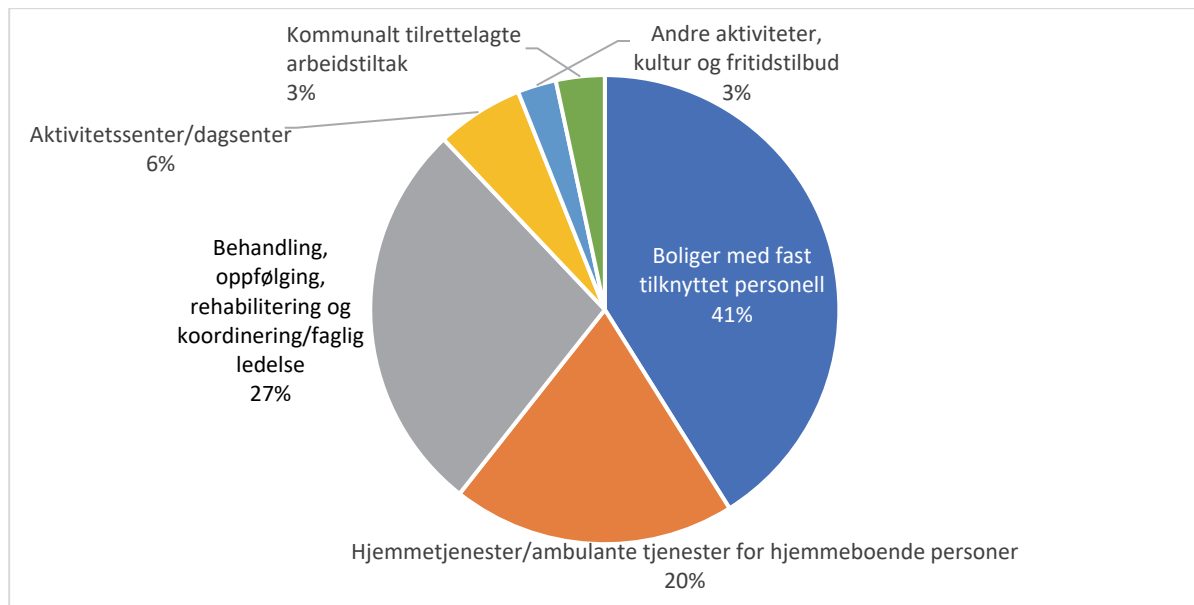
I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats på landsbasis fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot den voksne befolkningen. Det er fra 2021 til 2022 kun nedgang i kategorien 'Aktivitetssenter/dagsenter' med en reduksjon på 33 årsverk (3,9 prosent) nasjonalt, ellers øker årsverkene i alle kategorier. Det er rapportert om en økning på 84 årsverk i 'Boliger med fast tilknyttet personell' og dette tilsvarer en økning på 1,6 prosent. Det er en økning på 85 årsverk i kategorien 'Behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse' tilsvarende 2,4 %. Den største prosentvise økningen er i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak (5,9 %) og i 'Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud' (5,5 %) med hhv. 25 og 18 flere årsverk på nasjonalt nivå.

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2017 – 2022, endring siste år i årsverk og prosent.

| | 2017 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring fra 2021 til 2022 | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------|
| | | | | | Antall | Prosent |
| Boliger med fast tilknyttet personell | 4 653 | 5 251 | 5 375 | 5 459 | 84 | 1,6 |
| Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer | 2 405 | 2 635 | 2 580 | 2 600 | 20 | 0,8 |
| Behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse | 2 912 | 3 542 | 3 545 | 3 630 | 85 | 2,4 |
| Aktivitetssenter/dagsenter | 778 | 783 | 834 | 801 | -33 | -3,9 |
| Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud | 367 | 365 | 337 | 355 | 18 | 5,5 |
| Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak | 420 | 390 | 421 | 446 | 25 | 5,9 |
| Totalt | 11 534 | 12 966 | 13 091 | 13 291 | 200 | 1,5 |

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (41 prosent), 27 prosent av årsverkene går til behandling etc., og 20 prosent til hjemmetjenester og ambulante tjenester for personer som er hjemmeboende. Videre går 12 prosent av årsverkene til ulike arbeids- og

aktivitetstiltak. Det er kun marginale endringer i den prosentvise fordelingen på tiltak for voksne fra 2021 til 2022.



Figur 3.1 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2022.

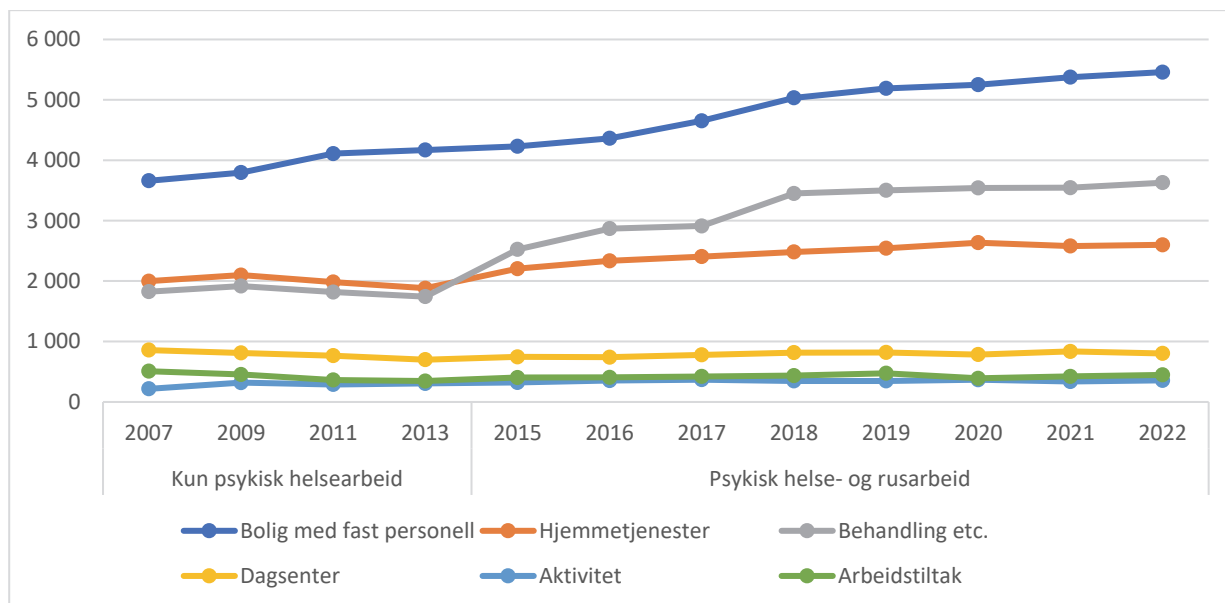
Tidsserien fordelt på tiltak er vist i tabell 3.5, og grafisk i figur 3.2. I det følgende er tiltakskategoriene som er vist i tabell 3.4 og figur 3.2 forkortet tekstmessig som vist i første kolonne av tabell 3.5.

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

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015 - 2022, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

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

Veksten i årsverk i bolig med fast personell avtok i 2019 og 2020, men økte igjen i 2021 og det er en økning på 84 årsverk fra 2021 til 2022.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2022.

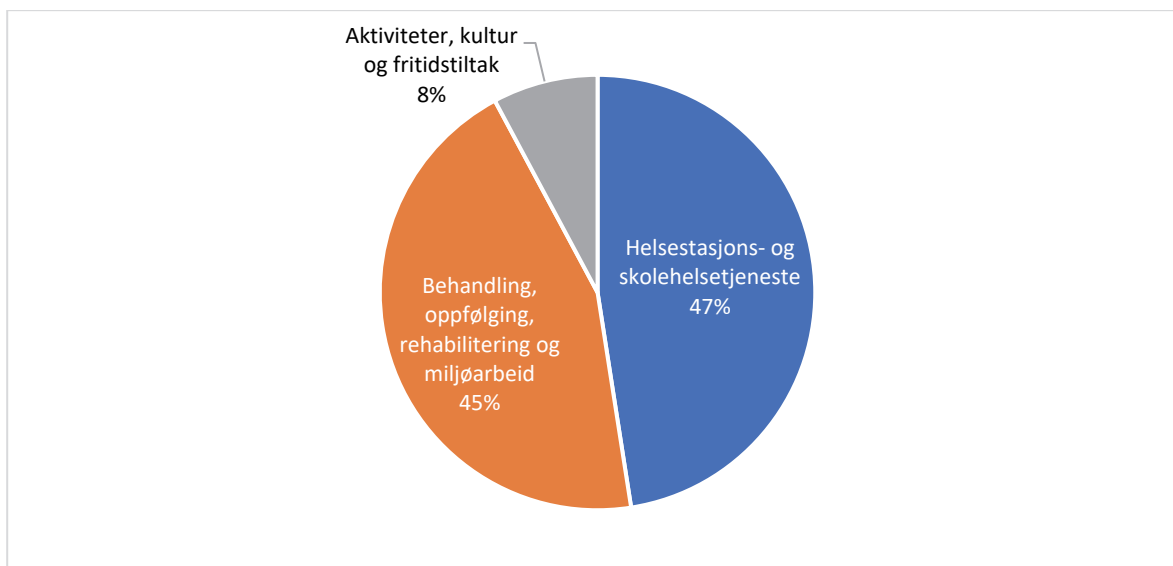
TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Antall rapporterte årsverk har økt med 6,5 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (110 årsverk), mens årsverk til aktiviteter, kultur og fritidstiltak har gått ned med 4,6 prosent (14 årsverk), se tabell 3.6. Den nest største kategorien målt i antall årsverk (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har gått ned med 0,8 prosent det siste året.

Tabell 3.6 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015-2022.

| | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring fra 2021 til 2022 | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|------------|
| | | | | | | Årsverk | % |
| Helsestasjons- og skolehelsetjeneste | 1 349 | 1 599 | 1 655 | 1 688 | 1 798 | 110 | 6,5 |
| Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid | 1 474 | 1 661 | 1 665 | 1 703 | 1 689 | -14 | -0,8 |
| Aktiviteter, kultur og fritidstiltak | 276 | 267 | 283 | 310 | 296 | -14 | -4,6 |
| Totalt | 3 099 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 | 83 | 2,2 |

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten like mange årsverk rapporteres i kategoriene 'Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid' og i 'Helsestasjon- og skolehelsetjeneste'. Det er 8 prosent av årsverkene som brukes i aktiviteter, kultur og fritidstiltak, og andelen har vært stabil de tre siste årene.



Figur 3.3 Prosent av årsverk til ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2022.

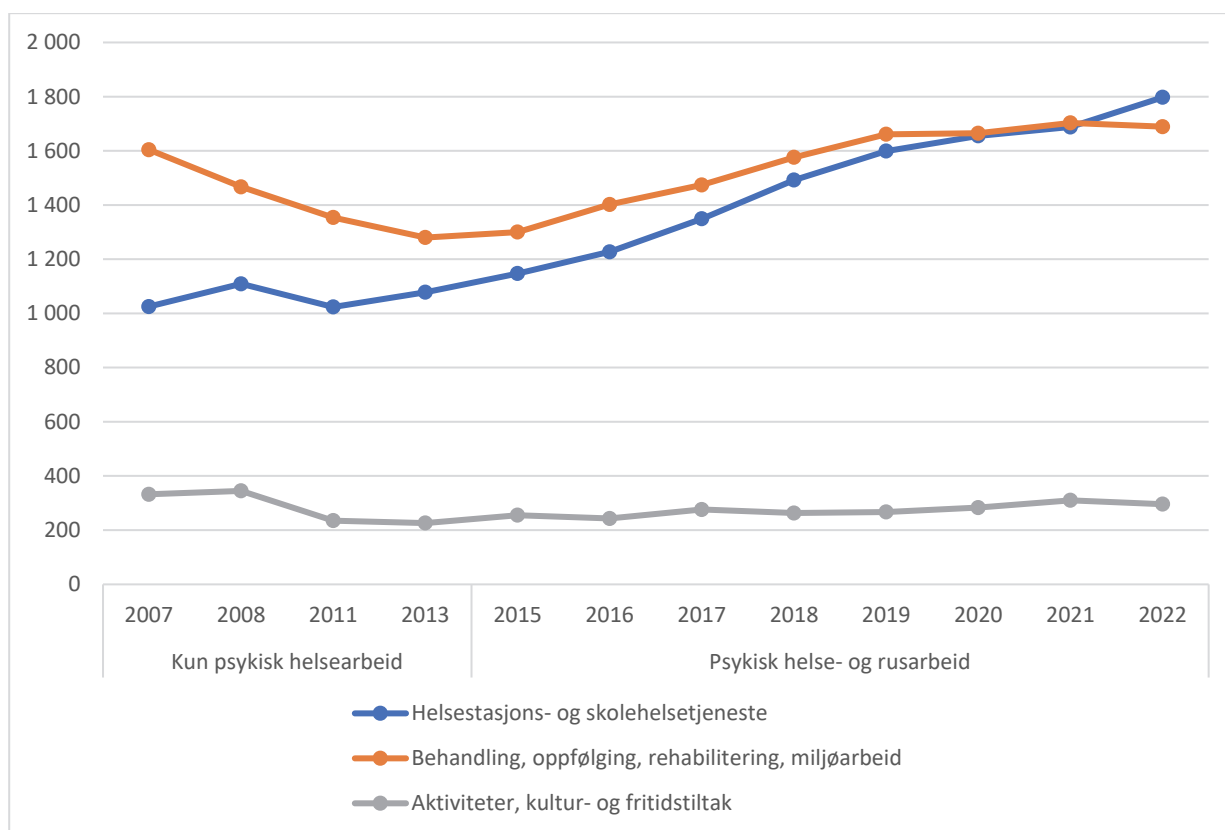
I tabell 3.7 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 med den samlede rapporteringen for 2015-2022 for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge. Figur 3.4 viser de samme tallene grafisk.

Tabell 3.7 Antall årsverk rapportert i tjenester til barn og unge innen psykisk helse 2007-2013 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge 2015- 2022.

| | Kun psykisk helsearbeid | | | Psykisk helse- og rusarbeid | | | | | |
|---|-------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2013 | 2016 | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Helsestasjons- og skolehelsetjeneste | 1 025 | 1 109 | 1 078 | 1 227 | 1 349 | 1 599 | 1 655 | 1 688 | 1 798 |
| Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid | 1 604 | 1 467 | 1 280 | 1 402 | 1 474 | 1 661 | 1 665 | 1 703 | 1 689 |
| Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak | 332 | 345 | 226 | 243 | 276 | 267 | 283 | 310 | 296 |
| Sum årsverk barn og unge | 2 961 | 2 920 | 2 584 | 2 873 | 3 099 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 |

Årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid øker i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og siden 2015 har det kommet 651 flere årsverk, noe som utgjør en økning på 57 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk økt med 41 årsverk i samme periode (16 prosent). Trenden med økning i årsverk til helsestasjon- og skolehelsetjeneste har nå vedvart fra 2012, og etter to år med svakere vekst (2020 og 2021), er det igjen sterkere vekst i 2022.

Det er som vist i figur 3.4 mulig at veksten i helsestasjon- og skolehelsetjenesten skjer på bekostning av andre områder innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2022.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

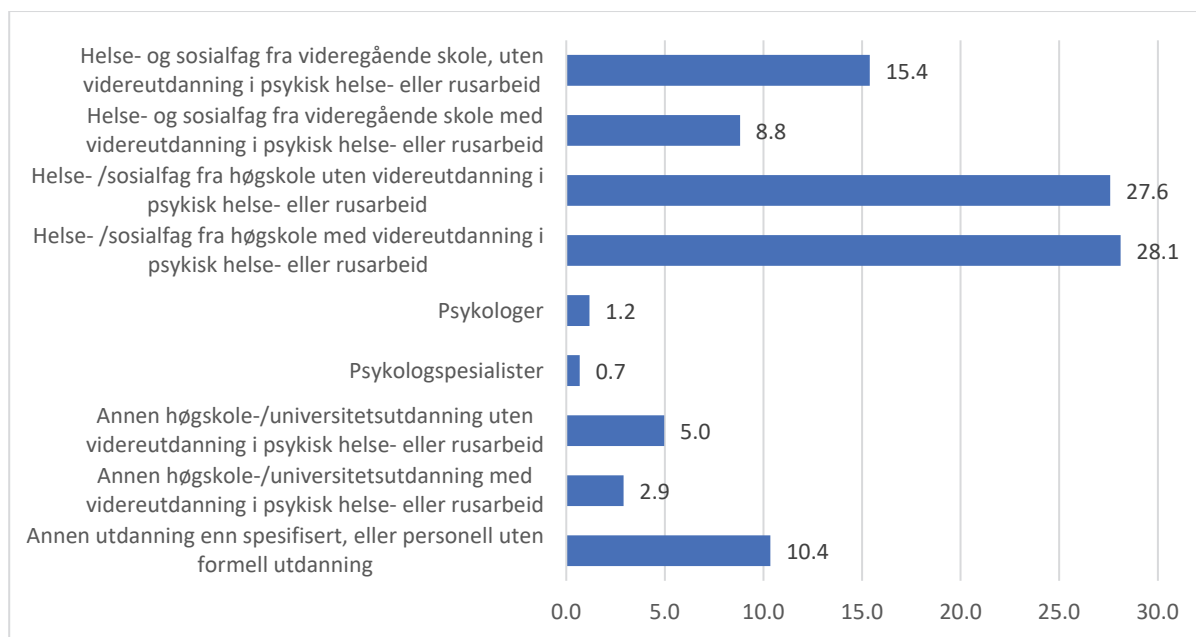
De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole eller universitet, se tabell 3.8. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

Siste år er det en nedgang i rapporterte årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole, og en økning i årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole/universitet. Når det gjelder psykologårsverkene er det en nedgang på 5 årsverk psykologer og økning på 2 årsverk psykologspesialister, slik at det er en samlet nedgang på 3 årsverk, eller 1,2 prosent reduksjon i tjenester og tiltak rettet mot voksne.

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 – 2022.

| | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring fra 2021 til 2022 | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------|
| | | | | | | Årsverk | % |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 1 754 | 2 045 | 2 093 | 2 102 | 2 046 | -56 | -2,6 |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 1 346 | 1 344 | 1 282 | 1 209 | 1 171 | -38 | -3,1 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 2 983 | 3 429 | 3 464 | 3 556 | 3 667 | 111 | 3,1 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 3 307 | 3 622 | 3 686 | 3 643 | 3 737 | 94 | 2,6 |
| Psykologer | 113 | 152 | 158 | 162 | 157 | -5 | -3,3 |
| Psykologspesialister | 44 | 61 | 99 | 88 | 90 | 2 | 2,7 |
| Psykologer/psykologspesialister samlet | 157 | 213 | 257 | 250 | 247 | -3 | -1,2 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 600 | 600 | 646 | 656 | 661 | 5 | 0,7 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 292,8 | 406 | 404 | 386 | 386 | 0 | 0,0 |
| Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning | 1095 | 1 214 | 1 135 | 1 290 | 1 376 | 86 | 6,6 |
| Totalt | 11 534 | 12 872 | 12 966 | 13 091 | 13 291 | 200 | 1,5 |

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier vises i figur 3.5. Psykologer utfører i 2022 1,9 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, 2022.

Som vist i tabell 3.9 er det relativt stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2022.

Tabell 3.9 Prosent av årsverkene på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008–2013 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015–2022, voksne.

| | 2015 | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 15 | 15 | 16 | 16 | 16 | 15 |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 12 | 12 | 10 | 10 | 9 | 9 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 27 | 26 | 27 | 27 | 27 | 28 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 29 | 29 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| Psykologer | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Psykologspesialister | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Psykologer/psykologspesialister samlet | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

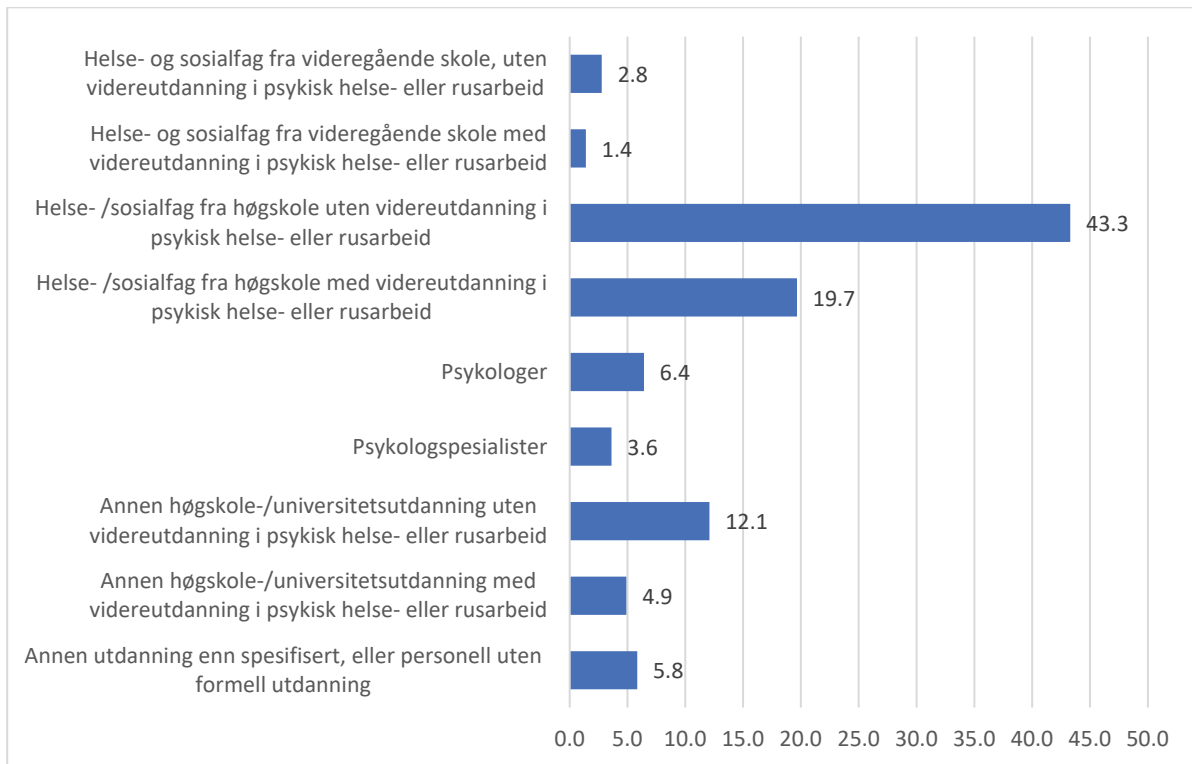
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid og disse øker med 53 årsverk (3,3 prosent) fra 2021 til 2022. Det er også en økning på omtrent 19 årsverk psykologer og 14 årsverk psykologspesialister, totalt en økning på 9,4 prosent.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 – 2022.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Endring fra 2021 til 2022 | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|------------|
| | | | | | | | Årsverk | % |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 111 | 106 | 131 | 129 | 130 | 105 | -25 | -19,2 |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 65 | 53 | 42 | 42 | 55 | 53 | -2 | -3,9 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 1 262 | 1 360 | 1 430 | 1 510 | 1 585 | 1 638 | 53 | 3,3 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 652 | 734 | 770 | 707 | 702 | 744 | 42 | 5,9 |
| Psykologer | 196,2 | 233 | 220 | 216 | 224 | 243 | 19 | 8,4 |
| Psykologspesialister | 95 | 97 | 105 | 123 | 123 | 137 | 14 | 11,1 |
| Psykologer/psykologspesialister samlet | 291,2 | 330 | 325 | 339 | 347 | 379 | 32 | 9,4 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 380 | 424 | 445 | 531 | 483 | 458 | -25 | -5,3 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 187 | 190 | 212 | 175 | 194 | 186 | -8 | -4,3 |
| Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning | 151 | 134 | 172 | 170 | 205 | 221 | 16 | 7,7 |
| Totalt | 3 099 | 3 331 | 3 527 | 3 603 | 3 700 | 3 783 | 83 | 2,2 |

Psykologer utgjør nå 10 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav 3,6 prosent er psykologspesialister og 6,4 prosent er psykologer, se figur 3.6.



Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2022.

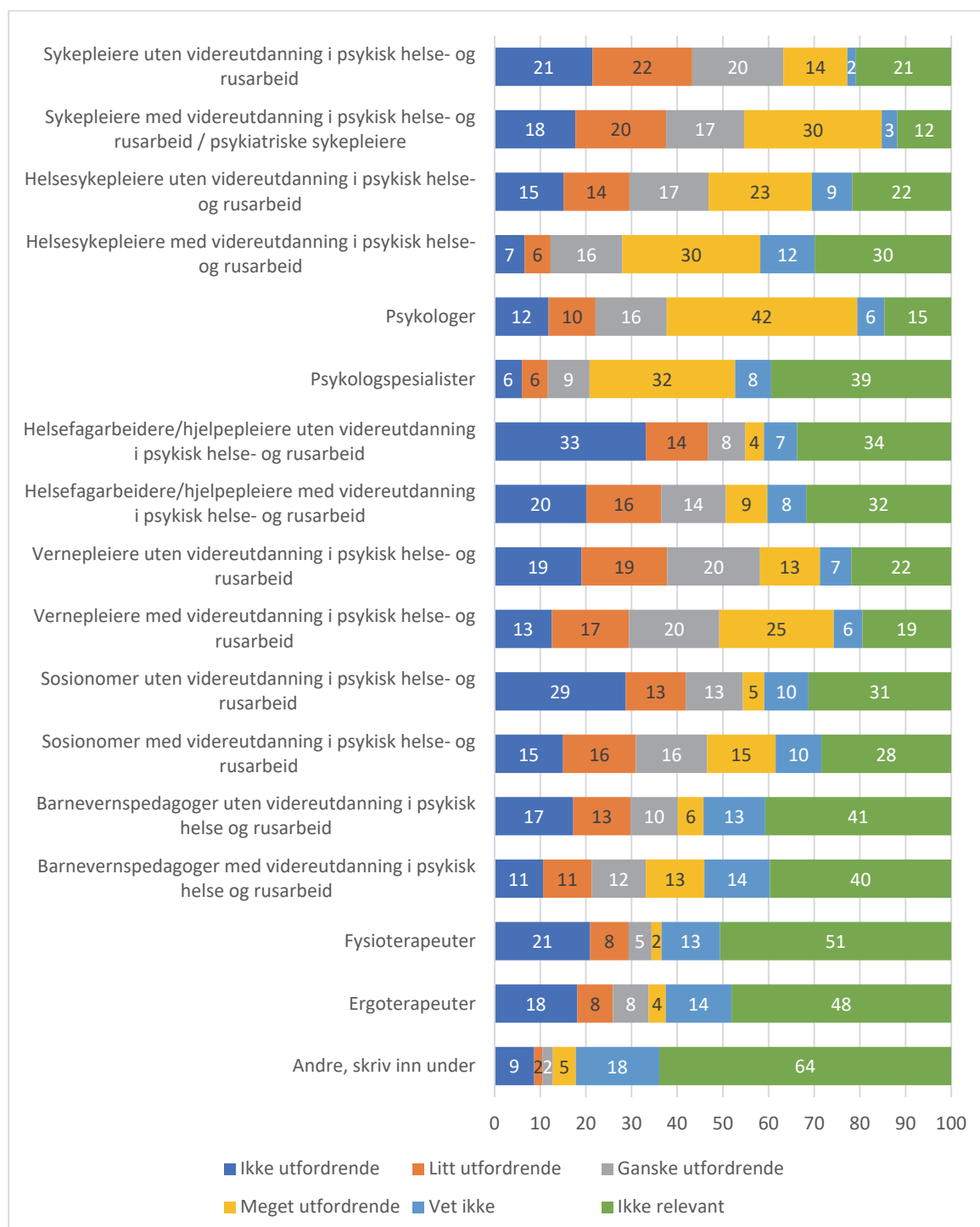
Som vist i tabell 3.11, er den generelle trenden i hele perioden er en stadig økning i andel årsverk med høyskolekompetanse og færre med utdanning fra videregående skole.

Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2008-2013 og for psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2015-2022.

| | Kun psykisk helsearbeid | | | Psykisk helse- og rusarbeid | | | | |
|---|-------------------------|------------|------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2007 | 2010 | 2013 | 2015 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 8 | 7 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 37 | 40 | 38 | 39 | 41 | 42 | 43 | 43 |
| Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 12 | 16 | 18 | 20 | 22 | 20 | 19 | 20 |
| Psykologer | 5 | 7 | 7 | 6 | 6,2 | 6,0 | 6,1 | 6,4 |
| Psykologspesialister | * | * | 2 | 2 | 3,0 | 3,4 | 3,3 | 3,6 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 21 | 15 | 14 | 14 | 13 | 15 | 13 | 12 |
| Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid | 5 | 5 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning | 10 | 8 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

3.4 REKRUTTERINGSPROBLEMER

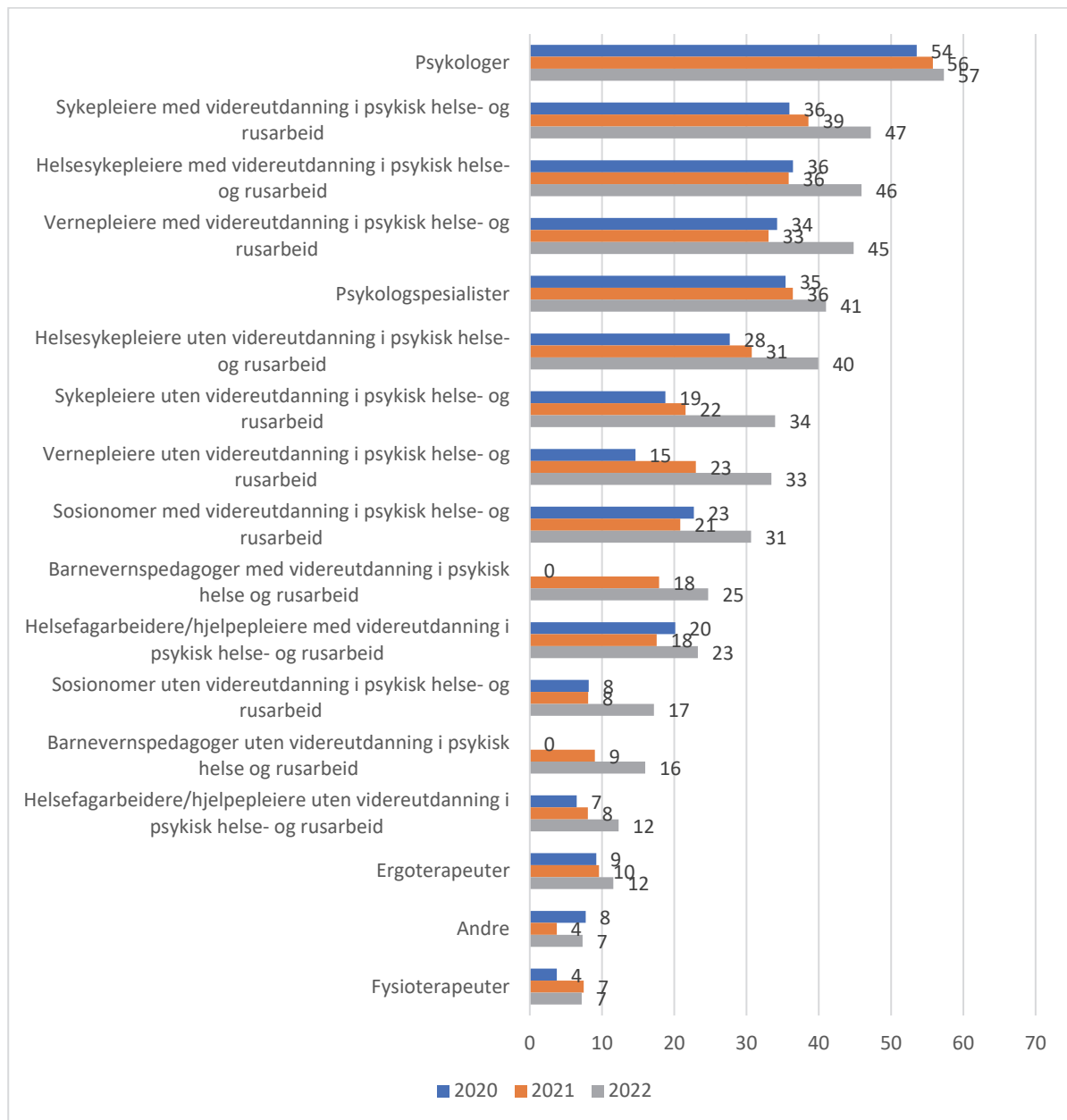
I 2020 spurte vi for første gang om kommunene har problemer med rekruttering av ulike yrkes-/utdanningsgrupper til psykisk helse- og rustjenestene. Dette spørsmålet er også tatt med i 2021 og 2022, og svarene for 2022 er vist i figuren under.



Figur 3.7 Prosent av kommunene som svarer de ulike alternativene, 2022.

Vi ser videre på kommuner som oppgir at det er ganske eller meget utfordrende å rekruttere de ulike fagpersonene, og som vist i figur 3.8 er det fortsatt flest som svarer at de har problemer med rekruttering av psykologer (57 prosent), men det er særlig økning fra 2021 til 2022 i andel som har

problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, men også økning i andel som har problemer med å rekruttere vernepleiere og sosionomer.



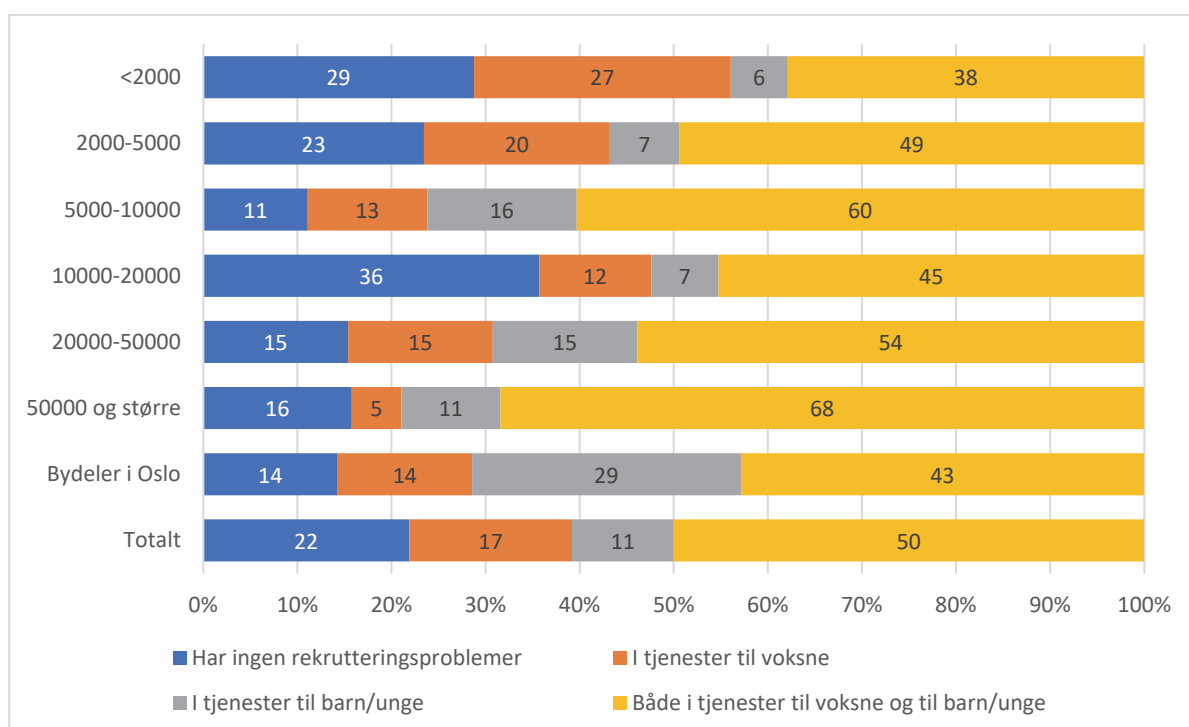
Figur 3.8 Prosent av kommunene som svarer at det er "Ganske utfordrende" eller "Meget utfordrende" å rekruttere de ulike yrkesgruppene, 2020 - 2022.

I 2022 tok vi også med et spørsmål om hvilke tjenester kommunene sliter med rekruttering til. Og som vist i tabell 3.12 er det halvparten av kommunene som sliter med rekruttering til både tjenester til voksne og til barn/unge, mens 17 prosent har utfordringer kun i tjenester til voksne og 11 prosent kun i tjenester til barn og unge.

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

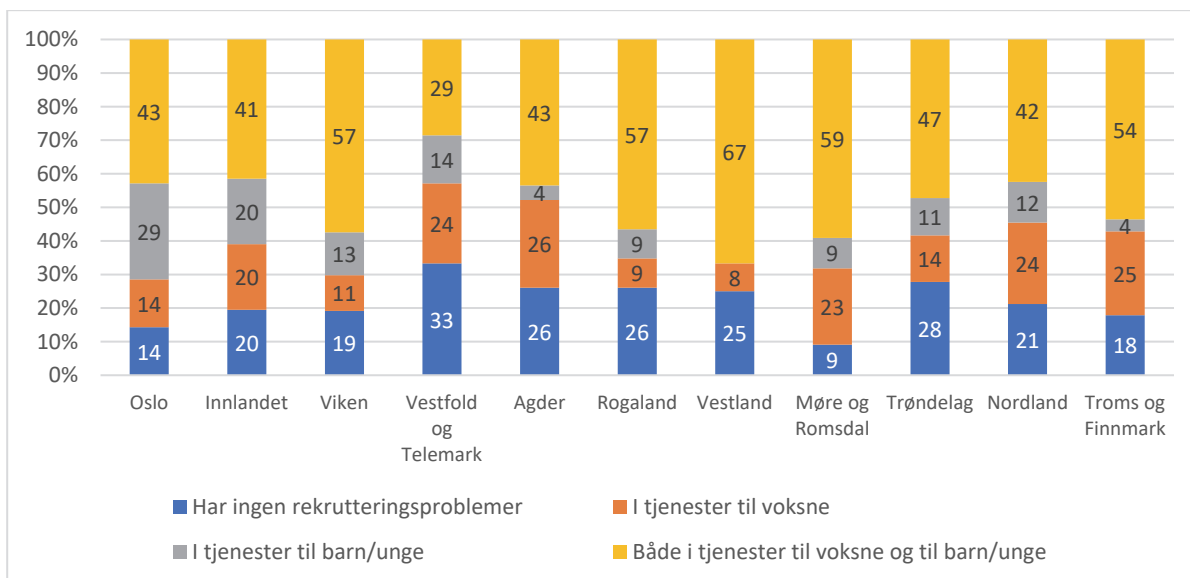
| | Antall | Prosent |
|--|--------|---------|
| Har ingen rekrutteringsproblemer | 71 | 22 |
| I tjenester til voksne | 56 | 17 |
| I tjenester til barn/unge | 35 | 11 |
| I både tjenester til voksne og til barn/unge | 162 | 50 |
| Totalt | 324 | 100 |

Det er blant kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere flest oppgir at de ikke har rekrutteringsproblemer, mens kommuner som har flere enn 50 000 innbyggere utenom Oslo, rapporterer hyppigst å ha utfordringer med rekruttering i både tjenester til voksne og til barn/unge.



Figur 3.9 Prosent av kommuner/bydeler som svarer på hvilke tjenester de har rekrutteringsproblemer i. Kommunestørrelse, 2022.

Det er høyest andel av kommunene som oppgir at de ikke har rekrutteringsproblemer i Vestfold og Telemark og i Trøndelag, mens kommunene i Vestland i størst grad rapporterer om rekrutteringsproblemer både i tjenester til voksne og barn/unge, se figur 3.10.



Figur 3.10 Prosent av kommuner/bydeler som svarer på hvilke tjenester de har rekrutteringsproblemer i. Fylke, 2022.

TILTAK MOT REKRUTTERINGSPROBLEMER

I 2020 hadde vi et åpent spørsmål om hva kommunene gjør for å avhjelpe rekrutteringsproblemene og basert på disse svarene utviklet vi svarkategoriene for 2021 og 2022 som er vist i tabell 3.13.

Det er flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (64 prosent), men også at de tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (44 prosent), og etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (44 prosent). Det er nedgang fra 2021 til 2022 i andel som svarer at de etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser (fra 41 prosent i 2021 til 32 prosent i 2022). Under Annet kommer det frem at andre tiltak er dekning av studielån, at de gjør seg synlig i sosiale media, tilbyr høyere lønn, at de jobber med arbeidsplassens omdømme, lyser ut stillinger som starter med høyere ansiennitet enn vanlig, tilbyr bolig, bruker fagnettverk aktivt og at de ansetter personer som er under utdanning.

Tabell 3.13 Hva som gjøres for å avhjelpe rekrutteringsproblemene, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner | 107 | 41 | 111 | 44 |
| Etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser | 107 | 41 | 81 | 32 |
| Tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning | 166 | 63 | 163 | 64 |
| Tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategi | 115 | 44 | 112 | 44 |
| Bidrar til at partner får jobb lokalt | 38 | 15 | 26 | 10 |
| Tilbyr barnehageplass | 59 | 23 | 45 | 18 |
| Annet | 45 | 17 | 56 | 22 |
| Totalt | 262 | 100 | 254 | 100 |

3.5 OPPSUMMERING

Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har endret seg lite fra 2021 til 2022, med en total økning på 283 årsverk på nasjonalt nivå. Det er rapportert om en økning på 1,5 prosent i årsverk rettet mot voksne og en økning på 2,2 prosent i årsverk rettet mot barn og unge. Når vi justerer for kommuner som oppgir at tallene ikke viser reelle endringer og heller skyldes endringer i måten de anslår årsverkene på, beregnes en økning på 1,8 prosent i tjenester til voksne og en økning på 2,5 prosent i tjenester til barn og unge.

Det rapporteres om en økning på 200 årsverk i tjenester og tiltak for voksne, og en fortsatt dreining av årsverk fra helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå til årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning på høyskole- universitetsnivå. Antall psykologer ser ut til å være stabilt i tjenester til voksne fra 2021 til 2022 med en nedgang på 3 årsverk.

I tjenester til barn og unge rapporteres det om en økning i årsverk på 2,2 prosent, og det er særlig økning i årsverk som går til helsestasjon- og skolehelsetjeneste (6,5 prosent). Men det rapporteres samtidig om en nedgang i andre årsverk rettet mot barn og unge. Noe av økningen i årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste kan dermed skyldes at aktivitet flyttes inn i dette tilbudet. Det rapporteres videre om en sterk økning på 9,4 prosent med årsverk utført av psykologer/psykologspesialister i tjenester til barn og unge, så samlet sett er det flere psykologer i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2022 enn i 2021.

I 2020 startet vi å kartlegge om kommunene hadde problemer med å rekruttere ansatte til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det var særlig mange kommuner som oppga at det er meget utfordrende å rekruttere psykologer og psykologspesialister. Tilsvarende spørsmål er tatt med i 2021 og 2022, og vi har derfor en tidsserie på tre år. Det er fortsatt flest som svarer at de har problemer med rekruttering av psykologer (57 prosent), men det er særlig økning fra 2021 til 2022 i andel som har problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, men også økning i andel som har problemer med å rekruttere vernepleiere og sosionomer.

I 2022 tok vi også med et spørsmål om hvilke tjenester kommunene sliter med rekruttering til og for halvparten av kommunene gjelder rekrutteringsproblemer både i tjenester til voksne og til barn/unge, mens 17 prosent har rekrutteringsproblemer kun i tjenester til voksne og 11 prosent kun i tjenester til barn og unge.

For å avhjelpe rekrutteringsproblemer er det flest som svarer at de tilrettelegger for utdanningsstillinger/stipend/lønnet permisjon under utdanning (64 prosent), men også at de tilbyr praksisplass som del av rekrutteringsstrategier (44 prosent), og etablerer samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner (44 prosent). Det er nedgang fra 2021 til 2022 i andel som svarer at de etablerer interkommunalt samarbeid om stillinger/fagressurser (fra 41 prosent i 2021 til 32 prosent i 2022). Men de forsøker også andre tiltak som dekning av studielån, gjør seg synlig i sosiale media, tilbyr høyere lønn, jobber med arbeidsplassens omdømme, lyser ut stillinger som starter med høyere ansiennitet, tilbyr bolig, bruker fagnettverk aktivt og ansetter personer som er under utdanning.

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2022 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke, HF-opptaksområde, helseregion (RHF) og til slutt presenterer vi årsverkstallene for de ti største kommunene.

4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

Fra tabell 4.1 ser vi at mens 47 prosent av kommunene har under 5 000 innbyggere, utgjør dette kun åtte prosent av befolkningen. De 19 største kommunene utenom Oslo, med over 50 000 innbyggere, utgjør fem prosent av kommunene og dekker 35 prosent av innbyggerne, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen.

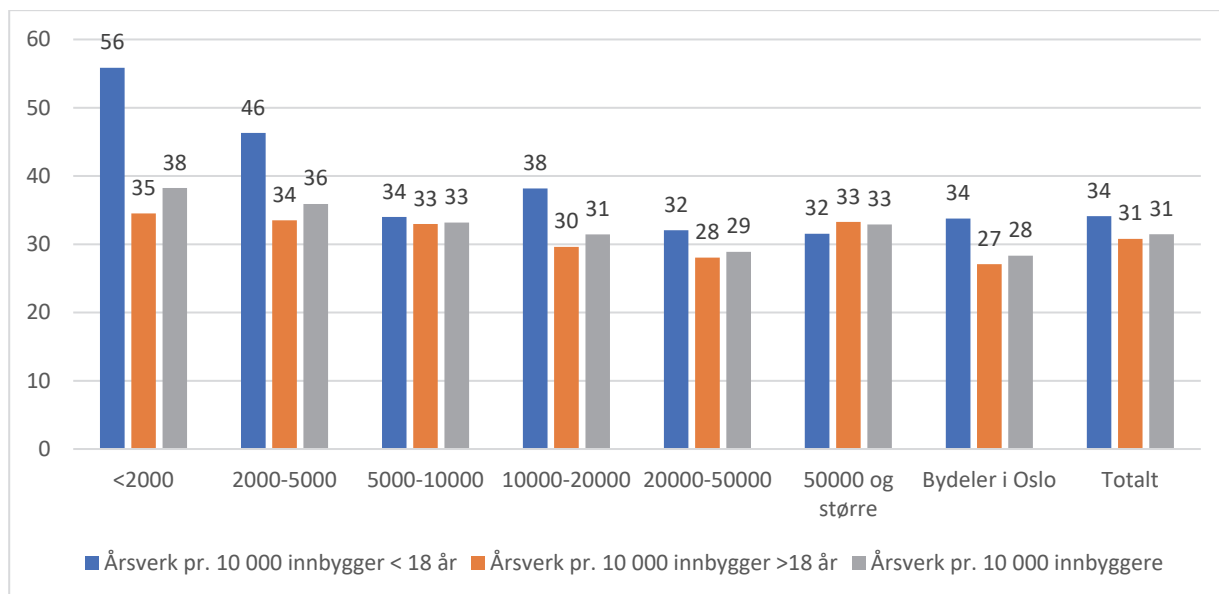
Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr. 1. januar 2022.
Kilde: SSB

| | Kommuner | | Innbyggere <18 år | | Innbyggere >18 år | | Alle innbyggere | |
|-----------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| <2000 | 78 | 21 | 16 799 | 2 | 79 415 | 2 | 96 214 | 2 |
| 2000-5000 | 96 | 26 | 56 505 | 5 | 245 351 | 6 | 301 856 | 6 |
| 5000-10000 | 71 | 19 | 99 561 | 9 | 396 476 | 9 | 496 037 | 9 |
| 10000-20000 | 47 | 13 | 142 496 | 13 | 522 649 | 12 | 665 145 | 12 |
| 20000-50000 | 44 | 12 | 269 040 | 24 | 1 014 439 | 24 | 1 283 479 | 24 |
| 50000 og større | 19 | 5 | 392 005 | 35 | 1 490 707 | 35 | 1 882 712 | 35 |
| Bydeler i Oslo | 17 | 5 | 132 117 | 12 | 567 710 | 13 | 699 827 | 13 |
| Totalt | 372 | 100 | 1 108 523 | 100 | 4 316 747 | 100 | 5 425 270 | 100 |

Som vist i tabell 4.2, varierer årsverk per 10 000 innbygger i tjenester og tiltak til barn og unge mellom 32 og 56 og til voksne mellom 27 og 35. De tre siste kolonnene i tabell 4.2 er vist i figur 4.1.

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr. 1. januar 2022.

| | Årsverk til barn og unge | Årsverk til voksne | Årsverk totalt | Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år | Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år | Årsverk pr. 10 000 innbyggere |
|-----------------|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <2000 | 94 | 274 | 368 | 56 | 35 | 38 |
| 2000-5000 | 262 | 822 | 1 084 | 46 | 34 | 36 |
| 5000-10000 | 338 | 1 307 | 1 645 | 34 | 33 | 33 |
| 10000-20000 | 544 | 1 547 | 2 091 | 38 | 30 | 31 |
| 20000-50000 | 862 | 2 845 | 3 708 | 32 | 28 | 29 |
| 50000 og større | 1 236 | 4 958 | 6 195 | 32 | 33 | 33 |
| Bydeler i Oslo | 446 | 1 537 | 1 983 | 34 | 27 | 28 |
| Totalt | 3 783 | 13 291 | 17 074 | 34 | 31 | 31 |



Figur 4.1 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2022.

4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

Viken har flest kommuner i landet (51) tilsvarende 14 prosent av alle kommuner, og de har 23 prosent av befolkningen, se tabell 4.3. Viken er dermed det største fylket målt i antall kommuner og etter antall innbyggere. Det nest største fylket målt i antall innbyggere er Oslo som har 13 prosent av befolkningen og deretter Vestland som har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene er Nordland og Troms og Finnmark med fire prosent av befolkningen hver (fordelt på 41 kommuner i Nordland og 39 i Troms og Finnmark), og Møre og Romsdal som har fem prosent av befolkningen fordelt på 26 kommuner.

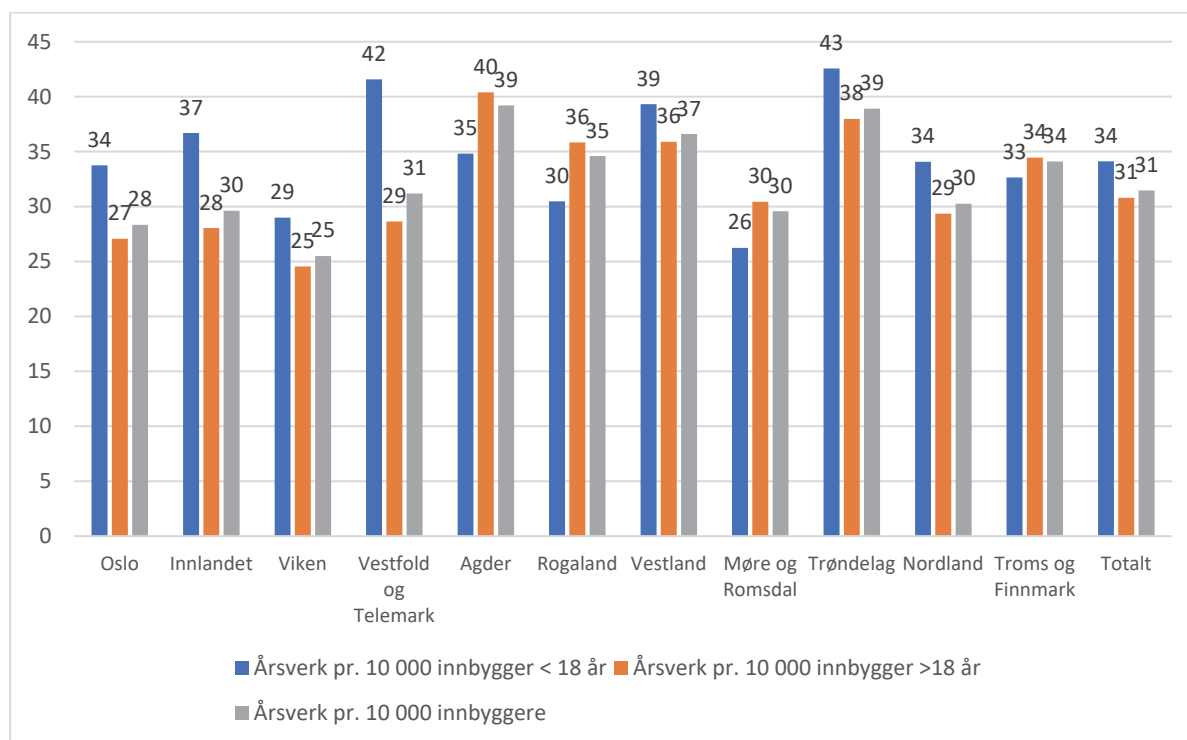
Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr. 1. januar 2022. Kilde: SSB.

| | Kommuner | | Innbyggere <18 år | | Innbyggere >18 år | | Alle innbyggere | |
|----------------------|----------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|-----------------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Oslo | 17 | 5 | 132 117 | 12 | 567 710 | 13 | 699 827 | 13 |
| Innlandet | 46 | 12 | 67 589 | 6 | 303 664 | 7 | 371 253 | 7 |
| Viken | 51 | 14 | 270 656 | 24 | 998 574 | 23 | 1 269 230 | 23 |
| Vestfold og Telemark | 23 | 6 | 83 350 | 8 | 341 482 | 8 | 424 832 | 8 |
| Agder | 25 | 7 | 66 785 | 6 | 244 349 | 6 | 311 134 | 6 |
| Rogaland | 23 | 6 | 111 639 | 10 | 374 158 | 9 | 485 797 | 9 |
| Vestland | 43 | 12 | 134 496 | 12 | 506 796 | 12 | 641 292 | 12 |
| Møre og Romsdal | 26 | 7 | 54 653 | 5 | 211 195 | 5 | 265 848 | 5 |
| Trøndelag | 38 | 10 | 95 348 | 9 | 378 783 | 9 | 474 131 | 9 |
| Nordland | 41 | 11 | 45 942 | 4 | 194 248 | 4 | 240 190 | 4 |
| Troms og Finnmark | 39 | 10 | 45 948 | 4 | 195 788 | 5 | 241 736 | 4 |
| Totalt | 372 | 100 | 1 108 523 | 100 | 4 316 747 | 100 | 5 425 270 | 100 |

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, fylke pr. 1. januar 2022.

| | Årsverk til barn og unge | Årsverk til voksne | Årsverk totalt | Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år | Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år | Årsverk pr. 10 000 innbyggere |
|----------------------|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Oslo | 446 | 1 537 | 1 983 | 34 | 27 | 28 |
| Innlandet | 248 | 852 | 1 100 | 37 | 28 | 30 |
| Viken | 785 | 2 452 | 3 236 | 29 | 25 | 25 |
| Vestfold og Telemark | 347 | 978 | 1 325 | 42 | 29 | 31 |
| Agder | 233 | 987 | 1 220 | 35 | 40 | 39 |
| Rogaland | 340 | 1 341 | 1 681 | 30 | 36 | 35 |
| Vestland | 529 | 1 819 | 2 348 | 39 | 36 | 37 |
| Møre og Romsdal | 143 | 643 | 786 | 26 | 30 | 30 |
| Trøndelag | 406 | 1 439 | 1 845 | 43 | 38 | 39 |
| Nordland | 157 | 570 | 727 | 34 | 29 | 30 |
| Troms og Finnmark | 150 | 675 | 825 | 33 | 34 | 34 |
| Totalt | 3 783 | 13 291 | 17 074 | 34 | 31 | 31 |

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



Figur 4.2 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2022.

Fra figur 4.2 ser vi at årsverk til barn og unge ligger høyt særlig i Vestfold og Telemark og i Trøndelag, mens Møre og Romsdal ligger lavt. For voksne er det Agder, Trøndelag, Rogaland og Vestland som rapporterer mange årsverk pr. innbygger, mens Viken ligger lavest i 2022.

4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

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

Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr. 1. januar 2022. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

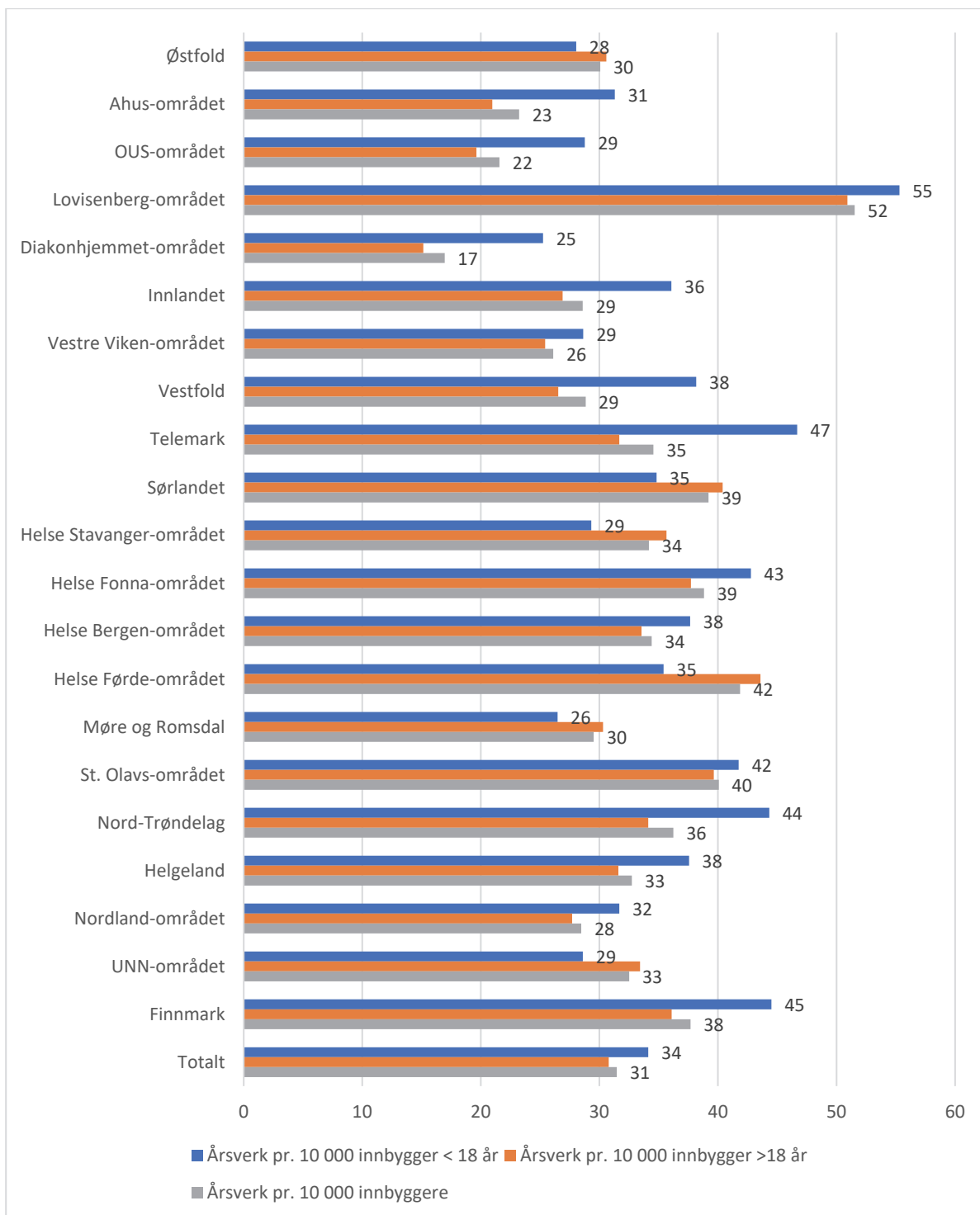
| | Kommuner | | Innbyggere <18 år | | Innbyggere >18 år | | Alle innbyggere | |
|-------------------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Østfold | 13 | 3 | 64 993 | 6 | 258 460 | 6 | 323 453 | 6 |
| Ahus-området | 23 | 6 | 126 183 | 11 | 449 970 | 10 | 576 153 | 11 |
| OUS-området | 7 | 2 | 59 111 | 5 | 219 887 | 5 | 278 998 | 5 |
| Lovisenberg-området | 4 | 1 | 22 938 | 2 | 141 359 | 3 | 164 297 | 3 |
| Diakonhjemmet-området | 3 | 1 | 26 043 | 2 | 119 654 | 3 | 145 697 | 3 |
| Innlandet | 43 | 12 | 65 699 | 6 | 291 124 | 7 | 356 823 | 7 |
| Vestre Viken-området | 21 | 6 | 105 395 | 10 | 389 494 | 9 | 494 889 | 9 |
| Vestfold | 6 | 2 | 49 960 | 5 | 200 902 | 5 | 250 862 | 5 |
| Telemark | 17 | 5 | 33 390 | 3 | 140 580 | 3 | 173 970 | 3 |
| Sørlandet | 25 | 7 | 66 785 | 6 | 244 349 | 6 | 311 134 | 6 |
| Helse Stavanger-området | 15 | 4 | 87 699 | 8 | 288 703 | 7 | 376 402 | 7 |
| Helse Fonna-området | 17 | 5 | 39 516 | 4 | 141 512 | 3 | 181 028 | 3 |
| Helse Bergen-området | 17 | 5 | 96 553 | 9 | 366 864 | 8 | 463 417 | 9 |
| Helse Førde-området | 17 | 5 | 22 367 | 2 | 83 875 | 2 | 106 242 | 2 |
| Møre og Romsdal | 27 | 7 | 55 036 | 5 | 212 792 | 5 | 267 828 | 5 |
| St. Olavs-området | 18 | 5 | 67 119 | 6 | 270 608 | 6 | 337 727 | 6 |
| Nord-Trøndelag | 19 | 5 | 27 846 | 3 | 106 578 | 2 | 134 424 | 2 |
| Helgeland | 18 | 5 | 14 760 | 1 | 62 474 | 1 | 77 234 | 1 |
| Nordland-området | 20 | 5 | 26 670 | 2 | 111 446 | 3 | 138 116 | 3 |
| UNN-området | 24 | 6 | 36 462 | 3 | 155 985 | 4 | 192 447 | 4 |
| Finnmark | 18 | 5 | 13 998 | 1 | 60 131 | 1 | 74 129 | 1 |
| Totalt | 372 | 100 | 1 108 523 | 100 | 4 316 747 | 100 | 5 425 270 | 100 |

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, HF-område pr. 1. januar 2022. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

| | Årsverk til barn og unge | Årsverk til voksne | Årsverk totalt | Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år | Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år | Årsverk pr. 10 000 innbyggere |
|-------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Østfold | 182 | 791 | 973 | 28 | 31 | 30 |
| Ahus-området | 395 | 943 | 1 338 | 31 | 21 | 23 |
| OUS-området | 170 | 432 | 602 | 29 | 20 | 22 |
| Lovisenberg-området | 127 | 720 | 847 | 55 | 51 | 52 |
| Diakonhjemmet-området | 66 | 181 | 247 | 25 | 15 | 17 |
| Innlandet | 237 | 783 | 1 020 | 36 | 27 | 29 |
| Vestre Viken-området | 302 | 990 | 1 292 | 29 | 25 | 26 |
| Vestfold | 191 | 533 | 724 | 38 | 27 | 29 |
| Telemark | 156 | 445 | 601 | 47 | 32 | 35 |
| Sørlandet | 233 | 987 | 1 220 | 35 | 40 | 39 |
| Helse Stavanger-området | 257 | 1 029 | 1 287 | 29 | 36 | 34 |
| Helse Fonna-området | 169 | 534 | 703 | 43 | 38 | 39 |
| Helse Bergen-området | 364 | 1 231 | 1 595 | 38 | 34 | 34 |
| Helse Førde-området | 79 | 366 | 445 | 35 | 44 | 42 |
| Møre og Romsdal | 146 | 645 | 791 | 26 | 30 | 30 |
| St. Olavs-området | 280 | 1 073 | 1 353 | 42 | 40 | 40 |
| Nord-Trøndelag | 123 | 364 | 487 | 44 | 34 | 36 |
| Helgeland | 55 | 197 | 253 | 38 | 32 | 33 |
| Nordland-området | 85 | 309 | 393 | 32 | 28 | 28 |
| UNN-området | 104 | 521 | 626 | 29 | 33 | 33 |
| Finnmark | 62 | 217 | 279 | 45 | 36 | 38 |
| Totalt | 3 783 | 13 291 | 17 074 | 34 | 31 | 31 |

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

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



Figur 4.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. HF-område, 2022.

4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

Som vist i tabell 4.7 har helseregion Sør-Øst 57 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest og Midt-Norge. Det er ingen tydelige skjevheter i innbyggere over og under 18 år i noen av helseregionene, men Helse Vest har en litt større andel innbyggere under 18 år relativt til de andre helseregionene.

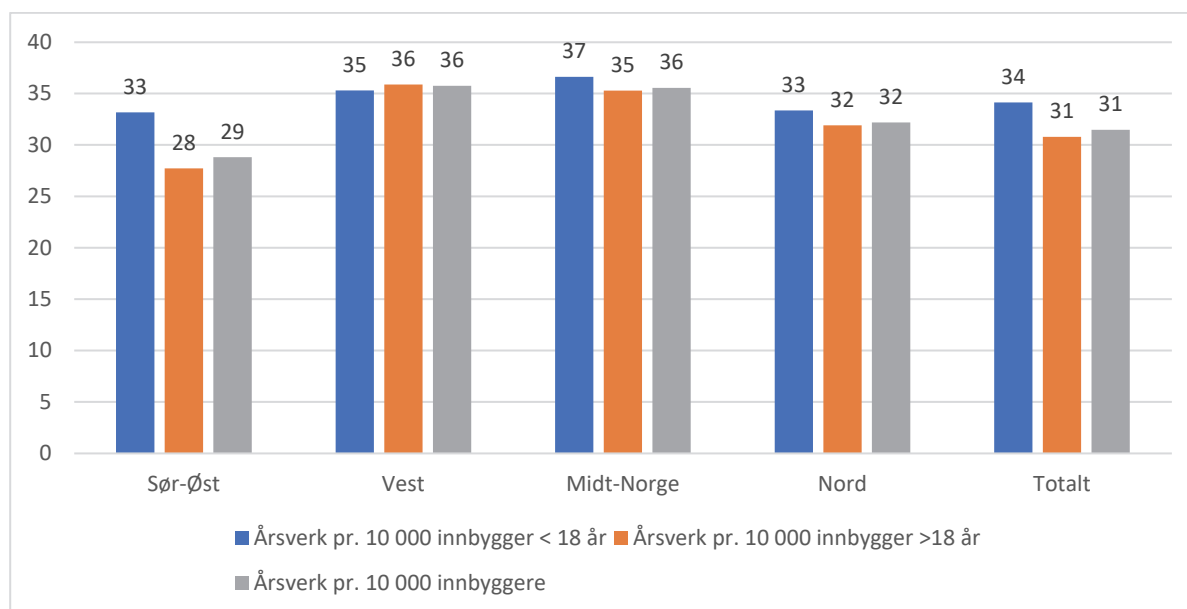
Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, helseregion pr. 1. januar 2022. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

| | Kommuner | | Innbyggere <18 år | | Innbyggere >18 år | | Alle innbyggere | |
|---------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Sør-Øst | 162 | 44 | 620 497 | 56 | 2 455 779 | 57 | 3 076 276 | 57 |
| Vest | 66 | 18 | 246 135 | 22 | 880 954 | 20 | 1 127 089 | 21 |
| Midt-Norge | 64 | 17 | 150 001 | 14 | 589 978 | 14 | 739 979 | 14 |
| Nord | 80 | 22 | 91 890 | 8 | 390 036 | 9 | 481 926 | 9 |
| Totalt | 372 | 100 | 1 108 523 | 100 | 4 316 747 | 100 | 5 425 270 | 100 |

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, helseregion pr. 1. januar 2022. Kilde: SSB, Helsedirektoratet.

| | Årsverk til barn og unge | Årsverk til voksne | Årsverk totalt | Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år | Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år | Årsverk pr. 10 000 innbyggere |
|---------------|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Sør-Øst | 2 058 | 6 805 | 8 863 | 33 | 28 | 29 |
| Vest | 869 | 3 160 | 4 029 | 35 | 36 | 36 |
| Midt-Norge | 549 | 2 081 | 2 631 | 37 | 35 | 36 |
| Nord | 307 | 1 245 | 1 551 | 33 | 32 | 32 |
| Totalt | 3 783 | 13 291 | 17 074 | 34 | 31 | 31 |

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



Figur 4.4 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, helseregion, 2022.

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

4.5 DE TI STØRSTE KOMMUNENE

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

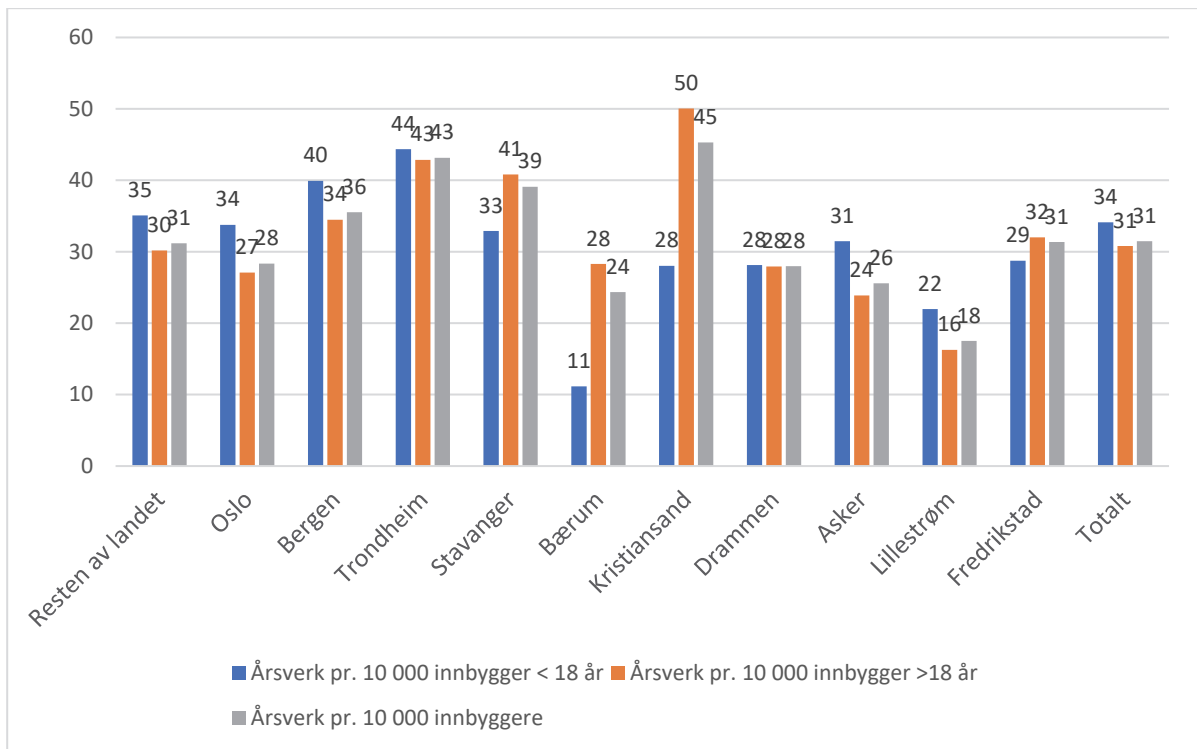
Tabell 4.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, 10 største kommuner pr. 1. januar 2022.
Kilde: SSB.

| | Kommuner | | Innbyggere <18 år | | Innbyggere >18 år | | Alle innbyggere | |
|----------------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Resten av landet | 346 | 93 | 715 955 | 65 | 2 753 296 | 64 | 3 469 251 | 64 |
| Oslo | 17 | 5 | 132 117 | 12 | 567 710 | 13 | 699 827 | 13 |
| Bergen kommune | 1 | 0 | 55588 | 5 | 231342 | 5 | 286930 | 5 |
| Trondheim kommune | 1 | 0 | 40685 | 4 | 169811 | 4 | 210496 | 4 |
| Stavanger kommune | 1 | 0 | 31325 | 3 | 113374 | 3 | 144699 | 3 |
| Bærum kommune | 1 | 0 | 29632 | 3 | 99350 | 2 | 128982 | 2 |
| Kristiansand kommune | 1 | 0 | 24511 | 2 | 89226 | 2 | 113737 | 2 |
| Drammen kommune | 1 | 0 | 20859 | 2 | 81414 | 2 | 102273 | 2 |
| Asker kommune | 1 | 0 | 21769 | 2 | 74319 | 2 | 96088 | 2 |
| Lillestrøm kommune | 1 | 0 | 19566 | 2 | 69529 | 2 | 89095 | 2 |
| Fredrikstad kommune | 1 | 0 | 16516 | 1 | 67376 | 2 | 83892 | 2 |
| Totalt | 372 | 100 | 1 108 523 | 100 | 4 316 747 | 100 | 5 425 270 | 100 |

Tabell 4.10 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere, ti største kommuner pr. 1. januar 2022.

| | Årsverk til barn og unge | Årsverk til voksne | Årsverk totalt | Årsverk pr. 10 000 innbygger < 18 år | Årsverk pr. 10 000 innbygger >18 år | Årsverk pr. 10 000 innbyggere |
|----------------------|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Resten av landet | 2 512 | 8 305 | 10 817 | 35 | 30 | 31 |
| Oslo | 446 | 1 537 | 1 983 | 34 | 27 | 28 |
| Bergen kommune | 222 | 798 | 1019 | 40 | 34 | 36 |
| Trondheim kommune | 181 | 728 | 908 | 44 | 43 | 43 |
| Stavanger kommune | 103 | 463 | 566 | 33 | 41 | 39 |
| Bærum kommune | 33 | 281 | 314 | 11 | 28 | 24 |
| Kristiansand kommune | 69 | 447 | 515 | 28 | 50 | 45 |
| Drammen kommune | 59 | 227 | 286 | 28 | 28 | 28 |
| Asker kommune | 69 | 177 | 246 | 31 | 24 | 26 |
| Lillestrøm kommune | 43 | 113 | 156 | 22 | 16 | 18 |
| Fredrikstad kommune | 47 | 216 | 263 | 29 | 32 | 31 |
| Totalt | 3 783 | 13 291 | 17 074 | 34 | 31 | 31 |

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



Figur 4.5 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, ti største kommuner, 2022.

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

5 HOVEDFORLØP

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

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

Eksempler:

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

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

Eksempler:

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Eksempler:

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

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

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

5.1 DATAGRUNNLAG

Spørsmålene om fordeling av årsverk ulike hovedforløp er:

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

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

Respondentene skal fordele samme antall årsverk på hovedforløp som de har rapportert på tiltak og utdanningskategorier, men for mange av kommunene er dette utfordrende å få til. Det er fortsatt ikke alle som får til å fordele årsverkene på hovedforløp, og det er 81 prosent av de rapporterte årsverkene som er fordelt, 80 prosent for voksne og 85 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge, se tabell 5.1.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, 2022.

| | Voksne | Barn/unge | Totalt |
|--|--------|-----------|--------|
| Årsverk rapportert | 13 291 | 3 783 | 17 074 |
| Årsverk hovedforløp | 10 653 | 3 217 | 13 870 |
| % av årsverkene fordelt på hovedforløp | 80 | 85 | 81 |

5.2 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 5.2 viser fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2022. Det er kun en marginal endring i fordelingen av årsverk rettet mot voksne fra 2021 til 2022, men i 2021 gikk andel til hovedforløp 3 ned fra 64 til 61 prosent og i 2022 60 prosent. Kommunene/bydelene anslår at 12 prosent av årsverksinnsatsen til voksne går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), en økning på to prosentpoeng fra 2017. Det er ingen endring i andel av årsverkene som går til Hovedforløp 2 i tjenester til voksne.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2017-2022.

| | Antall | | | | | Prosent | | | | | |
|---------------|--------|------|-------|-------|-------|---------|------|------|------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2021 | 2022 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Hovedforløp 1 | 1092 | 1024 | 1106 | 1270 | 1332 | 10 | 11 | 11 | 10 | 12 | 12 |
| Hovedforløp 2 | 2779 | 2425 | 2532 | 2795 | 2879 | 27 | 26 | 25 | 26 | 27 | 27 |
| Hovedforløp 3 | 6649 | 5923 | 6423 | 6419 | 6442 | 63 | 63 | 64 | 64 | 61 | 60 |
| Totalt | 10520 | 9372 | 10061 | 10484 | 10653 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

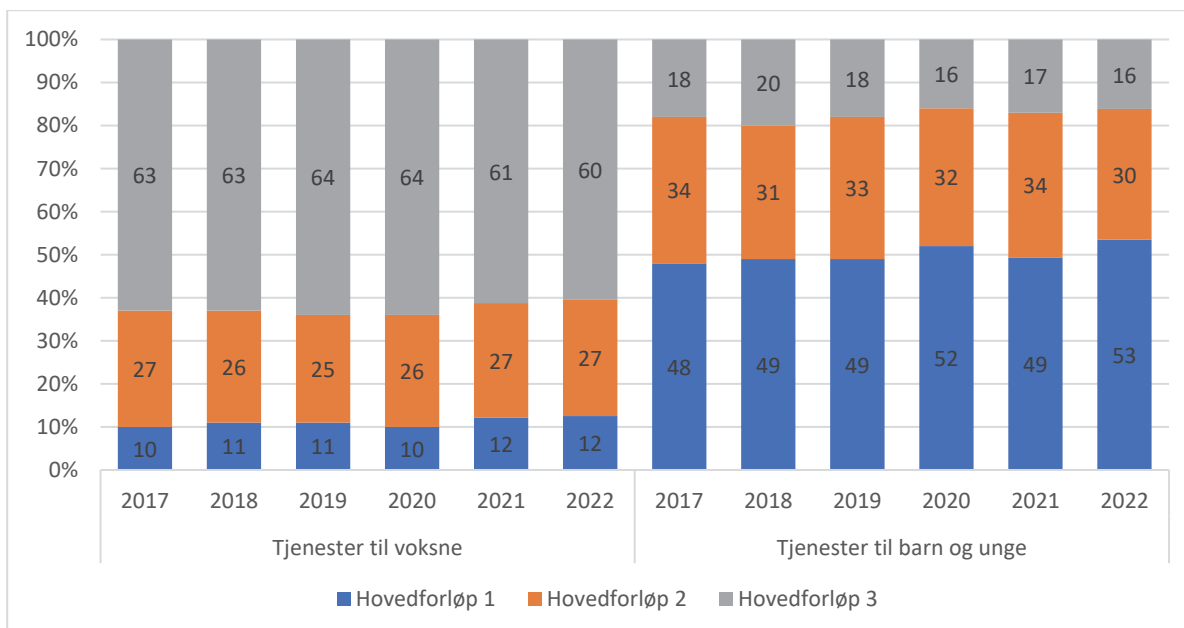
5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)

Tabell 5.3 viser fordeling av årsverk i tjenester for barn og unge i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2017-2022. Fra 2017 til 2022 er det en økning på fem prosentpoeng i andelen som går til hovedforløp 1, og andelen som går til hovedforløp 2 og 3 går ned.

Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2017-2022.

| | Antall | | | | | | Prosent | | | | | |
|---------------|--------|------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Hovedforløp 1 | 1262 | 1160 | 1407 | 1185 | 1601 | 1721 | 48 | 49 | 49 | 52 | 49 | 53 |
| Hovedforløp 2 | 888 | 737 | 939 | 734 | 1090 | 977 | 34 | 31 | 33 | 32 | 34 | 30 |
| Hovedforløp 3 | 462 | 493 | 535 | 355 | 552 | 520 | 18 | 20 | 18 | 16 | 17 | 16 |
| Totalt | 2612 | 2390 | 2880 | 2274 | 3243 | 3217 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

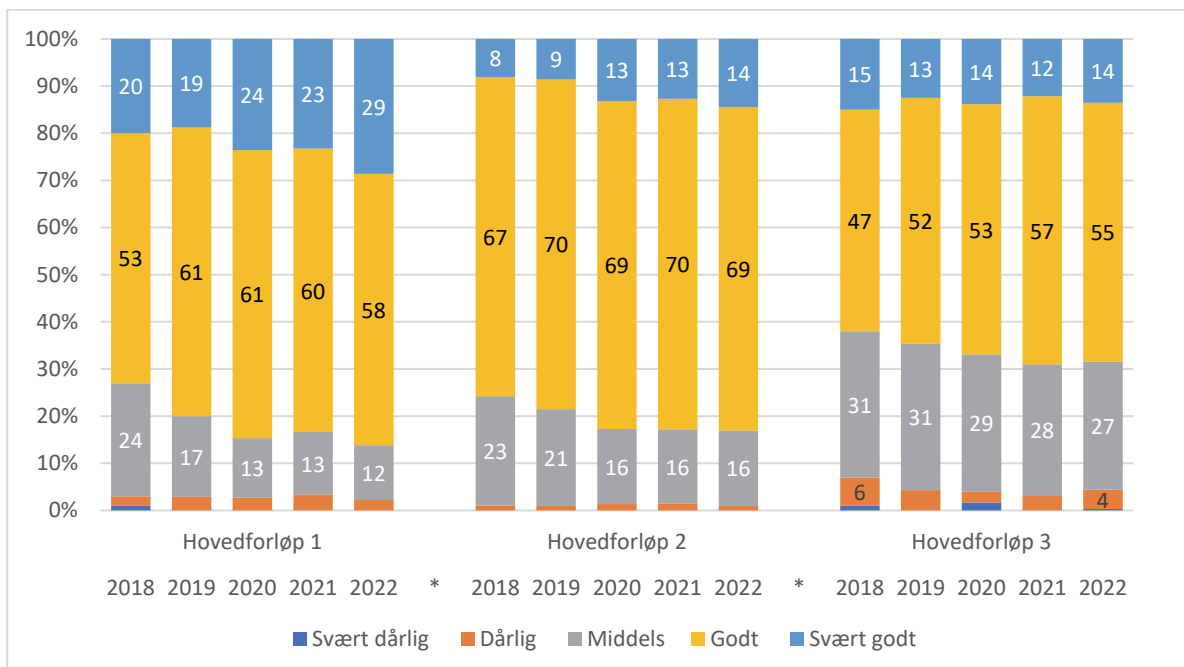
I figur 5.1 har vi oppsummert utviklingen i prosentfordelingen de seks siste årene, og den viser at det er marginale endringer fra år til år. Men det blir viktig å følge utviklingen i tilbudet til de sykeste brukerne av tjenestene (Hovedforløp 3) og se dette i sammenheng med utviklingen i tilbudet i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



Figur 5.1 Prosentvis fordeling av årsverkene som er rettet mot brukere i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge, 2017-2022.

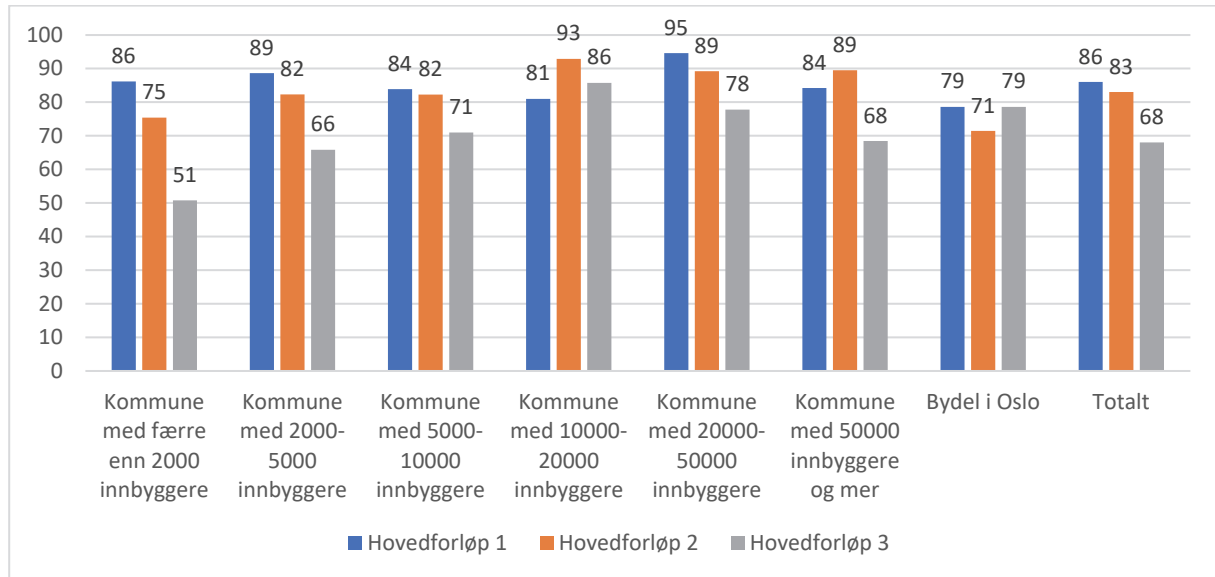
5.4 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

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



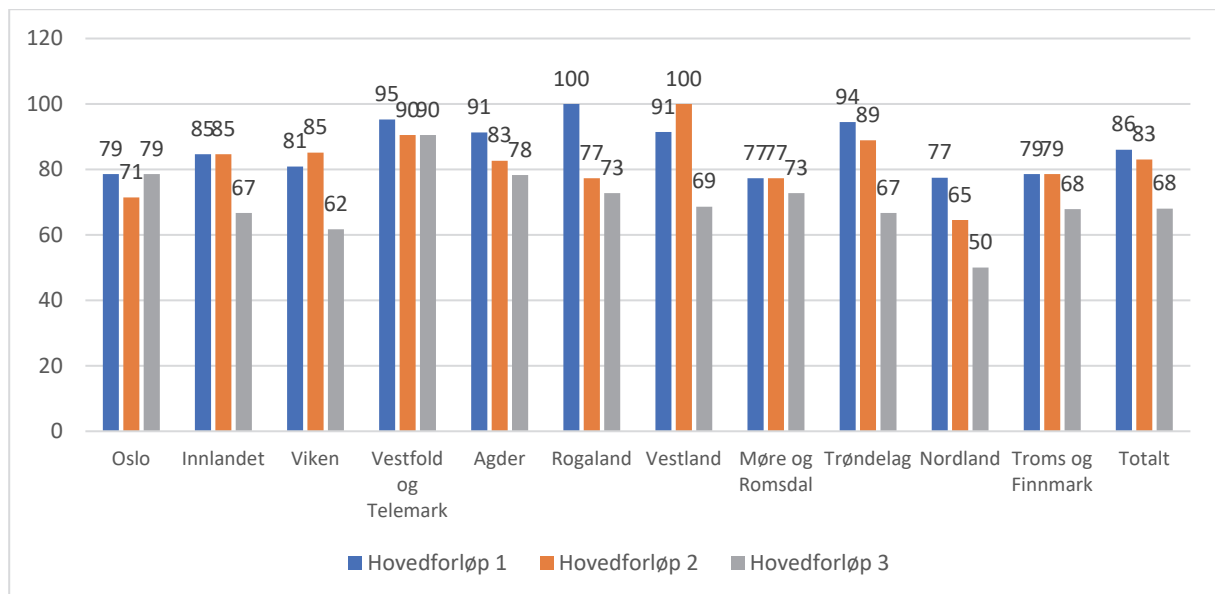
Figur 5.2 Prosentvis fordeling i vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018-2022.

For alle kommunegruppene er det for hovedforløp 3 færrest svarer at tilbudet er svært godt eller godt, se figur 5.3. Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommunegrupper for hovedforløp 1, men kommuner med 10 000-20 000 innbyggere ligger systematisk over de andre for hovedforløp 2 og 3.



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. Kommunestørrelse, 2022.

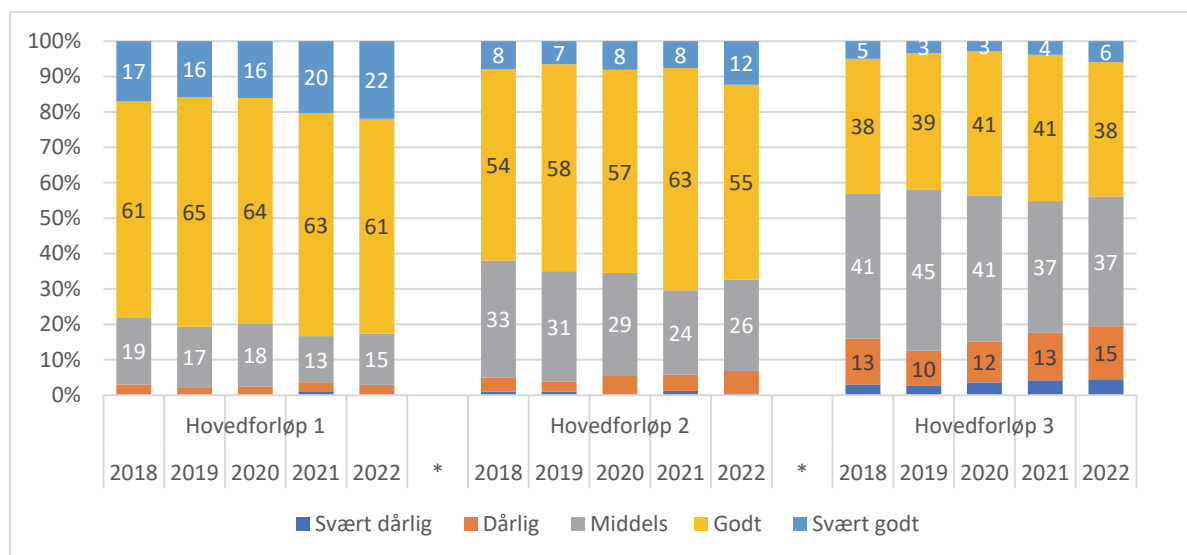
Figur 5.4 viser andel kommuner/bydeler som har vurdert tilbudet til å være godt eller svært godt, fordelt på fylke. Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker for noen av forløpene.



Figur 5.4 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til voksne og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2022.

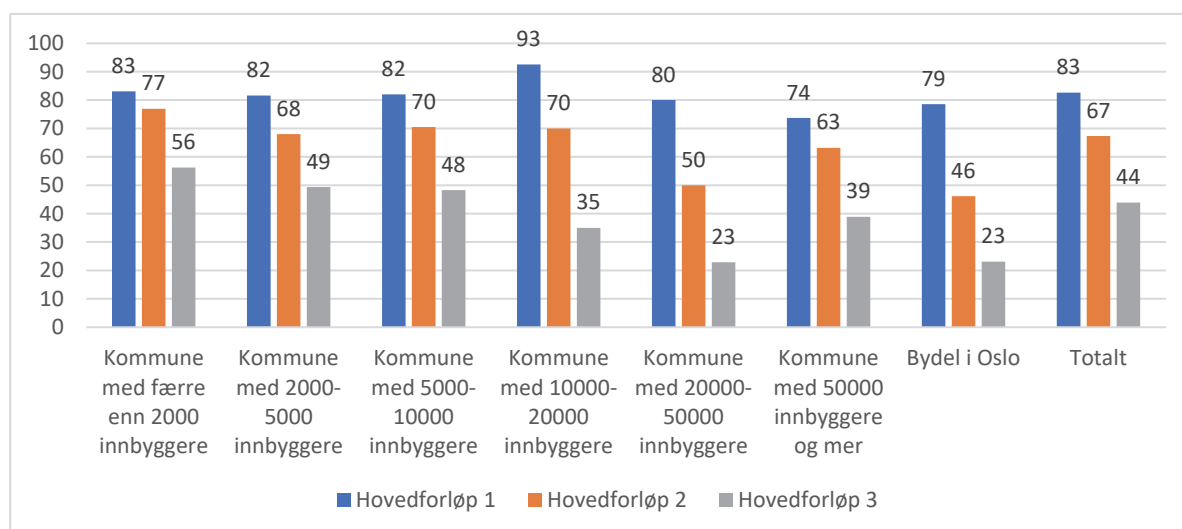
5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

Figur 5.5 viser vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge, og denne viser at tendensen er at flere kommuner utover perioden svarer at tilbudet er godt eller svært godt, men det er færrest som svarer at tilbudet er godt for hovedforløp 3 og her er det lite endring fra 2018 i andel som svarer svært godt eller godt.



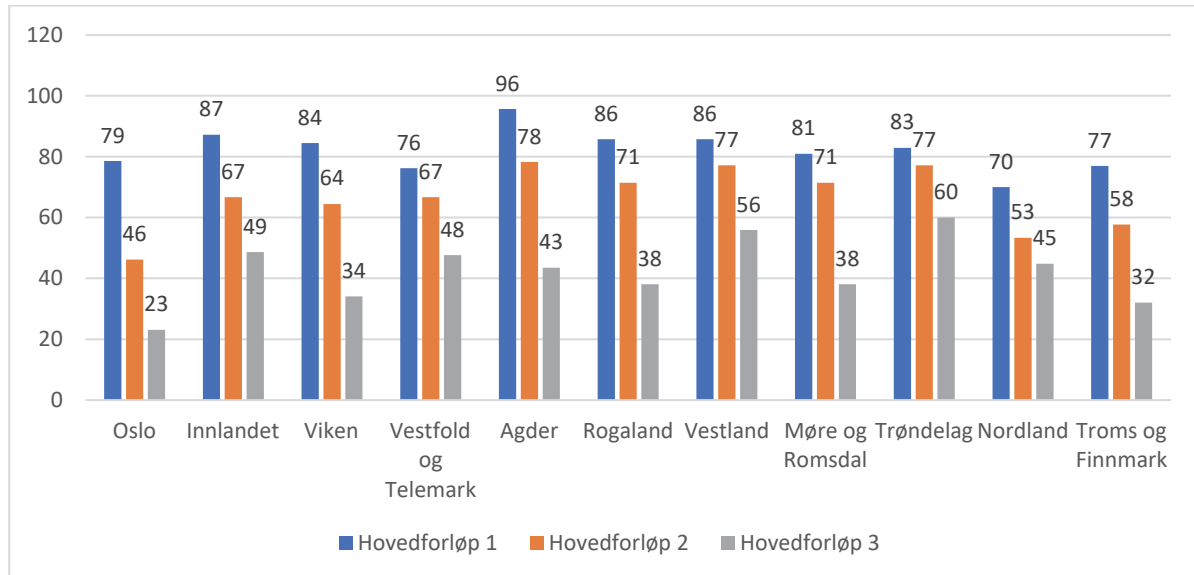
Figur 5.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018-2022.

Som vist i figur 5.6 gjelder dette i alle kommunegruppene, og det er særlig få blant kommuner med 20 000-50 000 innbyggere og bydeler i Oslo som mener at tilbudet er svært godt eller godt (23 prosent) for hovedforløp 3. Det er ingen signifikante forskjeller i andel som svarer i stor eller i svært stor grad om hovedforløp 1, mens kommuner med 20 000-50 000 innbyggere og bydelene i Oslo ligger signifikant lavere enn andre for både hovedforløp 2 og 3.



Figur 5.6 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge, og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Kommunestørrelse, 2022.

Det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker i vurdering av hovedforløp 1, men kommunene i Vestland ligger høyere enn kommuner i andre fylker både for forløp 2 og 3. Kommunene i Agder ligger også høyt på forløp 2, dvs. det er mange som mener de har et godt eller svært godt tilbud (78 prosent).



Figur 5.7 Prosentandel av kommunene som har gjort en vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge og som har svart at tilbudet er godt eller svært godt. Fylke, 2022.

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

De som har svart 'Middels', 'Dårlig tilbud' eller 'Svært dårlig tilbud' for Hovedforløp 3 (n=103) har fått spørsmål om hva som mangler for at tilbudet til voksne i Hovedforløp 3 skal bli bedre.

Det er 90 kommuner/bydeler av de 103 (87 prosent) som har svart på hva som mangler for at tilbudet til voksne i Hovedforløp 3 skal bli bedre. Vi har gått gjennom alle svarene og finner at de kan grupperes i følgende hovedpunkter:

- Det mangler aktivitetstilbud, arbeidstilbud (inkl. IPS) og dagtilbud
- Det mangler adekvate boligtilbud, inkludert heldøgnsbemannet boligtilbud
- De mangler mulighet for kortere opphold/reguleringsopphold i spesialisthelsetjenesten
- Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er for dårlig
- Det mangler tilbud på kveldstid og i helger, sosiale møteplasser
- Det mangler ambulante/miljøterapeutiske/boligsosiale team/FACT, ikke nok med hjemmetjenester og støttesamtaler
- Det mangler folk til å gi tett oppfølging i bolig
- Mangler psykologkompetanse
- Mangler lavterskeltjenester innen rusfeltet
- Mangler ressurser til å være tilgjengelig når brukere kunne vært mottakelig for bistand
- Mangler handlingsplan
- Mangler tjenestebil
- Mangler kompetanse på alvorlige lidelser
- Mangler varmestue til de i aktiv rus og ROP

- Det mangler finansieringsløsninger som stimulerer til samhandling mellom tjenestenivåene
- Det mangler spesialistplasser for de mest alvorlig syke (uavhengig av behandlingspotensiale)
- Bedre samhandling med politi/rettsvesen, mindre straff og mer behandling for rusbrukere
- Tiltak for å redusere NIMBY (not in my back yard)
- Mangler egnede lokaler

Den ene kommunen oppsummerer behovene slik:

Vi må ha flere ansatte, bedre lokaler, biler og midler til å kunne dra på ulike typer tur med pasienten. I mørketida trenger vi midler til å ha et lokale der vi kan ha et aktivitetstilbud innendørs. Mest av alt flere psykiatriske sykepleiere.

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

Det er 132 kommuner/bydeler av 170 (78 prosent) som har svart på hva som skal til for at tilbudet til barn og unge i Hovedforløp 3 blir bedre. Følgende hovedkategorier er identifisert i svarene om hva som mangler:

- At BUP tilføres ressurser for å unngå avvísninger og for at de kan samarbeide mer med kommunene
- Ambulerende spesialisthelsetjeneste/FACT ung
- Mangler i barnevernstjenestene
- Bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevernstjenester
- Mangler familieoppfølgingstjenester
- Flere aktivitetstilbud
- Resurser og kompetanse
- Ikke god nok ansvarsdeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
- Trenger mer ressurser i skolehelsetjenesten
- Mangler psykologkompetanse
- Mangler ressurser til å gi tett oppfølging i hjemmet, støtte og veiledning av foreldre
- Mangler barnekoordinator
- Manglende koordinering
- Manglende tilbud på kveld og helger

Vi tar med noen sitater for å vise bredden i svarene:

Økt kompetanse i kommunen ift. eksempelvis autisme. LOS funksjon, ift. barn og unge med omfattende skolevegring/høyt skolefravær. Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og tettere tverrfaglig samarbeid internt i kommunen.

Større innsats knyttet til utsatte familiers levekårsutfordringer, tettere oppfølging, økt kompetanse og en spesialisthelsetjeneste som jobber oppsøkende.

Systematisk arbeid i kommunen krever ressurser. Henvisning til BUP krever igjen dokumentasjon på systematisk arbeid med flere hjelpeinstanser over tid. Forbedringsmulighet når det gjelder samhandling på tvers, også ml. kommune og spesialisthelsetjeneste.

Vi har ingen miljøterapeuter på skolene. Selv om psykisk helse og LOS er innom skolene oppdages ofte barn med utførende liv altfor sent fordi det mangler denne kompetansen i skolen. Det er også svært utfordrende å få barnehagene i tale, og det meldes altfor få barn til helsetjenestene. Vi ser at etterspørselen etter tjenestene har økt voldsomt de siste tre årene, og ressursene reduseres både i helse og i skole/barnehagene. Dette er bekymringsfullt

Vi mangler kommunepsykolog og har heller ingen som er spesialisert innen psykisk helse og rus blant barn og unge.

Som vi også har sett i kartlegginger tidligere år, er det flere kommuner som oppgir at dette ansvaret ligger i BUP, og at kommunen ikke har noe ansvar for barn og unge i Hovedforløp 3.

Vi tenker at behandlingsansvaret ligger hos BUP og valgte en middelvei

Bydelen har ingen årsverk knyttet til behandling eller oppfølging av barn og unge med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblematikk. Ansvar ligger hos spesialisthelsetjenesten.

Grunnskolene og barnehagene er store kommunale tjenester, og de fleste kommuner/bydeler bør derfor ha årsverk som iallfall delvis følger opp barn og unge i Hovedforløp 3.

5.8 OPPSUMMERING

De siste årene av rapporteringen gjennom IS-24/8 har kommunene blitt bedt om å anslå hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen "Sammen om mestring". Det er interessant for myndighetene å følge utviklingen i hvordan bruker- og pasientsammensetningen er i de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Vi ser at andelen årsverk som anslås å brukes i henholdsvis hovedforløp 1, 2 og 3 har ligger relativt stabilt de siste fem årene (2018-2022):

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

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

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

I tjenester til voksne er det en nedgang i andel årsverk som går til hovedforløp 3 i 2022, og en økning i andel til hovedforløp 1. I tjenester til barn og unge, er det også en økning i andel som går til forløp 1 og en nedgang i andelen som går til forløp 2 og 3 fra 2021.

Kommunene gir også en vurdering av kvaliteten på sine samlede tilbud til henholdsvis voksne og barn og unge innenfor hvert forløp. For tjenester til voksne observerer vi en økning i andel fra 2018 til 2022 som svarer at de har et godt eller svært godt tilbud til målgruppen for alle tre hovedforløpene.

I tjenester for barn og unge er det også en positiv utvikling fra 2018 til 2022 i andel som vurderer at de har et godt eller svært godt tilbud til hovedforløp 1 og 2, men det er særlig for hovedforløp 3 mange mener kommunen ikke har et godt nok tilbud til, og det observeres en forverring fra 2018.

6 PANDEMIKONSEKVENSER

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

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

Våren 2021 inkluderte vi også flere spørsmål om pandemien og resultatene viste blant annet at 88 prosent av kommunene hadde opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge var 82 prosent. Vi fant ingen systematisk sammenheng mellom faktisk antall smittede per innbygger og årsverk i tjenestene per innbygger og grad av opprettholdelse av ordinær drift i pandemien. Med unntak av kommunene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal, var det flere som svarte at de har opprettholdt tilbudet til voksne enn til barn og unge. I overkant av halvparten av alle kommunene/bydelene hadde i ulik grad omdisponert personell til smittevernarbeid fra tjenester rettet mot, og innen tjenester til barn og unge hadde to av tre kommuner gjort større eller mindre omdisponeringer av personell til smittevernarbeid.

I dette kapitlet undersøkes følgende:

- I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift til voksne og barn/unge under covid-19-pandemien?
- I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rusarbeid for voksne og barn/unge til smittevernarbeid under covid-19-pandemien?
- Hvordan har samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fungert under covid-19-pandemien?
- Har det siden siste kartlegging (våren 2021) til i dag vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen?
 - Barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer
 - Barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer
 - Voksne med hovedsakelig psykiske helseproblemer
 - Voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer

- Kan dere spesifisere hvilke deler av tjenestene dette gjelder? (for eksempel lavterskeltjenester, vedtaksbaserte tjenester etc.)
- Om dere har kommentarer til spørsmålene om endret pågang i løpet av covid-19-pandemien, vennligst skriv her (åpent)
- Har pandemien ført til noen endringer i kommunens/bydelens tilbud innen psykisk helse- og rusarbeid som dere tror vil vedvare etter pandemien?
 - Kan dere beskrive endringen i tjenester til barn og unge her:
 - Kan dere beskrive endringen i tjenester til voksne her:

6.1 OPPRETTHOLDELSE AV ORDINÆR DRIFT

Det er 87 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålet om tjenester til voksne, og 83 prosent om barn og unge i 2022. Det er, som i 2021, få kommuner som svarer at de i liten grad har opprettholdt ordinær drift til voksne og til barn og unge, se tabell 6.1. For tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andelen for barn og unge er 80 prosent. Dette er omtrent som i 2021.

Tabell 6.1 I hvilken grad har psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen opprettholdt ordinær drift til voksne og barn/unge under covid-19-pandemien?

| | Voksne | | | | Barn og unge | | | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|
| | 2021 | | 2022 | | 2021 | | 2022 | |
| | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 80 | 24 | 80 | 25 | 68 | 21 | 67 | 22 |
| I stor grad | 212 | 64 | 204 | 63 | 200 | 61 | 178 | 58 |
| I noen grad | 39 | 12 | 35 | 11 | 52 | 16 | 53 | 17 |
| I liten grad | 1 | 0 | 2 | 1 | 7 | 2 | 7 | 2 |
| I svært liten grad | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Totalt | 333 | 100 | 322 | 100 | 328 | 100 | 308 | 100 |

Vi undersøker videre om det er noen observerbare kjennetegn ved kommunene som svarer at de i svært stor grad har opprettholdt driften, og vi kan ha en hypotese om at disse kommunene i minst grad har fått påvirket tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusfeltet. Men vi finner ingen systematiske sammenhenger med kommunestørrelse eller fylke, med ett unntak. Kommunene i Agder ser ut til å ha opprettholdt driften i tjenester til barn og unge i signifikant høyere grad enn kommuner i andre fylker.

6.2 OMDISPONERING AV PERSONELL

Om vi antar at de som svarer 'I svært liten grad' er kommuner der personell ikke er omdisponert fra psykisk helse- og rustjenester til smittevernarbeid eller vaksineringsarbeid under pandemien, gjelder dette 42 prosent av alle kommunene/bydelene i tjenester til voksne, og nesten hver tredje kommune innen tjenester til barn og unge, se tabell 6.2. Dette betyr at i overkant av halvparten av kommunene har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne brukere til smittevernarbeid og vaksineringsarbeid i større eller mindre grad. I tjenester til barn og unge har to av tre kommuner i større eller mindre grad gjort omdisponeringer av personell til smittevernarbeid m.m. Dette er omtrent som i 2021.

Tabell 6.2 I hvilken grad har kommunen omdisponert personell innen psykisk helse- og rustjeneste for voksne og barn/unge til smittevernarbeid under covid-19-pandemien?

| | Voksne | | | | Barn og unge | | | |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|--------------|-------|--------|-------|
| | 2021 | | 2022 | | 2021 | | 2022 | |
| | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 4 | 1 | 6 | 2 | 4 | 1 | 11 | 4 |
| I stor grad | 8 | 2 | 13 | 4 | 24 | 7 | 31 | 10 |
| I noen grad | 83 | 25 | 73 | 23 | 112 | 34 | 88 | 28 |
| I liten grad | 78 | 23 | 94 | 29 | 78 | 24 | 84 | 27 |
| I svært liten grad | 160 | 48 | 135 | 42 | 108 | 33 | 95 | 31 |
| Totalt | 333 | 100 | 321 | 100 | 326 | 100 | 309 | 100 |

Det er ingen tydelig sammenheng med kommunestørrelse og andel som i minst grad har omdisponert personell fra disse tjenestene, hverken for tjenester rettet mot voksne eller mot barn og unge. Når det gjelder fylkesforskjeller, svarer kommunene i Rogaland noe hyppigere enn kommuner i andre fylker at de i liten eller svært liten grad har omdisponert personell.

6.3 ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER/HENVISNINGER

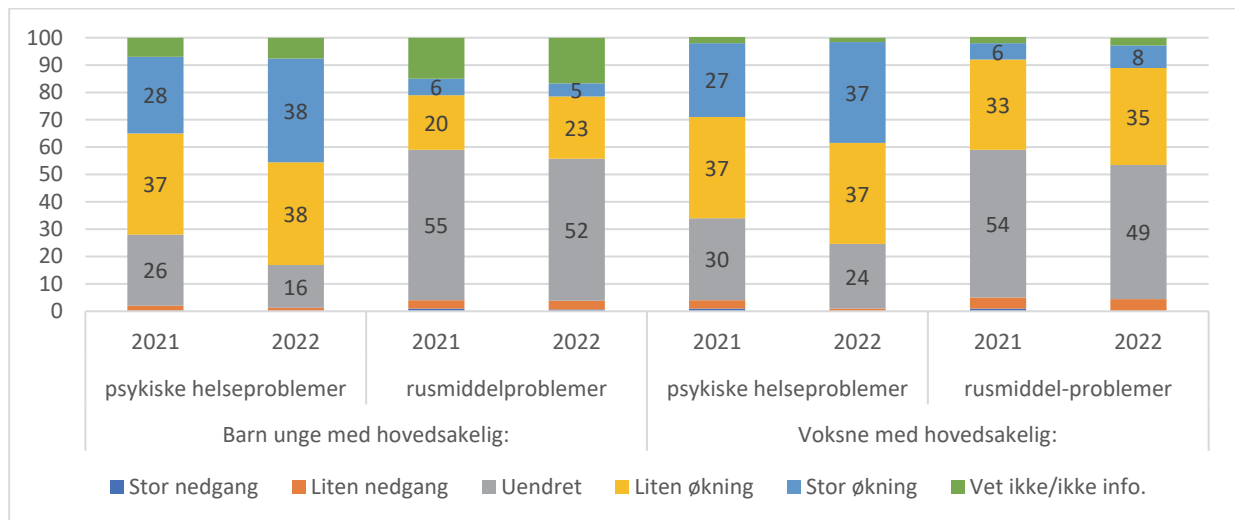
I 2021 ble det spurt om det i løpet av covid-19-pandemien har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen sammenlignet med 2019, mens i 2022 spurte vi om det har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen siden siste kartlegging (våren 2021) til i dag (kartleggingstidspunktet i 2022, dvs. våren 2022). Det er dermed ikke helt uproblematisk å sammenlikne tallene for 2021 og 2022.

Tabell 6.3 viser at det er få som har stor nedgang i henvendelser/henvisninger, og det er mange som melder om stor økning i både barn med psykiske helseproblemer (38 prosent) og for voksne med psykiske helseproblemer (37 prosent). Like mange rapporterer om en liten økning.

Tabell 6.3 Om det siden siste kartlegging (våren 2021) til i dag vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. 2022.

| | Barn unge med hovedsakelig: | | | | Voksne med hovedsakelig: | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----|--------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------|-----|
| | psykiske helseproblemer | | rusmiddelproblemer | | psykiske helseproblemer | | rusmiddelproblemer | |
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Stor nedgang | | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Liten nedgang | 4 | 1 | 10 | 3 | 3 | 1 | 14 | 4 |
| Uendret | 49 | 16 | 162 | 52 | 75 | 24 | 155 | 49 |
| Liten økning | 118 | 38 | 71 | 23 | 117 | 37 | 112 | 35 |
| Stor økning | 119 | 38 | 15 | 5 | 117 | 37 | 26 | 8 |
| Vet ikke/ikke info. | 24 | 8 | 52 | 17 | 5 | 2 | 9 | 3 |
| Totalt | 314 | 100 | 312 | 100 | 317 | 100 | 316 | 100 |

Figur 6.1 viser svarfordelingen både for 2021 og 2022. En større andel kommuner rapporterer om en stor økning i 2022 enn i 2021 både når det gjelder barn/unge og voksne med psykiske helseproblemer.

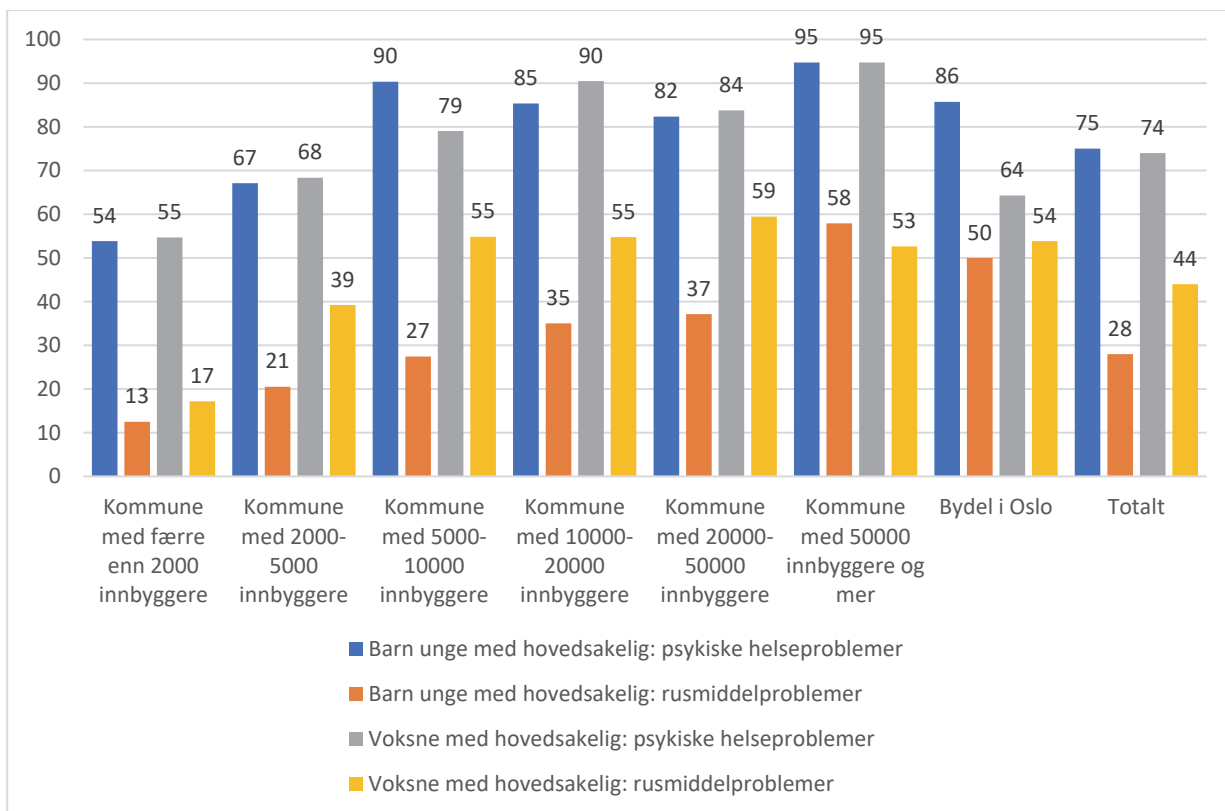


Figur 6.1 Om det (2021 – siden 2019, og 2022– siden våren 2021) har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. Nasjonalt, 2021 og 2022.

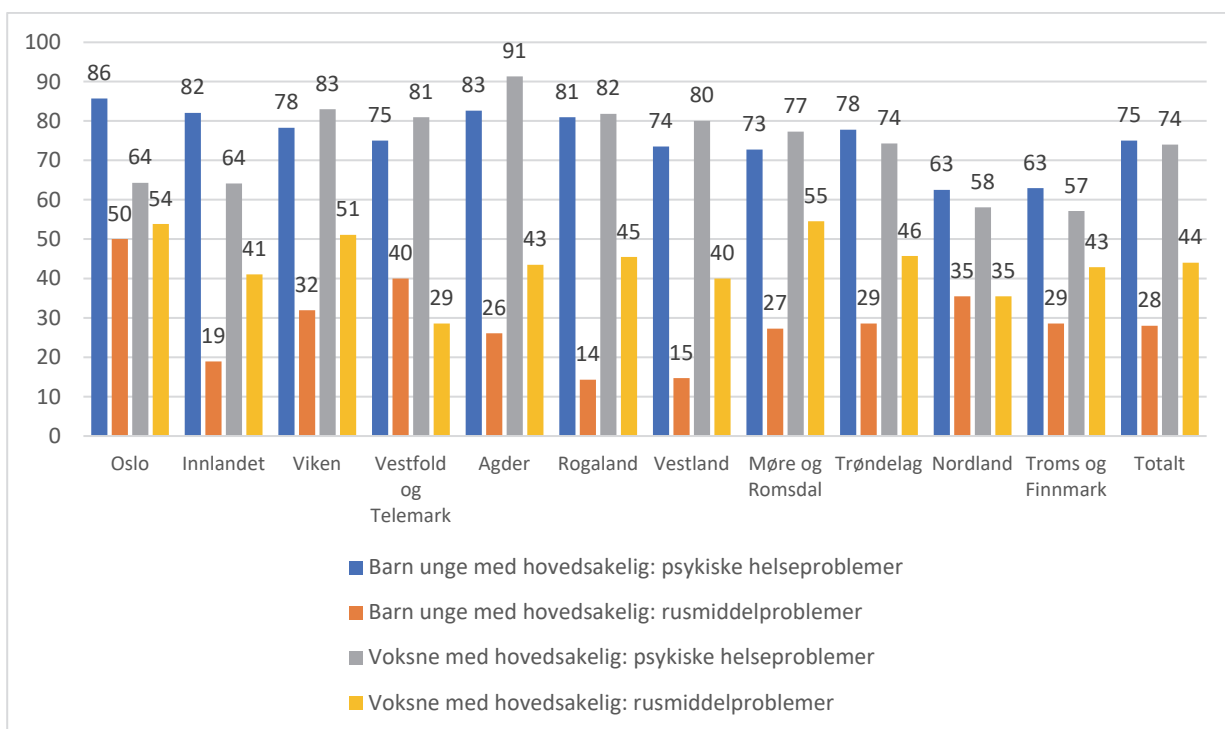
De videre analysene i dette avsnittet er kun basert på svarene fra 2022. Fordi det kan være subjektivt eller basert på lokale forhold som kapasitet, befolkningens behov tidligere m.m. i hva som menes med 'liten' og 'stor' økning, ser vi på de som svarer liten eller stor økning. Disse har altså en økning i henvendelser/henvisninger fra våren 2021 til våren 2022, men vi vet ikke hvor stor økningen er. Her har vi testet om det er forskjeller i sannsynlighet for å svare at det har vært en økning gjennom logistiske regresjonsanalyser der hver kommunestørrelsegruppe og hvert fylke inngår som dummyvariabler i separate og kombinerte analyser.

- Barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer: Det er signifikante forskjeller mellom kommuner etter størrelse, men ingen forskjeller mellom fylker.
- Barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer: Det er signifikante forskjeller mellom kommuner etter størrelse, og noen signifikante forskjeller mellom fylker.
- Voksne med hovedsakelig psykiske helseproblemer: Det er signifikante forskjeller mellom kommuner etter størrelse, og noen forskjeller mellom fylker også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.
- Voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer: Det er signifikante forskjeller mellom kommuner etter størrelse, men ingen signifikante forskjeller mellom fylker.

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



Tabell 6.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det er en økning i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen siste år. Kommunestørrelse, 2022.



Tabell 6.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at det er en økning i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen siste år. Fylke, 2022.

Vi har også spurt hvilke tjenester det er som opplever økningen, og for barn og unge er det gitt 195 svar og for voksne er det gitt 185 svar.

For barn og unge oppgis primært følgende:

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

Svaret fra én av kommunene er representativt for det flere kommuner svarer:

Skolehelsetjenesten beskriver en økning i antall barn og unge som tar kontakt pga. psykiske helseproblemer. Foreldre og lærere tar økt kontakt på vegne av barn/unge de er bekymret for. Tverrfaglig ressursteam har opplevd økning i henvendelser fra foreldre, spesialisthelsetjeneste og skoler om barn og unge med skolevegring og psykiske helseproblemer. Flere søker om avlastning og andre tiltak, også ansvarsgruppe og koordinator.

Kommunene oppgir økning i psykiske helseproblemer generelt, og mange spesifiserer at det gjelder særlig skolevegring, spiseforstyrrelser og angst. Ensomhet nevnes også av noen.

Flere oppgir at det er lavterskeltjenestene som har fått en stor økning, og beskriver at dette kan ha sammenheng med presset på fastlegene:

Opplever at fastleger henviser absolutt alt som er av en "diffus" karakter til oss, og opererer med en "raus" definisjon av hva som er psykisk uhelse.

Andre opplever ikke en tydelig økning, men heller at alvorlighetsgraden har økt. Andre at foreldre har større behov enn før:

Helsesjukepleiarane i skulane har fått auka andel henvendingar både frå elevar, føresette og tilsette i skulen. Helsestasjon/småbarn har merka auka andel føresette som kjenner seg einsame og ikkje strekk til. Psykolog som blei tilsett hadde frå dag ein stor pågang.

Barneverntjenesten erfarer flere saker med psykiske vansker som følge av konflikter mellom foreldre etter samlivsbrudd.

For voksne oppgis primært følgende:

- Både lavterskeltjenester og vedtaksbaserte tjenester
- Lavterskeltjenester
- Vedtaksbaserte tjenester

Det er også en del som nevner de unge voksne her:

Mange henvendelser, både fra innbyggere som har fått tjenester før og fra nye. Flere unge med depresjonssymptomer, angst og suicidalproblematikk, eksistensielle utfordringer. Finne mening, klare å fullføre utdanning, stå i jobb.

Litt av det samme som for barn og unge ser vi igjen i tjenester til voksne:

Gjelder alle tjenester, fordelt på 40% lavterskel og 60% vedtaksbaserte tjenester. Betraktelig flere oppfølgingsamtaler i jordmortjenesten.

En del opplever en generell økning over tid:

Det har over mange år vore ei jamn auke av henvisingar til psykisk helseteneste. Personar blir henvist til individuelle terapeutiske støttesamtalar (lavterskel). Psykisk helseteneste i kommunen vedtaksfestar alle forløp. Henvisingane, både knytt til psykiske helse- og rusutfordringar, kjem i alle former og omfang (hovedforløp 1,2,3).

En av kommunene beskriver økningen slik:

Både lavterskel- og vedtaksbaserte tjenester. Også øking i etterspørselen etter kommunal gjennomgangsbolig fra mennesker med dårlig bo-evne. Betydelig øking i antall bostedsløse.

Men som flere er inne på, kan økt etterspørsel også skyldes at tjenesten har blitt mer kjent i befolkningen:

Både lavterskel aktivitetstilbud har opplevd økning, men også Rask psykisk helsehjelp som har blitt mer kjent og psykisk helse og rustjenesten for øvrig.

Noen hadde også lav aktivitet på lavterskeltiltak våren 2021 og at det er en økning fra da til 2022 kan skyldes at aktiviteten er normalisert. I 2023 skal vi kartlegge dette grundigere, og da med fokus på endring fra våren 2022 til våren 2023.

6.4 SAMARBEIDET MELLOM ALLMENNLEGETJENESTEN OG KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2021 ble det tatt med et åpent spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien. Det var 321 kommuner/bydeler (86 prosent) som har svart, og en systematisk gjennomgang og koding av svarene viste at 24 prosent ikke opplevde noen endring i samarbeidet under pandemien, mens 63 svarte at samarbeidet var bra. Åtte prosent oppgav at det var utfordringer i samarbeidet, og dette handlet typisk om manglende kontinuitet ved at de må forholde seg til mange forskjellige leger, at det mangler fastleger eller at fastlegene har for mye å gjøre til at de får til et godt samarbeid.

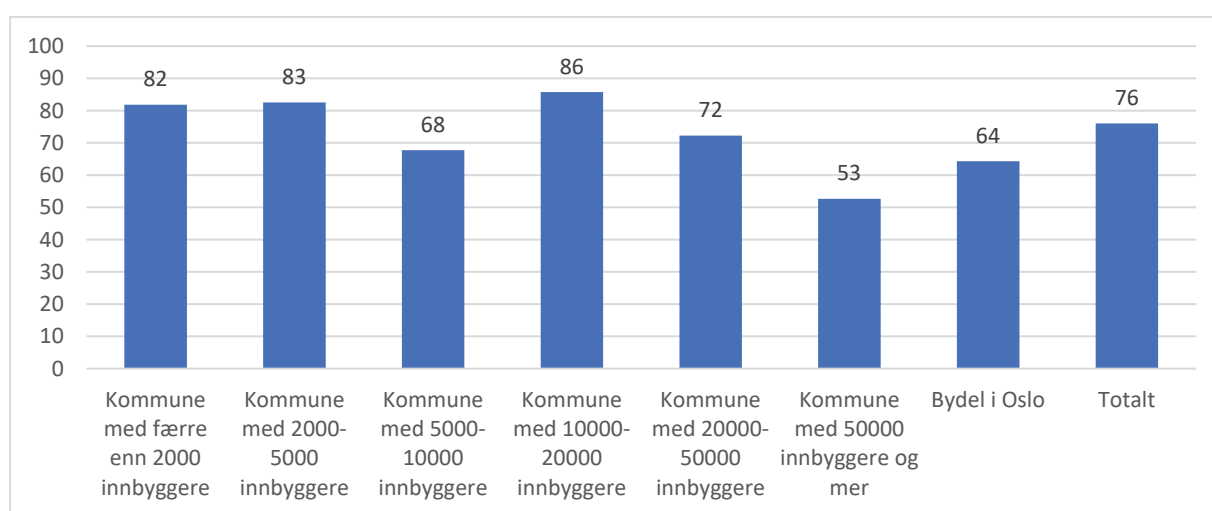
I 2022 tok vi derfor med et spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fungert under covid-19-pandemien, med faste svarkategorier.

Som vist i tabell 6.6 er det 24 prosent som svarer at samarbeidet har fungert svært godt, 52 prosent svarer at det har fungert godt, mens 20 prosent svarer middels. Tre prosent svarer dårlig og 1 prosent svarer svært dårlig. Dette stemmer godt med inntrykket vi har av samarbeidet og det som kommer frem i neste kapittel om samarbeid med fastlegene.

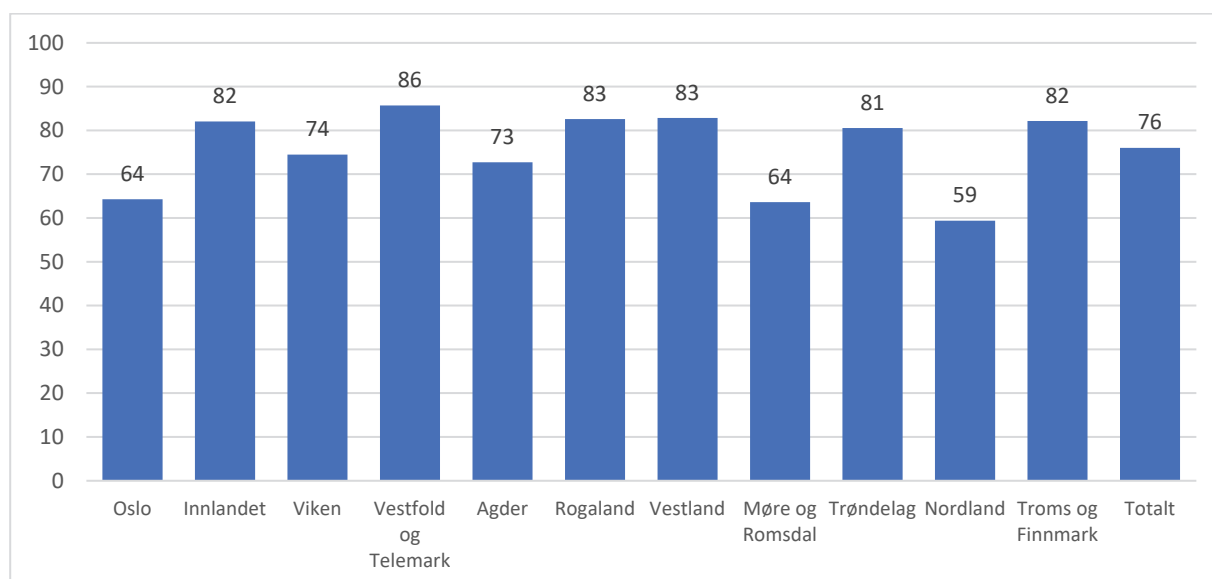
Tabell 6.6 Hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert under covid-19-pandemien, 2022.

| | Antall | Prosent |
|--------------|------------|------------|
| Svært godt | 77 | 24 |
| Godt | 166 | 52 |
| Middels | 63 | 20 |
| Dårlig | 9 | 3 |
| Svært dårlig | 4 | 1 |
| Total | 319 | 100 |

Vi ser videre på de som svarer svært godt eller godt, og finner systematiske forskjeller både etter kommunestørrelse (figur 6.2) og mellom fylker (figur 6.3).



Figur 6.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert godt eller svært godt under covid-19-pandemien. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 6.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fungert godt eller svært godt under covid-19-pandemien. Fylke, 2022.

Det er særlig bydeler i Oslo og kommuner i Møre og Romsdal og i Nordland som har lavere sannsynlighet for å svare at samarbeidet er godt eller svært godt, også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

6.5 VARIGE ENDRINGER

Til slutt i de pandemirelaterte spørsmålene har vi spurt om pandemien har ført til noen endringer i kommunens/bydelens tilbud innen psykisk helse- og rusarbeid som de tror vil vedvare etter pandemien, og de ble bedt om å beskrive endringene. Det er 318 kommuner og bydeler som har svart (85 prosent).

Som vist i tabell 6.7 er det 52 prosent som svarer at pandemien ikke har ført til noen varige endringer, mens seks prosent har hatt endringer i tjenester til barn og unge, og 18 prosent i tjenester til voksne. Hver fjerde kommune svarer at pandemien har ført til varige endringer både i tjenester til barn og unge, og i tjenester til voksne.

Tabell 6.7 Om pandemien har ført til noen endringer i kommunens/bydelens tilbud innen psykisk helse- og rusarbeid som dere tror vil vedvare etter pandemien, 2022.

| | Antall | Prosent |
|--|--------|---------|
| Nei, ingen endringer | 164 | 52 |
| Ja, endringer i tjenester til barn og unge | 19 | 6 |
| Ja, endringer i tjenester til voksne | 57 | 18 |
| Ja, endringer i tjenester til både barn og unge, og i tjenester til voksne | 78 | 25 |
| Total | 318 | 100 |

Det er 90 kommuner/bydeler som har beskrevet endringen i tjenester til barn og unge, og 130 har beskrevet endringen i tjenester til voksne. Vi finner at endringene i tjenester til barn og unge inkluderer:

- Har fått ansatt ungdomskontakt, ungdomslos, barnekoordinator, helsesykepleiere
- Økt bruk av digitale verktøy/digital oppfølging/digitale mestringskurs/chat
- Mer samarbeid, lettere å få til digitale samarbeidsmøte med flere
- Mer komplekse saker, større behov for tverrfaglig samarbeid
- Mer hjemmebesøk enn tidligere
- Forebygging gjennom fritidstilbud
- Nye grupper inn i eksisterende tilbud
- Mer fleksible tjenester, møtes der ungdommen selv ønsker – gåturer, bilturer etc.
- Styrking av helsestasjon for ungdom
- Mer fokus på behandling av lettere til moderate psykiske lidelser
- Fått til mer systematikk i arbeidet og tjenestene er mindre sårbare
- Økt pågang gir mindre tid til forebyggingsarbeid
- Økt kontakt ved at telefon brukes mer i tillegg til helsenett og digitale møter
- Etablert gruppetilbud for unge som gjør at flere nås
- Helsesykepleier bruker mer tid på skolen
- Lenger åpningstid på helsestasjon for ungdom
- Fått tilskudd/økt budsjett, kan utvide tilbudet og gjøre det mer robust

- Har etablert ny enhet/team/tjeneste som skal jobbe med ulike forløp og aldersgrupper

Endring i tjenestene til voksne inkluderer:

- Flere aktivitetstilbud er etablert
- Økt kapasitet på mestringskurs og gruppetilbud
- Økt bruk av digitale selvhjelpskurs
- Økt samarbeid pga. økt bruk av digitale møter, flere har anledning til å delta og oppfølgingen blir mer tverrfaglig
- Økt tilgjengelighet pga. telefon -og videokonsultasjoner
- Etablert nye oppfølgingsformer, blant annet gjennom møter ute i naturen, gåturer, fysisk aktivitet
- Mer kontakt med pårørende gjennom digitale møter
- Generelt bygget ut bedre lavterskeltjenester
- Mer gruppebaserte tilbud som gjør at flere nås
- Økt bruk av sosiale medier for å få ut informasjon
- Økt rom for utforskning og innovasjon med nye digitale verktøy
- Har etablert drop-in timer
- Mer ressurser til ROP-oppfølging
- Mer hjemmebesøk
- Mer samarbeid med frivillige organisasjoner
- Fått tilført midler for å øke åpningstid og redusere ventetid
- Etablert nye kurs (Kurs i bekymringsmestring, andre mestringskurs)
- Økt bevissthet om sosialt utenforskap
- Etablert treningspark (Tuftepark)
- Mer ambulerende helseteam
- Digitale ansvarsgruppemøter
- Turgåing i grupper som både stimulerer til fysisk aktivitet, sosialt og samtaler. Gir økt funksjonsnivå.
- Fått etablert digital timebooking
- Etablert helsestasjon for eldre
- Effektiviseringstiltak har vært nødvendig pga. økt etterspørsel (setter mål, evaluerer og tar aktivt stilling til videreføring/avslutning)
- Styrket Rask psykisk helsehjelp (RPH)
- Økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten fordi de er tilgjengelig digitalt

6.6 OPPSUMMERING

Det er, som i 2021, få kommuner som svarer at de i liten grad har opprettholdt ordinær drift og for tjenester til voksne er det 88 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad har opprettholdt ordinær drift, mens andel for barn og unge er 80 prosent. Dette er omtrent som i 2021.

Om vi antar at de som svarer 'I svært liten grad' på at personell er omdisponert er kommuner der personell ikke er omdisponert fra psykisk helse- og rustjenester til smittevernarbeid under pandemien, gjelder dette 42 prosent av alle kommunene/bydelene i tjenester til voksne og nesten hver tredje kommune innen tjenester til barn og unge. Dette betyr at i overkant av halvparten av kommunene har omdisponert personell fra tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne brukere til smittevernarbeid og vaksinerings i større eller mindre grad. I tjenester til barn og unge har to av tre kommuner i større eller mindre grad gjort omdisponeringer av personell til smittevernarbeid m.m. Det er liten endring fra våren 2021 til våren 2022.

Det er få kommuner/bydeler som rapporterer om nedgang i henvendelser/henvisninger siste år, men det er mange som melder om stor økning blant både barn med psykiske helseproblemer (38 prosent) og for voksne med psykiske helseproblemer (37 prosent). I tillegg er det like mange som rapporterer om en liten økning.

Det ble inkludert et spørsmål om pandemien har ført til noen endringer i kommunens/bydelens tilbud innen psykisk helse- og rusarbeid som de tror vil vedvare etter pandemien og de ble bedt om å beskrive endringene. Det er 318 kommuner og bydeler som har svart (85 prosent) og 52 prosent svarer at pandemien ikke har ført til noen varige endringer, mens seks prosent har hatt endringer i tjenester til barn og unge, og 18 prosent i tjenester til voksne. Hver fjerde kommune svarer at pandemien har ført til varige endringer både i tjenester til barn og unge, og i tjenester til voksne. Endringene handler først og fremst om økt bruk av digitale møteformer, og dette kan ha ført til økt samarbeid både med pårørende, spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester. Men også utvikling av ulike lavterskeltilbud og gruppetilbud for å ta unna den økte etterspørselen. Flere viser også til at økt etterspørsel fører til effektiviseringsbehov og at de nå gir mer avgrensede tilbud og foretar hyppigere vurderinger av tilbud som gis til den enkelte.

På spørsmål om hvordan samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fungert under covid-19-pandemien, er det 24 prosent som svarer at samarbeidet har fungert svært godt, 52 prosent svarer at det har fungert godt, mens 20 prosent svarer middels. Tre prosent svarer dårlig og 1 prosent svarer svært dårlig.

7 SAMARBEID MED FASTLEGER

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

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

- Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene
- Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
- Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblematikk
- (Pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin)
- Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det
- (Fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser og problemer)
- Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Fastlegene er våre viktigste støttespillere
- Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

Påstandene i parentes var med i 2012, men ikke i 2018 og 2022. På de andre påstandene kan vi si se på utviklingen i perioden 2012-2022. I 2012 ble det kun spurt om psykisk helsearbeid, men i 2018 og 2022 ble det spurt om psykisk helse- og rusarbeid.

I 2012 fant vi at et stort flertall av kommunene mente at psykisk helsearbeid i kommunen generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene (83 prosent). Vi fant at kommunene erfarte at det var stor forskjell fra fastlege til fastlege i hvor god kompetanse de hadde på psykisk helse, og hvor interessert de var i problemstillinger rundt psykisk helse. En del små kommuner oppgav at høy turn-over blant fastlegene gikk ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud. Faste samarbeidsmøter var et ønske fra kommunene, og de som hadde etablert et slikt samarbeid, så ut til å være mer fornøyd med legens involvering sammenliknet med kommuner som ikke hadde etablert faste samarbeidsmøter.

Den største utfordringen for kommunene i 2012, var sannsynligvis å få fastleger som ikke synes å være interessert i problemstillinger rundt psykisk helse på banen. Respondentene fra kommunene mente at det finnes fastleger som ofte bare har minimum av innsats før de involverer

spesialisthelsetjenesten. De kommunene som hadde fått til avtaler om fast andel tid fra fastlegene som brukes på ansvarsgruppemøter og faglige diskusjoner, så ut til å ha kommet lenger i samarbeidet. Kommunalt ansatte leger så også ut medføre større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet enn selvstendig næringsdrivende fastleger basert på erfaringene fra fagpersonene innen psykisk helse.

Funnene i 2018 viste at fastlegens grad av involvering generelt så ut til å være uendret i perioden 2012 til 2018 på nasjonalt nivå følge kommunenes vurdering. Det var også da et stort flertall av kommunene som mente at psykisk helse- og rusarbeid i kommunen generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene (84 prosent). I 2012 var andelen 83 prosent. Resultatene var ikke entydig, men det så ut som fastlegene var minst involvert og tilgjengelig for tjenestene i de store kommunene.

I 2012 var det 15 prosent av kommunene som svarte at fastlegen i svært stor grad henviste til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene/bydelene. I 2018 svarte 26 prosent av kommunene dette. Dette kan tyde på en økning i henvisninger til tjenestene fra fastlegene i perioden 2012 til 2018. I 2012 og 2018 spurte vi ikke separat om i hvilken grad fastlegene henviser voksne og barn/unge. Det var noen kommuner som i 2018 kommenterte at det var forskjeller mellom voksne og barn/unge, og at vi derfor burde spørre om målgruppene separat. I 2022 har vi derfor med følgende spørsmål, i tillegg til påstandene på forrige side uten parentes:

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

I tillegg er det inkludert et åpent felt med ledetekst om at de her kan skrive eventuelle kommentarer til samarbeidet med legene i kommunehelsetjenesten eller deres rolle i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

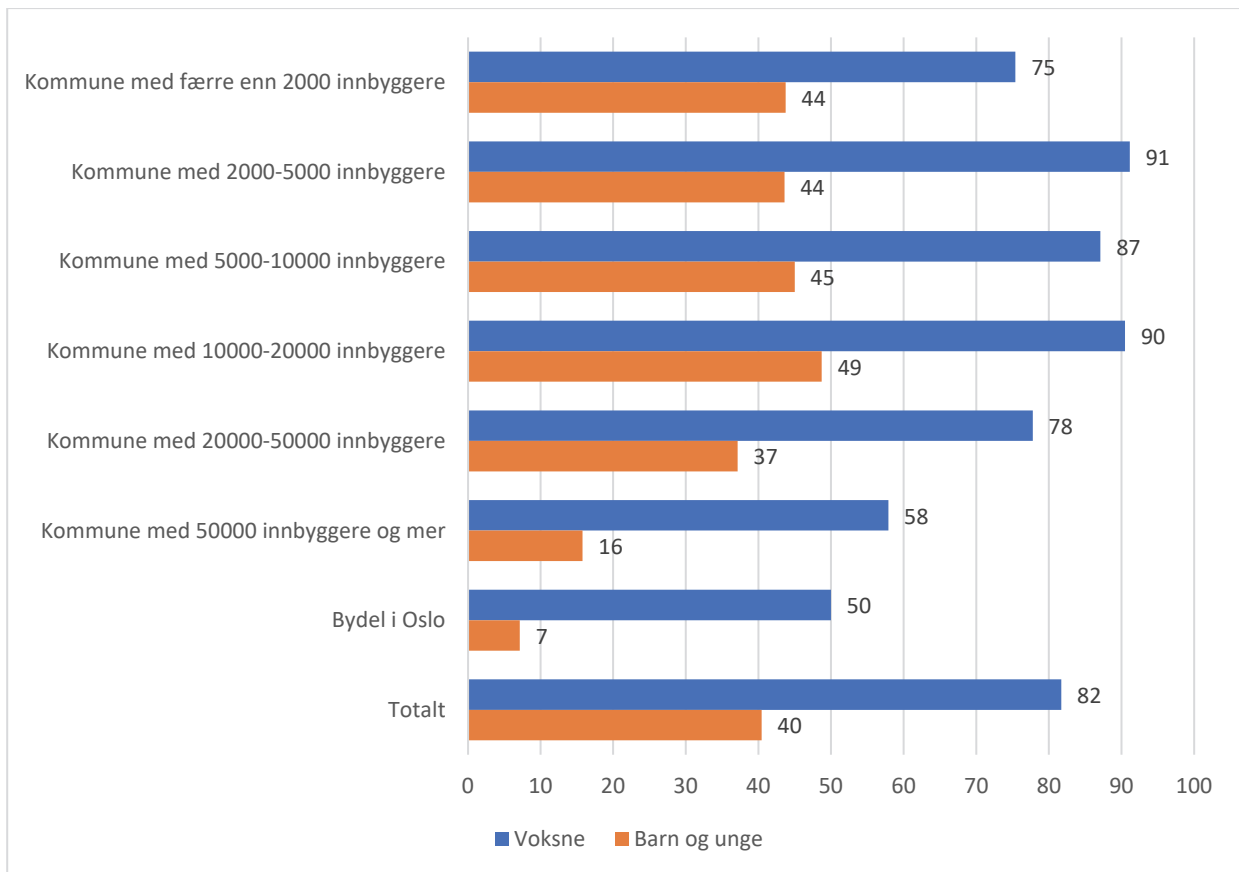
7.1 FASTLEGENES HENVISNINGSPRAKSIS TIL KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID.

Som vist i tabell 7.1, er det betydelig flere kommuner/bydeler som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (82 prosent) enn barn og unge (40 prosent). Det er 2 prosent som svarer at fastlegene i liten eller svært liten grad henviser voksne, og 22 prosent som svarer slik når det gjelder barn/unge. En medvirkende årsak til dette, kan være at barna fanges opp av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (inkl. legeressurs) direkte.

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

| | Voksne | | Barn/unge | |
|--------------------|--------|-------|-----------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 97 | 31 | 31 | 10 |
| I stor grad | 162 | 51 | 94 | 30 |
| I noen grad | 52 | 16 | 117 | 38 |
| I liten grad | 6 | 2 | 46 | 15 |
| I svært liten grad | 0 | 0 | 21 | 7 |
| Total | 317 | 100 | 309 | 100 |

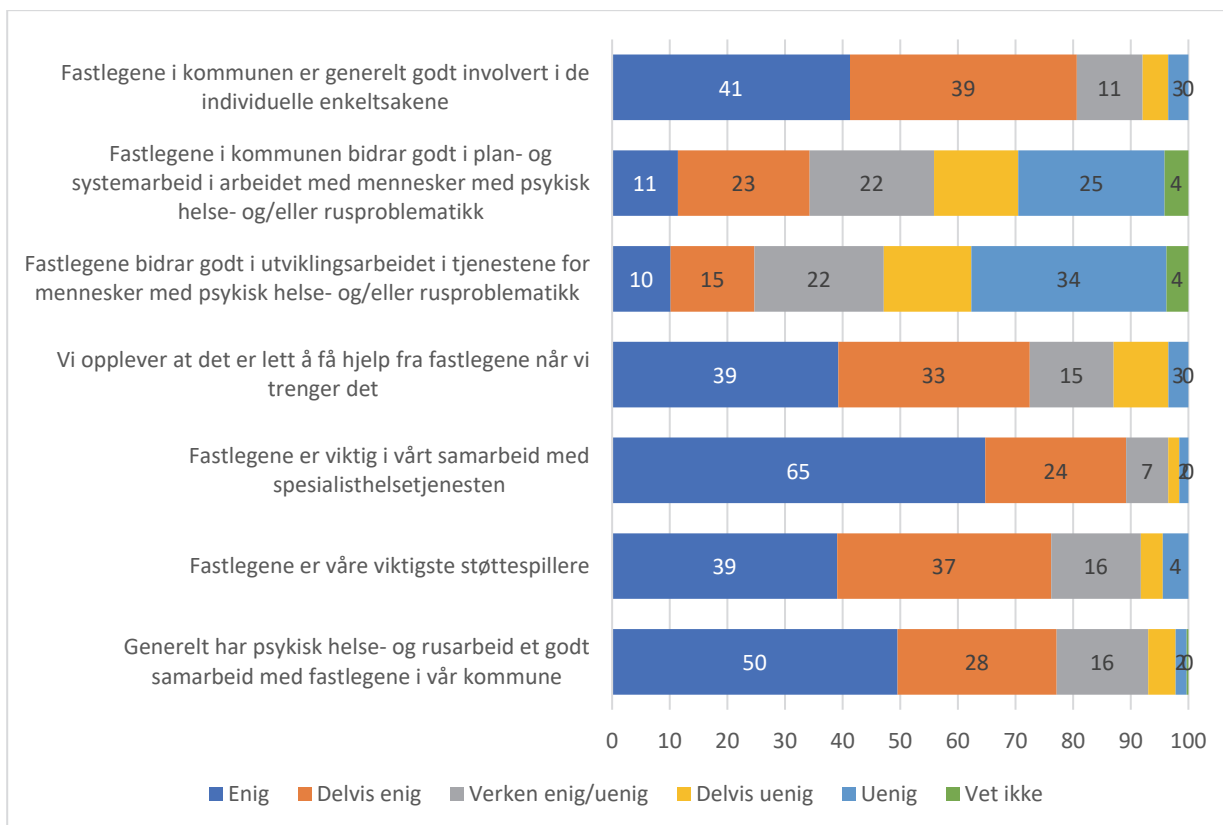
Vi ser videre på kommuner/bydeler som svarer i stor eller svært stor grad, og vi finner systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, men det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når vi kontrollerer for størrelse på kommunene. Som vist i figur 7.1 er færre som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



Figur 7.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen når det gjelder voksne og barn/unge. 2022.

7.2 INVOLVERING AV FASTLEGENE

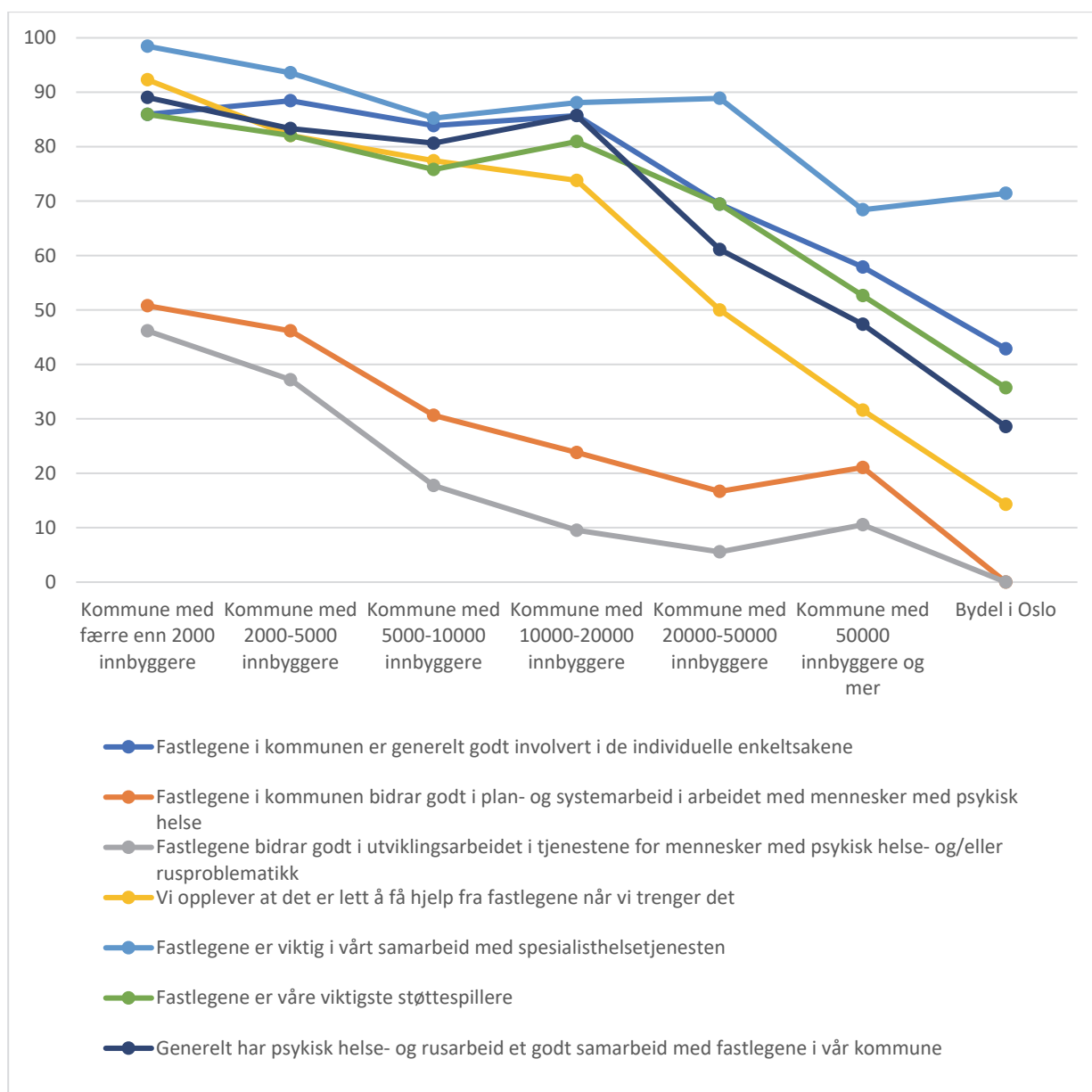
Det er særlig mange kommuner/bydeler som oppgir at fastlegene er viktig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (89 prosent er helt eller delvis enig), mens færrest er enige i at fastlegene bidrar godt i plan- og systemarbeid eller i utviklingsarbeidet i tjenestene. Det 72 prosent som er enige (helt eller delvis) i at det er lett å få hjelp fra fastlegene når de trenger det, noen flere (76 prosent) er enige i at fastlegene er deres viktigste støttespillere.



Figur 7.2 Enighet i ulike påstander om fastlegen, 2022.

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

Det er kanskje ikke overraskende at mindre kommuner i større grad vurderer at fastlegene bidrar godt i plan- og utviklingsarbeid enn større kommuner som har større administrasjon og flere fagfolk å inkludere i arbeidet. Den tydeligste forskjellen mellom kommuner av ulik størrelse ser ut til å være i tilgjengelighet, der 92 prosent av de minste kommunene opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegen når de trenger det, er det kun 14 prosent av bydelene som opplever at det er lett. Når det gjelder påstanden om at fastlegen er viktig i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, er variasjonen mellom 68 til 98 prosent, og det er flest som er enig i denne påstanden i alle kommunegruppene.



Figur 7.3 Enighet i ulike påstander om fastlegen, etter kommunestørrelse, 2022.

7.3 UTVIKLING 2012-2022

Som vist i tabell 7.2 er det nedgang i andel kommuner som er enig i alle de inkluderte påstandene, med unntak av 'Fastlegene er våre viktigste støttespillere', der det er en liten økning i andel kommuner som svarer at de er enig i påstanden (fra 73 til 76 prosent). Det er også færre som opplever at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunene, fra 84 prosent i 2018 til 77 prosent i 2022. Det er relativt små reduksjoner, og dekningsgraden er lavere i 2022 enn for 2012 og 2018, dvs. usikkerheten er større i 2022. Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom svarprosent og skjevheten i resultatene [75, 76]. Vi vet at svarene varierer systematisk mellom kommuner av ulik størrelse (målt med antall innbyggere), men det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse i om de har respondert eller ikke. Det er heller ikke grunn til å tro at tjenester som for eksempel har svakt samarbeid med fastlegene, systematisk i mindre grad har valgt å respondere fordi samarbeid med fastlegene er bare ett av mange tema det spørres om. De

som ikke har svart på disse spørsmålene har heller ikke svart på resten av spørsmålene foruten de som gjelder årsverk.

Gitt at det ikke er utvalgsskjevheter når det gjelder samarbeid med fastlegene, ser det ut som fastlegene har blitt enda viktigere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid de siste årene, men at det er vanskeligere å få involvert fastlegene enn før.

Tabell 7.2 Andel (prosent) av kommunene som er enige i påstandene, 2012 (n=407), 2018 (n=422) og 2022 (n=315)

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

7.4 KOMMUNENES ERFARING MED SAMARBEIDET MED LEGENE I KOMMUNE-HELSETJENESTEN

I 2022 inkluderte vi et kommentarfelt med følgende ledetekst: 'Skriv her dersom du har kommentarer til samarbeidet med legene i kommunehelsetjenesten eller deres rolle i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid'. Det var 82 kommuner/bydeler som la inn en kommentar. Vi har analysert disse svarene, og finner tre hovedgrupper med kommentarer; at det er stor individuell variasjon, legene har det travelt og at samarbeidet har blitt mer krevende.

INDIVIDUELL VARIASJON

Den største gruppen av kommentarer handler om at kvaliteten på samarbeidet varierer etter hvilken lege det er snakk om. Noen forklarer litt grundigere:

Viktig rolle i det samlede kommunale helsetilbudet. Fastleger er like forskjellige som andre, og dette har også innvirkning på samarbeidet og hvor involvert og samhandlingsorienterte de er. Noen henviser mye til kommunale helsetjenester, andre lite, så det er store individuelle variasjoner. Kjennskapen til hvilke tjenester som finnes og hvor det er hjelp og få er også naturlig nok varierende.

Flere mener det handler om fastlegens engasjement og interesse for målgruppen:

Enkelte fastleger fastleger jobber vi godt med, mens andre virker fraværende/lite engasjerte i vår målgruppe.

Stor variasjon blant fastlegene med tanke på involvering i det psykiske helse- og rusarbeidet. Fastlegene har ofte liten tid til denne type arbeid.

Noen er presise med å gjøre en helhetsvurdering når de svarer:

Flere av legene i vår kommune er veldig gode samarbeidspartnere i enkeltsaker. Dessverre har de kollegaer som drar ned snittet.

Om vi antar at de som ikke har gitt en kommentar generelt er fornøyd med samarbeidet, kan følgende kommentarer passe for flertallet:

Kan variere noe fra lege til lege. I hovedsak bra.

Faglig stort engasjement fra legene. Lav terskel for kontakt mellom lege og rus og psykisk helse.

MANGLER FASTLEGER, DE ER TRAVLE OG TILGJENGELIGHETEN REDUSERES

Noen kommuner beskriver eksplisitt og kort at de har fastlegekrise:

Kommunen har ei fastlege-krise

Andre beskriver situasjonen som krevende:

Kommunen har en svært krevende situasjon hva gjelder fastleger, men samarbeidet er godt når pasienten tillater det. Det er alltid mulig å få hjelp ved akutte hendelser.

Her nevnes det også at pasienten kan selv være en barriere for samarbeid, men det er ingen av de andre kommentarene som tar opp dette. Det er vanskelig å vurdere hvor vanlig det er at pasienten ikke ønsker involvering av fastlegen, men det kan handle om at turn-over blant fastlegene særlig påvirker samarbeid rundt pasienter som har vanskelig for å ha tillit til nye personer. Flere av kommunene er inne på dette med vikarer:

Oppfølging av pasientgruppen er langvarig og krever mange møter. Fastlegene er flyktige og baserer sin tjeneste på refusjoner og begrenset tid til møter. Resultatet er at legene ikke kan prioritere tid til systemarbeid, men kun til direkte konsultasjonstid rettet mot pasient, samt evt. henvendelser fra personalet. For vår del har vi i tillegg hatt svært høy turnover på fastlegene, i tillegg bruk av vikarbyrå. Dette skaper ekstra utfordringer.

Manglende legedekning er en stor utfordring. Mangler kontinuitet og tett oppfølging.

Det er vanskelig å få ansatt fastleger i kommunen. Altfor mange vikarer som er over kort tid.

Ustabil legedekning. Mye bruk av vikarer, ledige fastlegehemler.

Kommunen har mangel på leger og det har vært utstrakt bruk av vikarer. Samarbeidet er godt da vi først får tak de.

Flere kommenterer også at fastlegemangel påvirker samarbeidet:

Kommunen mangler fastleger, kontinuitet og samarbeid er vanskelig.

Vi har rekrutteringsutfordringer på legesiden som har vanskeliggjort samarbeidet.

Andre kommenterer at press på fastlegene fører til at de henviser videre raskere og gir mindre oppfølging:

Fastlegen har også et stort trykk. De henviser veldig raskt inn til oss for hjelp til pasienter som de bør følge opp selv. Livskriser, lettere angst og depresjon mm.

Fastleger oppleves som noe lite involvert i enkelte brukeres rus og psykiske utfordringer. De henviser til kommunale tjenester, men følger ikke opp godt nok etter dette, samhandlingen er da liten. De er til tider vanskelige å komme i kontakt med for brukere og de som jobber med brukerne fra psykisk helse og rus i kommunen.

Noen opplever generasjonsforskjeller, men det kan likevel være økning i oppgavene for fastlegene som gjør at det oppleves slik:

De yngre legene er mer opptatt av arbeidstid og henviser flere pasienter til Psykisk helse enn de eldre legene gjorde. Tidligere tok flere av våre fastleger større ansvar for samtaleterapi selv, nå henviser de fleste raskt til Psykisk helse.

Mens andre oppgir at noen fastleger ikke henviser til deres tjenester:

Fastlegene har for mange oppgaver. Flere fastleger ville styrket samarbeidet. Fastlegene har ikke kapasitet til å følge opp enkeltbrukere i stor nok grad. Enkelte fastleger henviser ikke til kommunale tjenester.

En annen kommunene erfarer at fastlegene har urealistiske forventninger til hva lokal oppfølgingstjeneste kan bistå med, og dette kan handle om at fastlegene ikke kjenner godt nok til de kommunale tjenestene.

Andre kommuner oppgir at når fastlegene presses, kan interessen eller kunnskap for ulike fagfelt få betydning:

Fastlegene har for mange oppgaver og det er også avhengig av om dette er deres interessefelt.

Fastlegene er presset på tid og ikke alle fastlegehjemler i kommunen er dekket. Fastlegene er gode støttespillere i somatikk, vi opplever at de melder seg mer ut eller er rådville i saker med psykisk helse og rus.

Opplever at fastlegene har behov for å øke sin kompetanse om målgruppen ettersom vi flytter flere og flere hjem.

Og andre beskriver redusert tilgjengelighet eller at det er vanskelig å finne tid til samarbeid:

Fastlegene er viktige aktører. Vi opplever at fastlegene har dårlig tid. Det er derfor ikke alltid de er tilgjengelig.

Fastlegene har for mange arbeidsoppgaver og har liten tid til å svare på henvendelser.

Fastlegene har vært meget underbemannet i lengre tid, derfor noen utfordringer rundt tilgjengelighet.

Det er vanskelig å få til avtaler og en god dialog for disse brukergruppene.

Andre presiserer at de har godt samarbeid med de faste legene:

Lite stabil legedekning, godt samarbeid med faste leger.

Fastlege fungerer svært godt, men vikarlegeheimel fungerer mindre bra, ustabilt.

ANDRE TEMA

Faste samarbeidsmøter nevnes av flere som mulig løsning på en krevende situasjon:

Legane er pressa på tid så det kan vere vanskelig å få til samarbeidsmøter om enkeltpasientar. Det blir løyst ved at det er fast samarbeidsmøte med legetjenesta x 1 per måned og at tilsette er med på konsultasjoner ved behov.

Bør ha faste møtepunkt for generelt samarbeid og veiledning.

Andre presiserer at de har ukentlige møter:

Faste møter mellom Rus og psykisk helsetjeneste og legetjenesten (Alle fastlegene) 1 time pr uke. I tillegg sporadisk samarbeid ved behov.

Tjenesten for rus og psykisk helse har ukentlige samarbeidsmøter med alle legene i kommunen og dette er svært viktigfullt for vårt arbeid.

Vi har ukentlige faste møter med fastlegene, Nav og turnus

Vi har faste ukentlige møter. Godt samarbeid om psykisk helse og rusarbeid både innad og utad i kommunen.

Ett av svarene peker på viktigheten av å ha arenaer de kan møte fastlegene på:

Det er kuttet ned på arenaer hvor vi kan møte legene, og det har derfor blitt litt vanskeligere å samarbeide med fastlegene.

Kommunal tilsetting av fastleger er en annen mulighet:

Alle fastlegene i kommunen er kommunalt tilsett, dette er en fordel ift. samarbeid. Avdelingen har faste samarbeidsmøter med legene.

Og flere presiserer at det er kommuneoverlegene eller kommunalt tilsatte fastleger som er med i planarbeid og strategiarbeid:

Det er faste samarbeidsmøter med fastlegene og Psykisk helse og rus. Vi har ikke forventninger om at de [fastlegene] skal delta i systemarbeid. Dette har vi kommuneoverlege til å delta i.

Kommunen har flere hundre fastleger. Flere kommunalt ansatte leger som bidrar mer i planarbeid.

Andre planlegger mer involvering av kommuneoverlegen:

Det har vært nokså stabil fastlegedekning, men det er nå flere vikarer og vakante stillinger som bidrar til mindre kontinuitet. Det er planlagt bedre samarbeid med kommuneoverlegen ang. strategiarbeid.

Ett av svarene beskriver hvordan fastlegen kan bidra til å motivere brukere til å selv ta kontakt:

Psykisk helse og rusarbeid oppfordrer fastlegene til å motivere pasientene om selv å ta kontakt med tjenestene. I dette ligger recovery ideen om at brukeren må eie sin egen bedringsprosess for å lykkes med målene om mestring. Henvendelser på vegne av, viser seg i mange tilfeller å ikke være forankret i pasientens motivasjon, men mer hos hjelperen.

Én av kommunene oppgir at det er vanskeligere samarbeid innen rusarbeid enn innen psykisk helse, mens andre presiserer forskjeller mellom voksne og barn/unge:

Det er sprik mellom hvordan barn/unge og de som tilbyr tjenester til voksne opplever samarbeidet med fastlegene. Barn/unge opplever dårligere samarbeid. Disse spørsmålene burde vært delt mellom barn/unge og voksne, det vil gi et annet bilde.

Fastlegene er de viktigste støttespillerne for psykisk helse, mens helsestasjon- og skulehelsetenesta har flere viktige støttespillere. Når barn og unge har fastlege i annen kommune kan det være vanskeligere å få bistand, enn når de har fastlege i samme kommune.

Opplever ikke alltid at samarbeidet med fastlegene rundt barn/ungdom og psykisk helse er like godt.

Andre er fornøyd med legene de har på helsestasjonen:

Det er vanskelig å få fastlege i tale, de tar seg heller ikke tid til lunsjmøter, det meste dreier seg om økonomi. Det skal imidlertid påpekes at det er ulikheter da enkelte fastleger er flinke, særlig de som vi har på helsestasjonen.

En annen presiserer hvorfor dette samarbeidet er viktig:

Helsesykepleier kan ikke henvise til BUP, men må samarbeide med fastlege om dette.

I en av kommentarene presiseres det at samarbeidsutfordringene ligger andre steder:

Fastlegene samarbeider greit med psykisk helsetjeneste i kommunen, men det er store samarbeidsproblemer mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

En del kommentarer handler om at samarbeidet er godt:

Godt samarbeid og lett å involvere legene til samarbeid med psykisk helse og rustjeneste

Har et godt samarbeid med kommuneoverlege og fastleger i enkeltsaker

Samarbeidet er godt i enkeltsaker.

Vi har generelt et godt samarbeid med fastlegene

Noen nevner eksplisitt hvem de får mest støtte av:

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

Me er veldig godt fornøgdde med fastlegane og vårt samarbeid med dei.

Andre presiserer at de justerer for presset på fastlegene når de svarer:

Ut ifra arbeidsmengden til fastlegene fungerer dette veldig bra

Noen få rapporterer om forbedringer:

Ser at ting er i endring - i positiv retning.

Skulle ønske det var enda tettere samarbeid her, og det jobbes med dette nå.

En av kommentarene stemmer godt med totalbildet:

Vi treng fastlegene i samarbeidet. Deira kompetanse er viktig, men erfarer at vi ikke er der i dag. Vurderer at det er mindre grad av involvering no enn før pandemien.

7.5 OPPSUMMERING

Det er mange kommuner som oppgir at fastlegene i stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid når det gjelder voksne (82 prosent), men færre når det gjelder barn og unge (40 prosent). Basert på kvalitative svar på et spørsmål om fastlegens involvering i 2011, utviklet vi syv indikatorer på kvaliteten på samarbeidet, formulert som påstander der kommunene oppgir grad av enighet. Kvalitet på samarbeidet ble første gang målt med disse indikatorene i 2012, deretter i 2018 og nå i 2022.

I 2012 var det 83 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de generelt hadde et godt samarbeid med fastlegene i kommunen, i 2018 var andelen 84 prosent og i 2022 77 prosent. Det ser altså ut som det var stabilt nivå på samarbeidet fra 2012 til 2018, men det er en tydelig nedgang mellom målingene i 2018 og 2022 i alle indikatorene med unntak av fastlegene er de viktigste støttespillerne der det er en øking fra 73 til 76 prosent i andel kommuner som er enige.

Generelt ser det ut som fastlegen har blitt enda viktigere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2018 til 2022, men at flere kommuner enn før opplever at det er vanskeligere å få involvert fastlegene nå enn tidligere.

Fra åpne kommentarer fra kommunene ser vi at en del opplever stor individuell variasjon i samarbeidet med fastlegene, og dette forklares med at fastleger har det travelt, at de ikke er engasjert i problematikken eller ikke har nok kunnskap om målgruppene. Mange i målgruppen krever kontinuitet og langsiktig oppfølging, og det er særlig vanskelig å få til der det er mange ledige fastlegehjemler og mange korttidsvikarer.

Selv om 77 prosent av kommunene oppgir at de generelt er har et godt samarbeid med fastlegene, er det forbedringsmuligheter for å sikre at målgruppen får de helsetjenesten de har behov for. Dette kan være etablering av ukentlige samarbeidsmøter med fastlegene eller andre faste arenaer for samarbeid, eller kommunal tilsetting av fastleger som kan gi bedre tilgjengelighet for målgruppen.

8 VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE ETTER OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016-2020), RÅDGIVENDE ENHET FOR RUSSAKER OG OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

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

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

Fafo har i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos følgeevaluert Opptappingsplanen for rusfeltet, og det foreligger tre delrapporter og en resultatrapport fra evalueringen [77]. Evalueringen har også benyttet tall fra IS-24/8-prosjektet i årene evalueringen har pågått.

Opptappingsplanen ett år etter siste år

Nær halvparten av kommunene (49 prosent) svarte i 2021 at de i stor eller svært stor grad hadde videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) medførte, mens 23 prosent svarte at dette har skjedd i noen grad. Ti prosent av kommunene svarte at dette i svært liten eller liten grad har skjedd. Det var også 15 prosent som svarte at Opptappingsplanen ikke hadde hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens tre prosent svarte at de ikke visste om kapasiteten og kompetansen var videreført.

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

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

Videre var det i 2021 39 prosent av kommunene som oppga at de i stor eller svært stor grad hadde et godt tilbud for personer med milde eller moderate alkoholrelaterte problemer. Det er økning fra 22 prosent i 2018. Dette er typisk individuelle samtaler med ruskonsulent eller annen med ruskompetanse i kommunen, at fastlegen følger opp disse eller at de har Rask psykisk helsehjelp. Andre oppga at de hadde velfungerende AA-grupper, turgrupper, Akan eller ulike tjenester som er rettet mot de med alvorlige rusmiddelproblemer. En av kommunene kommenterte at de fremover ville ha nærmere kontakt med arbeidslivet for denne målgruppen.

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

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

Det var 63 prosent av kommunene som svarte at kommuneoverlegene var tilstrekkelig involvert som medisinskfaglig rådgiver innenfor fagområdet kommunalt rusarbeid, og 67 prosent at de var tilstrekkelig involvert i fagområdet psykisk helsearbeid, og dette var en liten økning fra 2020. Det var 66 prosent som svarte at de i stor eller svært stor grad følger opp somatiske helseproblemer blant de med samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP), 65 prosent for de med hovedsakelig psykiske lidelser og 61 prosent for de med hovedsakelig rusmiddelproblem. Det var typisk fastlegen og hjemmetjenestene som fulgte opp somatiske helseproblemer, og tjenestene oppfordret brukerne i målgruppen til å ta kontakt med somatiske helsetjenester og mange følger de til avtalte timer i helsetjenesten. Men det er også en del som svarer at det er vanskelig å få fulgt opp

den somatiske helsen dersom brukeren selv ikke ønsker det eller er motivert for det (frykt for tap av førerkort ved legebesøk er én av årsakene som nevnes). Ernæring og fysisk aktivitet nevnes også som viktige tema for denne målgruppen.

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

Det ble i 2021 spurt om hva som er de største utfordringene for kommunene i deres videre arbeid på rusfeltet etter at opptrappingsplanen er avsluttet. Det var mange som nevnte:

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

8.1 KARTLEGGING 2022

I 2022 er det tatt med følgende spørsmål:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført?
 - Beskriv kort årsaken til at dette ikke er videreført
 - Beskriv kort årsaken til at dere har klart å videreføre arbeidet:
- Er dere kjent med lovvedtak om at kommunen fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for russaker?
 - Har dere startet arbeidet med etablering av rådgivende enhet for russaker?
 - Beskriv kort hvor dere er i arbeidet
- I hvor stor grad følger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opp somatiske helseproblemer i følgende brukergrupper?
 - Samtidig rusmiddelproblem og alvorlig psykisk lidelse (ROP)
 - Hovedsakelig psykiske lidelser
 - Hovedsakelig rusmiddelproblem
 - Om dere har kommentarer til dette spørsmålet, vennligst skriv her (åpent)

Det er første spørsmålet var også tatt med i 2021 og det siste spørsmålet var med i 2019 og 2021 også.

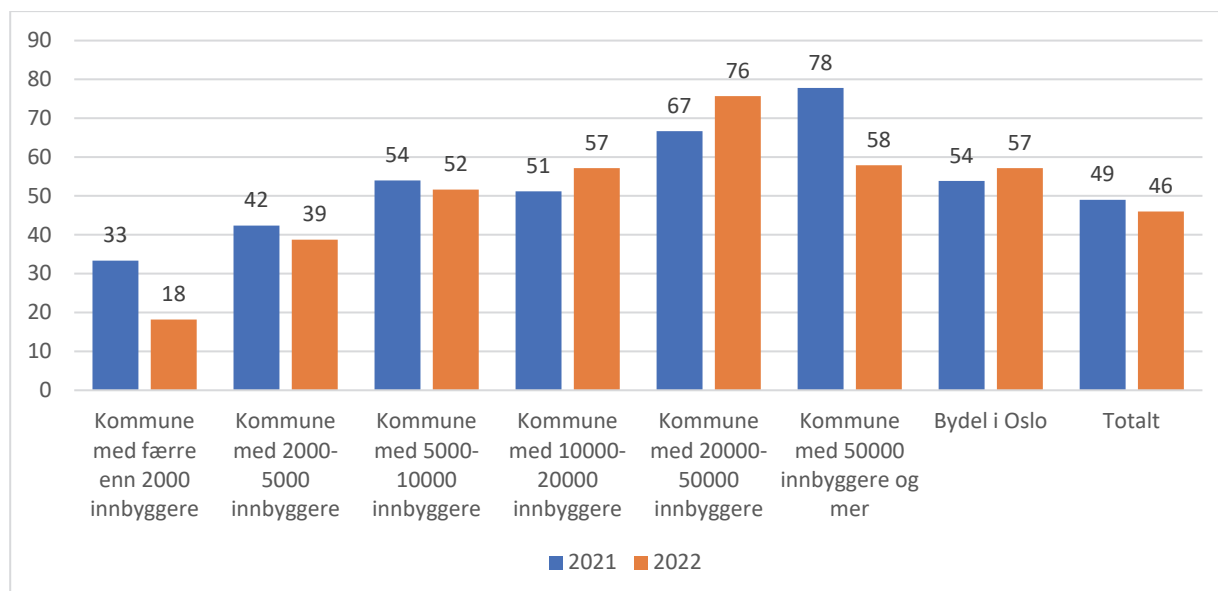
8.2 VIDEREFØRING AV KAPASITET OG KOMPETANSE

Som vist i tabell 8.1 er det litt færre i 2022 enn i 2021 som svarer at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet medførte, fra 49 prosent til 45 prosent, og noen flere som svarer at de i noen grad har videreført kapasiteten og kompetansen (26 prosent i 2022 mot 23 prosent i 2021).

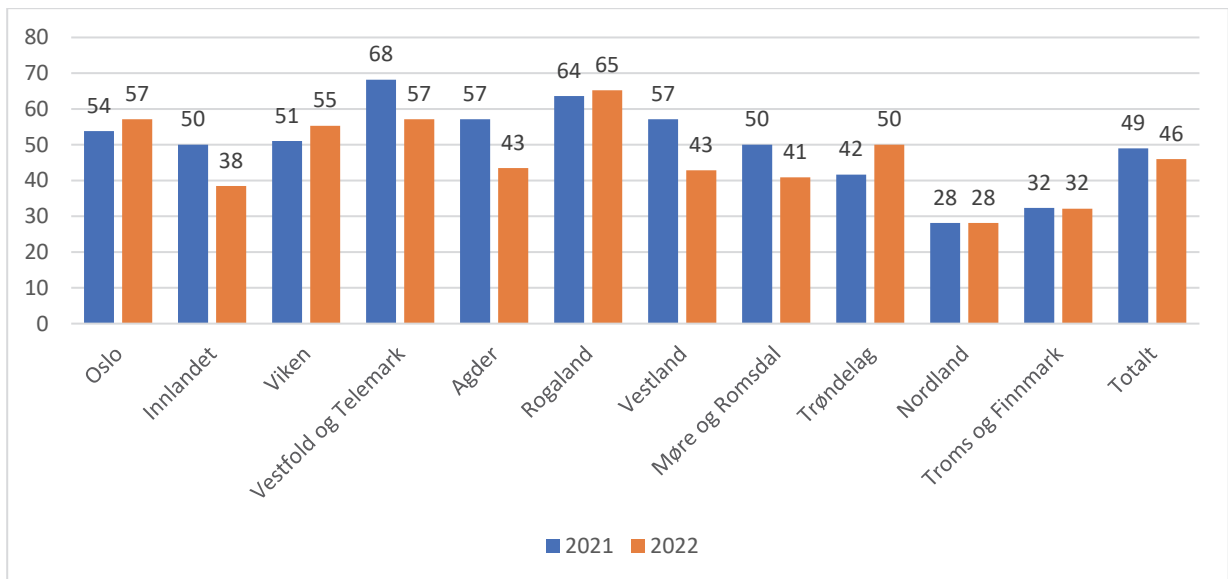
Tabell 8.1 I hvilken grad har kommunen videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 54 | 16 | 46 | 14 |
| I stor grad | 109 | 33 | 100 | 31 |
| I noen grad | 78 | 23 | 83 | 26 |
| I liten grad | 15 | 5 | 18 | 6 |
| I svært liten grad | 16 | 5 | 8 | 3 |
| Opptappingsplanen har ikke hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse | 51 | 15 | 47 | 15 |
| Vet ikke | 10 | 3 | 18 | 6 |
| Total | 333 | 100 | 320 | 100 |

For å undersøke om det er forskjeller i videreføringen etter kommunestørrelse eller fylke, ser vi på andel som svarer i svært stor eller i stor grad. Som i 2021 finner vi også nå betydelig forskjeller etter kommunestørrelse (se figur 8.1), men ingen systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Det er altså forskjellene i kommunestørrelse som forklarer de observerte forskjellene mellom fylker begge år (se figur 8.2).



Figur 8.1 Prosent av kommunene som svarer at de i stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført. Kommunestørrelse, 2021 og 2022.



Figur 8.2 Prosent av kommunene som svarer at de i stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) har medført. Fylke, 2021 og 2022.

ÅRSAKER TIL AT KAPASITET OG KOMPETANSE ER VIDEREFØRT

Av de 146 kommunene/bydelene som svarer at kapasiteten og kompetansen i stor grad er videreført, er det 125 (86 prosent) som har gitt en kort beskrivelse av årsaken til at de har klart å videreføre arbeidet.

Det ser ut som "oppskriften" for kommunene for å videreføre kapasitet og kompetanse etter tilskuddsbasert opptappingsplan kan være:

1. Sørg for forankring i administrativ og politisk ledelse gjennom formidling av behov i befolkningen når det søkes om tilskuddsmidler
2. Sørg for at videreføring av tilskuddsmidler med egne midler er inkludert i kommunens planer og strategier
3. Følg opp at bevilgningen går til målgruppen
4. Utvikle gode tilbud med nødvendig kompetanse som gir stabile tjenester i tråd med behovene i befolkningen
5. Involver tilgjengelig kompetanse i og utenfor kommunen for å få til et systematisk forbedringsarbeid.

1. Sørg for forankring i administrativ og politisk ledelse gjennom formidling av behov i befolkningen når det søkes om tilskuddsmidler

Flere oppgir at de har fått til dette på grunn av administrativ og politisk vilje eller god forankring. En av måtene å få til dette er å involvere administrativt og politisk nivå allerede når det søkes tilskuddsmidler og være systematisk i formidling av resultater:

God politisk forankring. Bygd opp gode tjenester over tid, i tråd med gjeldende veiledere.

Det er vist til gode resultater. Kompetanseheving. Politisk forankra i kommunen.

Har fått støtte av administrasjon og frå politisk hald til vidareføring. Har utarbeida plan for psykisk helse og rus tenesta og synleggjort behovet for ressursar.

Stillingene var forankret ved søknadstidspunkt for opptrappingsmidler

Det politiske fokuset på psykisk helse- og rusfeltet som har vært gjeldende en del år nå, kan bidra til økt interesse fra lokalpolitikere og andre, og dette vil være nyttig når det gjelder vidareføring:

Kommunen med ledelse og politikere har valgt å vidareføre økonomiske rammer. Ingen reduksjon i stillinger. Positivt fokus på rus/psykiatريفeltet.

Det har vert ei kommunal prioritering å implementere stillingane.

Fordi stillingene ble vidareført i kommunens budsjetter, og midlene er knyttet til stillingenes opprinnelige formål.

God rekruttering, greier å beholde kompetanse. Kommunens ledelse, både administrativt og politisk viser vilje til å satse på fagfeltet.

Gode på beskrive behovet i budsjettprosesser i kommunen.

God forankring kan føre til at målgruppen prioriteres når det skal fattes vanskelige beslutninger:

Klare føringer og forventninger fra kommunestyret. Stram økonomisk styring og omdisponering av midler.

Budsjettet er ikke blitt redusert etter opptrappingsplanen, alle prosjektstillinger er vidareført som faste stillinger. Fokus på rusfeltet har gjort at dette fagfeltet er blitt skånet mot nedskjæringer.

2. Sørg for at vidareføring av tilskuddsmidler med egne midler er inkludert i kommunens planer og strategier

Å forankre rusfeltet i planverket er kanskje det aller viktigste i første runde, men når tilskuddsmidler er innhentet må vidareføring av kompetanse og tiltak som bygges opp med midlene inn i kommunens planer og strategier:

Det er utarbeidet et strategidokument for å videreutvikle tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og mennesker med rusproblemer for perioden 2018- 2022.

Forankret i Byrådets strategiske plan for rusfeltet og Psykt bra by. Bydelen har også en lokal plan for sitt arbeid med rus og psykisk uhelse fra 2021 - 2025 som ble forankret i bydelsutvalget (mars 2021). Etablert flere forsterkede botilbud, ambulerende tjenester samt et aktivitetshus til brukergruppa i samråd med KB.

Om kommunene budsjetterer i henhold til sine planer, vil dette gi økt sannsynlighet for vidareføring:

Det er avsatt penger i rammen, samt at metoder og kompetanse som er utviklet er implementert. Dette i henhold til planverk.

Har fått støtte av administrasjon og frå politisk hald til vidareføring. Har utarbeida plan for psykisk helse og rus tenesta og synleggjort behovet for ressursar.

Tildeling av tilskuddsmidler kan i seg selv gjøre at rusfeltet inkluderes i planarbeid:

Tildelte midler fra statsforvalteren har gjort til at arbeider har fått plass i virksomhetsplan.

Det kan være ulike planer og strategier i ulike som er relevante i de ulike kommunene, etter hvilke tilbud som bygges opp:

Det er forankret i den overordnende helse- og sosialplanen. Plan for folkehelse. Plan mot utenforskap.

Ved oppstart av prosjektstillinger har det foreligget krav om vidareføring i drift etter endt prosjektperiode. Det er i økonomiplan inkludert opptrapping i ramme knyttet til prosjektstillinger.

Årsverkene er lagt inn i økonomiplanen og vidareført i ordinær drift.

3. Følg opp at bevilgningen går til målgruppen

De kommunene som bygger opp sterke fagmiljø får sannsynligvis utviklet tilbud som er vanskeligere å legge ned:

Vi har kompetente medarbeidere med videreutdanning og master i rusarbeid. Og leder med rusutdanning. Vi har fått tilskuddsmidler som støtte til kvalitetsforbedring av kommunale tjenestetilbud, og vi klarte da også å opprettholde alle stillinger innen rusarbeid i en tid med store budsjettkutt.

Det økte rammetilskuddet via Opptrappingsplanen for rusfeltet har bidratt til at omstilling og økonomiske nedtrekk i kommunen ikke har ført til nedbygging av tjenestene på psykisk helse og rusfeltet. Fagmiljøer har dermed fått utvikle seg på en god måte uten nedbygging av disse.

Å utvikle kompetansen og redusere bruk av ukvalifiserte assistenter har vært prioritert i flere kommuner:

Økt antall årsverk, ansatt erfaringskonsulent, systematisert samarbeidet mellom de ulike tjenestene i rus/psykiatri, økt kompetanse på fagfeltet.

Enheten psykisk helse og rus har lagt ned en døgnbemanna bolig, og omorganisert årsverk til et nyopprettet ambulant team. Når det gjelder døgnbemanna boliger, har vi en bolig fortsatt med 14 leiligheter. Vi har tilsatt flere nye personer med høyskoleutdanning i enheten. Oppretta nye stillinger. Vi har ansatt tre nyoppretta stillinger som fagkoordinatorer i enheten, en psykolog og til sammen fire erfaringskonsulenter. Vi har hatt fokus på å ansette folk med høyere kompetanse og derfor avsluttet midlertidige assistentstillinger. Helse og Omsorg har også stort fokus på heltidskultur, og enheten har stadig økt stillinger til våre medarbeidere med deltidsstillinger. Utlyser i all hovedsak fulle stillinger nå.

Økt kompetanse videreutdanning i rus og spillavhengighet, MI og brukervedvirkning.

Heltidsstillinger gir sannsynligvis bedre tjenester enn tjenester med mange deltidsstillinger, særlig om de ansatte i deltidsstillinger ønsker høyere stilling (ufrivillig deltid). Men det påpekes også at utlyses stillinger bør være faste heller enn midlertidige:

Stillinger som vi har fått tilskot til er lyst ut som faste stillinger. Dette har skapt stabilitet og forutsigbarhet.

Omorganiseringer har vært gjennomført for å forbedre tjenestene til målgruppen i noen kommuner:

Bydel Nordre Aker etablerte 01.01.21 et rusteam i Seksjon psykisk helse. Stillinger ble da flyttet ut fra NAV, og det er søkt midler gjennom kommunalt rusarbeid-tilskudd.

Kommunen ansatte ruskonsulent ved hjelp av statens tilskuddsmidler og det muliggjorde ressurser inn med særlig kompetanse vedrørende rusproblematikk og tiltak rundt dette. Ruskonsulenten har bidratt til å opprettholde en god standard i tilbudet for denne gruppen med ulik rusproblematikk.

Vi har fått styrking av ressurser og kapasitet innen psykisk- og rusarbeidet i kommunen. Har i 2017 opprettet 2 stillinger innen rus gjennom prosjektet ifht. rusarbeidet. Disse stillingene har blitt fast/permanent. Vi har også fått psykolog etter lovkravet om psykologkompetansen har trådt i kraft 01.01.20. I 2022 har stillinger til ruskonsulenten og boligsosialarbeid blitt overført fra NAV til kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kompetansen er trukket ut av NAV og inn i direkte kommunalt arbeid.

Andre nevner at de har fått til en stabil ansattgruppe, og at det da er veldig greit å videreføre arbeidet.

Behovet er stort i befolkningen. For å dekke behovet har det vært nødvendig å opprettholde kapasiteten.

Fått på plass høy kompetanse, jobbet systematisk i avdelingen med videreutvikling av tjenesten, utvidet tilbudet i takt med økt henvisning.

Å ha langsiktige planer og intensjoner kan være viktig:

Vi har blant annet ansatt SLT-koordinator som holder en god tråd i dette arbeidet for barn og unge. I fht. voksne har det vi har startet opp med hele tiden hatt som bakteppe at vi skal kunne implementere det vi starter på.

Kontinuitet i ledergrupper kan også bidra til økt sannsynlighet for videreføring:

Vi har en stabilitet i personalgruppa og kontinuitet i ledergruppa, og det har vært arbeidet godt opp mot administrasjon og politikere.

Det kan lønne seg å tilføre midler for å få til nye løsninger:

Har fått tilført midler og begynt å jobbe på andre måter som er ressursparende

Eller å få til et godt faglig og organisatorisk arbeid:

Informasjon, fagdag, tverrfaglig samarbeid og kunnskapsutveksling, klare strukturer og rask behandling.

Prosjektene som ble startet var godt forankret og førte til konkrete måter å strukturere arbeidet på som vi ser er hensiktsmessig.

Psykisk helse og rus har blitt integrert i felles tjeneste.

Og synliggjøre effekt av arbeidet kan være sentralt:

Lavterskelsenteret ble opprettholdt i etterkant av prosjektmidler, dette pga synlig god effekt.

Synlig arbeid både forbyggende i skoler, barnehager, foreldremøter og ved individuelle oppfølgingssamtaler.

Erfaringane og mulighetene som opptrappingsplanen medførte, muleggjorde at ein internt i kommunen såg behovet og i stor grad har klart å vidareføra arbeidet.

Eller å finne nye samarbeidsformer som fungerer lokalt eller regionalt:

Tilsatt ruskonsulent i psykisk helse og rustjenesten. Proaktiv med ROP forløp i et interkommunalt samarbeid.

Behovet i befolkningen må styre tjenesteutviklingen, og det kreves derfor dynamiske tjenester som endrer seg etter behov:

Kommunen har ansatt erfaringskonsulent i 100% stilling, samt at kommunen har lyst ut en 100% stilling etter å ha gått inn i et digitalt FACT-arbeid sammen med flere andre Finnmarkskommuner for å kunne gi et målrettet og helhetlig helsetilbud til brukere med tunge psykiske helseutfordringer og rus-utfordringer.

Årsverk er opprettholdt, med en variasjon i fordeling mellom bemanning i bolig og/eller ambulant etter brukernes behov.

Benyttet tilskuddsmidler for å øke antall årsverk til lavterskeltilbud. Bruker midler på feltsykepleier. Satset på boliger for mennesker i aktiv rus og i ettervern.

4. Utvikle gode tilbud med nødvendig kompetanse som gir stabile tjenester i tråd med behovene i befolkningen

Det kan være vanskelig å følge med på om kommunens budsjetteringer er i tråd med bevilgningene som kom gjennom planperioden, og det er kanskje administrativ ledelse som må dokumentere dette:

Forankring i kommuneledelsen som har fulgt opp at økt rammetilskudd har gått til formålet. Stabilitet i håndteringen av tilskudd som bidrar til at valgt strategi følges opp. Erfaringer i feltet som viser at satsningen fungerer og gir bedre tjenester. Flinke fagfolk med uteskoa på som jobber godt med brukerguppen!

Men fagpersonene må sannsynligvis etterspørre denne informasjonen.

5. Involver tilgjengelig kompetanse i og utenfor kommunen for å få til et systematisk forbedringsarbeid.

Det er trolig viktig for stabilitet i tjenestene at driften ikke blir for personavhengig, men det er viktig å få inn riktige folk og bruke den kompetansen som finnes:

Vi har lyktes med å ansette en person som hadde kompetanse og en særegen interesse for fagfeltet, samt var et bindeledd mellom det praktiske og det emosjonelle som en må jobbe med innenfor rus ettervern. Vi har systematisk rapportert og vist til nytteverdien av tilskuddet, slik at kommunen skulle se behovet og at ei videreføring var nødvendig. Det har også hjulpet å ha tidligere fylkesmann med på laget i hvordan vi skal argumentere opp mot politikerne.

I tillegg bruker kommunene ulike kompetansesentre for ulike temaområder, eller de hente inspirasjon fra andre:

Kapasiteten og variasjon i tjenestene har økt. Blant annet har vi fått et Rus-rehabiliteringstilbud i Nedre Eik gård etter model fra San Patrignano Italia og Jegersberg gård Kristiansand.

Andre oppgir at de har godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og internt:

Godt samarbeid med Helse Førde om LAR brukarar og andre personar med ulike psykiske / rus relaterte lidingar. Har bygt opp eit godt hjelpeapparat i kommunen, og det er godt samarbeid mellom dei ulike einingane i kommunen.

Det kan både være rådgivere hos statsforvalteren som kan bidra, men også ulike kompetanse- og ressursentre kan bidra.

En kommentar som oppsummerer mye av det som har kommet frem er:

Politisk engasjement og vilje, samt iverksettelse av tiltak det var klare behov for - tiltak som ga gode resultater

ÅRSAKER TIL AT KAPASITET OG KOMPETANSE IKKE ER VIDEREFØRT

De som har svart at de i liten eller i svært liten grad har fått videreført kapasitet og kompetanse er bedt om å kort beskrive årsaken. Det er gitt 18 kommentarer og de fleste kommentarene handler om kommunens økonomiske situasjon:

Vi har fått prosjektmidler og satt i gang ulike tiltak. De siste to årene har kommunens økonomi blitt verre, og vi får ikke lov til å bruke prosjektmidlene fordi det er krav om faste stillinger, noe som kommunen ikke har mulighet til. Tvert imot er det innsparingskrav på oss alle, og stillinger er fjernet ved avgang. Vi har pr dags dato ikke flere stillinger enn i 2013, dette på tross av at oppgavene er blitt langt flere, og dokumentasjonskravet er blitt langt høyere.

Tjenesten har måttet ta kutt som følge av overforbruk i kommunen (Robek).

Andre oppgir at behovet er økende uten at ressursene øker:

Auka behov, fleire brukarar og nedgang i ressursar.

Og flere oppgir nedbemanning i tjenestene som årsak:

I stor grad relatert til at kommunen vedtok nedmanning av rus- og psykisk helsetjeneste fra juli 2022. Prosjekter er også avsluttet senere tid. I og med nedbemanning i ROP-tjenesten; må stillinger/tjenester/ tiltak bygd opp i.f.m. opptrappingsplan reduseres. ROP opplever i tillegg å ikke ha tilstrekkelig med ressurser, bl.a. til økte oppgaver til kommunen.

Én kommune oppgir at det er ledelsen i kommunen som ikke prioriterer rusfeltet, en annen at det er:

Manglende implementering av lovverk og gjeldende retningslinjer og dårlige samarbeidsrutiner.

Flere sier at prosjektstillinger ikke ble gjort om til faste stillinger, og at midlene ikke ble lagt inn videre i drift, eller at de har rekrutteringsproblemer som skaper kapasitetsproblem.

8.3 RÅDGIVENDE ENHET FOR RUSSAKER

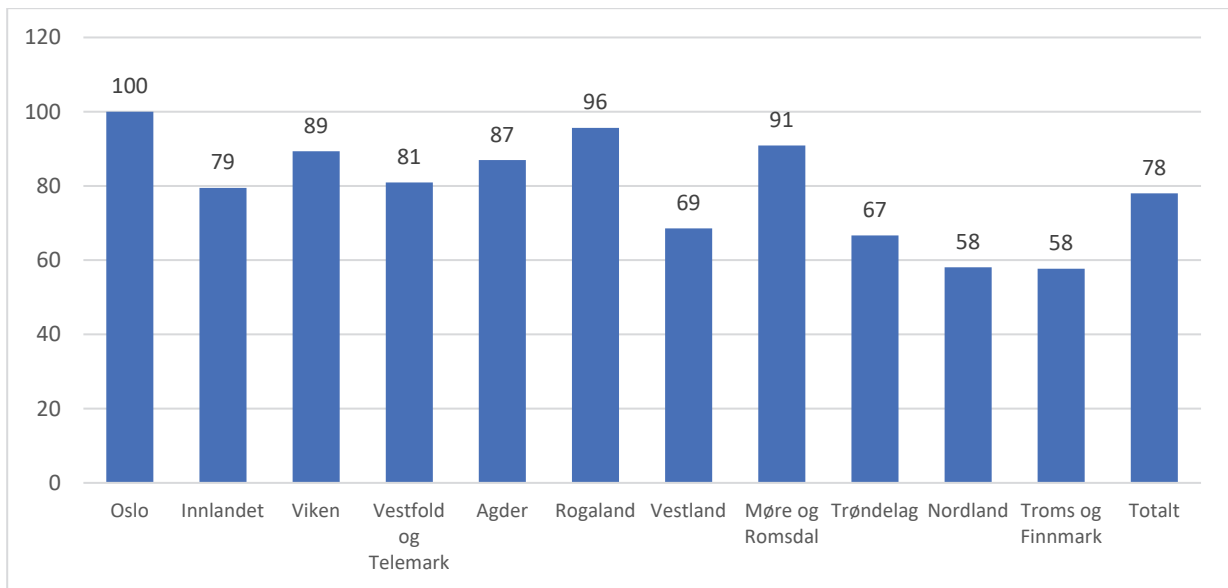
Det er lovvedtak om at kommunene fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for russaker. Enhetene skal ta imot personer som ilegges oppmøteplikt for enheten som vilkår for betinget påtaleunndlatelse i saker som handler om bruk og besittelse av narkotika. De som møter for enheten, skal få råd og veiledning og tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov. Enheten skal sørge for at de også får tilbud om utredning av andre tjenester de trenger, for eksempel ulike former for oppfølgingstilbud fra NAV. Kommunene har fått 100 millioner kroner i rammetilskuddet for 2022 for etablering av enhetene.

Vi har spurt om kommunene kjenner til dette, og som vist i siste rad i tabell 8.2 er det 78 prosent av de som har svart som svarer at de kjenner til dette. Andelen er høyere i store kommuner enn små kommuner.

Tabell 8.2 Antall og andel som svarer på om de er kjent med lovvedtak om at kommunen fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for russaker. 2022.

| | Nei | Ja | Totalt | Andel ja |
|---------------------------------------|-----|-----|--------|----------|
| Kommune med færre enn 2000 innbyggere | 26 | 39 | 65 | 60 |
| Kommune med 2000-5000 innbyggere | 27 | 51 | 78 | 65 |
| Kommune med 5000-10000 innbyggere | 15 | 47 | 62 | 76 |
| Kommune med 10000-20000 innbyggere | 1 | 41 | 42 | 98 |
| Kommune med 20000-50000 innbyggere | 0 | 37 | 37 | 100 |
| Kommune med 50000 innbyggere og mer | 1 | 18 | 19 | 95 |
| Bydel i Oslo | 0 | 14 | 14 | 100 |
| Totalt | 70 | 247 | 317 | 78 |

Det er noen fylkesforskjeller med høyest andel med kjennskap i Oslo, Rogaland og i Møre og Romsdal, og lavest andel i nord. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ikke forskjellene mellom fylkene så store.



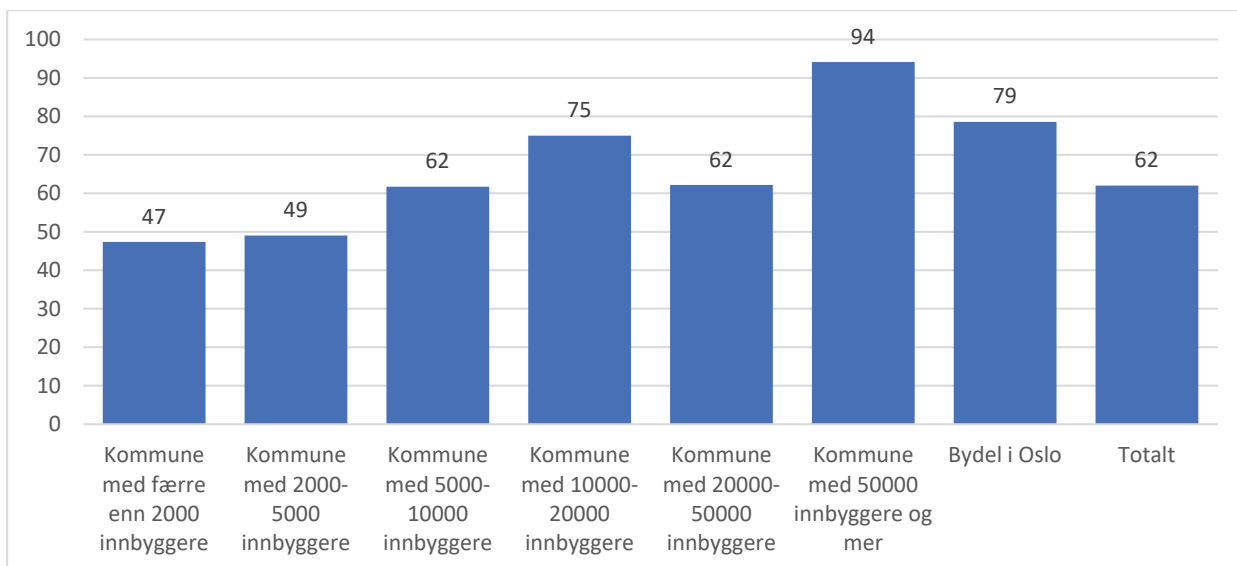
Figur 8.3 Prosent av kommuner/bydeler som svarer at de er kjent med lovvedtak om at kommunen fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for russaker. Fylker, 2022.

De som svarte at de er kjent med lovvedtaket (n=247) fikk spørsmål om de hadde startet arbeidet med etablering av rådgivende enhet for russaker. Det var 244 (99 prosent) som svarte på dette, og svarfordelingen er vist i tabell 8.3. Det var 62 prosent som svarte at de var i gang med arbeidet, mens 36 prosent ikke har startet.

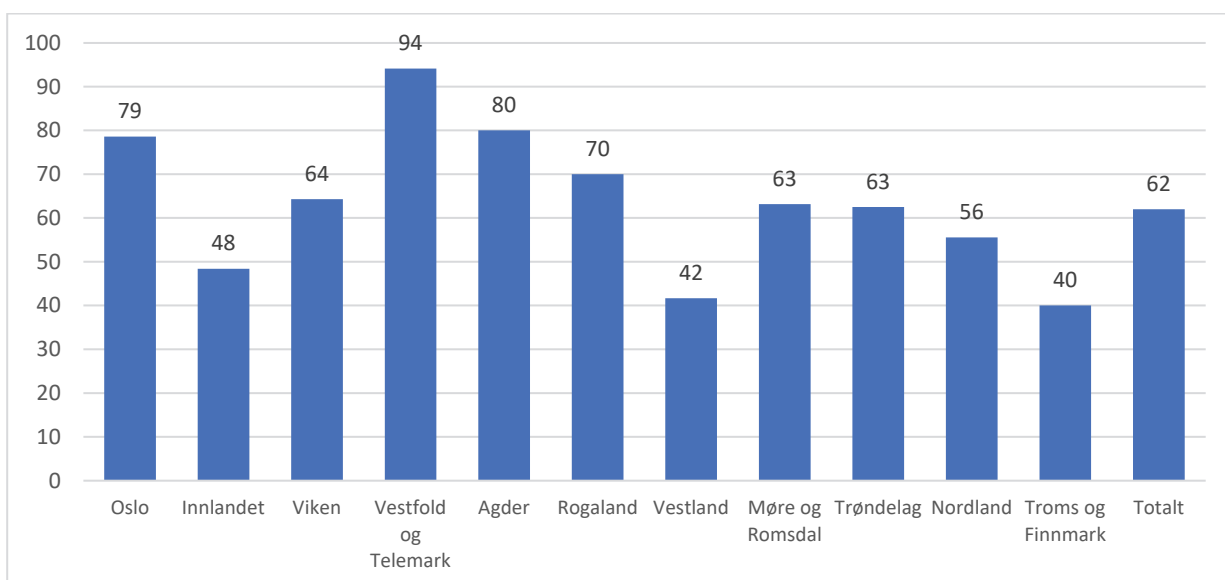
Tabell 8.3 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarte at de var kjent med lovvedtaket og om de hadde startet arbeidet med etablering av rådgivende enhet for russaker, 2022.

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 152 | 62 |
| Vet ikke | 4 | 2 |
| Nei | 88 | 36 |
| Total | 244 | 100 |

Det er systematiske forskjeller både etter kommunistørrelse (figur 8.4) og mellom fylker (figur 8.5). Det er kommunene i Innlandet, Viken, Vestland og Troms og Finnmark som ligger systematisk lavere når vi kontrollerer for kommunistørrelse. Vi kunne tenke at kommuner/bydeler med relativt mange årsverk, har større sannsynlighet for å ha startet arbeidet, men vi finner ingen systematiske forskjeller etter hvor mange årsverk per innbygger kommunene har rapportert totalt som går til psykisk helse- og rusarbeid.



Figur 8.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarte at de var kjent med lovvedtaket og at de hadde startet arbeidet med etablering av rådgivende enhet for russaker. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 8.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarte at de var kjent med lovvedtaket og at de hadde startet arbeidet med etablering av rådgivende enhet for russaker. Fylke, 2022.

Av som svarte at de hadde startet arbeidet (n=152), var det 145 som beskrev kort hvor de er i arbeidet (95 prosent). Gjennom en gruppering av svarene identifiseres følgende hovedkategorier i forhold til aktiviteter:

- Venter på retningslinjer og veileder fra Helsedirektoratet
- Har startet diskusjoner og planarbeid
- Første møte er planlagt/gjennomført
- Har etablert/planlegger å etablere arbeidsgruppe/prosjektgruppe
- Diskuterer tematikken interkommunalt

- Besluttet/vurderer organisatorisk tilhørighet for enheten
- Har etablert enheten/planlegger å etablere enheten i ordinære tjenester eller i rusteam, koordinerende enhet etc.
- Har etablert samarbeid med politimyndighet/SLT
- Vurderer omfanget, mange estimerer lavt antall

Noen få hadde også besatt en ny stilling eller stillingsandel, andre har søkt prosjektmidler, men de fleste avventer endelige beslutninger etter å ha fått nye retningslinjer som skulle komme i juni. Helsedirektoratet sendte brev til alle kommunene 17. juni. Brevet besvarte følgende to punkter:

- Rutiner og prosedyrer for hvordan vilkår for oppmøte praktisk skal følges opp, det vil si hvordan kommunene skal informeres fra påtalemyndigheten om oppmøteplikt og hva som skal kommuniseres tilbake om oppfølging av vilkår til påtalemyndigheten.
- Rutiner for rusmiddeltesting dersom dette er satt som vilkår, i tillegg til oppmøteplikt, etter straffeloven § 37 første ledd, bokstav d.

8.4 OPPFØLGING AV SOMATISKE HELSEPROBLEMER

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

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

Dette ble det også spurt om i 2019 og 2021 og vi tar her med alle tre årene. Som vist i tabell 8.4 er det svært små endringer fra 2019 til 2022 for alle brukergruppene (tabell 8.4-8.6).

Tabell 8.4 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP). 2019, 2021 og 2022.

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

Tabell 8.5 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med hovedsakelig psykiske lidelser. 2019, 2021 og 2022.

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

Tabell 8.6 Antall og andel kommuner som har svart på i hvilken grad de følger opp somatiske helseproblemer blant mennesker med hovedsakelig ruslidelser. 2019, 2021 og 2022.

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

Det ble også gitt mulighet for å gi en kommentar til spørsmålet og det har 88 av kommunene som svarte valgt å gjøre (28 prosent). Svarene kan oppsummeres i følgende hovedbolker:

- Mange har godt samarbeid med fastlegene til de aller fleste pasientene, brukerne får god oppfølging av somatisk helse
- Utfordrende der det er mange fastlegevikarer pga. lite kontinuitet og oppfølging
- Trekker inn hjemmesykepleie, primærhelseteam, fysioterapeut, ergoterapeut ved behov
- Det er behov for bedre samarbeid mellom tjenestene internt i mange kommuner
- Feltsykepleie gir godt somatisk helsetilbud der dette finnes
- Noen av brukerne/pasientene ønsker ikke kontakt med helsetjenester, særlig de som bruker illegale rusmidler
- Pasienter i FACT blir somatisk kartlagt og fulgt opp
- En del kommuner oppgir å ha et helhetsfokus på både somatisk og psykisk helse
- Mange av tjenestene har mye helsepersonell så somatiske helseproblemer oppdages
- Flere kommuner oppgir at de har økt fokuset på somatiske helseproblemer i målgruppen
- Noen kommuner har ingen tjenestebudere med alvorlige rusproblemer
- Noen kartlegger systematisk somatisk helse i målgruppen
- Betalingsfritak for egenandel i helsetjenester for rusbrukere foreslås for å øke bruken av tjenester
- Resultat fra tilsyn (ROP) har ført til forbedring

Noen kommentarer som viser noe av variasjonen er:

Vi har et tett samarbeid med legetjenesten. Vi kartlegger alltid den somatiske helsen og oppfordrer til at brukerne kontakter lege dersom vi finner noe som vi tenker de burde hatt oppfølging for. Vi er også behjelpelig med å bestille time eller ta opp med legene om det er noe vi er usikre på. Men utover det så følger vi ikke opp den fysiske helsen helt konket annet enn at vi etterspør og følger opp om de mottar hjelp.

Kommunen har organisert tjenesten slik at alle pasienter med kartlagt behov får bistand knyttet til fysisk helse med hjemmesykepleien. Tjenester for psykisk helse følger opp utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Samarbeidet mellom tjenester for psykisk helse og hjemmesykepleien er tett.

Vi mangler somatisk kompetanse som lege og sykepleiere. Kommunen er i en vanskelig økonomisk situasjon og har ikke økonomi til nyansettelser. Hjemmesykepleiens tjenesteorganisering er ikke tilpasset disse pasientenes livssituasjon og helsebehov.

De ansatte i rus og psykiatritjenesten hjelper og motiverer sine brukere til å dra til legen med sine helseplager. I noen tilfeller blir de med til legen for å trygge vedkommende. De bistår også sine brukere med å bestille legetimer, blodprøvetimer og i noen tilfeller også følge de til sykehus. De ansatte gjør dette i samarbeid med bruker og spesialisthelsetjenesten.

Dette er ofte grupper hvor somatikken oversees i helsevesenet, så dette prøver vi å etterstrebe og følge opp i den grad det er mulig. Til sist er det naturligvis dessverre også noen som er uvillig til å gå til lege eller sykehus for helsehjelp, men vi gjør det vi kan for at alle skal følges opp også somatisk.

Bydelen benytter i stor grad private tilbydere av hjemmetjenester, og det oppleves at bydelens hjemmetjeneste har manglende kompetanse på målgruppen.

Ukentlige møter med leger hvor medisinsk og somatisk oppfølging er en del av samtalen.

Vi har etablert egen hjemmetjeneste for somatikk innenfor gjeldende brukergruppe.

Til slutt tar vi med en kommentar som belyser en utfordring noen kommuner formidler:

Vi har selvsagt et helhetlig tilbud, der vi følger opp somatiske utfordringer, psykiske utfordringer, bosituasjon, økonomi, dagtilbud osv. Det er en utfordring at byråkratiseringen gir oss merarbeid for denne tankegangen, denne utfordringen er som rapportert tidligere økende.

8.5 OPPSUMMERING

Litt under halvparten av kommunene (45 prosent) svarer i 2022 at de i stor eller svært stor grad har videreført den kapasiteten og kompetansen som Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) medførte og dette er en liten nedgang fra 49 prosent i 2021. Men det er noen flere som svarer at de i noen grad har videreført kapasiteten og kompetansen (26 prosent i 2022 mot 23 prosent i 2021), så det er omtrent som i 2021. Vi har spurt om de kan beskrive årsaken til at de har klart å videreføre arbeidet etter planperioden, og basert på disse svarene har vi identifisert følgende suksesskriterier: 1) Sørg for forankring i administrativ og politisk ledelse gjennom formidling av behov i befolkningen når det søkes om tilskuddsmidler, 2) Sørg for at videreføring av tilskuddsmidler med egne midler er inkludert i kommunens planer og strategier, 3) Følg opp at bevilgningen går til målgruppen, 4) Utvikle gode tilbud med nødvendig kompetanse som gir stabile tjenester i tråd med behovene i befolkningen, 5) Involver tilgjengelig kompetanse i og utenfor kommunen for å få til et systematisk forbedringsarbeid.

Det er 15 prosent som svarer at opptappingsplanen har ikke hatt noen direkte konsekvenser for kapasitet og kompetanse, mens de 9 prosentene som svarer liten eller svært liten grad av videreføring oppgir som årsak at det er innstramminger på grunn av stram kommuneøkonomi, eller at det ikke prioriteres av kommuneledelsen eller at rusfeltet og videreføring ikke er tatt inn i planer og strategier.

Det er lovvedtak om at kommunene fra 01.07.2022 skal ha en rådgivende enhet for rus saker. Enhetene skal ta imot personer som ilegges oppmøteplikt for enheten som vilkår for betinget påtaleunntatelse i saker som handler om bruk og besittelse av narkotika. De som møter for enheten, skal få råd og veiledning og tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov. Enheten

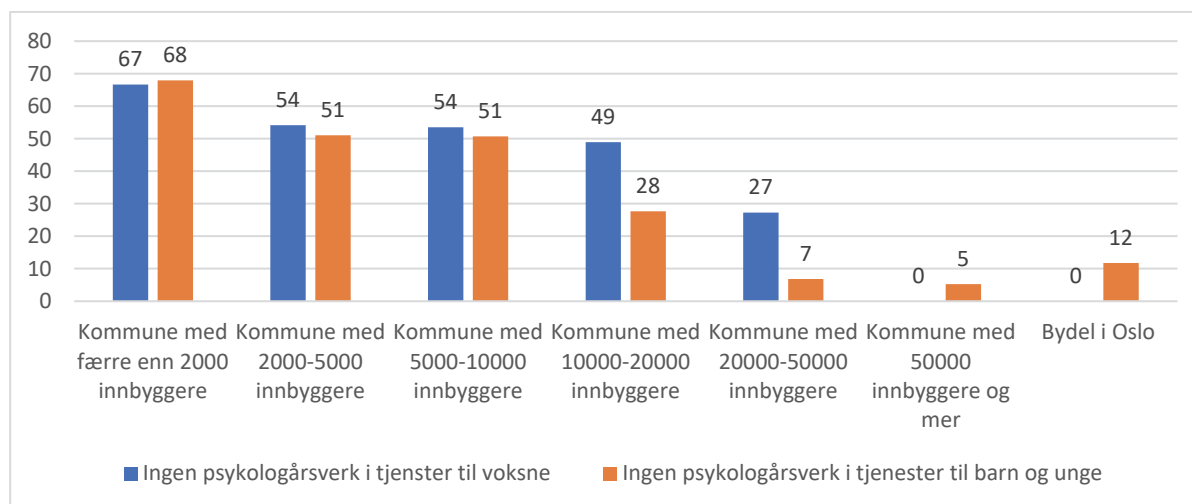
skal sørge for at de også får tilbud om utredning av andre tjenester de trenger, for eksempel ulike former for oppfølgingstilbud fra NAV. Kommunene har fått 100 millioner kroner i rammetilskuddet for 2022 for etablering av enhetene. Vi har spurt om kommunene kjenner til dette og det er 78 prosent som svarer at de kjenner til dette. Andelen er høyere i store kommuner enn små kommuner. Av de som var kjent med lovkravet, var det 62 prosent som svarte at de var i gang med arbeidet, mens 36 prosent ikke hadde startet våren 2022. Mange avventet på retningslinjer fra Helsedirektoratet som kom i juni, og en del hadde startet diskusjoner, hatt første møte eller bestemt hvor enheten skulle organiseres. Andre hadde etablert samarbeid med politimyndighet og SLT. Flere hadde begynt å vurdere hvor stort omfanget kom til å bli, men det var en del usikkerhet. Det generelle inntrykket er at det ikke er store utfordringer med å få til dette i kommunene.

9 PSYKOLOGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID OG RASK PSYKISK HELSEHJELP

SSB oppgir at i 2015 var det for alle landets kommuner registrert 244 psykologårsverk innen helse- og omsorgstjenester, mens tilsvarende tall var 506 årsverk i 2021 og dette tilsvarer en økning på 107 prosent i perioden.⁶ De finner at 79 prosent av kommunene hadde psykologkompetanse enten via ansettelse, samarbeid eller kjøp i 2021. I tillegg kan psykologer være ansatt utenfor helse- og omsorgstjenester, som PPT og barnevern, så det totale antallet psykologer i kommunene er høyere.

Innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er det 258 av kommunene/bydelen (69 prosent) som har oppgitt at de har psykologårsverk i tjenestene, enten i tjenester til voksne, i tjenester til barn/unge eller til begge. Kommunene som ikke har rapportert om psykologårsverk kan ha årsverk som utføres av psykologer i tjenester som primært er rettet mot andre målgrupper, eller de kan ha tilgang til psykologtjenester fra andre kommuner eller privatpraktiserende psykologer med eller uten avtale med helseforetakene. Kommunene kan også ha ubesatte psykologstillinger.

Det er totalt 177 kommuner (48 prosent) som oppgir null psykologårsverk i tjenester og tiltak til voksne og 157 kommuner (42 prosent) som oppgir null psykologårsverk innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Det er 114 kommuner (31 prosent) som oppgir at de ikke har psykologårsverk hverken i tjenester til voksne eller i tjenester til barn og unge innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dette betyr at det er 258 kommuner/bydeler (372 minus 114) som oppgir å ha psykologårsverk (uavhengig av om de går til voksne eller barn og unge), dvs. 69 prosent. Det er 220 kommuner (59 prosent) som oppgir null psykologårsverk enten i tjenester til voksne eller i tjenester til barn og unge eller i begge.



Figur 9.1 Prosent av kommunene som oppgir at de ikke har årsverk i tjenestene innen psykisk- helse og rusarbeid rettet mot voksne og barn/unge. Kommunestørrelse, 2022.

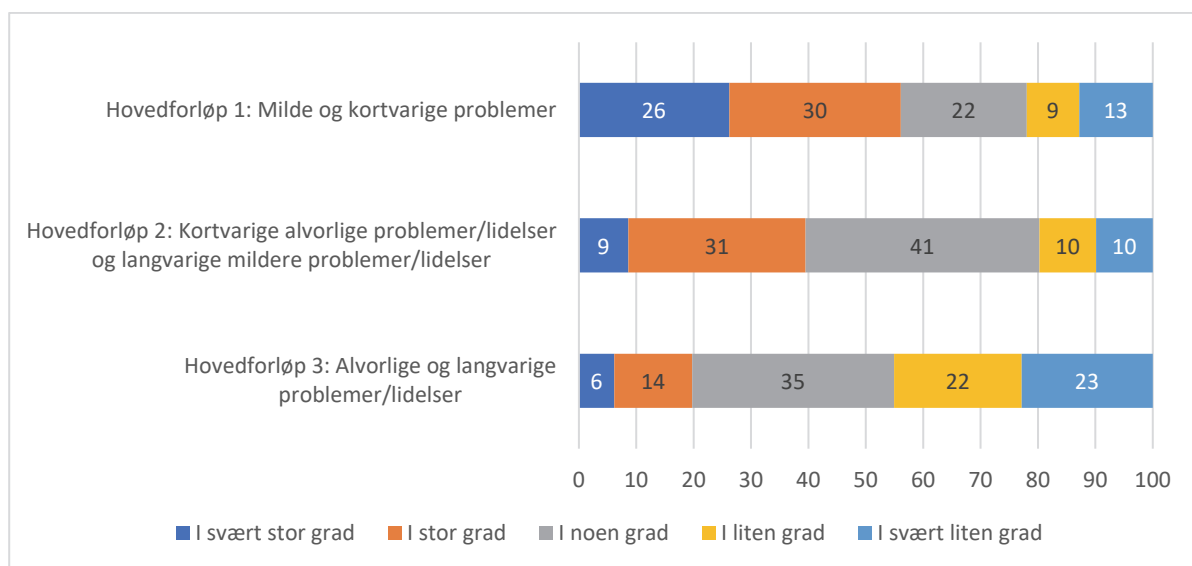
⁶ <https://www.ssb.no/statbank/table/13533>

Dette betyr at det innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er 195 kommuner/bydeler som har rapportert psykologårsverk i tjenester til voksne, og 215 til barn og unge. Disse kommunene har fått spørsmål om psykologenes arbeid inn mot ulike hovedforløp.

9.1 PSYKOLOGENES ARBEID INN MOT ULIKE HOVEDFORLØP I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

Det er en del som ikke har svart på spørsmålet, og dekningen er 84 prosent når det gjelder tjenester til voksne, n=164 (av de som har rapportert psykologårsverk).

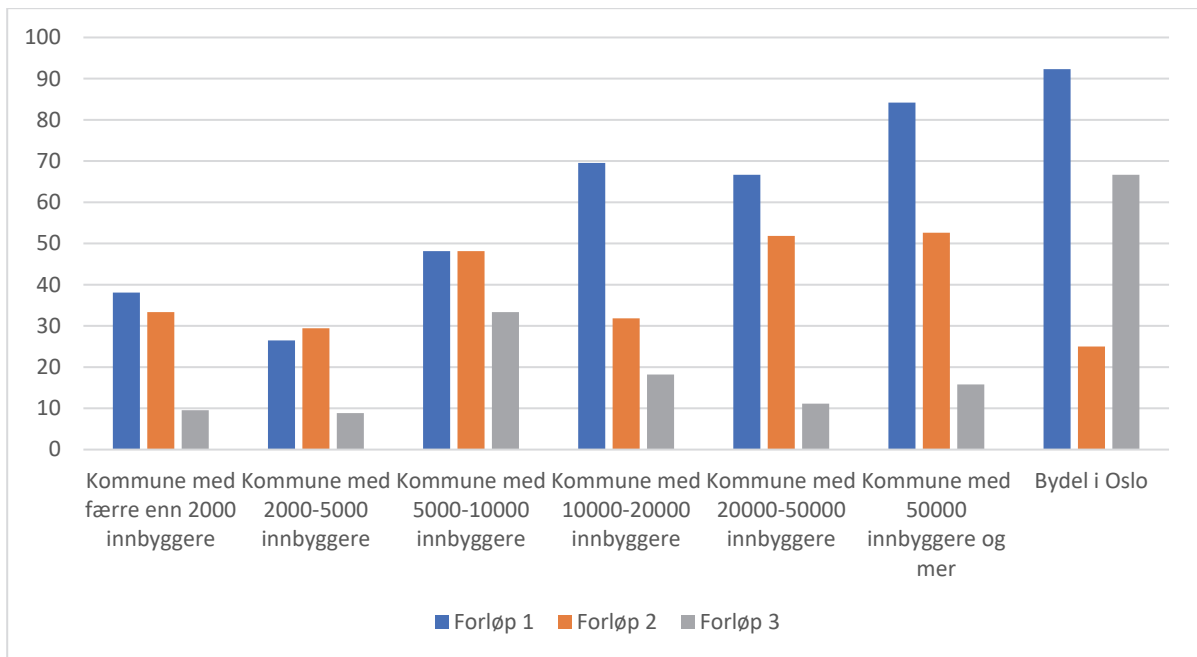
Fra figur 9.2 ser vi at det er 56 prosent som svarer at psykologen i svært stor eller stor grad arbeider med hovedforløp 1, mens 40 prosent svarer slik om hovedforløp 2 og 20 prosent om hovedforløp 3.



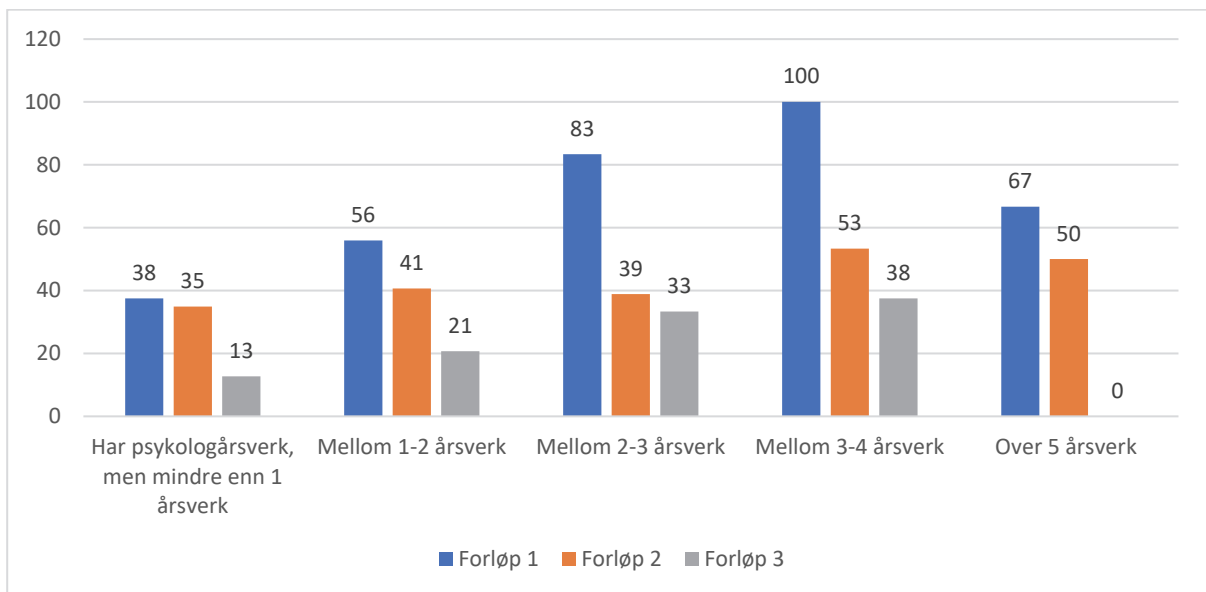
Figur 9.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad psykologen(e) arbeider mot de ulike hovedforløpene i tjenester til voksne, 2022.

Vi ser nærmere på de som svarer i stor eller svært stor grad. Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men ikke etter fylke når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Dvs. at fylkesforskjellene forklares i stor grad med ulik sammensetning av kommuner av ulik størrelse.

Som vist i figur 9.3 er det med unntak av de to nest minste kommunestørrelsesgruppene, flest som svarer at psykologene arbeider i størst grad mot forløp 1. Men dette er vanskelig å tolke videre, for de store kommunene, som har mange psykologårsverk, svarer at de i stor grad arbeider både med forløp 1 og forløp 3, mens små kommuner med få årsverk, kanskje 0,2 psykologårsverk, kan justere for tilgangen når de svarer. Vi må derfor se dette i sammenheng med antall psykologårsverk de rapporterer, men det vil være vanskelig å fordele alle på forløp. For eksempel de som arbeider med veiledning andre ansatte kan gjøre dette uavhengig av hvilke forløp personellet arbeider med.



Figur 9.3 Prosent av kommunene/bydelene som at psykologen(e) i svært stor eller i stor grad arbeider mot de ulike hovedforløpene i tjenester til voksne. Kommunestørrelse, 2022.



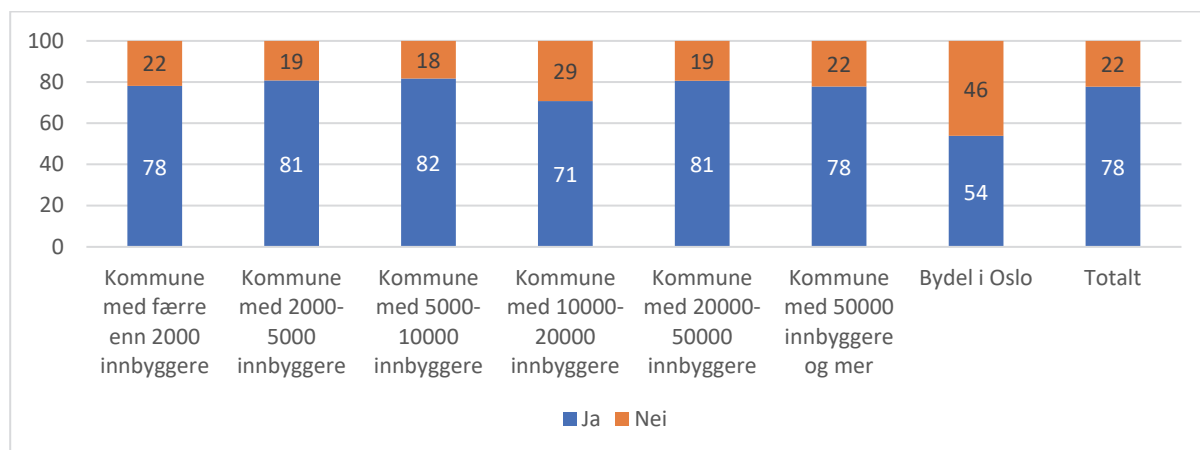
Figur 9.4 Prosent av kommunene/bydelene som at psykologen(e) i svært stor eller i stor grad arbeider mot de ulike hovedforløpene i tjenester til voksne etter antall rapporterte psykologårsverk. 2022.

Det er fortsatt vanskelig å tolke disse resultatene, men figur 9.4 viser for eksempel at alle kommuner som har 3-4 psykologårsverk, har rapportert at psykologene arbeider i stor eller svært stor grad mot forløp 1. Men 53 prosent av disse kommunene har også svart at de i stor eller svært stor grad arbeider med forløp 2 og 38 prosent med forløp 3. Dette blir til sammen nesten 200 prosent. Dette kan for eksempel bety at det ene årsverket arbeider i stor grad mot forløp 1, mens andre årsverk arbeider mot forløp 2 og 3. Det ser derfor ikke ut som de har gjort en totalvurdering, men det var nok vanskelig å svare på dette. Neste år må vi derfor gjøre om på dette spørsmålet slik at de heller kan fordele antall årsverk de har rapportert for psykologer på de ulike forløpene.

9.2 BEHOV FOR MER PSYKOLOGKOMPETANSE I TJENESTER TIL VOKSNE

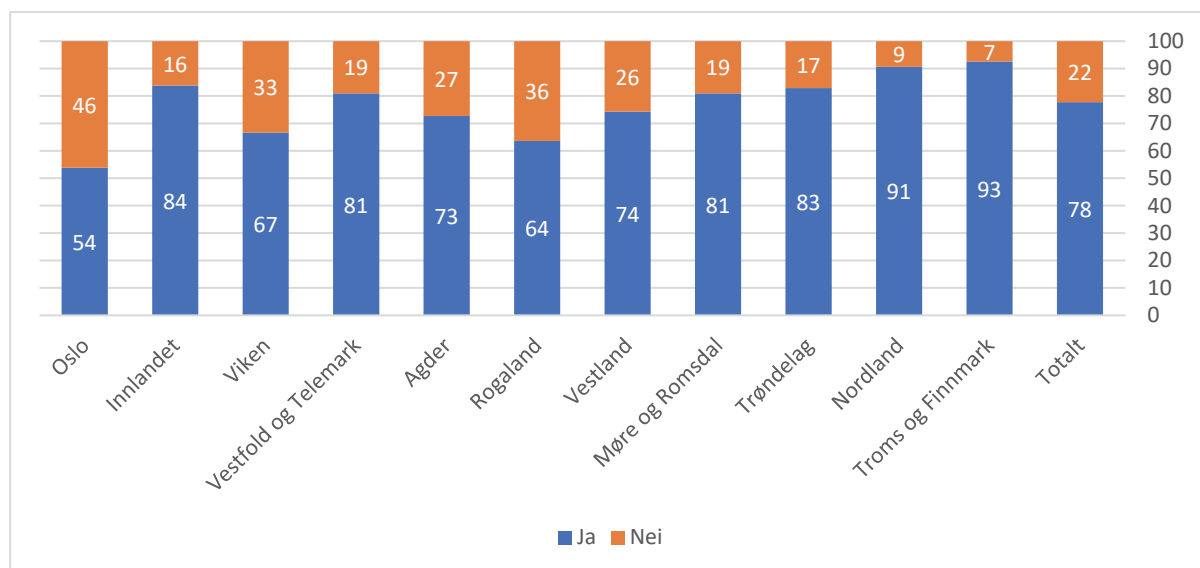
Det er 310 kommuner/bydeler (83 prosent) som har svart på spørsmål om de har behov for mer psykologkompetanse enn de har tilgjengelig i dag for den voksne i målgruppen.

Som vist i figur 9.5 er det 78 prosent av kommunene/bydelene på nasjonalt nivå som svarer at de har behov for mer psykologkompetanse. Andelen er høy i alle grupper, og lavest i Oslo.



Figur 9.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har behov for mer psykologkompetanse enn de har tilgjengelig i dag for den voksne målgruppen. Kommunestørrelse, 2022.

Fra figur 9.6, ser psykologdekningen ut til å være noe bedre i kommunene i Rogaland og Viken i tillegg til Oslo.



Figur 9.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har behov for mer psykologkompetanse enn de har tilgjengelig i dag for den voksne målgruppen. Fylke, 2022.

I tillegg ba vi kommunene beskrive behovet for psykologkompetanse. Det er 220 som har beskrevet behovet. En gjennomgang av svarene viser at det handler om:

- Behov for mer kompetanse innen forløp 2 og 3 fordi spesialisthelsetjenesten i mindre grad tar imot, behandler og følger opp denne pasientgruppen
- Behov for veiledning av annet personell fordi pasientgruppen er mer kompleks
- Vil starte lavterskeltilbud/RPH i kommunen
- Trenger eldrepsykolog
- Trenger mer kompetanse for å få bedre samhandling med spesialisthelsetjenestene

Kommunene har behov for psykologkompetanse særlig inn i forløp 2 og 3, inkludert ROP. Begrunnelsen de gir handler i stor grad om at spesialisthelsetjenesten ikke er tilgjengelig nok eller bidrar godt nok med veiledning og oppfølging av denne brukergruppen, som ofte har store og komplekse behov. Kommunene/bydelene trenger både psykologkompetansen inn i oppfølging og behandling av enkeltpersoner med store behov, men også veiledning av psykolog til øvrige ansatte som følger opp brukergruppen. I tillegg kommer behovet for å ha psykologtjenester til befolkningen generelt fordi det har bygget seg opp en forventning om at kommunene skal ha dette tilbudet etter lovkrav om psykologkompetanse i 2020. En del kommuner nevner lavterskeltjenester, utvikling av gruppetilbud for å nå flere, mens andre eksplisitt nevner Rask psykisk helsehjelp (RPH). Vi tar med noen sitater for å illustrere noen av behovene kommunene melder om:

Det har vært en enorm pågang de 3-4 siste årene. Det samme hos DPS. DPS avslutter mye tidligere (etter kartlegging og diagnostisering) enn før, og sender pasienter ut i kommunen for behandling. Vi får kompliserte saker til vår tjeneste som stiller krav til mer spesialisert kompetanse. Vi har kun 2 psykologspesialister i fast stilling, og én psykolog på prosjektmidler. Den ene psykologspesialisten benyttes mye til veiledning rundt i tjenesten, og det er behov for flere faste stillinger innenfor voksenområdet. Utfordringene og trykket på tjenester hos oss kan synes å være økende. Det blir en dreining fra DPS/spesialisthelsetjeneste og fastleger som tjenesten ikke er dimensjonert for.

Det kjem stadig nye henvisningar frå lege knytt til behov for psykologbistand.

For å kunne gi et fullverdig lavterskeltilbud til alle som er i behov for det, trengs det rekruttering av psykologer. Det trengs en bedre utnyttelse av lokalressurser som vil bidra til å redusere henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Kommunen har behov for ytterligere ressurser til direkte klientarbeid, systemnivå og veiledning. Styrke det samlede arbeidet i psykisk helse og rusfeltet. Det inkluderer forebygging, tidlig intervensjon og behandling, samt samarbeid med andre aktører og instanser.

Forventningene til kommunene om å drive terapi og behandling er stadig økende. I tillegg skal vi ivareta de mest alvorlig psykisk syke, ofte med komplekse sykdomsbilder og symptomatologi. Personlighetsforstyrrelser, schizofrenier, bipolare tilstander og pasienter som dissosierer kan være noen eksempler.

Har avsett midlar til kommunepsykologstilling, men vanskar med å rekruttere psykolog. Store kapasitetsvanskar i psykisk helseteneste med å imøtekomme behovet for terapeutiske støttesamtalar/oppfølging. Stort henvisingstrykk. Behov for psykologkompetanse for å auka

kapasitet i høve klinisk arbeid; hjelp til å imøtekomme henvisingane gjennom korte individuelle forløp, vurderingar/kartleggingar, kurs, grupper. Behov for vegleing av øvrig personell ute i tenestane. Overordna arbeid/systemarbeid. Erfaringa er at det stadig blir kortare forløp i spesialisthelsetenesta, noko som gir auka behov for oppfølging i kommuna. Vidare erfarer vi at det blir gitt avslag på spesialisthelsetenesta med forventning om tilbod frå kommuna. Psykolog for barn og unge gir eit avgrensa tilbod til gravide og nybakte foreldre. Dersom det er behov for meir langvarig oppfølging må dei søke om oppfølging frå psykisk helseteam for vaksne.

Har behov for mer psykologkompetanse knyttet til forløp 3. Denne kompetansen kan bidra til å sikre gode og treffsikre tjenester i større grad, samt bidra til å sikre bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten (tydeliggjøring av ansvarsfordeling kommune/spesialisthelsetjeneste)

Har behov for mykje veiledning. Det er mange tunge saker i kommunen.

Har behov for psykologer som kan arbeide med mot de alvorlig syke og eldre, og enkelte diagnosegrupper (eks utviklingsforstyrrelser). For lite behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten til pasientgrupper som ikke tilbys plass i døgninstitusjon (eks personlighetsforstyrrelser).

Noen opplever at det fungerer godt når spesialisthelsetjenesten bidrar som de skal:

Har ikke psykolog i kommunen lenger. Har faste møter med psykologer fra 2 linjetjenesten, i forhold til mange kronikere. Fungerer veldig bra. Hadde vært nyttig med noe bistand, veiledning, utredning av pasienter sykehuset avviser. Har erfarne og godt utdannet personell som kompenserer mye av behovet.

Men store avstander kan gi behov for å ha kompetansen lokalt:

I og med at vi er en kommune som har lang og i perioder utfordrende vei til spesialisthelsetjenestene og det i tillegg er lange ventelister, hadde det vært behov for både utrednings, diagnostiske og den terapeutiske kompetansen til en psykolog.

Psykologkompetanse trengs i form av faglig støtte og tyngde hos ansatte og hjelpere. Det er behov for veiledning i enkeltsaker og undervisning i ulike temaer. Pasienter opplever i dag ikke ett reelt tilbud med stor avstand til spesialisthelsetjeneste. Hjelpen bør tilstrebes å gis der pasienten er, derfor bør DPS jobbe mer ute i hjemmene.

Mange kommuner sliter med rekruttering av psykologer som vist i kapittel 3.4:

Kommunen har ikkje fått søkere på utlyst stilling for psykolog. Det er stort behov for denne tenesten rettet mot veiledning for dei tilsette i psykisk helse og rus som har aukande mengde henvisninger som krever spesialistteneste. Behovet for denne kompetansen er også stort i dei mange samansette sakene. Spesialisthelsetenesten avslår fleire tenester og kommunen må derfor bistå utan å ha spesialistkompetansen.

Noen er også usikre på behovet, og dette handler om ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten:

Vi er usikre på behovet, men vi ser at vi får flere dårlige pasienter fra spesialisthelsetjenesten som fortsatt har behov for oppfølging av psykolog. Samtidig ønsker vi ikke å overta spesialisthelsetjenesten sin rolle. Det hadde vært ønskelig med tydeligere retningslinjer for hva psykologene skal gjøre i kommunal sektor.

Noen av de som har psykologer, ser behov for for flere, både i boliger og i oppfølging av ROP-pasienter:

Vi har ansatt en psykolog i enheten psykisk helse og rus. Ser klart et behov for flere psykologer, og gjerne også psykologspesialist med spesialisering i kommunalt psykologarbeid. Har behov for psykolog til teamene som følger opp hjemmeboende med sammensatte, store behov på en bedre måte. Mange av tjenestemottakerne er ROP pasienter. Likeså har vi behov for psykolog for å gi gode tjenester til de som bor i døgnbemanna boliger. Det ville også vært hensiktsmessig å ansette ytterligere en psykolog, som kun jobber i RPH teamet, både veilede ansatte og følge opp brukere. Individuell oppfølging.

Noen har kun tilgang til online psykologtjeneste:

Vi har bare psykologtjeneste på nett, pga. at vi ikke fikk tak i psykolog, ville gjerne hatt en psykolog som var til stede i kommunen.

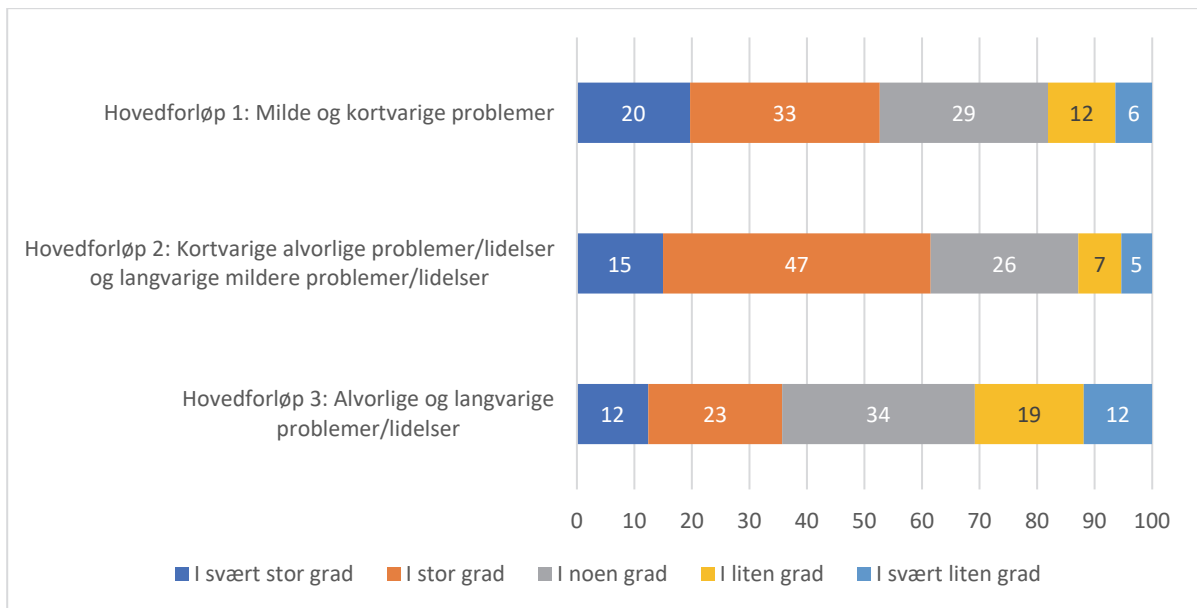
I noen av svarene ser vi at kommunene ser behov for større fagmiljø for psykologene for å klare å rekruttere og beholde de, og da nærmer det seg en beskrivelse av en spesialisthelsetjeneste:

Vi har hatt en kommunepsykolog som har sagt opp sin stilling, og det er sårbart med en interkommunal stilling som både skal drive veiledning, klinisk og systemarbeid, fordelt på tre kommuner. Dersom vi hadde hatt mulighet til flere stillinger ville dette kunne bidratt til et større fagmiljø som vil kunne vært nyttig for rekruttering og beholdning av de ansatte.

9.3 PSYKOLOGENES ARBEID INN MOT ULIKE HOVEDFORLØP I TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE

Fra figur 9.7 ser vi at det er 53 prosent som svarer at psykologen i svært stor eller stor grad arbeider med hovedforløp 1, mens 62 prosent svarer slik om hovedforløp 2 og 35 prosent om hovedforløp 3.

Psykologene i tjenester til barn og unge ser derfor ut til i størst grad å arbeide med hovedforløp 1 og 2.



Figur 9.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på i hvilken grad psykologen(e) arbeider mot de ulike hovedforløpene i tjenester til barn og unge.

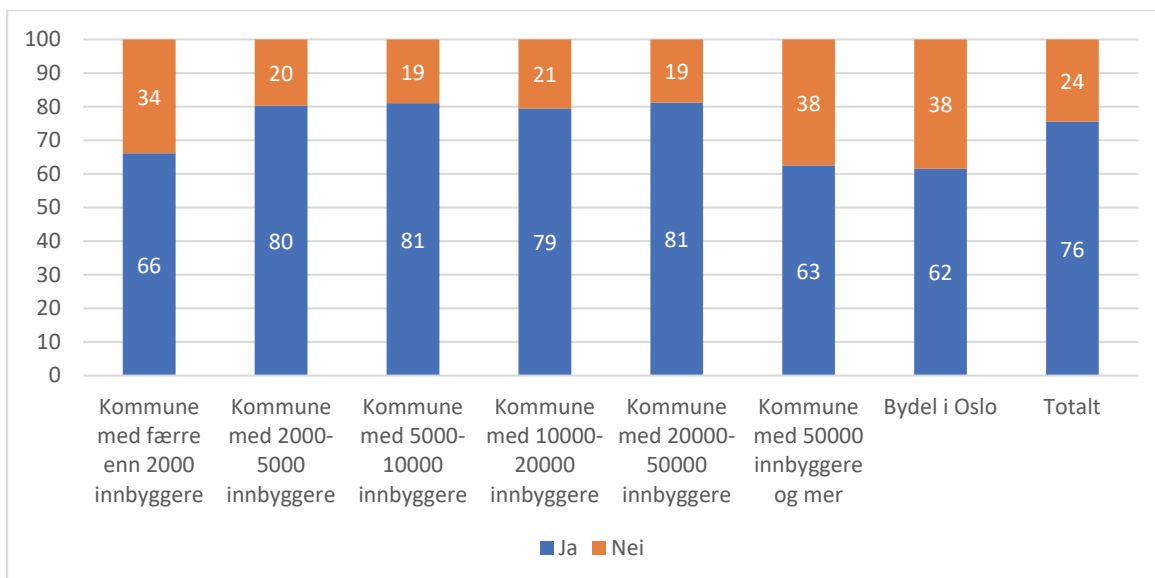
På grunn av svakheter i tallgrunnlaget, særlig at noen svarer at psykologene i stor grad arbeider med alle hovedforløp, gjør vi ikke videre analyser på forskjeller etter kommunestørrelse og fylker.

Vi ser heller videre på om kommunene har behov for mer psykologkompetanse i tjenestene og tiltakene rettet mot barn og unge.

9.4 BEHOV FOR MER PSYKOLOGKOMPETANSE I TJENESTER TIL BARN OG UNGE

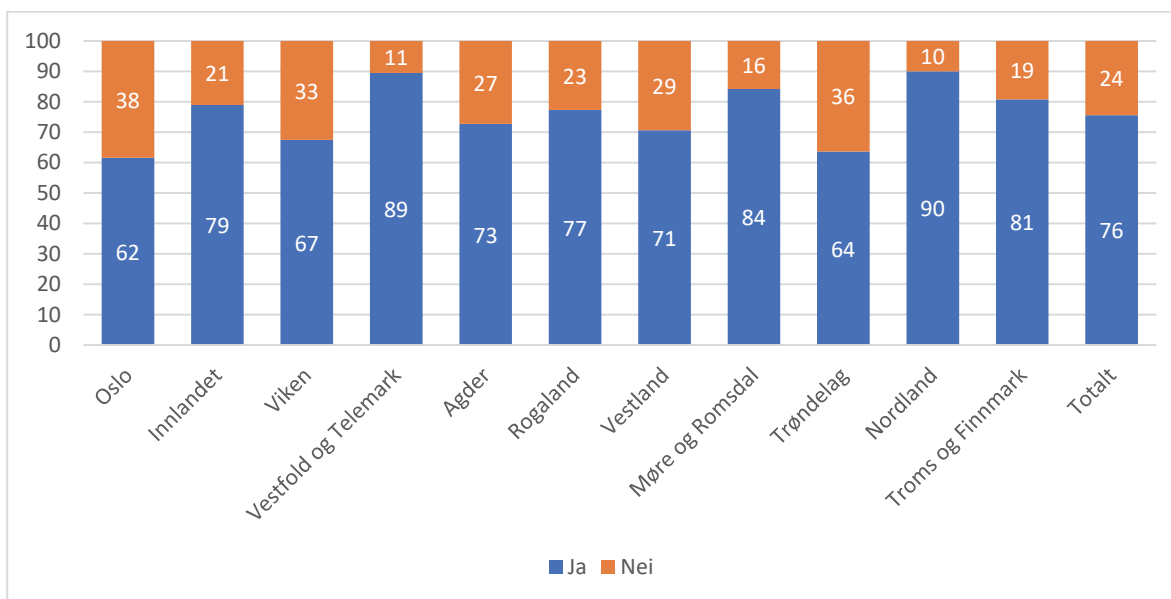
Spørsmålet om behov for mer psykologkompetanse i tjenester til barn og unge, gikk til alle kommuner og ikke bare til de som hadde rapportert psykologårsverk. Det er 80 prosent av kommunene/bydelene som har svart (n=299).

Det er totalt 76 prosent som svarer at de har behov for psykologkompetanse i tjenester til barn og unge, mens 24 prosent svarer at de ikke har behov for mer psykologkompetanse i tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, se figur 9.8. Det er de største og aller minste kommunene som hyppigst oppgir at de ikke har behov for mer psykologkompetanse.



Figur 9.8 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har behov for mer psykologkompetanse enn de har tilgjengelig i dag for den voksne målgruppen. Kommunestørrelse, 2022.

Dekning av psykologkompetanse i tjenester til barn og unge ser ut til å være best i Oslo, Trøndelag og i Viken.



Figur 9.9 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har behov for mer psykologkompetanse enn de har tilgjengelig i dag for den voksne målgruppen. Fylke, 2022.

Det er 194 kommuner/bydeler (52 prosent av alle) som beskriver behovet. Mange oppgir at det er det samme behovet som for voksne, og mye av den samme problematikken med kapasitetsproblemer og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten kommer frem i beskrivelsene.

- Behov for mer kompetanse innen forløp 2 og 3 fordi BUP er mindre tilgjengelig
- Behov for veiledning og av annet personell som arbeider med barn og unge

- Vil øke forebyggingskompetansen for alvorlige psykiske helseproblemer blant barn/unge
- De som har psykologkompetanse som arbeider på systemnivå, ønsker psykologer som kan arbeide klinisk

Vi tar også her med noen sitater som viser variasjonen:

Behandling og oppfølging i BUP er ofte raske forløp med rask utskriving. Vanskelig med overgang fra barn til voksen-oppfølging, ville hatt bedre overgang med psykologtilbud i kommunen.

Behandlingen og førstelinjetilbudet til dagens barn og unge er helt sentralt i et forebyggende perspektiv. Dagens ungdom strever med komplekse tilstander. "All" innsats i psykisk helse bør ha et forebyggende perspektiv, derfor er satsing på høy kompetanse hos dem som jobber med gruppen sentralt. Nær all psykisk lidelse debutterer i alderen 15-25 år, det bør gjenspeiles i innsats og ressurser.

Behov for hjelp til alvorlige tilfeller som ikke får tilbud i spesialisthelsetjenesten, men som likevel trenger oppfølging av psykolog. Trengs også til veiledning av de som jobber i tjenestene.

Flere beskriver også at det er økt behov blant gravide og fødende kvinner:

Behov for oppfølging i barseltid. Oppfølging svangerskap og barseldepresjoner. Utvide tilbudet Helsestasjon for ungdom. Veiledning av helsesykepleiere. Kunne gi gruppetilbud til ulike aldersgrupper.

Generell stor pågang/behov for hjelp innan psykiske helseutfordringer i tenestene til barn og unge. Helsestasjonane: Auka behov for psykisk helsehjelp til barn, unge og gravide. Prioritera rettleiing frå psykolog til helsesjukepleiarar som er i kontakt med alle brukargrupper.

Andre presiserer at de har behov for psykologer med klinisk erfaring:

Behov for psykologer/psykologspesialister med noen års klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten.

At sakene som kommunene må håndtere selv blir mer komplekse, er det mange som oppgir. Det er også noen som observerer det paradoksale i at kommunene får ansvar som det trengs spesialister til å håndtere:

Stort behov for psykologkompetanse. Behovet er større enn kapasitet. BUP har hevet terskel for inntak. I tillegg har BUP lange ventelister slik at behandling fra kommunen er nødvendig i påvente av mulig inntak i BUP.

Opplever at mange oppgaver er lagt til kommunen, mens kompetansen ligger på et høyere nivå. Vanskelig å få gode nok tiltak lokalt. Spesialisthelsetjenesten kontra kommunale tiltak. Ambulerende tjenester?

Som det foreslås her, er det sannsynligvis mye å hente på at ansatte i spesialisthelsetjenestene ikke bare tar imot de som møter opp, men kommer ut og følger opp pasienter der folk lever og bor - og veileder ansatte i de kommunale tjenestene som ikke har spesialistutdannelse.

Slik er det også en del steder:

Behovet er der, men vi mottar veiledning fra DPS ved behov. Vi har ikke ansatt psykolog og har ikke søkere til stillingen.

Andre kompenserer manglende tilgang til psykologkompetanse med annen kompetanse:

Har i dag svært lite tilgang på psykolog i kommunen. Vi har ein psykolog i permisjon, og ei vakant stilling. Psykologens kompetanse i fagteamet mangler. Det er uheldig. Vi har likevel eit godt tverrfagleg team i kommunen med mykje god fagkompetanse. Fleire har har vidareutdanning og mykje erfaring i arbeid med barn/unge. Samarbeid med forskjellige faggrupper og samarbeid med BUP er med på å sikre gode tenestar i kommunen.

Det er også flere som beskriver at det er særlig inn mot de som får avslag fra BUP som trenger psykologkompetanse:

I mellomstjettet mellom lett og moderat/alvorlig psykisk lidelse er det tidvis behov for denne kompetansen, da BUP avslår og skolehelsetjenesten ikke har tilstrekkelig med kompetanse og ressurser.

Politiske valg og prioriteringer får konsekvenser:

Kommunestyret har valgt å ikke skaffe lovpålagt psykologkompetanse.

Til slutt tar vi med et sitat som viser noe av utfordringene kommunene og bydelene kan ha i prioriteringsarbeidet:

Utfordrende med små psykologstillingsbrøker i skolehelsetjenesten, og på tross av at det ikke er mange alvorlig psykisk syke i skolene, er de som er der meget ressurskrevende, spesielt mens de venter på behandling. Spiser opp tid fra forebyggende og helsefremmende arbeid. Psykologene opplever arbeidssituasjonen som krevende, og ensomt, og dette medfører relativt høy turnover i stillingene. Bydelen har stillinger i ungdomsskoler og videregående skoler, barneskolene etterspør psykologkompetanse. Slik situasjonen er i 2. linjen hvor terskelen for å komme inn er høy og de skrives ut raskt, i tillegg til økende behov fra barn og unge – da er behovet for psykologkompetanse i 1. linjen økende.

9.5 REKRUTTERING AV PSYKOLOGER

Det er 152 kommuner som har svart på hva de har gjort for å forsøke å rekruttere psykologer. Svarene kan grupperes i følgende hovedpunkter:

- Har forsøkt å utlyse stillingen flere ganger
- Kontaktet studiesteder og tilbudt arbeid og lønn til studenter
- Brukt sosiale medier/andre nettverk
- Inngått interkommunalt samarbeid om felles psykologressurs
- Tilbudt høyere lønn, billig bolig, tjenestebil etc.
- Tilbud om stor faglig frihet, kan forme egne arbeidsoppgaver
- Laget reklamefilm
- Kjøpt digitale psykologtjenester
- Samarbeider med spesialisthelsetjenesten for å kunne tilby full stilling
- Tilbyr fleksible arbeidstidsordninger
- Brukt rekrutteringsbyrå/konsulenter
- Direkte kontakt med aktuelle psykologer
- Jobb til partner, barnehageplass
- Samlet psykologkompetansen i egen enhet
- Lagt til rette for videreutdanning
- Gjør ingenting, har ikke ressurser/prioriteres ikke

Men personer med femårig universitetsutdanning er dyrere å ansette enn personer med kortere utdanning:

Alt, men de har så store lønns- og arbeidsvilkår krav at vi ikke kan imøtekomme kravene av hensyn til andre yrkesgrupper i kommunen.

Store kommuner med flere psykologer kan ta organisatoriske grep for å rekruttere og beholde psykologer:

Ansatt alle psykologene i kommunen sammen i en enhet - etablert et fagmiljø for psykologer. Fleksibilitet i fordeling av arbeidsoppgaver mellom psykologene.

Kravene om psykolog for å få midler er vanskelig når de ikke får ansatt psykolog:

Avtale om digital veiledning. Felles psykolog i FACT-team. Vi har BUP nært. Vi søkte om midler til å utvikle rask psykisk helsehjelp, der er det et krav om psykolog for å få midler. Men ingen nye kommuner fikk tilskudd dette året heller dessverre. Noe vi fant underlig. Vi hadde da en plan sammen med DPS om å lyse ut 50% i RPH og resten i FACT, for å få en interessant stilling tilknyttet fagmiljøer.

De prøver å tenke nytt og finne måter å være attraktive for psykologene på:

Barn og unge: Vi har forsøkt alt, også inkludert gobi-rekrutteringsvideo! Sett fra voksenfeltet så må psykologene få noe i kommunene som de ikke får ellers. Viktig at de får drive faget sitt og gi gode faglige tjenester. Vi er også interessert i å se på dette med spesialiseringsforløp. Vi

må bygge opp et miljø og et fagmiljø i det kommunale nettverket som psykologene kan være en del av.

Noen forsøker også å få kjøpt psykologtjenester fra spesialisthelsetjenesten:

Vi er i dialog med Spesialisthelsetjenesten, om det er mulig å kjøpe tjenester. Ingen omkringliggende kommuner har lyktes å få psykolog, etter gjentatte utlysninger- Selv om det er en lovpålagt tjeneste, er det ikke gitt at det lar seg gjennomføre.

Flere oppgir at de har vært i kontakt med psykologforeningen, uten at de oppgir om dette har hatt noen effekt. Andre lyser ut samme stilling flere ganger uten hell:

Vi har lyst ut stillingen 4 ganger siste år.

9.6 RASK PSYKISK HELSEHJELP (RPH)

Det er 317 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og som vist er det 25 prosent av de som har svart som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens tre prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 40 kommuner eller 13 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging.

Tabell 9.1 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp. 2022.

| | Totalt | Prosent |
|---|--------|---------|
| Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud | 79 | 25 |
| Ja, etablert i interkommunalt samarbeid | 10 | 3 |
| Nei | 188 | 59 |
| Under planlegging | 40 | 13 |
| Antall svar | 317 | 100 |

Det er 79 kommuner/bydeler som oppgir at de har etablert RPH og dette stemmer godt med NAPHA sin oversikt som viser at i overkant av 70 kommuner og bydeler har etablert et RPH-tilbud.⁷

Det er også spurt om hvor mange årsverk som er knyttet til Rask psykisk helsehjelp, og totalt rapporteres det om 287 årsverk. Det er altså 59 prosent av de som svarer som oppgir at de ikke har etablert RPH.

9.7 OPPSUMMERING

Innen psykisk helse- og rusarbeid, er det i 2022 totalt 177 kommuner (48 prosent) som oppgir null psykologårsverk i tjenester og tiltak til voksne og 157 kommuner (42 prosent) som oppgir null psykologårsverk innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Det er 114 kommuner (31 prosent) som oppgir at de ikke har psykologårsverk hverken i tjenester til voksne eller i tjenester til barn og unge innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

⁷ <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

Det er 78 prosent av kommunene som oppgir at de har behov for mer psykologkompetanse i tjenester rettet mot voksne, og 76 prosent svarer at de har behov for mer psykologkompetanse i tjenester til barn og unge.

Vi har forsøkt å kartlegge hvilke forløp psykologene arbeider med. Det er 53 prosent som svarer at psykologene i svært stor eller i stor grad arbeider med hovedforløp 1, mens 62 prosent svarer slik om hovedforløp 2 og 35 prosent om hovedforløp 3. Dette kan bety at psykologene i mindre grad arbeider med forløp 3, men dette spørsmålet må videreutvikles til neste år for å få mer pålitelig informasjon. Det var en del kommuner som svarte at de i stor grad arbeider med alle forløp, men det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom svar og antall psykologårsverk de har. Om kommunen for eksempel har tilgang på 0,2 årsverk psykolog, er det problematisk om de svarer at psykologen i stor grad jobber med alle forløpene. Vi må derfor utvikle en annen måte å spørre på, for eksempel be de fordele psykologårsverkene på forløp.

Mange kommuner har forsøkt ulike strategier for å rekruttere psykologer, noen har lyktes og andre ikke. Flere kommuner inngår i interkommunalt samarbeid om felles psykologressurs, mens andre kjøper digitale psykologtjenester. Noen kommuner forsøker også å få til samarbeid med spesialisthelsetjenesten med delt psykologstilling mellom nivåene, og dette kan kanskje også være et effektivt samarbeidstiltak.

Det er 85 prosent av kommunene/bydelene som har besvart spørsmål om Rask psykisk helsehjelp, og av disse er det 25 prosent som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens tre prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 40 kommuner, eller 13 prosent av de som har svart, som oppgir at det er under planlegging. Det er 59 prosent (n=188 kommuner) av de som svarer som oppgir at de ikke har etablert Rask psykisk helsehjelp. Totalt rapporteres det om 287 årsverk i Rask psykisk helsehjelp av kommunene som har etablert dette tilbudet.

10 SELVMORD, SELVSKADING, OVERDOSE, VOLD OG OVERGREP

I september 2020 la Regjeringen fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.⁸ Handlingsplanen styrer etter en nullvisjon for selvmord som skal gjelde for hele samfunnet og i alle sektorer. Tiltakene i handlingsplanen skal bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord, tidlig og god hjelp for personer i selvmordsrisiko, bedre hjelp til etterlatte ved selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Planen inneholder seks mål med tilhørende tiltak:

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

Handlingsplanen følges opp med årsrapporter som dokumenterer hva som er gjort på hvert av tiltakene.⁹

Norge var tidlig på 1990-tallet blant de første landene som utarbeidet en nasjonal strategi for forebygging av selvmord [78]. 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)¹⁰.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord¹¹. Dette materialet gir kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskader og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmaterialet er basert på følgende hovedprinsipper:

⁸<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/3ca981a7408c4491a67a77f85d469e89/arsrapport-etter-andre-driftsar-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025-ingen-a-miste-.pdf>

¹⁰<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

¹¹<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>

- Forebygging, avdekking, behandling og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk bør gis tydelig prioritet og klar forankring i tjenestene.
- Kommunen bør utarbeide plan/delplan for forebygging av selvskading og selvmord.
- Det bør sikres aktivt oppsøkende hjelp der det er behov.
- Kommunen må sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle pasienter og brukere.

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

I 2020 gjennomførte Folkehelseinstituttet en systematisk oversikt over kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge. Når det gjaldt selvmordsrisiko fant de kun én systematisk oversikt der seks ulike verktøy ble vurdert, hvorav det verktøyet som fikk best vurdering mht. kartlegging av selvmordsrisiko blant mindreårige pasienter i kontakt med hjelpeapparatet (uavhengig av årsak) var "Ask Suicide-Screening Questions" (ASQ). Instrumentet består av fire spørsmål som stilles av helsepersonell, det ble vurdert å ha høy sensitivitet, men usikker evidens, etter oversiktsforfatternes vurdering. [79]

En studie der det brukt norske data viser at selvmordstanker og voldstanker kan henge tett sammen [80]. I en spørreundersøkelse blant 1700 personer innlagt i psykisk helsevern, hadde rundt 52 prosent selvmordstanker og 20 prosent hadde tanker om å utføre vold mot andre. Rundt 12 prosent hadde begge deler. Det var særlig blant yngre pasienter uten psykoselidelser at sammenhengene var sterkest.

I 2020 var det 639 selvmord i Norge, og det er ikke funnet at strenge restriksjoner og nedstenginger i den første fasen av pandemien sammenfalt med høyere selvmordsrater [81]. Det samme er funnet internasjonalt [82].

10.1 DATAGRUNNLAG

I 2022 er følgende spørsmål inkludert i kartleggingen:

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

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

10.2 INVOLVERING AV KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

I 2020 inkluderte vi et åpent spørsmål om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er involvert i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord. Basert på disse svarene laget vi svaralternativer på spørsmålet som vises i tabell 10.1. og som ble tatt med både i 2021 og 2022.

At det er få som svarer "på annen måte", tyder på at listen vi laget fra de kvalitative svarene er dekkende. Det er relativt små endringer fra 2021 til 2022, men en nedgang fra 96 til 89 prosent i andel som involveres gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam eller annet kriseteam.

Tabell 10.1 Antall og andel som svarer på hvilken måte tjenestene blir involvert på i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam/annet kriseteam | 315 | 96 | 294 | 89 |
| Involveres gjennom oppfølgende virksomhet | 212 | 65 | 215 | 65 |
| Involveres om bruker tar kontakt | 268 | 82 | 260 | 79 |
| Involveres om andre tjenester tar kontakt | 277 | 85 | 258 | 78 |
| Involveres om det kommer en henvisning | 268 | 82 | 249 | 75 |
| Involveres på annen måte | 23 | 7 | 22 | 7 |
| Antall kommuner/bydeler som har svart | 327 | 100 | 331 | 100 |

Under annet nevnes at de involveres ved bekymringsmeldinger, eller at naboer eller pårørende tar kontakt. Det nevnes også at de kontaktes av skoler, prest, politi og legevakt.

10.3 SKRIFTLIGE RUTINER/PROSEDYRER

Det er endringer i tidsserien i løpet av årene 2018-2021, men for noen av punktene kan vi se utviklingen, se tabell 10.2. I 2022 er det 49 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent, så det er en økning på ti prosentpoeng på fem år. Det er tilsvarende en økning på åtte prosentpoeng i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Ellers er det små endringer.

Tabell 10.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018-2022.

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

Tabell 10.3 viser alle temaene som inngikk i kartleggingen i 2022, og resultatene viser at det er mange kommuner som mangler skriftlige rutiner/prosedyrer for disse situasjonene. Årsaken er trolig at mange ikke er i kontakt med tjenestene i utgangspunktet når handlingen skjer eller situasjonen oppstår. Siste rad viser at det er 63 prosent som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester.

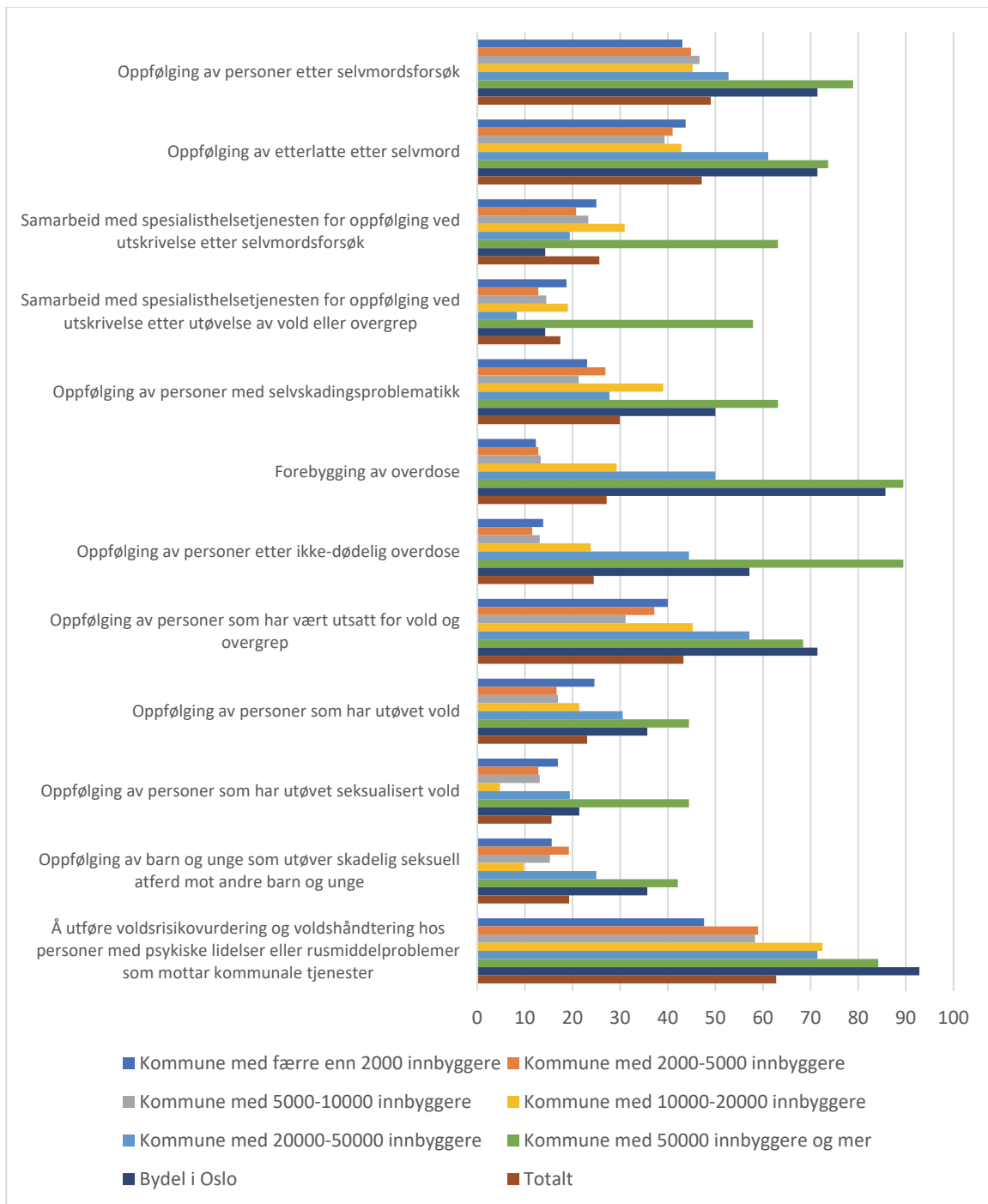
Det er særlig skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten mange mangler, og for oppfølging av personer som har utøvet vold, seksualisert vold og skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge.

Tabell 10.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2022.

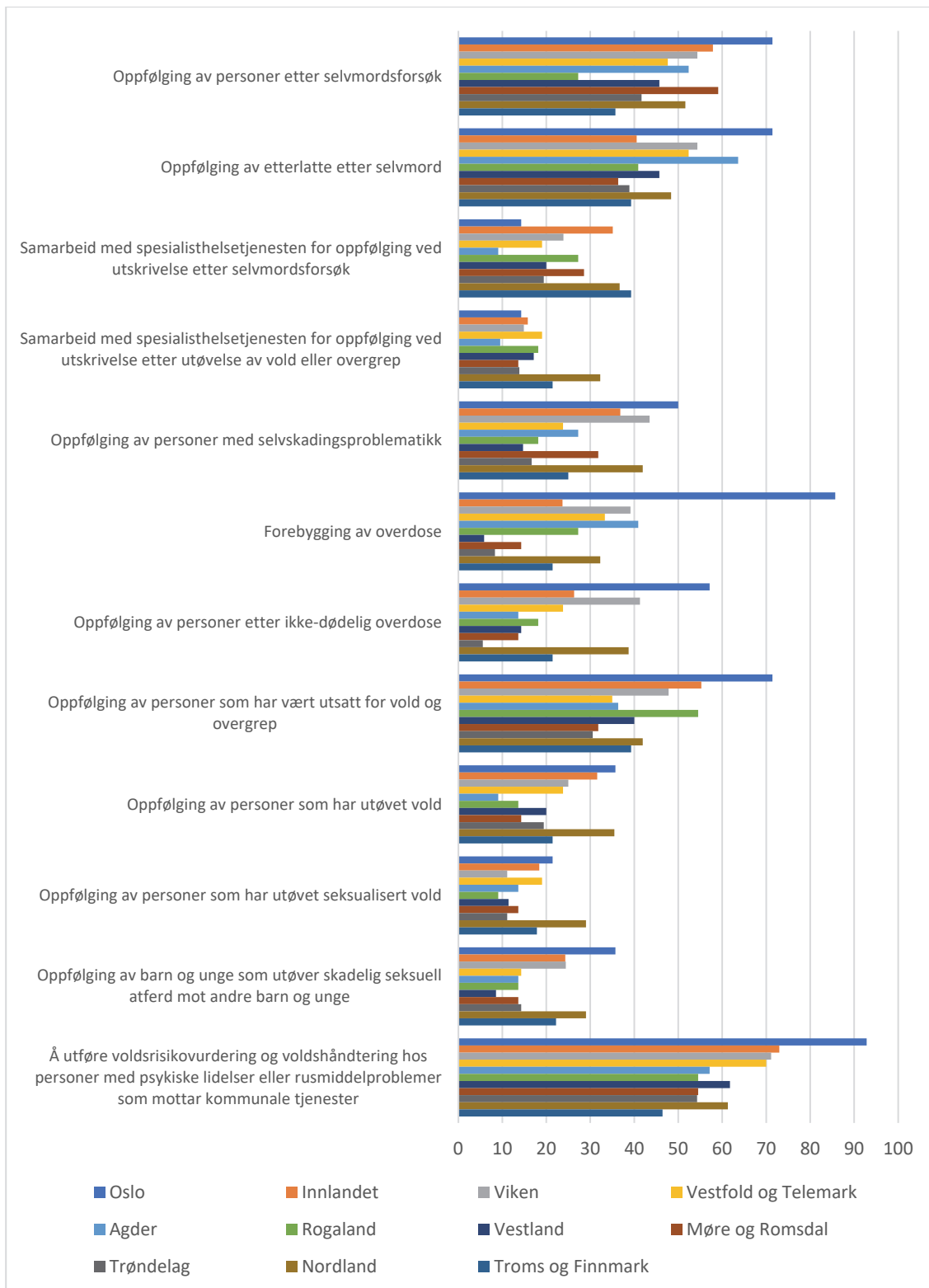
| | Ja | Nei | Vet ikke | Totalt | Prosent som svarer ja |
|---|-----|-----|----------|--------|-----------------------|
| Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk | 154 | 136 | 24 | 314 | 49 |
| Oppfølging av etterlatte etter selvmord | 148 | 134 | 32 | 314 | 47 |
| Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk | 80 | 189 | 43 | 312 | 26 |
| Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep | 55 | 214 | 46 | 315 | 17 |
| Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk | 94 | 190 | 30 | 314 | 30 |
| Forebygging av overdose | 85 | 198 | 30 | 313 | 27 |
| Oppfølging av personer etter ikke-dødelig overdose | 77 | 204 | 34 | 315 | 24 |
| Oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep | 136 | 146 | 32 | 314 | 43 |
| Oppfølging av personer som har utøvet vold | 72 | 197 | 43 | 312 | 23 |
| Oppfølging av personer som har utøvet seksualisert vold | 49 | 215 | 50 | 314 | 16 |
| Oppfølging av barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge | 60 | 174 | 77 | 311 | 19 |
| Å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester | 194 | 83 | 32 | 309 | 63 |

Om personene som er involvert i hendelsen mottar kommunale tjenester når situasjonen oppstår, har kommunene sannsynligvis i større grad virksomme rutiner.

Figur 10.1 og 10.2 viser hhv. forskjeller i andel som oppgir at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer mellom kommuner av ulik størrelse og etter fylke.



Figur 10.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 10.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder. Fylke, 2022.

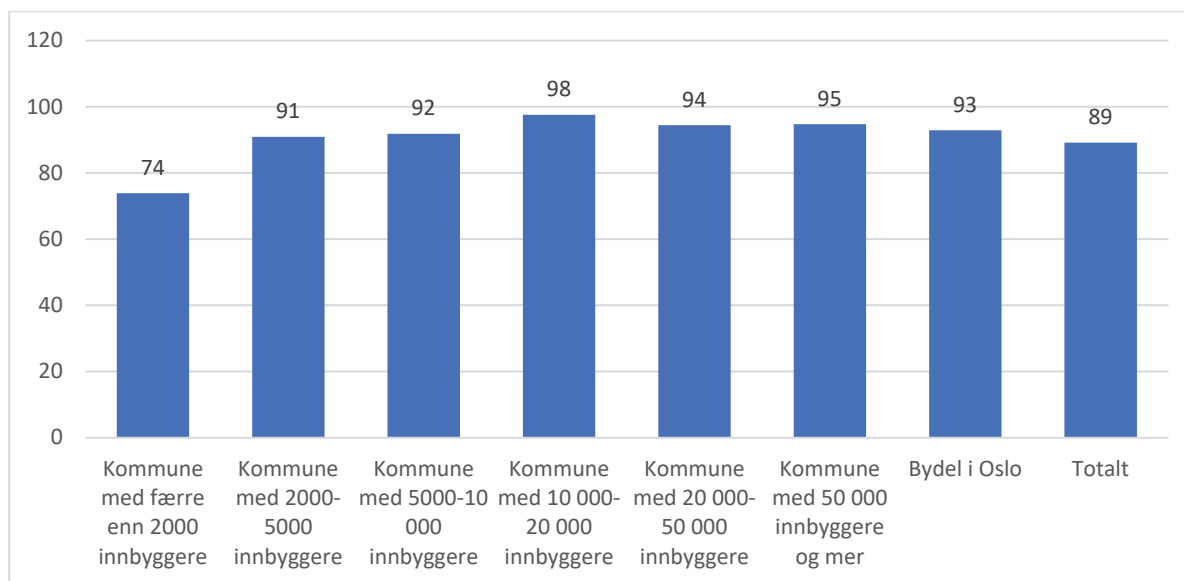
10.4 KJENT MED VEILEDENDE MATERIELL

Som vist i tabell 10.4 svarer totalt 89 prosent av kommunene/bydelene at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk (nederste rad) i 2022. Dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

Tabell 10.4 Prosent av kommunene som har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Kommunestørrelse, 2018-2022.

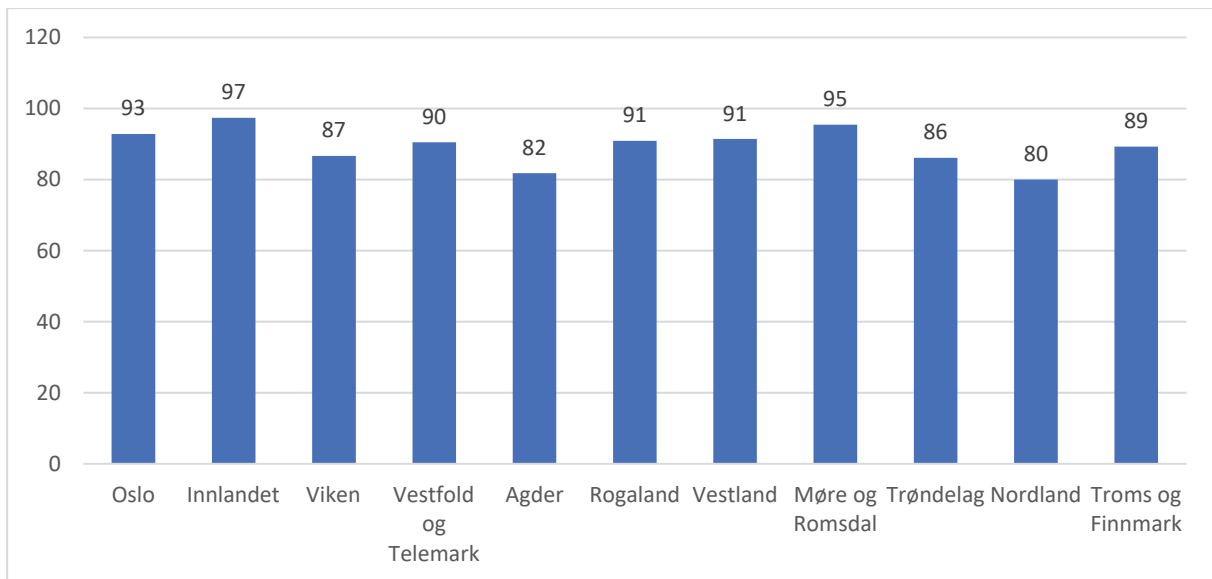
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kommune med færre enn 2000 innbyggere | 73 | 77 | 85 | 85 | 74 |
| Kommune med 2000-5000 innbyggere | 75 | 81 | 86 | 88 | 91 |
| Kommune med 5000-10 000 innbyggere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

Som vist i figur 10.4, er det de aller minste kommunene som i flest tilfeller ikke har gjort seg kjent med materialet, mens andelen er over 90 prosent i de andre gruppene i 2022.



Figur 10.3 Prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk. Kommunestørrelse, 2022.

Som vist i figur 10.5 er ligger kommunene i Nordland og Agder litt lavere enn kommunene i de andre fylkene.



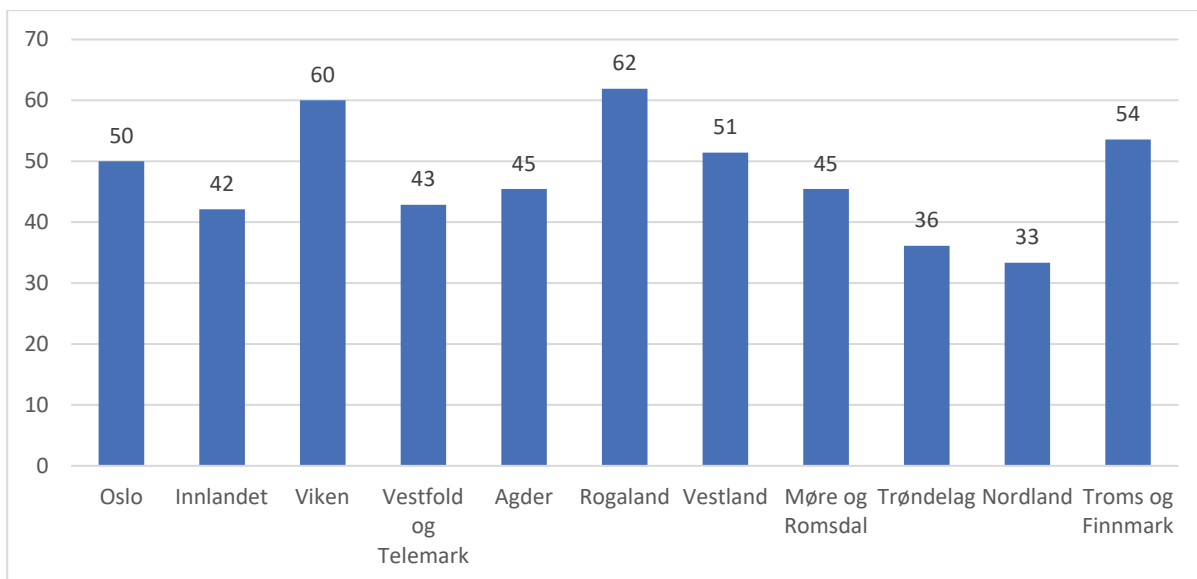
Figur 10.4 Prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende materialet om forebygging av selvskaading og selvmordsforsøk. Fylke, 2022.

10.5 PLAN FOR Å GJØRE VEILEDENDE MATERIELL KJENT

Som vist i siste rad av tabell 10.5, er det en økning fra 26 til 47 prosent av kommunene/bydelene fra 2018 til 2022, som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Det er fortsatt slik at flere av de større kommunene enn de mindre har en slik plan, men det er økning i alle grupper, med unntak av bydelene i Oslo, der det er like stor andel i 2021 og 2022 som i 2018. Fylkesfordelingen for 2022 er vist i figur 10.6.

Tabell 10.5 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materialet kjent for relevant helsepersonell. Kommunestørrelse, 2018-2022.

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



Figur 10.5 Prosent av kommunene som svarer at de har lagt en plan for å gjøre dette materiellet kjent for relevant tverrsektorielt samarbeid, 2022.

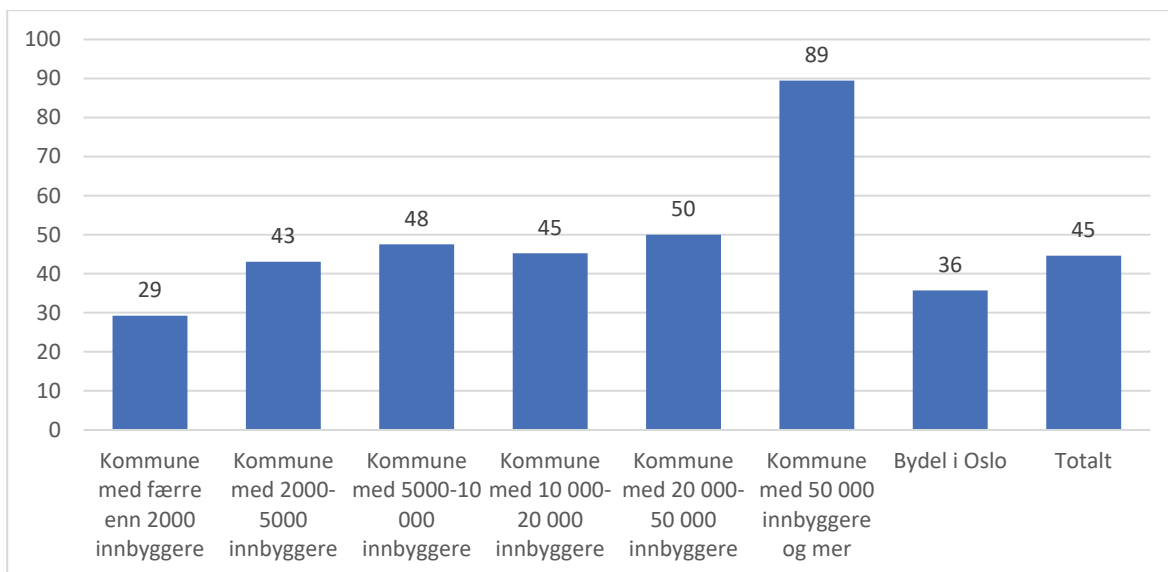
Det er vanskelig ut ifra dette å si at de som svarer at de har lagt en plan det ene året, faktisk har gjort materiellet kjent for relevant helsepersonell. I 2023 bør det derfor spørres om de faktisk har gjort materiellet kjent for relevant helsepersonell.

10.6 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK INNEN SELVMORDSFOREBYGGING

De to siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2022 var det 45 prosent som hadde gjennomført tiltak. Men det er store forskjeller mellom de største og minste kommunene, se figur 10.6.

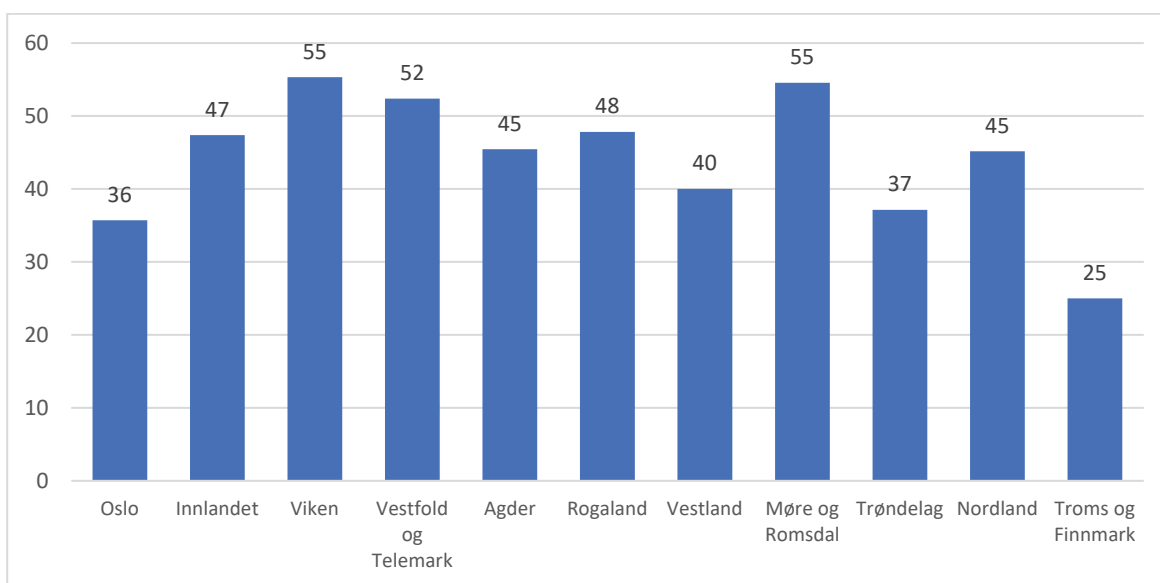
Tabell 10.6 Antall og andel etter om de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 131 | 40 | 141 | 45 |
| Nei | 150 | 46 | 137 | 43 |
| Vet ikke | 46 | 14 | 38 | 12 |
| Total | 327 | 100 | 316 | 100 |



Figur 10.6 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Kommunestørrelse, 2022.

Det er særlig mange kommuner i Viken, Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal som svarer at de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året.



Figur 10.7 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Fylke, 2022.

Tabell 10.7 viser at blant de som har gjennomført kompetansehevende tiltak har flest (61 prosent) hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), mens 57 prosent har gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, og 11 prosent oppgir å ha gjennomført kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) i løpet av siste år.

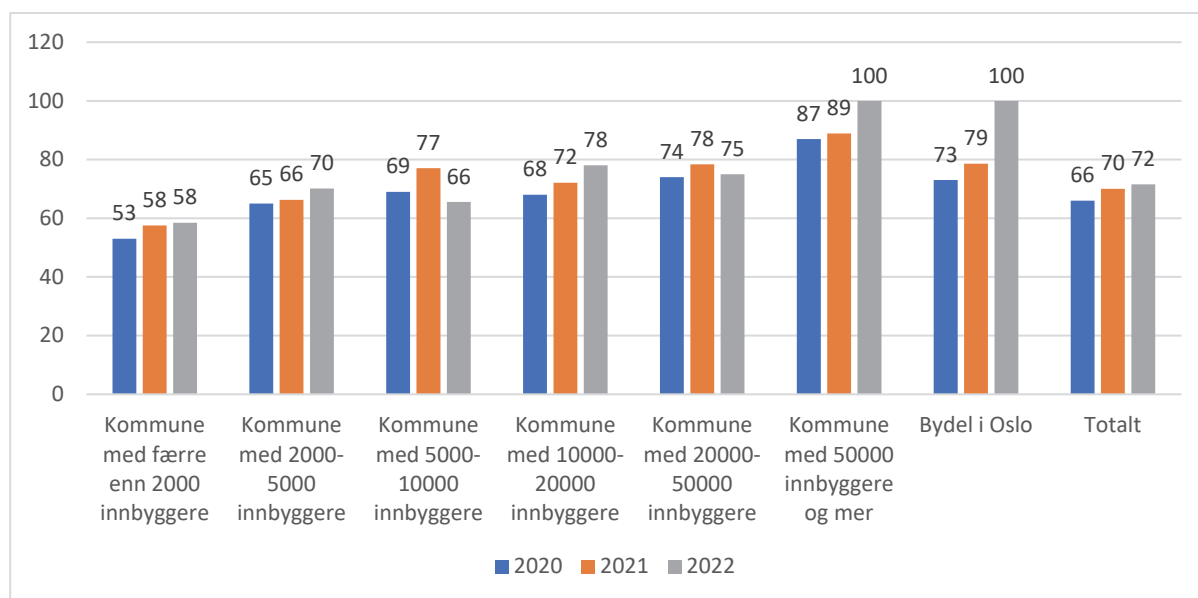
Tabell 10.7 Hvilke kompetansehevende tiltak har ansatte gjennomført når det gjelder arbeid med personer med selvmordsatferd, 2021 og 2022.

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

De 23 som svarer annet, kommenterer de at de har vært på andre kurs som CAMS, ulike e-læringskurs, kurs i regi av FACT, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, videreutdanning i voldsrisikovurdering og -håndtering (ViVo), SEPREP, fått veiledning fra psykolog eller psykiater eller interne kurs.

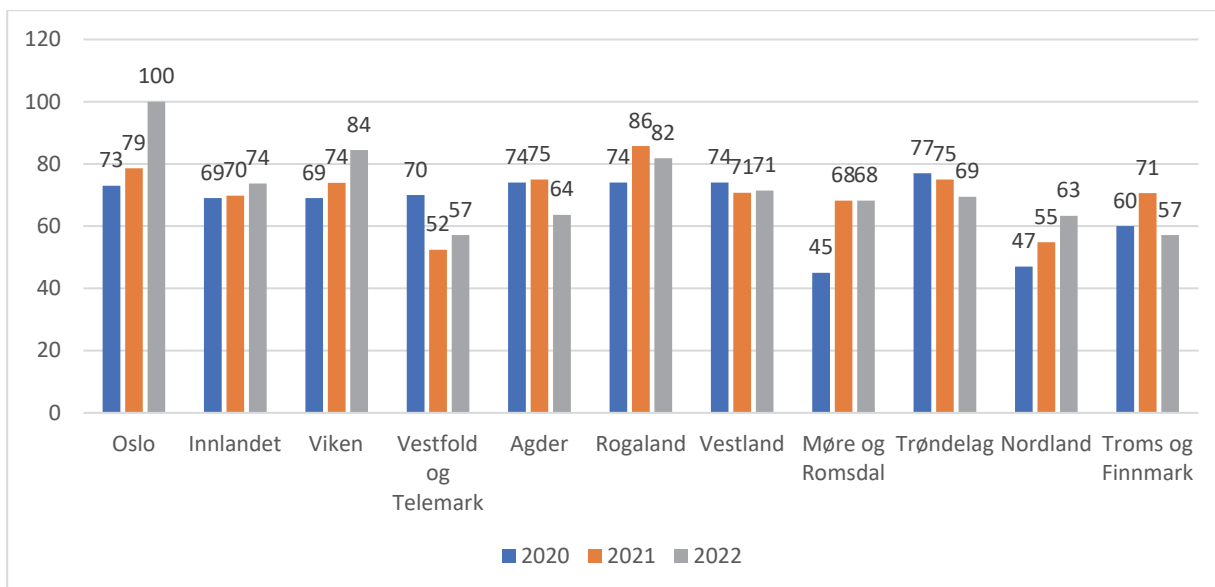
10.7 SYSTEM FOR HÅNDTERING AV VOLD I NÆRE RELASJONER

De siste tre årene har vi spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 313 kommunene/bydelene som har svart (84 prosent av alle), er det 224 (72 prosent) som har svart at de har et slikt system. I 2020 var andelen 66 prosent. Fra figur 10.8 ser vi at de største kommunene nå er oppe i 100 prosent, og dermed har alle kommuner i Norge med mer enn 50 000 innbyggere et system på plass for håndtering av vold i nære relasjoner.



Figur 10.8 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020, 2021 og 2022.

Det er ingen signifikante forskjeller etter fylke i 2022 (figur 10.6).



Figur 10.9 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Fylke, 2020, 2021 og 2022.

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

I 2022 har vi tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner. Det er 315 kommuner/bydeler som har svart (85 prosent), og 57 prosent av disse svarer at de er direkte involvert.

Tabell 10.8 Om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner, 2022.

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 179 | 57 |
| Nei | 107 | 34 |
| Vet ikke | 29 | 9 |
| Total | 315 | 100 |

De som har svart ja, har i tillegg fått et spørsmål om hvordan de er involvert. Det er gitt 154 beskrivelser og det tilsvarer 86 prosent av de som har svart at de er direkte involvert.

Det er stor variasjon i svarene, noen steder er alle enheter invitert til arbeid med utarbeiding av felles handlingsplan mot vold i nære relasjoner, mens andre steder er det psykisk helse- og rusarbeid som utarbeider prosedyrer. Tjenestene involveres også ved at andre enheter eller instanser tar kontakt ved mistanker, eller når det kommer bekymringsmeldinger. Andre svarer at de involveres gjennom å delta i arbeidsgrupper, ressursgrupper, konsultasjonsteam eller tverretatlige team, og deltar i ulike former for kompetansehevende tiltak. Andre har jevnlig møter, noen hver måned, andre én gang i året i regi av SLT eller politiet. Når kriseteam eller krisesenter er organisert i kommunalt psykisk helse- og rustjeneste er de naturlig nok tett involvert, eller om de har hatt ansvar for å utvikle handlingsplaner etc. Noen oppgir at de er involvert gjennom e-læringskurs som alle ansatte har gjennomgått. Andre jobber forebyggende ved å undervise på skoler eller å ha satsninger fra helsestasjonene. Rutinemessige kartlegginger gjør at de involveres systematisk i noen kommuner, mens andre oppgir at de er involvert i alt fra planarbeid til tjenesteutøving.

Noen oppgir at de arbeider forebyggende ved å møte brukerne, mens andre gir mer omfattende beskrivelser av hvordan de er involvert:

Ansatte i tjenesten skal være oppmerksomme og melde fra når de opplever forhold som kan indikere at spedbarn, barnehagebarn, elever og beboere i institusjoner blir utsatt for vold, omsorgssvikt eller mobbing. Gode hjelpetiltak for voldsutsatte forutsetter en koordinert innsats fra kommunens virksomheter og enheter i samarbeid med eksterne aktører som politi, spesialisthelsetjeneste, voldsmottak og krisesenter. Kommunens veileder "Tidlig inn", beskriver dette arbeidet. Kommunen har i tillegg en handlingsplan som retter seg mot arbeid mot vold i nære relasjoner, samt at kommunen har samarbeid med ATV (Alternativ til vold).

I svangerskapsomsorg, helsestasjon for barn 0-5 år og skolehelsetjenesten er det rutine at man skal spørre om vold i konsultasjonene. Bydelen har også satsningen Barnehjernevernet hvor forebyggende informasjon om vold er tema i barnehager og skoler.

Involvert mellom anna ved - opplæring i snakkemedbarn.no for ressurspersonar i bhg, skule, barnevern, ppt, helsestasjon og tiltakskontor - gjennomgang av ny handlingsplan mot vald i nære relasjoner på Sunnmøre - kursing for å styrke kompetanse om vald og overgrep - tilsett som er fast deltakar i Rebessa ressursteam i Møre og Romsdal (barn og unge med bekymringsfull eller skadeleg seksuell atferd).

Sinnemestringskurs, dialog mellom tjenester på tvers, vurderingssamtaler, regulering av adferd i oppfølging, KIB.

Vært med å utarbeide plan for forebygging av vold i nære relasjoner og plan for kompetanseheving. Leder for helsestasjon og leder for avdeling rus og psykisk helse sitter i lederteam og sammen med tjenesteleder og leder for tildelingskontoret har vi ansvar for at plan for vold i nære relasjoner og plan for kompetanseheving er levende dokument som er godt kjent i alle relevante tjenester.

En av kommunene svarer at det er vanskelig å avdekke vold i nære relasjoner, selv om det er stort fokus på det:

Vi har fokus på det i alle kontakter. Men vår erfaring er at det er svært krevende, vanskelig å avdekke.

Dette stemmer godt med tidligere funn. I 2021 spurte vi om hva som er de største utfordringene i arbeidet med vold og overgrep, og kommunene/bydelene meldte om følgende punkter:

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

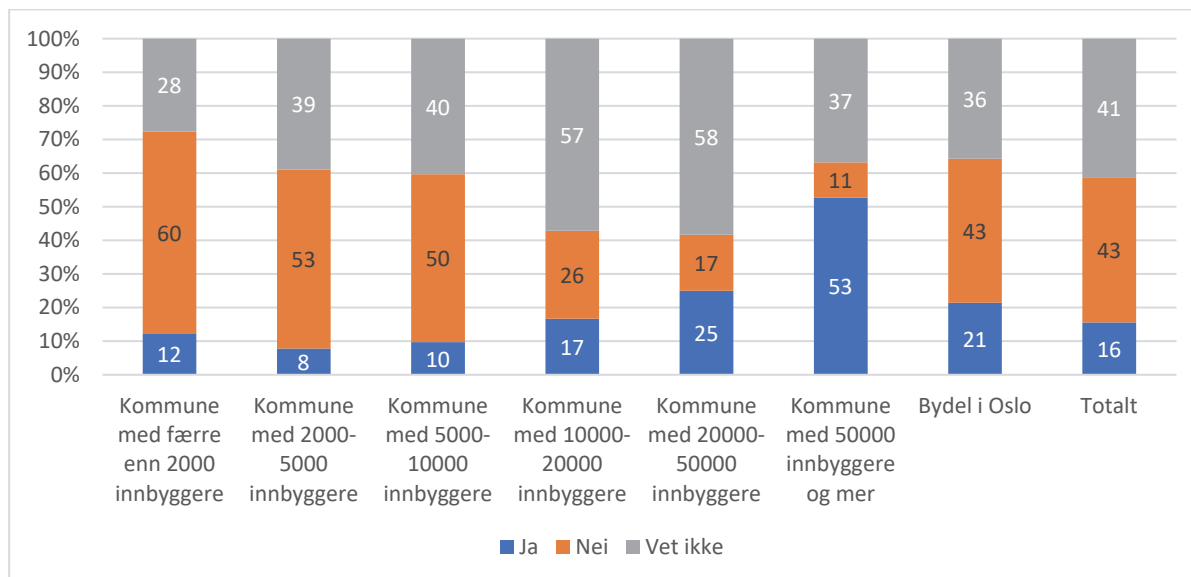
10.9 ENDRING AV AVDEKKING AV VOLD I NÆRE RELASJONER I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE

I 2021 og 2022 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og svarfordelingen er vist i tabell 10.9. I 2022 er det betydelig flere som svarer at de ikke vet enn i 2021, og det kan bety at kommunene ikke har oversikt over antall tilfeller fordi ansvaret er spredt på ulike enheter eller fordi det ikke registreres systematisk. Men det er 16 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene.

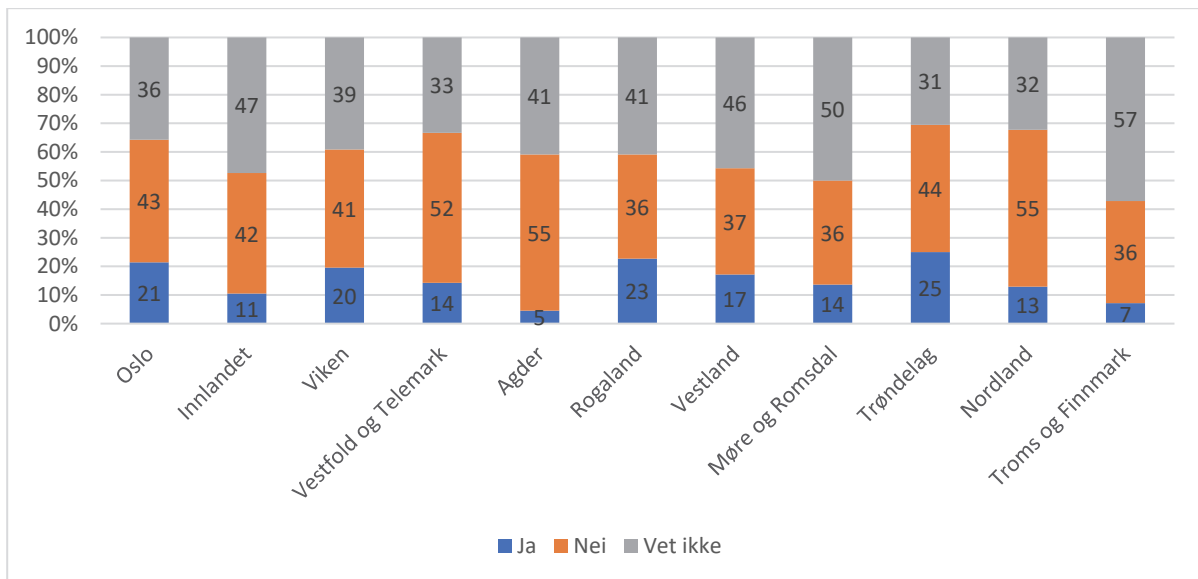
Tabell 10.9 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. 2021.

| | 2021 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 59 | 18 | 49 | 16 |
| Nei | 176 | 54 | 136 | 43 |
| Vet ikke | 93 | 28 | 130 | 41 |
| Total | 328 | 100 | 315 | 100 |

Som vist i figur 10.10 er det de mellomstore kommunene som i minst grad har oversikt over utviklingen (over halvparten svarer 'Vet ikke'), mens de største og minste kommunene oftere svarer at det ikke har vært en økning. Det er særlig i kommuner med over 50 000 innbyggere mange har registrert en økning, der 53 prosent svarer at de har registrert en økning i avdekking.



Figur 10.10 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 10.11 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Fylke, 2022.

Det er 52 som har gitt en kommentar til svaret sitt og noen oppgir at antall ikke systematisk registreres og at de derfor har svart at de ikke vet. Noen oppgir at barnevernet har registrert en økning i vold i nære relasjoner, andre at det spørres om vold gjennom kartleggings- eller oppstartsamtaler, men at de ikke føres noen statistikk.

Andre oppgir at det er lite som avdekkes:

Det er grunn til bekymring rundt dette fordi det er svært lite avdekkinga av vold i nære relasjoner.

Andre ser utviklingen fra politistatistikk eller legevakt:

Det er økning i antall politianmeldte saker i kommunen.

Det er politi og legevakt som har oversikt på dette.

Det har vært en økning av vold i nære relasjoner gjennom hele pandemien, noe også politiet bekrefter.

Noen oppgir at helsesykepleier opplever økning:

Fleire barn forteller til helsesykepleier i skolen.

Noen nevner også psykisk vold:

Opplever økt andel henvisninger med bla psykisk vold.

Flere oppgir at det tidligere var en økning i pandemien, men at det nå normaliseres:

Var en dobling i 2020 i antall bekymringsmeldinger vedrørende vold i nære relasjoner til barnevernet under pandemien, men det ser ut til å være på vei til å normalisere seg.

Noen får informasjon fra overgrepsmottak:

Økning er registrert ved Overgrepsmottaket. De øvrige enhetene melder ikke om vesentlig økning. Vi legger frem rapport 2 ganger årlig til politisk behandling om dette temaet.

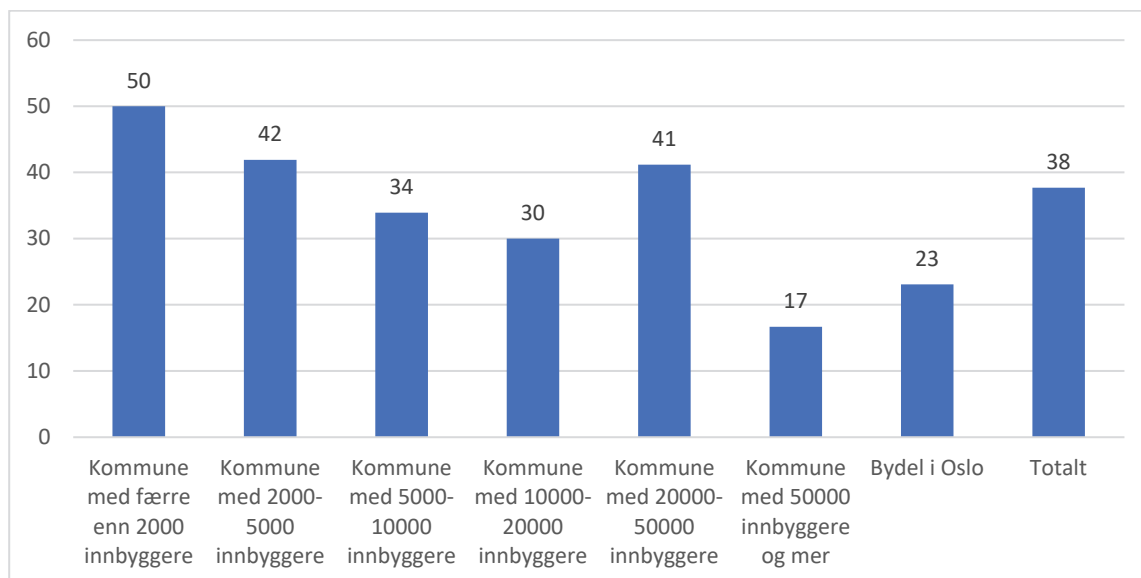
10.10 PROAKTIV OPPFØLGING AV PERSONER MED KJENT RISIKO FOR VOLDSPROBLEMATIKK

Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (13 prosent), se tabell 10.10. Det er økning fra 7 til 13 prosent fra 2021 til 2022 i andel som svarer i svært stor eller i stor grad, og en nedgang i andel som svarer i liten eller i svært liten grad.

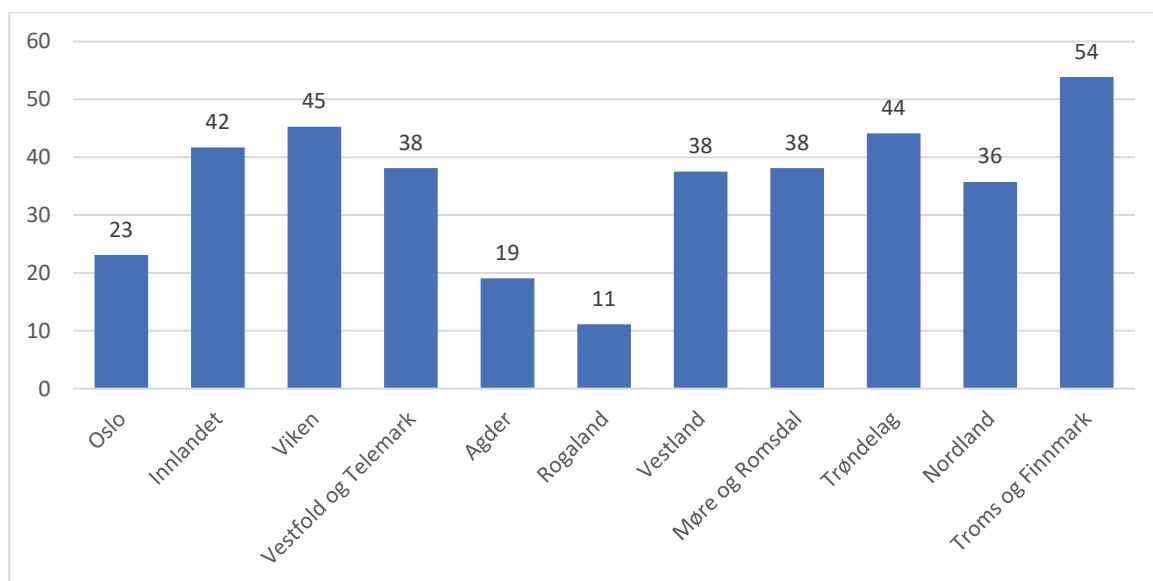
Tabell 10.10 I hvilken grad har kommunen/bydelen lyktes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 3 | 1 | 5 | 2 |
| I stor grad | 19 | 6 | 32 | 11 |
| I noen grad | 152 | 48 | 145 | 50 |
| I liten grad | 92 | 29 | 71 | 24 |
| I svært liten grad | 48 | 15 | 39 | 13 |
| Total | 314 | 100 | 292 | 100 |

Fordi det fortsatt er få som svarer i stor eller svært stor grad, ser vi på andel som svarer i liten eller svært liten grad og sammenlikner kommuner av ulik størrelse (figur 10.12) og i ulike fylker (figur 10.13).



Figur 10.12 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i liten eller svært liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 10.13 Prosent av kommunene/bydelen bydelene som svarer at de i liten eller svært liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Fylke, 2022.

Det er gitt 100 kommentarer til proaktiv oppfølging i 2022 og de oppgir blant annet følgende utfordringer i arbeidet med proaktiv oppfølging:

- Å identifisere og komme tidlig nok inn.
- Aktuelle brukere velger å ikke ta imot tilbud.
- Ansatte utsettes for risiko.
- Vanskelig å hjelpe brukere i aktiv rus.
- Har ikke godt nok etablert et tverrfaglig samarbeid.
- Voldsutsatte forsøker å skjule at det skjer.

Det er også noen som ser positive resultater av arbeidet de gjør eller at det fungerer bra:

De miljøene som jobber proaktivt, kan se positive resultater. Gjelder lavterskel rustilbud ("Rusakutt" og botiltak for rusavhengige).

Det samarbeides tett med spesialisthelsetjeneste og innimellom med politi rundt personer med kjent voldsproblematikk som er bosatt i egne boliger og er på tvungent psykisk helsevern u/døgn.

Felles forståelse med politi og spesialisthelsetjeneste kan være en utfordring. Men stort sett fungerer dette bra. Vi har egen kommunepolitikontakt.

Noen oppgir også at de ikke har brukere med kjent voldsproblematikk:

Det har ikke vært brukere med kjent risiko for voldsproblematikk hos psykisk helsetjeneste det siste året.

Andre skriver at de mangler rutiner:

Det jobbes i Rus og psykisk helsetjeneste med oppfølging i de tilfeller aktuell fastlege i samarbeid med bruker ber om hjelp til oppfølging. Utfordringen er at tjenesten har svært få slike saker og at man av den grunn ikke har laget prosedyrer på hvordan slikt samarbeid skal foregå.

En av kommunene oppsummerer det slik:

For enkelte har vi fått på plass bedre innramming slik at samfunnet i større grad beskyttes, det handler om døgnbemanning, struktur og rutiner for samarbeid med politi for anmeldelser etc. Vi har systematisk samarbeid med politi og spesialisthelsetjenesten. Vi har stort fokus på forebygging i tjenester for barn og unge, nylig gjennomført sinnemestringskurs (både kommunalt og interkommunalt). I enkelte saker har vi ikke hjemler og rammer for å komme i posisjon til å forebygge voldsproblematikk.

Noen har gode erfaringer fra oppfølging av enkeltpasienter:

Hatt oppfølging over noen år med pasient som er utskrevet fra sikkerhetsavdeling og fengsel. Lykkes med tett oppfølging, aktivitet på dagtid og et nært samarbeid med spesialisthelsetjeneste. Musikterapi har vært avgjørende.

En annen kommune beskriver problemer med lovendringen i 2017 som hadde som formål å heve terskelen for bruk av tvang:

I slike saker er vi avhengig av et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og har hatt godt samarbeid i flere saker vedrørende voldsrisiko. Særlig godt samarbeid med sikkerhetsavdeling. Det har imidlertid skjedd at kommunen har opplevd det som krevende å få rett hjelp i enkeltsaker. Særlig der hvor bruker er relativt ukjent for spesialisthelsetjenesten, må vi i kommunehelsetjenesten ha enormt god begrunnelse/dokumentere vår bekymring, for å kunne få rett hjelp. Ny tvangslov i 2017, skapte større vanskeligheter med å få brukere f.eks inn på tvungen observasjon. Vi opplevde i 2012 at våre bekymringer ikke ble tatt til følge i spesialisthelsetjenesten, selv etter stort påtrykk. Vi fikk reell hjelp først etter en opplevd voldshendelse. Da hadde vi i prosessen i forkant regelmessig samtaler med spesialisthelsetjenesten. I dag må vi (pga. ny lov om tvungent psykisk helsevern) nesten vente til skaden er skjedd. Dessverre.

Ett av svarene nevner MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk), som er et opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren:

Omfattende opplæring i MAP. Volds- og risikovurderinger både internt og sammen med spesialisthelsetjenesten. Bygningsmessige tilrettelegginger for å redusere risiko for vold og utagering. Et eget tiltak (Sent ute) som jobber med noen av de som utøver mye vold på åpne russcener.

Ikke alle får god nok bistand fra politiet:

Politiet synes å fraskrive seg ansvar for å bistå der det er gjentakende fare for vold, med begrunnelse om at dette bør ivaretas fra helse og omsorg med økt bemanning. Gjelder til dels

også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Manglende kunnskap om kommunens lovhjemler og avgrensninger ift. tvang.

En annen beskriver godt samarbeid mellom mange aktører:

Problemstillinga er krevande og utfordringane sin art gjer at det ofte er vanskelig å finne gode løysingar. Vi har eit svært godt samarbeid med politiet/politikontakt/familievoldskoordinator, barnevernteneste, Krisesenter, Veiledningssenteret for pårørende.

Mange skriver bare 'ressursmangel'. Andre er mer konkret på hva som må forbedres:

Tilsette må framleis styrkast på å forebyggje, avdekke og stoppe vald i nære relasjonar. Alle må vere kjent med avvergeplikten, opplysningsplikten og meldeplikt.

Å være tett på rusmiljøet i kommunen kan være en viktig strategi:

Vi har et etablert rusteam i kommunen som følger rusmiljøet tett, og som har god kontakt og god oversikt i dette miljøet, og er med på å forebygge utagering/vold.

Noen er på gang:

Vold er en problematikk som er vanskelig å snakke om og et tabubelagt tema hos både de som utøver volden og de som blir utsatt for den. I kommunen har vi heller ingen plan for å jobbe proaktiv ut mot voldsutøver. På ROP har vi startet samarbeid med ATV, Alternativ til vold, helt i oppstartsfasen.

Krisesentrene er sentrale:

Voldsutsatt returnerer til voldsutøver til tross for botilbud fra kommunen. Oppfølging blir dermed vanskeligere, men dette er kjent problematikk. Godt samarbeid med krisesenter er positivt i denne sammenheng.

Voldsutsatte i aktiv rus ekskluderes fra krisesenter.

10.11 OPPSUMMERING

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de involveres i oppfølgingen etter vold, selvmordsforsøk eller pårørende/etterlatte ved selvmord gjennom deltakelse i psykososialt kriseteam eller annet kriseteam. Det er 79 prosent som oppgir at de involveres om bruker tar kontakt, 78 prosent om andre tjenester tar kontakt og 75 prosent om det kommer en henvisning. Det er 65 prosent som svarer at de involveres gjennom oppfølgende virksomhet.

I 2022 er det 49 prosent som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, mens andelen i 2018 var 39 prosent. Det er tilsvarende en økning på åtte prosentpoeng i andel som svarer at de har skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk, og andelen er nå 30 prosent. Det er særlig få som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk (26 prosent). Det er også få som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter utøvelse av vold eller overgrep (17 prosent), oppfølging av personer som har utøvet vold (16 prosent) og for oppfølging av barn og unge

som utøver skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge (19 prosent). Det er flest som oppgir at de har skriftlige rutiner/prosedyrer på å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester (63 prosent).

Det veiledende materialet for forebygging av selvskadning og selvmordsforsøk fra Helsedirektoratet har god spredning til kommunene. I 2022 er det 89 prosent av kommunene i landet som svarer at de har gjort seg kjent med det veiledende, og dette er en økning fra 77 prosent i 2018.

De to siste årene har vi spurt om kommunen har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd. Det var 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak siste år i 2021 og i 2022 var det 45 prosent som hadde gjennomført tiltak. Andelen øker systematisk med kommunestørrelse.

System for håndtering av vold i nære relasjoner oppgis å være på plass i 72 prosent av kommunene og dette er en økning fra 66 prosent i 2020. De største kommunene nå er oppe i 100 prosent, og dermed har alle kommuner i Norge med mer enn 50 000 innbyggere et system på plass for håndtering av vold i nære relasjoner.

I 2022 har vi tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid er direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner og 57 prosent svarer at de er direkte involvert. De kan være involvert i alt fra planarbeid, kompetansehevende tiltak, deltakelse i ulike grupper eller team, til direkte forebyggingsarbeid på skoler eller helsestasjoner.

I 2021 og 2022 har vi tatt med et spørsmål om det har vært en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, og det er 16 prosent som oppgir at det er registrert en økning i avdekking i løpet av de siste 12 månedene. Mange oppgir at de ikke vet (41 prosent) og dette kan skyldes at kommunen ikke fører noe statistikk på avdekking av vold i nære relasjoner.

Det er få som svarer at de i stor eller svært stor grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk (13 prosent). Kommunene oppgir følgende hovedutfordringer når det gjelder proaktiv oppfølging av personer med kjent voldsproblematikk: å identifisere og komme tidlig nok inn, at voldsutsatte forsøker å skjule at de utsettes for vold, at aktuelle brukere velger å ikke ta imot tilbud, at det er vanskelig å hjelpe brukere i aktiv rus, at ansatte utsettes for risiko og at utfordringene skyldes at det ikke er etablert et godt nok tverrfaglig samarbeid.

11 HELSEFELLESSKAP

Etableringen av helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de som er mest sårbare i forhold til de organisatoriske skillene i helsetjenesten, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan, som gjelder fra 2020 og for en fireårsperiode. Regjeringen og KS inngikk en avtale om å etablere 19 helsefellesskap i oktober 2019. Et helsefellesskap er en samarbeidsarena mellom hvert helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. Nasjonal helse- og sykehusplan angir fire prioriterte grupper for helsefellesskapenes arbeid: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Fellesskapene er organisert på tre nivåer, et overordnet årlig partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og flere faglig samarbeidsutvalg. For å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning er det anbefalt at lokale fastleger skal være representert på alle nivåene. Flere av helsefellesskapene har valgt å bruke kompetansebroen.no som digital samhandlingsplattform.¹²

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

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

Som i 2021 har vi tatt med følgende spørsmål i årets kartlegging:

- Har ansatte i tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid deltatt på arrangementer/møter der helsefellesskap har vært tema?
- I hvilken grad har dere opplevd at helsefellesskapet dere er en del av har ført til bedre samarbeid om
 - voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet?
 - barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet?
- I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen til de pasientene/brukerne som trenger det mest?
- Om dere har andre kommentarer/erfaringer med helsefellesskap, kan dere skrive her (åpent tekstfelt).

¹² Se f.eks. Helsefellesskapene Ahus: <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/helsefellesskapene-ahus?o=ahus>

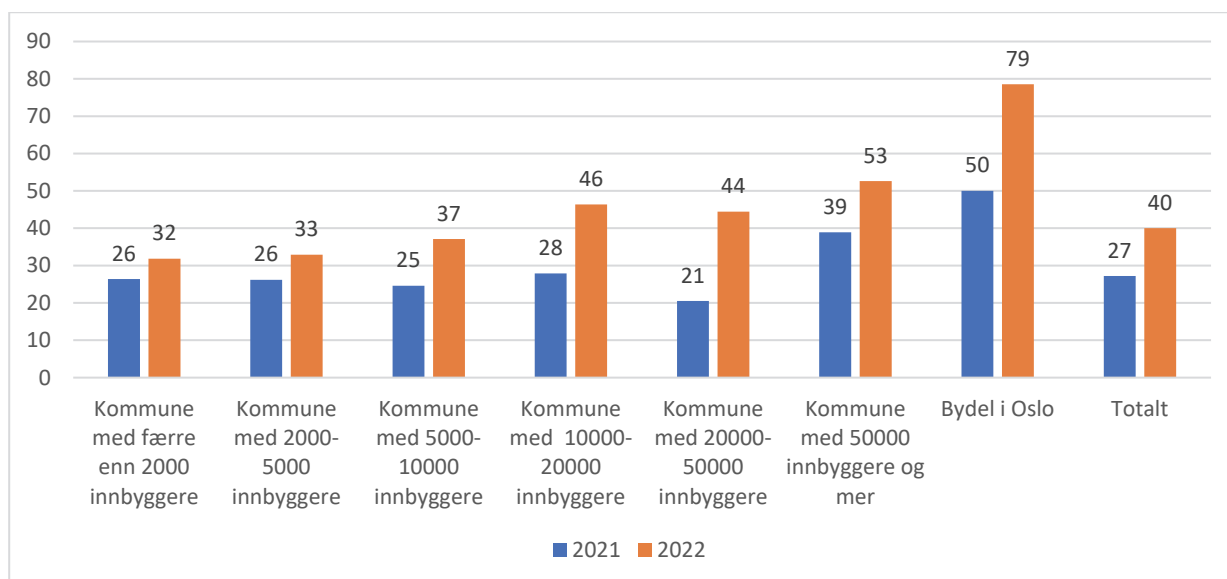
11.1 DELTATT PÅ ARRANGEMENTER/MØTER DER HELSEFELLESSKAP HAR VÆRT TEMA

Fra tabell 11.1 ser vi at av de som har svart på spørsmålene om helsefellesskap, er det 40 prosent som svarer at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, og dette er en økning fra 27 prosent i 2021.

Tabell 11.1 Antall og andel som har svart at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på arrangementer/møter der helsefellesskap har vært tema, 2021 og 2022.

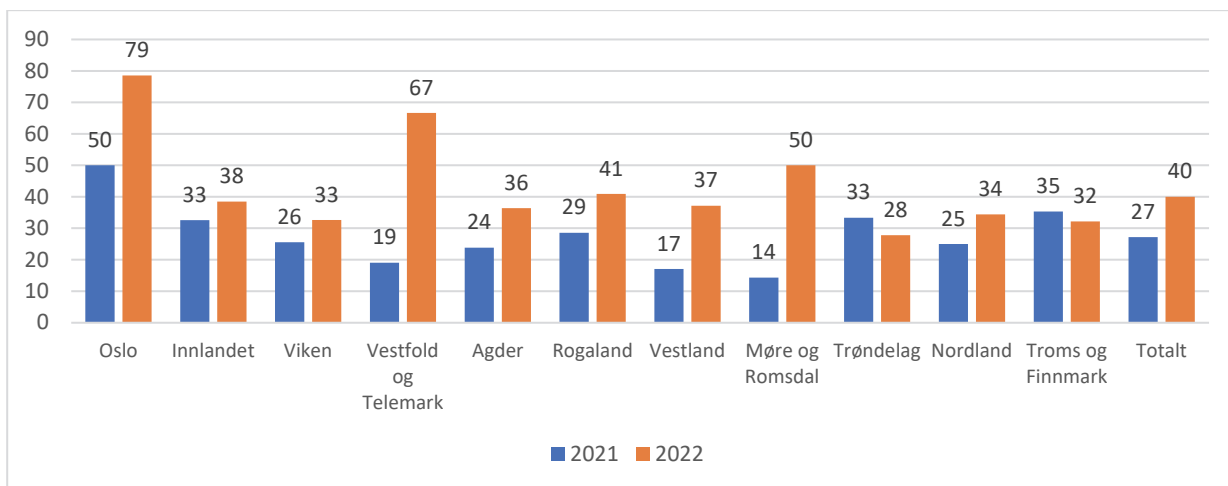
| | 2021 | | | 2022 | | |
|---------------|------------|---------------|---------------------------|------------|---------------|---------------------------|
| | Antall | Andel av alle | Andel av de som har svart | Antall | Andel av alle | Andel av de som har svart |
| Ja | 90 | 24 | 27 | 126 | 34 | 40 |
| Nei | 206 | 55 | 62 | 147 | 40 | 46 |
| Vet ikke | 35 | 9 | 11 | 44 | 12 | 14 |
| Ikke svart | 41 | 11 | | 55 | 15 | |
| Totalt | 372 | 100 | 100 | 372 | 100 | 100 |

Her er det interessant å se på andel som svarer ja i forhold til kommunestørrelse (figur 11.1) og geografisk spredning (figur 11.2). Det er både i 2021 og i 2022 kun bydelene i Oslo som skiller seg systematisk fra resten ved at 79 prosent av bydelene som har svart oppgir at de har deltatt på møter eller arrangementer der helsefellesskap har vært tema, det er ikke signifikante forskjeller mellom resten av kommunene etter størrelse.



Figur 11.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har deltatt på arrangement/møter der helsefellesskap har vært tema. Kommunestørrelse, 2021 og 2022.

Det er økning i andelen i alle fylker med unntak av i Trøndelag og i Troms og Finnmark der det er en liten nedgang. Men begge disse fylkene lå relativt høyt i 2021. Det er i 2022 bydelene i Oslo og kommunene i Vestfold og Telemark som ligger systematisk høyere enn kommuner i øvrige fylker, også når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 11.2 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har deltatt på arrangement/møter der helsefelleskap har vært tema. Fylke, 2021 og 2022.

11.2 BEDRE SAMARBEID OM ULIKE GRUPPER

Som vist i tabell 11.2 er det seks prosent som i 2022 svarer at helsefelleskapet i svært stor eller i stor grad har ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet. Dette er en liten økning fra to prosent i 2021. Det er også færre som svarer at de ikke vet om samarbeidet er bedret i 2022 (51 prosent) enn i 2021 (64 prosent). Det er tilsvarende utvikling når det gjelder samarbeid om barn og unge, se tabell 11.3.

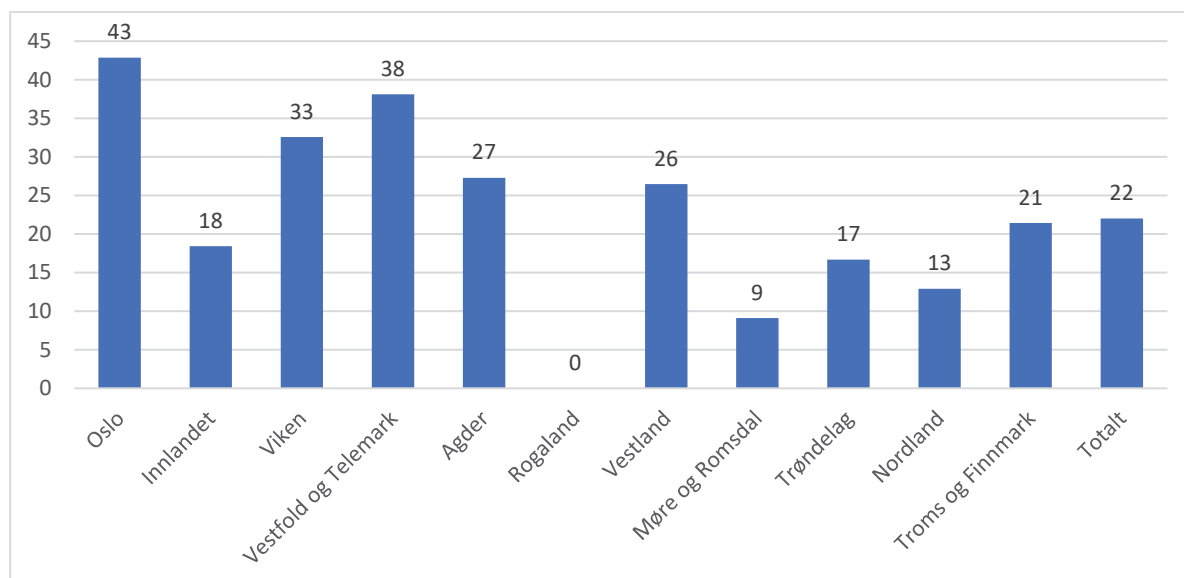
Tabell 11.2 I hvilken grad kommunene har opplevd at helsefelleskapet de er en del av har ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 1 | 0 | 2 | 1 |
| I stor grad | 5 | 2 | 14 | 5 |
| I noen grad | 41 | 13 | 52 | 17 |
| I liten grad | 24 | 8 | 30 | 10 |
| I svært liten grad | 41 | 13 | 53 | 17 |
| Vet ikke | 203 | 64 | 160 | 51 |
| Totalt | 315 | 100 | 311 | 100 |

Tabell 11.3 I hvilken grad kommunene har opplevd at helsefelleskapet de er en del av har ført til bedre samarbeid om barn og unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 1 | 0 | 0 | 0 |
| I stor grad | 3 | 1 | 11 | 4 |
| I noen grad | 35 | 11 | 47 | 15 |
| I liten grad | 24 | 8 | 29 | 9 |
| I svært liten grad | 38 | 12 | 49 | 16 |
| Vet ikke | 212 | 68 | 171 | 56 |
| Totalt | 313 | 100 | 307 | 100 |

Dersom vi slår sammen de som svarer i svært stor grad, i stor grad og i noen grad og analyserer sannsynligheten for å ha gitt ett av disse svarene, finner vi kun at bydelene i Oslo i større grad enn andre kommuner svarer dette når det gjelder voksne. Det var ingen systematiske forskjeller i 2021. For barn og unge er det ingen signifikante forskjeller i 2022, og det var det heller ikke i 2021. Vi tar derfor med en figur med forskjeller mellom fylker når det gjelder voksne, se figur 11.3.



Figur 11.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor, stor eller i noen grad har opplevd at helsefellesskapet de er en del av har ført til bedre samarbeid om voksne med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet. Fylke, 2022.

11.3 ØKE PRIORITERINGEN TIL DE SOM TRENGER DET MEST

Våren 2022 var det 15 prosent som svarte at helsefellesskapet har bidratt til å øke prioriteringen av de som trenger det mest i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad. Dette er en økning på fem prosentpoeng fra 2021. Det er også færre som svarer at de ikke vet i 2022 (57 prosent) enn i 2021 (70 prosent).

Tabell 11.4 I hvilken grad helsefellesskapet har bidratt til å øke prioriteringen av de pasientene/brukerne som trenger det mest. 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 0 | 0 | 1 | 0 |
| I stor grad | 6 | 2 | 7 | 2 |
| I noen grad | 26 | 8 | 41 | 13 |
| I liten grad | 22 | 7 | 32 | 10 |
| I svært liten grad | 40 | 13 | 53 | 17 |
| Vet ikke | 221 | 70 | 178 | 57 |
| Totalt | 315 | 100 | 312 | 100 |

11.4 FØRSTE INNTRYKK AV HELSEFELLESSKAPENE

Våren 2021 var det 93 kommuner/bydeler som har skrevet inn en kommentar eller erfaring med helsefellesskap. De fleste kommentarene handlet om at de ikke hadde noen erfaring med helsefellesskapene ennå, men noen svarte at dette begrepet var helt nytt for dem. Andre oppga at de visste at ledelsen i kommunen hadde vært på møter der dette hadde vært tema, men at de fra tjenestene foreløpig ikke hadde vært involvert. Flere visste om møter som var planlagt senere på året. Andre svarte at de hadde godt samarbeid og gode strukturer fra før, og noen svarte at helsefellesskap var på planleggingsstadiet.

Våren 2022 var det 91 kommuner/bydeler som skrev inn en kommentar om erfaringene. Det er fortsatt mange som oppgir at det foreløpig ikke er opprettet helsefellesskap der de inngår, eller at de ikke kjenner til et slikt samarbeid. Noen få presiserer ulike helsefellesskap som er etablert, en nevner helsefellesskap mellom skolehelsetjeneste og BUP og en annen nevner spiseforstyrrelser. Det er også en del som svarer at pandemien har gjort at dette arbeidet har blitt utsatt, men det er også noen som oppgir at helsefellesskapet var nyttig i pandemien. Det er også en del kommentarer på at helsefellesskap er noe som foregår på ledernivå, uten at tjenestene får noe informasjon. Andre er mer tålmodige, og svarer at de forventer å få mer informasjon etter hvert.

11.5 OPPSUMMERING

Etableringen av 19 helsefellesskap der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de mest sårbare pasientene, er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Siden personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet skal prioriteres i helsefellesskapene, har vi spurt om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til nå har vært involvert i dette arbeidet. Vi finner at 40 prosent av kommunene/bydelene våren 2022 svarer at ansatte i tjenestene har deltatt på arrangement eller møter der helsefellesskap har vært tema, og dette er en økning fra 27 prosent våren 2021. Det er også en liten økning i andel som svarer at helsefellesskapene har ført til bedre samarbeid og økt prioritering av voksne og barn/unge med alvorlige psykiske lidelser/og eller rusavhengighet, og noen færre svarer at de ikke vet om helsefellesskap har ført til bedre samarbeid eller økt prioritering til de som trenger det mest i 2022 enn i 2021.

Det er stort behov for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene når det gjelder målgruppene for tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og helsefellesskapene har et potensial for å bidra til forbedring i samarbeidet rundt de prioriterte målgruppene. Det er viktig at det ikke blir spesialisthelsetjenesten alene som setter agendaen for helsefellesskapene, men at kunnskap om og erfaring med de inkluderte målgruppene som de kommunale tjenestene har, inkluderes på en systematisk måte i samarbeidet.

12 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

I proposisjon 121 (2018-2019) fremla den forrige regjeringen Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019-2024. Målet med Opptappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, gjennom å introdusere en rekke helsefremmede, forebyggende og behandlende tiltak rettet mot barn og unge i alderen 0-25 år. Opptappingsplanen er organisert i flere hovedmål, hvor omsorg og trygghet i oppveksten, tidlig innsats mot barn og unge som sliter med sin psykiske helse og kompetansefremmende forskning framsettes som hovedmålsetninger for planen. Ifølge en nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid [83], rapporterte over 60 prosent av kommunene at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, og kommunene har etterlyst mer kunnskap om hvilke verktøy og metoder som har effekt for psykisk helse i dette arbeidet. En forskningsbasert evaluering i regi av Folkehelseprogrammet (2017-2026), utvikling av nye indikatorer i Folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata, trekkes fram i Opptappingsplanen som viktige tiltak, som svar på denne etterspørselen fra kommunen.

Barnevernsreformen trådte i kraft 1.1.2022.¹³ Målene i reformen blir kun oppnådd gjennom endringer i hele oppvekstsektoren. Derfor blir barnevernsreformen i tillegg omtalt som en oppvekstreform. Den flytter mer ansvar til kommunene på barnevernsområdet. Reformen skal bidra til å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats, og fra og med høsten 2022 gis barn og unge som trenger koordinerte tjenester, rett til en barnekoordinator. Reformen er forankret i Prop. 73 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreform). Innstillingen Innst. 354 L (2016–2017). Bakgrunnen for reformen er at ansvaret for barnevernet er delt mellom stat og kommune, og at dette har ført til utfordringer:

- denne ansvarsdelingen har bidratt til utfordringer
- enkelte beslutninger tas langt fra brukerne
- uklare ansvarsforhold kan føre til uforutsigbarhet i tilbudet og samhandlingsutfordringer

Mål med reformen er:

- Kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging.
- Hjelpen skal bli bedre tilpasset barn og familiers behov.
- Rettsikkerheten til barn og familier skal bli godt ivaretatt.
- Ressursbruken og oppgaveløsningen i barnevernet skal bli mer effektiv.

¹³ <https://ny.buudir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/hva-er-barnevernsreformen/>

I 2022 er følgende spørsmål om barn og unge tatt med:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole og barnehage)?
- Har kommunen/bydelen en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge?
- Har kommunens/bydelens tjenester virksomme prosedyrer for når bekymringsmeldinger skal sendes til barnevern og politi?
- Hvilke tjenester i kommunen/bydelen er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem?
- Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022?
 - Hvordan var dere involvert?
- Har kommunen/bydelen egen/egne barnekoordinator(er)?
- I hvilken grad samarbeider kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med barneverntjenesten?
 - Beskriv eventuelle utfordringer i samarbeidet med barnevernstjenestene
 - Har dere forslag til hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom barnevernstjenestene og kommunalt psykisk helsearbeid?

Noen av spørsmålene var med i 2021 og da er begge år tatt med i fremstillingen.

12.1 DEFINERT ANSVAR FOR BEHANDLING OG OPPFØLGING

Som vist i tabell 12.1 er det 66 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen. Det er 9 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2022.

Tabell 12.1 Antall og andel som svarer på i hvilken grad kommunen/bydelen har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 66 | 20 | 73 | 23 |
| I stor grad | 162 | 50 | 135 | 43 |
| I noen grad | 75 | 23 | 79 | 25 |
| I liten grad | 18 | 6 | 22 | 7 |
| I svært liten grad | 4 | 1 | 5 | 2 |
| Total | 325 | 100 | 314 | 100 |

Vi har analysert de som svarer i stor eller svært stor grad og finner ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke.

12.2 LAVTERSKELTILBUD FOR BARN OG UNGE SOM HAR PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Om vi antar at de som har svart i svært stor eller stor grad har et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, er det 67 prosent av kommunene som har dette, se tabell 12.2. Videre kan svarfordelingen bety at 8 prosent ikke har et tilbud utover fastlegetilbudet og helsestasjon, mens hver fjerde kommune har et tilbud som i noen grad er tilpasset målgruppen.

Tabell 12.2 Grad av lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 71 | 22 | 81 | 26 |
| I stor grad | 152 | 47 | 129 | 41 |
| I noen grad | 66 | 20 | 78 | 25 |
| I liten grad | 22 | 7 | 12 | 4 |
| I svært liten grad | 14 | 4 | 13 | 4 |
| Total | 325 | 100 | 313 | 100 |

Det er ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse eller etter fylker i 2022.

12.3 TYDELIGGJØRING OVERFOR INNBYGGERNE HVEM SOM HAR ANSVAR FOR OPPFØLGING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED PSYKISKE PLAGER OG/ELLER LIDELSER

Under halvparten av kommunene/bydelene (43 prosent) svarer at de i stor eller i svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 39 svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2022. Det er relativt små endringer i svarfordelingen fra 2021 til 2022.

Tabell 12.3 I hvilken grad har kommunen/bydelen tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 32 | 10 | 35 | 11 |
| I stor grad | 122 | 38 | 101 | 32 |
| I noen grad | 113 | 35 | 124 | 39 |
| I liten grad | 47 | 15 | 45 | 14 |
| I svært liten grad | 9 | 3 | 9 | 3 |
| Total | 323 | 100 | 314 | 100 |

Det er ingen systematiske forskjeller i andel som svarer i svært stor grad eller i stor grad etter kommunestørrelse eller fylker i 2022.

12.4 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

Det er få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, se tabell 12.4. Andel som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 72 prosent i 2022.

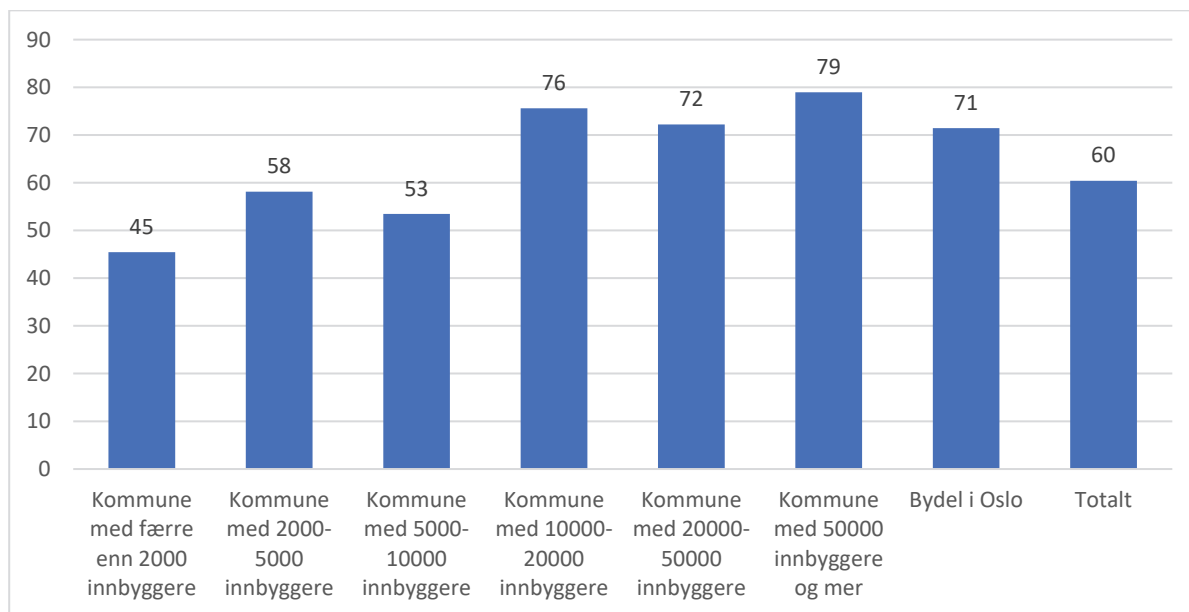
Tabell 12.4 Antall og andel kommuner etter i hvilken grad de opplever at kommunen/bydelene har etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser, 2018-2022.

| | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært liten grad | 0 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| I liten grad | 8 | 2 | 6 | 1 | 5 | 2 | 7 | 2 | 12 | 4 |
| I noen grad | 76 | 19 | 72 | 17 | 40 | 14 | 75 | 23 | 74 | 23 |
| I stor grad | 235 | 57 | 241 | 59 | 175 | 62 | 167 | 51 | 146 | 46 |
| I svært stor grad | 90 | 2 | 88 | 21 | 63 | 22 | 73 | 22 | 81 | 26 |
| Totalt | 409 | 100 | 412 | 100 | 284 | 100 | 325 | 100 | 315 | 100 |

Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i svarene på dette spørsmålet heller.

12.5 OVERORDNET HANDLINGSPLAN/STRATEGI FOR ARBEIDET MED UTSATTE BARN OG UNGE

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2022 har denne andelen økt til 60 prosent. Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 12.1, men det er ikke fylkesforskjeller når vi kontrollerer for størrelsen på kommunene.

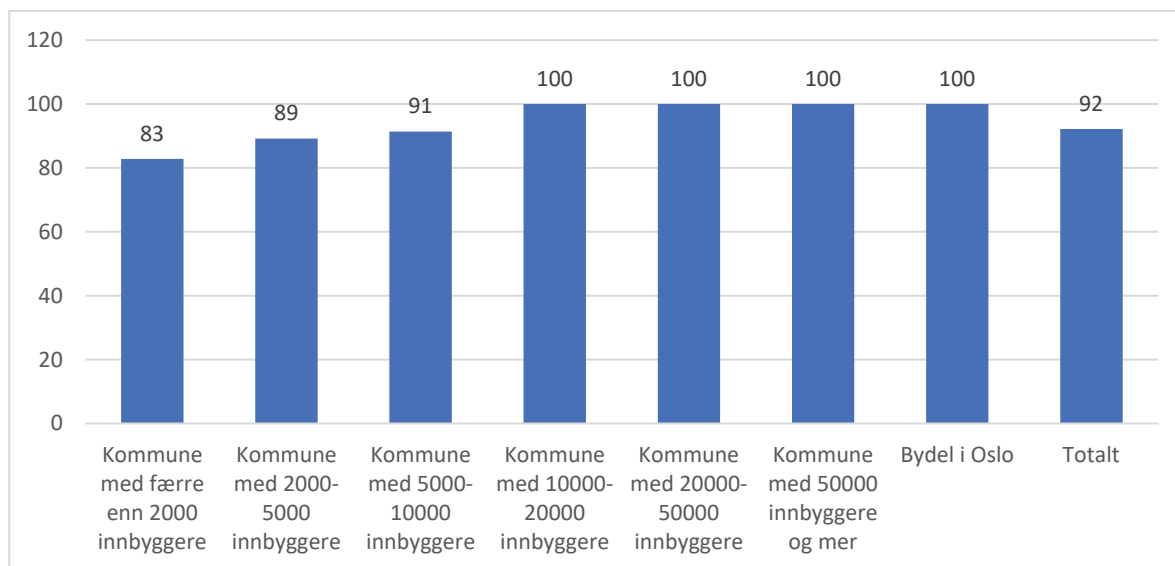


Figur 12.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge. Kommunestørrelse, 2022.

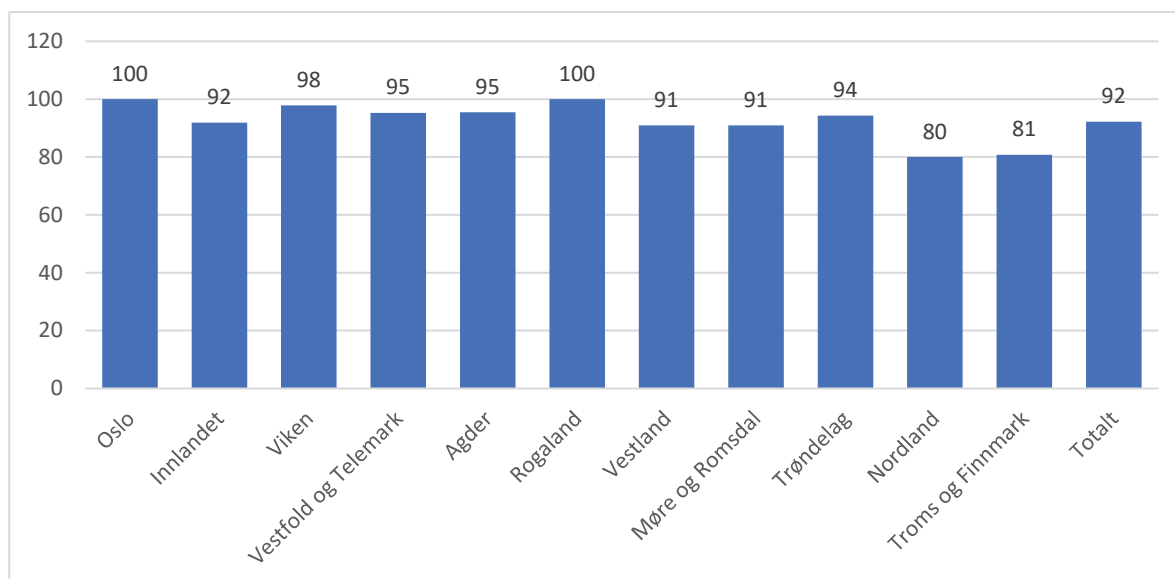
12.6 VIRKSOMME PROSEDYRER FOR NÅR BEKYMRINGSMELDINGER SKAL SENDES TIL BARNEVERN OG POLITI

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. I 2019 hadde andelen sunket til ni prosent, og i 2020 og i 2022 var andelen åtte prosent.

Vi ser videre på andelen som oppgir at de har virksomme prosedyrer etter kommunistørrelse i 2022 (figur 12.2) og fylke (figur 12.3).



Figur 12.2 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Kommunestørrelse, 2022.

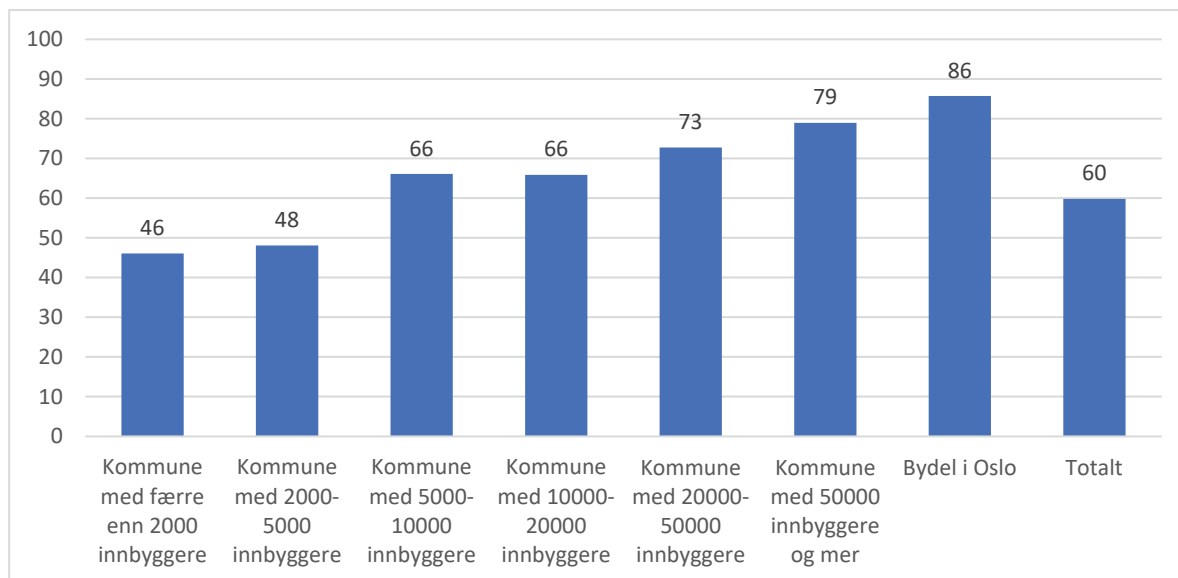


Figur 12.3 Andel kommuner/bydeler som svarer at de har virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi. Fylke, 2022.

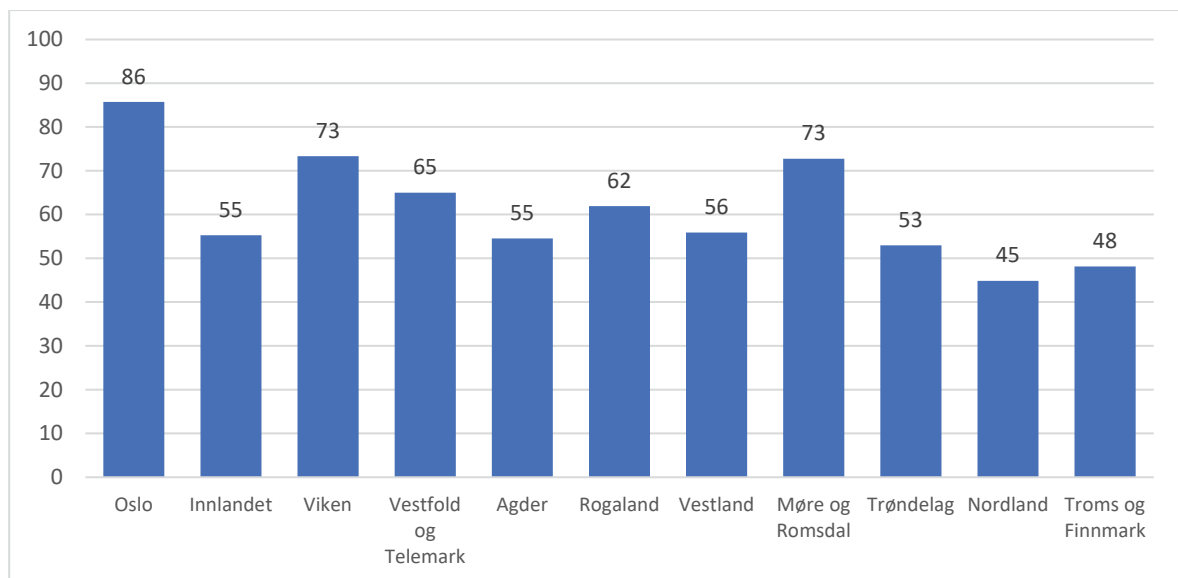
Det er også gitt anledning til å gi en åpen kommentar til spørsmålene om barn og unge, og her skriver flere at de har innført BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats), at de har en strategisk handlingsplan, innført veileder til samtaler med barn, at de er i ferd med å etablere rutiner og lage handlingsplan på ulike områder, at de har tverrfaglige familieteam og ulike prosjekt de er i gang med.

12.7 KJENT MED PAKKEFORLØP FOR BARN OG UNGE I BARNEVERN

Det er 306 kommuner/bydeler (82 prosent) som svarer på spørsmålet om de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Av disse er det 60 prosent som svarer at de er kjent med dette, og andelen er høyest blant de største kommunene (se figur 12.4) og lavest i Troms og Finnmark (figur 12.5). I 2021 var det 38 prosent som svarte at de var kjent med at dette innføres, så det er en tydelig økning.



Figur 12.4 Andel kommuner som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 12.5 Andel kommuner som svarer at de er kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern. Fylke, 2022.

12.8 KARTLEGGING, IDENTIFISERING OG OPPFØLGING AV UNGE MED RUSMIDDEL-PROBLEM

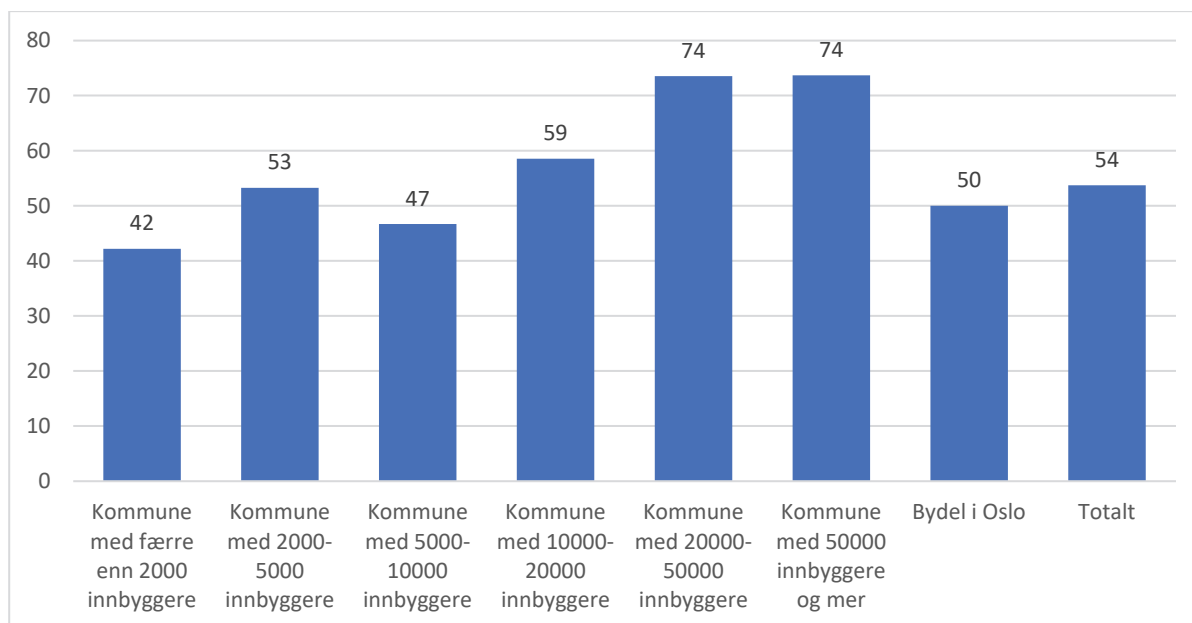
I 2022 har vi tatt med et spørsmål om hvilke tjenester i kommunen/bydelen som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem.

Det er 282 kommuner/bydeler (76 prosent av alle) som har beskrevet hvilke tjenester dette er. Det som kommer frem, er en lang rekke tjenester:

- Alle som arbeider med barn og unge jf. BTI-veileder.
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- SLT-koordinator
- Legetjenester, fastleger, legevakt
- Utekontakter
- Familieteam, barne- og familietjeneste
- Barnevern
- Ruskoordinator
- Folkehelsekoordinator
- NAV
- Politiet
- Kriminalitetsforebyggende rådgiver
- Psykisk helse- og rustjenester
- Fængselslege
- Barnehage
- Skole, sosiallærere
- Kommunepsykolog
- PPT
- Miljøterapeuter
- Omsorgsboliger
- Familiens hus
- Forebyggende helsetjenester
- RPH
- Fritidskonsulent/fritidsklubber/Fritidstilbud
- OBS-team
- Los-tjeneste
- Flyktningetjeneste
- Lavterskel oppsøkende rusteam
- Lokalsamfunn
- Brannvesenet
- Koordinerende team barn og unge
- Ambulant team voksne
- Rop-tjenester
- Ung arena
- Ungdomsbase
- Stangehjelpa

12.9 BARNEVERNREFORMEN

I 2022 er det tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. Som vist i figur 12.6, er det totalt 54 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært involvert, og andelen øker med kommunestørrelse, med unntak av bydelene i Oslo der halvparten oppgir å ha vært involvert. Det er ellers ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker i andel som svarer at de har vært involvert.



Figur 12.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer ja på at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. Kommunestørrelse, 2022.

Det er også tatt med et spørsmål om hvordan de var involvert. Det er 139 som svarer på hvordan de var involvert, og her kommer følgende frem:

- Fått informasjon på møter/felles fagmøter/tverrfaglige/tverrsektorielle
- Deltar i planlegging og utvikling av tjenestene
- Kommunepsykolog har fellesmøter med relevante tjenester
- Gjennom planarbeid
- Ledere for psykisk helse – og rusarbeid samarbeider med ledere for barnevern
- Gjennom diskusjoner
- Gjennom ulike prosjekter

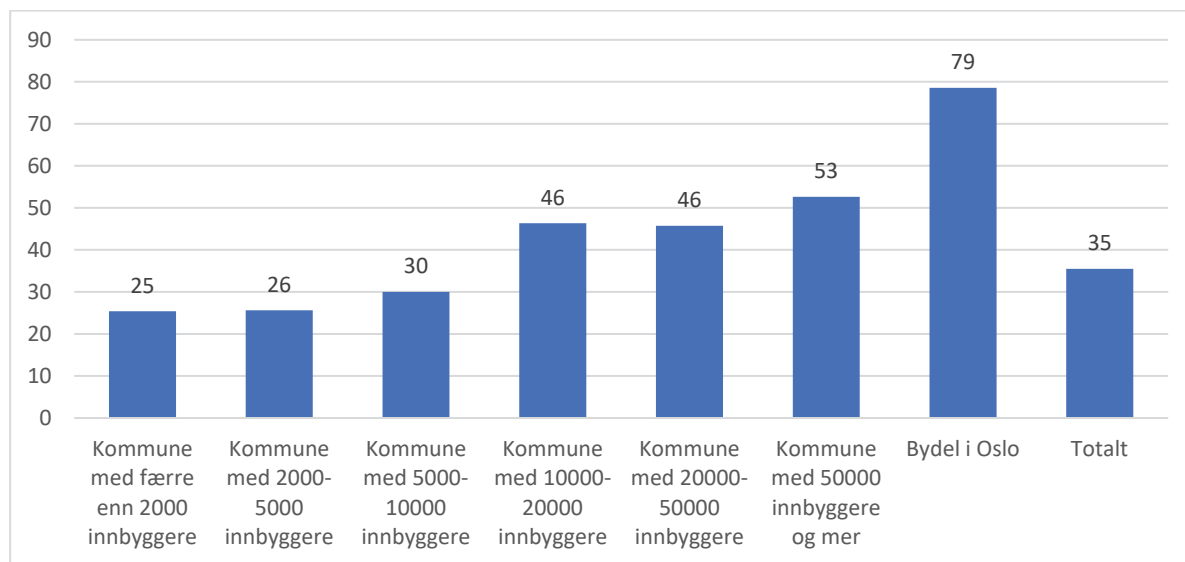
12.10 BARNEKOORDINATORER

Det er også spurt om kommunen/bydelen har egen/egne barnekoordinator(er), og det er 310 kommuner/bydeler som har svart på dette (83 prosent). Av disse, er det 35 prosent som svarer at de har egen barnekoordinator, se tabell 12.5.

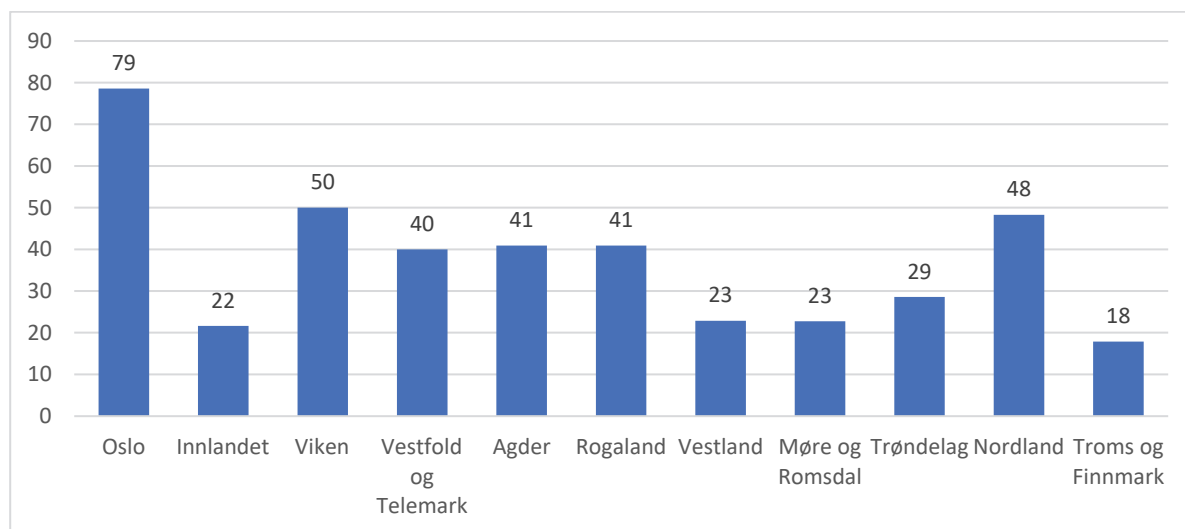
Tabell 12.5 Antall og prosent av kommunene som svarer på om de har egen/egne barnekoordinator(er), 2022.

| | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| Ja | 110 | 35 |
| Nei | 200 | 65 |
| Total | 310 | 100 |

Det er betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, og mellom fylker, også når vi kontrollerer for størrelse.



Figur 12.7 Prosent av kommunene som svarer at de har egen/egne barnekoordinator(er). Kommunestørrelse, 2022



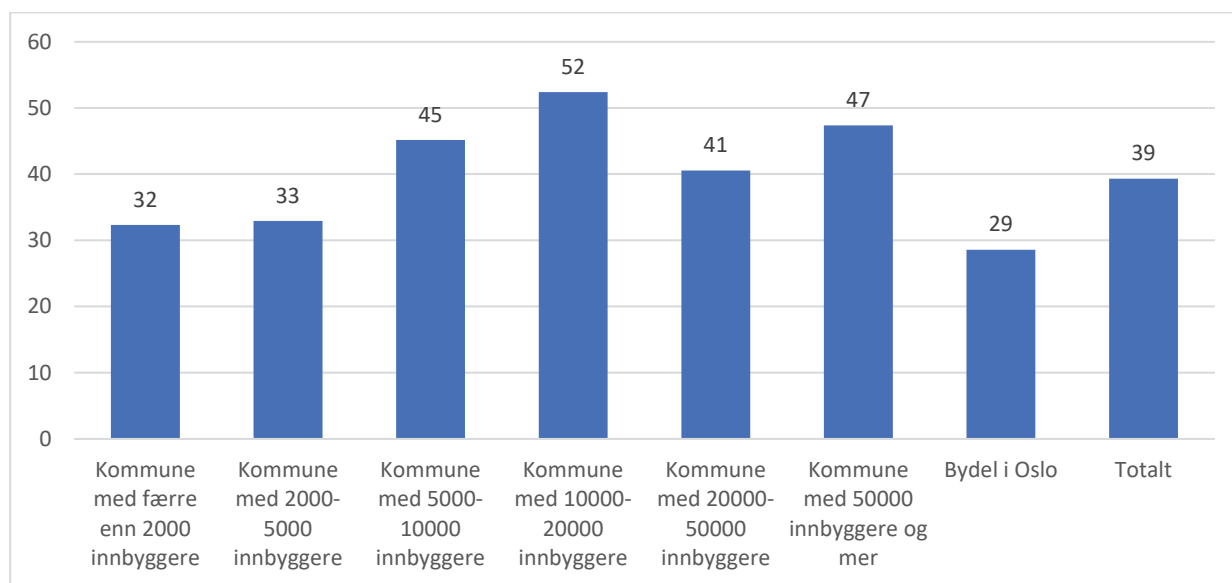
Figur 12.8 Prosent av kommunene som svarer at de har egen/egne barnekoordinator(er). Fylke, 2022

12.11 SAMARBEID MED BARNEVERNTJENESTEN

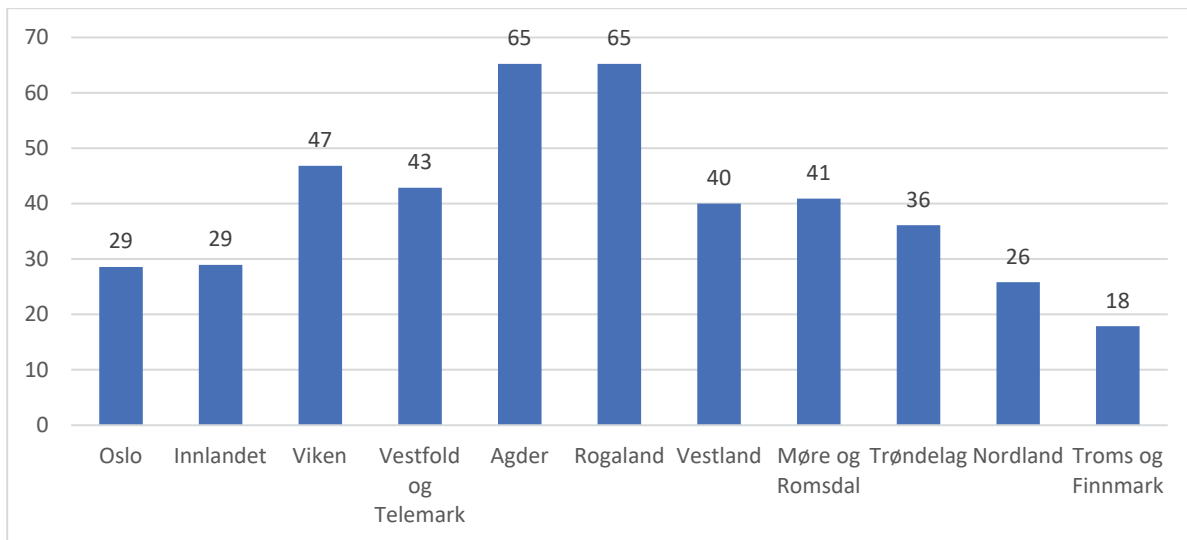
I 2021 og 2022 er det også tatt med et spørsmål om samarbeid med barneverntjenesten og tabell 12.6 viser at de fleste svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten (47 prosent) og 39 prosent svarer at de i stor, eller i svært stor grad samarbeider. Det er 15 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2022, og som vist i figur 12.10 er det særlig mange som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barnevernet i Agder og Rogaland.

Tabell 12.6 Antall og andel kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 18 | 6 | 17 | 5 |
| I stor grad | 91 | 28 | 108 | 34 |
| I noen grad | 172 | 53 | 148 | 47 |
| I liten grad | 26 | 8 | 37 | 12 |
| I svært liten grad | 15 | 5 | 8 | 3 |
| Total | 322 | 100 | 318 | 100 |



Figur 12.9 Andel kommuner som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med barnevernstjenesten. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 12.10 Andel kommuner som svarer at de i liten eller svært liten grad har samarbeid med barnevernstjenesten. Fylke, 2022.

12.12 UTFORDRINGER I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET

Det er også gitt anledning til å beskrive utfordringer i samarbeidet med barnevernet, og 137 kommuner/bydeler har skrevet inn en kommentar og som i 2021 kommer følgende utfordringer frem:

- Å bli enig om ansvarsfordeling
- Å sette av tid til å utarbeide gode rutiner.
- Høy turnover i barnevernet gir dårlig tilgjengelighet og sårbare tjenester
- Utfordringer med interkommunalt barnevern når det er store avstander
- Barnevernet arbeider i liten grad forebyggende
- Taushetsplikten er utfordrende
- Får ikke tilbakemeldinger fra barnevern til bekymringsmelder om saken blir fulgt opp eller avsluttet.
- Barnevernet tar i liten grad kontakt med helsestasjon – og skolehelsetjeneste
- Barnevernet innhenter informasjon heller enn å dele informasjon
- Det kan ta lang tid fra bekymringsmelding blir meldt til tiltak blir gjennomført
- Foresatte ønsker ikke samarbeid med barnevern.

Flere med interkommunale barnevernstjenester oppgir at det kan være utfordrende:

Barnevernet er lokalisert i annen kommune (interkommunalt). Det har blitt liten eller ingen kontakt mellom psykisk helse og barnevernet etter at kontorlokalene ble flyttet fra nærmiljøet. Forebyggende helse har et tverrfaglig samarbeid der barnevernet er med rundt barn og unge. Tilsvarende samarbeid er ikke etablert med psykisk helse. Barnevernet har i senere år kun sendt anmodning om opplysninger til psykisk helse og rustjeneste. Det bør vurderes om det er behov for tettere samarbeid mellom tjenestene psykisk helse og barnevern inneværende år.

Noen får til godt samarbeid i ansvarsgrupper:

Barnevernet har sine egne undersøkelser og tiltak. Når en familie følges opp av barnevernet tar de ofte over mye av oppfølgingen selv, både samtaler og behandling. I noen saker har vi et godt samarbeid der vi jobber sammen i ansvarsgrupper.

Barnevernet har andre tiltak enn andre tjenester:

Utfordringer knyttet til når barn/unge har en diagnose, da skyves ansvaret over på helse- og omsorg. Dette er utfordrende da barnevernet har flere tiltak å sette inn, og et lovverk som gir mer rom for å kunne styre adferd ved plasseringer utenfor hjemmet.

Noen opplever å bli kontaktet når de unge blir myndige:

Vet ikke hva vi skal skrive som forklaring på manglende samarbeid. Gjelder sikkert fra begge kanter. Psyk og rus erfarer at vi plutselig får tunge pasienter inn i vår enhet fra barnevern når de blir 18 år. Det er synd at det ikke har vært noe samarbeid i lang tid før de blir myndige.

12.13 FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I SAMARBEIDET MED BARNEVERNET

Det er i tillegg spurt om de har forslag til hva som kan gjøres for å bedre samarbeidet mellom barnevernstjenestene og kommunalt psykisk helsearbeid. Det er skrevet inn 125 forslag.

- Få formalisert samarbeidsavtale, utarbeide prosedyrer
- Å etablere faste møtepunkter gjennom året, både på system og tjenestenivå, etablere samarbeidsarenaer
- At barnevernet aktivt bruker samtykker, be flere om samtykke slik at de kan samarbeide
- Å sette av tid til å utarbeide gode rutiner
- Ansatte må få tid til å bli kjent med hverandre
- Avklare ansvarsområder, roller og foreta forventningsavklaringer
- Plikt for barnevernet til å opplyse skolehelsetjenesten/helsestasjonen om at tjenesten er involvert og samarbeid i opprettede saker
- Felles fagdager og felles kompetansehevende tiltak
- Omorganisering slik at barnevern kommer inn i kommunens "familiens hus"
- Synliggjøre barnevern inn i skolen med faste dager med tilstedeværelse
- Barnevernet bør koble på andre relevante instanser på tidligere tidspunkt for å sikre bedre overganger
- Øke kompetansen på psykisk helse og rus i barnevernet
- Bli bedre på ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid på tidlig tidspunkt
- Barnevernet bør delta i planarbeid
- Implementering av BTI-veilederen

Noen iverksetter tiltak for bedring av samarbeidet:

Vi har opprettet "Forbedringsteam for barn og unge" med formål om å bedre samarbeidet og tjenestene.

Vi planlegger å invitere barneverntjenesten inn på de faste arenaene som psykisk helsetjeneste for barn og unge har etablert. Det gjennomføres ukentlige behandlingsteam, og der er det

naturlig å invitere inn barnevernstjenesten i sammensatte saker og sammen med pasient. Vi erfarer at jo mer vi snakker sammen, jo bedre ser vi muligheter for samarbeid og mindre begrensninger. Vi erfarer at pasient/foresatte også er fornøyd med et åpent samarbeid mellom disse to tjenestene.

Via forskjellige virkemidler bidra til å senke terskelen for dialog på tvers i saker der det potensielt kan finne sted økt grad av samarbeid. Men også sette fokus på virkemidler (f.eks. dialogmøter) som kan bidra til å løfte aktuelle tema med mål om å utvikle kvalitet og samarbeid/samhandling innen tjenesteytingen på fagfeltene.

12.14 OPPSUMMERING

Det er 66 prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har definert hvem som har ansvaret for behandling og oppfølging av barn i målgruppen, og 9 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har definert dette ansvaret i 2022.

To av tre kommuner oppgir å ha et lavterskeltilbud for barn og unge som har psykiske plager og/eller lidelser, men det er usikkert hva som er inkludert her.

Under halvparten av kommunene/bydelene (43 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har tydeliggjort overfor innbyggerne hvem som har ansvar for oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser, mens 39 prosent svarer i noen grad. Det er 17 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har tydeliggjort dette i 2022.

Det er få kommuner som svarer at de i liten eller i svært liten grad har etablert rutiner for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser. Andelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har etablert slike rutiner og praksis har økt fra 59 prosent i 2018 til 72 prosent i 2022.

I 2018 svarte 54 prosent av kommunene/bydelene at de har en overordnet handlingsplan/strategi for arbeidet med utsatte barn og unge, og i 2022 er denne andelen 60 prosent.

I 2018 var det 15 prosent av kommunene som oppga at de ikke hadde virksomme prosedyrer for når bekymringsmelding skal sendes barnevern og politi og i 2022 var andelen sunket til åtte prosent.

I 2021 var det 38 prosent som svarte at de var kjent med at det innføres pakkeforløp for barn og unge i barnevern, og i 2022 var andelen 60 prosent.

I 2022 er det tatt med et spørsmål om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i diskusjoner og planarbeid i forbindelse med barnevernsreformen som trådte i kraft 1. januar 2022. og det er 54 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært involvert, og andelen øker med kommunestørrelse, med unntak av bydelene i Oslo der halvparten oppgir å ha vært involvert. Det er ellers ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker i andel som svarer at de har vært involvert.

Det er 35 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har egen barnekoordinator på nasjonalt nivå, og andelen øker i betydelig grad med kommunestørrelse.

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barneverntjenesten, mens 15 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad samarbeider med barneverntjenesten i 2022. For å øke og forbedre samarbeidet foreslår de kommunale psykisk helse- og rustjenestene å få formalisert samarbeidsavtaler, etablere faste møtepunkter, mer aktiv bruk av samtykke, å få satt av tid til å utarbeide gode rutiner, at ansatte i tjenestene må bli bedre kjent, at ansvarsområder og roller skal tydeliggjøres m.m.

13 PÅRØRENDE/BARN SOM PÅRØRENDE

Helsedirektoratet har behov for mer kunnskap om hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ivaretar pårørende. Hvem som regnes som pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven følger av lovens § 1-3 bokstav b:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Når det gjelder barn som pårørende, er helsepersonells plikt hjemlet i § 10 a:

§ 10 a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets foreldre eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov. Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal helsepersonellet blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søsknene. Tredje ledd bokstav b) og c) gjelder tilsvarende.

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv.¹⁴ Pårørendestrategien har tre hovedmål:

¹⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs.
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Det finnes også en nasjonal pårørendeveileder på Helsedirektoratets hjemmesider¹⁵.

13.1 DATAGRUNNLAG

Følgende spørsmål om pårørende og barn som pårørende er tatt med i årets kartlegging:

- I hvilken grad har kommunen/bydelen planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom følgende innsatsområder i pårørendestrategien:
 - tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende
 - bedre informasjon, opplæring og veiledning
 - mer forutsigbare og koordinerte tjenester
 - tilstrekkelig støtte og avlastning for pårørende
 - mer familieorienterte tjenester
 - økt pårørendemedvirkning
- Hvem har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år?
 - Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret
 - Egen barneansvarlig
 - Psykologtjeneste
 - Egne barne- og familieveiledere/terapeuter
 - Annet hva
- Har kommunen/bydelen følgende tilbud/tiltak:
 - BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)
 - SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)
 - Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)
 - Annet
- Samarbeider kommunen/bydelen med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende til foreldre eller søsken med psykiske lidelser og/eller rusproblemer?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av barn som pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Foresatte med rusmiddelproblemer
 - Foresatte som har tatt overdose
 - Foresatte med psykiske vansker/lidelser
 - Foresatte som har mistet livet ved selvmord
 - Foresatte med voldsproblematikk
- Kan dere beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord?
- Hvordan ivaretar kommunen/bydelen oppfølging av voksne pårørende for hver av de følgende brukergruppene?
 - Voksne med rusmiddelproblemer

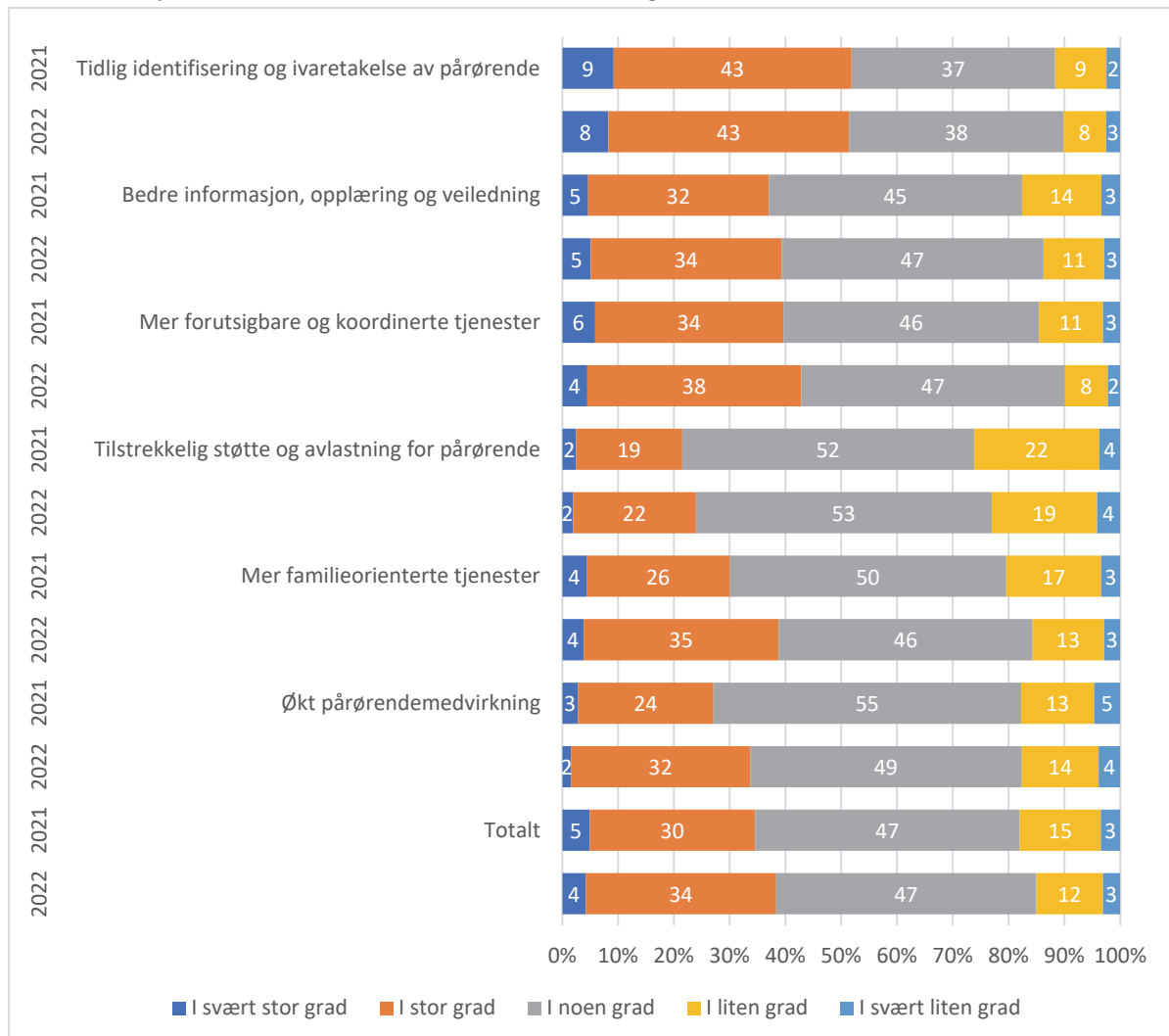
¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>

- Voksne som har tatt overdose
- Voksne med psykiske vansker/lidelser
- Voksne som har begått selvmord
- Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
- Barn og unge med selvskadingsproblematikk
- Unge med rusmiddelproblemer
- Nærpersoner som utøver vold

Dette er de samme spørsmålene som inngikk i 2021, og i tillegg er barn og unge som pårørende for foresatte med voldsproblematikk inkludert.

13.2 PÅRØRENDESTRATEGIEN

Som vist i figur 13.1 er positiv utvikling på alle tiltakene ved at det er færre som svarer i liten eller svært liten grad. Det er minst utvikling på punktet 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', men det var på dette flest svarte i stor eller svært stor grad i 2021.



Figur 13.1 Prosent som svarer i hvilken grad kommunen/bydelen har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom ulike innsatsområder i strategien 2021 og 2022.

13.3 ANSVAR FOR BARN SOM PÅRØRENDE OG SØSKEN UNDER 18 ÅR

Det er 331 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på spørsmålet om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år i 2022. Som vist i tabell 13.1 er det 80 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. Det er mulig å sette flere kryss og 20 prosent har svart at de har egen barneansvarlig og 15 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret. Det er 21 prosent som oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter og 29 prosent som svarer 'Annet'.

Tabell 13.1 Antall og prosent som svarer på hvem som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret | 281 | 87 | 266 | 80 |
| Egen barneansvarlig | 64 | 20 | 65 | 20 |
| Psykologtjeneste | 63 | 20 | 49 | 15 |
| Egne barne- og familieveiledere/terapeuter | 65 | 20 | 68 | 21 |
| Annet | 86 | 27 | 95 | 29 |
| Totalt | 322 | 100 | 331 | 100 |

Det er 95 kommuner/bydeler som har svart 'Annet', og en gjennomgang av svarene viser at følgende har ansvaret:

- Alle ansatte og alle fagområder har et selvstendig ansvar
- At det er egne pårørendeansvarlige som har ansvaret
- Det er ikke definert/bestemt/avtalt/formalisert/ingen
- Enhet for psykisk helse og rus har ansvaret
- De tjenestene som arbeider med familien, har ansvaret

Noen svarer også at det er ulike koordinatorene eller legen som har dette ansvaret.

13.4 BAPP- OG SMIL-GRUPPER OG E-LÆRING OM BARN SOM PÅRØRENDE (KS)

Som vist i tabell 13.2 er det fem prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper, mens seks prosent oppgir at de har SMIL-grupper. Det er ingen som oppgir at de har begge deler. Videre er det 28 prosent av kommunene som oppgir at ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS og 23 prosent som svarer 'Annet'.

Tabell 13.2 Antall og prosent som svarer at de har BAPP- og SMIL-grupper og e-læring om barn som pårørende, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) | 19 | 6 | 18 | 5 |
| SMIL-grupper (Styrket mestring i livet) | 21 | 7 | 21 | 6 |
| Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring) | 77 | 24 | 92 | 28 |
| Annet | 48 | 15 | 76 | 23 |
| Totalt | 322 | 100 | 331 | 100 |

Under 'Annet' har de oppgitt SIBS-grupper, skilsmissegrupper, "Du er ikke den eneste", kurs om barn som pårørende, Barnas Time, BTI, COS-gruppe (Circle of security), Cos-P (foreldreveilednings-kurs), interkommunalt nettverk om barn som pårørende, egen pårørendekoordinator, arbeidsgruppe for barn som pårørende, egen prosedyre, e-læring for ansatte "Snakk om det" og "Jeg vet", samarbeid med barneansvarlig på DPS, fagdager med fokus på barn som pårørende, familietiltak "Tirsdagstreff" og "Familiens hus", har barneansvarlig, foreldreveiledning-DUO, TIBIR kommune, bidrar med undervisning i faget Livsmestring, gruppetilbud for foreldre, ICDP foreldreveiledning, individuell oppfølging og tilpassing, interkommunalt treffpunkt for barn som pårørende, DU-kurs, kompetanseteam, familieveiledere, kurs "Når mor eller far er psykisk syk", Marte Meo, "De utrolige årene", psykososialt kriseteam følger opp pårørende inntil 1 år etter hendelser, seminar med KORUS, heimekonsulent, PMTO, PYC og ECHO, sorggruppe, søvnkurs, NBO, Cool kids, PIS, treff på frivillighetsentral og samarbeid med kreftforeningen.

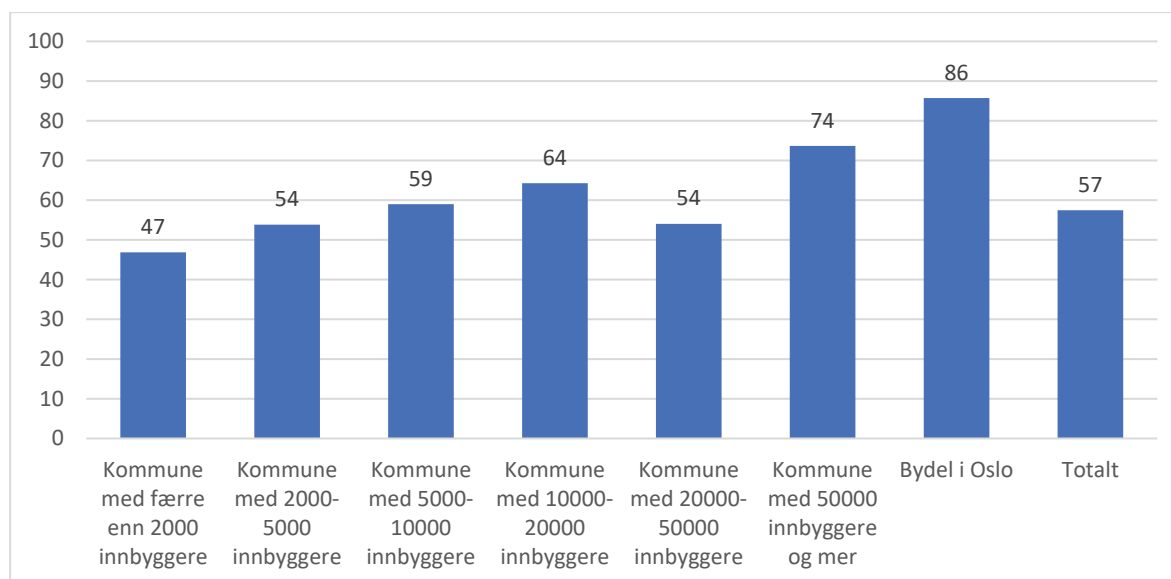
Noen oppgir "Vi arbeider slik at hele familien blir ivaretatt" eller at helsestasjonen ivaretar barn som pårørende eller "Vi benytter oss av samarbeid med spesialisthelsetjenesten."

13.5 SAMARBEIDER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OM BARN SOM PÅRØRENDE

Som vist i tabell 13.3 svarer 57 prosent av kommunene at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2022. Dette er svært likt svarfordelingen i 2019, og 2021. I 2020 er tallene mer usikre på grunn av lavere deltagelse.

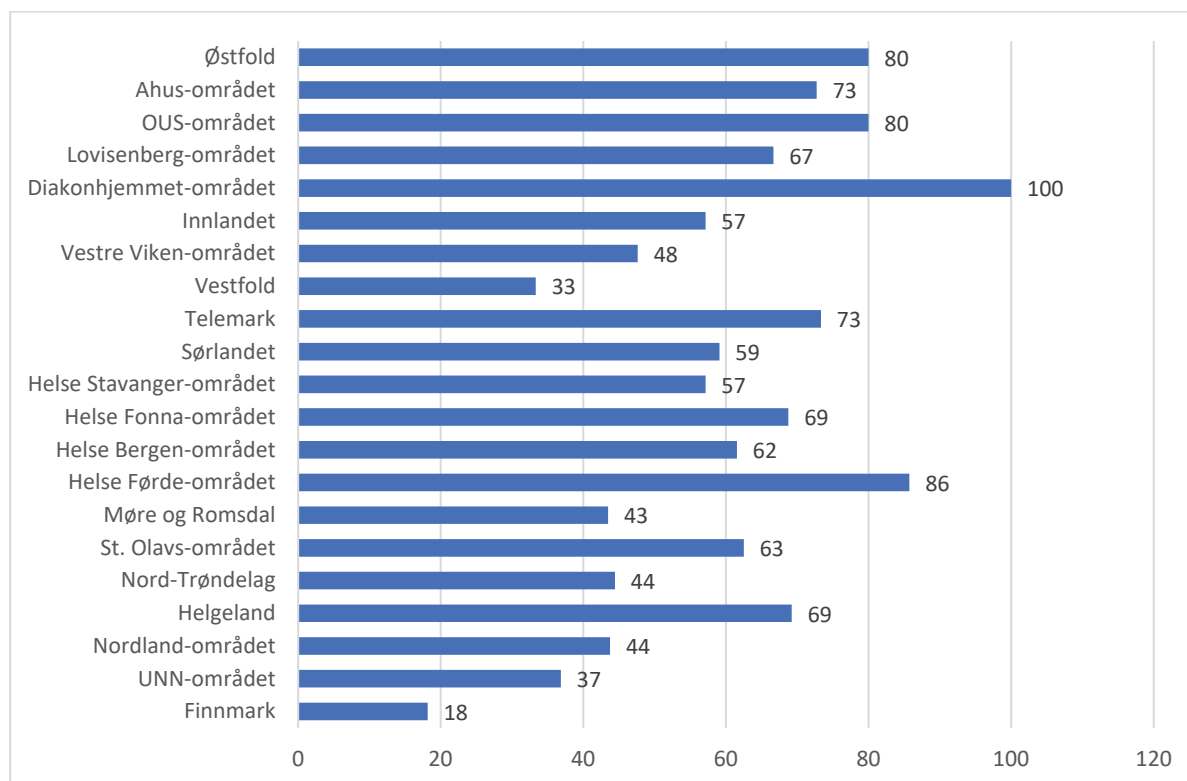
Tabell 13.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen. 2019 - 2022.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Ja | 58 | 65 | 57 | 57 |
| Nei | 32 | 24 | 32 | 32 |
| Under planlegging | 10 | 12 | 11 | 10 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 416 | 291 | 325 | 315 |



Figur 13.2 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. Kommunestørrelse, 2022.

Det er kommunene i opptaksområdet til Vestfold HF og Finnmark HF som i minst grad svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. De tre bydelene i opptaksområdet til Diakonhjemmet (Frogner, Ullern og Vestre Aker) og kommunene i Helse Førde-området svarer oftest at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende.



Figur 13.3 Prosent av kommunene som svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende. HF, 2022.

13.6 VOKSNE PÅRØRENDE

Som vist i tabell 13.4 svarer de aller fleste at de har et middels eller et godt tilbud for voksne pårørende alle år, og vi ser en positiv utvikling (ved at flere svarer at de har et godt tilbud) fra 2019 til 2022.

Tabell 13.4 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019, 2021 og 2022.

| | Voksne pårørende for: | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------------|------------|------------------------------|------------|------------|--------------------------------------|------------|------------|
| | Voksne med rusmiddelproblemer | | | Voksne som har tatt overdose | | | Voksne med psykiske vansker/lidelser | | |
| | 2019 | 2021 | 2022 | 2019 | 2021 | 2022 | 2019 | 2021 | 2022 |
| Svært godt | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 |
| Godt | 38 | 44 | 43 | 25 | 27 | 29 | 46 | 46 | 50 |
| Middels | 47 | 43 | 43 | 29 | 24 | 20 | 43 | 44 | 39 |
| Dårlig | 7 | 6 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Svært dårlig | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Ikke erfaring | 3 | 3 | 3 | 37 | 43 | 43 | 2 | 2 | 2 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 415 | 330 | 315 | 412 | 329 | 316 | 413 | 330 | 312 |

I 2022 ble spørsmålet om pårørende etter voksne som har begått selvmord endret til voksne som har gjort selvmordsforsøk. Fra 2022 er det altså spurt uavhengig av utfallet for forsøket, men vi er usikre på om dette forstås på denne måten eller om det heller forstås som tilfeller der den som forsøkte har overlevd. Som vist i tabell 13.5 er det 52 prosent som oppgir at de ivaretar voksne pårørende etter at voksne har gjort selvmordsforsøk svært godt eller godt, mens 18 prosent ikke har erfaring med voksne som har gjort selvmordsforsøk.

Tabell 13.5 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende etter selvmord (2019, 2021) og etter selvmordsforsøk (2022).

| | Voksne pårørende for: | | |
|-----------------|--------------------------------|------|--------------------------------------|
| | Voksne som har begått selvmord | | Voksne som har gjort selvmordsforsøk |
| | 2019 | 2021 | 2022 |
| Svært godt | 13 | 11 | 6 |
| Godt | 49 | 53 | 46 |
| Middels | 20 | 19 | 27 |
| Dårlig | 3 | 1 | 3 |
| Svært dårlig | 1 | 0 | 0 |
| Ikke erfaring | 14 | 16 | 18 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 413 | 330 | 313 |

Når det gjelder voksne pårørende for barn og unge, ser vi liten endring for barn og unge med psykiske lidelser og rusproblemer i perioden 2019 til 2022, men en økning i andel som svarer svært godt eller godt for voksne pårørende for barn og unge med selvskadingsproblematikk, se tabell 13.6.

Tabell 13.6 Andel kommuner/bydeler etter hvor godt de opplever at de ivaretar oppfølging av voksne pårørende for ulike brukere, 2019, 2021 og 2022.

| | Voksne pårørende for: | | | | | | | | |
|-----------------|--|------|------|---|------|------|-----------------------------|------|------|
| | Barn og unge med psykiske vansker/lidelser | | | Barn og unge med selvskadingsproblematikk | | | Unge med rusmiddelproblemer | | |
| | 2019 | 2021 | 2022 | 2019 | 2021 | 2022 | 2019 | 2021 | 2022 |
| Svært godt | 5 | 6 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| Godt | 58 | 55 | 55 | 46 | 49 | 55 | 42 | 45 | 42 |
| Middels | 32 | 33 | 30 | 37 | 36 | 30 | 37 | 35 | 35 |
| Dårlig | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 7 | 6 |
| Svært dårlig | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 |
| Ikke erfaring | 2 | 2 | 5 | 11 | 7 | 5 | 12 | 10 | 12 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 411 | 321 | 308 | 409 | 423 | 308 | 409 | 324 | 308 |

I 2021 og 2022 er det også tatt med voksne pårørende til nærpå personer som utøver vold, se svarfordeling i tabell 13.7. Det er en økning fra 34 til 42 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de ivaretar oppfølgingen av voksne pårørende til nærpå personer som utøver vold svært godt eller godt fra 2021 til 2022.

Tabell 13.7 Antall og andel kommuner etter svar på hvordan de ivaretar voksne pårørende til nærpersioner som utøver vold, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|---------------------------------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Svært godt | 9 | 3 | 11 | 4 |
| Godt | 99 | 31 | 118 | 38 |
| Middels | 116 | 36 | 92 | 29 |
| Dårlig | 28 | 9 | 23 | 7 |
| Svært dårlig | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Har ikke erfaring med tilfeller | 70 | 22 | 65 | 21 |
| Total | 324 | 100 | 312 | 100 |

13.7 IVARETAKELSE AV OPPFØLGING AV BARN SOM PÅRØRENDE FOR ULIKE BRUKERGRUPPER

Som vist i tabell 13.8 er det liten endring i kommunenes ivaretagelse av oppfølging av barn og unge fra 2021 til 2022, men en økende andel oppgir at de ikke har erfaring med dette og en lavere andel svarer svært godt eller godt i 2022 enn i 2019, mens flere svarer 'Middels'. Det er vanskelig å si om dette er en reell utvikling, eller om det er fokuset på pårørende og kanskje kunnskapen som har økt som gjør at det gjøres andre vurderinger i 2022 enn i 2019.

Tabell 13.8 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med rusmiddelproblemer, 2019-2022.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Svært godt | 4 | 2 | 2 | 4 |
| Godt | 58 | 44 | 37 | 35 |
| Middels | 32 | 38 | 39 | 40 |
| Dårlig | 7 | 5 | 7 | 5 |
| Svært dårlig | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Ikke erfaring | 3 | 10 | 14 | 14 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 415 | 292 | 325 | 315 |

Tabell 13.9 viser at det er økning særlig i andel som svarer at de ikke har erfaring med barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt overdose, og en nedgang i andel som svarer 'Godt'.

Tabell 13.9 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har tatt overdose, 2019-2022.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Svært godt | 2 | 3 | 1 | 3 |
| Godt | 25 | 23 | 20 | 17 |
| Middels | 29 | 20 | 17 | 14 |
| Dårlig | 5 | 5 | 3 | 2 |
| Svært dårlig | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Ikke erfaring | 37 | 49 | 59 | 63 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 412 | 291 | 324 | 316 |

Tabell 13.10 viser at det er lite endring i hvordan kommunene vurderer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser i perioden 2019 til 2022.

Tabell 13.10 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med psykiske vansker/lidelser, 2019-2022.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Svært godt | 5 | 3 | 2 | 4 |
| Godt | 46 | 52 | 46 | 45 |
| Middels | 41 | 36 | 40 | 40 |
| Dårlig | 5 | 5 | 6 | 5 |
| Svært dårlig | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Ikke erfaring | 2 | 2 | 4 | 5 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 414 | 291 | 324 | 315 |

Fra tabell 13.11 ser vi at det heller ikke er store endringer i hvordan kommunene vurderer at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord fra 2019 til 2022. Det er 54 prosent som svarer svært godt eller godt i 2022.

Tabell 13.11 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, 2019-2022.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Svært godt | 12 | 12 | 9 | 12 |
| Godt | 40 | 44 | 42 | 42 |
| Middels | 17 | 15 | 15 | 14 |
| Dårlig | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Svært dårlig | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Ikke erfaring | 29 | 27 | 32 | 31 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 413 | 290 | 324 | 316 |

I 2022 er det også tatt med barn og unge som pårørende for foresatte med voldsproblematikk og det er 41 prosent som svarer at de ivaretar disse barn og unge godt eller svært godt.

Tabell 13.12 Antall og andel kommuner opplever at de ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte med voldsproblematikk, 2022.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Svært godt | 13 | 4 |
| Godt | 118 | 37 |
| Middels | 105 | 33 |
| Dårlig | 11 | 3 |
| Svært dårlig | 4 | 1 |
| Ikke erfaring | 65 | 21 |
| Totalt | 316 | 100 |

13.8 TILBUD FOR BARN SOM ETTERLATTE VED SELVMORD

På spørsmål om de kan beskrive hvilket tilbud kommunen/bydelen har for barn som etterlatte ved selvmord, er det 200 kommuner/bydeler som har svart. En gjennomgang av svarene viser, som i 2021 på samme spørsmål, at i akutfasen er det psykososialt kriseteam som bistår og deretter kobles andre tjenester det er behov for på. Det kan være fastlege, helsestasjon, familievernkontor, familiesenter, familierapeut, BUP, barneansvarlig, barnevern, psykiatrisk sykepleier, psykolog eller barne- og familieteam, psykisk helseteam for barn og unge, vernepleier, prest, diakon, veiledningscenteret for pårørende, sorggrupper, samarbeid med organisasjoner som LEVE. Noen oppgir at de ser på hele familiens behov når en person har utfordringer:

Vi har en arbeidsmåte, at hvis en person har utfordring så ser vi på familien i helhet og ivaretar den enkelte.

Flere poengterer hvor viktig det er at kommunen får beskjed når det er barn og unge som pårørende:

Kommunen er avhengige av å få tilgang på informasjon om barn som står i denne situasjonen. Dersom man får informasjon om barn som er etterlatte, vil de få et tilbud. Det er frivillig å delta i grupper eller annet som tilbys.

Psykososialt kriseteam, deretter overføring til ordinære tenester. Generelt: Det er potensiale i å bli mykje bedre i å følge opp barn som pårørende. Helsesjokepleiarar opplever å ha myke samtalar med barn som pårørende. Men, dei er ofte avhengig av å få informasjon frå føresette eller andre om at barn er pårørende.

De som følger opp på lenger sikt kan også være ansatte i skole og barnehage:

Kriseteam kobler seg på når noen tar sitt liv. Når den akutte fasen er over får barna en kontaktperson som de er trygge på som følger de opp videre. Det kan være en ansatt i barnehagen eller skole eller psykisk helseteam. Dersom kontaktpersonen føler at man trenger mer bistand gir psykisk helseteam eller psykologspesialist veiledning eller går inn og følger opp barna selv, om det er nødvendig.

13.9 OPPSUMMERING

I desember 2020 lanserte Regjeringen en pårørendestrategi som skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv. På spørsmål om de har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom de ulike innsatsområdene i pårørendestrategien, er det flest som svarer 'Tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende', og det er færrest som svarer at de har planlagt tiltak for å øke støtten og gi avlastning til pårørende. Fra 2021 til 2022 er det blant tiltakene mest økning i andel kommuner med planer om å gjøre tjenestene mer familieorienterte.

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det 80 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret. 20 prosent oppgir at de har egen barneansvarlig og 15 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret og 21 prosent oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter.

Fem prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer), mens seks prosent oppgir at de har SMIL-grupper (Styrket

mestring i livet). 28 prosent av kommunene oppgir at ansatte har gjennomført e-læring om barn som pårørende (KS-læring).

57 prosent av kommunene/bydelen oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2022, og dette er omtrent som i 2019.

Det er 54 prosent av kommunene/bydelen som oppgir at de godt eller svært godt ivaretar oppfølging av barn og unge som pårørende for foresatte som har mistet livet ved selvmord, og dette er omtrent samme andel som i 2019.

Kommunene har fortsatt et betydelig potensial i å forbedre tilbudet de gir til pårørende for ulike grupper, men det er ikke alltid de kommunale tjenestene får beskjed dersom det er barn som pårørende for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Helsestasjon- og skolehelsetjenestene har kanskje det største potensialet for å nå barn og unge som pårørende, og de har allerede har dette ansvaret i 80 prosent av kommunene.

14 BRUKERMEDVIRKNING

Helsedirektoratets gjeldende veileder for tjenester til mennesker med store og sammensatte behov løfter "Hva er viktig for deg?"-skjema (og holdning) fram som et essensielt spørsmål i tjenesteutøvers møte med brukerne. Helhetlige pasient- og brukerforløp med brukeren i sentrum er et mål beskrevet i en rekke offentlige dokumenter fra helsemyndighetene de siste årene (se for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse St.meld.nr. 63, 1997-1998, Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015))). I målbeskrivelsene innenfor pakkeforløp for psykisk helse og rus (fra høsten 2022 kalt "Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus") er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet helt sentrale mål¹⁶. I 2021 publiserte Langøien et al. et forskningskart med 54 kunnskapsoppsummeringer på effekt av brukermedvirkning på psykisk helse- og rusfeltet [84]. Et av hovedfunnene var at hovedvekten av oversiktene omhandlet brukermedvirkning på individnivå, få omhandlet tjenestenivå og én systemnivå.

Noen kommuner forsøker å sikre brukerperspektivet ved å ansette folk med erfaringskompetanse i tjenestene. Vi har også i tidligere år kartlagt om noen av årsverkene i psykisk helse- og rusarbeid inkluderer ansatte med brukererfaring/erfaringskompetanse, og vi også har spurt om hvilken rolle disse personene har i jobben sin. Flere av spørsmålene er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid.

14.1 DATAGRUNNLAG

I 2022 er følgende spørsmål tatt med i kartleggingen:

- I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid:
 - for den enkelte bruker (individnivå) i tjenesteutvikling?
 - på systemnivå i tjenesteutvikling?
 - gjennom systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
 - gjennom systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner?
- Har kommunen på en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? (FIT, brukerråd, brukerundersøkelser e.l.)
- Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker
 - "Hva er viktig for deg?" - skjema (PSFS)
 - Brukerråd
 - Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre?)
 - Bruker- og pårørendeorganisasjoner

¹⁶<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

- Annet, hva.
- Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet?
 - KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)
 - FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes)
 - FIT, papir
 - NORSE Feedback
 - Annet, hva
- I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert?
 - Hva gjør at dere i stor grad arbeider recovery-orientert?
 - Hva gjør at dere i liten grad arbeider recovery-orientert?

Følgende spørsmål om årsverk med erfaringskompetanse ble også inkludert i 2022:

- Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for voksne ansatte med erfaringskompetanse/bruker- og/eller pårørendeerfaring med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk?
- Hvilken rolle har personen(e)/årsverkene med erfaringskompetanse i tjenestene til voksne?
 - Bidrar i arbeidet med enkeltbrukere
 - Bidrar på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten
 - Bidrar i prosjektarbeid
 - Kontakt med brukerorganisasjoner
 - Kontakt med pårørende
 - Annet, hva?
- Har dere planer om å ansette personer med erfaringskompetanse?
 - Beskriv årsakene til at dere har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
 - Beskriv årsakene til at dere ikke har planer om å ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
 - Beskriv årsakene til at dere er usikre på om dere vil ansette personer med erfaringskompetanse (åpent)
- Inkluderer noen av årsverkene i tjenester for barn og unge ansatte med erfaringskompetanse/bruker- og/eller pårørendeerfaring innen psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk?

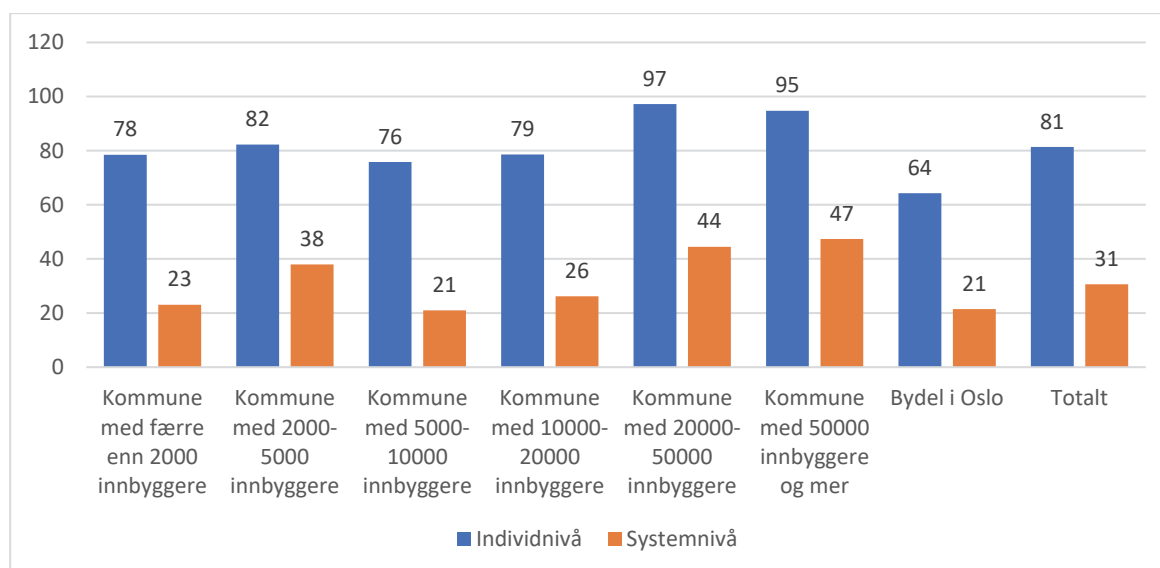
14.2 SIKRER KOMMUNENE BRUKERMEDVIRKNING?

Som vist i tabell 14.1 er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen.

Tabell 14.1 Antall og andel kommuner/bydeler etter svar på i hvor stor grad de sikrer brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå, 2021 og 2021.

| | 2021 | | 2022 | | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Individnivå | | Individnivå | | Systemnivå | | Systemnivå | |
| | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel |
| I svært stor grad | 74 | 22 | 78 | 25 | 14 | 4 | 13 | 4 |
| I stor grad | 196 | 59 | 180 | 57 | 100 | 30 | 84 | 27 |
| I noen grad | 44 | 13 | 48 | 15 | 147 | 44 | 168 | 53 |
| I liten grad | 13 | 4 | 9 | 3 | 57 | 17 | 43 | 14 |
| I svært liten grad | 5 | 2 | 2 | 1 | 13 | 4 | 9 | 3 |
| Totalt | 332 | 100 | 317 | 100 | 331 | 100 | 317 | 100 |

Det er ikke betydelige forskjeller etter kommunestørrelse, men det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning på begge nivå.



Figur 14.1 Prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå. Kommunestørrelse, 2022.

Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

14.3 SAMARBEID MED SENTRALE/NASJONALE BRUKER- OG PÅRØRENDE-ORGANISASJONER

Det ble fra 2021 tatt med to nye spørsmål om samarbeid med hhv. lokale/regionale og sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Som vist i tabell 14.2 er det 18 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med disse organisasjonene, mens 38 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse.

Svarene kan ikke direkte sammenliknes med 2021, fordi vi da hadde med svaralternativet om at de ikke har lokale eller regionale brukerorganisasjoner.

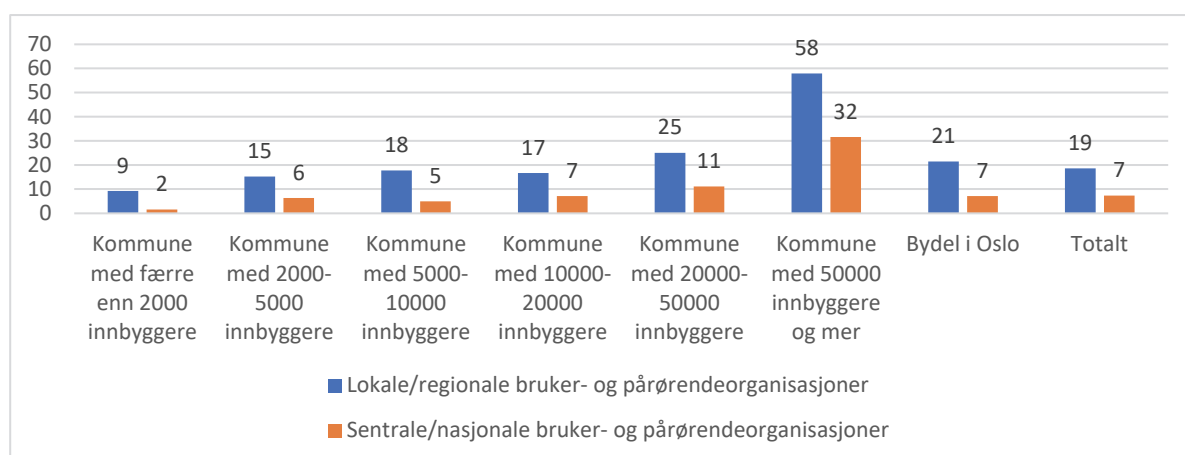
Tabell 14.2 Antall og andel etter svar på grad av systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 1 | 0 | 7 | 2 |
| I stor grad | 45 | 14 | 52 | 16 |
| I noen grad | 114 | 34 | 137 | 43 |
| I liten grad | 73 | 22 | 86 | 27 |
| I svært liten grad | 55 | 17 | 35 | 11 |
| Finnes ikke lokalt/regionalt | 44 | 13 | | |
| Totalt | 332 | 100 | 317 | 100 |

Som vist i tabell 14.3 er det 7 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 16 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse. Det er særlig en stor andel av de største kommunene utenom Oslo som oppgir å ha stor grad av samarbeid med lokale og regionale organisasjoner, se figur 14.2.

Tabell 14.3 Antall og andel etter svar på grad av systematisk samarbeid med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært stor grad | 8 | 2 | 1 | 0 |
| I stor grad | 31 | 9 | 22 | 7 |
| I noen grad | 115 | 35 | 123 | 39 |
| I liten grad | 115 | 35 | 120 | 38 |
| I svært liten grad | 59 | 18 | 49 | 16 |
| Totalt | 328 | 100 | 315 | 100 |

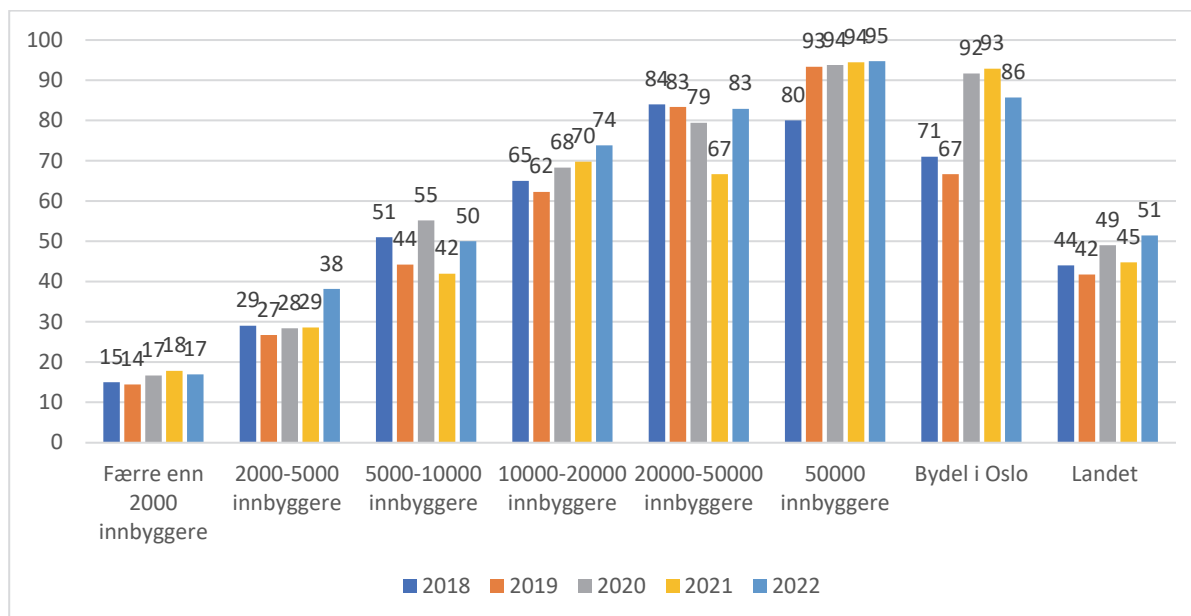


Figur 14.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor eller i stor grad har systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner på ulike nivå. Kommunestørrelse, 2022.

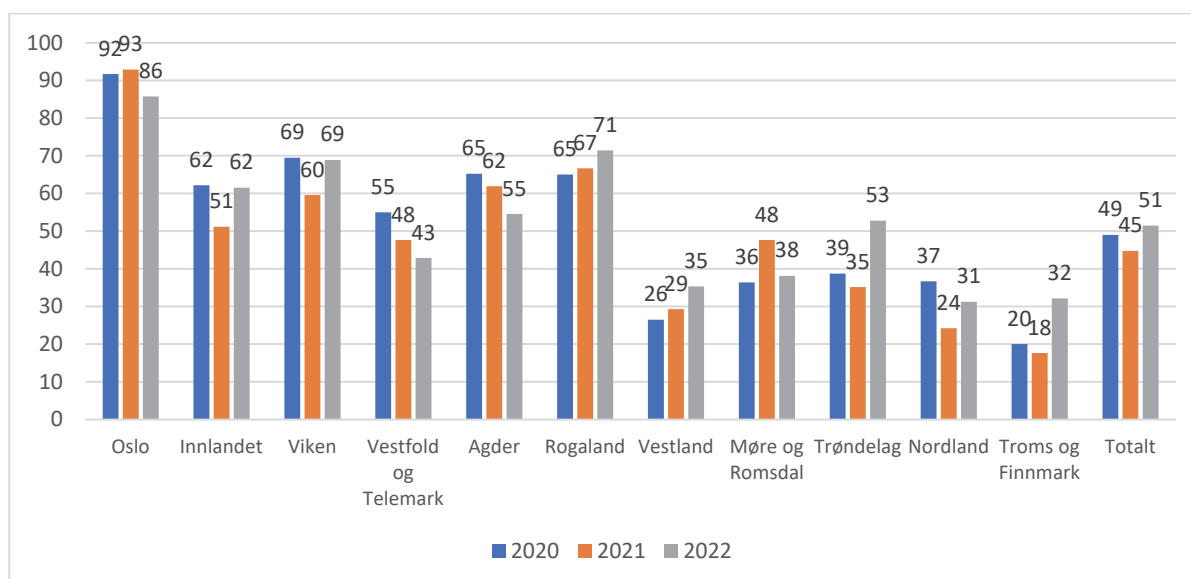
Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker.

14.4 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARING

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 51 prosent at de hadde det i 2022. Det er en økning fra 44 prosent i 2018.



Figur 14.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Kommunestørrelse, 2018-2022.



Figur 14.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en systematisk måte innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Fylke, 2020-2022.

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 14.4), og det er i 2022 totalt 74 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 14 prosent av kommunene som oppgir at de har benyttet seg av "Hva er viktig for

deg?"-skjema (PSFS), mens 37 prosent svarte at de har hatt brukerråd og brukerundersøkelse. Det er 30 prosent av kommunene som har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner og dette er en ny svarkategori i 2021. Gjennom perioden er det særlig nedgang i Brukerråd og økning i tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Fra 2021 til 2022 er det en økning på ti prosentpoeng i andel som henter inn brukererfaringer fra bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Tabell 14.4 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel, 2019 – 2022.

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker | 95 | 55 | 84 | 58 | 95 | 64 | 119 | 74 |
| "Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS) | 31 | 18 | 25 | 17 | 26 | 17 | 23 | 14 |
| Brukerråd | 80 | 46 | 56 | 39 | 52 | 35 | 60 | 37 |
| Brukerundersøkelse | 82 | 47 | 67 | 47 | 60 | 40 | 60 | 37 |
| Bruker- og pårørendeorganisasjoner | | | | | 30 | 20 | 48 | 30 |
| Annet | 48 | 28 | 37 | 26 | 35 | 23 | 36 | 22 |
| Totalt | 174 | 100 | 144 | 100 | 149 | 100 | 161 | 100 |

De 119 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Svarfordelingen er gitt i tabell 14.4 og viser at nettbasert FIT er det mest populære med 71 prosent. FIT i papirutgave er også krysset av hos 22 prosent av de 119 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 4 prosent. De 22 kommunene som har svart 'Annet', oppgir blant annet at de har et eget spørreskjema som de har utviklet, at de innhenter tilbakemeldinger gjennom assistert selvhjelp eller at de gjennomfører brukerundersøkelser og intervju for å få tilbakemelding.

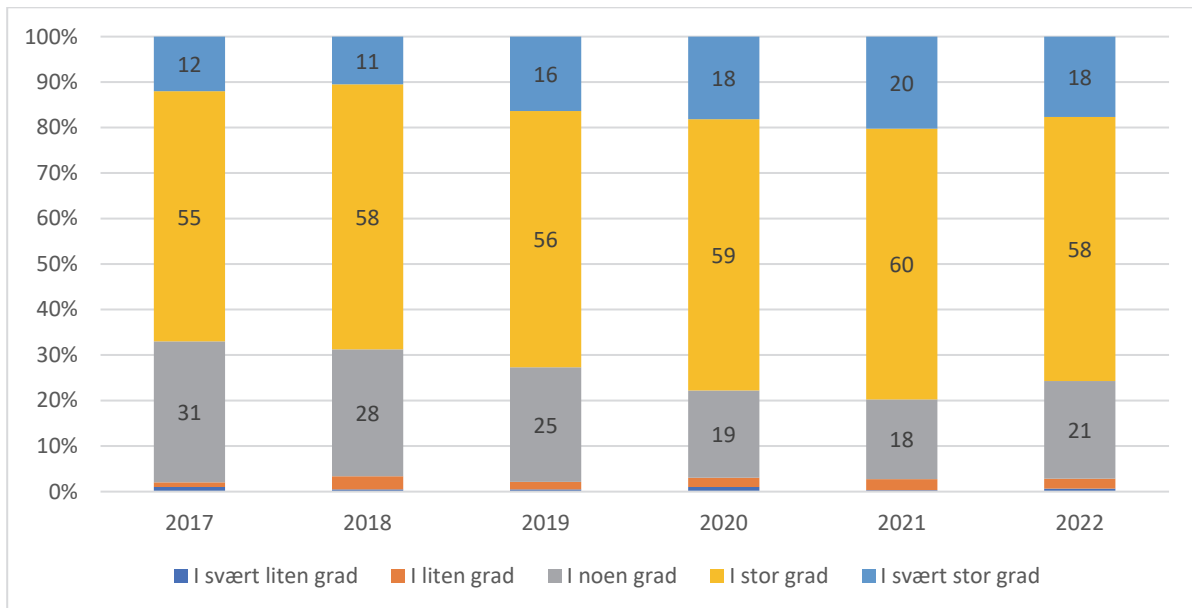
Tabell 14.5 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? 2019 og 2022.

| | 2019 | | 2022 | |
|--|-----------|------------|------------|------------|
| | n | % | n | % |
| KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System) | 16 | 17 | 5 | 4 |
| FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes) | 66 | 69 | 84 | 71 |
| FIT, papir | 19 | 20 | 26 | 22 |
| NORSE Feedback | 1 | 1 | 22 | 18 |
| Annet | 16 | 17 | 22 | 18 |
| Totalt | 95 | 100 | 119 | 100 |

14.5 I HVILKEN GRAD ER TJENESTETILBUDET RECOVERY-ORIENTERT?

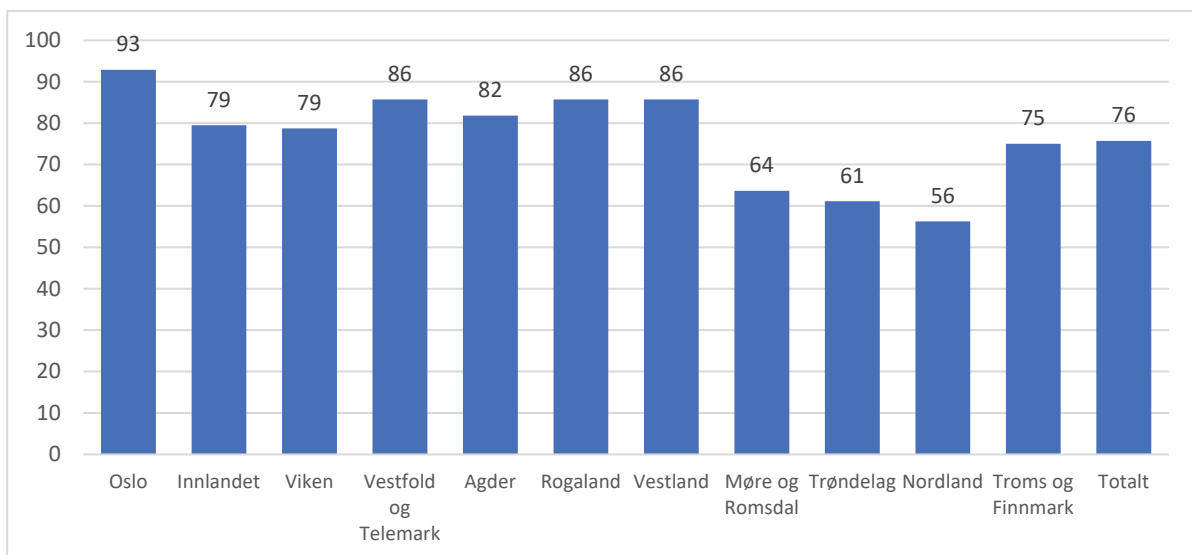
I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Resultatene er presentert

for de seks siste årene i figur 14.4. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 80 prosent i 2021, men en liten nedgang siste år til 76 prosent.



Figur 14.4 I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert? 2017-2021

Det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men vi finner noen forskjeller i andel som svarer i stor eller svært stor grad etter fylke (figur 14,5) og færrest kommuner svarer slik i Møre og Romsdal, Trøndelag og i Nordland.



Figur 14.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune i stor grad eller i svært stor grad er recovery-orientert. Fylke, 2022.

14.6 HVA GJØR KOMMUNER SOM ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT

Det er 192 kommuner/bydeler som har beskrevet hva som gjør at de i stor grad arbeider recovery-orientert. Eksempler på svar er:

- Arbeider målretta for tilbakeføring i "samfunnet".
- Arbeidet vårt bygger på å ha fokus på det som er frisk framfor det som er sykt, og en tanke om at innbyggerne skal istandsettes til å mestre egne liv.
- Benytter FIT. Etablert recovery-orientert tilbud, der brukere bestemmer aktivitet og innhold.
- Brukar i sentrum, fokus på recovery i møter, samtalar, ansvarsgruppemøter. Psykiatritenesta deltek og med oppfølging på arbeidsplass i nokre saker.
- Bruker i fokus og medbestemmelse som viktigste faktor i hverdagsrelatert oppfølging
- Brukerens mål og ønsker i fokus. Hva er viktig for deg?
- Det er besluttet politisk og gjennomført omfattende opplæring
- Det er forankret i virksomhetens faglige grunnlagsdokument, og det gjenspeiles i alle avdelinger. Alle nyansatte får informasjon og opplæring i Recovery orientert tilnærming.
- Det har vært et stort fokus på dette jevnt over i organisasjonen. Vi jobber etter gode pasientforløp og hva er viktig for deg.
- Endringsarbeid, holdninger- og fagutveksling i personalet, gjentar nye forsøk, setter mål og delmål
- Handler om at brukerne skal stå sterkere i eget liv. Motiverende Intervju (MI) som metode.
- Hatt fokus på Recovery i flere år, innført med hefter, spørsmål, IMR-kurs, samarbeid med sykehus om IMR-grupper, opprettet Jæren Recovery college i samarbeid med omliggende kommuner
- Hele kommunalområdet har blitt omdøpt til Helse og mestring for å legge fokus på at brukere og individer skal kunne mestre egne utfordringer og bistå med utvikling av egne mestringsstrategier og verktøy.
- Motiverer til selvhjelp utfra den enkeltes situasjon.
- Psykiatrisk sykepleier i kommunen avslutter snart sitt masterstudie i psykisk helsehjelp og har fokusert særlig på recovery-orientert arbeid i små kommuner. Prøver stadig å videreføre dette til andre medarbeidere og fronter det som eneste farbare vei, ressursene tatt i betraktning, innen kommunens satsing på forbedringsarbeid med "Gode pasientforløp" og "Leve hele livet".
- Tjenesten er godt kjent med innbyggerne i kommunen. Med fokus på individets ønsker og samfunnets medvirkning, er målsettingen å finne frem til et liv som den enkelte anser som optimalt. Begrensningene ligger først og fremst i manglende tilbud i distriktet i form av jobb og utdanning.
- Ulike kurs Recovery- skule; Mitt liv, mitt val og Livsmeistring, Tankevirus, fokus på hjelp til selvhjelp, deltaking i miljøarbeid.
- Vi bruker FIT systemet aktivt både ved å ha scoringene inn i samtalene samt bruke FIT krakken både i individuell og gruppebasert veiledning hvor brukerens mål er helt sentralt i den terapeutiske alliansen.
- Vi ser nytteverdien av at brukeren har mer fokus på hva som er viktig for seg, og at det virker positivt for bruker, det er de som ofte vet hva som er god hjelp.

Analyser av disse svarene kunne være egnet som en masteroppgave i tillegg til gjennomføring av dybdeintervju i noen av kommunene. Det er mye interessant i disse svarene, og recovery-tenkningen virker å være dynamisk og kanskje i endring. Med knappe ressurser i mange kommuner kan tilnærmingen også brukes som argument for å gi mindre bistand, men det er også kommentarer som handler om at det nå er veldig vanskelig å stille krav til brukere i aktiv rus og dermed vanskeligere å bistå.

14.7 HVA GJØR KOMMUNER SOM I LITEN GRAD ARBEIDER RECOVERY-ORIENTERT

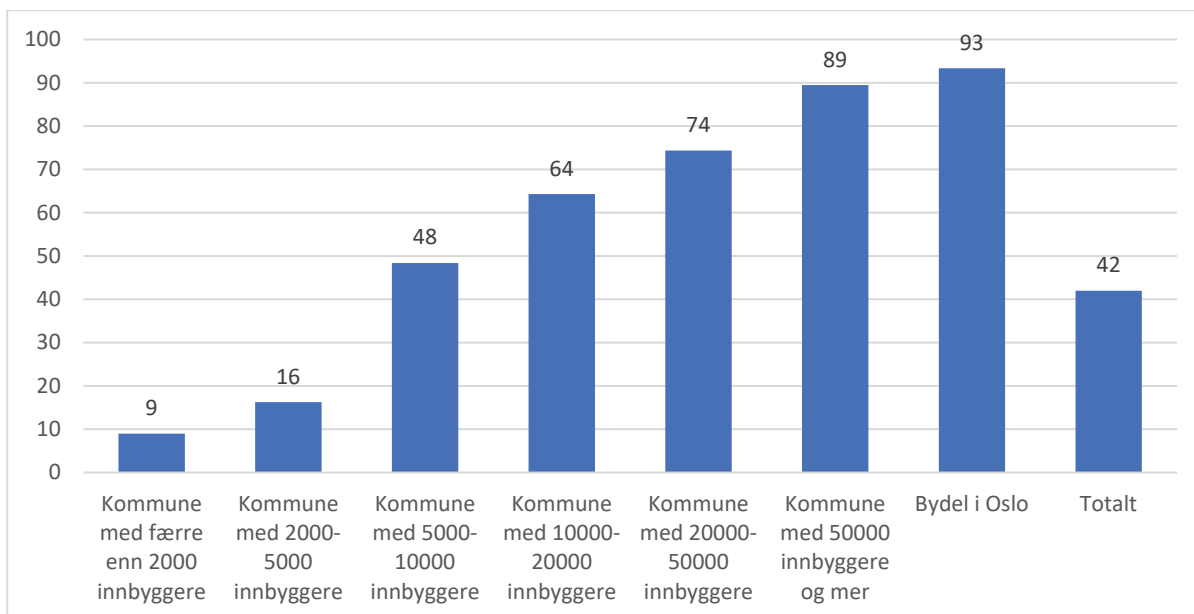
Det er seks kommuner som har svart på hvordan de ikke arbeider recovery-orientert:

- Arbeider ikke etter recovery-metoden
- Kommunen er så liten
- Legekontoret merker at det er flere pasienter som etterspør for eksempel stressmestringskurs i regi av kommunen. Dette er ikke noe som vi som kommune tilbyr.
- Prioriteringer
- Tidspress og lite kompetanse
- Vi jobber mer med kognitiv metode

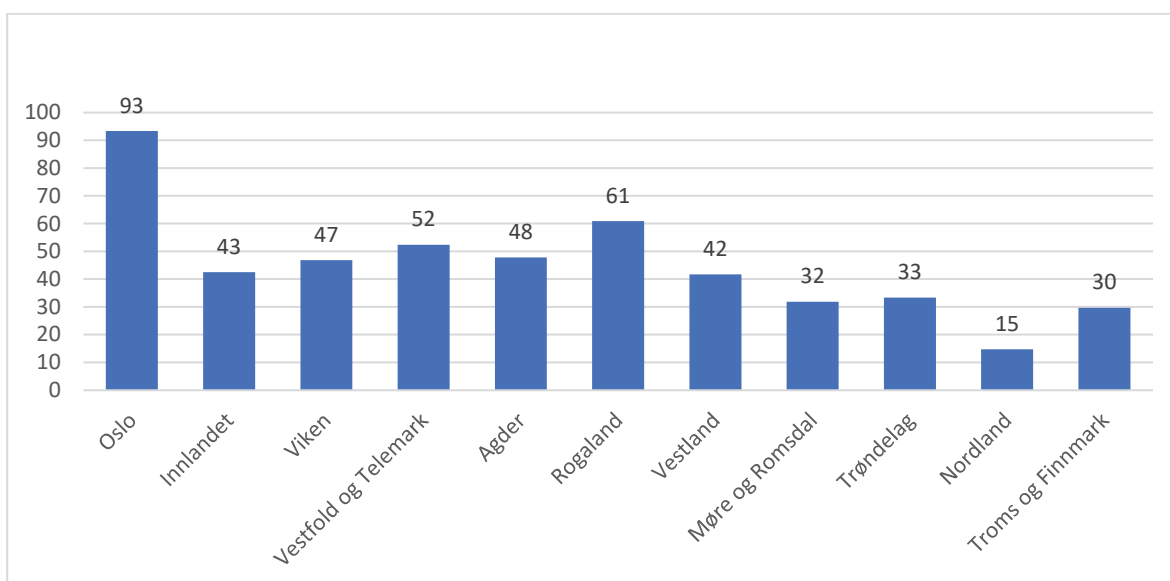
14.8 ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE OG DERES ROLLE I TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

Det var i 2019 totalt 27 prosent av alle kommunene som svarte at de hadde ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring innen psykisk helse og/eller rus, i 2020 var andelen 37 prosent og i 2021 totalt 38 prosent. I 2022 er det 42 prosent av kommunene som har ansatte med erfaringskompetanse i tjenester rettet mot voksne.

Det betyr at det er en økning på 15 prosentpoeng i andel kommuner som har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring fra 2019 til 2022. Som vist i figur 14.6 er andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. Det er også betydelig variasjon mellom fylker, se figur 14.7.



Figur 14.6 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Kommunestørrelse, 2022.

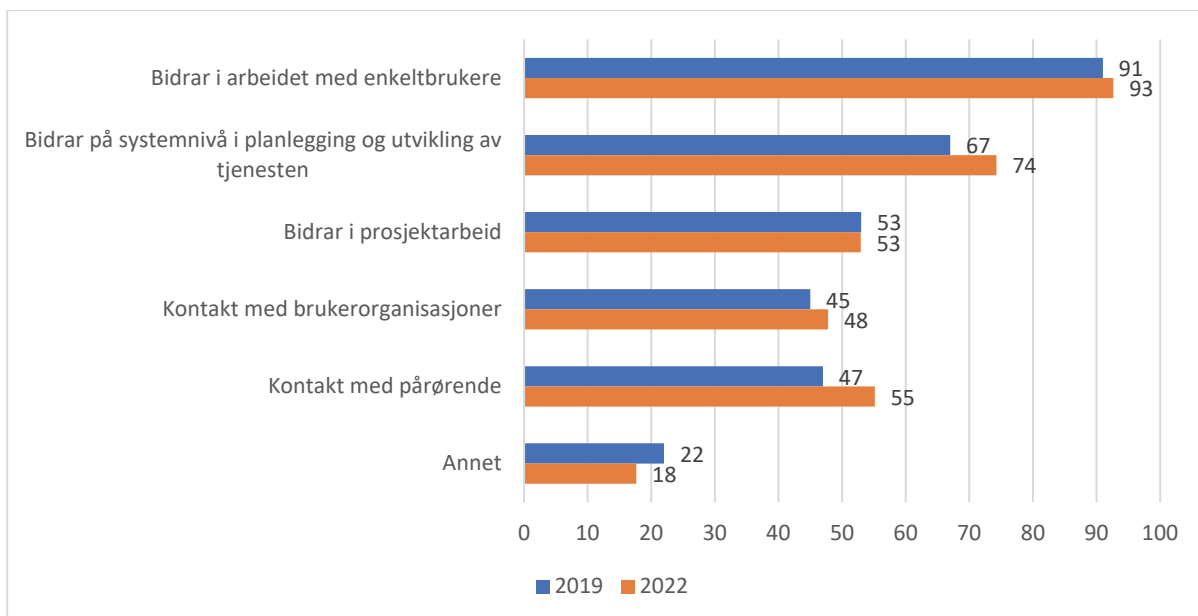


Figur 14.7 Prosent av kommunene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring. Fylke, 2022.

I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring, og i 2021 ble det rapportert om 205 årsverk, og i 2022 om 260 årsverk. Fra 2019 til 2022 er det dermed en økning på 93 årsverk, eller 55 prosent.

Det er også spurt hvilken rolle de ansatte med erfaringskompetanse har i tjenestene, og denne fordelingen kan vi vise for perioden 2019 - 2022, men da kun som andel av de som svarer at de har ansatte med erfaringskompetanse det enkelt år. Det er små endringer, men vi ser en økning i andel som bidrar på systemnivå og i kontakt med brukerorganisasjoner og pårørende.

Under annet nevnes det at erfaringskompetansen brukes i ulike aktivitetstilbud, dagsenter, arbeidstiltak, FACT, kollegaveiledning, selvhjelpsgrupper og i ulike kurs og treffpunkt/bålprat.



Figur 14.8 Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har. 2019 og 2022.

Til kommunene som svarte at de ikke har ansatt personell med erfaringskompetanse, spurte vi om de hadde planer om dette framover. Og det var 55 prosent av disse som svarte at de ikke har planer om det i 2022, mens 12 prosent svarte at de har planer om å ansette personell med erfaringskompetanse, se tabell 14.6. Fra 2021 til 2022 er det særlig en økning i andel som svarer at de ikke vet om de har planer, og det er nå hver tredje kommune som ikke har ansatte med erfaringskompetanse som er usikker på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse.

Tabell 14.6 Antall og prosent av kommunene som har svart på om de planlegger å ansette folk med erfaringskompetanse/-brukererfaring av de som ikke har det i dag, 2019 – 2022.

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 56 | 18 | 31 | 16 | 40 | 19 | 22 | 12 |
| Nei | 149 | 48 | 106 | 56 | 121 | 57 | 104 | 55 |
| Vet ikke | 88 | 28 | 52 | 28 | 50 | 24 | 62 | 33 |
| Ikke svart | 17 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | 310 | 100 | 189 | 100 | 212 | 100 | 188 | 100 |

Av de 22 som har svart ja i 2022 er det 20 som oppgir en årsak, men bare 88 av de 104 som har svart nei har begrunnet det. Av de 62 som svarte at de ikke vet, er det 51 som har begrunnet svaret.

ÅRSAKER TIL AT DE PLANLEGGER Å ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG

Å styrke brukerperspektivet løftes av noen kommuner:

Det er kanskje fra erfaringer man kan utforme gode tjenester til brukere.

Endrer praksis mot å være mer recoveryorientert og med stort fokus på brukermedvirkning og personsentrert omsorg.

For å få et tydeligere brukerperspektiv inn i våre tilbud og videreutvikling av disse.

Andre oppgir at de har gode erfaringer fra tidligere:

Har tidligere hatt erfaringskonsulent tilsatt. Innehar en unik kompetanse, som tjenesten vurderer som viktig for å sikre faglig gode tjenester og brukerstemmen. Vedkommende bidro inn i arbeidet med enkeltbrukere, på systemnivå (planlegging og utvikling av tjenesten) og i kontakt med brukerråd/organisasjoner.

Vi har hatt person ansatt med erfaringskompetanse tidligere, som dessverre sluttet. Vi ser vi bør gjøre litt om på stillingsbeskrivelse, før ny utlysning og jobber med det.

Andre har det i handlingsplan:

Lagt inn som tiltak i handlingsplan for 2023-2026.

Eller har søkt, fått eller ikke fått midler:

Det er søkt midler til erfaringskonsulent, som er mottatt, avventer avklaring på øverste ledernivå for fast tilsetting.

Ser at det er nytteverdi av slik kompetanse og det muliggjøres ved evt. tilsagn på tilskuddsmidler.

Søkte midler, fikk avslag. Interkommunal tjeneste/samarbeid.

Noen starter nye prosjekt:

Nytt prosjekt Housing First.

Andre har spesifikke planer for hvor kompetansen trengs:

Vi anser erfaringskompetanse som nyttig kunnskap som vi ønsker å kunne bruke i tjenesten, enten på bakgrunn av erfaringer med møte med helsetjenestene grunnet rusmiddelproblemer, psykisk helseproblem eller fordi man er eller har vært pårørende. Vi jobber med å etablere et mini mottak og oppfølgingscenter for personer med rusmiddelproblemer eller avhengighet og ønsker spesielt i den forbindelse å ansette noen med erfaringskompetanse. Vi jobber med dette administrativt i kommunen og politisk.

ÅRSAKER TIL AT DE IKKE PLANLEGGER Å ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG

Svarene handler både om at de har behov for annen kompetanse:

Det er behov for ansatte med treårig helse- og sosialfaglig høgskolekompetanse. Det er vanskelig å rekruttere personer som i tillegg har erfaringskompetanse.

Det er i utgangspunktet lite fokus på ROP-lidelser i det politiske systemet. I tillegg er det rekrutteringsvansker, slik at vi også sliter med å få personell til ordinære stillinger.

Jobber nå med å styrke driften i psykiatrien med en fagstilling ekstra. Dette er prioritert dette året.

Vi sliter med å få på plass personer med fagkompetanse og må fokusere på det først.

Eller at det er små tjenester som er avhengig av fagkompetanse:

Få ansatte i tjenesten. Viktig med fagkompetanse.

Grunnet liten kommune med lavt folketall ser vi ikke behov for dette på nåværende tidspunkt.

Eller at de ikke har budsjett til flere ansettelse:

Alle stillinger er besatt og vi kan ikke ansette flere pga. nedskjæring.

Det er under stadig evaluering, men har foreløpig ikke vært mulig å få til av budsjettmessige årsaker.

Andre samarbeider med brukerorganisasjoner for å få inn denne kompetansen:

Har ingen ressurser til det, forholder oss til lokallag innen mental helse.

Me er ein liten kommune og har ikkje mulighet for å tilsette bruker/erfaringskonsulent. Me bruker veldig aktivt brukerorganisasjonane og representantar frå dei i vårt arbeid. Me har og ein tilsett som er med i styre i brukerorganisasjon.

Andre oppgir at det vil vurderes senere eller at det foreløpig ikke er diskutert:

Dette har ikkje vore diskutert. Det har vore eit behov for fagutdanna i stillingane. I budsjettarbeidet må ein sjå på om det er mogleg i finne midlar til å ansette personar med erfaringskompetanse.

Det blir vurdert i løpet av 2023

Noen har erfaringskompetanse i FACT team:

Det er tilsett person med erfaringskompetanse i regionalt FACT team. Det er ikkje planar om å tilsette nokon med erfaringskompetanse lokalt i kommunen.

I den kommunale psykisk helsetjenesten er det ikke tenkt å ansette erfaringskonsulent, men vi har det gjennom FACT-teamet.

Andre oppgir at de ikke har noen aktuelle kandidater:

Vi bor i en kommune med vel 1000 innbyggere. Vi er i samarbeid med andre kommuner i gang med å opprette et FACT team, i den sammenheng vil erfaringskonsulent bli tilgjengelig. Det er knyttet utfordringer til å ansette erfaringskonsulent i vår kommune av to årsaker; 1. økonomiske ressurser 2. Tilgjengelige kandidater.

Noen er på vei til å vurdere det:

Vi er ein liten kommune. Vi ser at det kan vere utfordrande med denne kompetansen inn i tenesta. Men vi er ikkje framand for å sjå på det.

Andre har kommet litt lenger:

Vi er i en forberedende fase ift. å få erfaringskompetanse inn i vår tjeneste. Utdanningsløp pågår.

Vi har ingen spesiell plan på det. Det kan sjølvsagt vere aktuelt, dersom ein får søkarar som no har mulighet til å hjelpe andre.

Og de kan ha ansatte med erfaringskompetanse i andre stillinger som dekker behovet:

Vi har flere ansatte med erfaringskompetanse, men de er ikke ansatt som erfaringskonsulenter.

ÅRSAKER TIL AT DE ER USIKRE PÅ OM DE SKAL ANSETTE FOLK MED ERFARINGSKOMPETANSE/-BRUKERERFARING AV DE SOM IKKE HAR DET I DAG

Noen gir en grundig og reflektert begrunnelse:

De siste årene har kommunen utvidet staben av helsepersonell i avdeling for rus og psykisk helse, med ansettelse av ruskonsulent. Kommunen har klart å bygge opp stillingen økonomisk på bakgrunn av statens tilskuddsmidler og har på den måten utvidet tilbudet for innbyggerne. Kommunen er forholdsvis liten og det å øke personellressursene med personer med erfaringskompetanse, har så langt ikke vært oppe til vurdering. Det bør også legges til at i en kommune med ulike fagfellesskap (også innen avdelinger for rus og psykisk helse) befinner det seg mennesker med fagbakgrunn, som også har almen erfaringskompetanse når det gjelder livet. Ansettelser av "erfaringskonsulenter", kan være veldig flott, men kan også sees på som en form for stigma for den som ansettes. Det kan bli utfordrende for disse å komme seg ut av "rollen sin" som erfaringskonsulent senere. Dette med erfaringskonsulenter bør det både etisk drøftes og forskes mer på. Men vi ser ikke bort i fra at vi i videre løp kan ansette en erfaringskonsulent eller flere.

Mange oppgir at det ikke er midler til slike ansettelser, og at de har fokus på å beholde årsverkene de har heller enn å opprette nye stillinger. Usikkerhet rundt rollen oppgis av flere:

Det er to grunner til at vi ikke har ansatte erfaringskonsulent. 1. Usikker på rollen erfaringskonsulenten skal ha 2. Økonomi. Vi har fått et tilskudd som gradvis vil reduseres og må dekkes av det kommunale budsjettet i løpet av få år.

Også blant de som er usikre, nevnes FACT:

Det kan bli aktuelt i forbindelse med endring av FACT team i samarbeid med nabokommuner og spesialisthelsetjenesten. Starter trolig forprosjekt i løpet av året der dette kan bli tema.

Flere er åpen for å vurdere det om de får mer ressurser:

Har ikkje vore aktuelt pr no, men vi tenkjer at dette vil styrke tenestene om vi får det til med auka ressursar.

Om vi får midler fra Statsforvalteren, så vurderer vi å ansette en erfaringskonsulent.

Noen nevner også at de samarbeider med andre tjenester som har erfaringskompetanse:

Har samarbeid med NAV og andre enheter som har tilbud om erfaringskonsulent. Vi kan da leie inn ved behov/ønske via samarbeidspartnere i andre enheter og kommuner. Enheten i psykisk

helsetjeneste har pr i dag ikke planer om å ansette egne personer med erfaringskompetanse. Mulig dette kan være aktuelt i fremtiden.

Det beste for mange kommuner er kanskje om de også har fagkompetanse:

Usikker på hvordan dette skal administreres. Krevende område. Ser gevinsten av erfaringskompetanse hvis de samtidig har formalkompetanse innen området.

Andre har funnet andre måter å få med brukererfaringen på:

Vi har et interkommunalt brukerråd som startet opp i 2022.

Andre har gjort forsøk og har erfaring:

Vi har tidligere hatt ansatt 2 personer, 50% stilling hver, men de sa opp sine stillinger da det ble for tøft for dem å omgås "miljøet" som de ønsket å komme ut av.

14.9 ÅRSVERK MED ERFARINGSKOMPETANSE I TJENESTER RETTET MOT BARN OG UNGE

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid. I 2022 var det 15 prosent, så det er en økning. Til sammen er det meldt om 31 årsverk i 2022, og i 2021 var det 16 årsverk så det er nær en dobling av antall årsverk. Tallene er fortsatt for små til å gjøre videre analyser.

14.10 OPPSUMMERING

Når kommunene blir bedt om å gjøre en egenvurdering på om de sikrer brukermedvirkning er det 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i svært stor grad eller i stor grad sikrer brukermedvirkning for den enkelte bruker (individnivå), mens langt færre (31 prosent) svarer at de i samme grad sikrer brukermedvirkning på systemnivå i tjenesteutviklingen. Det er litt flere i store kommuner som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning enn små kommuner, men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse.

Det ble fra 2021 tatt med to nye spørsmål om samarbeid med hhv. lokale/regionale og sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner. Det er 18 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 38 prosent svarer at de i svært liten eller i liten grad har samarbeid med disse. Det er 7 prosent som oppgir at de i stor grad har kontakt med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, mens 16 prosent oppgir at de i svært liten grad har samarbeid med disse.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 51 prosent at de hadde det i 2022. Det er en økning fra 44 prosent i 2018.

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune var recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2017 til 76 prosent i 2022.

I 2019 var det 27 prosent av alle kommunene som hadde ansatte med erfaringskompetanse/bruker-erfaring i psykisk helse og/eller rustjenester, og i 2022 er andelen kommet opp i 42 prosent. Andel kommuner som har ansatte med denne typen kompetanse er betydelig høyere blant store kommuner enn blant de mindre. I 2019 beregnet vi at det var 167 årsverk totalt i landet som ble utført av personer med erfaringskompetanse/brukererfaring og i 2022 var det 260 årsverk. Fra 2019 til 2022 er det dermed en økning på 93 årsverk, eller 55 prosent.

I 2021 var det 28 kommuner/bydeler (9 prosent) som svarte at de har erfaringskompetanse/brukererfaring i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid og i 2022 var det 15 prosent. Til sammen er det meldt om 31 årsverk, en økning fra 16 årsverk i 2021.

15 BOLIGSITUASJONEN

Den nasjonale strategien for den sosiale boligpolitikken (2021 – 2024) samler og målretter den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Den sosiale boligpolitikken skal forebygge at folk får boligproblemer, og gi hjelp til dem som ikke selv klarer å skaffe og beholde en egnet bolig. Målet er at alle skal kunne skaffe seg og beholde en egnet bolig.¹⁷ Flere skal kunne eie sin egen bolig - og leie skal være et trygt alternativ. Strategien varsler følgende prioriterte innsatsområder:

- Ingen skal være bostedsløse.
- Barn og unge skal ha gode boforhold.
- Personer med nedsatt funksjonsevne skal på lik linje med andre kunne velge hvor og hvordan de bor.

I 2021 hadde vi med et åpent spørsmål om hva som er de største utfordringene når det gjelder boligsituasjonen for målgruppen til psykisk helse- og rustjeneste. Basert på analyser av beskrivelser fra 71 prosent av alle kommunene/bydelen (n=264) formulerte vi i kartleggingen i 2022 et nytt gradsspørsmål for å kartlegge omfanget av det som kom opp i kvalitative beskrivelser i 2021.

Tidligere har vi funnet at det fra 2018 til 2021 ikke var store endringer i boligsituasjonen for målgruppene psykisk helse og rusarbeid på nasjonalt nivå, men situasjonen kan ha blitt forbedret i noen kommuner, og forverret i andre. Det var i 2021 totalt 36 prosent som svarte at Husbankens ordninger i liten eller svært liten grad bidrar til at flere i målgruppen sikres en bedre boligsituasjon, og dette var en liten økning fra 31 prosent i 2018.

15.1 DATAGRUNNLAG

Tre spørsmål er inkludert i kartleggingen i 2022 og alle er nye spørsmål:

- Hvordan er dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid?
- Hvordan er dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt rusarbeid?
- I hvilken grad er følgende situasjoner årsak til at boligsituasjonen er slik?
 - Dårlig tilgang på boliger generelt
 - Beliggenhet på tilgjengelige boliger
 - Økonomien til brukerne muliggjør ikke leieavtaler pga. høye priser, dårlig betalingsevne
 - Mangel på ressurser til nødvendig botrening og booppfølging
 - Mangel på bolig/bofellesskap der brukere har nødvendig tilgang til personell
 - Mangel på små og rimelige boliger
 - Boliger til målgruppen ROP
 - Tilgjengelige boliger ligger for langt unna andre tjenester

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024/id2788470/>

- Lav omløpshastighet på kommunale boliger
- For dårlig kvalitet/standard på tilgjengelige kommunale boliger
- Vanskelig å etablere nye botilbud (mangel på tomter, NIMB, barnefamilier)
- For lite differensiert botilbud
- Brukere ønsker ikke nødvendig bistand fra personell inn i sin bolig
- Manglende finansieringsordninger
- Manglende interesse fra kommunepolitikerne
- Annet

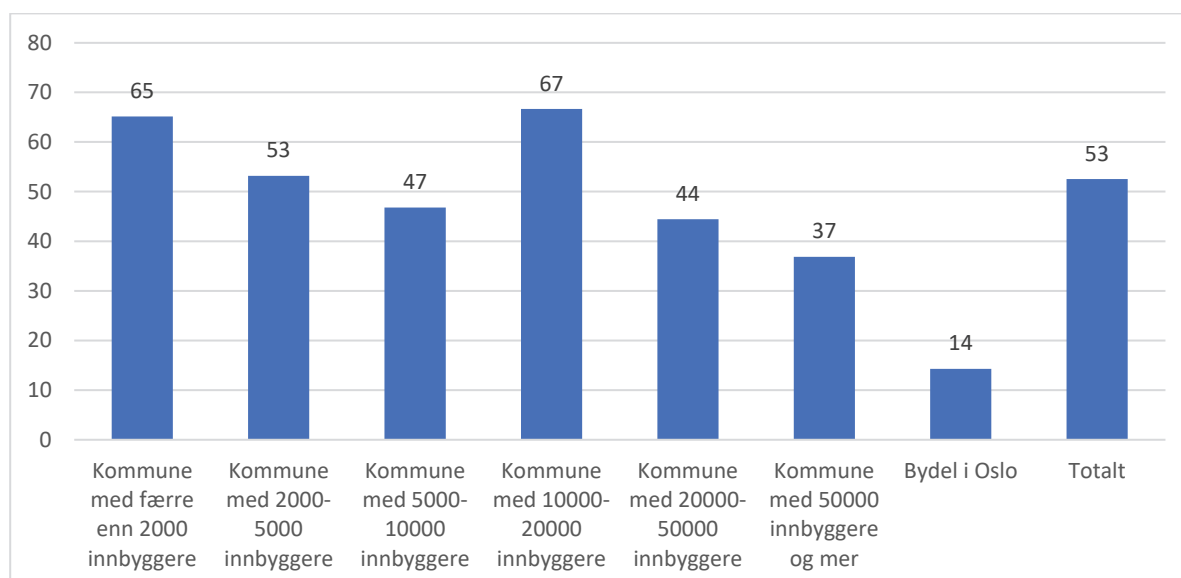
15.2 BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Det er 85 prosent som svarer på spørsmålet (n=318) og som vist i tabell 15.1, er det 10 prosent som svarer at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er svært god, og flest (42 prosent) svarer at situasjonen er god. Nesten hver tredje kommune svarer at situasjonen for målgruppen er middels, 13 prosent svarer at den er dårlig, og 10 kommuner (3 prosent) svarer at situasjonen er svært dårlig.

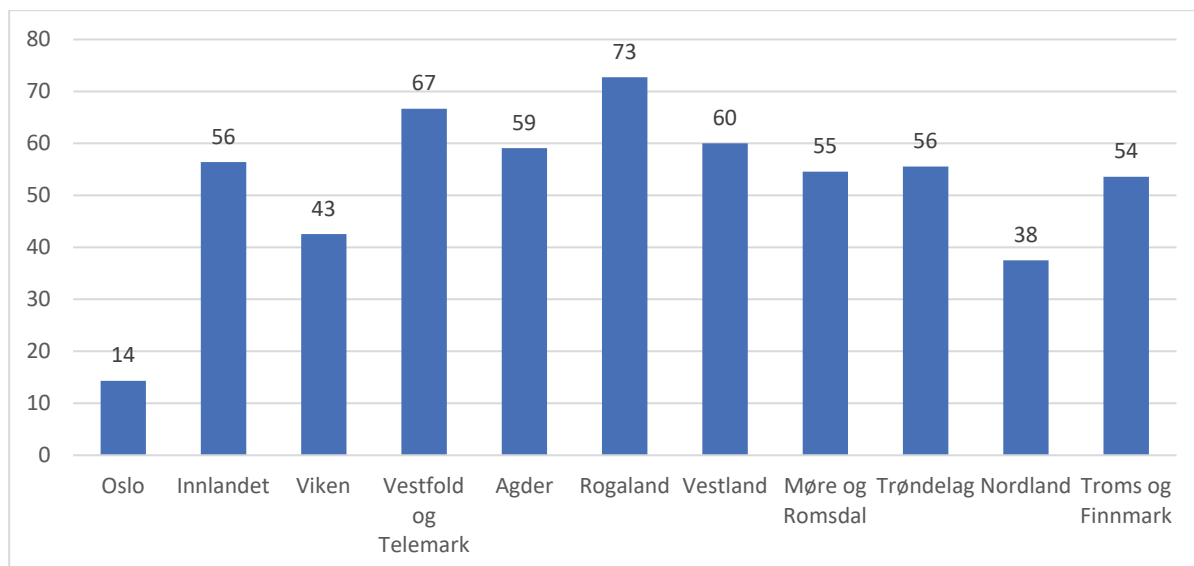
Tabell 15.1 Svar på hvordan dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er. 2022.

| | Antall | Prosent |
|--------------|--------|---------|
| Svært god | 32 | 10 |
| God | 135 | 42 |
| Middels | 99 | 31 |
| Dårlig | 42 | 13 |
| Svært dårlig | 10 | 3 |
| Total | 318 | 100 |

Her ser vi videre på de som svarer at boligsituasjonen er svært god eller god, og figur 15.1 og figur 15.2 viser at det er betydelige forskjeller både etter kommunestørrelse og mellom fylker.



Figur 15.1 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 15.2 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er god eller svært god. Fylke, 2022.

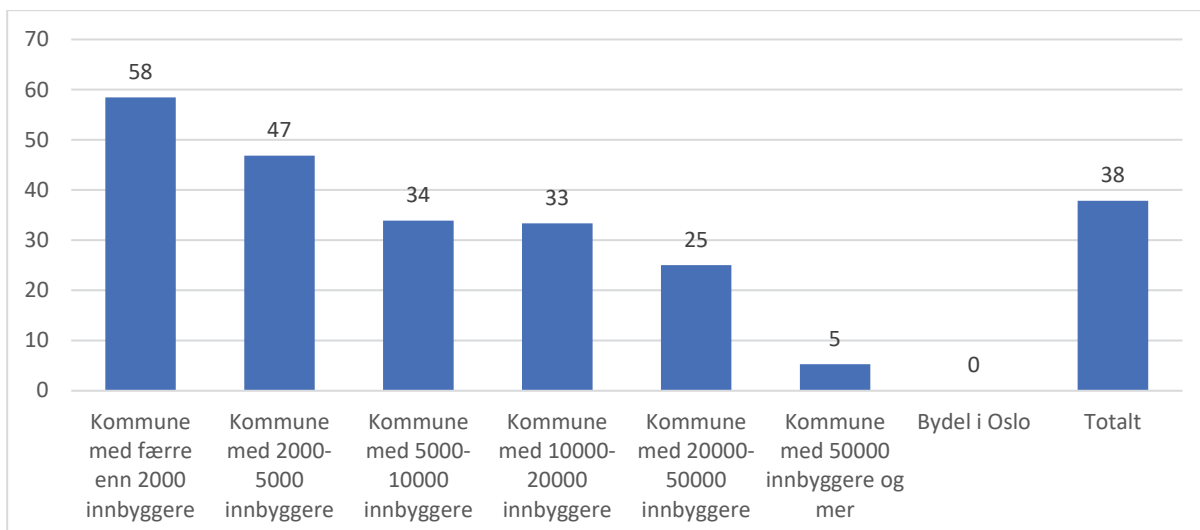
15.3 BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN INNEN KOMMUNALT RUSARBEID

Som vist i tabell 15.2, er det færre som svarer at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god (38 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (53 prosent), og 21 prosent svarer at situasjonen er dårlig, mens 8 prosent svarer at situasjonen er svært dårlig.

Tabell 15.2 Svar på hvordan dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er. 2022.

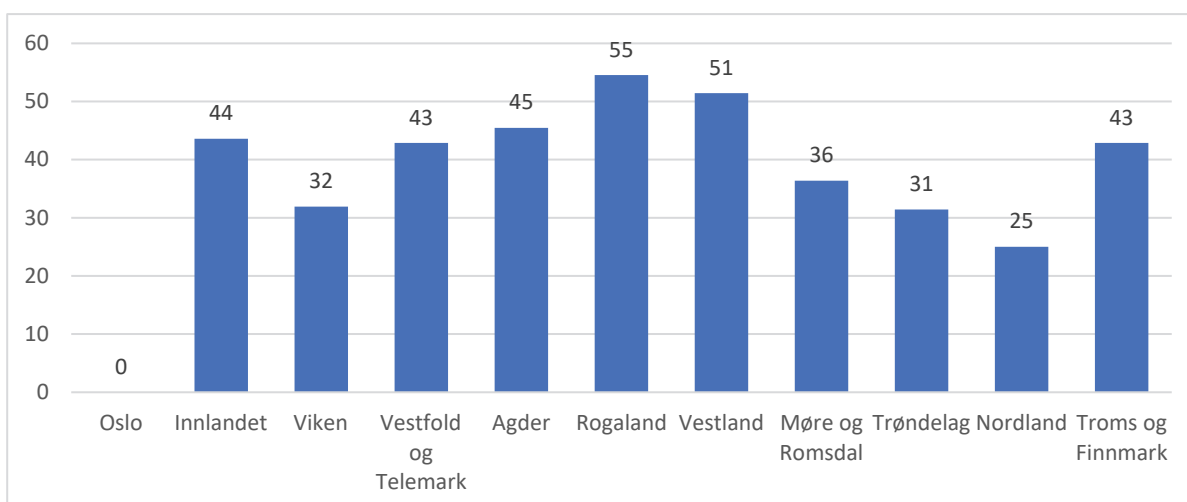
| | Antall | Prosent |
|--------------|--------|---------|
| Svært god | 29 | 9 |
| God | 91 | 29 |
| Middels | 106 | 33 |
| Dårlig | 66 | 21 |
| Svært dårlig | 25 | 8 |
| Total | 317 | 100 |

Som vist i figur 15.3 er dette tydelig en større utfordring jo større kommunen er.



Figur 15.3 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2022.

Det er ingen av bydelene i Oslo som varer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god, og kommunene i Rogaland og Vestland rapporterer i høyest grad om en god boligsituasjon.



Figur 15.4 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for målgruppen innen kommunalt rusarbeid er god eller svært god. Fylke, 2022.

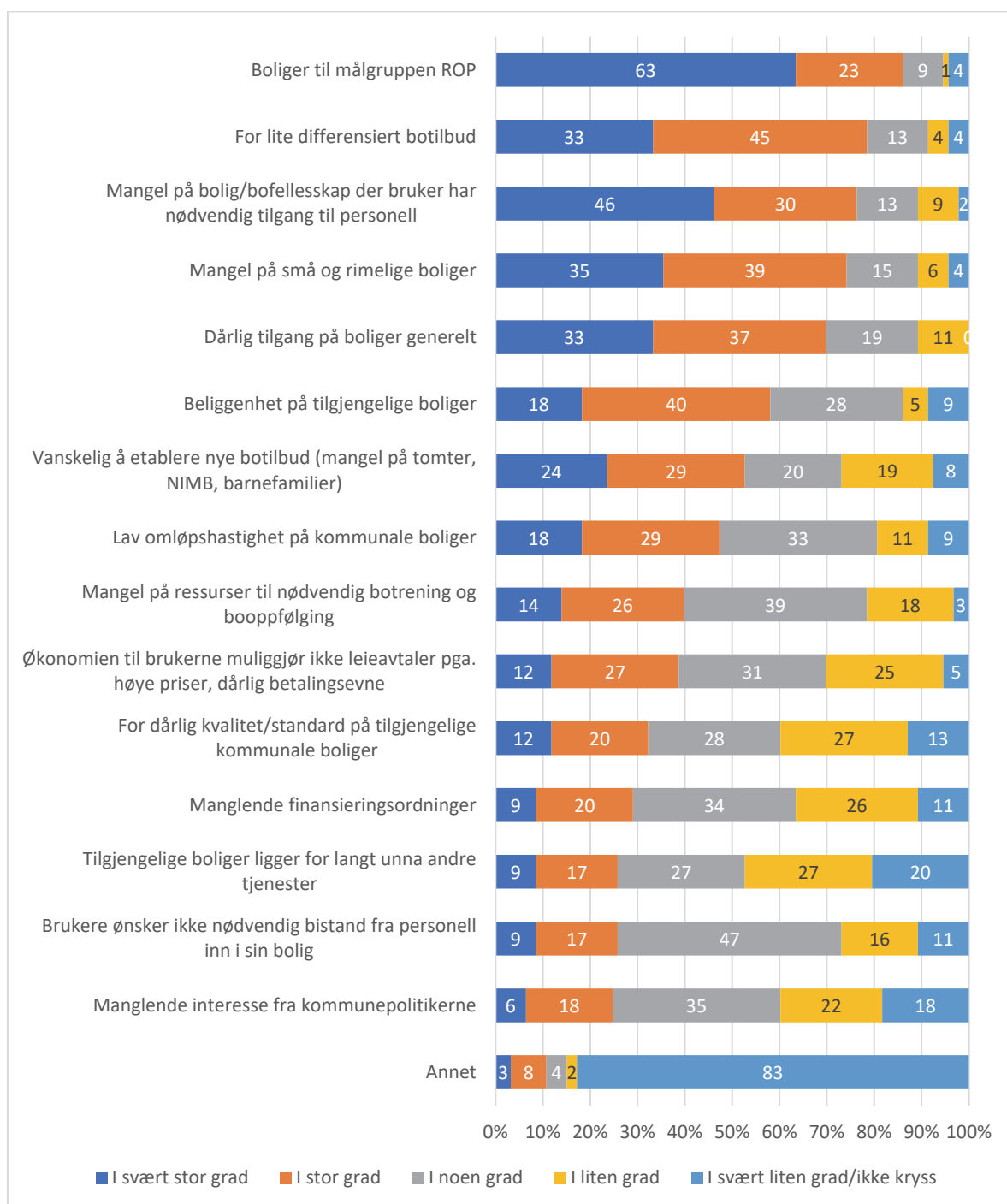
15.4 UTFORDRINGER SOM GIR EN DÅRLIG ELLER SVÆRT DÅRLIG BOLIGSITUASJON FOR MÅLGRUPPEN

I 2022 var det kun de som svarte at tilbudet var dårlig eller svært dårlig som fikk spørsmålene om i hvilken grad er følgende situasjoner årsak til at boligsituasjonen er slik. For å få til en mer komplett kartlegging, bør alle kommunene svare på spørsmålet.

Av de 93 kommunene/bydelene som svarer at boligsituasjonen er dårlig eller svært dårlig, svarer 94-99 prosent på i hvilken grad ulike situasjoner årsak til at boligsituasjonen er dårlig.

Det er flest som oppgir at utfordringen handler om boliger til målgruppen ROP (86 prosent). Om vi antar at resten av kommunene har en grei boligsituasjon for målgruppene (har ikke svart at situasjonen er dårlig eller svært dårlig), betyr dette at det er rundt 80 kommuner/bydeler eller 22 prosent av alle kommuner/bydeler som har utfordringer med boliger til målgruppen ROP. Noen færre

har problemer med et for lite differensiert boligtilbud (78 prosent av de med dårlig boligsituasjon), og omtrent like mange (76 prosent) oppgir at situasjonen er dårlig fordi de mangler bolig/boligfelleskap med nødvendig tilgang på personell. Mangel på små og rimelige boliger oppgis å være delårsak for 74 prosent av kommunene/bydelen som har en dårlig boligsituasjon, mens tilgang på boliger generelt oppgis å medvirke til dårlig boligsituasjon i 70 prosent av kommunene/bydelen. Det er også 58 prosent som oppgir at beliggenheten på tilgjengelige boliger i stor grad bidrar til en dårlig boligsituasjon for målgruppen, mens vanskeligheter med å etablere nye botilbud oppgis i stor eller svært stor grad å være årsak i 53 prosent av kommunene/bydelene med dårlig boligsituasjon for målgruppen.



Figur 15.5 I hvilken grad er følgende situasjoner årsak til at boligsituasjonen er slik blant de som svarer at de har dårlig eller svært dårlig boligsituasjon for målgruppene, 2022.

15.5 OPPSUMMERING

Det er 85 prosent som svarer på spørsmålene om boligsituasjonen til målgruppen. 10 prosent oppgir at dagens boligsituasjon for målgruppen innen psykisk helse er svært god, og flest (42 prosent) svarer at situasjonen er god. Nesten hver tredje kommune svarer at situasjonen for målgruppen er middels, mens 13 prosent svarer at den er dårlig, og 10 kommuner (3 prosent) svarer at situasjonen er svært dårlig.

Det er færre som svarer at boligsituasjonen innen rusarbeid er svært god eller god (38 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (52 prosent), og hver femte kommune svarer at situasjonen er dårlig, mens 8 prosent svarer at situasjonen er svært dårlig innen rusarbeid.

Det er flest som oppgir at utfordringen handler om boliger til målgruppen ROP (85 prosent). Om vi antar at resten av kommunene har en grei boligsituasjon for målgruppene, betyr dette at det er rundt 80 kommuner/bydeler, eller 22 prosent av alle kommunene/bydelene som har utfordringer med boliger til målgruppen ROP. Noen færre har problemer med et for lite differensiert boligtilbud (78 prosent av de med dårlig boligsituasjon), og omtrent like mange (76 prosent) oppgir at situasjonen er dårlig fordi de mangler bolig/boligfellskap med nødvendig tilgang på personell. Mangel på små og rimelige boliger oppgis å være delårsak i 74 prosent av kommunene/bydelen som har en dårlig boligsituasjon.

16 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Gitt de økte forventningene til mer og bedre samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste gjennom blant annet Helsefelleskapene, har vi i 2022 utarbeidet mer konkrete spørsmål om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten enn tidligere år. Følgende tre hovedspørsmål ble tatt med i årets kartlegging:

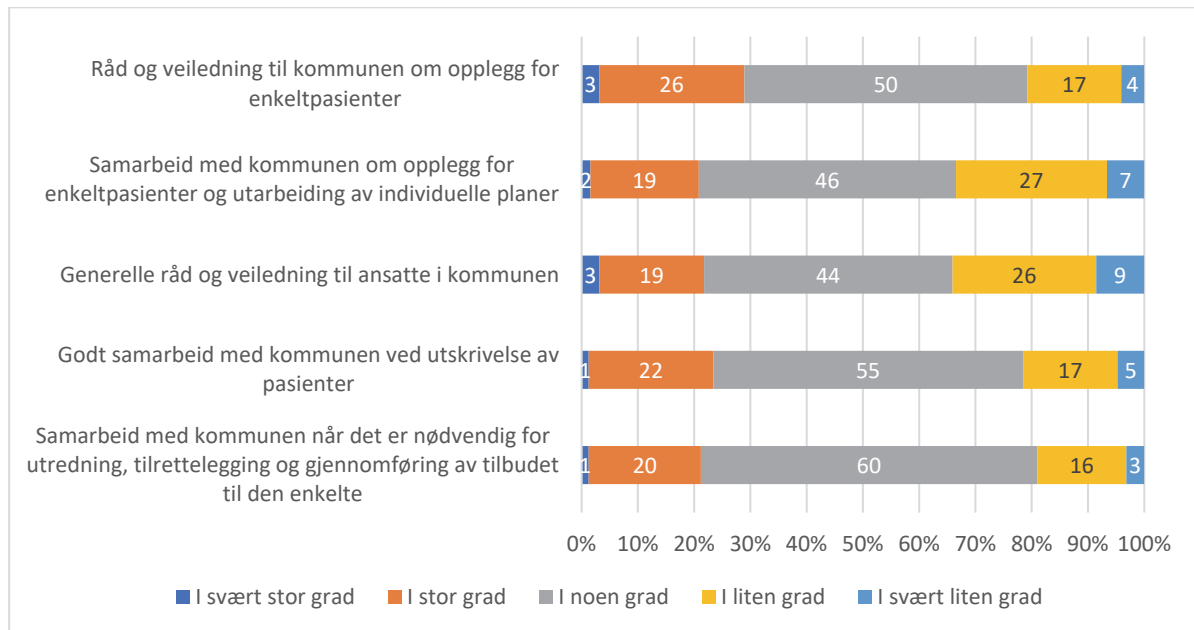
- I hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern for voksne sørger for:
 - råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
 - samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
 - generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
 - godt samarbeid med kommunen ved utskrivelse av pasienter
 - samarbeid med kommunen når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.
- I hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern for barn og unge sørger for:
 - råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
 - samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
 - generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
 - godt samarbeid med kommunen ved utskrivelse av pasienter
 - samarbeid med kommunen når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.
- I hvilken grad erfarer dere at spesialisthelsetjenesten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sørger for:
 - råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
 - samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
 - generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
 - godt samarbeid med kommunen ved utskrivelse av pasienter
 - samarbeid med kommunen når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

Det var også mulig å legge inn kommentarer til hvert av punktene.

16.1 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

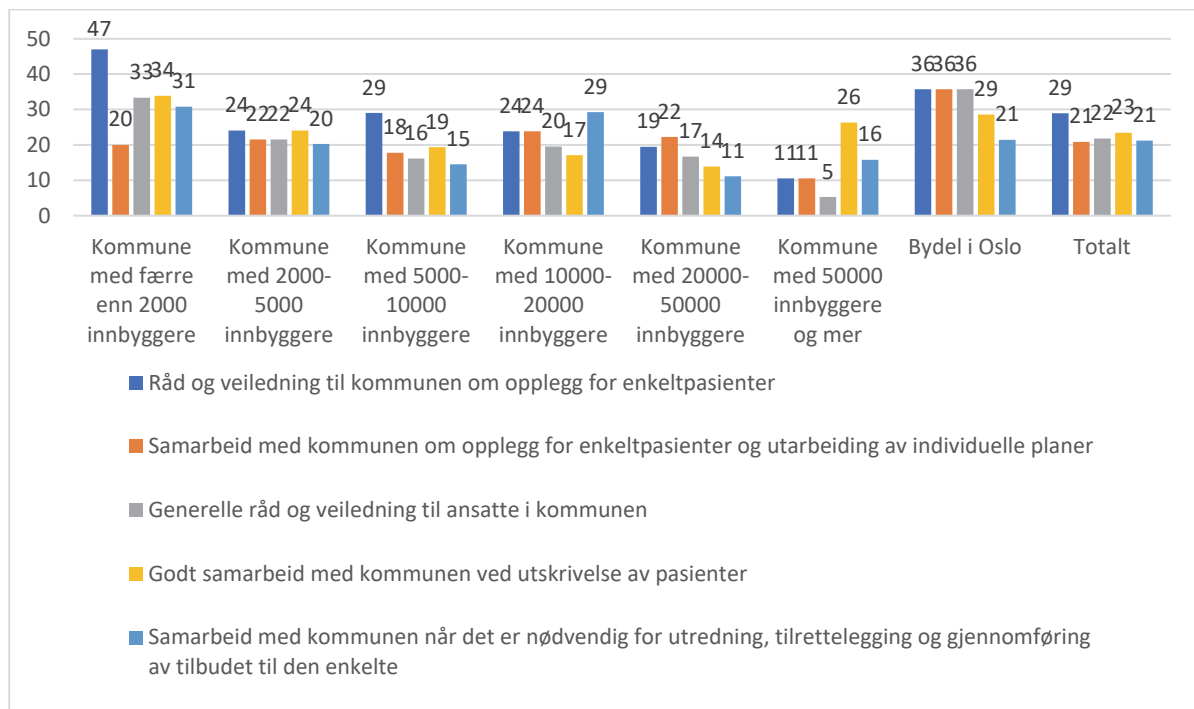
Det er 318 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart på spørsmålene om samarbeid med psykisk helsevern for voksne. Som vist i figur 16.1, er det 29 prosent som svarer at psykisk helsevern for voksne i stor eller svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for

enkelpasienter, mens 21 prosent svarer at de i stor eller svært stor grad sørger for samarbeid om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer.

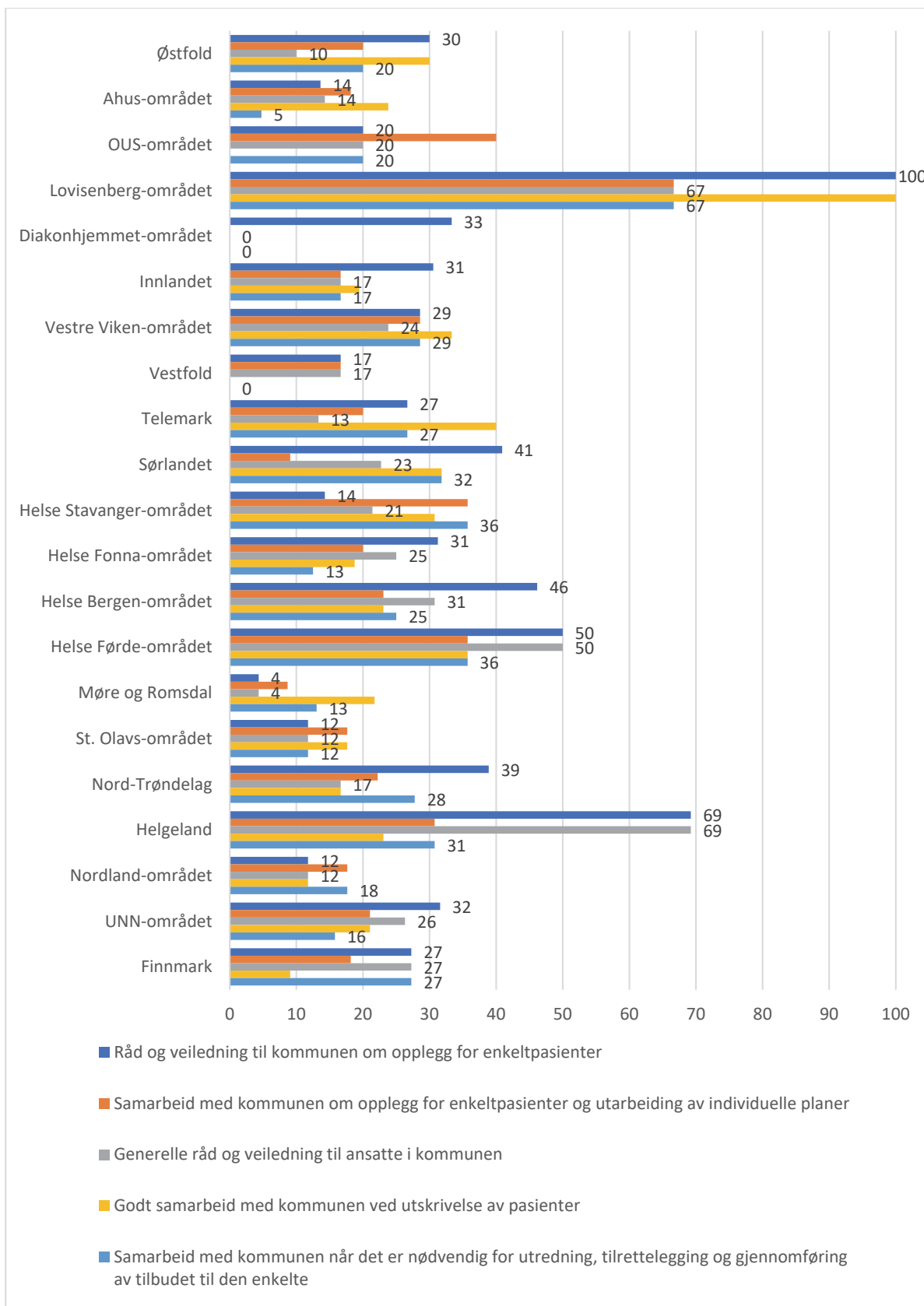


Figur 16.1 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad psykisk helsevern for voksne sørger for råd, veiledning og samarbeid. 2022.

Vi koder om slik og ser på andel som svarer i svært stor grad og i stor grad etter kommunestørrelse og HF-områder.



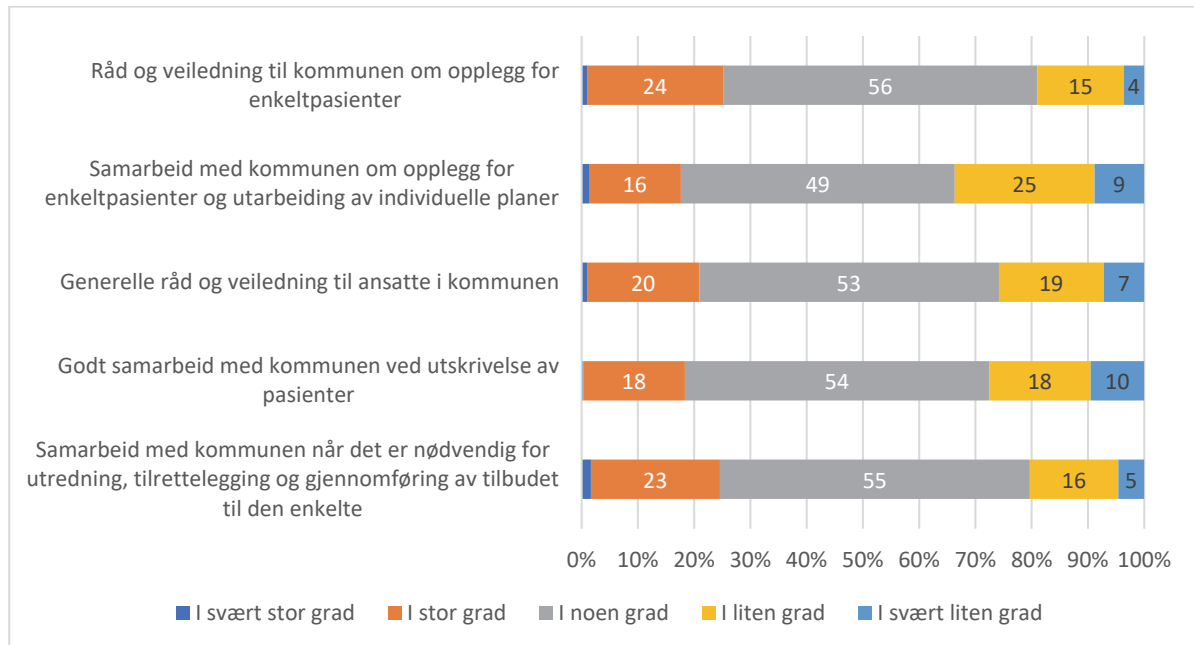
Figur 16.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at psykisk helsevern for voksne i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 16.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at psykisk helsevern for voksne i stor eller svært stor grad søker for råd, veiledning og samarbeid. HF-område, 2022.

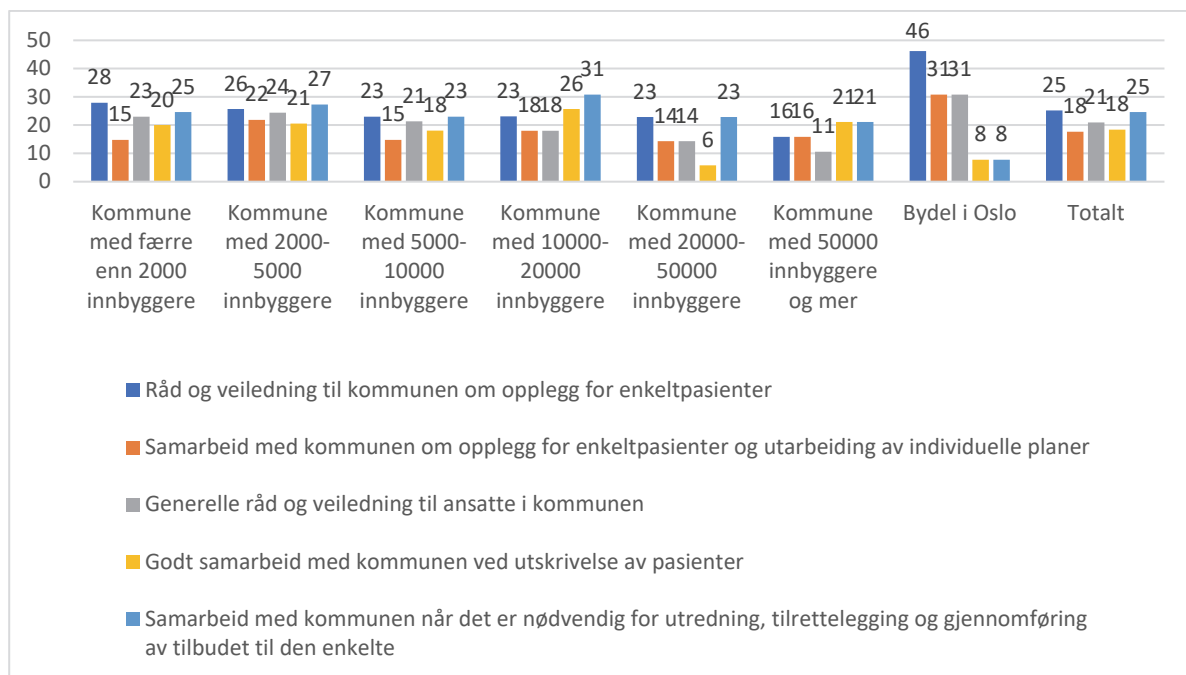
16.2 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

Det er få som svarer at psykisk helsevern for barn og unge i svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid, og mellom 18-25 prosent av kommunene svarer at de i stor eller svært stor grad sørger for dette.

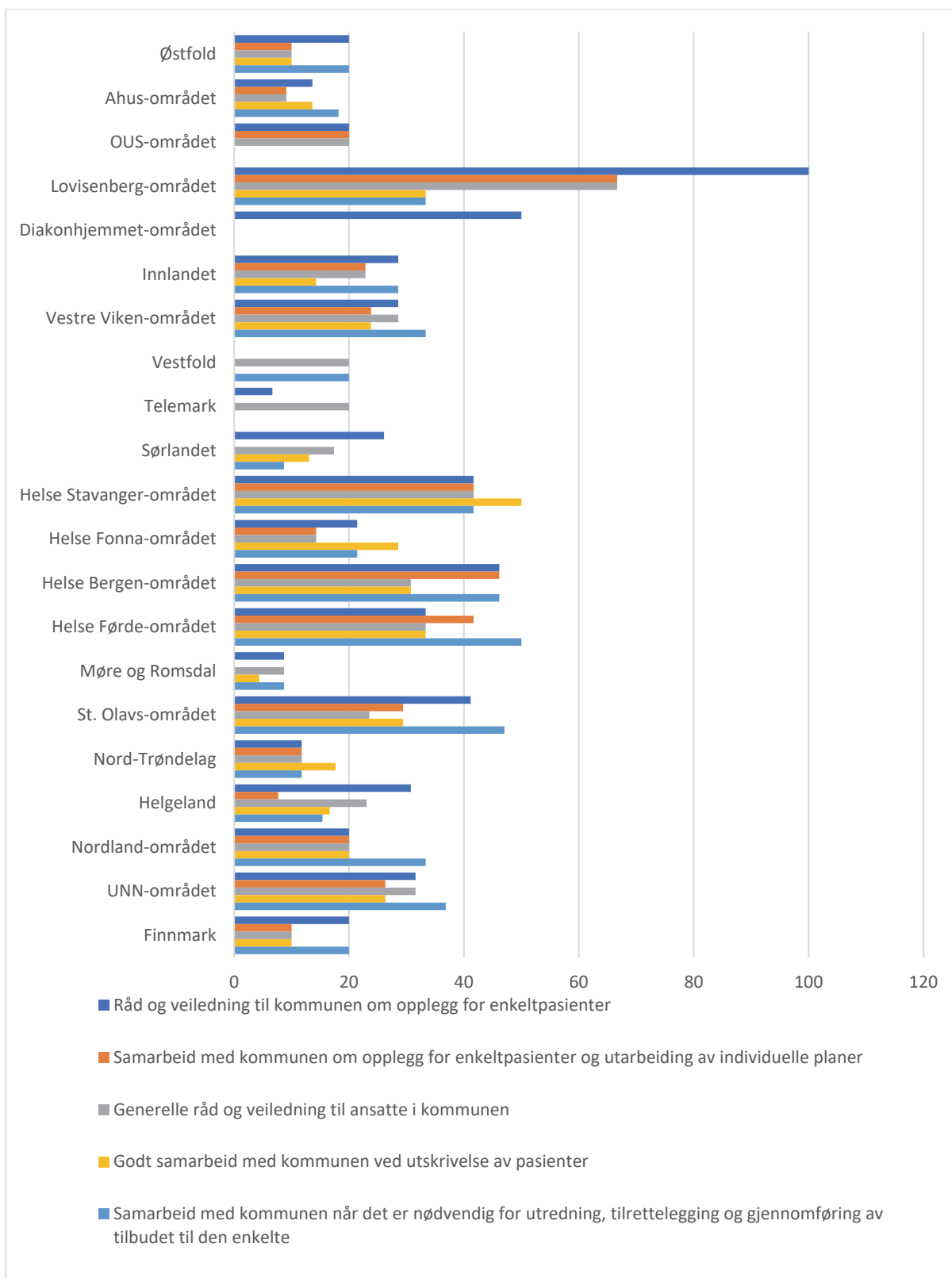


Figur 16.4 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad psykisk helsevern for barn og unge sørger for råd, veiledning og samarbeid. 2022.

Vi ser videre på de som svarer i svært stor eller i stor grad på de ulike punktene og viser forskjeller etter kommunistørrelse (figur 16.5) og etter HF-område (figur 16.6).



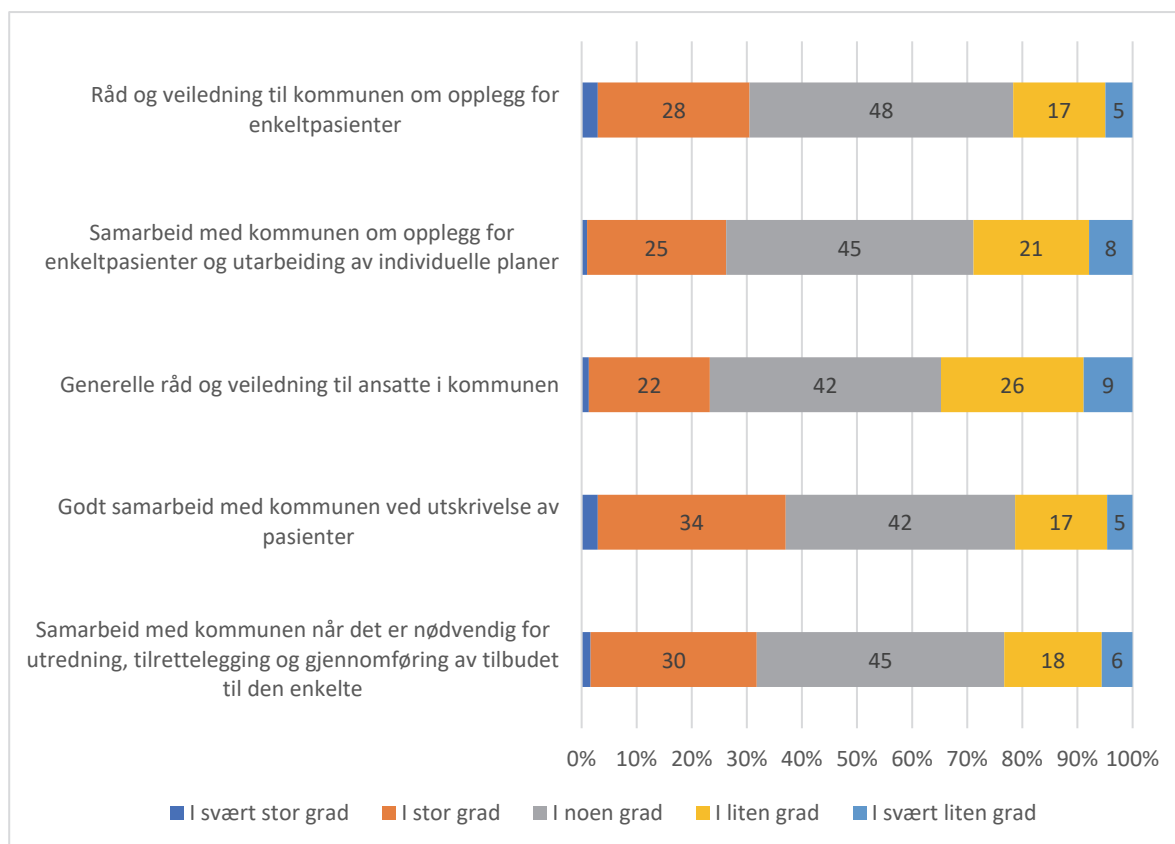
Figur 16.5 Prosent av kommunene som svarer at psykisk helsevern for barn og unge i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid. Kommunistørrelse, 2022.



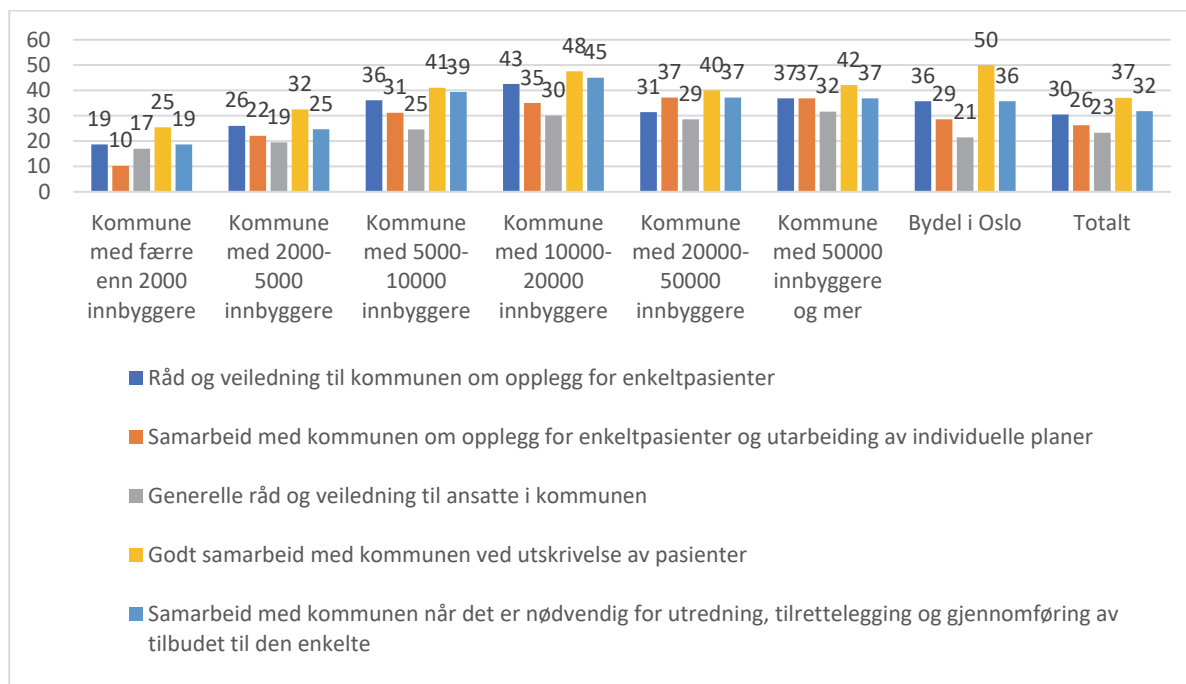
Figur 16.6 Prosent av kommunene som svarer at psykisk helsevern for barn og unge i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid. HF-område, 2022.

16.3 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

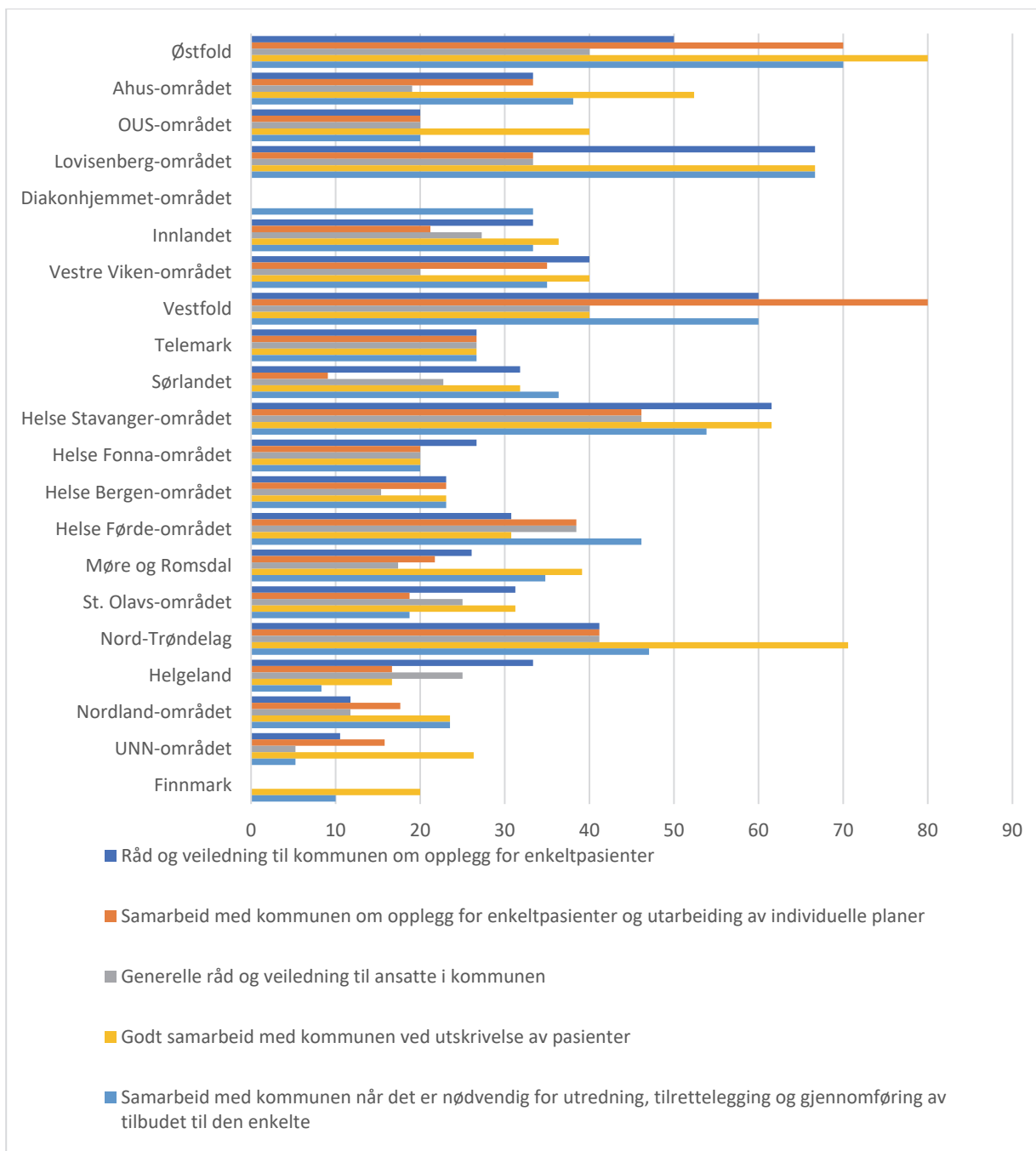
Det er mellom 23 og 37 prosent som svarer at TSB i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid, se figur 16.7 og 16.8.



Figur 16.7 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken TSB sørger for råd, veiledning og samarbeid. 2022.



Figur 16.8 Prosent av kommunene som svarer at TSB i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 16.9 Prosent av kommunene som svarer at TSB i stor eller svært stor grad sørger for råd, veiledning og samarbeid. HF-område, 2022.

16.4 OPPSUMMERING

Kartleggingen i 2022 inkluderer spørsmål om hvordan fagpersoner i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid opplever at spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern og TSB sørger for råd, veiledning og samarbeid med kommunene. Det kan se ut som kommunene i større grad mottar råd, veiledning og har samarbeid med TSB, enn PHV. Resultatene er gruppert etter opptaksområde for helseforetakene og de viser potensial for forbedring i alle HF-områdene.

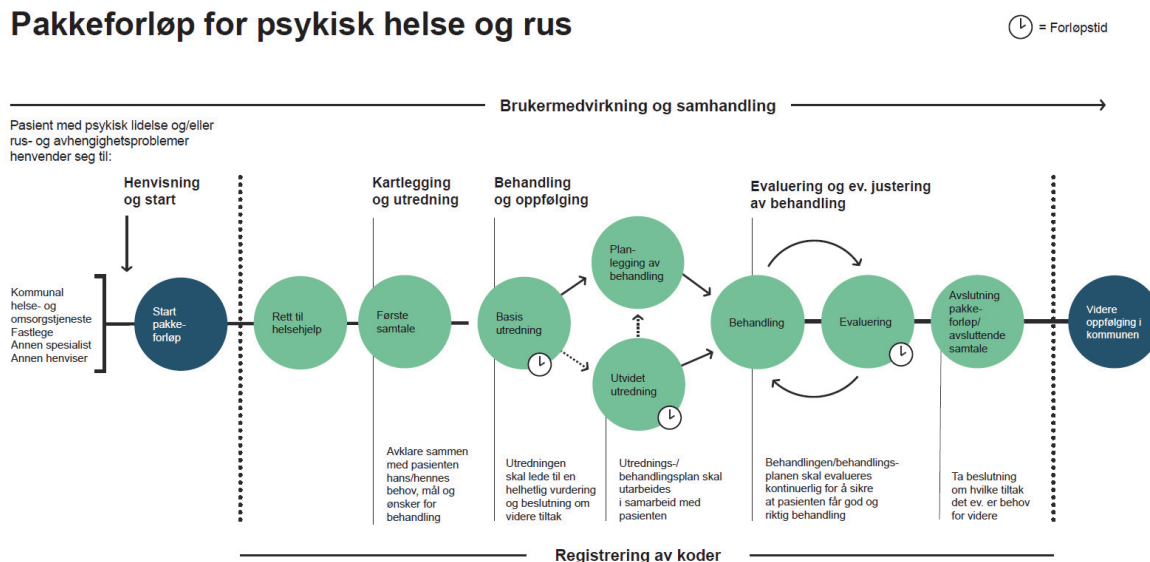
17 PAKKEFORLØP FOR PSYKISK HELSE OG RUS

'Pakkeforløp for psykisk helse og rus' ble endret til 'Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus' i september 2022. Navnet har blitt endret gjennomgående i forløp og kodeverk, og gjelder fra 1. januar 2023. I dette kapittelet bruker vi begrepet som ble brukt i spørsmålsformuleringene våren 2022, altså pakkeforløp. Meldingene fra Helsedirektoratet er at det ikke er blitt gjort andre innholdsmessige endringer og at neste fase av arbeidet med videreutvikling av innhold og innretning i forløpene vil pågå det kommende året, og er planlagt ferdigstilt for publisering høsten 2023.

17.1 INNLEDNING

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i januar 2019. Formålet er at pakkeforløp skal gi pasient eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Helse- og omsorgsdepartementets intensjoner formuleres i fem målsettinger: 1) Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, 2) sammenhengende og koordinerte pasientforløp, 3) unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging, 4) mer likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor og 5) bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. For mer detaljer om pakkeforeløpene, se Helsedirektoratets nettsider¹⁸ og tidligere rapport kapittel 7 samt rapporter fra den nasjonale evalueringen av pakkeforløp/pasientforløp som gjennomføres av SINTEF [85, 86]. Figuren under viser pakkeforløpenes innhold.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus



¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

17.2 DATAGRUNNLAG

I 2021 hadde vi med mange spørsmål om pakkeforløp, og i 2022 er kun følgende med:

- Opplever dere noen virkninger for tjenestene eller tjenestebrukerne etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus?
 - Ja, for tjenestene
 - Ja, for brukerne
 - Nei
 - Vet ikke
- Beskriv hvilke virkninger for tjenestene eller tjenestebrukerne innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus har hatt (åpent)
- Har kommunen/bydelen utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider?
- Er dere kjent med at det er innført pakkeforløp for tidlig kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet?

I 2022 er det 316 kommuner (85 prosent) som har svart på spørsmålene om pakkeforløp.

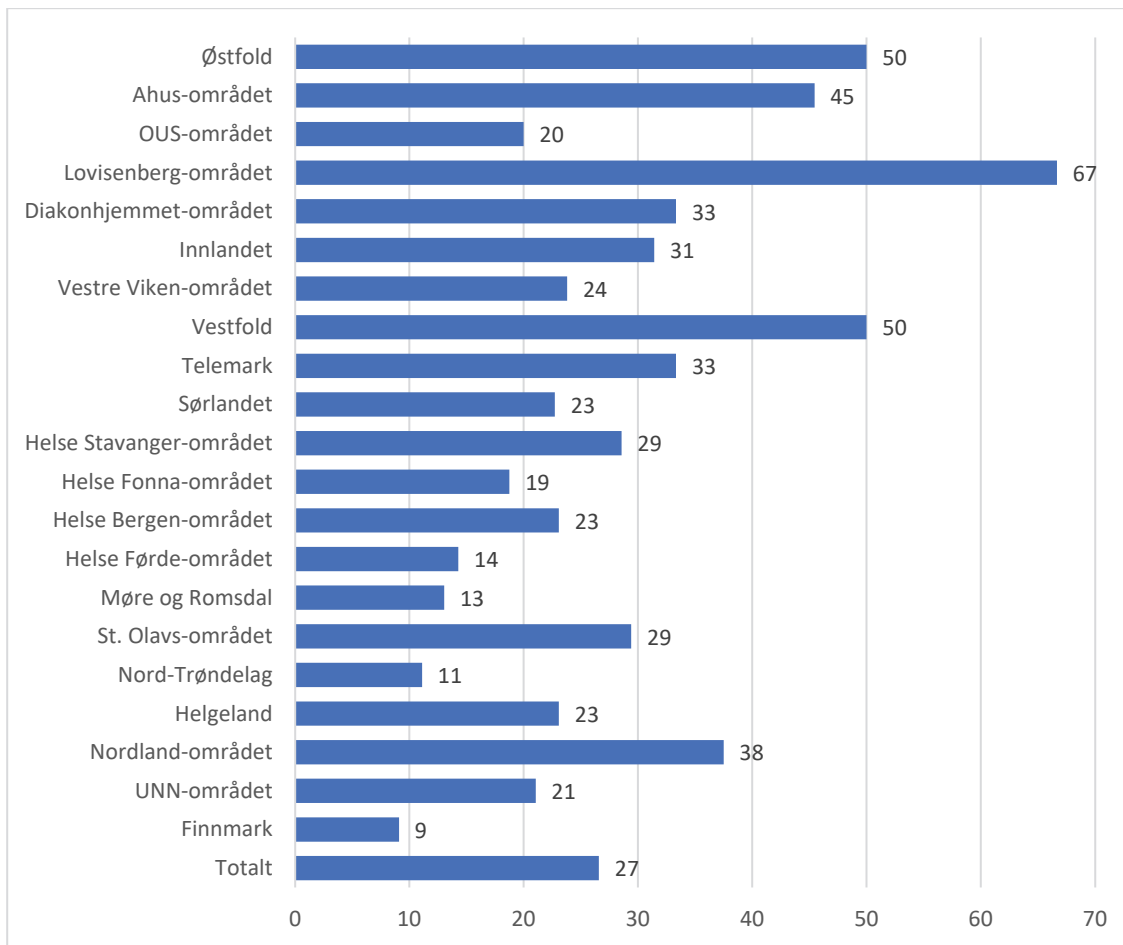
17.3 ERFART VIRKNING AV PAKKEFORLØP

Det er 27 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at pakkeforløp har hatt betydning for brukerne og 18 prosent oppgir at det har hatt virkning for tjenestene. Her kunne de sette flere kryss og 14 prosent har krysset av både for brukerne og tjenestene.

Tabell 17.1 Antall og prosent av kommunen som har svart på om de opplever noen virkninger for tjenestene eller tjenestebrukerne etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus.

| | Antall | Prosent |
|--------------------|--------|---------|
| Ja, for tjenestene | 57 | 18 |
| Ja, for brukerne | 84 | 27 |
| Nei | 161 | 51 |
| Vet ikke | 59 | 19 |
| Totalt | 316 | 100 |

Det er ingen systematikk i svarene blant de som har svart at de observerer virkninger for tjenestene, men vi finner systematikk etter helseforetaksområde i andel kommuner/bydeler i opptaksområdet som opplever virkninger for brukerne.



Figur 17.1 Prosent av kommuner/bydeler som oppgir at de opplever virkning for brukerne etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus. HF-område, 2022.

Lovisenberg-område har bare tre opptaksbydeler, og det er derfor 2 av 3 som oppgir at innføring av pakkeforløp har hatt virkning for brukerne.

Vi har 2022 et åpent spørsmål der de skal beskrive virkninger og det er 48 kommuner/bydeler som har beskrevet observerte virkninger, uavhengig om det er virkninger for tjenestene eller brukerne.

Noen opplever bedre kommunikasjon og bedre samarbeid:

Bedre dialog mellom tjenestene. Tidligere etablering av samarbeid. Mer informasjon underveis i forløpene, begge veier.

Bedre henvisninger til DPS? Bedre informasjon tilbake til tjenestene ved utskrivelse fra DPS.

Bedret samarbeid om kartlegging og henvisning kommunalt - rutiner for informasjon om ferdigbehandling og videre oppfølging bedret.

Og noen opplever at det er økt fokus på brukermedvirkning:

Bedre samarbeid kommune-spesialisthelsetjenester. Økt fokus på brukermedvirkning og pasientens rettigheter.

Og bedret kontinuitet i tjenestene:

Bedret samarbeid og kontinuitet i tjenestetilbudet. Større pasientfokus.

Noen oppgir at hjelp gis raskere:

Brukerne får raskere hjelp enn før (voksne) og samarbeidet går noe lettere.

Men det kan være forskjeller mellom sektorer som vist i kapittel 16.

Bedre samarbeid med TSB. Raskere inn til behandling og institusjon. Opplever dårligere samarbeid med spesialisthelsetjenesten i fht psykiske helseproblemer. Kortere behandlingstid.

Tjenestene for barn og unge opplever at de får flere henvendelser til kommunen. Opplever strammere rammer i spesialisthelsetjenesten etter innføring av pakkeforløp - både når det gjelder innholdet i behandlingen og lengden.

Tjenestene opplever at brukere skrives ut før de er ferdigbehandlet. Brukere sier at de opplever kontakten med DPS som et skjemavelde og at de ikke er så opptatt av brukers utfordringer. Det oppleves som hastverk i behandling og utskrivelse. Ingen god overgang til kommunen sine tjenester.

Flere er inne på at det er for lite behandling, mest utredning:

Blir utskrevet tidligere enn før. Større vekt på utredning enn behandling.

Brukerne innen psykisk helse: gir uttrykk for at de blir kartlagt og utredet, men får ikke behandling. Henvises i stor grad tilbake til kommunen etter utredning i spesialisthelsetjenesten. Brukerne innen rus: utredes i liten grad på grunn av pågående rus.

Det har blitt lengre ventetider og mer usikkerhet og frustrasjon blant de som ikke oppnår prioritering i pakkeforløp

Pakkeforløpet har ført til at spesialisthelsetjenesten er mindre tilgjengelig. Det oppleves at det er vanskelig for brukerne å få et tilbud. Utredning skjer fort, og så skjer det lite etter dette dersom spesialisthelsetjenesten ser fremgang. Man måler seg på kvalitetsindikatorer som viser kvantitet i stedet for kvalitet i tjeneste gitt.

Vi opplever at forløpene har blitt kortere på DPS. Mer fokus på utredning, mindre på behandling. Mer standardisering er ikke nødvendigvis positivt.

Men de som kommer i pakkeforløp, får kanskje bedre tjenester:

Endret samarbeid ift. LAR, opplever at spesialisthelsetjenesten tar et større ansvar for pasienten i det øyeblikk de tas inn i et pakkeforløp. Større fleksibilitet i bytte av behandlingsplass eller endring av behandlingsopplegg. Det tar mer tid for personalet i ROP - teamet, da en del kartlegging som ble gjort av tjenesten nå skal gjøres av IO - teamet. Det medfører at bruker må kjøres én time hver vei til alle møtene.

De som ikke kommer i pakkeforløp, blir kommunenes ansvar:

Flere avslag i spesialisthelsetjenesten, flere søknader om kommunale tjenester. Vanskelig å få spesialistbehandling. Mer komplekse caser i kommunen, ressurskrevende brukere.

Flere faller utenfor, økning i våre tjenester, tyngre brukere ute i kommunene.

Noen kommuner opplever at pakkeforløpene ikke følges:

Vi opplever at spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller ikke følger pakkeforløp slik det skal gjøres. Når pakkeforløp følges sikrer det godt samarbeid, forutsigbart forløp og forventningsavklaring mellom partene. Pakkeforløp kan gi negativ konsekvens med mindre fleksibilitet og noen pasienter faller mellom de to stolene, psykisk helse rusproblematikk.

Noen nevner også FACT:

Institusjonene er flinke til å følge pakkeforløp med tanke på jevne samarbeidsmøter med kommunen, gjelder også FACT. Ellers merker vi ingen stor endring.

Mens andre har fått mer kontroll på prioriteringene som gjøres i spesialisthelsetjenesten:

Mer systemrettede henvisninger, det er enklere å vite hvilke typer pasienter som skal henvises til et pakkeforløp. Man skaper ikke forventninger hos pasienten som ikke kan møtes i spesialisthelsetjenesten om man bruker prioriteringsveileder og pakkeforløpets henvisningsrutiner når man henviser. Mer ryddighet for både tjeneste og bruker selv om det ikke alltid når i mål.

Flere oppgir at det er mer systematikk i arbeidet nå, og at mange forløp går raskt og ukomplisert. Men det er mer arbeid for kommunene, mer skal prøves ut før de henvises og dokumentasjonen i henvisningene har trolig blitt bedre fordi fastlegene samarbeider om dette med andre kommunale tjenester, men det må spesialisthelsetjenesten svare på. Tjenestene sin motivasjon til å bidra til bedre henvisninger fra fastlegen, er å øke sannsynligheten for at brukeren blir tatt inn og ikke blir avvist.

17.4 INFORMASJON TIL BEFOLKNINGEN OM PAKKEFORLØP

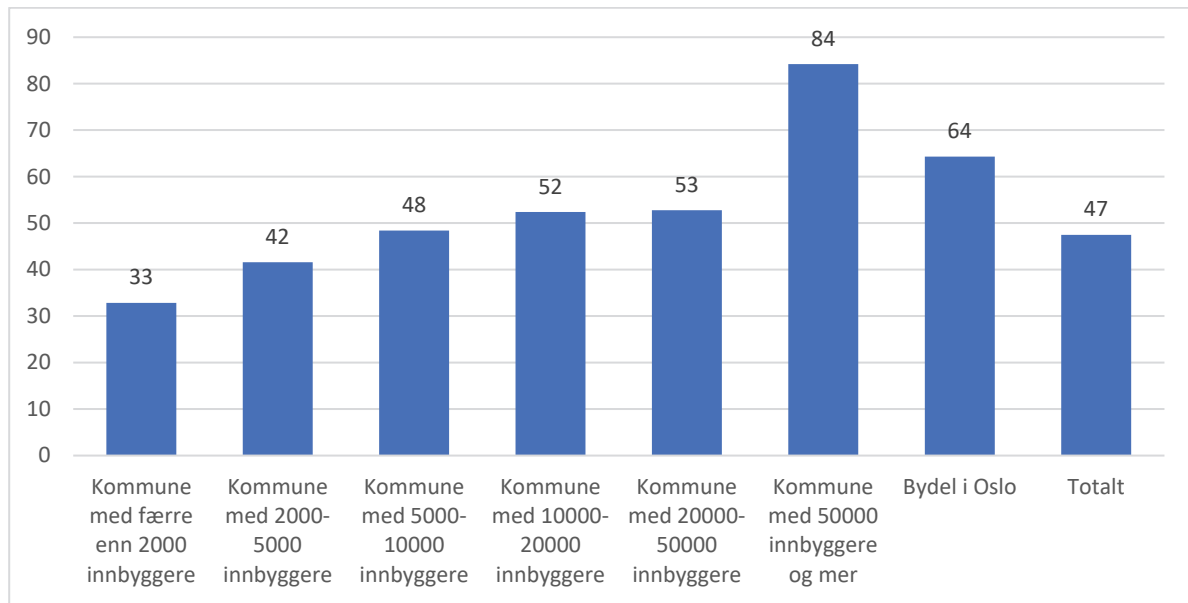
Som vist i tabell 17.2 svarte 47 prosent av kommunene i 2022 at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, og dette er en tydelig økning fra 23 prosent i 2019.

Tabell 17.2 Svar på spørsmål om kommunen har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider, 2019 og 2022.

| | 2019 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 94 | 23 | 149 | 47 |
| Nei | 296 | 71 | 143 | 46 |
| Vet ikke | 27 | 6 | 22 | 7 |
| Total | 417 | 100 | 314 | 100 |

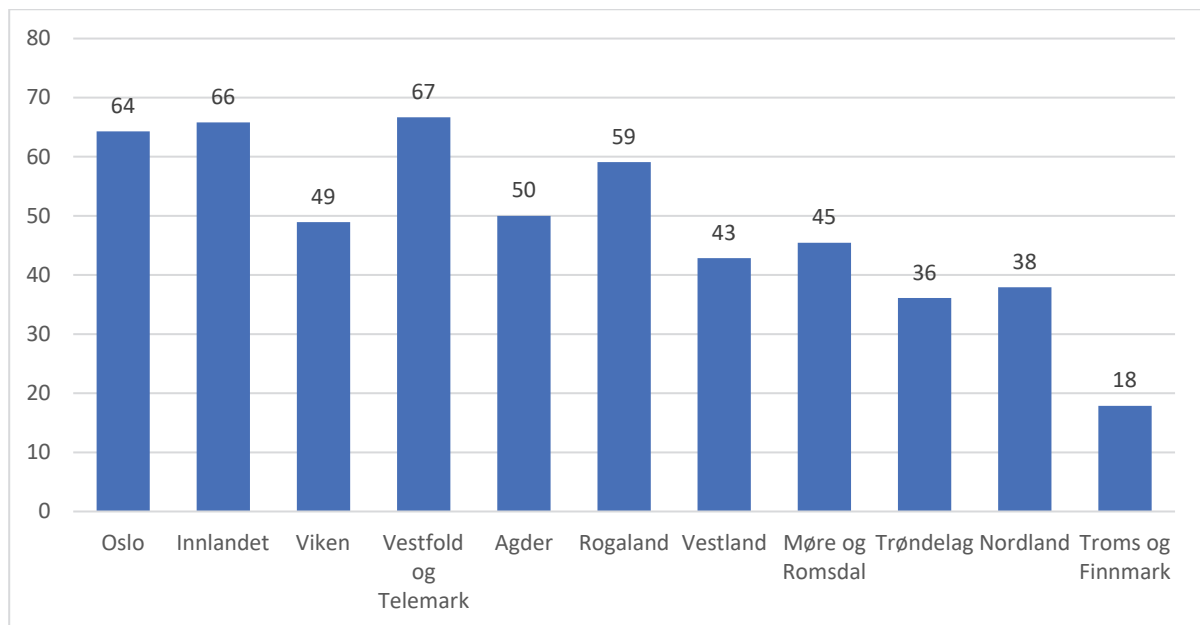
Her er det betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse og mindre kommuner har i mindre grad utarbeidet slik informasjon rettet mot publikum. Når vi ser bort fra 2020, som var et år

med stor usikkerhet i datagrunnlaget, ser vi av figur 17.2 at alle kommunestørrelsesgrupper har økt andel som har fått utarbeidet slik informasjon fra 2019 til 2021.



Figur 17.2 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Kommunestørrelse, 2022.

Fra figur 17.3 ser vi at det er i kommunene i Innlandet, Vestfold og Telemark og i bydelene i Oslo flest svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløp på nettsidene sine, mens dette arbeidet gjenstår for en del av kommunene og særlig mange i Troms og Finnmark.



Figur 17.3 Prosent av kommunene som svarer at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på egne nettsider. Fylke, 2022.

17.5 OPPSUMMERING

I 2022 har vi spurt om kommunene opplever noen virkninger for tjenestene eller tjenestebrukerne etter innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus, og 316 kommuner (85 prosent) som har svart på spørsmålene om pakkeforløp. Det er 27 prosent som oppgir at pakkeforløp har hatt betydning for brukerne og 18 prosent oppgir at det har hatt virkning for tjenestene, mens 14 prosent har krysset av både for brukerne og tjenestene.

Noen opplever bedre kommunikasjon og bedre samarbeid, mens andre rapporterer at det er økt fokus på brukermedvirkning, bedre kontinuitet og raskere hjelp. Men også at det er for lite behandling i pakkeforløpene, mest utredninger. De som kommer i pakkeforløp, får kanskje bedre tjenester mens resten blir kommunenes ansvar. Flere oppgir at det er mer systematikk i arbeidet nå, og at mange forløp går raskt og ukomplisert. Men det er mer arbeid for kommunene, mer skal prøves ut før de henvises og dokumentasjonen i henvisningene kan ha blitt bedre fordi fastlegene samarbeider om dette med andre kommunale tjenester. Tjenestene har insentiver i å bidra til bedre henvisninger fordi det øker sannsynligheten for at brukeren blir tatt inn og ikke blir avvist.

47 prosent av kommunene/bydelene svarte i 2022 at de har utarbeidet informasjon om pakkeforløpene rettet mot publikum på sine nettsider, og dette er en tydelig økning fra 23 prosent i 2019.

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

I dette kapittelet presenteres kommunenes svar på følgende spørsmål om kjøp av private tjenester og samarbeid med frivillig sektor:

- Kjøper kommunen/bydelen heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler
 - Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser
 - Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler
 - Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser
 - Nei
- Hvilke(t) tilbud i heldøgns bo- og omsorgstjenester er det som kjøpes?
 - Langtidstilbud
 - Akutt-tilbud
 - Overgangstilbud
 - Annet, hva:
- Kjøper kommunen/bydelen tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Heldøgns bo- og omsorgstjenester
 - Arbeids- og aktivitetstiltak
 - Psykologtjenester
 - Annet, hva:
- Har kommunen interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis nei, hva er årsaken til at kommunen ikke benytter interkommunale samarbeid?
 - Hvis ja, hvilke tjenester samarbeides det om?
 - Heldøgns bo- og omsorgstilbud
 - Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam
 - Interkommunal KAD-avdeling
 - Arbeids- og/eller aktivitetstiltak
 - Psykologtjenester
 - Annet, hva:

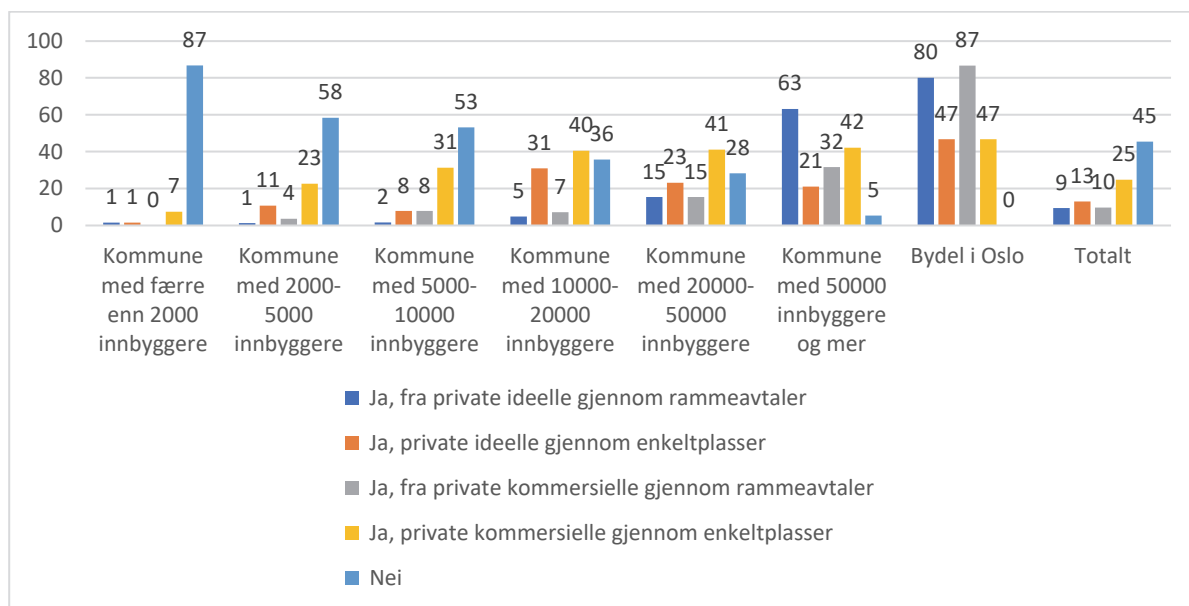
18.1 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE

Det er 331 kommuner/bydeler som svarer (89 prosent) på disse spørsmålene i 2022. Som vist i tabell 18.1 er det 45 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2022. Det betyr at 55 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, og det vanligste er å kjøpe fra private kommersielle gjennom enkeltplasser (25 prosent). Om vi ser på utvikling fra 2019 til 2022, er det nedgang i kjøp fra private ideelle og en økning i andel som kjøper fra private kommersielle. Og andelen som ikke kjøper har gått ned fra 56 prosent til 45 prosent.

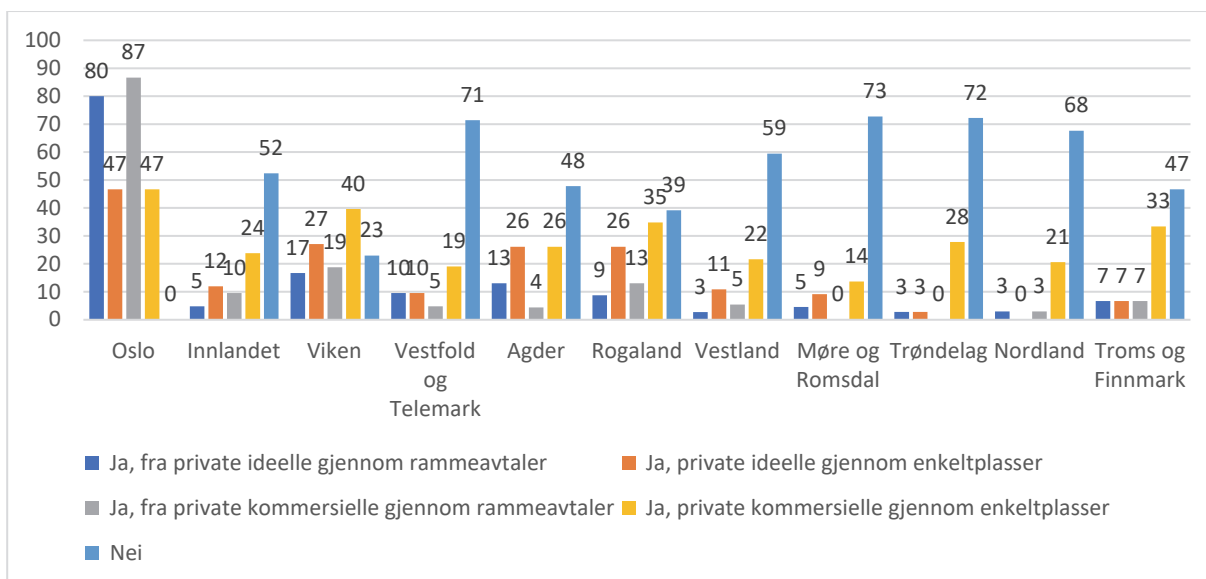
Tabell 18.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, 2019 og 2022.

| | 2019 | | 2022 | |
|---|--------|----------------------------------|--------|----------------------------------|
| | Antall | Prosent av alle kommuner/bydeler | Antall | Prosent av alle kommuner/bydeler |
| Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler | 47 | 11 | 35 | 9 |
| Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser | 76 | 18 | 48 | 13 |
| Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler | 36 | 9 | 36 | 10 |
| Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser | 92 | 22 | 92 | 25 |
| Nei | 234 | 56 | 169 | 45 |

Fra figur 18.1 ser vi at andel som ikke kjøper tjenester er sterkt fallende med kommunestørrelse og at det er særlig de store kommunene som kjøper tjenester fra private ideelle og kommersielle gjennom rammeavtaler. Vi gjør oppmerksom på at totaltallene er beregnet som andel av alle kommuner/bydeler (n=372), mens tall på kommunegruppe og fylker er beregnet blant de som har svart.



Figur 18.1 Kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 18.2 Prosent kommuner/bydelers svar på om de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. Fylke, 2022.

Vi har også spurt hvilke tilbud i heldøgns bo- og omsorgstjenester som kjøpes fra ulike aktører. Blant de som kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private, er det 87 prosent som kjøper ulike langtidstilbud, mens 29 prosent kjøper ulike overgangstilbud og 18 prosent som kjøper ulike akutt-tilbud. Det er en liten økning i andel som kjøper langtidstilbud fra 2021 til 2022.

Tabell 18.2 Kommuner/bydelers svar på hvilken type heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører de kjøper, 2020-2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|-----------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel | Antall | Andel |
| Langtidstilbud | 103 | 84 | 112 | 82 | 130 | 87 |
| Akutt-tilbud | 25 | 20 | 27 | 20 | 27 | 18 |
| Overgangstilbud | 33 | 27 | 44 | 32 | 43 | 29 |
| Annet | 9 | 7 | 10 | 7 | 14 | 9 |
| Totalt | 122 | 100 | 136 | 100 | 149 | 100 |

18.2 KJØP FRA ANDRE KOMMUNER

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022, se tabell 18.3. Seks prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid i 2022. Det er liten endring fra 2019 til 2022.

Tabell 18.3 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019 (n=436) og 2022 (n=318)

| | 2019 | | 2022 | |
|---|--------|---------------|--------|---------------|
| | Antall | Andel av alle | Antall | Andel av alle |
| Ja, både innen psykisk helse og rusarbeid | 33 | 8 | 27 | 7 |
| Ja, innen psykisk helse | 22 | 5 | 21 | 6 |
| Ja, innen rusarbeid | 13 | 3 | 7 | 2 |

Vi har videre spurt hvilke tjenester dette er, og som vist i tabell 18.4 gjelder dette særlig heldøgns bo- og omsorgstjenester, og det er en liten økning i andel som kjøper slike tjenester fra 8 prosent i 2019 til 11 prosent i 2022. Annet inkluderer blant annet behandlings og oppfølgingsteam, ettervern rus, FACT-team, avlastning og oppfølging av voksne i målgruppen.

Tabell 18.4 Kommuners/bydelers svar på om de kjøper tjenester fra andre kommuner, 2019 og 2022.

| | 2019 | | 2022 | |
|----------------------------------|--------|---------------|--------|---------------|
| | Antall | Andel av alle | Antall | Andel av alle |
| Heldøgns bo- og omsorgstjenester | 34 | 8 | 40 | 11 |
| Arbeids- og aktivitetstiltak | 10 | 2 | 8 | 2 |
| Psykologtjenester | 10 | 2 | 11 | 3 |
| Annet | 25 | 6 | 6 | 2 |

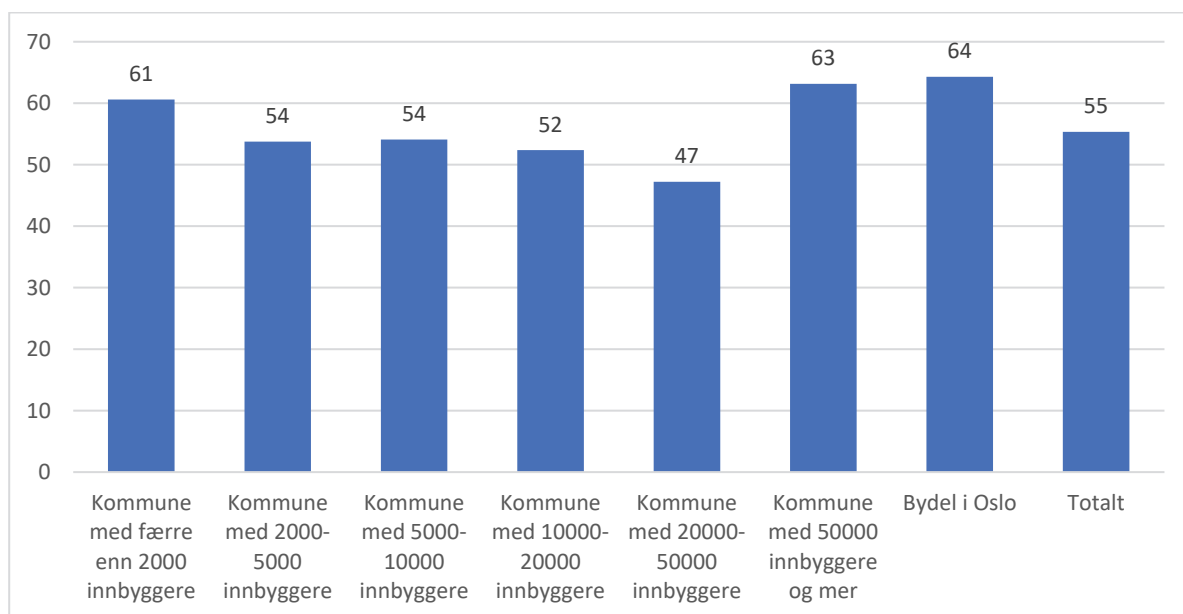
18.3 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Her ser vi nærmere på omfanget av interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 18.5 svarer 55 prosent av kommunene at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan forklares med at mange kommuner ble slått sammen med nabokommuner i 2020, og kanskje var dette kommuner som naturlig samarbeidet fra før pga. størrelse og avstander. Kravet om å ha kommunepsykolog tilgjengelig som også kom i 2020, kan ha bidratt til flere interkommunale samarbeid enn tidligere, der flere kommuner deler på psykologkompetansen.

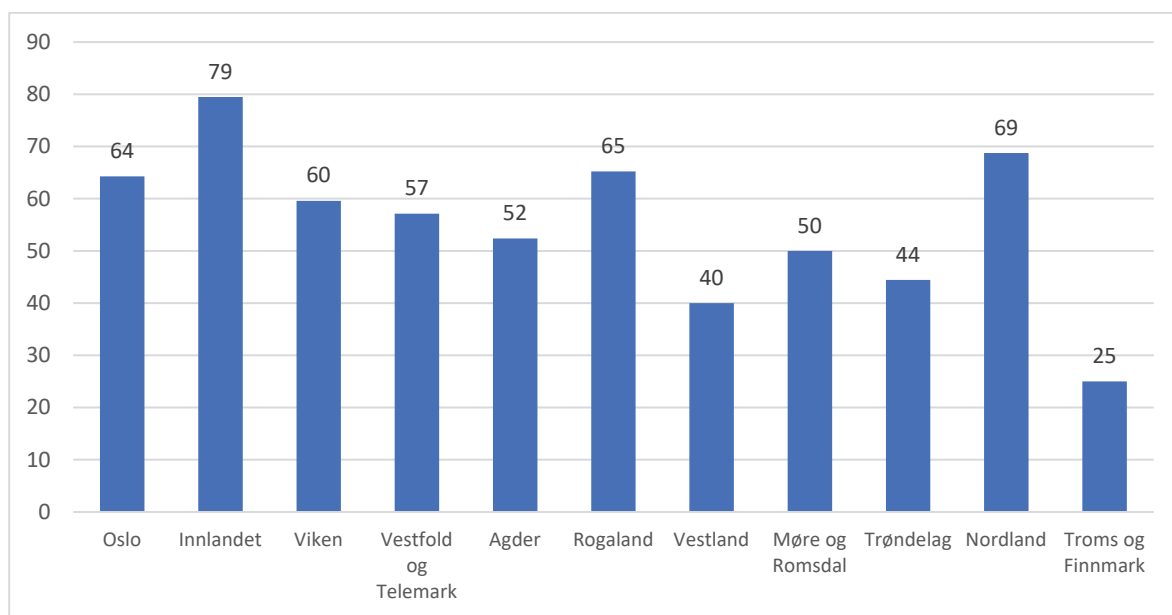
Tabell 18.5 Kommuner/bydelers svar på om de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid, 2019, 2022

| | 2019 | | 2022 | |
|--------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 257 | 62 | 176 | 55 |
| Nei | 157 | 38 | 142 | 45 |
| Totalt | 414 | 100 | 318 | 100 |

Vi ser nærmere på fordeling etter kommunestørrelse (figur 18.3) og fylke (figur 18.4). Det er ikke så store forskjeller etter kommunestørrelse, men det er særlig kommunene i Finnmark og i Vestland som i mindre grad enn andre oppgir at de har interkommunalt samarbeid på dette fagområdet.



Figur 18.3 Kommuner/bydeler som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 18.4 Kommuner/bydeler som svarer at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2022.

Det er 60 kommuner som oppgir at de har interkommunal KAD-avdeling (18 prosent av alle), mens 16 prosent oppgir at de har tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam. 14 prosent av kommunene har interkommunalt samarbeid rundt psykologtjenester mens 7 prosent har det på arbeids- og/eller aktivitetstiltak. Tre prosent har nå interkommunalt samarbeid rundt heldøgns bo- og omsorgstilbud. Som nevnt kan reduksjonen fra 2019 skyldes de mange kommunesammenslåingene i 2020.

Tabell 18.6 Typer interkommunalt samarbeid, 2019 og 2022.

| | 2019 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Av alle | Antall | Av alle |
| Heldøgns bo- og omsorgstilbud | 24 | 6 | 13 | 3 |
| Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam | 78 | 18 | 60 | 16 |
| Interkommunal KAD-avdeling | 148 | 34 | 67 | 18 |
| Arbeids- og/eller aktivitetstiltak | 50 | 11 | 27 | 7 |
| Psykologtjenester | 78 | 18 | 53 | 14 |
| Annet | 73 | 17 | 67 | 18 |

I 2022 har vi også spurt de som ikke deltar i interkommunalt samarbeid om årsaken til at kommunen ikke benytter interkommunale samarbeid. Det er 100 av de 142 kommunene som ikke har interkommunalt samarbeid som har svart på dette (70 prosent). I svarene finner vi følgende årsaker:

- Store avstander og lange reiseveier
- Nabokommuner ønsker ikke å samarbeide fordi behovene deres er dekket
- Kommunen er stor nok til å dekke behovene selv
- Har intensjoner, men ikke kommet i gang med samarbeid
- Det har ikke vært behov tidligere, men vurderes
- Nabokommuner som er nesten like store og som har omtrent samme tilbud, har ikke sett behov
- Tjenestebrukerne ønsker ikke å ha tilbud i annen kommune
- Vurderer samarbeid med andre kommuner om døgnbemannet bolig for ROP pasienter
- Har forsøkt, men erfarte at tilbudet likevel er mest tilgjengelig i vertskommunen
- Har forsøkt, men erfarte dårlige rammebetingelser, høye kostnader og lavt utbytte. Få brukere ville benytte tilbudet.
- Har ikke brukere med behov for tilbud
- Har interkommunalt felles fagmøter, men ikke om tilbud til tjenestebrukerne
- Har interkommunalt samarbeid om planarbeid, for eksempel selvmordsforebyggende plan

Vi tar med en beskrivelse som viser utfordringene i små kommuner:

Vi ligger ved siden av to store kommuner som har mye tilbud. For å få til samarbeid må vi ha noe å tilby disse f.eks. ansatte eller midler. Det har vi ikke. Administrasjonen har ikke pr dags dato åpnet for at vi kan tilby f.eks FACT selv om tjenestene ønsker dette, og vi har brukere vi ønsker inn i FACT.

Flere nevner også at pandemien har påvirket utviklingen i det interkommunale samarbeidet og at de tidligere hadde interkommunalt samarbeid.

18.4 OPPSUMMERING

Det er 45 prosent av kommunene som svarer at de ikke har kjøpt heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører i 2022. Det betyr at 55 prosent av alle kommunene har kjøpt ulike former for heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. I 2019 var andelen 44 prosent, så det er en økning. Det er noen færre som kjøper fra ideelle aktører og noen flere fra kommersielle aktører i 2022 enn i 2021.

På spørsmål om kommunen kjøper tjenester fra andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, har 7 prosent av kommunene svart at de kjøper tjenester både innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022. Seks prosent kjøper tjenester kun innen psykisk helse, og to prosent kjøper tjenester fra andre kommuner kun innen rusarbeid i 2022. Det er liten endring fra 2019 til 2022.

Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har interkommunalt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid i 2022, og dette er en nedgang fra 62 prosent i 2019. Nedgangen kan trolig forklares med at mange kommuner ble slått sammen med nabokommuner i 2020, og dette var trolig kommuner som naturlig samarbeidet fra før pga. størrelse og avstander.

19 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Alle kommuner yter tjenester gjennom oppsøkende virksomhet, for eksempel hjemmetjenester, barnevern, miljøarbeidertjenester og helsestasjonene (nyfødtsomsorg med besøk i hjemmet). Stort sett alle årsverk som følger opp brukere i hovedforløp 3 arbeider oppsøkende. I dette kapitlet ser vi nærmere på flerfaglige oppsøkende team, og særlig på ACT- og FACT-team.

I 2009 startet Helsedirektoratet¹⁹ en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det ble etablert 14 team etter modell av ACT i Norge i perioden 2009-2014, og det er utviklet egne håndbøker i begge metodene. I følge NAPHA²⁰, som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP, er kompetansesenteret med ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge, er Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder.

Både ACT og FACT er lokalbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. Teamene er flerfaglig sammensatt og har høy kompetanse med blant annet sosionom, psykolog og psykiater. Teamene følger opp brukerens behov på en rekke områder som bolig, rusbehandling, psykiatrisk behandling, familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester. Teamene samarbeider også tett med blant andre NAV, sykehusavdelinger og boligtiltak. FACT ung er ifølge Helsedirektoratet en tilpasning av FACT-modellen og retter seg mot ungdom mellom 12- 25 år. FACT ung er også utviklet i Nederland, der ett team skal gi alle tjenester til ungdommen. FACT ung ble utredet i 2021, og NAPHA følger med på implementeringen.²¹

Oversikt over ACT og FACT-team for voksne ligger på NAPHA's hjemmeside²², og det er også en egen oversikt over FACT ung-team²³ som er i drift eller som det er søkt midler til drift for i 2022.

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet NKROP, i samarbeid med NAPHA, i 2017 en rapport som konkluderer med at potensialet for flere ACT- og FACT-team i Norge er stort, også i mindre tett befolkede områder. 94 prosent av befolkningen kan nås av slike team. Med unntak av regioner med færre innbyggere enn 15 000 innbyggere, vil ACT- og/eller FACT-team kunne etableres i hele landet.

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

²⁰ <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT-team>

²¹ <https://napha.no/content/25498/fact-ung>

²² <https://napha.no/content/13921/act--og-fact-team>

²³ <https://napha.no/tema/factung>

Befolkningsgrunnlag og reiseavstand synes ikke å være en stor barriere. Om lag 26 000 personer har behov for et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud. De anbefaler at det etableres flere ACT- og FACT-team gjennom omstilling av eksisterende lokalbaserte psykisk helse- og rustjenester.

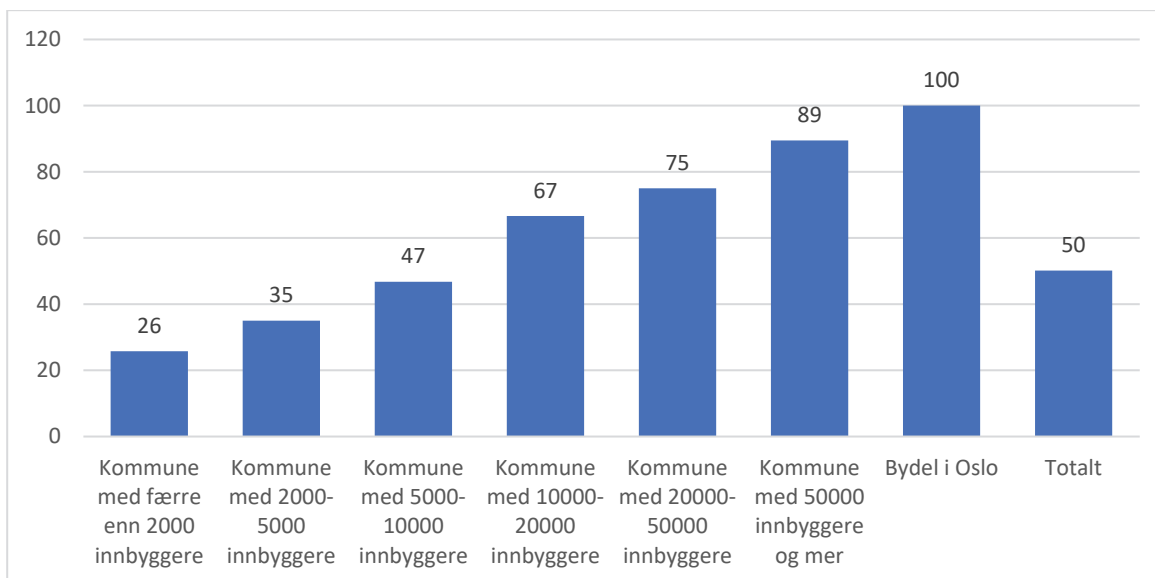
I dette kapitlet ser vi nærmere på antall kommuner som oppgir at de inngår i ulike team og hvilket samarbeid som er etablert rundt teamene. I 2022 inngår følgende spørsmål:

- Driver kommunen oppsøkende sosialt/helsefaglig arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team)?
 - Hvis ja, kan dere beskrive målgruppen:
- Har kommunen, eller inngår kommunen i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse? og rusarbeid?
 - ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)
 - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge
 - Andre typer team, hvilke:
- Er ACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?
- Er FACT-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?
- Er FACT ung-teamet etablert i samarbeid med andre kommuner?

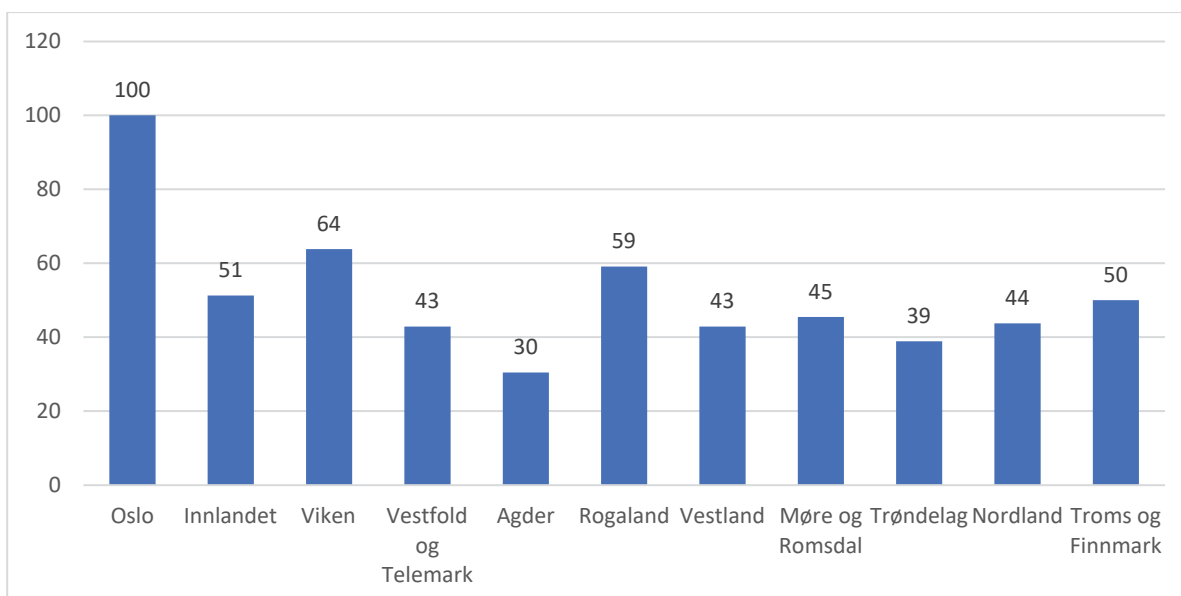
19.1 OPPSØKENDE SOSIALT ARBEID RETTET MOT UNGDOM

Det er 319 kommuner/bydeler som har svart (86 prosent) på spørsmålet om kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom (f.eks. utekontakter/-ungdomskontakter/ungdomsteam, FACT/ACT team). Av disse har 160 kommuner/bydeler oppgitt at de har slik aktivitet, og dette utgjør 50 prosent av kommunene/bydelene. Det samme spørsmålet inngikk i 2017 og da var det 41 prosent som svarte at kommunen driver oppsøkende sosialt arbeid mot ungdom.

Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 19.1 for 2022, og som tidligere er det en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sannsynligheten for å drive oppsøkende arbeid rettet mot ungdom.



Figur 19.1 Andel kommuner som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Kommunestørrelse 2022.



Figur 19.2 Andel kommuner/bydeler som oppgir at de driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Fylke, 2022.

MÅLGRUPPE FOR ARBEIDET

Det er 142 av de 160 kommunene/bydelene som oppgir at de driver med oppsøkende sosialt arbeid som har beskrevet målgruppen, og det er få endringer fra i fjor. Noen kommuner oppgir målgruppen i form av en aldersgruppe. Noen oppgir 12-20 år, andre 13-20 eller 13-23, 12-24 eller 12-25. De vanligste beskrivelsene av målgruppen utenom rene aldersgrupper er følgende:

- Alle ungdommer i aldersgruppen
- Risikoutsatt ungdom
- Unge som faller utenfor, for eksempel skolevegrere
- Skoleelever

- Hybelungdom
- Rykker ut når unge har behov
- Alle ungdommer
- De som har kontakt med NAV

Det er helt tilsvarende med tidligere funn. Ungdomskontakter, ungdomsteam og utekontakter nevnes og det er nå flere som nevner FACT ung, enten at de har etablert et slikt team eller at de holder på å etablere det.

19.2 TVERRFAGLIGE OPPSØKENDE BEHANDLINGS- OG/ELLER OPPFØLGINGSTEAM

Som vist i tabell 19.1 svarer 60 prosent av kommunene/bydelene at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette er en nedgang fra 64 prosent i 2020, men tallene var da beheftet med større usikkerhet enn vanligvis pga. lav deltakelse i kartleggingen. Vi tror altså ikke det er en reell nedgang fra 2020 til 2022.

Tabell 19.1 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid. 2020 - 2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|-------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 189 | 64 | 194 | 58 | 192 | 60 |
| Nei | 107 | 36 | 141 | 42 | 126 | 40 |
| Total | 296 | 100 | 335 | 100 | 318 | 100 |

Av de som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 63 prosent som oppgir at de har, eller er en del av, et FACT-team, mens 22 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne og 32 prosent har kommunalt team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er 11 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har FACT ung-team, mens 17 prosent har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge. Det er en liten økning i andel som oppgir at de har FACT-team, både for voksne og unge, fra 2021 til 2022.

Tabell 19.2 Antall og andel som svarer på om kommunen har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse -og rusarbeid, 2021 og 2022.

| | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| ACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) | 28 | 15 | 25 | 13 |
| FACT-team (etablert som et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten) | 118 | 61 | 121 | 63 |
| FACT ung-team (oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge) | 16 | 8 | 22 | 11 |
| Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) | 42 | 22 | 43 | 22 |
| Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten) | 47 | 24 | 62 | 32 |
| Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge | 29 | 15 | 33 | 17 |
| Andre typer team, hvilke | 38 | 20 | 39 | 20 |
| Har krysset for ett eller flere av alternativene | 193 | 100 | 192 | 100 |

Under andre typer team, nevnes AAT, AFT og andre ambulante team/tjenester. Flere sier også at de er i gang med å etablere FACT Ung, D-FACT og FACT-S eller andre team.

Av de 25 kommunene som svarer at de inngår i ACT-team, er det 19 (76 prosent) som oppgir at teamet er etablert i samarbeid med andre kommuner. Av de 121 som oppgir at de inngår i et FACT-team, er det 105 (88 prosent) som svarer at teamet er etablert i samarbeid med andre kommuner. Av de 22 som inngår i FACT ung-team, er det 11 (52 prosent) som er etablert i samarbeid med andre kommuner.

19.3 OPPSUMMERING

NAPHA holder oversikt over ACT og FACT i drift, i forprosjekt og nedlagte team. Ut ifra NAPHAs oversikt ser det nå ut til å være etablert 71 FACT-team og 7 ACT-team, og i tillegg er det 11 FACT-team i forprosjekt/under etablering. Det er 18 FACT Ung-team, og ytterligere 15 i forprosjekt/under etablering.

Av de som 60 prosentene av kommunene/bydelene som oppgir at de har, eller inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid, er det 13 prosent som oppgir ACT-team, 63 prosent FACT-team, 11 prosent FACT Ung-team, og 22 prosent oppgir at de inngår i andre typer samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

20 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD, PSYKIATRISK LEGEVAKT OG TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD

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

Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

"Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til."

I innledningen til veileder om Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, står det ellers:

"Når det gjelder tilbudet til voksne pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, legges det til grunn et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen slik tilfellet er innenfor somatikken. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevenne døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter. Når det gjelder finansieringen av plassene vil de økonomiske rammene komme i de ordinære budsjettprosessene."

I 2021 var det 11 prosent som svarte at de ikke har etablert et slikt tilbud for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Blant de 37 kommunene som ikke hadde etablert tilbudet, oppga de fleste at årsaken var at det ikke har vært behov for et slikt tilbud for målgruppen og at spesialisthelsetjenesten tar seg av dette. Andre oppga at de ikke har lyktes med i å få på plass et samarbeid om dette, enten med andre kommuner eller med spesialisthelsetjenesten.

I 2022 inngår følgende spørsmål:

- Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold:
 - Nei
 - Ja, eget kommunalt tilbud
 - Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)
 - Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter
 - Ja, i forbindelse med legevakt
 - Ja, i bofellesskap eller sykehjem

- Ja, annet, hva
- Nei
 - Hva er årsaken(e) til at tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold ikke er etablert?
- I hvilken grad erfarer dere at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet?
- Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende)?
 - Hvis ja, beskriv kort tilbudet:
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid? (utover legevakt og personell knyttet til boliger)
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?

20.1 TYPE TILBUD SOM ER ETABLERT

Det er i 2022 totalt 29 kommuner (9 prosent) som svarer at de ikke har etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Fordi kommunene kan ha opprettet flere tilbud, er det mulig å sette flere kryss, se tabell 20.1.

Det er flest kommuner som har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (35 prosent), mens 26 prosent har et eget kommunalt tilbud i bofellesskap eller sykehjem, og her er det en økning fra 19 prosent i 2019.

Tabell 20.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? 2019 (n=436), 2020 (n=298), 2021 (n=335) og 2022 (n=331)

| | 2019 | | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Nei | 37 | 8 | 37 | 11 | 29 | 9 |
| Ja, eget kommunalt tilbud | 93 | 21 | 80 | 24 | 85 | 26 |
| Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling) | 171 | 39 | 110 | 33 | 116 | 35 |
| Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinske senter | 25 | 6 | 22 | 7 | 24 | 7 |
| Ja, i forbindelse med legevakt | 51 | 12 | 49 | 15 | 53 | 16 |
| Ja, i bofellesskap eller sykehjem | 81 | 19 | 80 | 24 | 86 | 26 |
| Ja, annet | 30 | 7 | 21 | 6 | 23 | 7 |

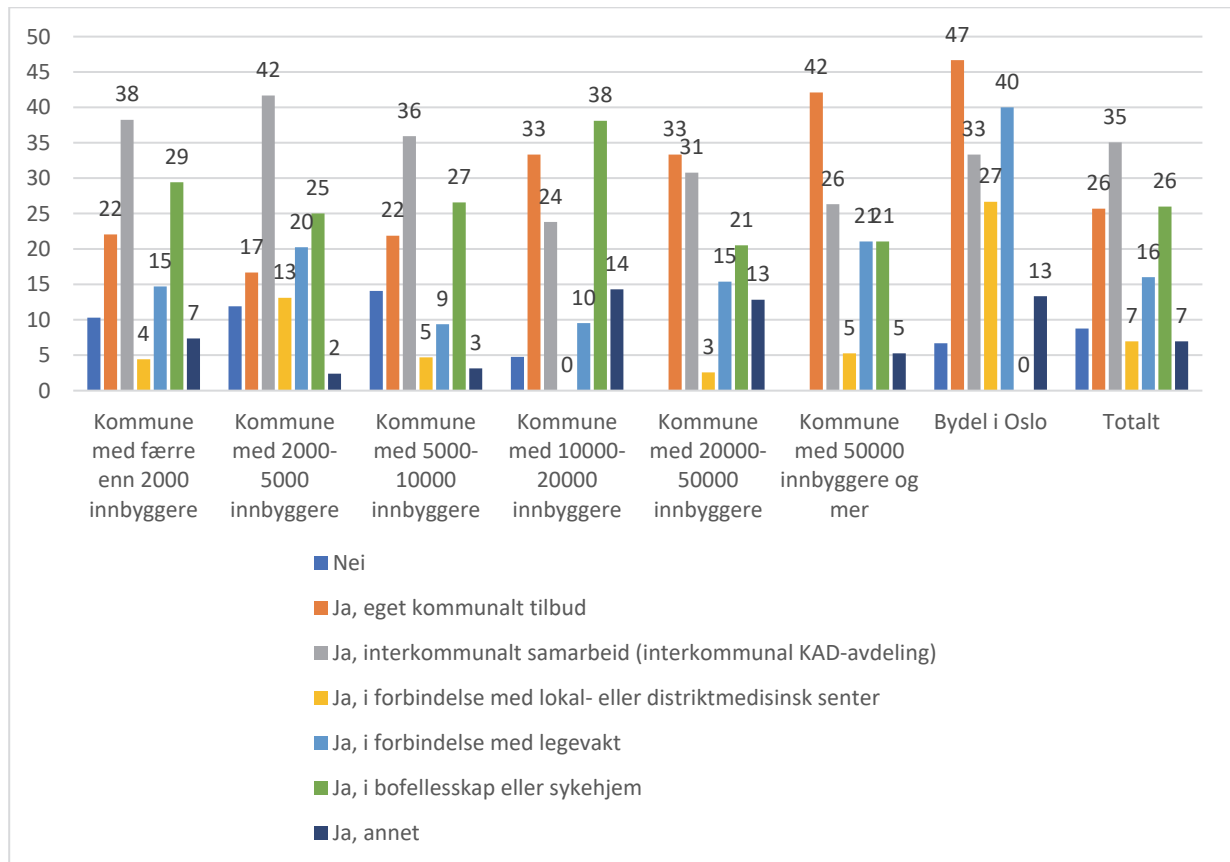
Av de 23 kommunene som svarer at de har etablert et annet tilbud, nevnes blant annet akuttleilighet med døgnbemanning, brukerstyrte senger i samarbeid med DPS, andre oppgir at de har kriseplass knyttet til bofellesskap, mens noen bare oppgir at KAD-plassene fungerer dårlig. Svarfordeling etter kommunestørrelse og fylke er vist i figur 20.1 og figur 20.2.

Av de 116 som svarer at de har interkommunal KAD-avdeling, er det 108 som oppgir hvilke kommuner som inngår i samarbeidet. Vi identifiserer følgende samarbeid fra disse svarene:

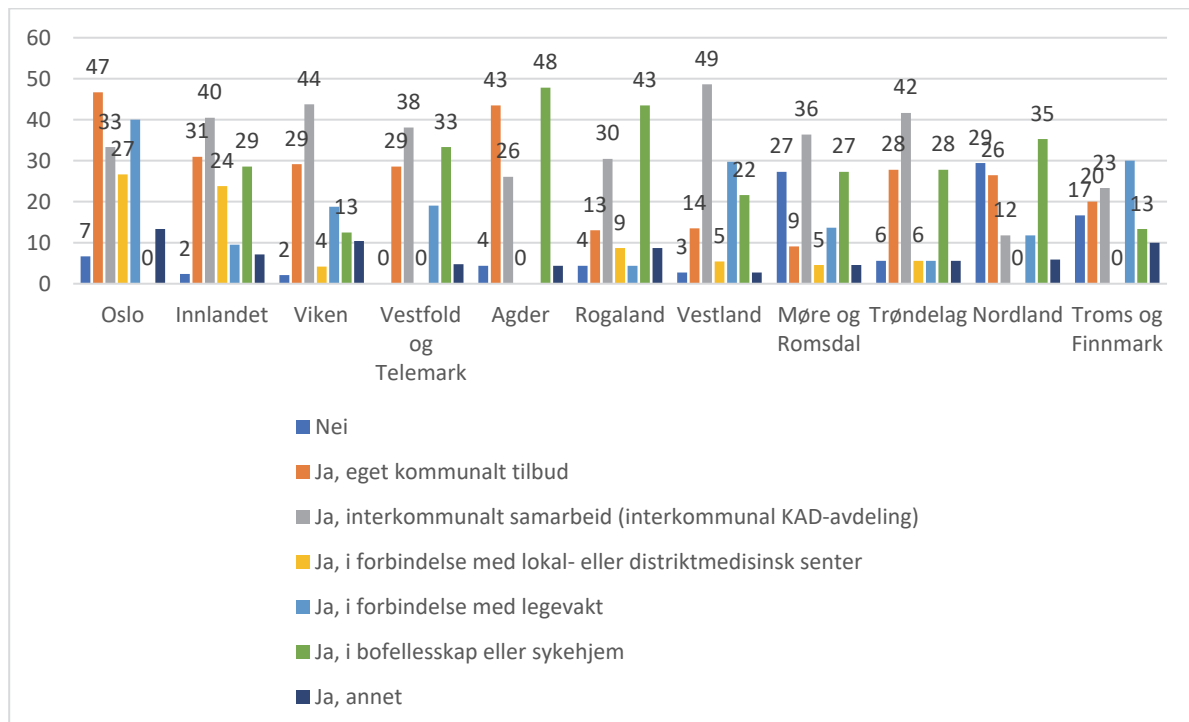
- Bydelene i Oslo
- Alvdal og Tynset kommune

- Alver, Masfjorden, Austrheim, Osterøy, Fedje, Modalen, Gulen
- Arendal, Froland, Åmli, Nissedal, Risør, Gjerstad, Tvedestrand og Vegårshei.
- Askvoll, Hyllestad, Høyanger, Solund, Sogndal, Jølster, Fjaler, Balestrand og Sunnfjord kommune.
- Balsfjord og Storfjord
- Bodø, Flakstad kommune
- Dovre, Sel, Vågå, Lom, Skjåk og Lesja kommune
- Drammen, Tønsberg, Holmestrand og Lier kommune
- Evje og Hornes og Bygland kommune
- Gol, Ål, Flå, Hol og Hallingdal kommune
- Harstad, Kvæfjord, Lødingen og Tjeldsund kommune
- Haugesund, Bokn og Sveio kommune
- Indre Østfold, Marker og Skiptvet kommune
- Kongsberg, Flesberg, Rollag og Øvre Eiker kommune
- Kongsvinger, Nord-Odal og Grue
- Kvitsøy og Randaberg kommune
- Lærdal, Årdal og Aurland
- Levanger, Verdal og Frosta
- Lillestrøm, Lørenskog, Nittedal og Enebakk kommune
- Lunner og Grann kommune
- Molde, Aukra, Rauma og Hustadvika kommune
- Moss, Våler, Vestby, Råde
- Namsos, Flatanger og Osen kommune
- Nannestad, Gjerdrum, Hurdal og Ullensaker kommune
- Nord-Aurdal, Etnedal, Øystre Slidre, Vestre Slidre, Sør-Aurdal og Vang kommune
- Nordre Follo, Enebakk, Frogn og Ås kommune
- Øksnes og Hadsel kommune
- Orkland, Skaun, Frøya, Hitra, Rennebu, Rindal og Surnadal kommune.
- Ørland og Åfjord kommune
- Røros, Holtålen og Os kommune
- Salangen, Ibestad og Dyrøy kommune
- Sandnes, Gjesdal, Time og Klepp kommune
- Sarpsborg og Rakkestad kommune
- Sel, Lesja, Dovre, Sel, Skjåk, Lom og Vågå kommune
- Seljord og Kviteseid kommune
- Steinkjer, Inderøy og Snåsa kommune
- Stjørdal, Selbu, Tydal og Meråker kommune
- Stord, Bømlo og Fitjar
- Stryn, Kinn og Stad kommune
- Tønsberg, Holmestrand og Færder kommune
- Tromsø og Karlsøy kommune
- Trysil og Engerdal kommune
- Tydal og Selbu kommune
- Tysvær, Vindafjord og Etne kommune
- Vestvågøy, Flakstad og Moskenes kommune
- Vinje og Tokke kommune
- Voss, Ulvik, Kvam og Vaksdal kommune
- Ålesund, Vestnes, Giske, Fjord, Sula kommune

Noen kommenterer at de ikke har spesifikke plasser til målgruppene innen psykisk helse- og rusarbeid, men at plassene er tilgjengelig for alle med behov.



Figur 20.1 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Kommunestørrelse, 2022.



Figur 20.2 Har kommunen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Fylke, 2022.

20.2 ÅRSÅK TIL AT ØHD IKKE ER ETABLERT

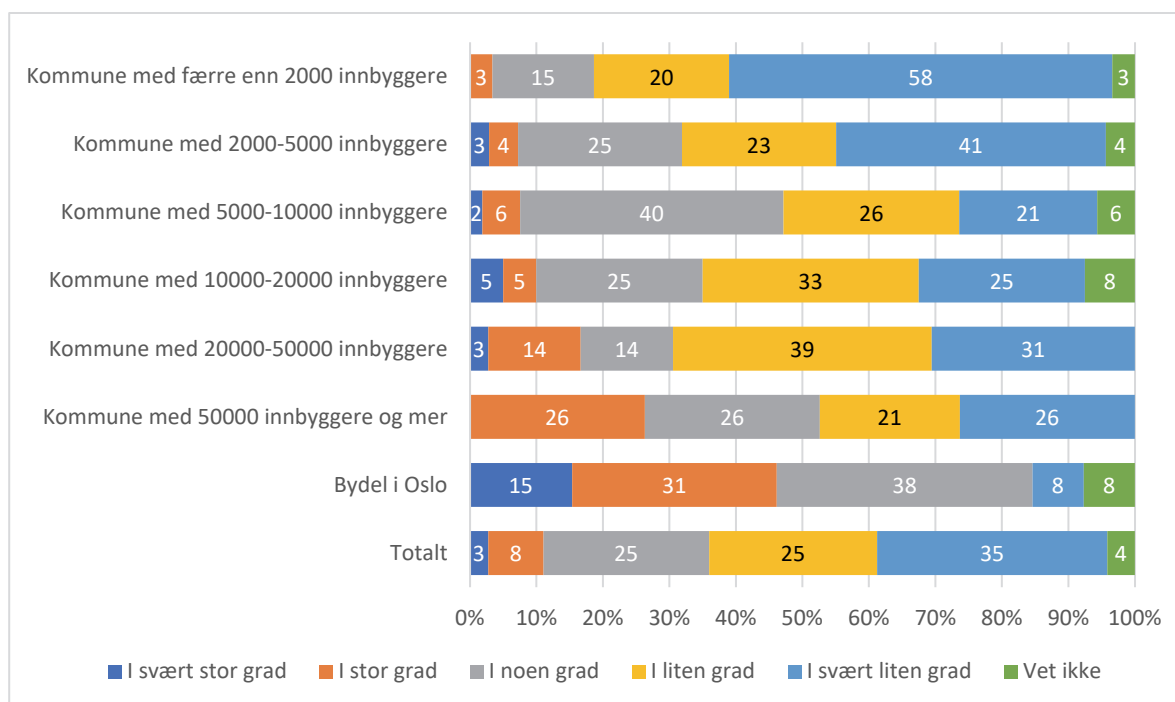
Av de 29 som oppgir at ØHD ikke er etablert, er det 21 som forklarer årsaken. Det handler om at det ikke har vært behov, eller at de ikke har budsjett til å etablere det, eller at de ikke har passende lokasjon eller at de følger opp brukere i hjemmet. Noen svarer også at om det blir behov, vil de etablere tilbudet.

20.3 BLIR PLASSENE BRUKT I SÆRLIG GRAD?

Vi spør om i hvilken grad de erfarer at øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk blir benyttet. Som vist i tabell 20.2 svarer 60 prosent av kommunene at plassene i liten grad eller svært liten grad er benyttet, mens 11 prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. Det er en økning i andel som svarer at plassene i liten eller svært liten grad benyttes fra 50 prosent i 2019 til 60 prosent i 2022, men ganske stabilt gjennom perioden i andel som svarer i stor eller svært stor grad. Svarfordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 20.3 og etter fylke i figur 20.4.

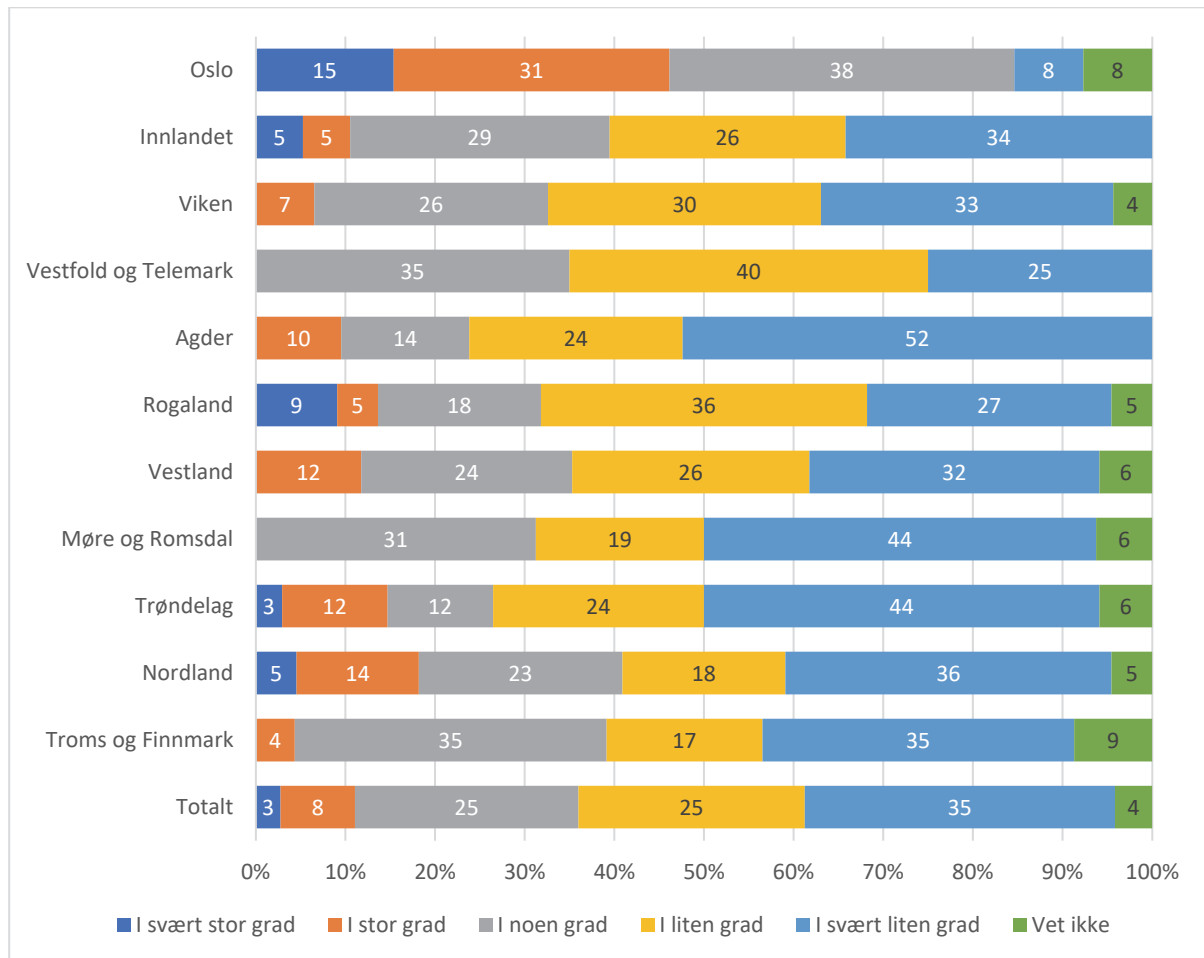
Tabell 20.2 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad de erfarer at disse plassene for pasienter/brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk blir benyttet? 2019, 2020, 2021 og 2022.

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært liten grad | 119 | 29 | 84 | 29 | 102 | 34 | 100 | 35 |
| I liten grad | 87 | 21 | 60 | 21 | 67 | 23 | 73 | 25 |
| I noen grad | 118 | 29 | 89 | 31 | 80 | 27 | 72 | 25 |
| I stor grad | 41 | 10 | 26 | 9 | 28 | 9 | 24 | 8 |
| I svært stor grad | 8 | 2 | 8 | 3 | 3 | 1 | 8 | 3 |
| Vet ikke | 39 | 9 | 24 | 8 | 17 | 6 | 12 | 4 |
| Totalt | 412 | 100 | 291 | 100 | 297 | 100 | 289 | 100 |



Figur 20.3 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad plassene har blitt benyttet. Kommunestørrelse, 2022.

Selv om mange av de minste kommunene svarer at plassene i liten grad er benyttet, er det over 30 prosent i alle de andre kommunegrupper som svarer at plassene i noen grad eller i stor grad benyttes.

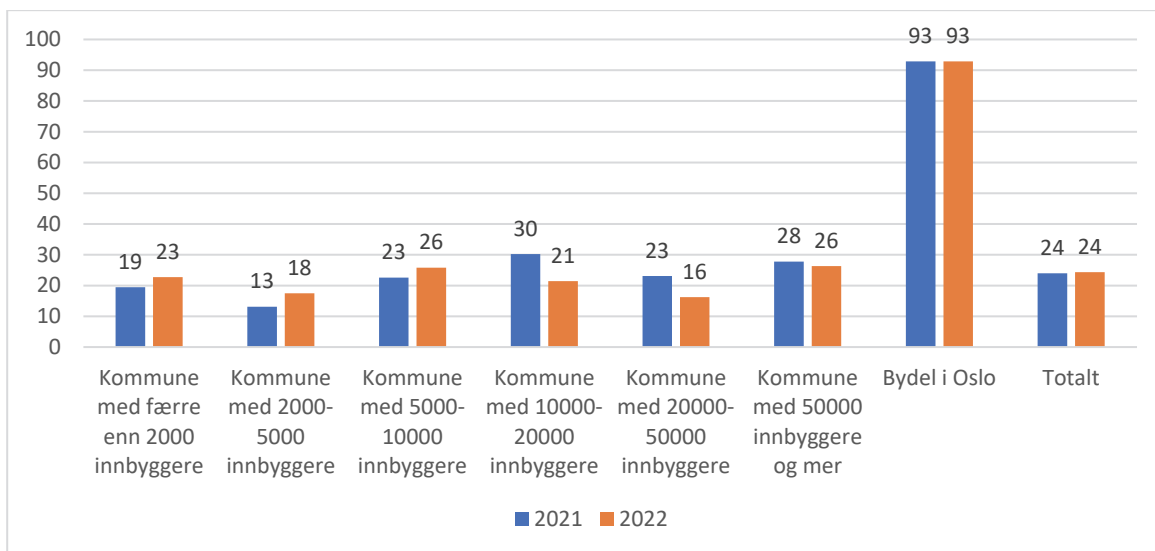


Figur 20.4 Prosent av kommunene som svarer i hvilken grad plassene har blitt benyttet. Fylke, 2022.

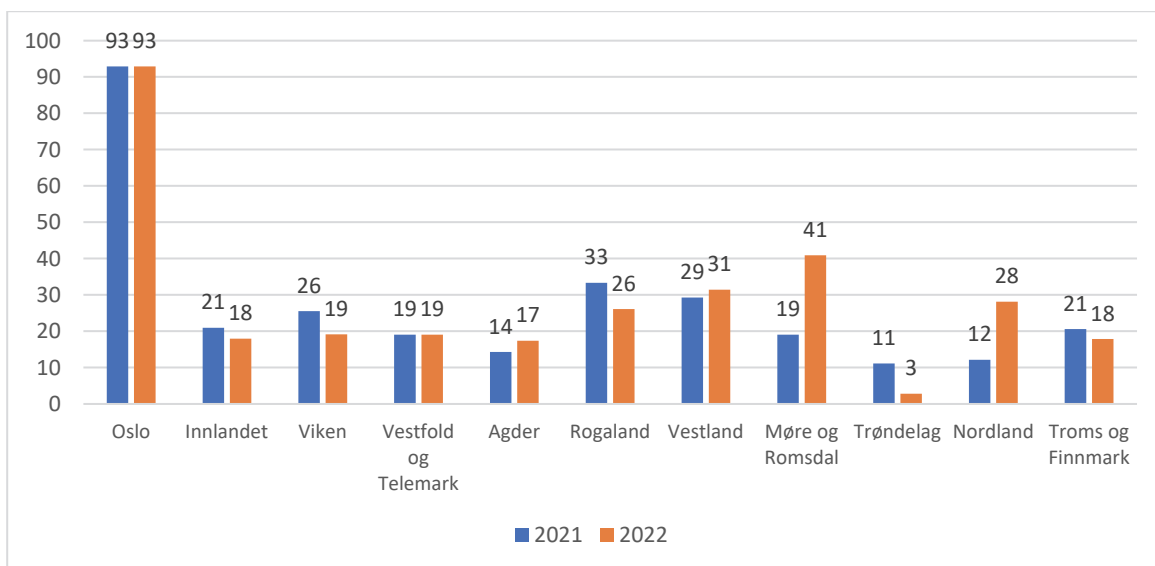
Med unntak av at bydelene i Oslo i større grad svarer at plassene er benyttet, er det ikke betydelige forskjeller i fordelingene mellom fylker. Men det er i 2022 ingen av kommunene i Vestfold og Telemark og i Møre og Romsdal som svarer at plassene i stor eller svært stor grad blir benyttet.

20.4 PSYKIATRISK LEGEVAKT ELLER LIKENDE

Det er i 2021 og 2022 også spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser som psykiatrisk legevakt eller liknende. Det er 320 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (86 prosent), og av disse er det 78 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud. Det er ingen endring fra 2021 på nasjonalt nivå. Forskjeller etter størrelse er vist i figur 20.5 og fylkesforskjellene i figur 20.6.



Figur 20.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Kommunestørrelse, 2022.

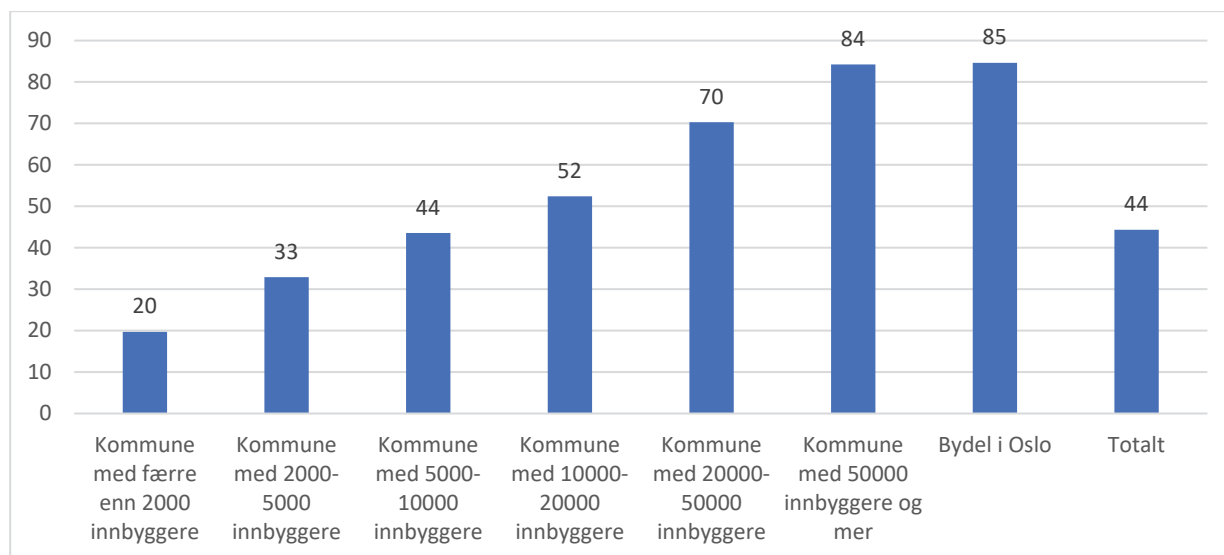


Figur 20.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende). Fylke, 2022.

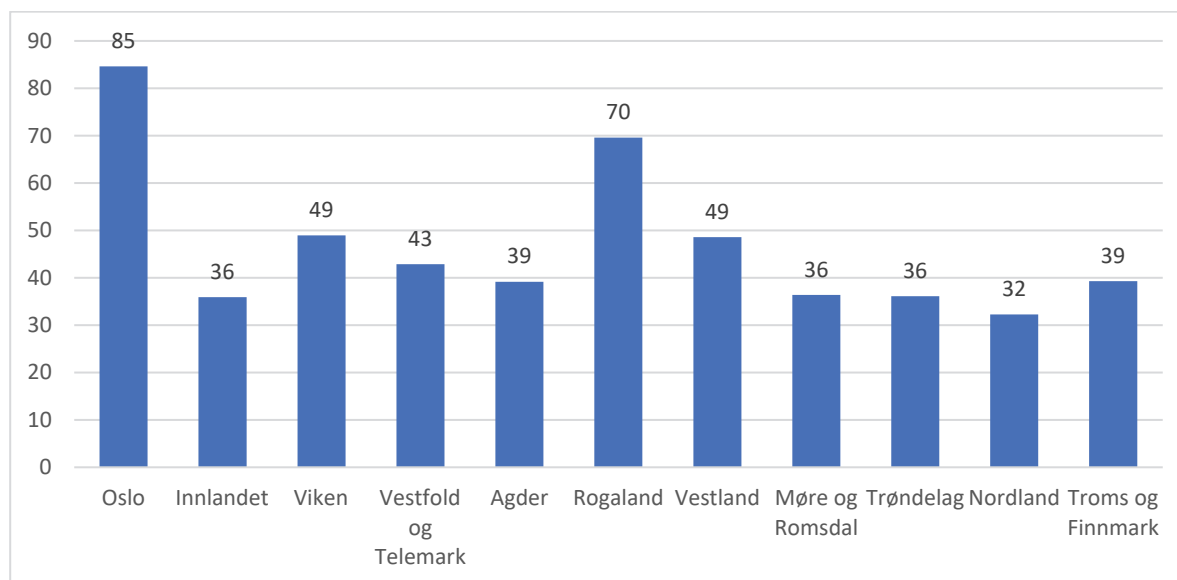
Disse tilbudene er for eksempel interkommunale legevakter og kriseteam, ø-hjelpssamarbeid, psykiatrisk legevakt, DPS, ulike ambulante team som akutt ambulant team, sosial ambulant akutt tjeneste, kriseteam, ordinære legevakter og psykososialt kriseteam.

20.5 TILBUD PÅ ETTERMIDDAG OG KVELD

I 2021 og 2022 er det også spurt om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 318 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2022, og av disse er det 141 (44 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud. Fordelingen etter kommunestørrelse er vist i figur 20.7 og etter fylke i figur 20.8. Andelen i 2021 var 45 prosent, så det er ingen endring.



Figur 20.7 Prosent av kommunene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 20.8 Prosent av kommunene som svarer at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Fylke, 2022.

Her nevnes det ulike ambulante team, hjemmetjenester, hjemmesykepleie, døgnbemannede boliger og andre tjenester med bemanning hele døgnet, dagtilbud med lenger åpningstid, helsestasjon for ungdom med utvidet åpningstid, ungdomsteam, utekontakter, ungdomsteam, kafé, møteplasser og noen samtaletilbud.

20.6 OPPSUMMERING

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

Våren 2017 oppga hver tredje kommune at de ikke hadde etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Våren 2022 var det 91 prosent av kommunene som oppgir at de har etablert tilbudet.

De er flest kommuner som svarer at de har valgt en interkommunal løsning med felles KAD-avdeling (35 prosent), mens 26 prosent har et eget kommunalt tilbud for eksempel i bofelleskap eller sykehjem.

Det er 60 prosent av kommunene som oppgir at plassene i liten grad eller svært liten grad er benyttet, mens 11 prosent svarer at plassene i stor eller i svært stor grad blir benyttet. Det er en økning i andel som svarer at plassene i liten eller svært liten grad benyttes fra 50 prosent i 2019 til 60 prosent i 2022, men ganske stabilt gjennom perioden i andel som svarer i stor eller svært stor grad.

Det er i 2021 og 2022 også spurt om kommunene/bydelene har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser, som psykiatrisk legevakt eller liknende. Det er 320 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålet (86 prosent) i 2022, og av disse er det 78 (24 prosent) som svarer at de har et slikt tilbud. Det er det samme som vi fant i 2021.

I 2021 og 2022 er det også spurt om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger. Det er 318 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2022, og av disse er det 141 (44 prosent) som har svart at de har et slikt tilbud.

21 ARBEIDSTILTAK

Yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 20 årene. De siste 10 årene har den evidensbaserte varianten av "Supported Employment" (SE) - "Individual Placement and Support" (IPS) blitt utprøvd og tatt i bruk i Norge. SE oversettes ofte til norsk med "Arbeid med bistand" og IPS til "Individuell jobbstøtte". IPS har den sterkeste støtten i internasjonal forskning når det gjelder gode resultater på arbeidsdeltakelse for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det har vært flere satsinger på arbeidsrettet oppfølging og rehabilitering i Norge, blant annet gjennom nasjonale planer og strategier for arbeid og psykisk helse, opptrappingsplanen for rusfeltet, Inkluderingsdugnaden og omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten.²⁴

I tidligere rapporter har vi funnet at mange kommuner mener at arbeidstiltak er NAV sitt ansvar, etter NAV-reformen. I 2016 spurte vi derfor eksplisitt om kommunene har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi spurte også om samhandlingen med NAV og andre. Vi konkluderte i 2016 med at 48 kommuner og åtte bydeler i Oslo hadde tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Innen rusarbeid hadde 36 kommuner og fem bydeler da tatt i bruk IPS. Det var typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

21.1 DATAGRUNNLAG

I 2022 er følgende spørsmål om arbeidstiltak inkludert i kartleggingen, og dette er de samme spørsmålene som tidligere:

- Har kommunen etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen psykisk helsearbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunen tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported employment (SE) innen rusarbeid?
 - Hvis ja, gjøres dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad har ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fokus på arbeid/-utdanning i sin kontakt med personer med
 - psykiske lidelser?
 - rusmiddelproblemer?

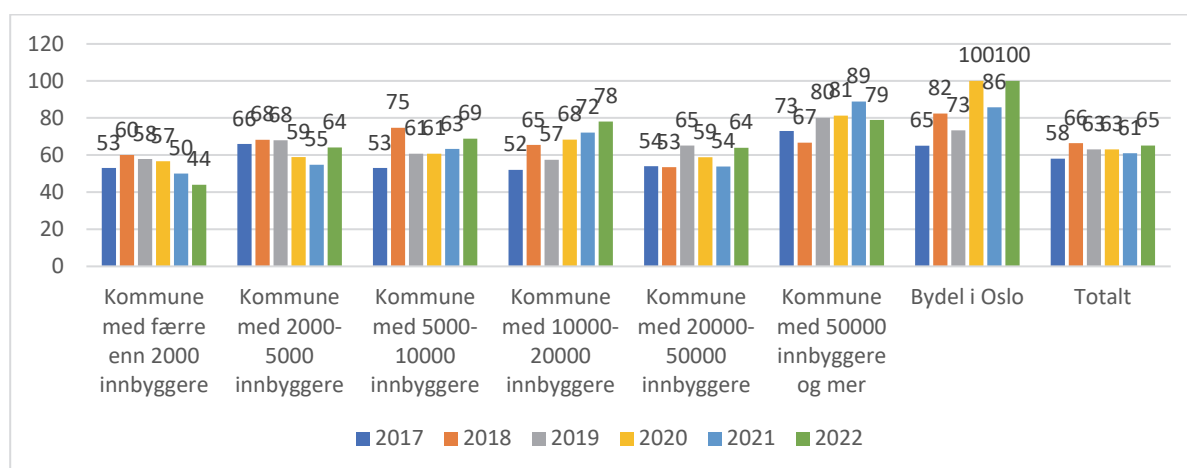
²⁴ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef_ntnu_sluttrapport_helsearbeid_.pdf

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

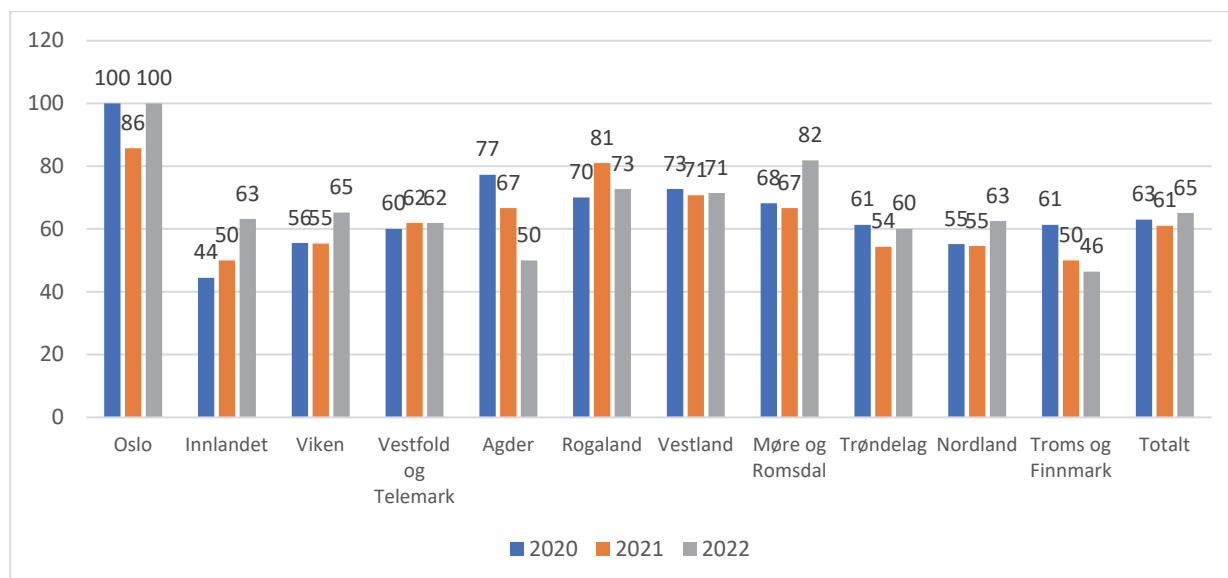
Det er 330 kommuner/bydeler (89 prosent) som har svart på spørsmål om arbeidstiltak i 2022.

21.2 SAMARBEID MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG NAV

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, dette er en økning fra 61 prosent i 2021 og fra 58 prosent i 2017, se figur 21.1. Fylkesfordelingen for 2020 - 2022 er vist i figur 21.2.



Figur 21.1 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Kommunestørrelse, 2017-2022.



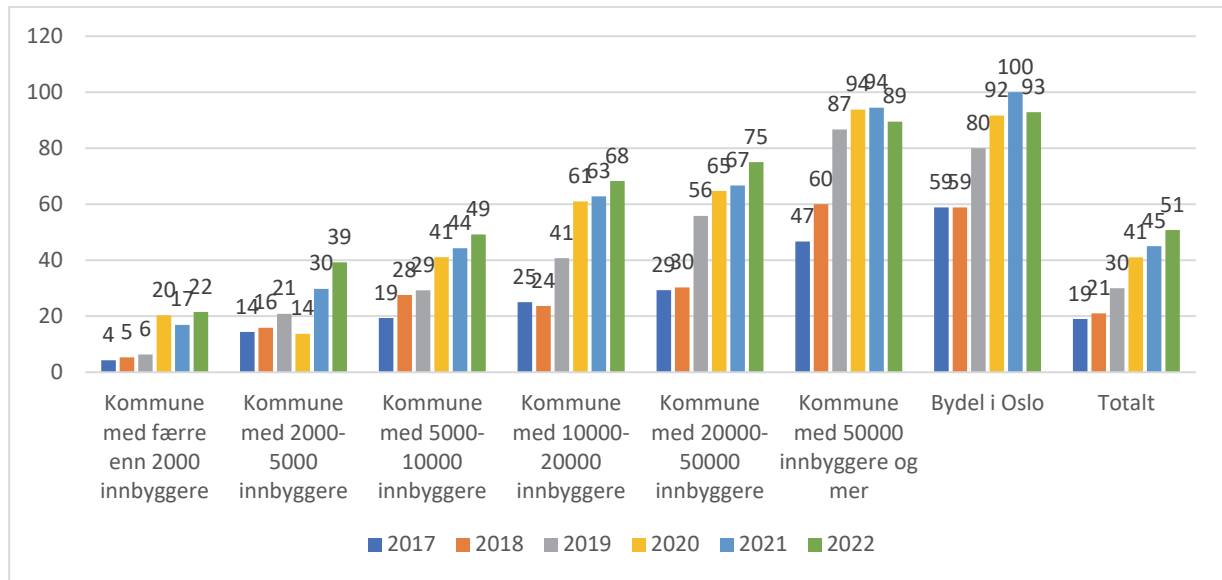
Figur 21.2 Prosent av kommunene som oppgir at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet. Fylke, 2020-2022.

Vi har også spurt om spesialisthelsetjenesten er involvert i dette samarbeidet, og vi finner at av de 205 kommunene/bydelene som svarer at det er etablert et samarbeid, er det 179 som har svart på

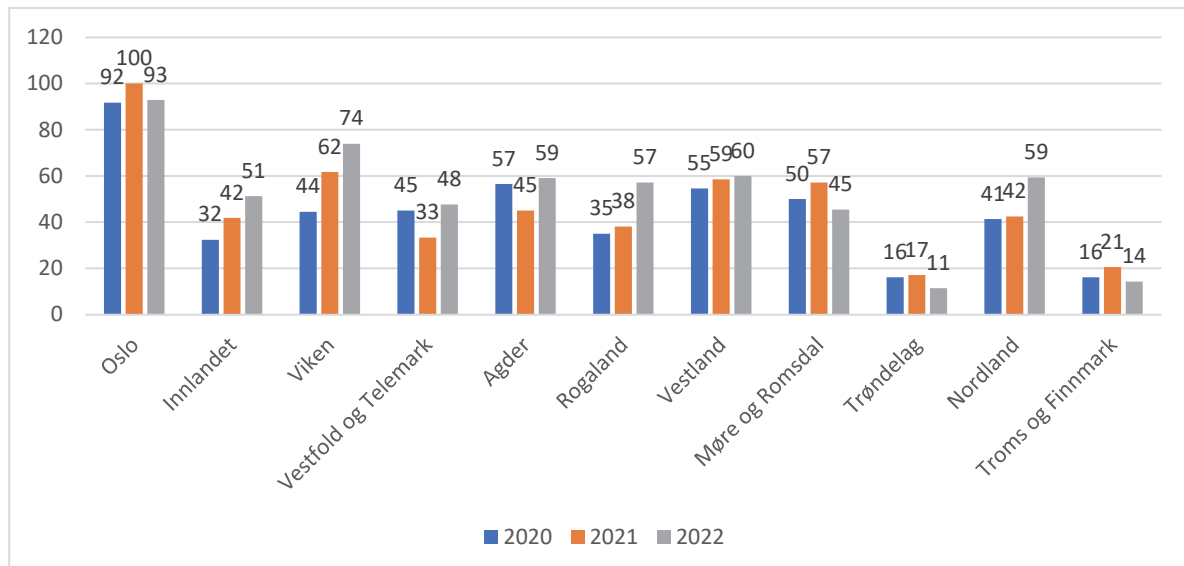
om spesialisthelsetjenesten er involvert. Av disse er det 71 som svarer ja (40 prosent). Dette er omtrent det samme som tidligere år.

21.3 IPS/SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

I 2022 er det totalt 51 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid og dette er en økning fra 45 prosent i 2021. I 2019 var andelen 19 prosent, så det er en betydelig økning. Kommuner av alle størrelser har hatt en betydelig økning i perioden, se figur 21.3.



Figur 21.3 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid, kommunestørrelse 2017-2022.

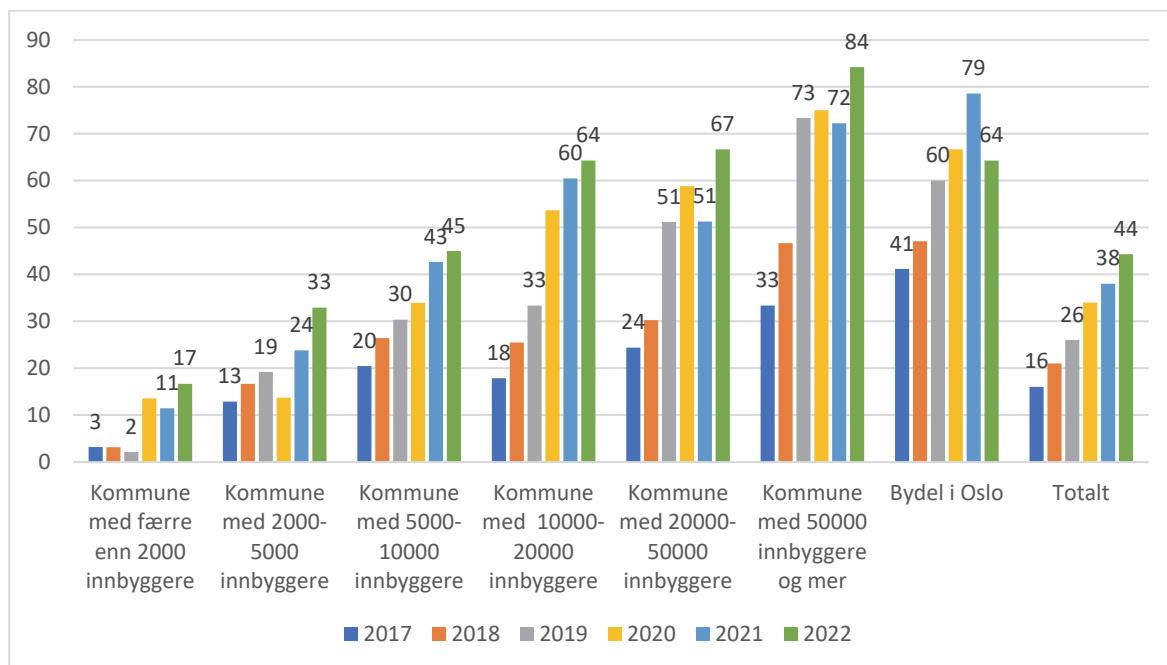


Figur 21.4 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid. Fylke, 2020-2022.

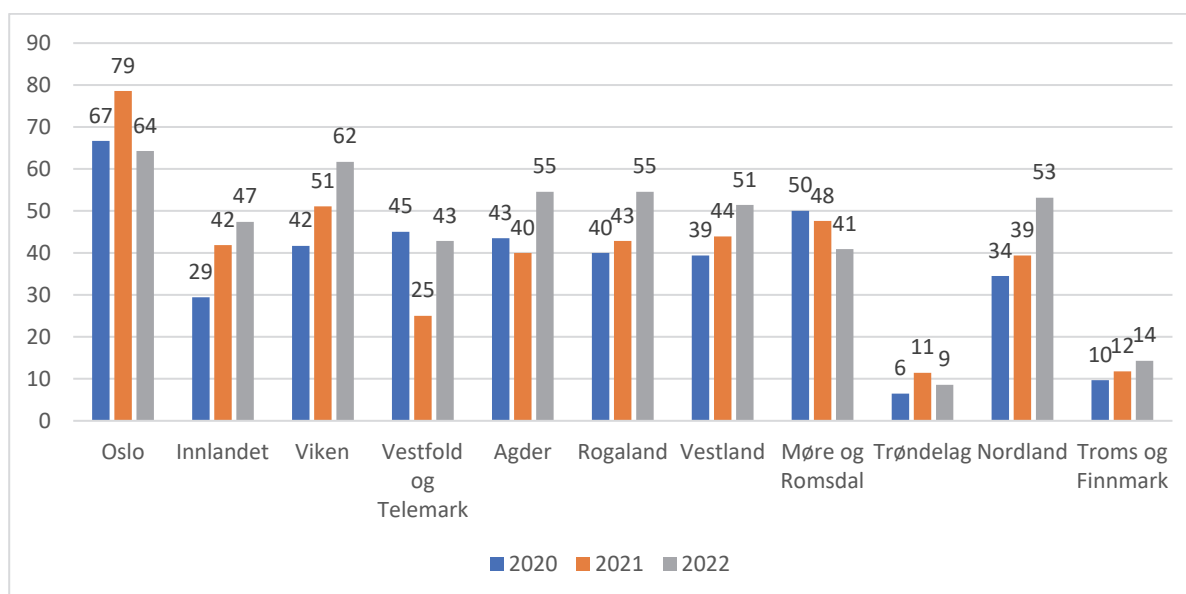
Av de 160 kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS/SE innen psykisk helsearbeid, svarer 59 prosent at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om dette.

21.4 IPS/SE INNEN RUSARBEID

Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2022 og dette er en økning fra 38 prosent i 2021. I 2017 var andelen 16 prosent, så dette er en stor økning. Det er økning i alle kommunestørrelsesgrupper (figur 21.5) og i de fleste fylker (figur 21.6).



Figur 21.5 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid. Kommunestørrelse, 2017-2022.



Figur 21.6 Prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk Individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid, fylke 2020-2022.

Av de 140 kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS innen rusarbeid, er det 50 prosent av disse som svarer at dette gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

21.5 FOKUS PÅ UTDANNING OG ARBEID I TJENESTENE

Vi har forsøkt å få et inntrykk av hvor mye tjenestene fokuserer på utdanning og arbeid, både innen psykisk helse- og rusarbeid. Som vist i tabell 21.1, er det få kommuner som opplever at de i liten grad har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser, og det er en liten økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2021 til 72 prosent i 2022. I 2019 var andelen 62 prosent.

Tabell 21.1 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med psykiske lidelser. 2019 – 2022.

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært liten grad | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| I liten grad | 12 | 3 | 5 | 2 | 7 | 2 | 7 | 2 |
| I noen grad | 146 | 35 | 73 | 25 | 103 | 31 | 80 | 25 |
| I stor grad | 221 | 53 | 184 | 63 | 190 | 57 | 184 | 58 |
| I svært stor grad | 39 | 9 | 31 | 11 | 32 | 10 | 46 | 14 |
| Totalt | 419 | 100 | 293 | 100 | 333 | 100 | 318 | 100 |

Det samme bildet finner vi når vi spør om fokus på arbeid og utdanning i kontakt med personer med rusmiddelproblemer, men det er noen kommuner som sier de i liten grad har fokus på utdanning og arbeid. Dette kan for eksempel skyldes at få av brukerne er aktuelle for arbeid og utdanning. Fra 2021 til 2022 er det en økning i andel kommuner som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning, fra 58 prosent til 63 prosent. I 2019 var andelen 53 prosent.

Tabell 21.2 Kommunenes erfaringer med fokus på arbeid og utdanning i egen kommune i kontakt med personer med rusmiddelproblemer. 2019 – 2022.

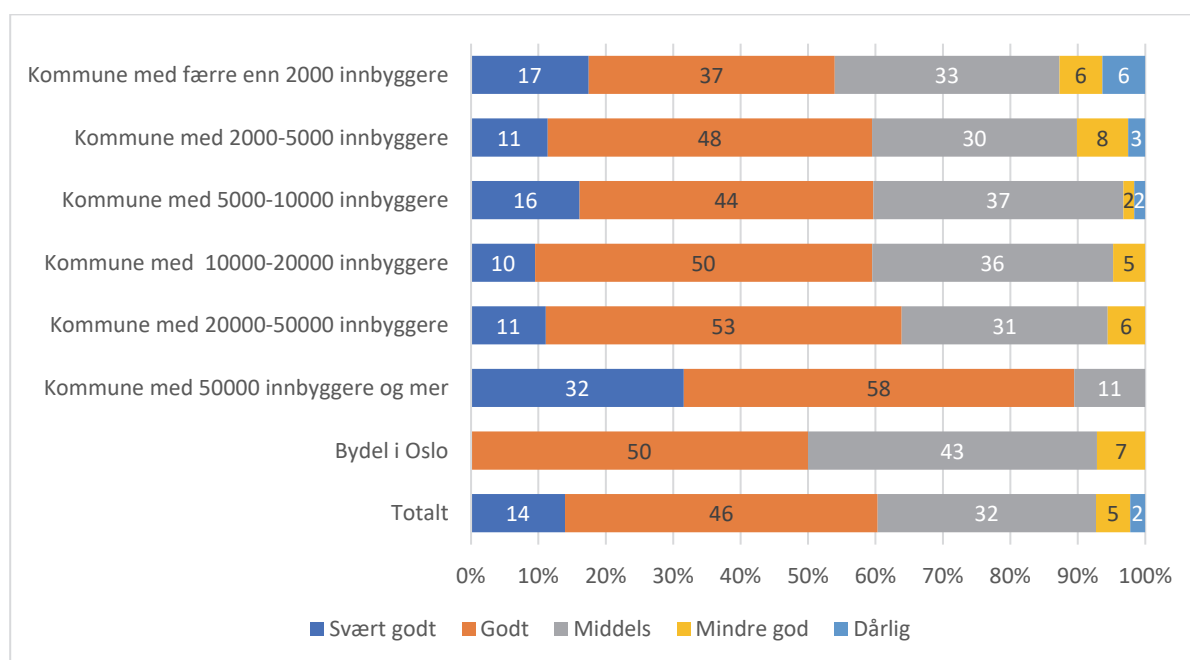
| | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| I svært liten grad | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| I liten grad | 20 | 5 | 15 | 5 | 16 | 5 | 12 | 4 |
| I noen grad | 170 | 41 | 90 | 31 | 123 | 37 | 104 | 33 |
| I stor grad | 189 | 46 | 157 | 53 | 161 | 49 | 157 | 49 |
| I svært stor grad | 31 | 7 | 32 | 11 | 28 | 9 | 42 | 13 |
| Totalt | 414 | 100 | 294 | 100 | 329 | 100 | 318 | 100 |

21.6 SAMHANDLING OM ARBEIDSTILTAK MED NAV

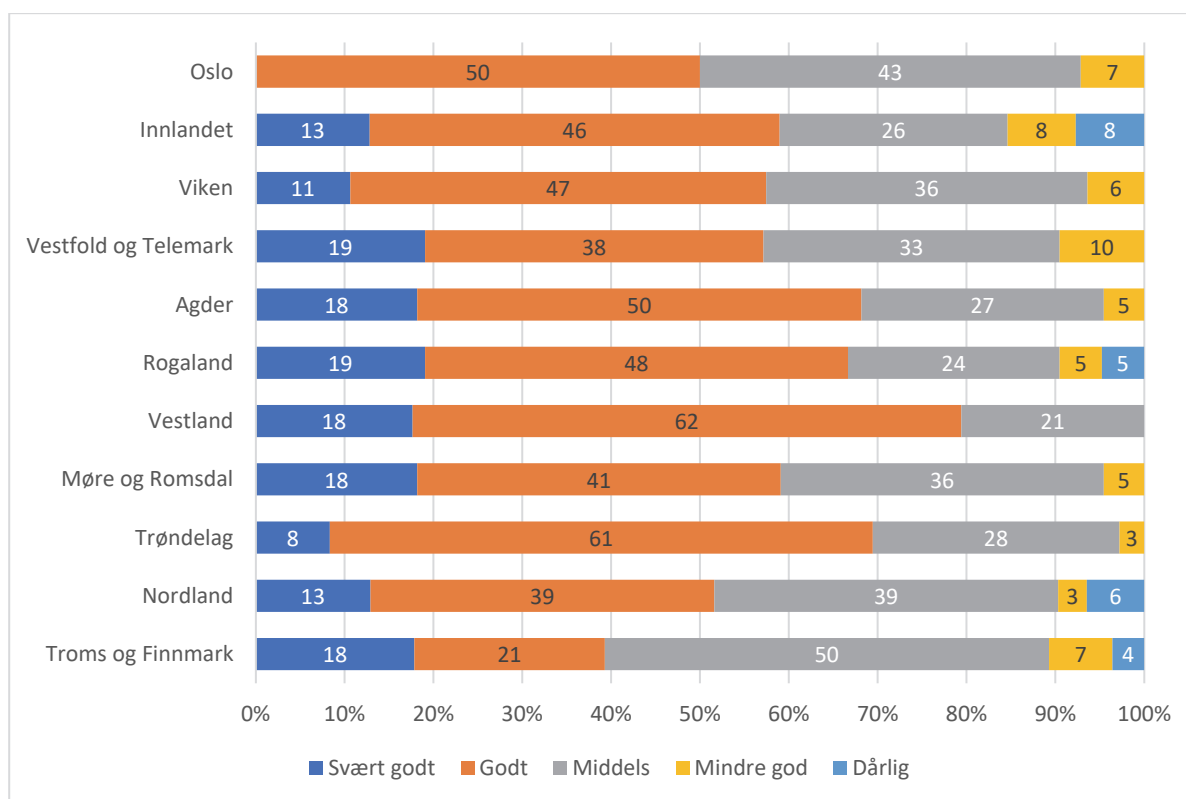
Det er 60 prosent av kommunene som svarer at samhandlingen med NAV og kommunen er god eller svært god, se tabell 21.3. Dette er en liten nedgang fra 63 prosent i 2021.

Tabell 21.3 Antall og andel kommuner/bydeler som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV. 2020-2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Svært god | 34 | 12 | 40 | 12 | 44 | 14 |
| God | 141 | 48 | 169 | 51 | 146 | 46 |
| Verken god eller dårlig | 100 | 34 | 99 | 30 | 102 | 32 |
| Mindre god | 15 | 5 | 18 | 5 | 16 | 5 |
| Dårlig | 4 | 1 | 7 | 2 | 7 | 2 |
| Totalt | 294 | 100 | 333 | 100 | 315 | 100 |



Figur 21.7 Prosent kommuner/bydeler etter hvor godt samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer med NAV. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 21.8 Prosent kommuner/bydeler etter hvor godt samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer med NAV. Fylke, 2022.

Det var også mulig å legge inn kommentarer til temaet arbeidstiltak og det er lagt inn 74 kommentarer. Kommentarene viser følgende:

- Generelt gode erfaringer med IPS, både i og utenfor FACT
- Generelt gode erfaringer med jobbspesialister
- Det er vanskelig å komme i kontakt med NAV
- Ønsker flere plasser på varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet (VTA-O)
- Behov for mer samarbeid med NAV rundt målgruppen
- NAV samarbeider mer med fastlegene enn de øvrige kommunale tjenestene

Den ene kommunen kommenterer at IPS i kommunene bidrar til at flere kan få tilbudet:

IPS ordningen har utvidet sitt arbeidsområde til også å omfatte de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Dette har bidratt til at IPS ordningen når flere i målgruppa.

Noen får til samarbeid rundt aktivitetstilbud:

Det er etablert et aktivitetstilbud i samarbeid mellom NAV, Psykisk helse og Kultur for personer utenfor arbeidslivet i aldersgruppen 18-30 år, hvor målet er at dette skal være første steg mot arbeidslivet.

Det er mye godt samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og rusomsorg, NAV og tiltaksarrangører.

Flere oppgir at det er mer samarbeid rundt de med mindre alvorlige utfordringer:

Det er stort fokus på dette i lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp, men det er noe mindre for de som har mer alvorlige utfordringer. Kommunal IPS ble lagt ned for noen år siden før prosjektperioden var over. Det har vært noen få som har fått dette gjennom spesialisthelsetjenesten.

Lite fleksibilitet hos NAV til denne brukergruppen, spesielt til de moderate/alvorlige tilfellene. Lite vilje til å få til noe sammen med bruker og andre samarbeidsorganer. Vi opplever at det er et bedre samarbeid i saker med de lettere tilfellene.

NAV burde vore tilgjengelig for samarbeid for personer som er ufør, men som treng ein form for arbeid.

Eller at satsninger fra NAV på unge ikke treffer så mange av deres tjenestebrukere:

Nav har et prosjekt nå hvor de har ansatt en sosionom midlertidig for å bistå med jobbstøtte for personer under 30 år. De fleste av våre tjenestemottakere i psykisk helse og rus er over 30 år.

Eller at korte tidsperspektiv på tiltak ikke passer så godt:

Tidsperspektivet og krav til gjennomføringstid i arbeidstiltak i regi av NAV er en utfordring for de brukerne som står særlig langt fra arbeidslivet. Her burde det vært tiltak som i større grad ivaretar de individuelle behovene og utfordringene som eksempelvis personer med alvorlig rusproblematikk og samtidige psykiske helseutfordringer har.

Aldersgrensen på IPS kommenteres av den ene kommunen:

Det opereres med en øvre aldersgrense for pasienter/brukere, som kan få tilbud gjennom NAV sitt IPS team - 35 år. Den burde vært høyere. Særlig rusmisbrukere bruker lang tid på å bli klare til å komme ut i arbeid. Pga alder, sliter de med å få hjelp til å komme inn i arbeidslivet. Vi samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten der de er en del av behandlingsopplegget.

Noen opplever at FACT fører til endret samhandling med NAV:

Etter etablering av FACT har den øvrige samhandlingen med NAV blitt mindre. Vi arbeider med å få til bedre samhandling her.

Flere kommenterer at NAV er lite tilgjengelig:

NAV er lite tilgjengeleg på grunn av sterkt redusert opningstid. Kun 4 timar drop inn pr. veke, elles stengt.

Vanskelig få kontakt med NAV gjennom NAV sitt telefonnr. NAV har lite opningstider, kun nokre få timar per veke.

Noen har etablert faste møtepunkter med NAV:

Rus og psykiatritjenesten har etablert fast samarbeidsmøte med NAV ifht. arbeid/utdanning og økonomi en gang pr. måned. Legetjenesten har også eget møte med NAV i samme kategori.

Andre steder er det mest samarbeid med legene:

Rus- psykisk helsetjeneste har liten kontakt med NAV. NAV forholder seg i stor grad til legetjenesten, legeerklæringer m.m.

Noen har bedre erfaring når det er etablert individuell plan:

Samarbeidet med Nav fungerer bra til tider, andre ganger kan det være vanskeligheter med å komme fram til riktig saksbehandler. Der det er etablert individuell plan, virker det som at samarbeidet fungerer bedre.

Andre har generelt gode erfaringer:

Vi har en lav terskel for å ta kontakt visa versa. Samarbeidet oppleves som godt fra begge sider.

Vi har godt samarbeid med NAV rundt IPS og det er stor interesse for dette arbeidet

IPS Ung nevnes også av noen som noe de har god erfaring med, andre nevner Kirkens Bymisjon og Ijobb.

21.7 OPPSUMMERING

Det er 65 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet, og dette er en liten økning fra 61 prosent i 2021 og fra 58 prosent i 2017.

I 2022 er det totalt 51 prosent av kommunene/bydelene som har svart at de har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid, og dette er en økning fra 45 prosent i 2021 og fra 19 prosent i 2017.

Det er 44 prosent av kommunene som svarer at de har tatt i bruk IPS eller SE innen rusarbeid i 2022 og dette er en økning fra 38 prosent i 2021 og fra 16 prosent i 2017.

Det er få kommuner som oppgir at de har lite fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, det er en økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra 67 prosent i 2021 til 72 prosent i 2022. I 2019 var andelen 62 prosent.

Det er 60 prosent av kommunene/bydelen som beskriver samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV som god eller svært god, og dette er som i 2020, men en liten nedgang fra 2021.

22 OPPFØLGING AV ELDRE

Siden 2020 har IS-24/8-rapportene hatt oppfølging av eldre som et eget kapittel. I de foregående rapportene har vi blant annet skrevet om hvordan antall eldre øker både fordi forventet levealder øker og fordi de store etterkrigskullene har nådd pensjonsalderen [87]. Mens økningen i antallet yngre eldre (60 og 70 årsalderen) allerede er godt i gang, er vi nå i starten av økningen i antall eldre i 80-årsalderen. Forskning tyder på en stor forbedring i psykologisk funksjon blant eldre, og at eldre mennesker kognitivt og psykososialt har blitt yngre [88]. Dette gjelder imidlertid spesielt yngre eldre i 60 og 70 årene, og i mindre grad de eldste eldre og i livets slutfase (ibid.). Når flere blir eldre og flere lever lenger vil derfor trolig antall personer med kognitiv svikt og psykososiale utfordringer øke. Basert på resultater fra HUNT4 70+ er det beregnet forekomst av demens og mild kognitiv svikt i Norge [89]. Andelen med mild kognitiv svikt for personer over 70 år ble anslått til 35 prosent, mens andelen med demens ble beregnet til 15 prosent. Forekomst av kognitiv svikt og demens øker med alder og det ble anslått at hver tredje person i aldersgruppen 85-89 år hadde demens og halvparten av de over 90 år (ibid.). Beregnet antall med demens i 2020 og framskrevet antall fram mot 2050 er publisert på www.demenskartet.no. Over 100,000 anslås å ha demens i Norge i dag, og dette øker til nesten 140,000 i 2030, til over 190,000 i 2040 og til nesten 250,000 i 2050. Det er også mulig å finne tall på kommunenivå på nettsiden.

Psykisk helse- og rusproblemer blant eldre har fått økt oppmerksomhet i de senere årene blant annet i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) og Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. For å styrke mulighetene den enkelte har til å mestre hverdagen, og for å gi tidlig hjelp, vil regjeringen også styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk som vil kunne bidra til å avdekke psykisk helse- og rusproblemer. Se rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (www.regjeringen.no).²⁵

22.1 DATAGRUNNLAG

2022-kartleggingen inneholder følgende spørsmål om eldre og psykisk helse- og rusarbeid:

- Har kommunen kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus?
 - Hvis ja, hvordan ble kartleggingen gjennomført?
- Blir eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner?
- Gjennomfører kommunen systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre?
 - Tema i samtalene? - Psykisk helse
 - Tema i samtalene? - Alkoholvaner
 - Tema i samtalene? - Legemiddelbruk
 - Tema i samtalene? - Annet rusmiddelbruk

²⁵<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>

- Tema i samtalene? - Vold og overgrep
- Har kommunen gjennomført kompetansehevede tiltak for de ansatte når det gjelder følgende målgrupper i løpet av det siste året?
 - Eldre med psykiske helseproblemer
 - Eldre med rusproblematikk
 - Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser)
 - Eldre utsatt for vold og overgrep

Dette er de samme spørsmålene som var inkludert i kartleggingen i 2020 og i 2021.

22.2 KARTLEGGING AV DEN ELDRE BEFOLKNINGENS BEHOV

Som vist i tabell 22.1 er det få kommuner som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, 12 prosent i 2022. Det er også en økende andel som ikke vet om dette er gjort, 16 prosent i 2022.

Tabell 22.1 Antall og andel som svarer på om de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus. 2020 – 2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 41 | 14 | 43 | 13 | 39 | 12 |
| Nei | 213 | 73 | 247 | 75 | 225 | 71 |
| Vet ikke | 39 | 13 | 40 | 12 | 52 | 16 |
| Total | 293 | 100 | 330 | 100 | 316 | 100 |

De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er flest som svarer at dette er gjort gjennom BrukerPlan, som tidligere år. Noen nevner prosjekt som 'Aldring og rus', andre at dette gjøres som en del av boligbehovsplanen. Andre svarer at dette gjøres fortløpende gjennom den eldre sin kontakt med hjemmesykepleien, eller gjennom FACT eldre og helsestasjon for eldre. Noen har også kartlagt dette ved hjemmebesøk eller når de får behov for andre kommunale tjenester. Noen svarer også at dette er gjort gjennom helsefremmede hjemmebesøk for eldre i samarbeid med fastlege, tilsynslege, eller andre. Noen oppgir at de bruker spørreskjema og gjør intervju for å kartlegge behovene.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. Det er små endringer fra 2020 til 2022 og det er rundt hver tredje kommune/bydel som svarer at de eldre systematisk blir spurt om alkoholvaner, mens 32 prosent svarer at det ikke spørres systematisk om alkoholvaner. Det er 26 prosent som svarer at de ikke vet om dette gjøres både i 2020 og i 2021, men i 2022 har andelen økt til 36 prosent.

Tabell 22.2 Antall og andel som svarer på om eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholvaner. 2020-2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 94 | 33 | 106 | 33 | 99 | 32 |
| Nei | 118 | 41 | 136 | 42 | 99 | 32 |
| Vet ikke | 73 | 26 | 83 | 26 | 113 | 36 |
| Total | 285 | 100 | 325 | 100 | 311 | 100 |

Vi finner ingen systematisk variasjon i svarene hverken etter kommunestørrelse eller et fylke.

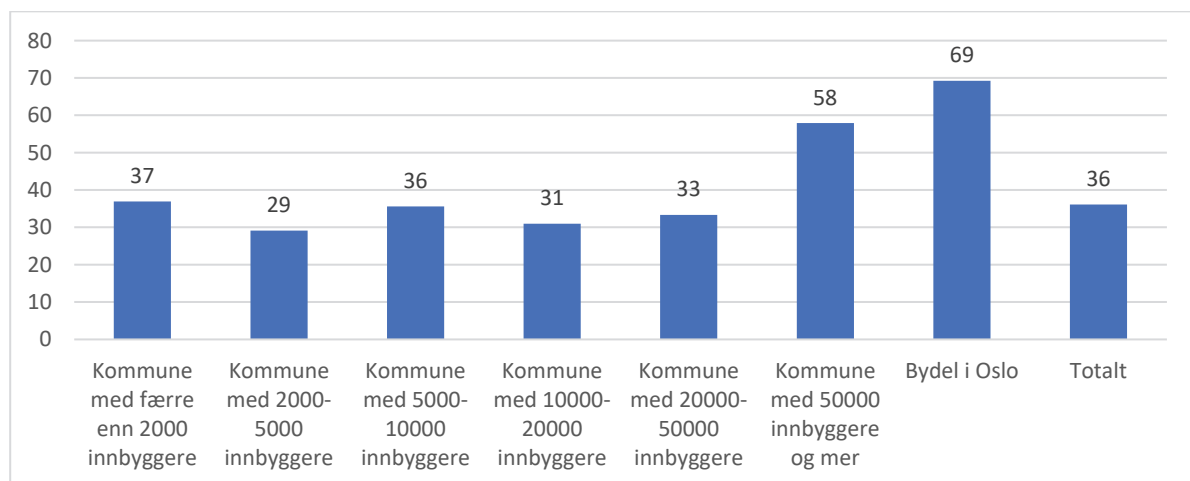
22.3 SYSTEMATISKE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK BLANT ELDRE

Som vist i tabell 22.3 er det liten endring fra år til år i svarfordelingen for om de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og det er 36 prosent som svarer at de gjennomfører slike besøk blant eldre, mens nær halvparten (48 prosent) svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk.

Tabell 22.3 Antall og andel som svarer på om kommunen gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. 2020 – 2022.

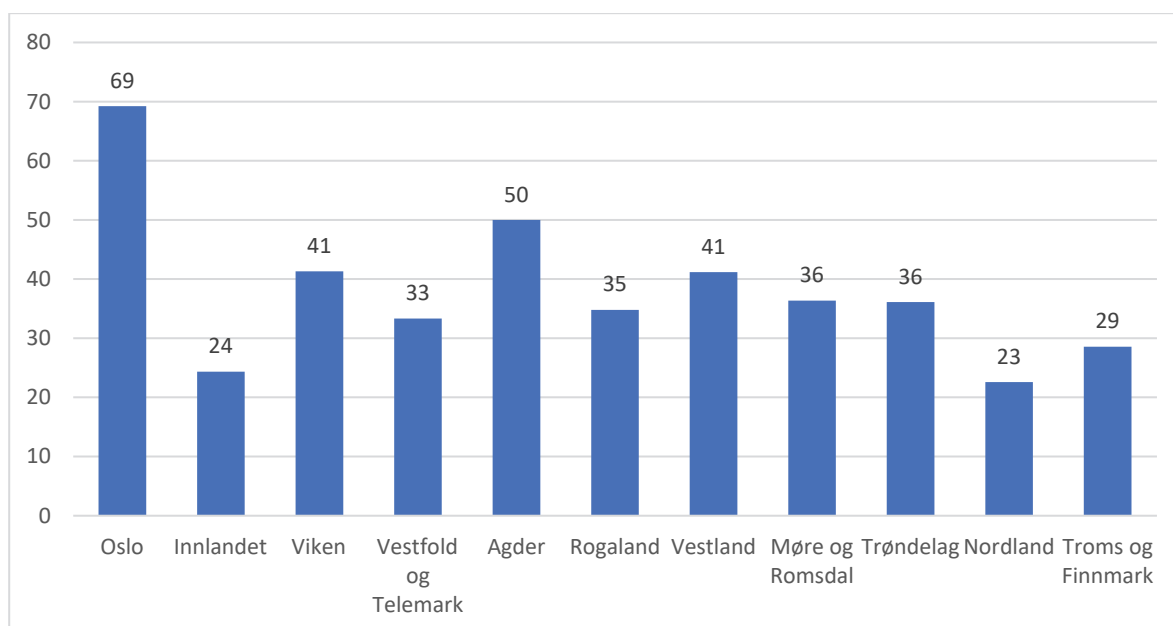
| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|----------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Ja | 103 | 35 | 118 | 36 | 113 | 36 |
| Nei | 148 | 51 | 162 | 49 | 151 | 48 |
| Vet ikke | 42 | 14 | 48 | 15 | 49 | 16 |
| Total | 293 | 100 | 328 | 100 | 313 | 100 |

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 22.1) og fylke (figur 22.2) i andel som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk.



Figur 22.1 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Kommunestørrelse, 2022.

Det er kommuner med mer enn 50 000 innbyggere og bydelene i Oslo, som systematisk ligger høyere enn de andre kommunegruppene, og kommuner i Agder ligger systematisk høyere enn de andre fylkene sammen med bydelene i Oslo.



Figur 22.2 Prosent av kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Fylke, 2022.

Det er også kartlagt om ulike tema dekkes i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, se tabell 22.4. Av de 113 kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk, er det 61 prosent som svarer at psykisk helse er et inkludert tema, og 60 prosent svarer at legemiddelbruk er tema i samtalen. Alkoholvaner er et tema i samtalen i 48 prosent av kommunene/bydelene som gjennomfører slike hjemmebesøk, mens 31 prosent svarer at vold og overgrep er et inkludert tema. 28 prosent svarer at annet rusmiddelbruk er blant temaene.

Tabell 22.4 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer om de ulike temaene er inkludert i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, 2020 – 2022.

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Psykisk helse | 83 | 81 | 69 | 58 | 69 | 61 |
| Alkoholvaner | 62 | 60 | 60 | 51 | 54 | 48 |
| Legemiddelbruk | 77 | 75 | 61 | 52 | 68 | 60 |
| Annet rusmiddelbruk | 31 | 30 | 30 | 25 | 32 | 28 |
| Vold og overgrep | 43 | 42 | 40 | 34 | 35 | 31 |
| Antall kommuner | 103 | 100 | 118 | 100 | 113 | 100 |

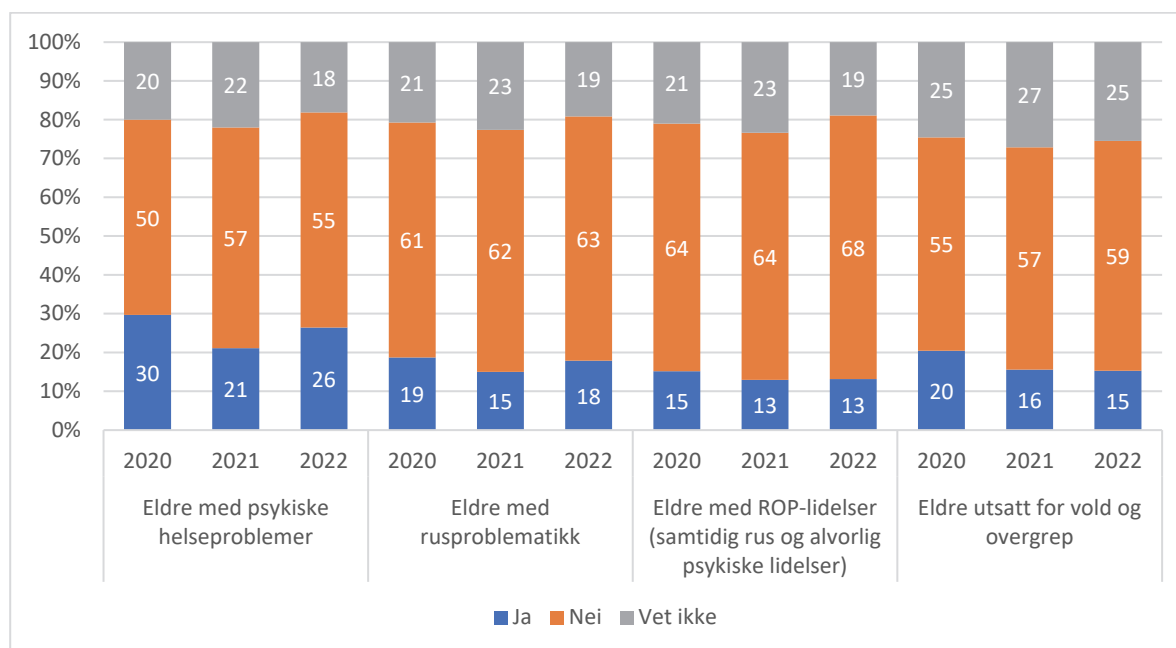
22.4 GJENNOMFØRT KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

Når det gjelder gjennomføring av kompetansehevende tiltak er fordelingen av svarene i 2022 vist i tabell 22.5. Det er flest som har gjennomført kompetansehevendetiltak for de ansatte når det gjelder eldre med psykiske helseproblemer (26 prosent), færre for eldre med rusproblematikk (18 prosent) og eldre med ROP-lidelser (13 prosent) og eldre utsatt for vold og overgrep (15 prosent). Det er 65 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2022.

Tabell 22.5 Antall kommuner etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året, 2022.

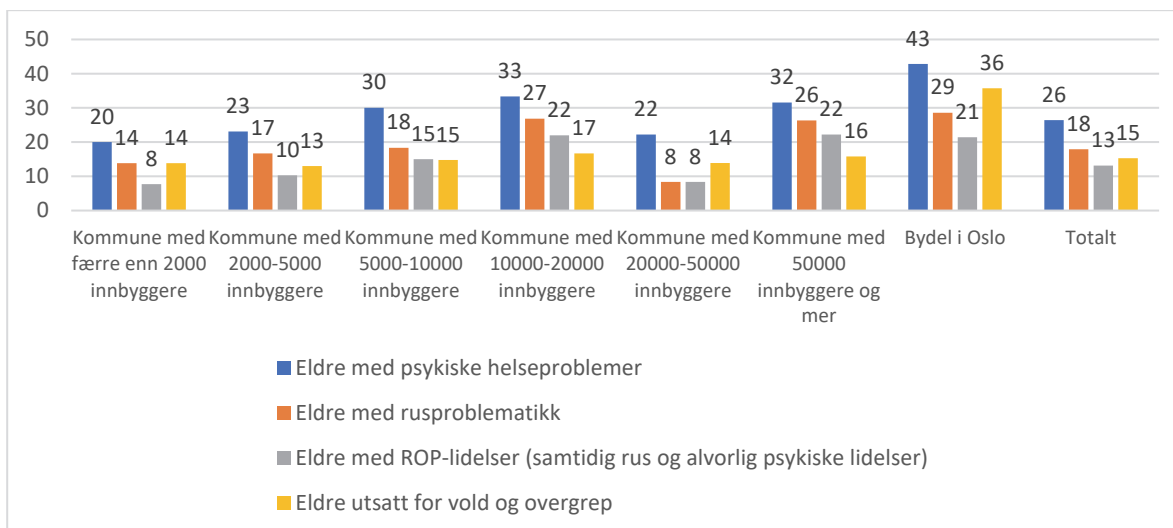
| | Ja | Nei | Vet ikke | Totalt | Andel ja |
|---|----|-----|----------|--------|----------|
| Eldre med psykiske helseproblemer | 83 | 174 | 57 | 314 | 26 |
| Eldre med rusproblematikk | 56 | 197 | 60 | 313 | 18 |
| Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser) | 41 | 212 | 59 | 312 | 13 |
| Eldre utsatt for vold og overgrep | 48 | 186 | 80 | 314 | 15 |

Det er ikke en tydelig økning fra 2020 til 2022, heller en svak nedgang for alle målgruppene, men vi minner om at spørsmålet er formulert til å gjelde det siste året, og at dette betyr at kompetansehevende tiltak kan ha vært gjennomført tidligere.



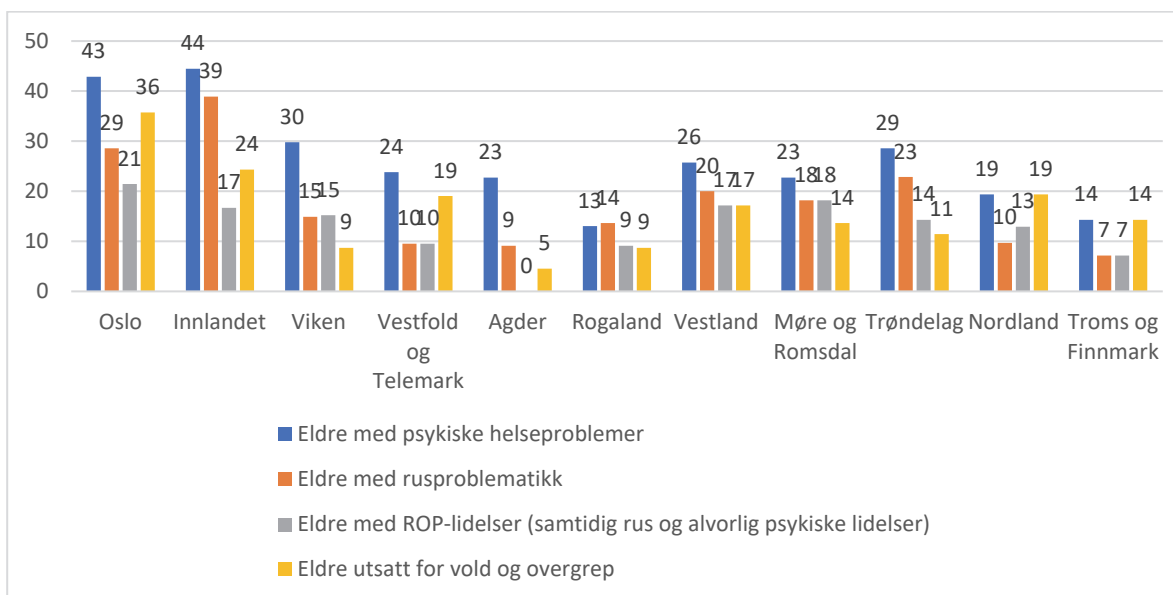
Figur 22.3 Prosentfordeling etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året, 2020 -2022.

Vi ser videre på andelen som har svart at de har gjennomført kompetansehevende tiltak på de ulike områdene og fordeler etter kommunistørrelse (figur 22.4) og etter fylke (figur 22.5).



Figur 22.4 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevede tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Kommunestørrelse, 2022.

I alle kommunegrupper er det flest som har gjennomført kompetansehevede tiltak om eldre innen psykiske helseproblemer.



Figur 22.5 Prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevede tiltak om ulike grupper for ansatte siste år. Fylke, 2022.

Det er særlig kommunene i Innlandet som rapporterer at de har gjennomført kompetansehevede tiltak om eldre med rusproblematikk, mens bydelene i Oslo for eksempel ligger høyt på andel som har gjennomført kompetansehevede tiltak om eldre utsatt for vold og overgrep.

22.5 OPPSUMMERING

I 2022 svarte 85 prosent av kommunene/bydelene (n=316) på spørsmål om oppfølging av eldre. Av de som har svart, oppgir 12 prosent at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, og dette er omtrent som i 2020 og 2021. Kartleggingen i disse kommunene gjøres typisk gjennom BrukerPlan, eller gjennom prosjekter som 'Aldring og rus', eller som en del av planarbeid, for eksempel gjennom boligbehovsplanen.

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

Det er 36 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og andelen øker med kommunestørrelse. Nær halvparten (48 prosent) svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk og resten (16 prosent) svarer at de ikke vet om kommunen gjennomfører slike besøk.

Kompetansehevende tiltak om eldre med psykiske helseproblemer er gjennomført det siste året i 26 prosent av kommunene/bydelene, mens 18 prosent har gjennomført slike tiltak om eldre med rusproblemer. Det er 13 prosent som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak om eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlige psykiske lidelser) og 15 prosent om eldre utsatt for vold og overgrep. Det er 65 prosent av kommunene som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2022.

Med tanke på at det i årene som kommer blir mange flere eldre i kommunene og at mange eldre har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, er det relativt få kommuner som kartlegger behov for tjenester innen psykisk helse. Det er også relativt få som har dette som tema i forebyggende hjemmebesøk og som gjennomfører kompetansehevende tiltak for sine ansatte på dette feltet.

23 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra spørsmålene som omhandler kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I 2022 har vi kartlagt følgende:

- Har kommunen/bydelen mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året?
 - Fra psykisk helsevern for voksne?
 - Fra psykisk helsevern for barn og unge?
 - Fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling?
 - Fra andre?
- I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rustjenester problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten?
 - I svært stor grad
 - I stor grad
 - I noen grad
 - I liten grad
 - I svært liten grad
 - Hvis i noen, stor eller svært stor grad, hva skyldes disse problemene?

Dekningsgraden varierer mellom 80 og 85 prosent på disse spørsmålene.

23.1 HAR MOTTATT MELDING FRA ULIKE SEKTORER

Nesten alle kommuner som har svart oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året (95 prosent), mens 59 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 74 prosent fra TSB.

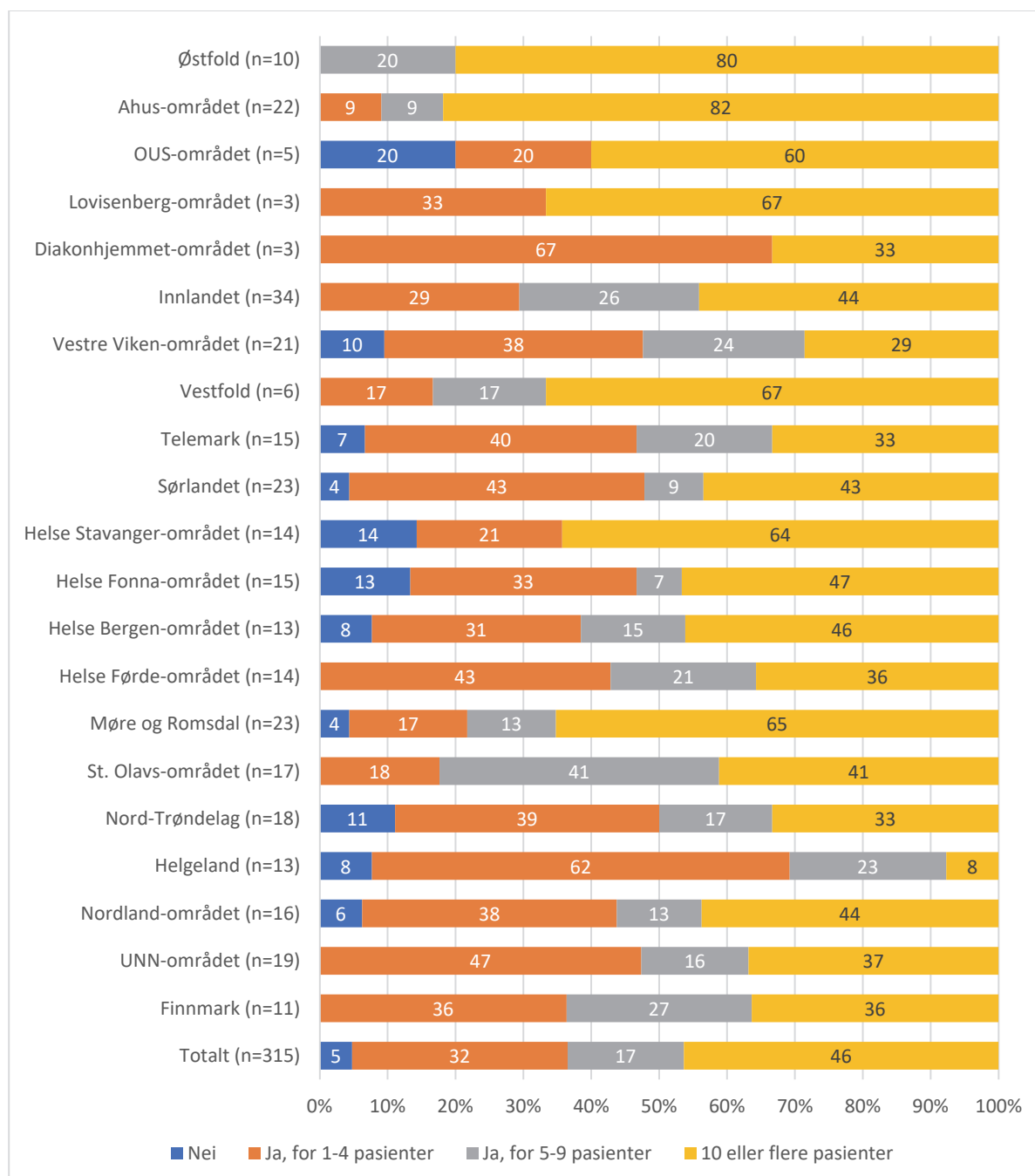
Tabell 23.1 Prosent av kommunene som svarer på om kommunen/bydelen mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året. 2022.

| | Fra psykisk helsevern for voksne | Fra psykisk helsevern for barn og unge | Fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Fra andre |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--|-----------|
| Nei | 5 | 41 | 26 | 83 |
| Ja, for 1-4 pasienter | 32 | 39 | 41 | 10 |
| Ja, for 5-9 pasienter | 17 | 10 | 14 | 4 |
| Ja, for 10 eller flere pasienter | 46 | 10 | 19 | 3 |
| Totalt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 315 | 299 | 310 | 179 |
| Dekningsgrad (svarprosent) | 85 | 80 | 83 | |

Under Andre, kommer det frem at dette gjelder AiR (rehabilitering), Alderspsykiatrisk avdeling, Blå kors, fengsel eller somatikk. Vi ser videre på utskrivningsklare fra psykisk helsevern og TSB, og vi grupperer kommunene etter opptaksområde for hvert helseforetak.

23.2 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

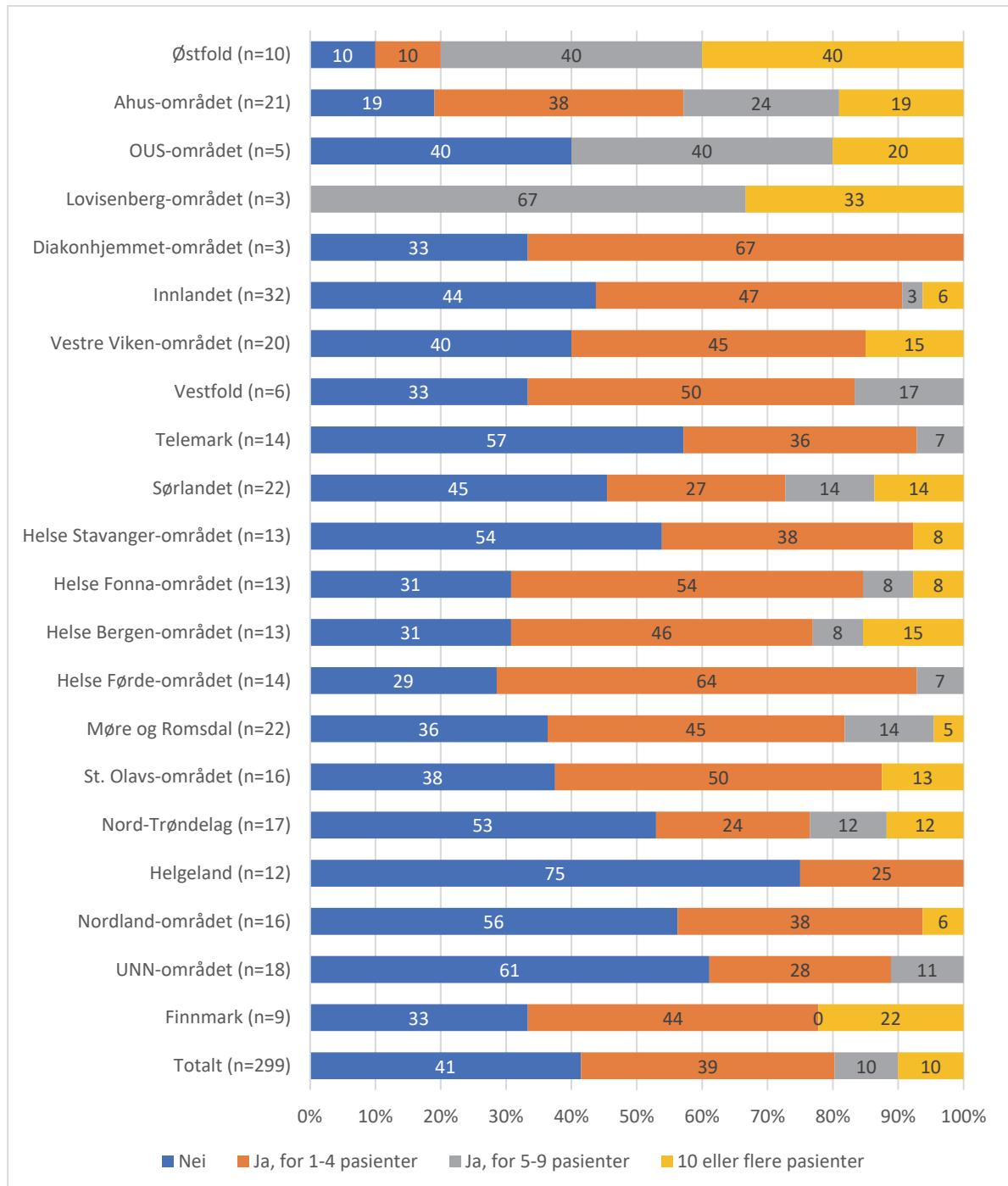
Som vist i figur 23.1 er det færrest kommuner som har mottatt meldinger om mer enn 10 utskrivningsklare pasienter i Nordland, trolig fordi det er mange små kommuner i fylket. Det er flest kommuner/bydeler som svarer at de ikke har mottatt slike meldinger i OUS-området, Helse Stavanger og Helse Fonna.



Figur 23.1 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne. HF-område, 2022.

23.3 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

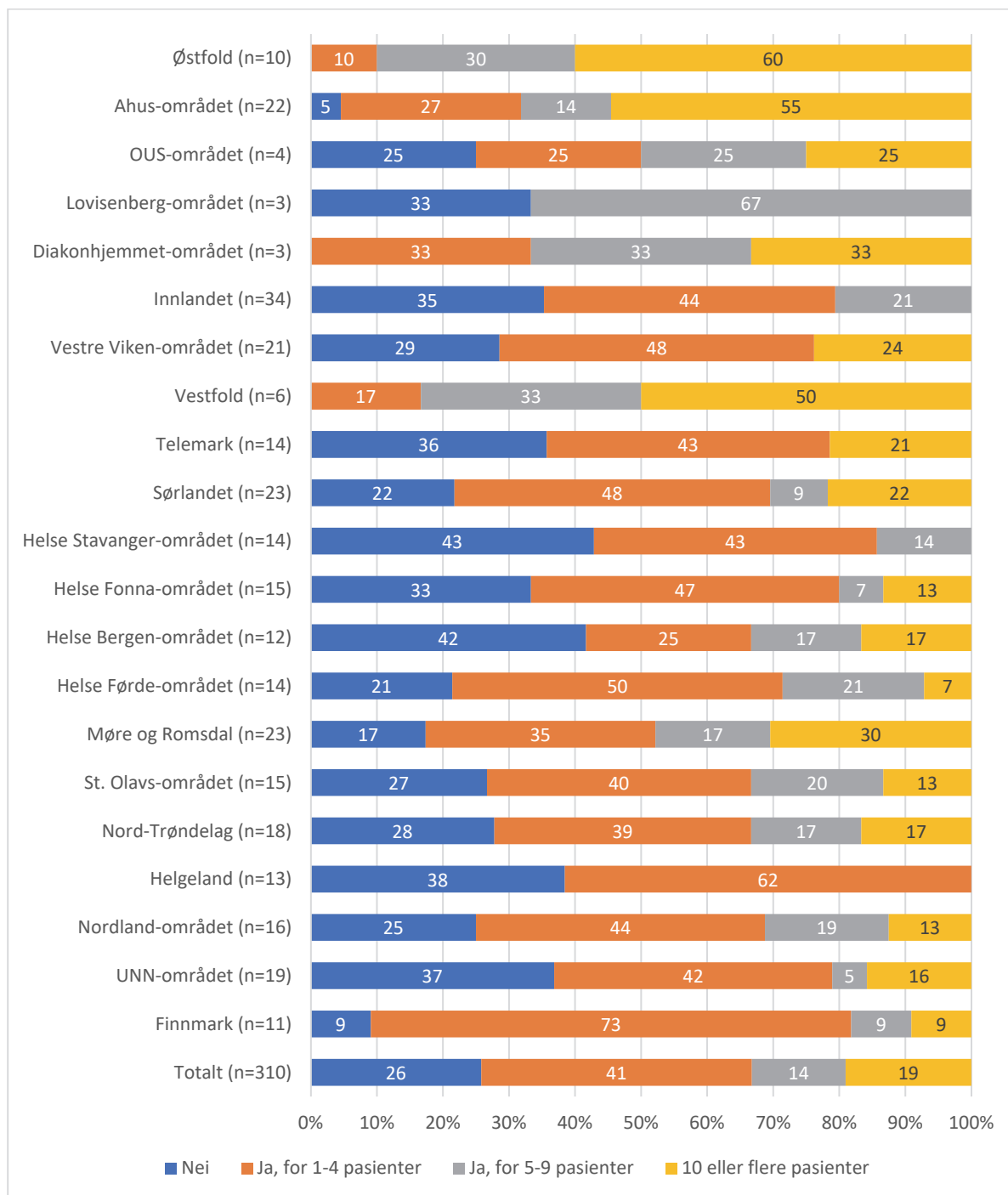
Det er en stor andel kommuner som ikke har fått melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern fra barn og unge, særlig i Helgeland, Unn-området og Telemark. Dette kan for eksempel skyldes at en del små kommuner ikke nødvendigvis har barn og unge som er innlagt i psykisk helsevern.



Figur 23.2 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for barn og unge. HF-område, 2022.

23.4 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Innen TSB er det kun i Østfold og Vestfold ingen svarer at de ikke har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra TSB. Særlig mange i Østfold, Ahus-området og i Vestfold har mottatt melding om 10 eller flere pasienter.



Figur 23.3 Prosent av kommunene i hvert opptaksområde som oppgir om de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. HF-område, 2022.

23.5 PROBLEMER MED Å TILBY NØDVENDIGE TJENESTER TIL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

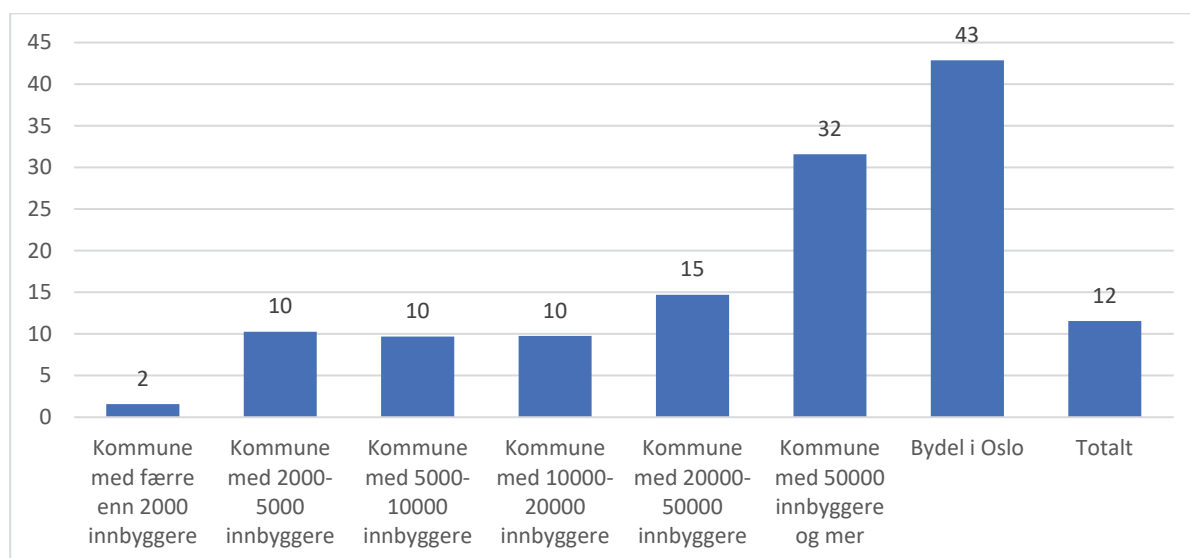
Vi har spurt om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Svarfordelingen er vist i tabell 23.2. Det er 312 som svarer, det betyr en dekningsgrad på 84 prosent.

Av de som har svart er det 36 kommuner/bydeler (12 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Men det er også 42 prosent som svarer i noen grad, så totalt er det 54 prosent som oppgir at de har visse problemer.

Tabell 23.2 Antall og prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. 2022.

| | Antall | Prosent |
|--------------------|--------|---------|
| I svært stor grad | 5 | 2 |
| I stor grad | 31 | 10 |
| I noen grad | 131 | 42 |
| I liten grad | 112 | 36 |
| I svært liten grad | 33 | 11 |
| Total | 312 | 100 |

Det er systematiske forskjeller etter kommunestørrelse, men når vi kontrollerer for kommunestørrelse finner vi ikke forskjeller mellom ulike opptaksområder i andel som svarer i stor eller svært stor grad. Dette ser dermed ut til å først og fremst være en utfordring for store kommuner, se figur 23.4.



Figur 23.4 Prosent av kommunene som svarer at de i stor eller svært stor grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Kommunestørrelse, 2022.

De som svarer i noen grad, i stor grad eller i svært stor grad er spurt om hva disse problemene skyldes, og det har kommet 142 svar. Ut ifra svarene, ser vi at problemene handler om:

- Egnede botilbud for de som er for friske til døgntilbud i spesialisthelsetjenesten, men for syke til det døgnbemannede tilbudet i kommunen
- Begrensede kommunale tilbud for små brukergrupper
- Kommunen har ikke nødvendig spesialistkompetanse
- Tilbud til personer med omfattende behov tar tid å etablere
- Alvorlig voldsrisiko som ikke kommunen har kompetanse på eller virkemidler til å håndtere

Eksempler på beskrivelser er:

De som skrives ut er ofte dårlige og en del skrives ut etter selv å ha avsluttet behandling som spesialisthelsetjenesten vurderer som ikke ferdig behandlet. Årsaken blir da at samtykkekompetansen er styrende. Dårlige brukere er vurdert samtykkekompetent og kommunale tjenester er ikke rustet til å ta imot så dårlige brukere.

For barn og unge skyldes det i flere tilfeller at de som skrives ut er ikke friske nok til å fungere i hjemmet og delta på eksempelvis skole. Det er fortsatt behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten i disse sakene slik bydelen ser det. Det er også store hjelpebehov som beskrives, og som bydelen/kommunen ikke er rigget for.

Forventninger fra spesialisthelsetjenesten om at kommunen skal kunne stille med botilbud med døgnbemanning når de mener det er nødvendig. Manglende forståelse for at opprettelse av slike tiltak er en prosess i kommunen der det må bevilges penger og ansettes ressurser når det ikke står noe ledig som er i samsvar med behovet. Manglende forståelse for at kommunen selv vurderer hva som er faglig forsvarlig, og at opprettelse av enetiltak ikke anbefales.

Kommunen har ikke tilstrekkelig med boliger og personell til de som skrives ut med omfattende behov for tjenester og kompetanse. Løsningen blir ofte kjøp av tilbud fra private leverandører. Det har de senere år vært stor økning på utskrivelser av de dårligste pasientene fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ikke de nødvendige rammer for å håndtere gruppen med samtidige utfordringer, og det er også pasienter som er dømt til behandling som skrives ut til kommunen. Spesialisthelsetjenesten har de nødvendige rammer som juridiske, institusjonelle som er nødvendig for å håndtere disse og nødvendige rammer for å ivareta samfunnsvernet. Det etterspørres spesialiserte bo- og omsorgstilbud i psykisk helsevern for de med særskilte behov og som er en potensiell fare for samfunnet. De juridiske rammer som spesialisthelsetjenesten har vil kunne medføre bedre og rimeligere tilbud enn det kommunene er i stand til. Økning av budsjettbehov i kommunen for utskrivningsklare med omfattende behov går på bekostning av tilbud til hjemmeboende med psykiske helseutfordringer i gruppene milde til moderate, og langvarige.

Kompleks og alvorlig sykdom meldes ut til kommunal tjeneste, noe som tidligere ble håndtert i spesialisthelsetjenesten. Med betaling for utskrivningsklare pasienter er det en stressfaktor for å få raske, men ikke alltid gode løsninger. Kommunen erfarer også at psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten ikke følger samhandlingsavtalene i like stor og god grad som somatikken.

Manglende spesialistkompetanse i kommune. Omfattende behov for spesialist i kommune.

Økt behov i befolkningen, redusert tilbud/raske utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten, flere dårlige pasienter med sammensatt problematikk (også voldsrisiko) skrives ut. Utfordringer i kommunen - både lovverk, mangler på egnet bolig, manglende kapasitet i tjenestene, rekrutteringsutfordringer (kompetent personell i bemannet bolig).

Pasienter har omfattende hjelpebehov. Kommunen klarer i liten grad å imøtekomme pasientens behov ut ifra problematikk. Manglende ressurser.

Spesialisthelsetjenesten ber ofte om døgnbemannet botiltak for pasienten - ikke nok plasser og/eller pasienten ønsker egentlig ikke å bo i døgnbemannet botiltak. TUD, spesialisthelsetjenesten ber kommunene om tiltak som i praksis er en videreføring av tvang i eget hjem - etisk og juridisk gråsoner og dilemmaer. Dette vanskeliggjør samarbeidet i noen saker.

Uavklart funksjon, er de virkelig utskrivningsklare for et liv uten sykehusets rammer? Bolig står ikke klar til enhver tid, kort liggetid, mm. Gap mellom forventninger fra spesialisthelsetjenesten og hva kommunen kan gjennomføre innenfor en ramme av frivillighet

Vi har ikkje tilbod heile døgnet/helg og har ikkje nok ressursar til å bemanne opp ein turnus.

23.6 OPPSUMMERING

Nesten alle kommuner (95 prosent) oppgir at de har mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året, mens 59 prosent har mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 74 prosent fra TSB.

På spørsmål om i hvilken grad kommunens psykisk helse- og rustjenester har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, er det 36 kommuner/bydeler (12 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Det er i tillegg 42 prosent som svarer at de i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til de som ifølge spesialisthelsetjenesten er utskrivningsklare.

Men det er store forskjeller etter kommunestørrelse, og mens andelen som melder om problemer i de minste kommunene er to prosent, er det nesten hver tredje kommune blant de med mer enn 50 000 innbyggere som oppgir å ha problemer. Dette er en utfordring først og fremst for mange store kommuner, men rundt 10 prosent av kommuner med 2 000 til 20 000 innbyggere melder også om problemer med å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og TSB. De som har problemer med å tilby nødvendige tjenester, oppgir boligproblematikk, ressursmangel og at mange pasienter er for dårlige til at de kommunale tjenestene kan ha ansvaret som årsaker.

24 ERFARING MED KOMPETANSE- OG RESSURSENTRE FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Helsedirektoratet ønsker informasjon om erfaringer med de ulike kompetanse- og ressursentrene som er relevant for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Følgende sentre, tjenester og nettverk er inkludert:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene)
- KORUS (Regionale kompetansesentre på rusfeltet)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- NKROP (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)
- NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)
- NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)
- SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus)
- SIFER (Nasjonalt kompetansesenternet i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri)
- NUBU (Nasjonalt utviklingsenter for barn og unge)
- Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse)

SANKS var med for første gang i 2021, mens SIFER, NUBU og Erfaringskompetanse er med for første gang i 2022.

Sentrene har til dels ulike målgrupper, ulik organisering og er av ulik størrelse, så det er naturlig at det er variasjon mellom sentrene i forhold til kontakt med kommunene. Formålet med kartleggingen er derfor ikke å sammenlikne sentrene, men å følge utviklingen innad i hvert senter.

24.1 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget i dette kapittelet er hentet fra 198 enkeltvariabler i datasettet, basert på følgende spørsmål om hvert enkelt kompetansesenter:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: (liste over sentre)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig). Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler
 - Deltatt på kurs
 - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak

- Annet, hva
- Gitt at dere har benyttet det enkelte kompetanse- og ressurscenter, hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått? Her inngår de sentrene som de har svart de har hatt kontakt med.
- I hvilken grad opplever dere at kompetanse- og ressurscenterne opptrer samordnet og koordinert i sitt tilbud ut til kommunen? (spørsmålet går til alle)

Det er ikke uproblematisk å få til en god kartlegging uten å gjennomføre en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. En opplagt svakhet med ett svar fra hver kommune eller bydel, er at det kan være enkeltpersoner eller mindre grupper som har kontakt med ressurscenterne heller enn hele tjenesten. Den første delen av kartleggingen som handler om kjennskap og bruk av sentrene, er tilsvarende det som ble kartlagt i årene 2018-2021. Vi tar derfor med alle fem årene i fremstillingene.

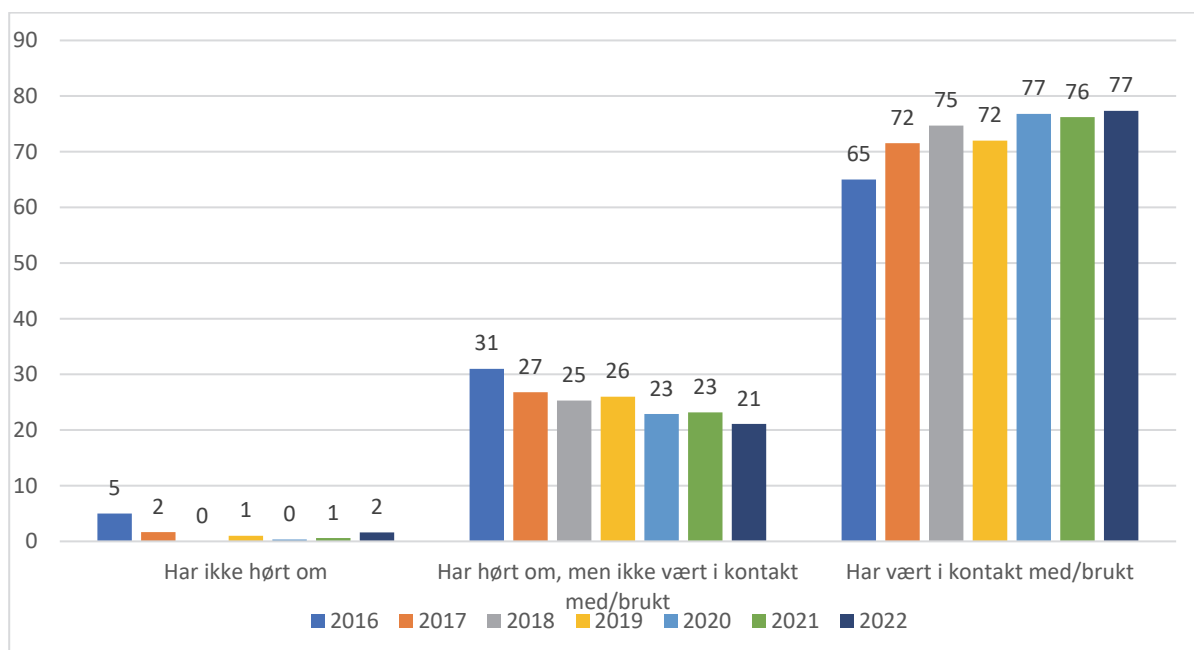
24.2 NAPHA

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. NAPHA er inndelt i fem regionale team:

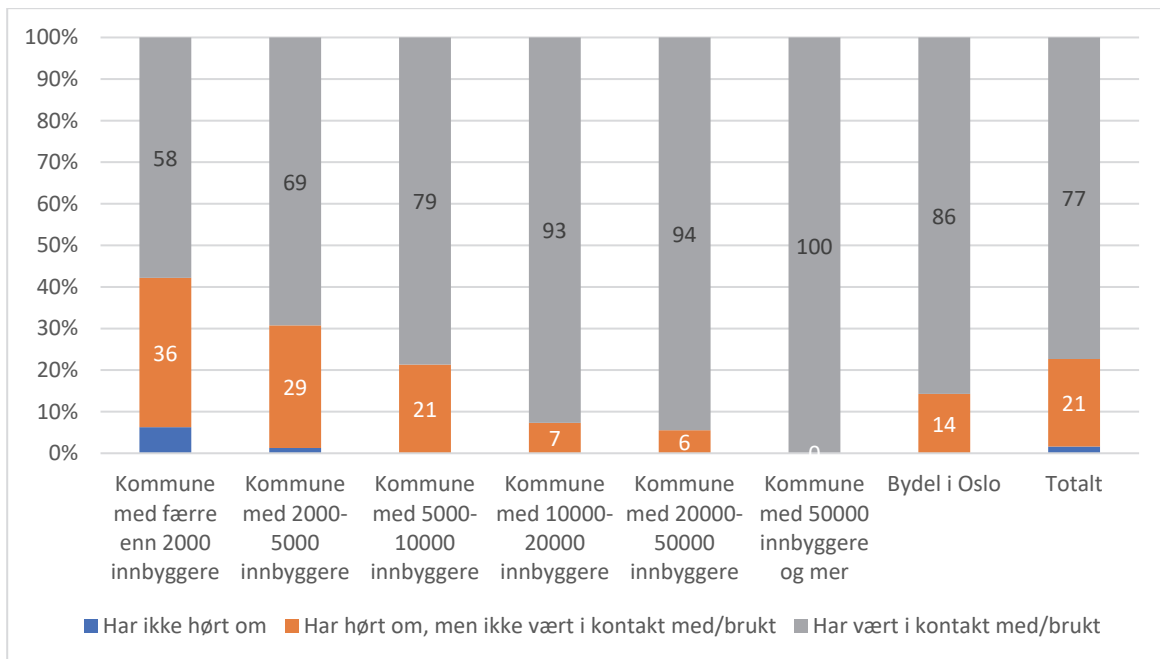
- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark
- Team Midt dekker Trøndelag og Møre og Romsdal
- Team Vest dekker Vestland og Rogaland
- Team Sør dekker Agder, Vestfold og Telemark og tidligere Buskerud
- Team Øst dekker tidligere Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 30 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Fra figur 24.1 ser vi at det er 77 prosent av kommunene som i 2022 oppgir at de har vært i kontakt med/brukt NAPHA (n=242), og det er en økning fra 65 prosent i 2016.

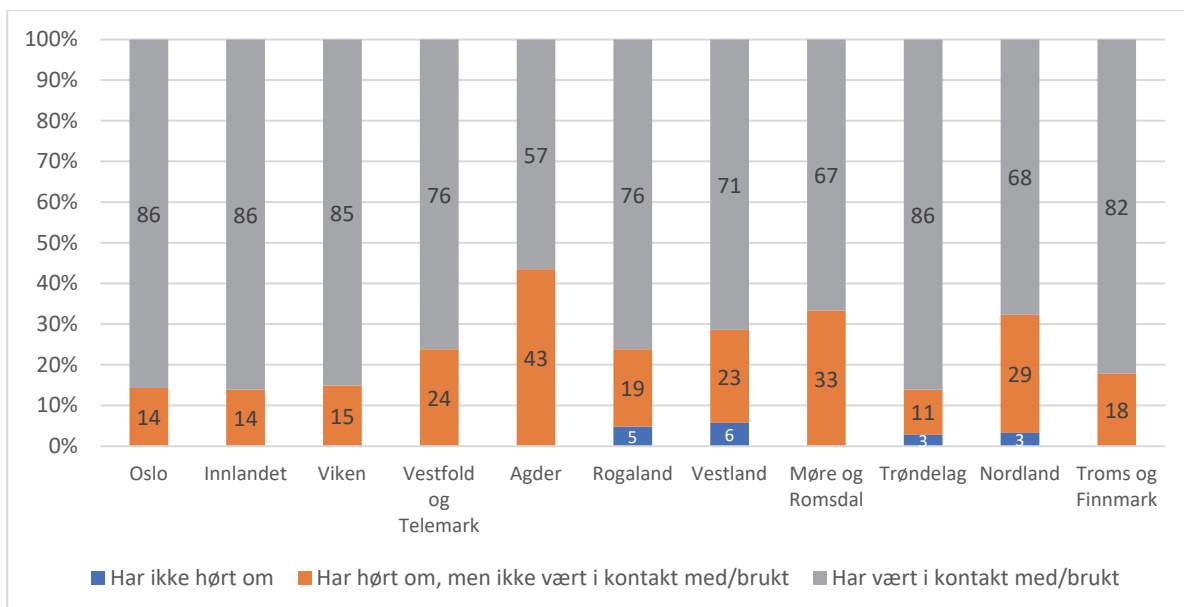


Figur 24.1 Prosent av kommunene som kjenner til NAPHA, 2016–2022.



Figur 24.2 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Kommunestørrelse, 2022

Det er lavere andel av de små kommunene som har vært i kontakt med, eller brukt, NAPHA, jf. figur 24.2. Det er i 2022 fem kommuner som oppgir at de ikke har hørt om NAPHA og disse ligger i de to minste kommunestørrelsesgruppene og i Rogaland og Vestland fylke (se figur 24.3).



Figur 24.3 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NAPHA. Fylke, 2022.

Figuren viser også at kommunene som i minst grad har vært i kontakt med NAPHA i 2022 ligger i Agder, Møre og Romsdal og Nordland. Det er flest av bydelene i Oslo og kommunene i Innlandet, Viken og i Trøndelag som oppgir å ha vært i kontakt med NAPHA.

Fra tabell 24.1 ser vi at 64 prosent av kommunene, svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA, mens for eksempel 27 prosent av utvalget oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA etc.

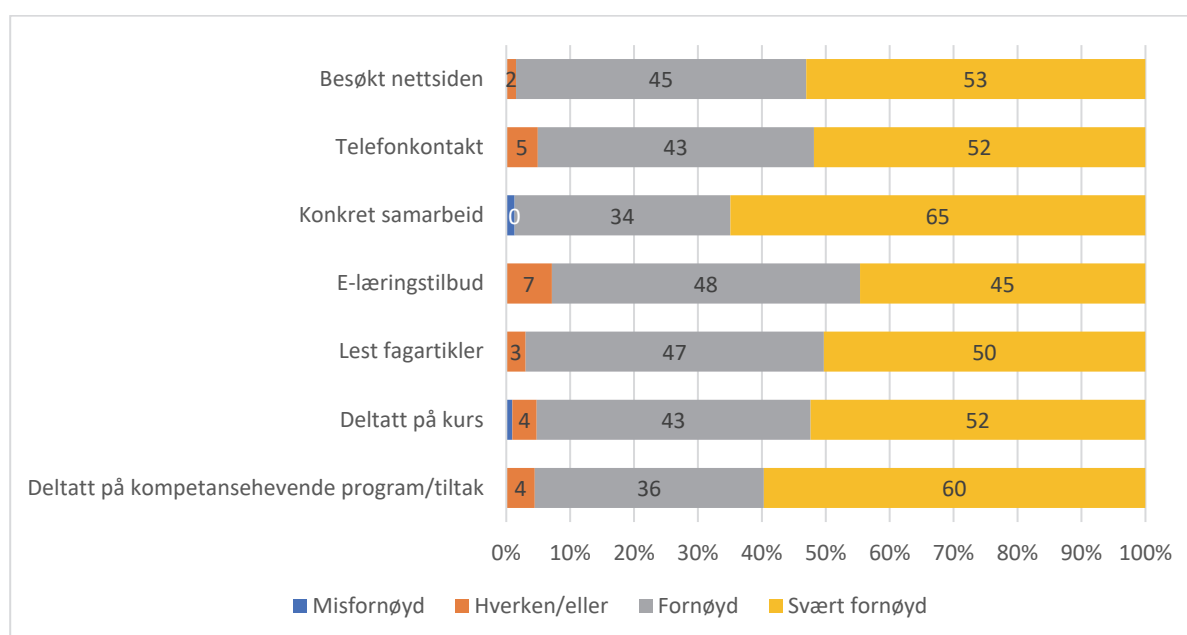
Tabell 24.1 Kontakt med NAPHA, 2016 (N=428) og 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=293) og 2021 (n=328), 2022 (n=313)

| | 2016 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | %* | Antall | %* | Antall | %* |
| Besøkt nettsiden | 247 | 58 | 260 | 59 | 198 | 68 | 221 | 67 | 199 | 64 |
| Lest fagartikler | 218 | 51 | 240 | 55 | 168 | 57 | 195 | 59 | 83 | 27 |
| Deltatt på kurs | 159 | 37 | 184 | 42 | 124 | 42 | 113 | 34 | 79 | 25 |
| Telefonkontakt | 60 | 14 | 100 | 23 | 75 | 26 | 90 | 27 | 56 | 18 |
| Konkret samarbeid | 55 | 13 | 104 | 24 | 73 | 25 | 80 | 24 | 168 | 54 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 76 | 18 | 111 | 25 | 58 | 20 | 74 | 23 | 108 | 35 |
| E-læringstilbud | 11 | 3 | 27 | 6 | 37 | 13 | 70 | 21 | 68 | 22 |
| Annet | 12 | 3 | 10 | 2 | 10 | 3 | 10 | 3 | 11 | 4 |

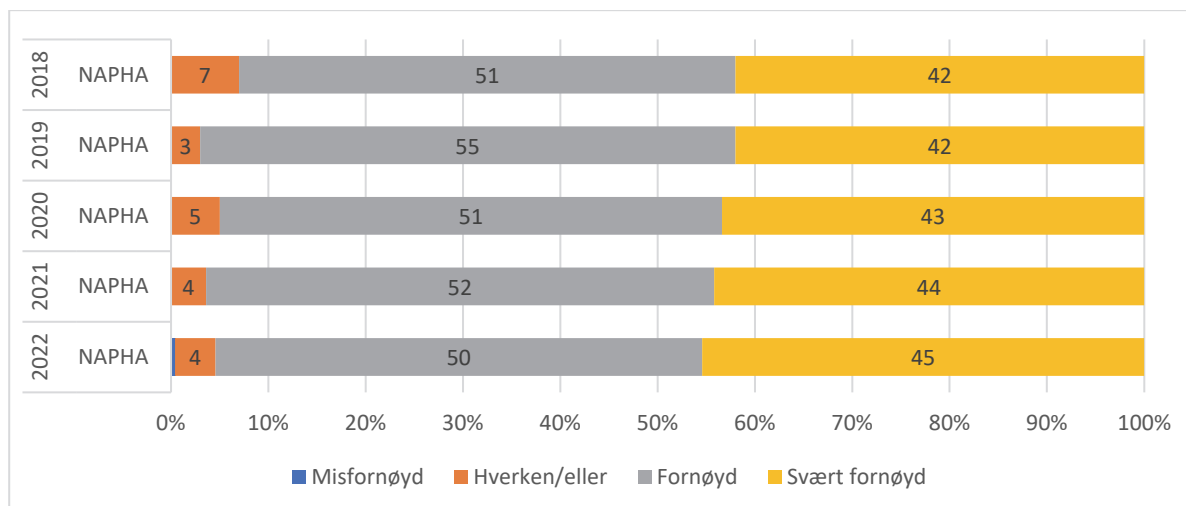
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

De 11 som har svart "Annet" i 2022, har svart at de har vært i kontakt om RPH og FIT, eller at de har deltatt på nettverkssamlinger og i prosjekter.

Kommunene ble også spurt i hvilken grad de var fornøyd med de forskjellige tilbudene de benyttet seg av fra NAPHA, se figur 24.4. Her kunne kommunene velge opptil flere svaralternativer dersom de hadde benyttet seg av flere enn én kontaktform, og de kunne bare svare dersom de oppga at de hadde vært i kontakt med kompetansesenteret. Figuren under viser at av kommunene som rapporterte i 2022, var det særlig mange som var fornøyd blant de som har deltatt i konkret samarbeid (65 prosent). Det er lavest andel som er fornøyd med e-læringstilbud og telefonkontakt, men det er likevel stor grad av fornøydhet, se figur 24.4. Generelt ser kommunene som har hatt kontakt med NAPHA ut til å være godt fornøyd med alle typer kontakter og det er stabilt fra år til år, se figur 24.5.



Figur 24.4 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med NAPHA etter hvilket tilbud de anvendte, 2022.



Figur 24.5 Generell fornøydhet med NAPHA, 2018-2022

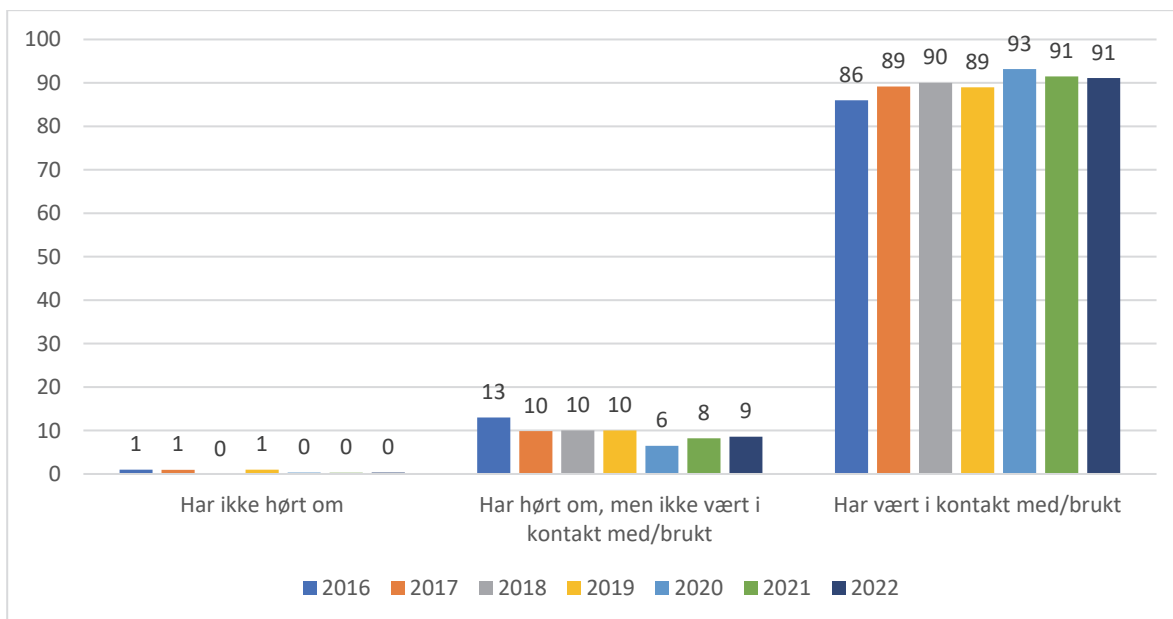
24.3 KORUS

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) skal bidra til ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. En sentral rolle for kompetansesentrene er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier.

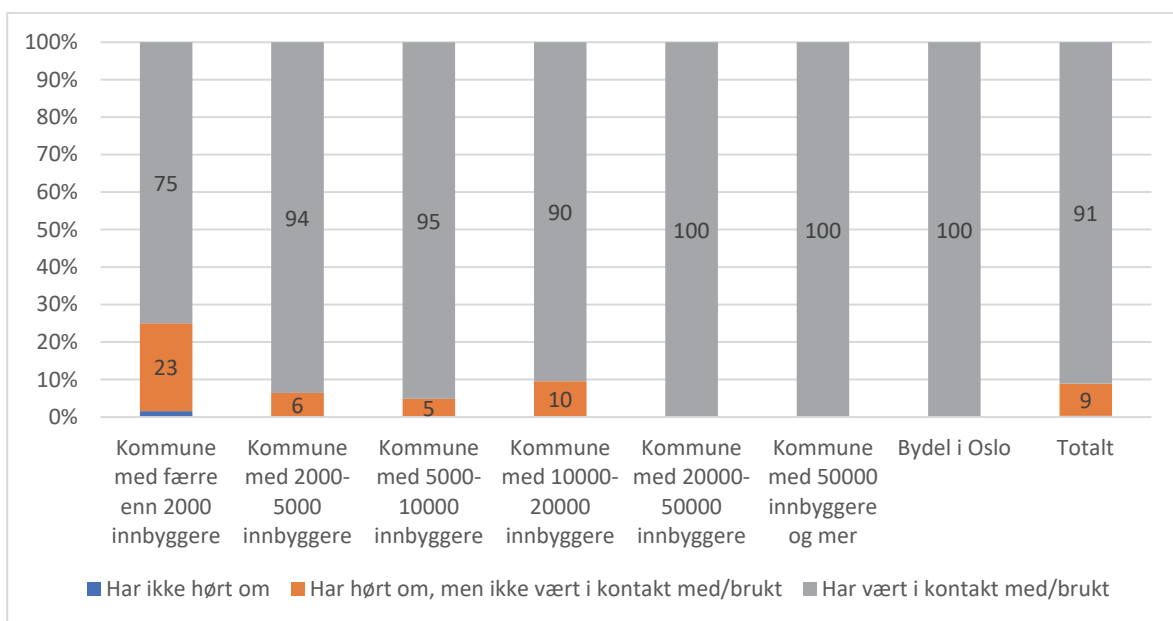
Sentrene bidrar til kompetanseheving ute i tjenestene gjennom undervisning, veiledning og nettverksarbeid. Det er syv KORUS:

- KORUS – Midt-Norge (St. Olavs hospital HF, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin)
- KORUS – Vest Bergen (Helse Bergen, Avdeling for rusmedisin)
- KORUS – Vest Stavanger (Rogaland A – senter)
- KORUS – Sør (Blå kors Borgestadklinikken)
- KORUS – Oslo (Oslo Kommune, Velferdsetaten)
- KORUS – Øst (Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern)
- KORUS – Nord (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF)

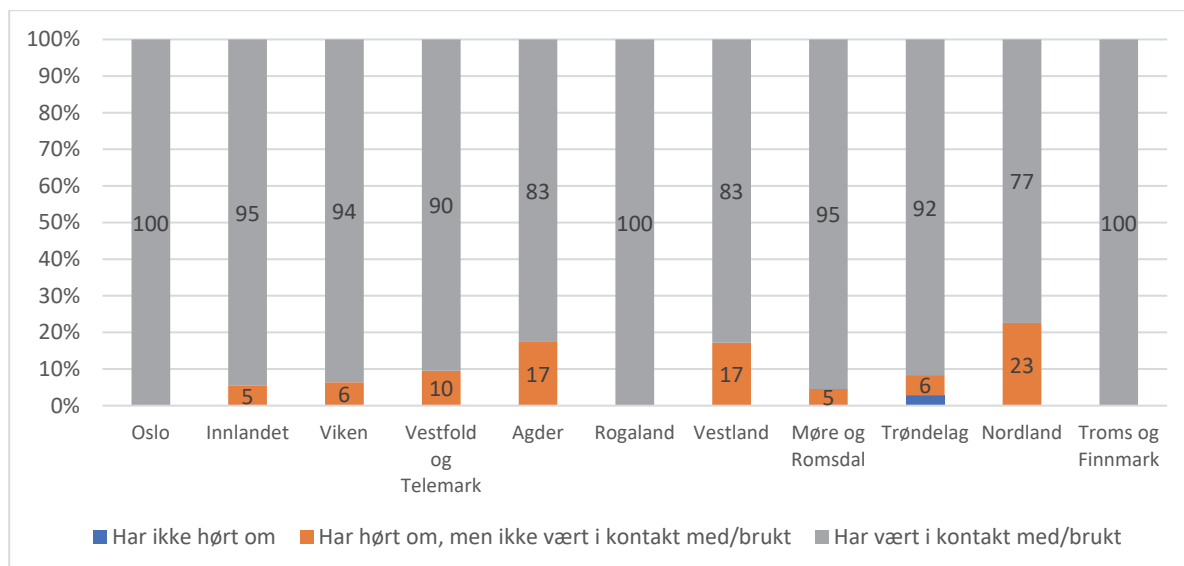
Det er 315 kommuner/bydeler (85 prosent) som har svart i 2022. Fra figur 24.6 ser vi at 91 prosent av kommunene/bydelene (n=287) oppgir å ha vært i kontakt med KORUS i 2022. Det er kun én kommune som oppgir at de ikke har hørt om KORUS i 2022. Dette er en kommune med under 2000 innbyggere (se figur 24.7) som ligger i Trøndelag (se figur 24.8).



Figur 24.6 Prosent av kommunene som kjenner til KORUS, 2016–2022.



Figur 24.7 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KORUS. Kommunestørrelse, 2022.



Figur 24.8 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til KORUS. Fylke, 2022.

I 2022 svarer 68 prosent av landets kommuner/bydeler at de har besøkt nettsiden og 49 prosent har deltatt på kurs, se tabell 24.2. Totalt har 46 prosent av kommunene som har rapportert hatt konkret samarbeid med KORUS, mens 32 prosent oppgir at de har deltatt på kompetansehevende tiltak.

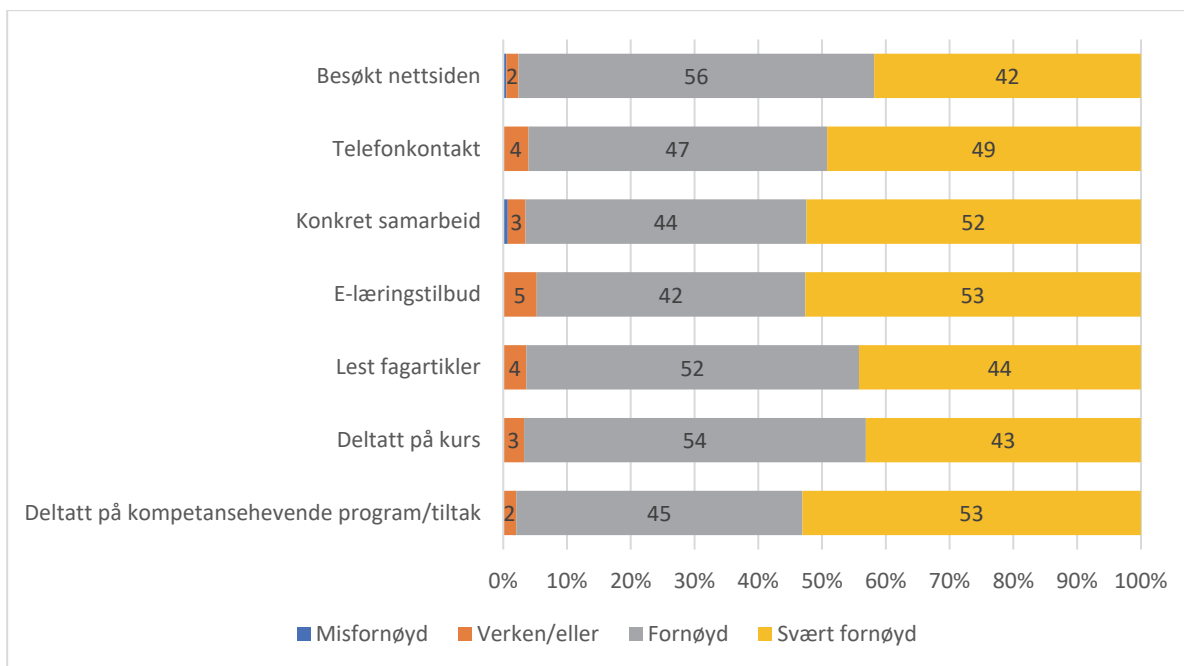
Tabell 24.2 Kontakt med KORUS, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=421), 2020 (n=294), 2021 (n=329), 2022 (n=315)

| | 2016 | | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Besøkt nettsiden | 208 | 49 | 266 | 61 | 212 | 72 | 219 | 67 | 214 | 68 |
| Deltatt på kurs | 233 | 54 | 271 | 62 | 116 | 39 | 169 | 51 | 155 | 49 |
| Konkret samarbeid | 188 | 44 | 229 | 52 | 173 | 59 | 164 | 50 | 146 | 46 |
| Telefonkontakt | 147 | 34 | 183 | 42 | 163 | 55 | 152 | 46 | 130 | 41 |
| Lest fagartikler | 163 | 38 | 204 | 47 | 147 | 50 | 153 | 47 | 142 | 45 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 165 | 39 | 179 | 41 | 181 | 62 | 113 | 34 | 101 | 32 |
| E-læringstilbud | 22 | 5 | 23 | 5 | 36 | 12 | 85 | 26 | 57 | 18 |
| Annet | 13 | 3 | 14 | 3 | 18 | 6 | 20 | 6 | 12 | 4 |

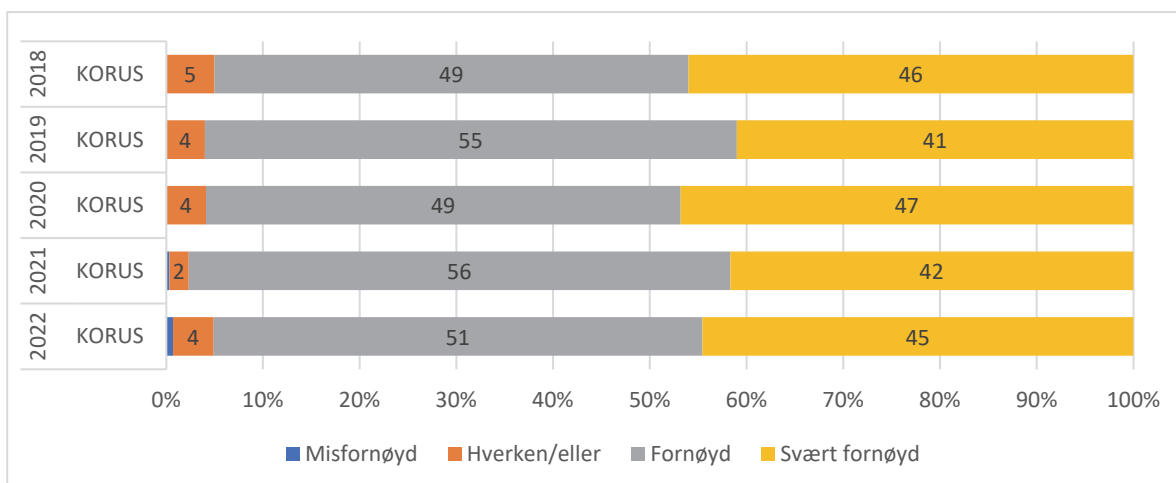
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Under annet nevnes BrukerPlan-kartlegging, BTI, brukertilfredshetsundersøkelse, opplæring i Utsett, UngData og prosjektsamarbeid.

Figur 24.9 viser i hvilken grad kommunene har vært fornøyd med deres kontakt med KORUS, inndelt etter type kontakt. Figuren viser at andelen svært fornøyd er høyest blant de som har tatt E-læringstilbud eller hatt konkret samarbeid med KORUS, men det er generelt svært høy grad av fornøydhet med alle typer kontakter de har hatt med KORUS og det er stabile tall siden 2018 (figur 24.10).



Figur 24.9 Hvor fornøyd kommunene var med kontakten med KORUS etter form for bruk, 2022.

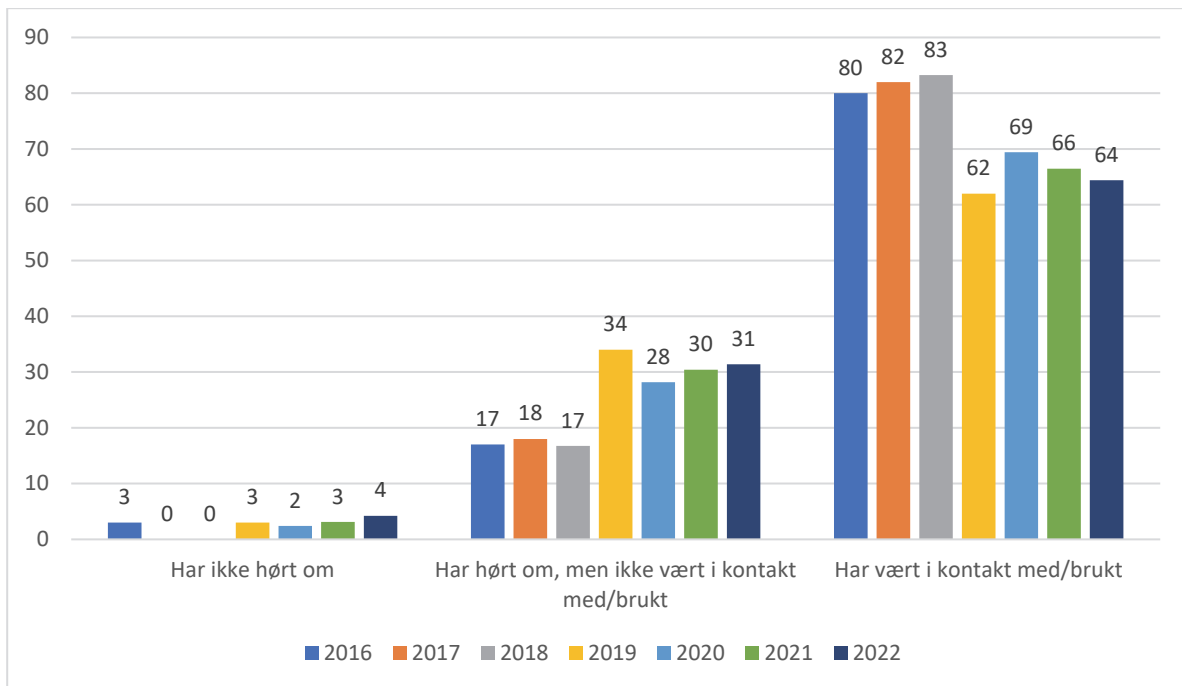


Figur 24.10 Generell fornøydhet med KORUS, 2018–2022.

24.4 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE/-BARNEVERN)

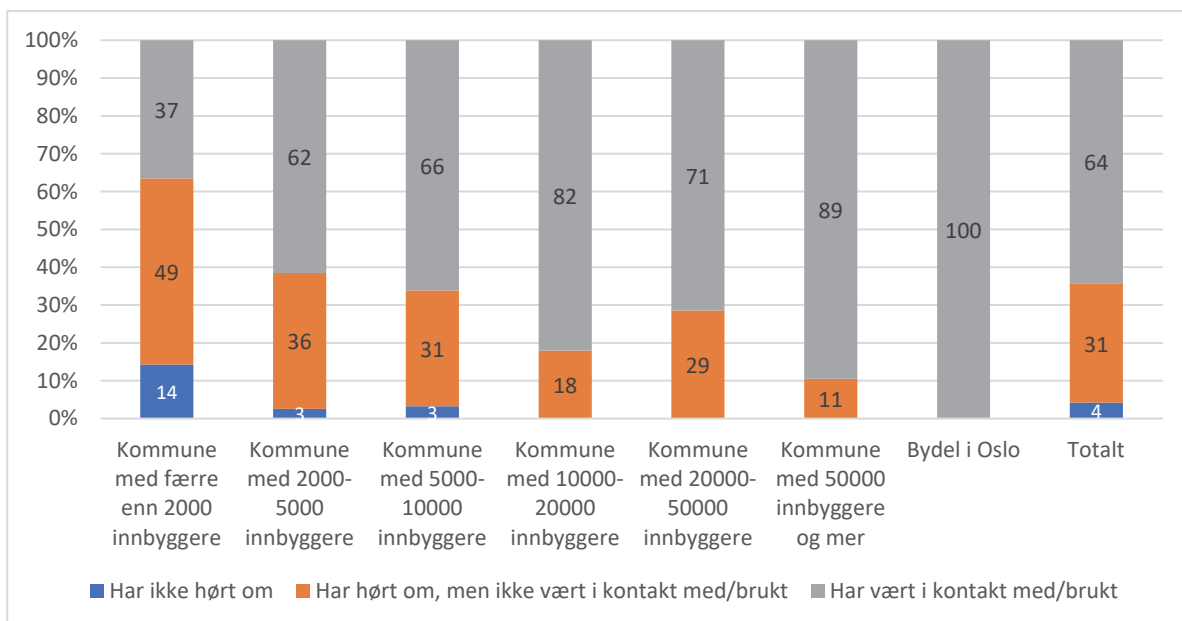
Det er fire regionale RBUP/RKBU, og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern. Det er 309 kommuner/bydeler (83 prosent) som har svart på dette spørsmålet i 2022.

Som vist i figur 24.11, er det i 2022 totalt 64 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har vært i kontakt med/brukt RBUP/RKBU, en økning på to prosentpoeng fra 2019. Fire prosent av kommunene oppgir at de ikke har hørt om tilbudet, mens 31 prosent har hørt om, men ikke vært i kontakt med eller brukt RBUP/RKBU.



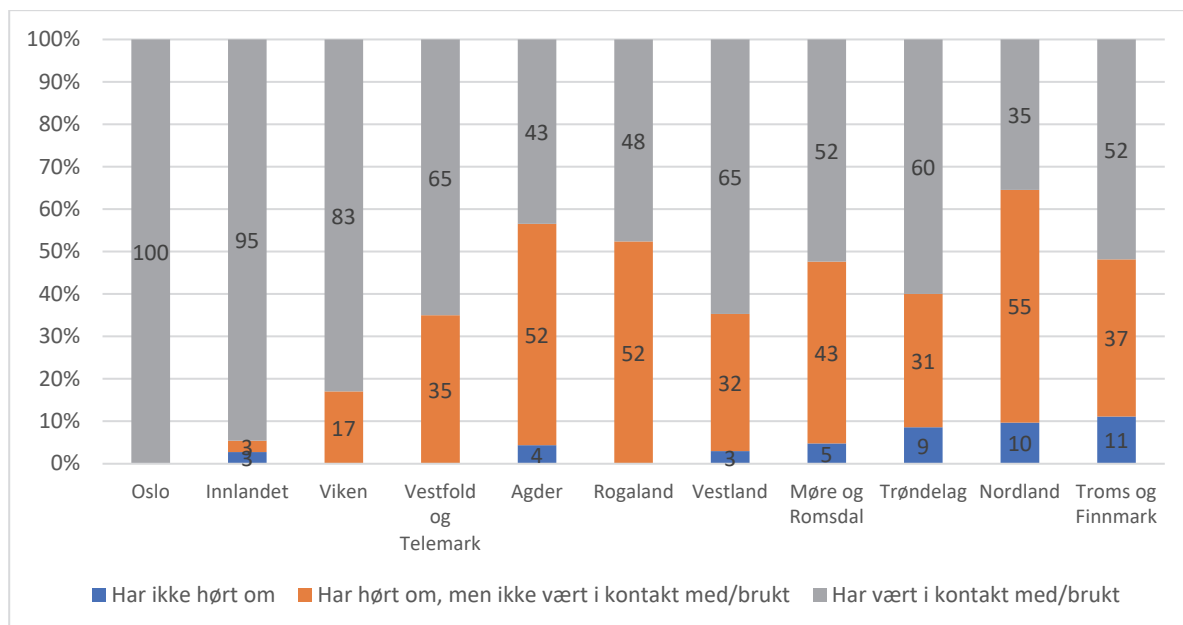
Figur 24.11 Prosent av kommunene som kjenner til RBUP/RKBU, 2016–2022.

I figur 24.12 ser vi at det er 14 prosent av de aller minste kommunene som ikke har hørt om RBUP/RKBU, disse er spredt på flere fylker, se figur 24.13.



Figur 24.12 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU. Kommunestørrelse, 2022.

Fra figuren som viser fordelingen på fylkesnivå ser vi at andel som har brukt tilbudet er høyest i Innlandet og blant bydelene i Oslo, mens andelen er lavest blant kommunene i Nordland.



Figur 24.13 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RBUP/RKBU, fylke 2022.

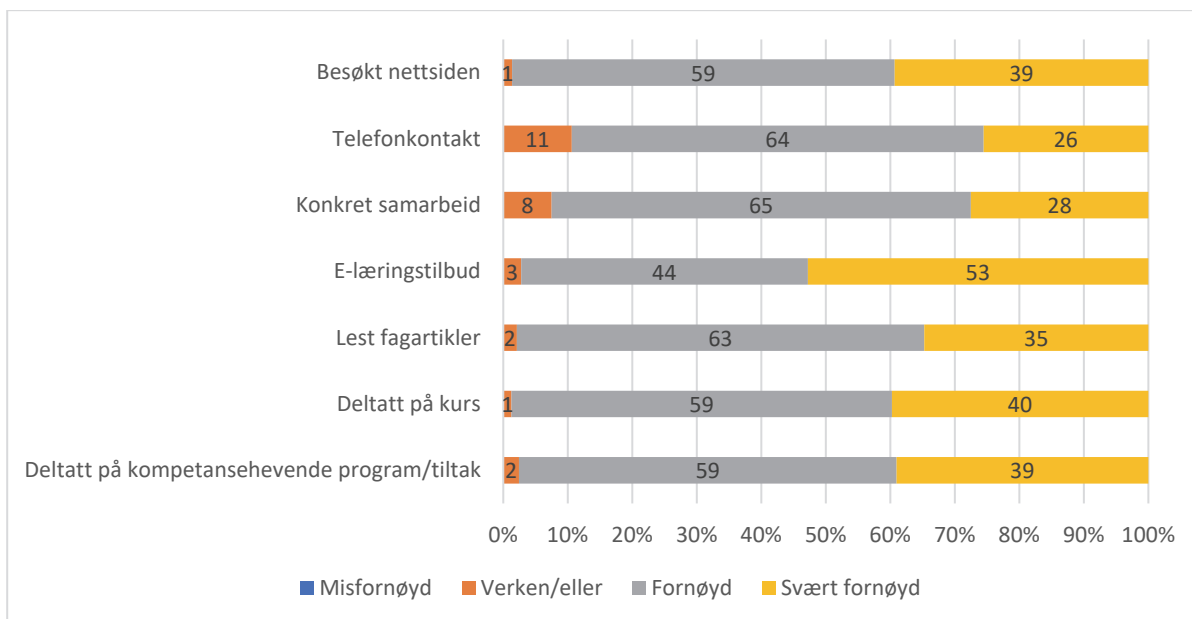
I 2022 oppgir 48 prosent av kommunene at de har besøkt nettsiden, og 32 prosent har lest fagartikler, mens 27 prosent har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, se tabell 24.3.

Tabell 24.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=422), 2020 (n=291), 2021 (n=319) og 2022 (n=309).

| | 2016 | | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Besøkt nettsiden | 181 | 42 | 185 | 42 | 151 | 52 | 151 | 47 | 149 | 48 |
| Deltatt på kurs | 218 | 51 | 143 | 33 | 94 | 32 | 86 | 27 | 82 | 27 |
| Lest fagartikler | 140 | 33 | 122 | 28 | 84 | 29 | 95 | 30 | 98 | 32 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 119 | 28 | 86 | 20 | 43 | 15 | 50 | 16 | 43 | 14 |
| Telefonkontakt | 97 | 23 | 85 | 19 | 64 | 22 | 55 | 17 | 49 | 16 |
| Konkret samarbeid | 110 | 26 | 92 | 21 | 63 | 22 | 58 | 18 | 42 | 14 |
| E-læringstilbud | 27 | 6 | 13 | 3 | 25 | 9 | 39 | 12 | 37 | 12 |
| Annet | 10 | 2 | 7 | 2 | 3 | 1 | 9 | 3 | 7 | 2 |

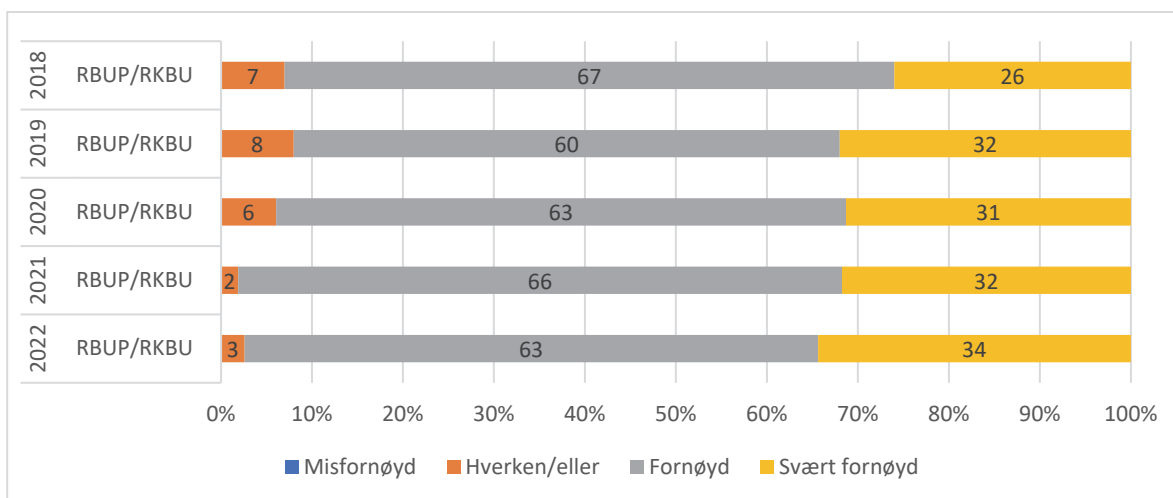
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020-2022 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Figur 24.14 viser at de aller fleste kommunene enten er fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med RBUP/RKBU. Det er flest som er svært fornøyd med e-læringstilbudet (53 prosent).



Figur 24.14 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RBUP/RKBU, 2022.

Som vist i figur 24.15, er det økende fornøydhet (ingen er misfornøyd og færre svarer hverken/eller) utover i perioden.



Figur 24.15 Generell fornøydhet med RBUP/RKBU, 2018-2022.

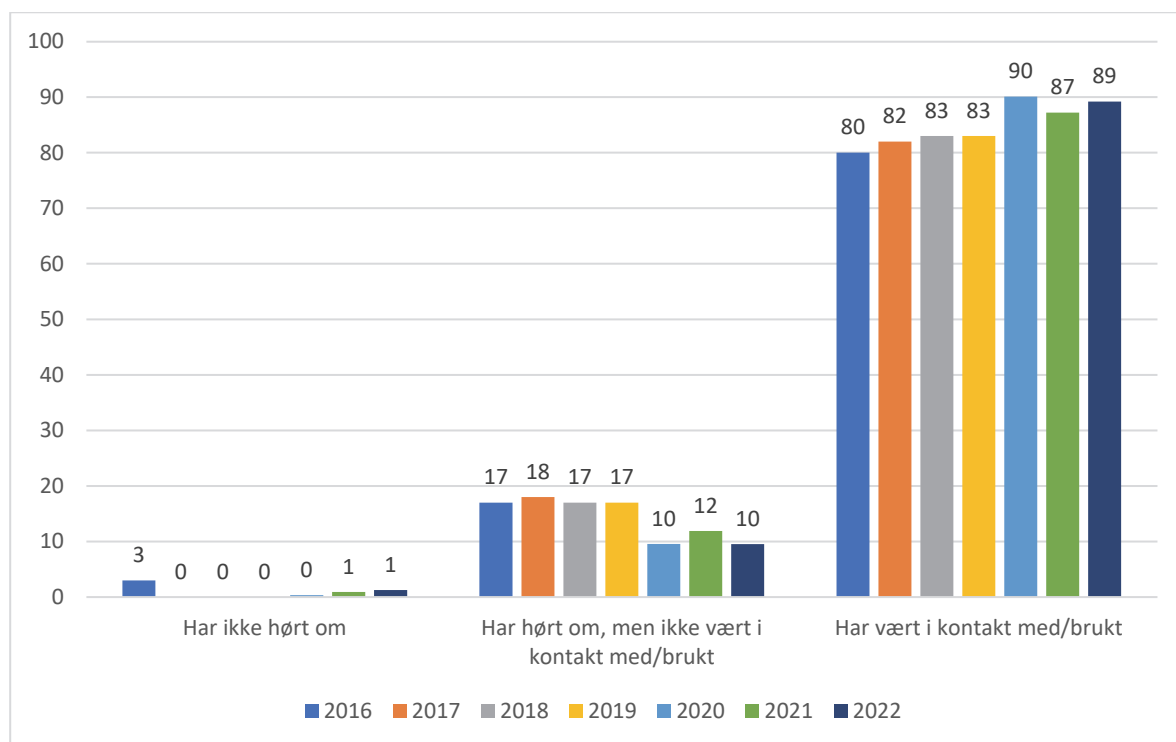
24.5 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)

Det finnes fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet. De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

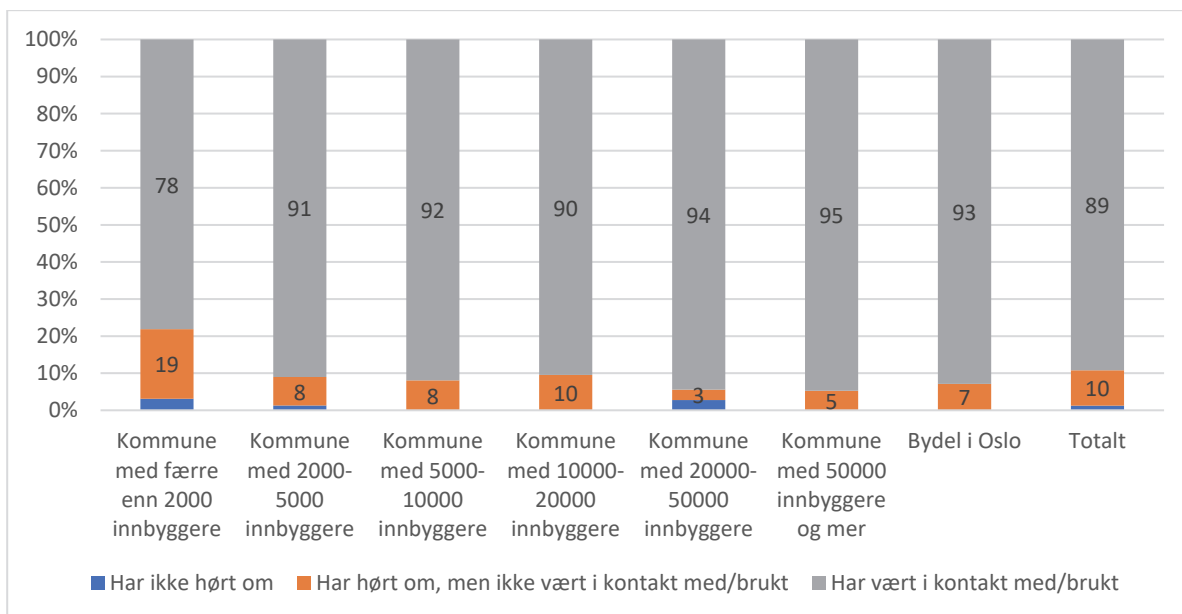
- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

315 kommuner/bydeler (85 prosent) har svart på spørsmålene om RVTS. Som vist i figur 24.16 er det 89 prosent av disse som svarer at de har vært i kontakt med RVTS, og dette er en økning på ni prosentpoeng fra 2016. Fire kommuner (1 prosent) oppgir at de ikke kjenner til RVTS. Dette er to små og to store kommuner, se figur 24.17. Disse er fordelt på flere fylker, Rogaland og Nordland, se figur 24.18.



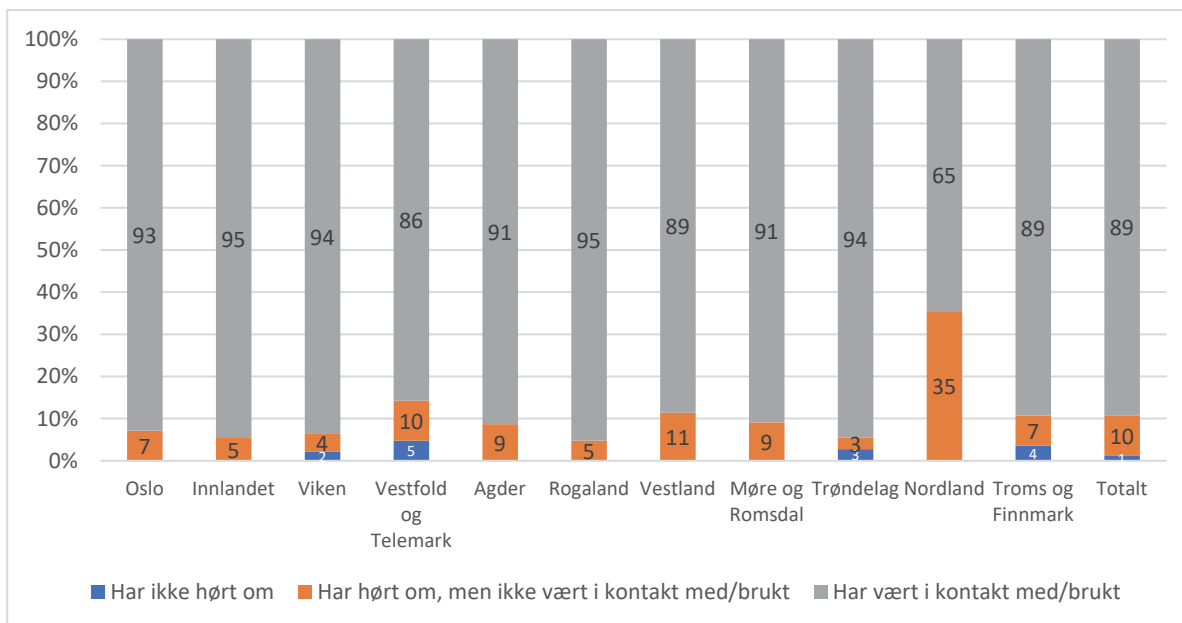
Figur 24.16 Prosent av kommunene som kjenner til RVTS, 2016–2022.

Neste figur viser at det er de minste kommunene som oftest oppgir at de har hørt om, men ikke vært i kontakt med RVTS.



Figur 24.17 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Kommunestørrelse, 2022.

Fra figur 24.18 ser vi at det er i Nordland en lavest andel av kommunene svarer at de har vært i kontakt med RVTS i 2022.



Figur 24.18 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til RVTS. Fylke, 2022.

Fra tabell 24.4 ser vi at 66 prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med/brukt RVTS, har besøkt nettsiden og 57 prosent har deltatt på kurs.

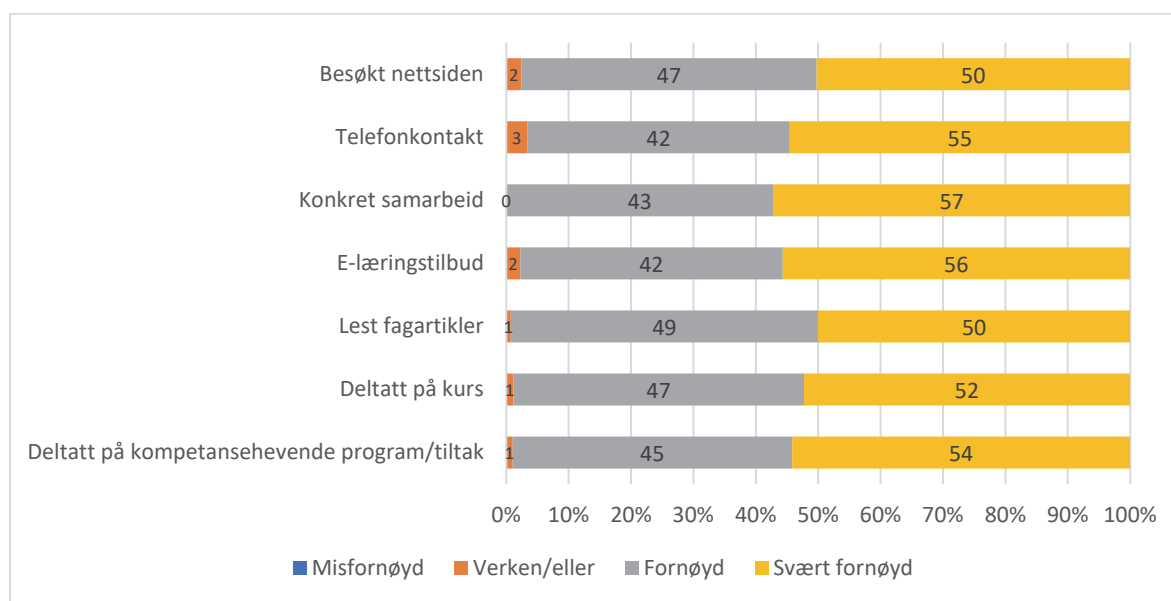
Tabell 24.4 Kontakt med RVTS, 2016 (N=428), 2019 (n=419), 2020 (n=293), 2021 (n=328) og 2022 (n=315).

| | 2016 | | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Besøkt nettsiden | 181 | 42 | 262 | 60 | 206 | 70 | 220 | 67 | 209 | 66 |
| Deltatt på kurs | 218 | 51 | 242 | 55 | 179 | 61 | 171 | 52 | 179 | 57 |
| Lest fagartikler | 140 | 33 | 186 | 43 | 142 | 48 | 153 | 47 | 137 | 43 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 119 | 28 | 146 | 33 | 90 | 31 | 100 | 30 | 97 | 31 |
| Telefonkontakt | 97 | 23 | 128 | 29 | 112 | 38 | 98 | 30 | 89 | 28 |
| Konkret samarbeid | 110 | 26 | 133 | 30 | 86 | 29 | 107 | 33 | 106 | 34 |
| E-læringstilbud | 27 | 6 | 49 | 11 | 46 | 16 | 95 | 29 | 90 | 29 |
| Annet | 10 | 2 | 4 | 1 | 6 | 2 | 7 | 2 | 6 | 2 |

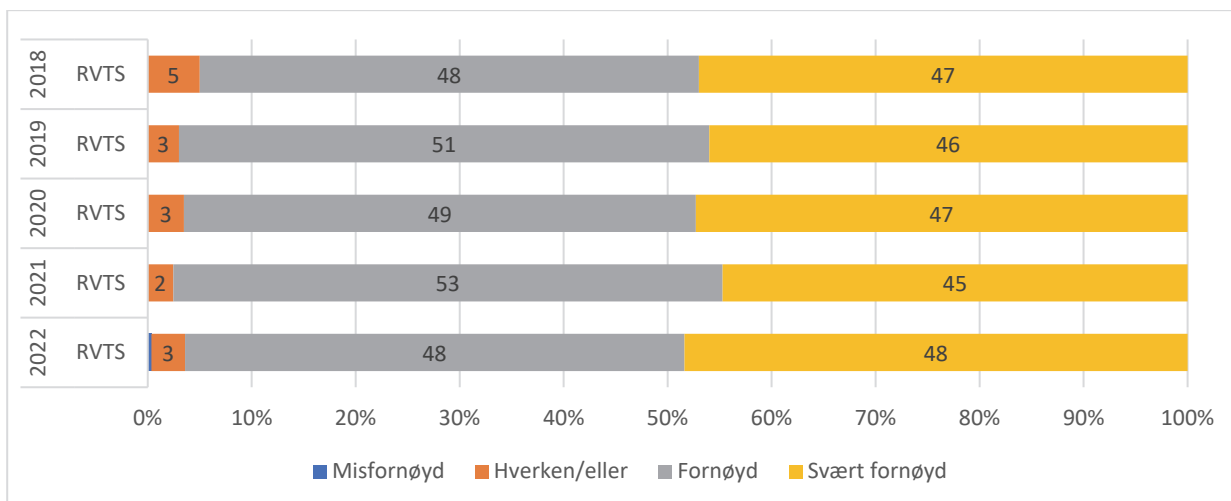
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Under annet nevnes veiledning, samarbeid rundt Se-høre-handle, kriseledelse og selvmordsforebygging og digital samhandling.

Fra figur 24.19 ser vi at nesten samtlige kommuner/bydeler er enten fornøyd eller svært fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, og at dette er stabilt over tid, se figur 24.20.



Figur 24.19 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med RVTS, 2022.



Figur 24.20 Generell fornøydhet med RVTS, 2018-2022.

24.6 NKROP (NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet samtidige rusproblemer og psykiske problemer.

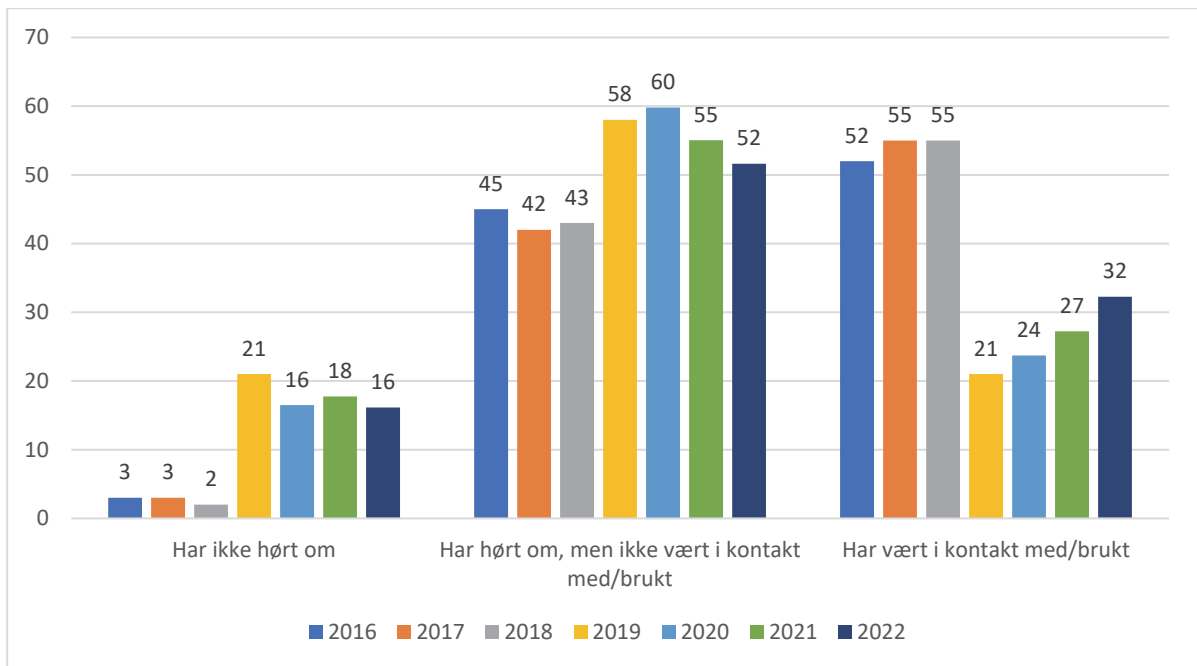
Målgruppene for tjenestens arbeid er ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling, psykisk helsevern, kommunens helse- og omsorgstjenester inkludert NAV og frivillige organisasjoner, samt brukere/pasienter og deres pårørende. Satsningsområder for 2019-2024 er:

1. Videreutvikling og etablering av samhandlings- og tjenestemodeller på tvers av sektorer og forvaltningsnivå.
2. Styrking av helhetlig og integrert behandling slik at både psykiske og somatiske helseproblemer og rusproblemer utredes og behandles samtidig innenfor helhetlige og samhandlende tjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Samarbeid, samordning og regionale nettverk.

Kompetansetjenesten skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

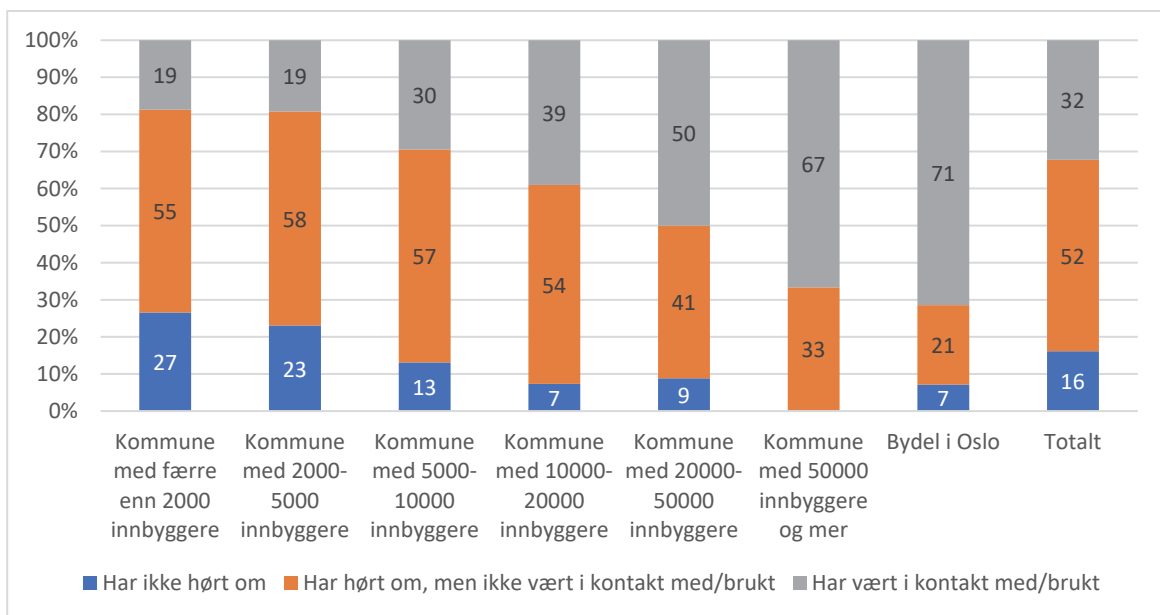
Det er 310 kommuner/bydeler (83 prosent) som har rapportert på kontakt med NKROP, og de fleste av disse har hørt om, men ikke vært i kontakt med tjenesten (52 prosent), se figur 24.21. Det er en økning i fem prosentpoeng fra 27 til 32 prosent i andel som har vært i kontakt med/brukt kompetansetjenesten fra 2021 til 2022, men det er 50 kommuner (16 prosent) som ikke har hørt om NKROP.

Det har vært en endring i spørsmålet ved at det før 2019 ble spurt om ROP-tjenesten, mens fra 2019 spørres det om kjennskap til NKROP med navnet på tjenesten også skrevet helt ut. Ved at det var få kommuner som ikke hadde hørt om ROP-tjenesten i 2018, er det kanskje nødvendig å informere om det formelle navnet da det er dette som nå brukes selv om nettsiden rop.no nok er kjent for mange.



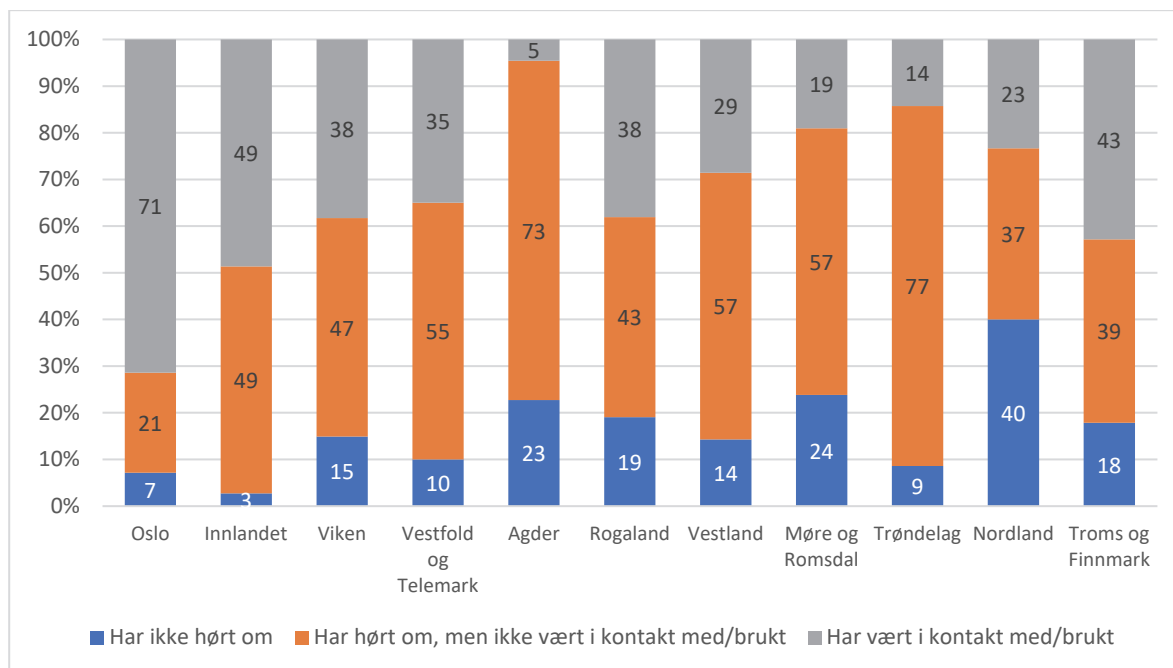
Figur 24.21 Prosent av kommunene som kjenner til ROP-tjenesten (før 2019) og NKROP (fra 2019), 2016–2022.

Figur 24.22 viser at det er de minste kommunene som ikke har hørt om NKROP, og at det også er disse kommunene som i minst grad har vært i kontakt med/brukt tjenesten.



Figur 24.22 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Kommunestørrelse, 2022.

Nordland ligger høyest i andel kommuner som svarer at de ikke har hørt om NKROP, se figur 24.23.



Figur 24.23 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NKROP. Fylke, 2022.

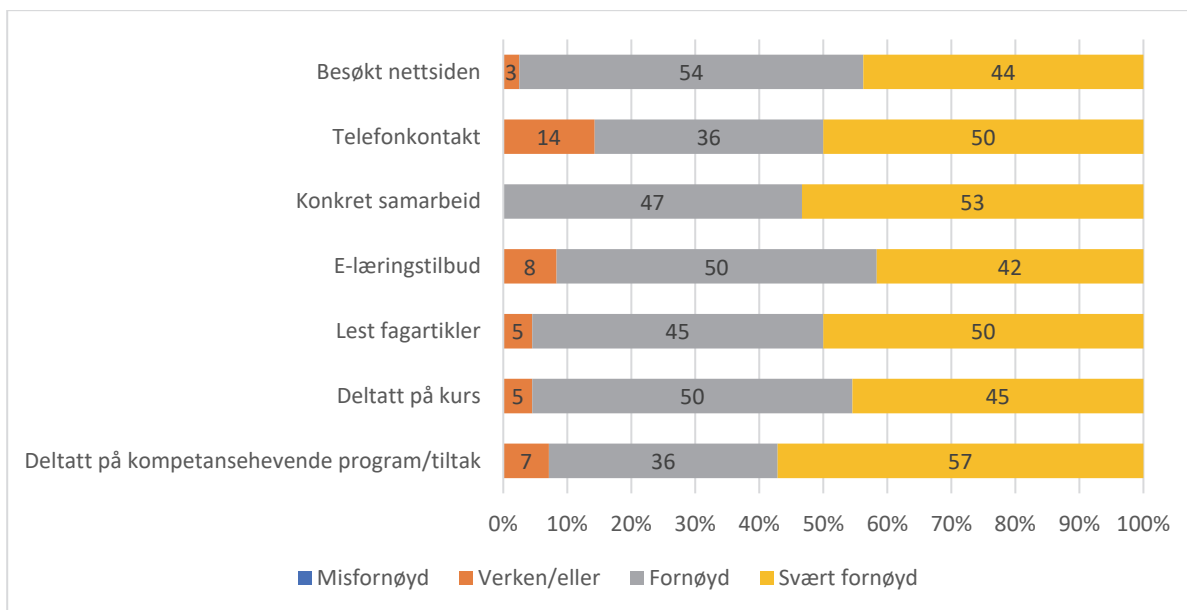
Totalt har 26 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til NKROP i 2022, mens 14 prosent har lest fagartikler fra tjenesten, se tabell 24.5.

Tabell 24.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016 (N=428), 2017 (n=426), 2018 (n=422), 2019 (n=419), 2020 (n=291), 2021 (n=327) og 2022 (n=315)

| | 2016 | | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Besøkt nettsiden | 163 | 38 | 75 | 17 | 50 | 17 | 69 | 21 | 81 | 26 |
| Lest fagartikler | 127 | 30 | 51 | 12 | 33 | 11 | 45 | 14 | 44 | 14 |
| Deltatt på kurs | 119 | 28 | 30 | 7 | 15 | 5 | 14 | 4 | 23 | 7 |
| Telefonkontakt | 52 | 12 | 18 | 4 | 13 | 4 | 9 | 3 | 14 | 5 |
| Konkret samarbeid | 49 | 11 | 18 | 4 | 12 | 4 | 15 | 5 | 15 | 5 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 45 | 11 | 15 | 3 | 5 | 2 | 9 | 3 | 14 | 5 |
| E-læringstilbud | 19 | 4 | 5 | 1 | 5 | 2 | 17 | 5 | 12 | 4 |
| Annet | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |

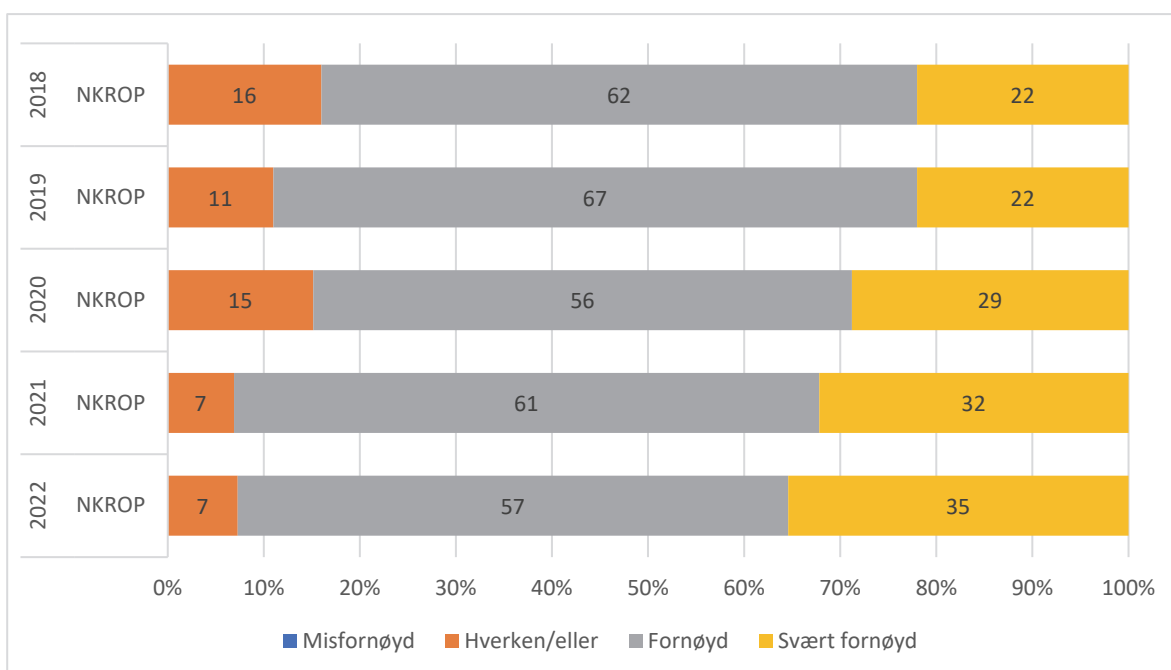
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020-2022 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Neste figur viser at ingen av kommunene har vært misfornøyd med de forskjellige kontaktformene med NKROP, men det er altså relativt få som har hatt kontakt utover å ha besøkt nettsiden og lest fagartikler.



Figur 24.24 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKROP, 2022.

Det er som vist i figur 24.25 økende fornøydhet utover i perioden, ved at det er færre som svarer hverken/eller og flere som er svært fornøyd.



Figur 24.25 Generell fornøydhet med NKROP, 2018-2022.

24.7 NKVTS (NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS)

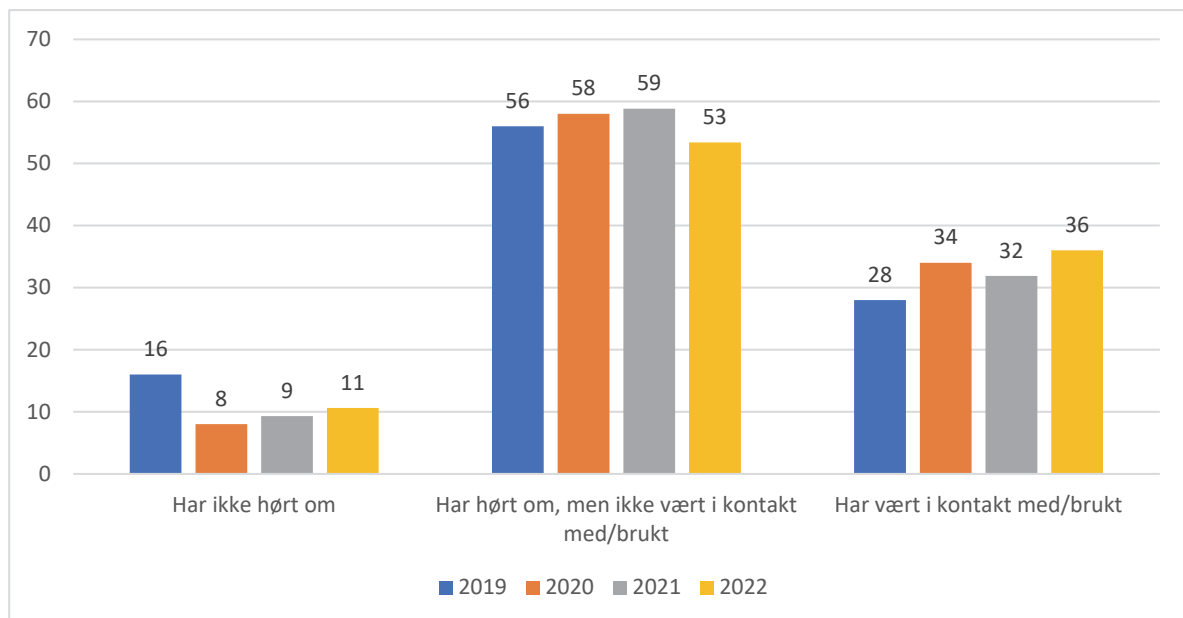
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Deres hovedoppgaver er forskning og utviklingsarbeid, formidling og undervisning samt rådgivningsarbeid. Senteret oppgir å ha et tverrfaglig perspektiv, og forskningen omfatter flere ulike forhold, blant annet medisinske, psykologiske, kulturelle og sosiale.

Senteret legger vekt på forhold rundt etnisitet, alder og kjønn og temaene de arbeider med kan kategoriseres etter følgende inndeling:

- vold og overgrep i nære relasjoner
- katastrofer, terror og stressmestring
- tvungen migrasjon og flyktningehelse

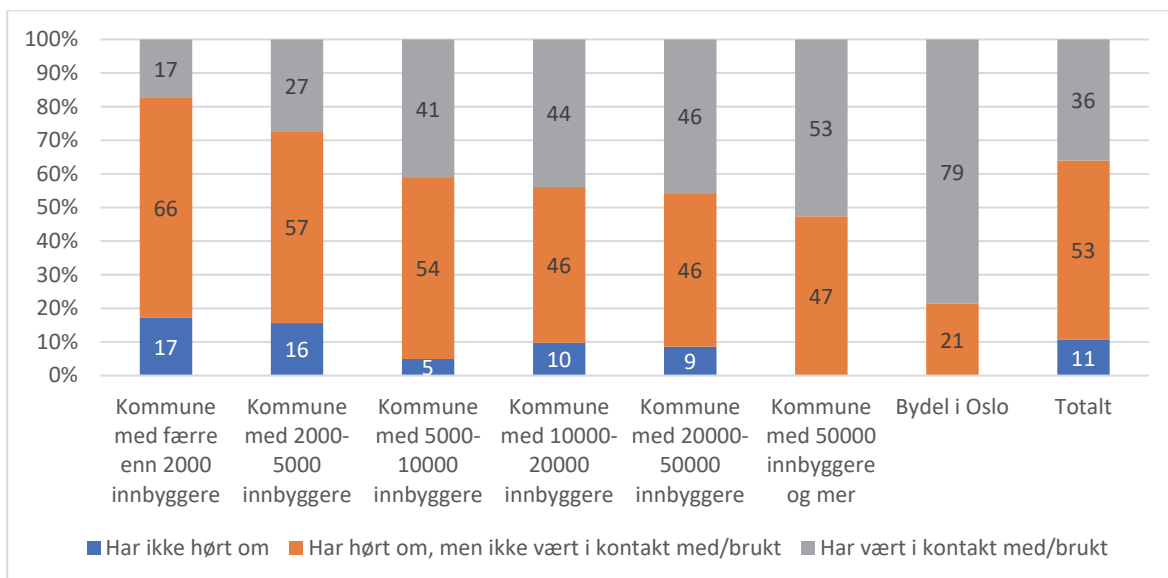
De samarbeider med regionale ressursmiljøer innen vold- og traumefeltet, samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt. NKVTS driver ikke klinisk virksomhet, men kunnskapen som produseres ved senteret skal komme praksisfeltet, i vid forstand, til nytte. NKVTS kom med i kartleggingen i 2019. Senteret ble etablert 1. januar 2004, og er i dag eid av NORCE AS.

I 2022 var det 311 kommuner/bydeler (84 prosent) som svarte på om de hadde kjennskap til senteret, og av disse var det 112 kommuner/bydeler (36 prosent) som svarte at de hadde vært i kontakt med NKVTS, se figur 24.26. Dette er en økning fra 28 prosent i 2019.



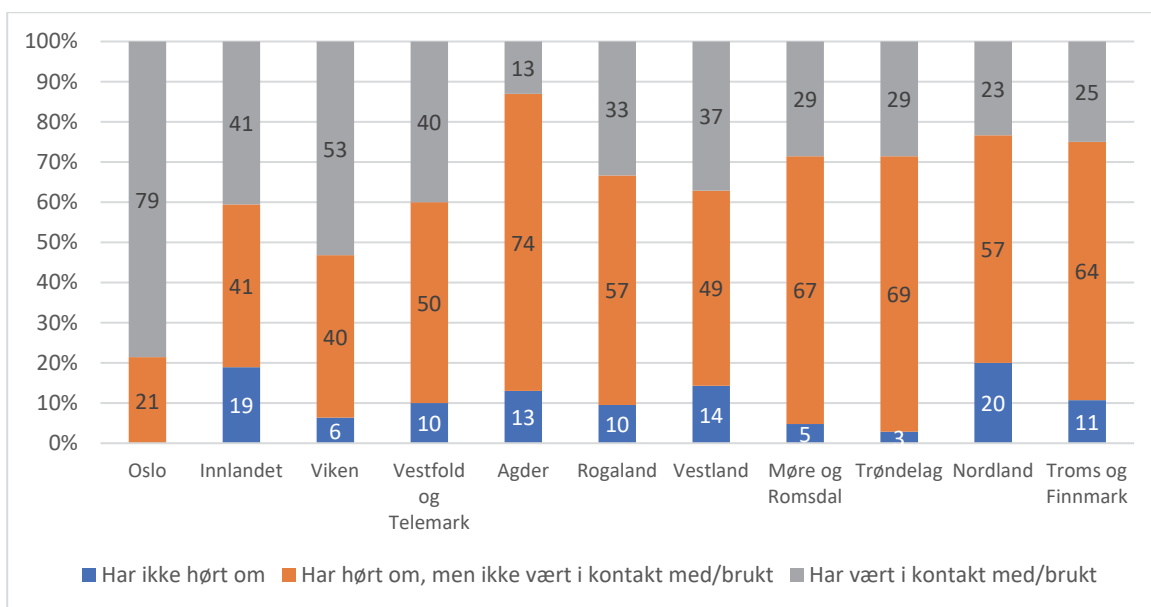
Figur 24.26 Prosent av kommunene som har kjennskap til NKVTS, 2019–2022

Figur 24.27 viser at det er de større kommunene og bydelene i Oslo som i størst grad har vært i kontakt med/brukt NKVTS. Det er naturlig da det er flere ansatte som kan ha kontakt med senteret i store kommuner. 17 prosent av de minste kommunene oppgir at de ikke har hørt om NKVTS.



Figur 24.27 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har vært i kontakt med NKVTS. Kommunestørrelse, 2022.

Neste figur viser andel kommuner som svarer at de har vært i kontakt med/brukt NKVTS er høyest i Viken og Oslo og lavest i Agder.



Figur 24.28 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NKVTS. Fylke, 2022.

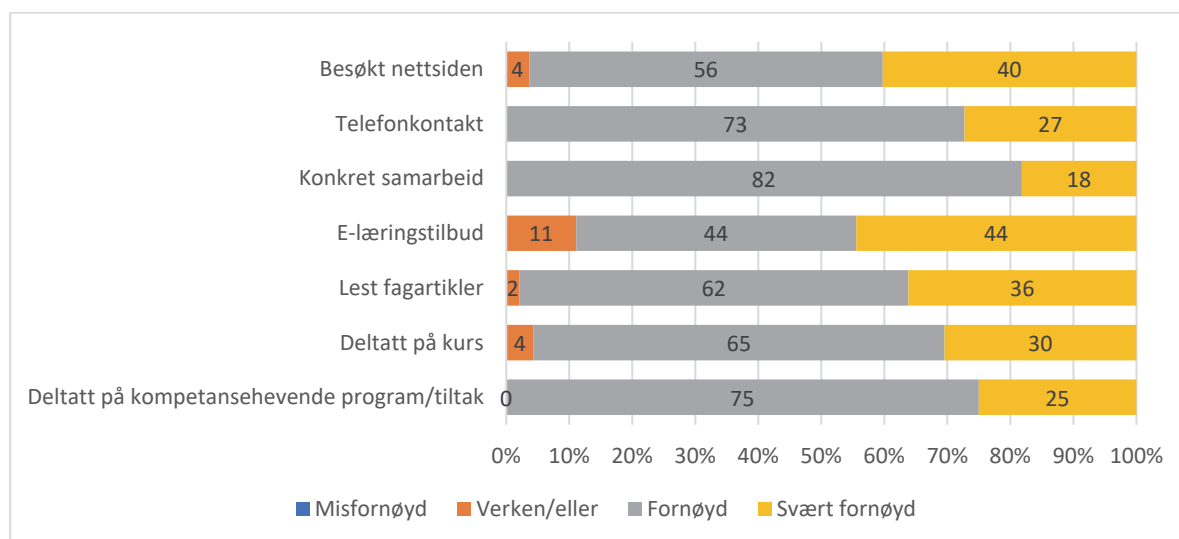
Tabell 24.6 viser at 27 prosent av kommunene/bydelene har besøkt nettsiden (84 kommuner/bydeler) og 15 prosent har lest fagartikler fra NKVTS (48 kommuner/bydeler). Generelt oppgir under enn ti prosent av kommunene at de har vært i kontakt med NKVTS utover å ha besøkt nettsiden og lest fagartikler.

Tabell 24.6 Antall og prosent av kommunene/bydelene etter type kontakt med NKVTS. 2021 (n=323) og 2022 (n=311)

| | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Besøkt nettsiden | 85 | 19 | 70 | 24 | 79 | 24 | 84 | 27 |
| Lest fagartikler | 58 | 13 | 43 | 15 | 43 | 13 | 48 | 15 |
| Deltatt på kurs | 33 | 8 | 17 | 6 | 10 | 3 | 23 | 7 |
| Telefonkontakt | 9 | 2 | 16 | 5 | 7 | 2 | 11 | 4 |
| Konkret samarbeid | 10 | 2 | 10 | 3 | 9 | 3 | 11 | 4 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 15 | 4 | 6 | 2 | 7 | 2 | 4 | 1 |
| E-læringstilbud | 7 | 2 | 9 | 3 | 12 | 4 | 9 | 3 |
| Annet | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 |

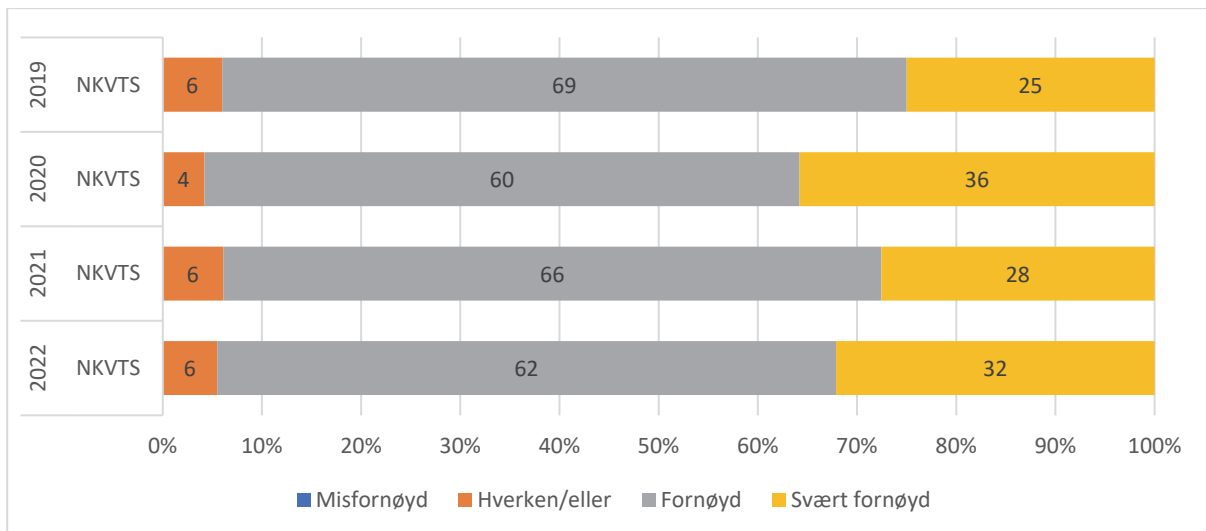
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Neste figur viser at ingen av kommunene har oppgitt at de er misfornøyd med kontakten med NKVTS. Kommunene er generelt stort sett enten fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med NKVTS.



Figur 24.29 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NKVTS, 2022.

Det er 32 prosent som svarer at de generelt er svært fornøyd med NKVTS i 2022, og i 2019 var andelen 25 prosent, så det er en økning.



Figur 24.30 Generell fornøydhet med NKVTS, 2019-2022.

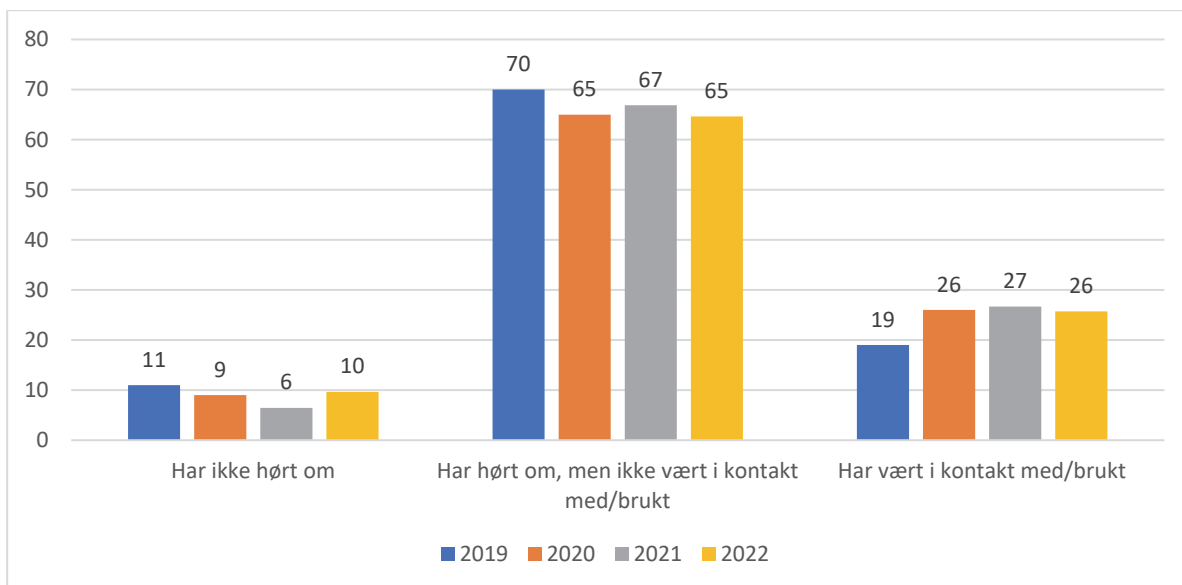
24.8 NSSF (NASJONALT SENTER FOR SELVMORDSFORSKNING OG -FOREBYGGING)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging er tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Formålet med senteret er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. Kjerneoppgavene til senteret er:

- Forskning på internasjonalt nivå
- Kunnskapsutvikling og formidling
- Undervisning/kompetanseoppbygging
- Veiledning/rådgivning
- Koordinering, nettverksbygging og samarbeid med nasjonale og regionale miljø

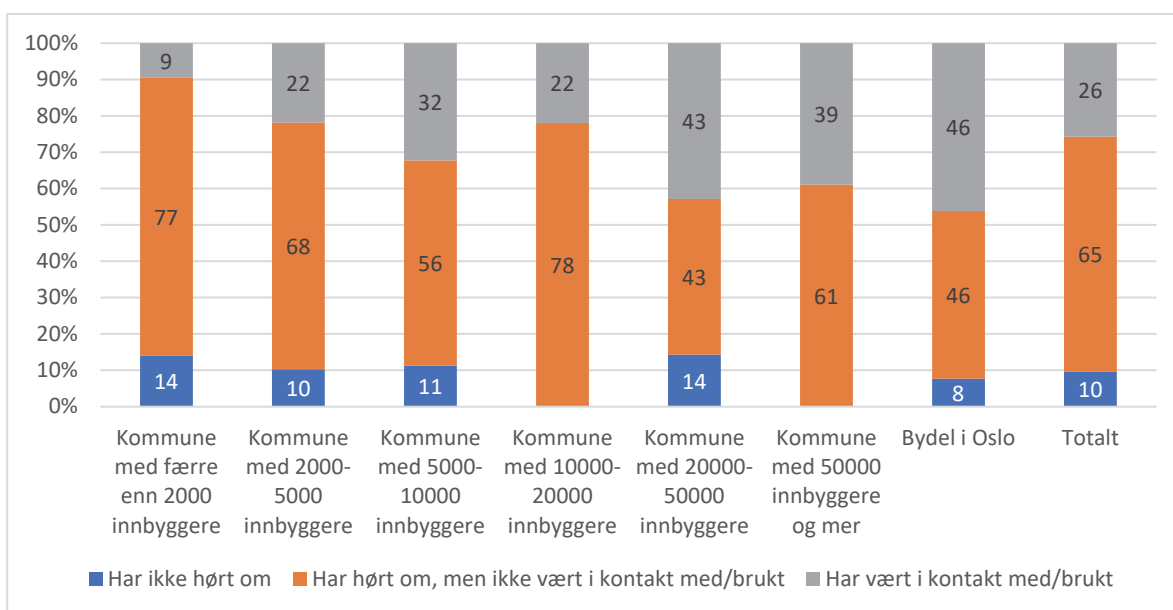
NSSF kom med i kartleggingen i 2019.

Det er 311 kommuner/bydeler (84 prosent) som svarer på spørsmålene om NSSF. Fra figur 24.31 ser vi at 10 prosent av kommunene svarer at de ikke har hørt om NSSF i 2022, og 26 prosent svarer at de har vært i kontakt med/brukt senteret, mens 65 prosent har hørt om senteret, men ikke vært i kontakt med/brukt NSSF.



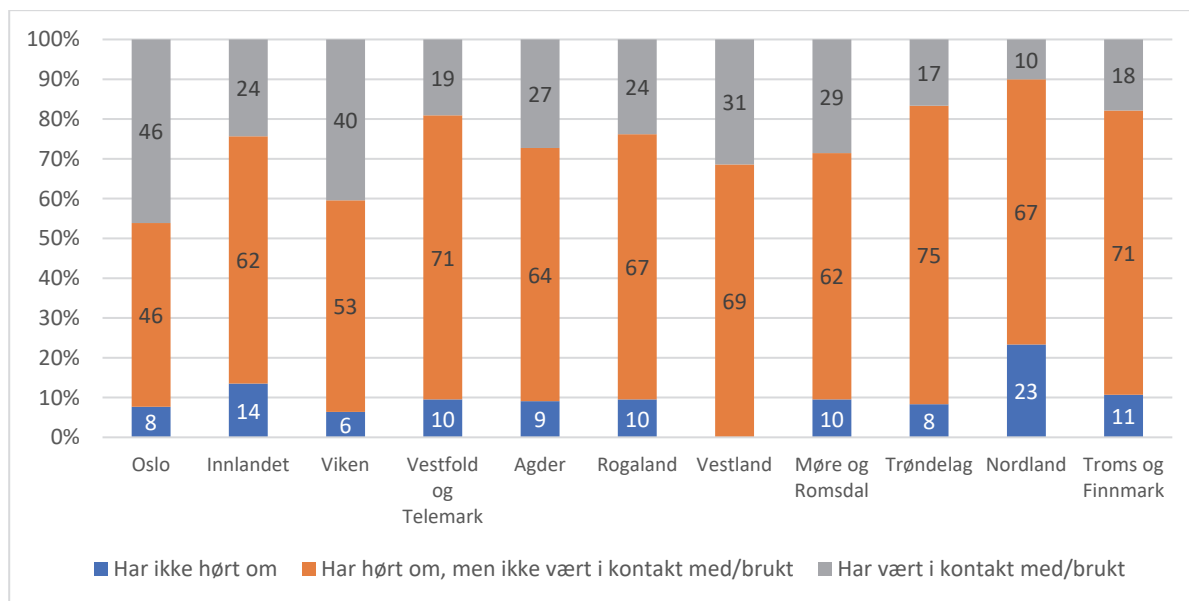
Figur 24.31 Prosent av kommunene i hver størrelsesgruppe som har kjennskap til NSSF, 2019–2022.

Figuren under viser at det er høyest andel blant de største kommunene som har vært i kontakt med/brukt NSSF.



Figur 24.32 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Kommunestørrelse, 2022.

Det er størst andel av kommunene som ikke har hørt om NSSF i Nordland og Innlandet, mens andelen som har vært i kontakt med/brukt er høyest i Viken i tillegg til bydelene i Oslo.



Figur 24.33 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NSSF. Fylke, 2022.

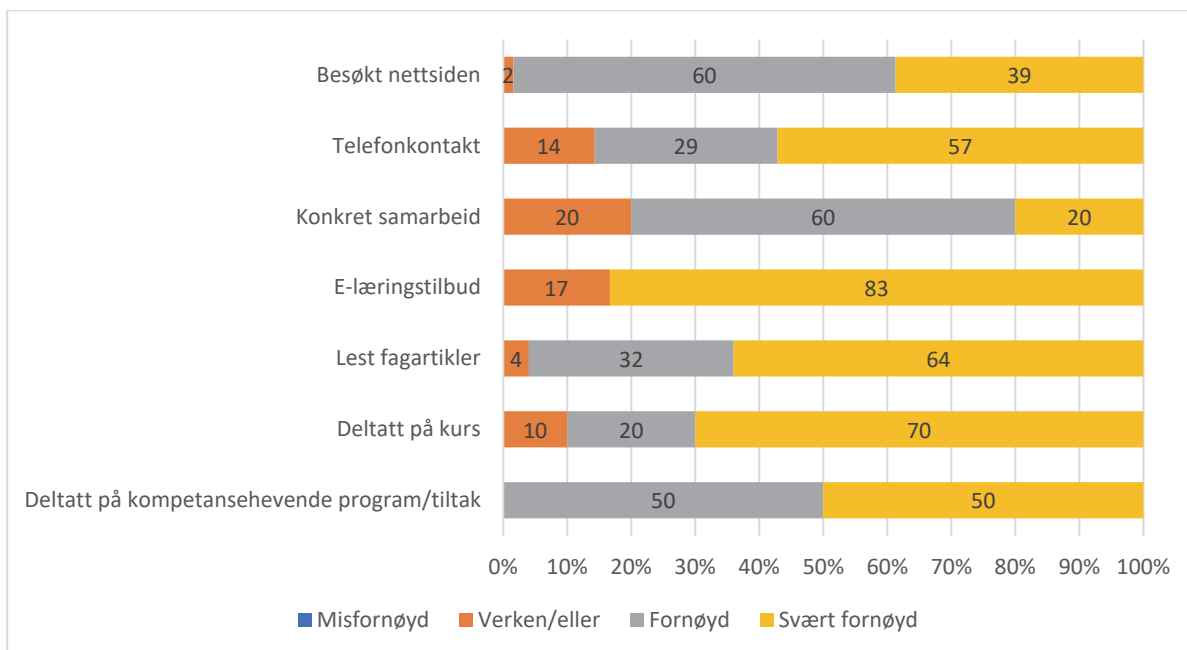
Tabell 24.7 viser at 20 prosent av kommunene/bydelen har besøkt nettsiden og 8 prosent har lest fagartikler fra senteret.

Tabell 24.7 Kommunenes kontakt med NSSF, 2021 (n=326) og 2022 (n=311)

| | 2019 | | 2020* | | 2021* | | 2022* | |
|---|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Besøkt nettsiden | 61 | 14 | 59 | 20 | 57 | 17 | 63 | 20 |
| Lest fagartikler | 39 | 9 | 30 | 10 | 36 | 11 | 25 | 8 |
| Deltatt på kurs | 27 | 6 | 16 | 6 | 18 | 6 | 10 | 3 |
| Telefonkontakt | 11 | 3 | 10 | 3 | 7 | 2 | 7 | 2 |
| Konkret samarbeid | 8 | 2 | 4 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 13 | 3 | 0 | 0 | 9 | 3 | 4 | 1 |
| E-læringstilbud | 6 | 1 | 6 | 2 | 9 | 3 | 6 | 2 |
| Annet | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 |

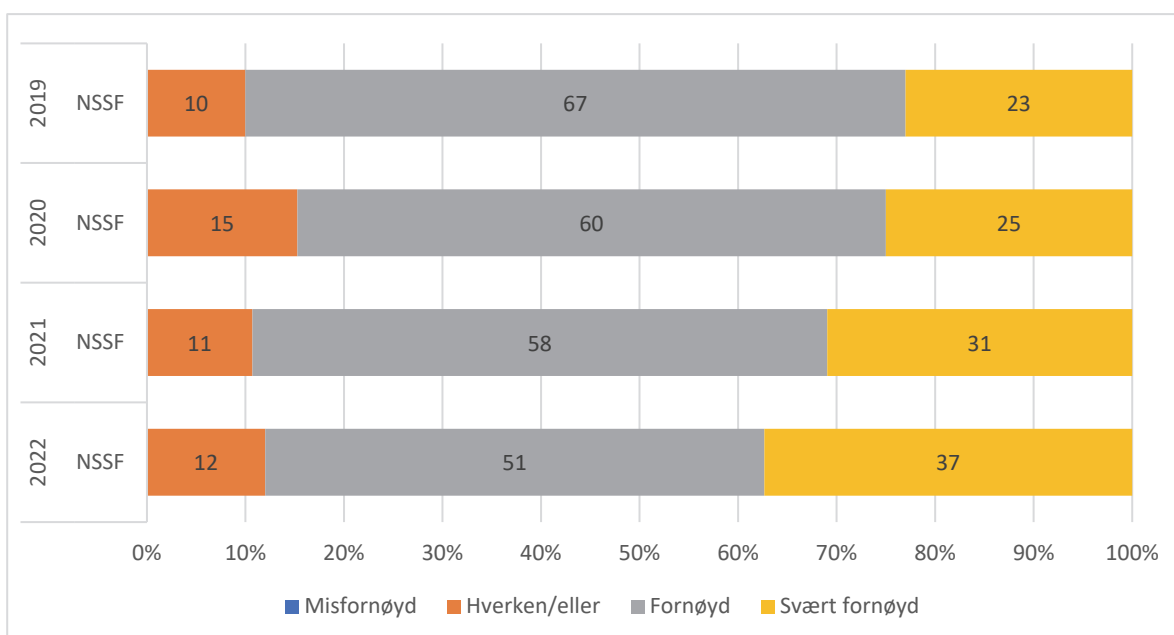
* Ikke direkte sammenliknbart med foregående år fordi i 2020 og 2021 beregnes prosent ut fra kommuner som har rapportert, mens årene før er det beregnet av alle kommuner/bydeler fordi det har vært tilnærmet komplette data.

Fra neste figur ser vi at ingen av kommunene oppgir at de har vært misfornøyde med kontakten/bruken av NSSF, og at kommunene jevnt over er fornøyde eller svært fornøyde med de ulike kontaktformene de har hatt med senteret.



Figur 24.34 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NSSF, 2022.

Det er en betydelig økning i andel som svarer at de generelt er svært fornøyd med NSSF fra 2019 (23 prosent) til 2022 (37 prosent).



Figur 24.35 Generelt fornøydhet med NSSF, 2019–2022.

24.9 SANKS (SAMISK NASJONAL KOMPETANSETJENESTE - PSYKISK HELSEVERN OG RUS)

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) ble i 2014 godkjent som nasjonal kompetansetjeneste og er lokalisert i Finnmarkssykehuset HF.

SANKS tilbyr utredning og behandling for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern og avhengighet. SANKS har også nasjonale kompetansetjenestefunksjoner og målet er å bidra til at den

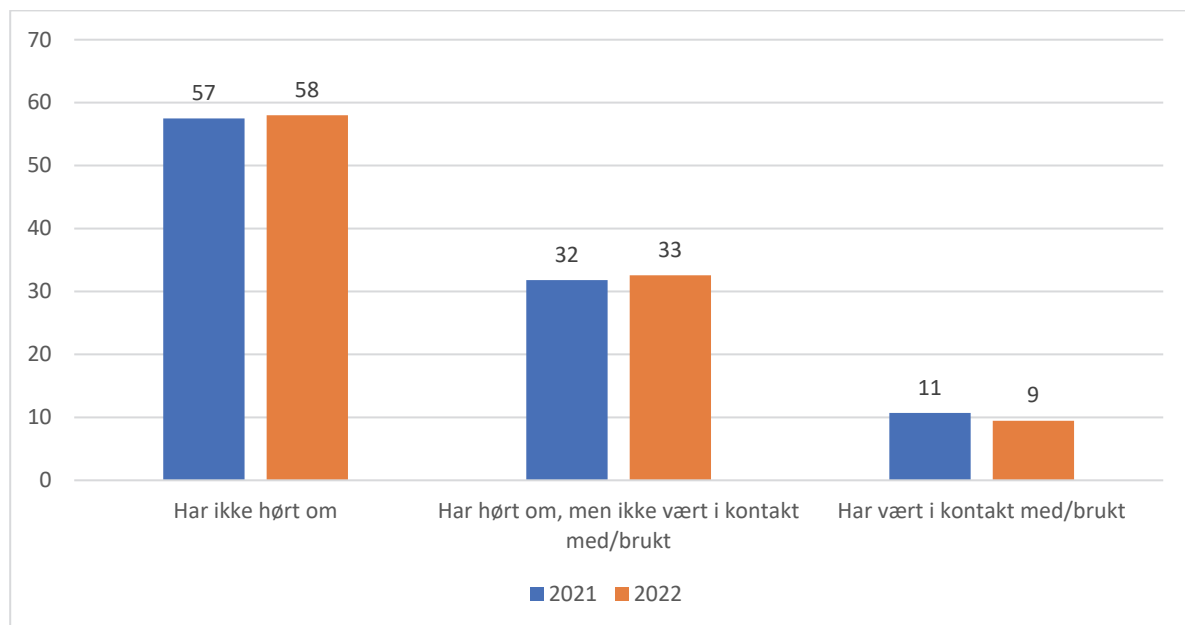
samiske befolkningen får et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og avhengighet. SANKS er organisert i sju kliniske enheter som er lokalisert i Karasjok og Lakselv. I tillegg har SANKS er Nasjonalt team. Teamet er organisert under kompetansetjenesten i tillegg til teamets kliniske oppgaver som er å tilby behandling spesielt til de bosatt utenfor Finnmark.

SANKS sin enhet for forskning og utvikling (FoU) koordinerer og ivaretar den nasjonale kompetansetjenestefunksjonen. Kompetansetjenesten i SANKS skal bygge opp og formidle kompetanse innen psykisk helsevern og rus når det gjelder samiske pasienters særskilte behov for kultursensitiv diagnostikk og kulturelt tilrettelagde behandlingstilbud. Det er et mål at kompetansen skal gi økt kvalitet og pasientsikkerhet for samiske pasienter i et helhetlig behandlingsforløp, og bidra til å hindre «drop-out».

Kompetansetjenesten omfatter forsknings- og fagutviklingsvirksomhet, oppbygging og deltakelse i forskningsnettverk, spredning av forskningsresultater, undervisning, veiledning og rådgivning. Målgruppen er helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, brukere, pårørende og allmenheten.

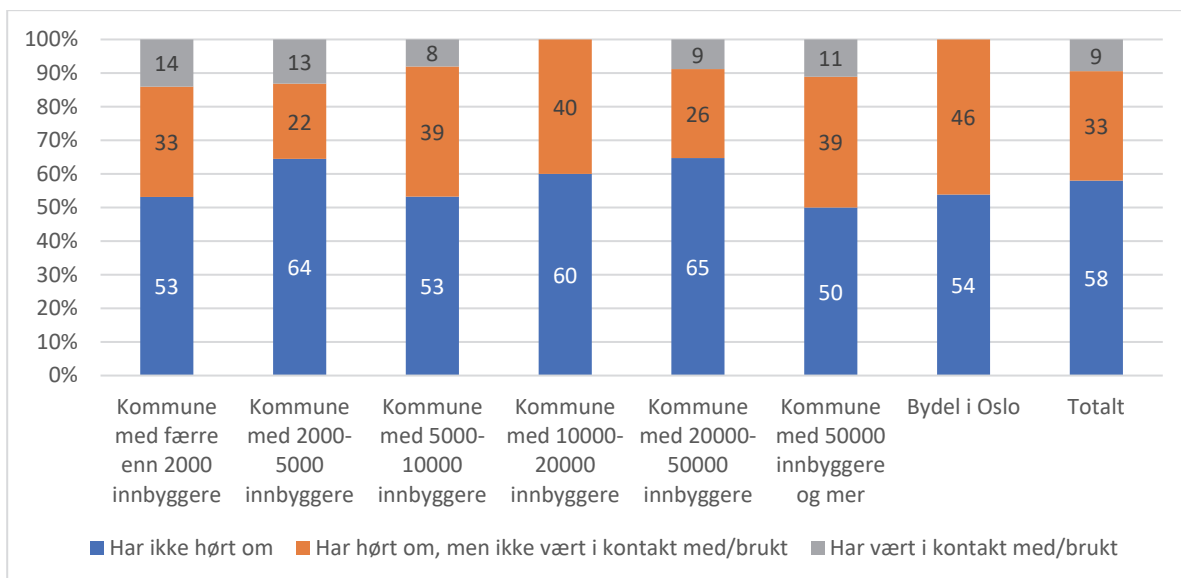
Kompetansetjenesten har som mål å bygge opp kompetansen i alle helseregioner for å sikre bedre kvalitet og at det etableres faglige nettverk som på sikt kan overta og videreføre dette arbeidet lokalt. SANKS inngår i kartleggingen for første gang i 2021.

Det er 307 kommuner/bydeler (83 prosent) som har svart på spørsmål om SANKS i 2022. Fra figur 24.36 ser vi at det er 58 prosent som svarer at de ikke har hørt om SANKS, 33 prosent som har hørt om, men ikke vært i kontakt med/brukt og 9 prosent som har vært i kontakt med eller brukt senteret.



Figur 24.36 Andel kommuner som kjenner til SANKS, 2021 og 2022.

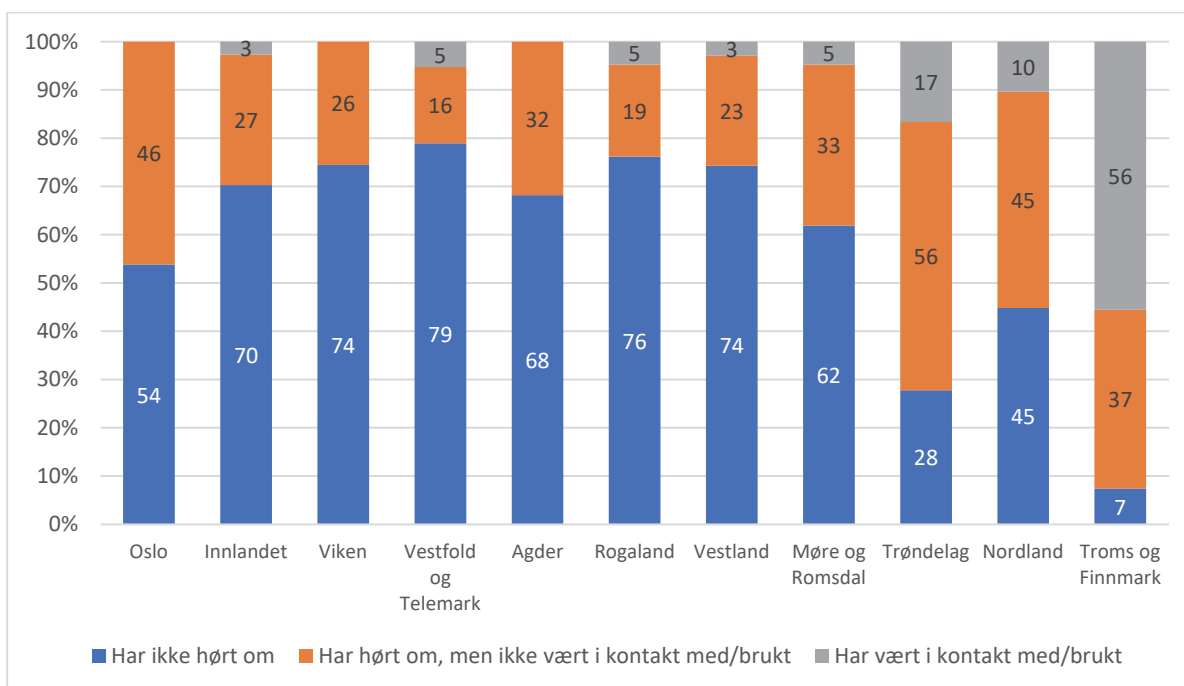
Det er ikke stor variasjon i andel kommuner som har kjennskap til SANKS i de ulike kommunestørrelsesgruppene, se figur 24.37.



Figur 24.37 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Kommunestørrelse, 2022.

Kompetansetjenesten brukes mest i Troms og Finnmark (56 prosent har vært i kontakt med/brukt), men også 17 prosent av kommunene i Trøndelag og 10 prosent i Nordland oppgir å ha benyttet tjenesten.

Det er høyest andel kommuner som ikke har hørt om SANKS i Vestfold og Telemark (79 prosent) og i Rogaland (76 prosent).



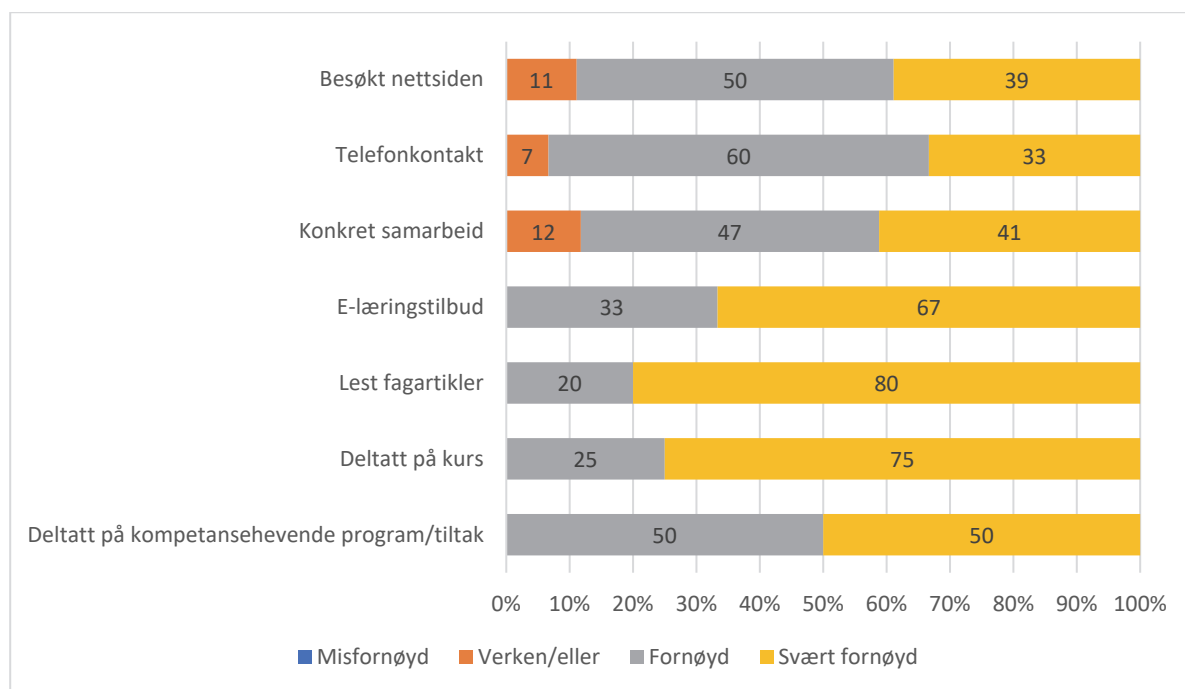
Figur 24.38 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SANKS. Fylke, 2022.

Som vist i tabell 24.8, er det flest kommuner som har besøkt nettsiden (6 prosent) til SANKS²⁶ og hatt konkret samarbeid (6 prosent) og telefonkontakt (5 prosent).

Tabell 24.8 Kommunenes kontakt med SANKS, 2021 (n=327) og 2022 (n=307)

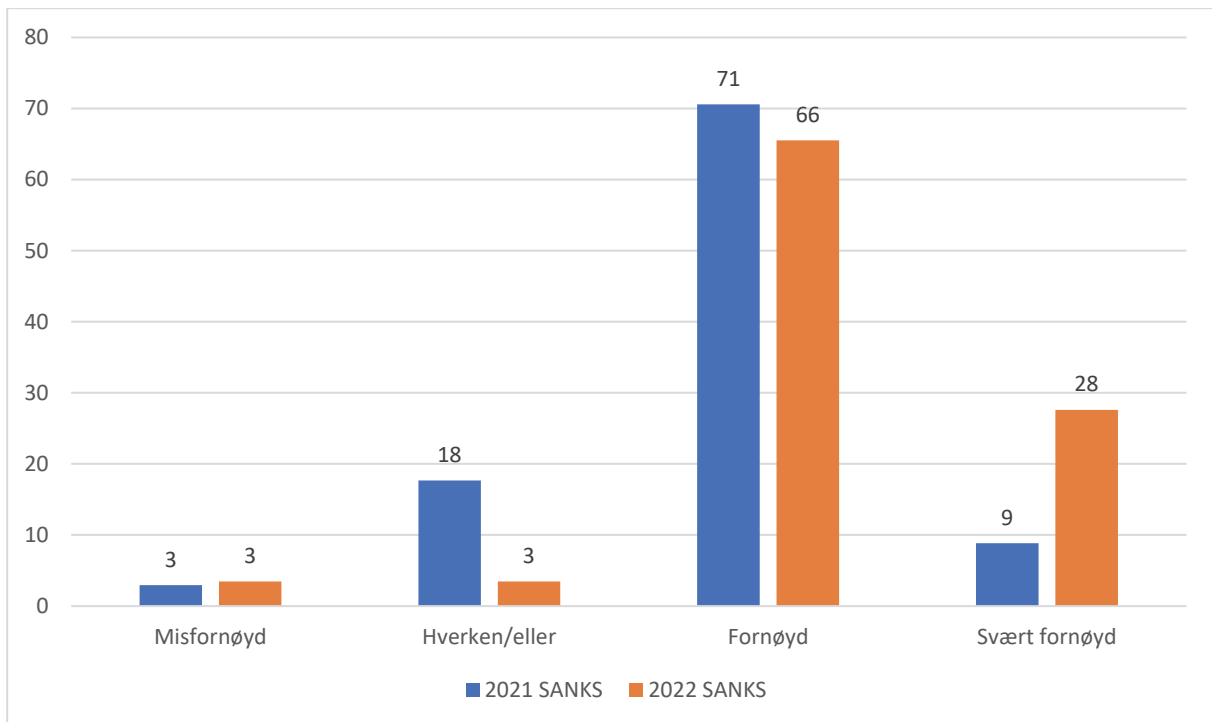
| | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Besøkt nettsiden | 12 | 4 | 18 | 6 |
| Telefonkontakt | 18 | 6 | 15 | 5 |
| Konkret samarbeid | 19 | 6 | 17 | 6 |
| E-læringstilbud | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Lest fagartikler | 3 | 1 | 5 | 2 |
| Deltatt på kurs | 6 | 2 | 4 | 1 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 4 | 1 | 2 | 1 |
| Annet | 4 | 1 | 1 | 0 |

Av de relativt få kommunene som har hatt kontakt med SANKS, ser de i stor grad ut til å være fornøyde med kontakten de har hatt. Ingen kommuner oppgir å være misfornøyd med tilbudet.



Figur 24.39 I hvilken grad kommunene var fornøyde med de ulike kontaktformene med SANKS, 2022.

²⁶ <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>



Figur 24.40 Generelt fornøydhet med SANKS, 2021 og 2022.

Det er en økning fra 2021 til 2022 på andel som er svært fornøyd med SANKS fra 9 til 28 prosent, dvs. en økning på 19 prosentpoeng.

24.10 SIFER (NASJONALT KOMPETANSESENTERNETTVERK I SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI)

SIFER er et nasjonalt kompetansesenternettsverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri.²⁷ De har regionale kompetansesentre i:

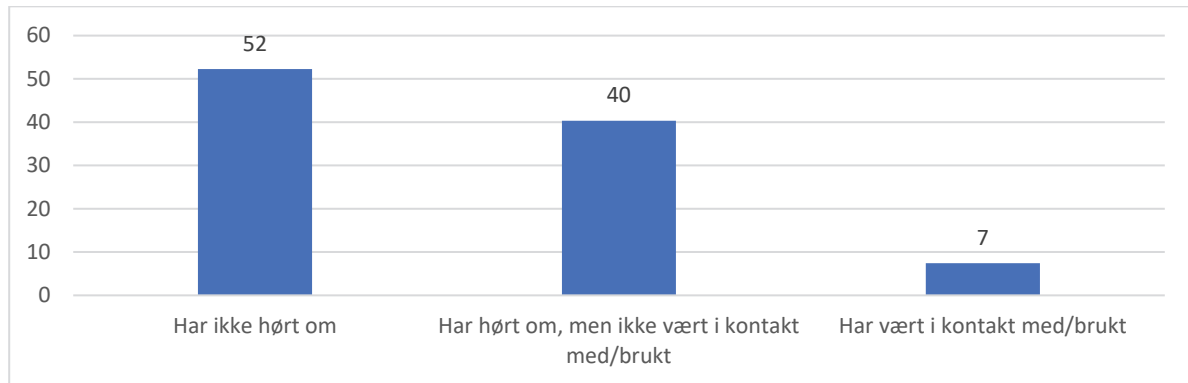
- Helse Bergen for Helse Vest
- St. Olavs hospital i Trondheim for Helse Midt-Norge
- Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø for Helse Nord
- Oslo universitetssykehus for Helse Sør-Øst

Formål for SIFER er å legge til rette for samarbeid om forskning, fagutvikling og formidling mellom kompetansesentrene for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri. Samfunnsoppdraget er å bidra til et bedre tjenestetilbud for pasientene og brukere i sikkerhetspsykiatrien, fengselspsykiatrien og rettspsykiatrien, samt spre kunnskap om fagområdene til beslutningstagere, forvaltning, eiere, media og allmennheten for øvrig.

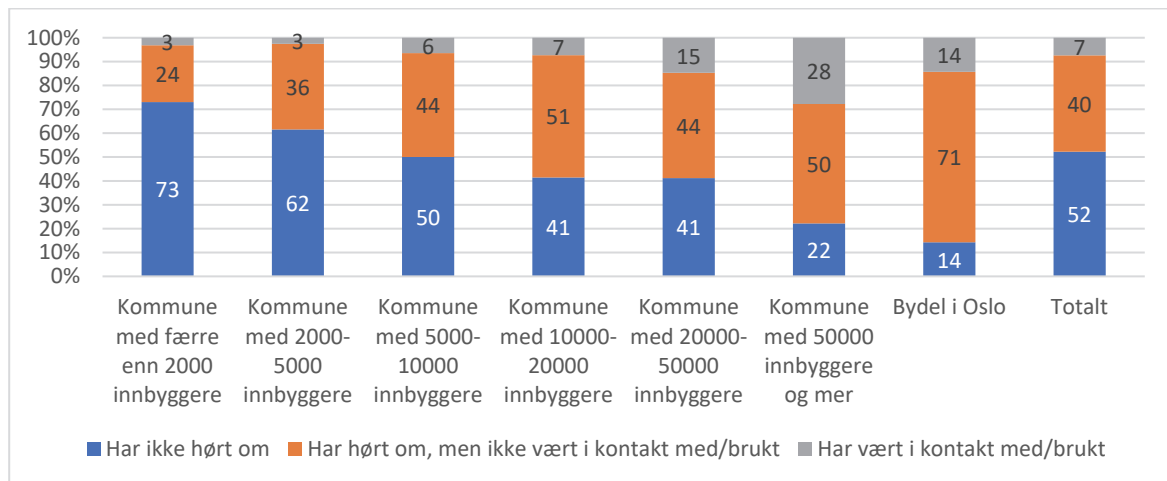
SIFER har et nært og formelt samarbeid med helsedirektoratet, justis- og politimyndigheter, brukerorganisasjoner, høyskoler, universitet og kriminalomsorgen. De organiserer en etterutdanning i rettspsykiatri for psykiatere og psykologer, og underviser blant annet for allmennpsykiatrien og for fengselsvesen.

²⁷ www.sifer.no

Det er 310 kommuner/bydeler som svarer på spørsmålene om SIFER (83 prosent). Som vist i figur 24.41, er det i overkant av halvparten av kommunene som oppgir at de ikke har hørt om SIFER, mens 7 prosent oppgir å ha vært i kontakt med/brukt SIFER.

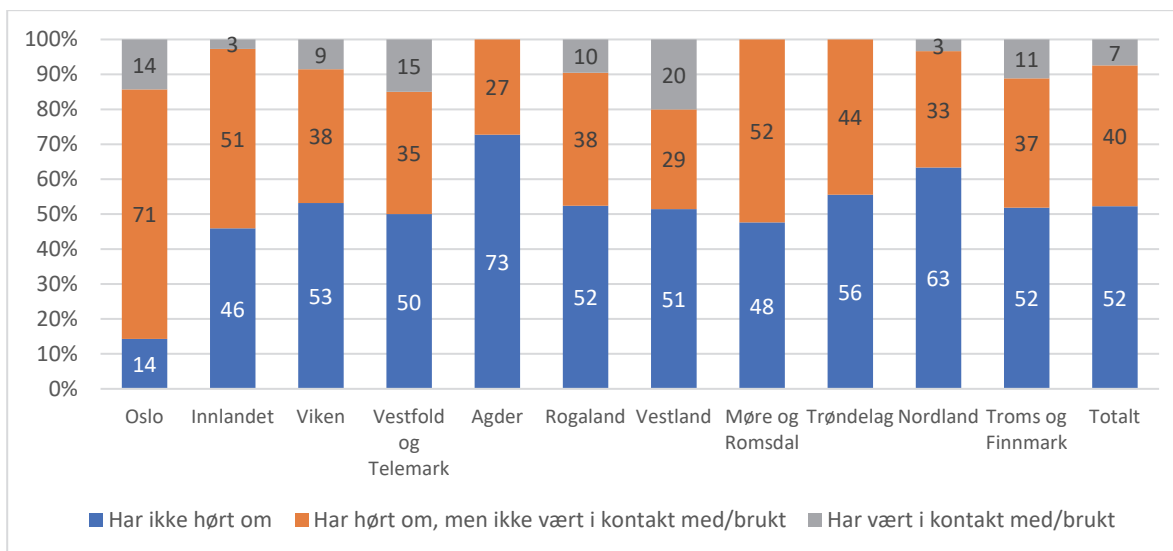


Figur 24.41 Andel kommuner som kjenner til SIFER, 2022.



Figur 24.42 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SIFER. Kommunestørrelse, 2022.

Færre blant små kommuner har vært i kontakt med SIFER enn i store kommuner, og i Agder, Møre og Romsdal og i Trøndelag er det ingen kommuner som har vært i kontakt med/brukt SIFER.

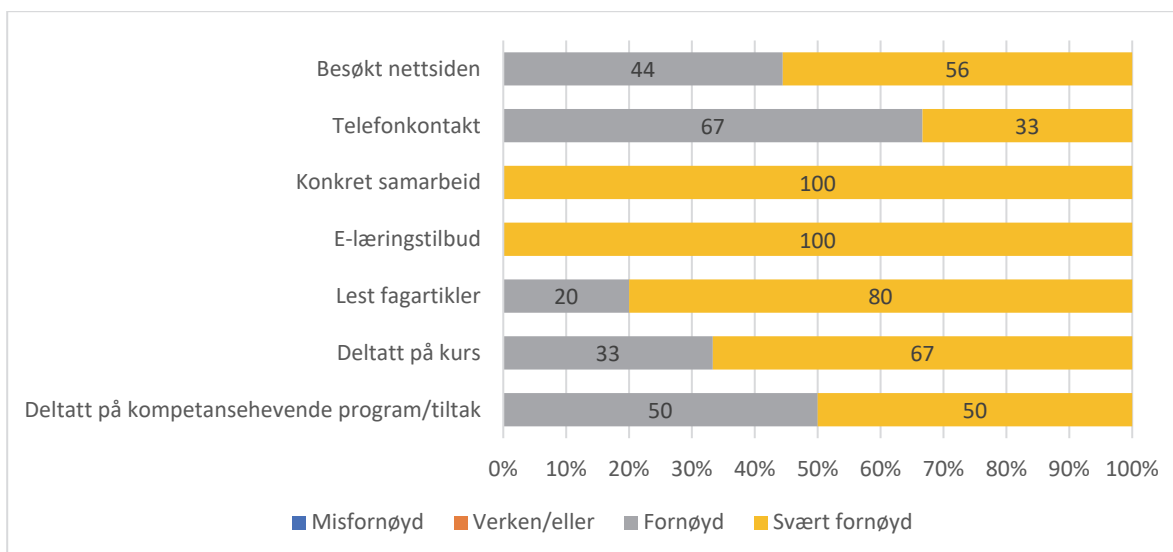


Figur 24.43 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med SIFER. Fylke, 2022.

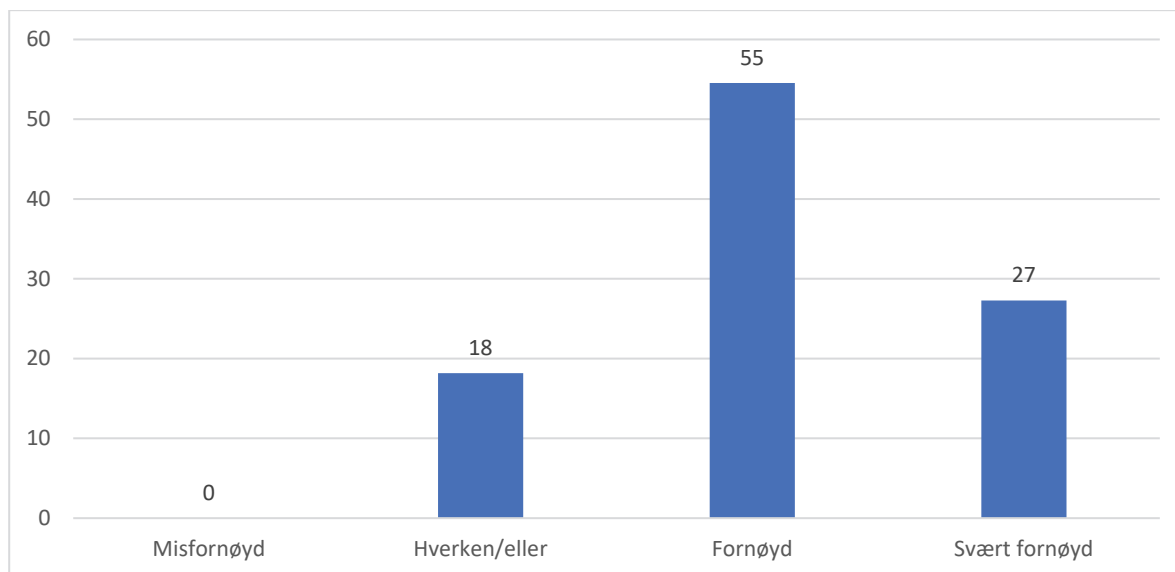
Det er 19 kommuner/byder (6 prosent) som oppgir at de har besøkt nettsiden til SIFER.

Tabell 24.9 Kommunenes kontakt med SIFER, 2022 (n=310).

| | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Besøkt nettsiden | 19 | 6 |
| Telefonkontakt | 3 | 1 |
| Konkret samarbeid | 2 | 1 |
| E-læringstilbud | 1 | 0 |
| Lest fagartikler | 6 | 2 |
| Deltatt på kurs | 3 | 1 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 2 | 1 |
| Annet, hva | 0 | 0 |



Figur 24.44 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med SIFER, 2022.



Figur 24.45 Generelt fornøydhet med SIFER, 2022.

Det store flertallet av kommunene er generelt fornøyd eller svært fornøyd med SIFER.

24.11 NUBU (NASJONALT UTVIKLINGSSENTER FOR BARN OG UNGE)

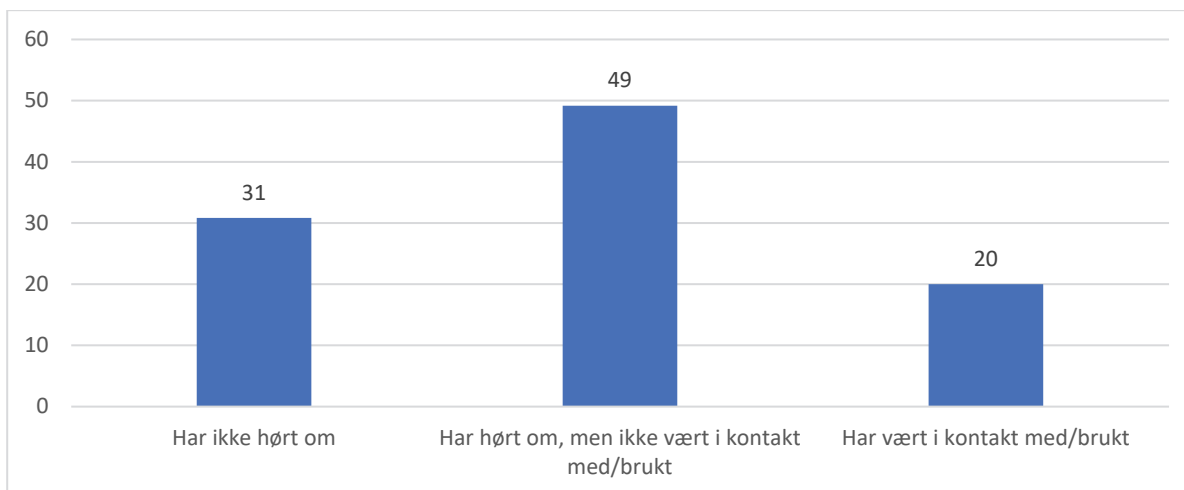
NUBU – Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge,²⁸ bidrar til at barn og unge med alvorlige atferdsproblemer, deres familier, barnehager og skoler får hjelp som er forskningsbasert, relevant, individuelt tilpasset og effektiv.

NUBU har rundt 45 ansatte, inkludert seks regionale koordinatorene. NORCE AS ble ny eier av NUBU i 2019.

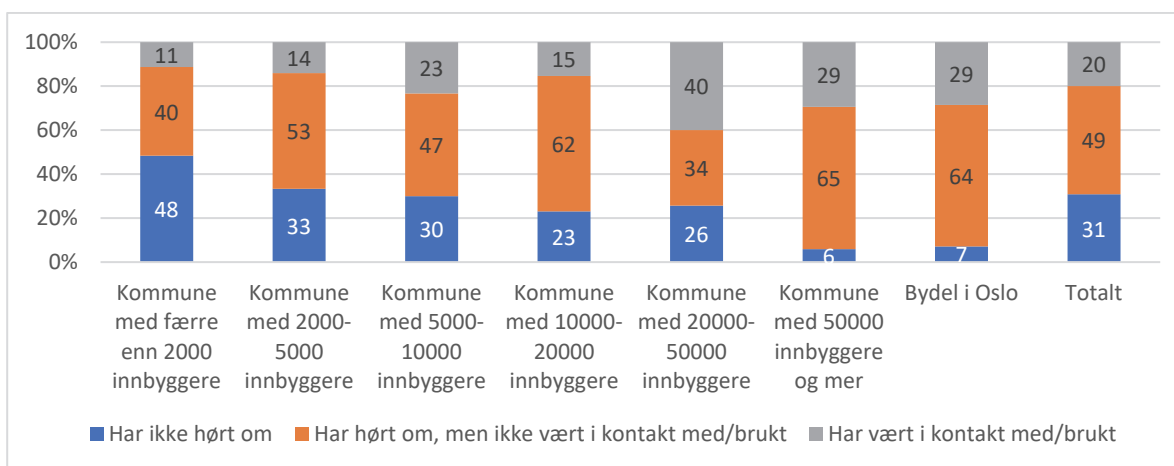
NUBUs oppdrag er å styrke og støtte familiens, barnets og ungdommens utviklingsmuligheter. Dette innebærer å forebygge og redusere alvorlig problematferd hos barn og unge, og styrke deres psykososiale utvikling og sosiale kompetanse.

Det er 20 prosent av kommunene/bydelene som har vært i kontakt med/brukt NUBU, og det er 31 prosent som oppgir at de ikke har hørt om NUBU. Som vist i figur 24.47, er det avtakende andel som ikke har hørt om de med kommunestørrelse. For fordeling på fylke, se figur 24.48.

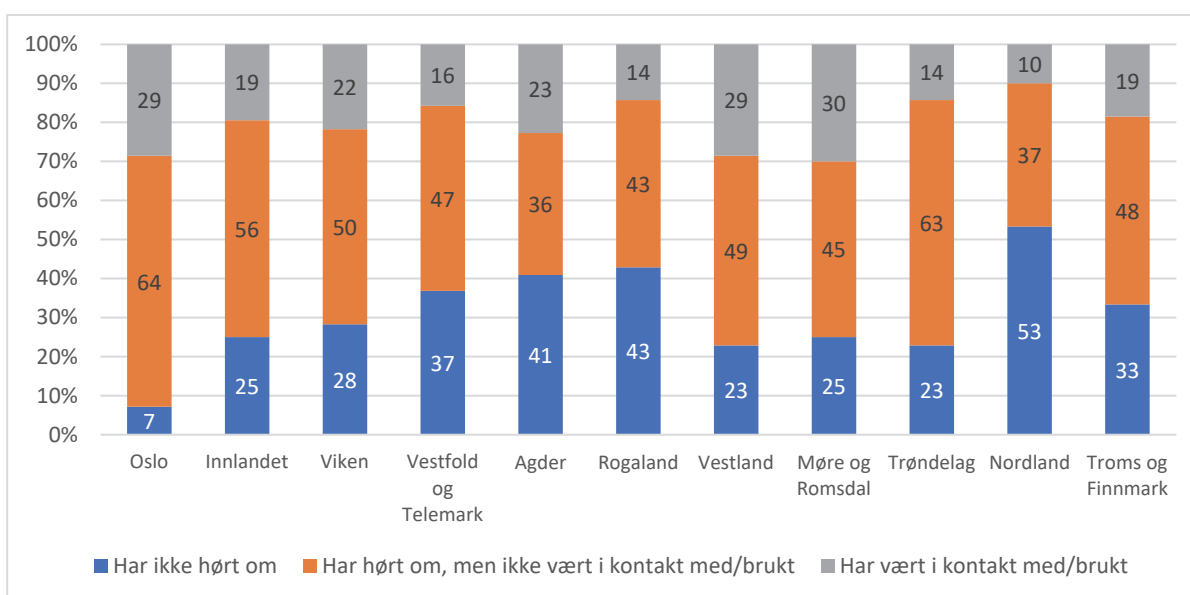
²⁸ www.nubu.no



Figur 24.46 Andel kommuner som kjenner til NUBU, 2022.



Figur 24.47 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NUBU. Kommunestørrelse, 2022.

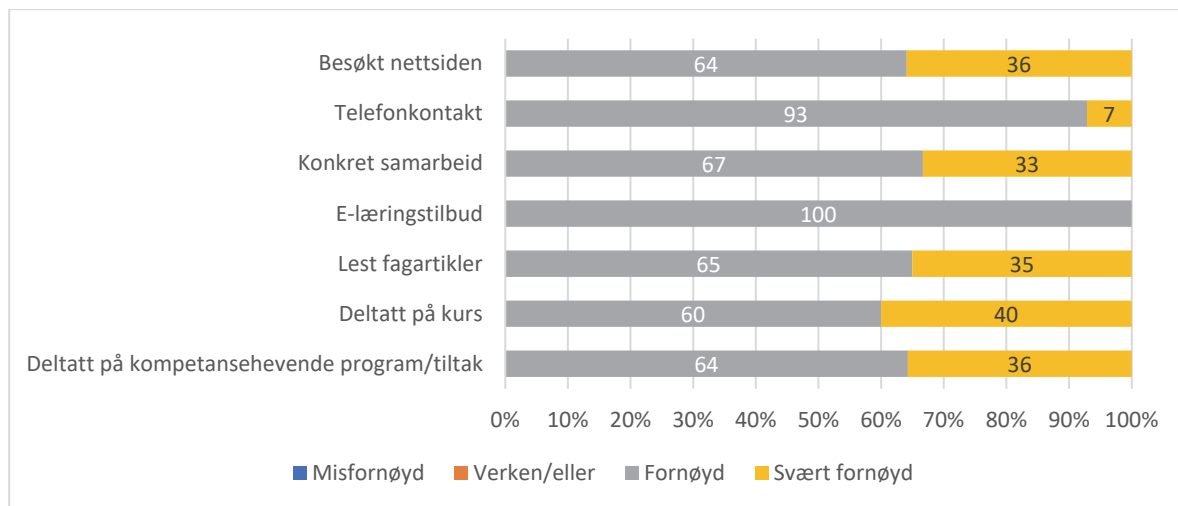


Figur 24.48 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med NUBU. Fylke, 2022.

Det er 13 prosent av kommunene som har besøkt nettsiden til NUBU og 8 prosent har hatt konkret samarbeid.

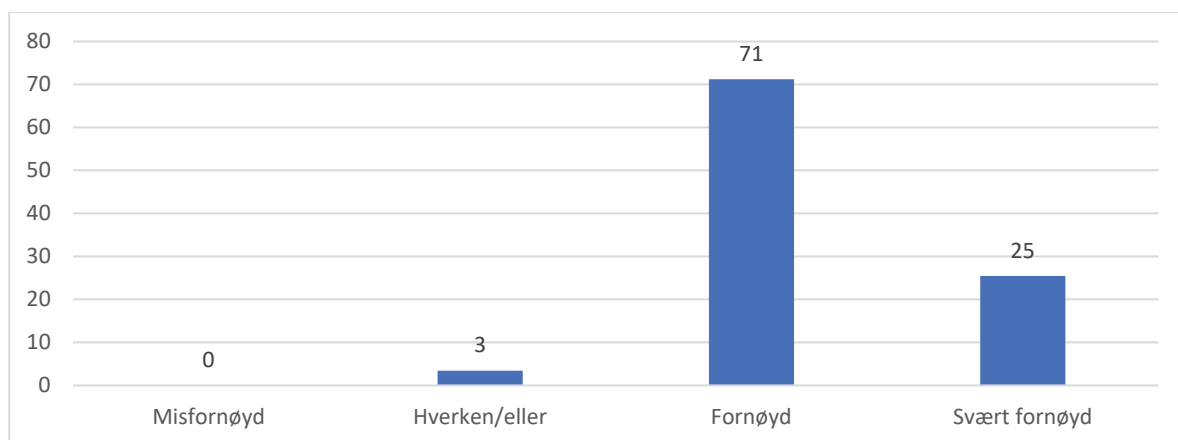
Tabell 24.10 Kommunenes kontakt med NUBU, 2022 (n=327).

| | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Besøkt nettsiden | 41 | 13 |
| Telefonkontakt | 14 | 5 |
| Konkret samarbeid | 23 | 8 |
| E-læringstilbud | 5 | 2 |
| Lest fagartikler | 21 | 7 |
| Deltatt på kurs | 17 | 6 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 14 | 5 |
| Annet, hva | 4 | 1 |



Figur 24.49 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med NUBU, 2022.

Kommunene er i stor grad generelt fornøyd med kontakten med NUBU.



Figur 24.50 Generelt fornøydhet med NUBU, 2022.

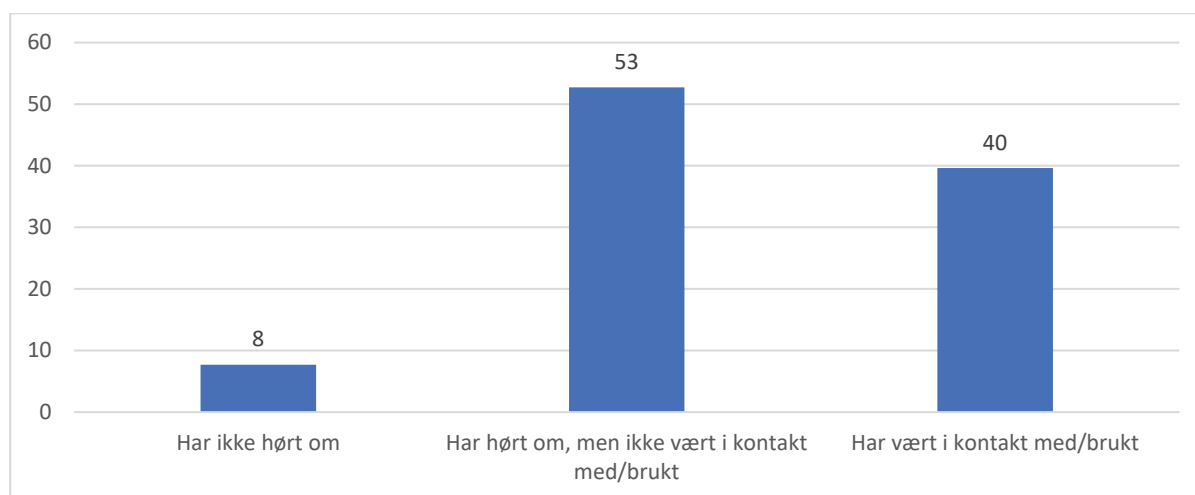
Av de om har vært i kontakt med NUBU, er nesten samtlige fornøyd eller svært fornøyd.

24.12 ERFARINGSKOMPETANSE (NASJONALT SENTER FOR ERFARINGSKOMPETANSE INNEN PSYKISK HELSE)

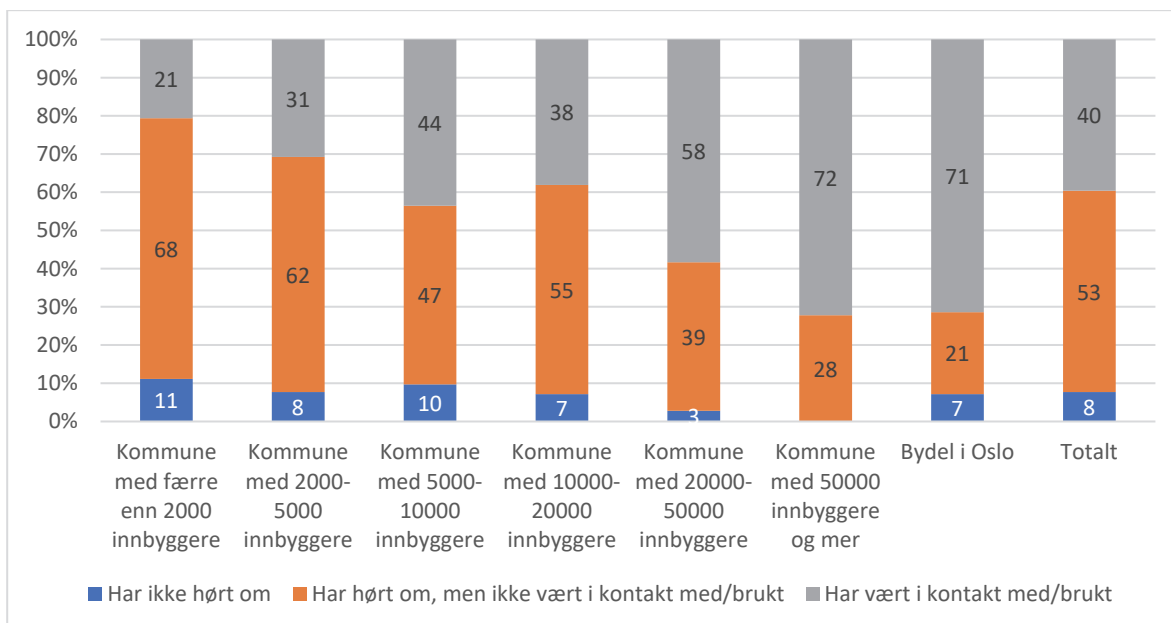
Senteret skal være en pådriver for brukermedvirkning, og for at brukere og pårørendes erfaringer tas i bruk i tjenestene på psykisk helse- og rusfeltet. Det skal senteret gjøre ved å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendeerfaringer. Erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende kan bidra til gode individuelt tilpassede tjenester, og til videreutvikling av tjenestene på systemnivå.

Senteret skal jobbe tematisk og prosjektbasert med de kunnskapshull som avdekkes i kontakten med enkeltpersoner, brukermiljøer, interessegrupper og fag- og forskningsmiljøer. Det innebærer blant annet å tilrettelegge for møteplasser og dialog med og mellom ulike aktører på feltet, delta i samfunnsdebatten, ta initiativ til erfaringsinnsamling på ulike nivå og ta initiativ til ny forskning. Erfaringer og erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende skal bli gjort tilgjengelig og kjent gjennom publikasjoner, artikler, nettsaker og foredrag. Senteret er eid av Mental Helse.

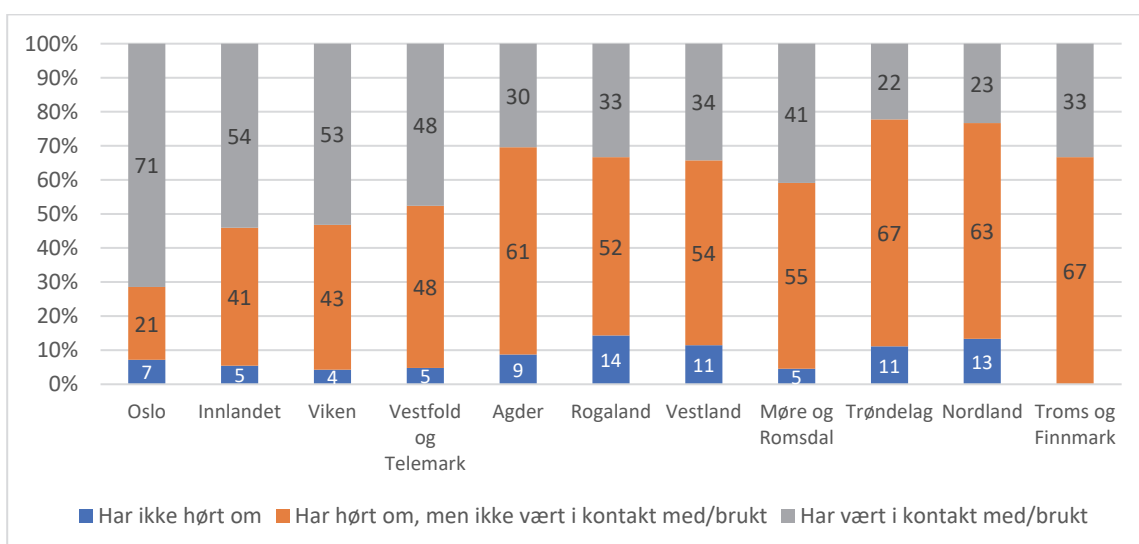
Det er 313 kommuner/bydeler som i 2022 har svart på spørsmål om Erfaringskompetanse (84 prosent). Det er 8 prosent av disse som oppgir at de ikke ha hørt om Erfaringskompetanse, mens 40 prosent oppgir å ha vært i kontakt med/brukt de, og andelen øker med kommunestørrelse, se figur 24.51.



Figur 24.51 Andel kommuner som kjenner til Erfaringskompetanse, 2022.



Figur 24.52 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med Erfaringskompetanse. Kommunestørrelse, 2022.



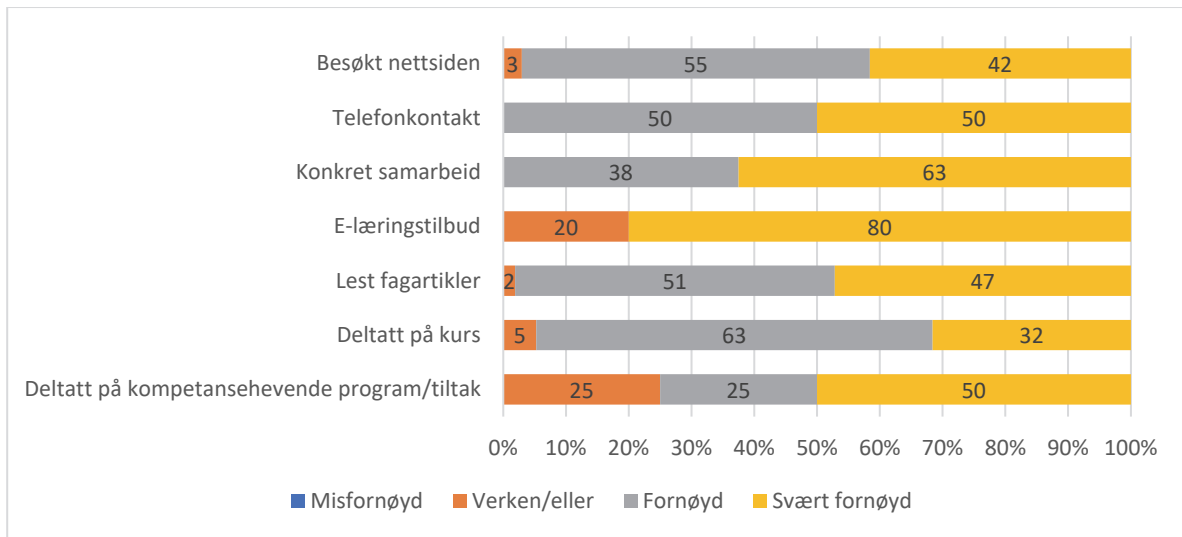
Figur 24.53 Prosent av kommunene som har vært i kontakt med Erfaringskompetanse. Fylke, 2022.

Hver tredje kommune oppgir at de har besøkt nettsiden, mens 18 prosent har lest fagartikler, se tabell 24.11.

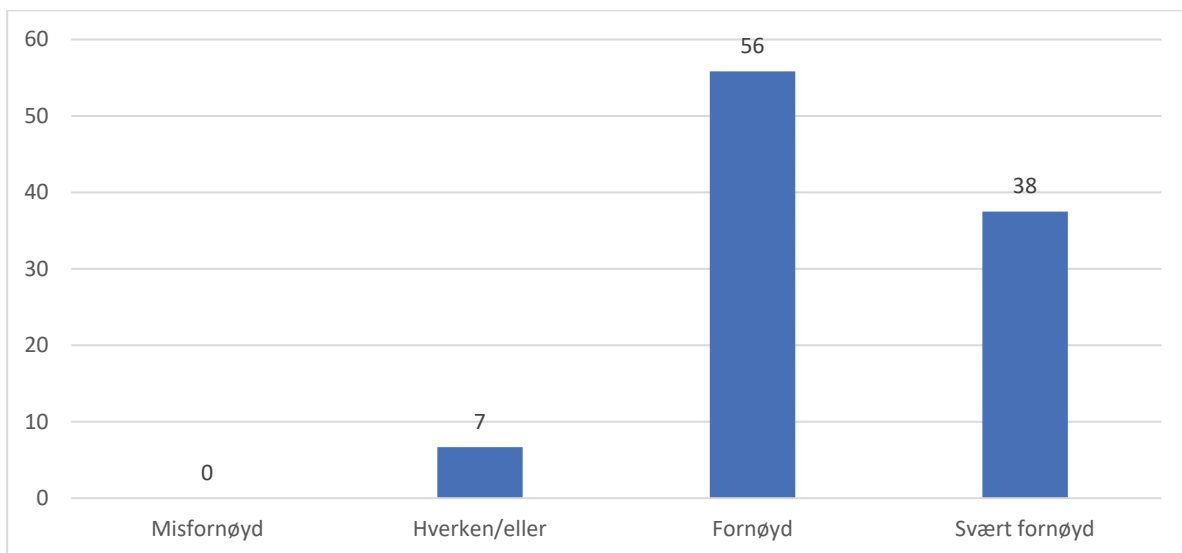
Tabell 24.11 Kommunenes kontakt med Erfaringskompetanse, 2022 (n=327).

| | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Besøkt nettsiden | 104 | 33 |
| Telefonkontakt | 23 | 7 |
| Konkret samarbeid | 8 | 3 |
| E-læringstilbud | 5 | 2 |
| Lest fagartikler | 55 | 18 |
| Deltatt på kurs | 20 | 6 |
| Deltatt på kompetansehevende program/tiltak | 4 | 1 |
| Annet, hva | 3 | 1 |

Kommunene ser i stor grad ut til å være fornøyd med Erfaringskompetanse, jf. figur 24.54.



Figur 24.54 I hvilken grad kommunene var fornøyd med de ulike kontaktformene med Erfaringskompetanse, 2022.



Figur 24.55 Generelt fornøydhet med Erfaringskompetanse, 2022.

Det er stor grad av fornøydhet blant de som har vært i kontakt med Erfaringskompetanse.

24.13 OPPSUMMERING

Kommunenes/bydelenes bruk og nytte av kompetanse- og ressurscenter innenfor psykisk helse- og rusfeltet har blitt kartlagt gjennom IS-24/8-kartleggingen siden 2018. I 2022 er det innhentet informasjon om kommunalt psykisk helse- og rusarbeids bruk og fornøydhet med 11 sentre, tjenester eller nettverk. Dette er NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene), KORUS (Regionale kompetansesenter på rusfeltet), RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unges psykiske helse/barnevern), RVTS (Regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse), NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging), SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus), SIFER (Nasjonalt kompetansesenternetverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), NUBU (Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge) og Erfaringskompetanse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). KORUS, RVTS, NAPHA og RBUP/RKBU er særlig godt kjent, men Erfaringskompetanse, NSSF, NKVTS og NKROP er også godt kjent. Ansatte i kommunale psykisk helse- og rus tjenester er i stor grad fornøyd med de tilbudene de har fått fra alle kompetanse- og ressurscenterne som er inkludert i kartleggingen.

REFERANSER

1. Andvig, E. and B. Karlsson, *Samordnede velferdstjenester til personer etter soning – glippsoner og broer*. Tidsskrift for velferdsforskning, 2021. **24**(3): p. 1-14.
2. Aurizki, G.E. and I. Wilson, *Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review*. Int J Nurs Pract, 2022. **28**(5): p. e13046.
3. Baklien, B., *Psykisk helsearbeid under ulike kulturelle betingelser: refleksjoner rundt empatiens funksjon i arbeidet med å beskytte menneskerettighetene. Belyst med et eksempel fra Indonesia*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(1): p. 75-84.
4. Bergh, S., et al., *Bruk av alkohol og vanedannende legemidler hos eldre norske hjemmetjenestemottakere*. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2021. **7**(3): p. 1-12.
5. Bjerke, T., *Avhengighetens paradokser*. 2021: Hertervig Forlag.
6. Bjørlykhaug, K.I., R.M. Bank, and B. Karlsson, *Eksistensielle stormar, toreskyer og hus med rolege hav: ei vitskapeleg og poetisk utforskning av sosial støtte i psykisk helsearbeid*. Nordic Journal of Arts, Culture and Health, 2021. **3**(1-2): p. 75-90.
7. Brekke, L.I. and S.T. Løkkeberg, *Å så et frø for fremtiden – jordmors opplevelse av primærforebygging blant gravide kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(4): p. 353-367.
8. Bøe, T.D., I.B. Larsen, and A. Topor, *«Ikke la meg være i fred»: om et comeback til sosial responsivitet*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(3): p. 283-294.
9. Cameron, S.L.A., P. Tchernegovski, and D. Maybery, *Mental health service users' experiences and perspectives of family involvement in their care: a systematic literature review*. J Ment Health, 2022: p. 1-17.
10. Carrillo de Albornoz, S., K.L. Sia, and A. Harris, *The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review*. Fam Pract, 2022. **39**(1): p. 168-182.
11. Chang, E., et al., *Interventions to Improve Outcomes for High-Need, High-Cost Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Gen Intern Med, 2022.
12. Chazal, C., et al., *Effectiveness of brief interventions in primary care for cannabis users aged from 12 to 25 years old: a systematic review*. Fam Pract, 2022.
13. Fabricius, P.K. and T.G. Thomsen, *Patients' experiential knowledge, an overlooked factor for patients' courage to engage in their medication at the time of discharge*. Klinisk Sygepleje, 2022. **36**(2): p. 93-108.
14. Fredriksen Moe, C., *Bengt Karlsson og Marit Borg: Samarbeidsbasert forskning. Demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(4): p. 376-378.
15. Gather, J., T. Slettebø, and E. Skjeggstad, *User participation among people in vulnerable situations at service level. A scoping review exploring impact for individual stakeholders and services*. Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research, 2022. **7**(1): p. 52-67.
16. Gotaas, N., H. Bergsli, and O.A. Danielsen, *Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027, in NIBR-rapport*. 2022.
17. Groven, K.S., B. Ahlsen, and T. Dahl-Michelsen, *Psykomotorisk fysioterapi & covid-19: psykisk helse og samtaler på nye måter*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(2): p. 149-161.
18. Halvorsrud, K., et al., *Identifying evidence of the effectiveness of photovoice: a systematic review and meta-analysis of the international healthcare literature*. J Public Health (Oxf), 2022. **44**(3): p. 704-712.
19. Hammervold, U., B. Lydersen, and E. Østvik, *Sykepleierutdanningene er urovekkende ulike innen psykisk helse og rus*. Sykepleien, 2022. **110**(88559): p. 88559.

20. Hansen, H.A., *Vi sier recovery, men hva mener vi egentlig?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(2-3): p. 107-116.
21. Haug, T., *Samhandling og kompetanse i oppfølging av pasienter med samtidig rus-og psykisk lidelse (ROP)*, in *Korus Vest*, Korus, Editor. 2022, Korus Vest Bergen.
22. Haukeland, Y., et al., *De glemte barna – en kartleggingsstudie av tilbud til og muligheter for pårørende søsken i norske kommuner*. Psykologtidsskriftet, 2022.
23. Hedlund, M., K. Ingstad, and A.Y. Moe, *God helse. Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste* Universitetsforlaget. 2021.
24. Hofstad, T., et al., *Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within-Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015-2018*. Coercion in Psychiatry: Epidemiology, Effects and Prevention, 2022.
25. Holmes, A. and Y.P. Chang, *Effect of mental health collaborative care models on primary care provider outcomes: an integrative review*. *Fam Pract*, 2022. **39**(5): p. 964-970.
26. Høgås, M., et al., *Picturing healthcare: a photovoice study of how healthcare is experienced by service users in a mental-health low threshold service*. *BMC Health Services Research*, 2022. **22**(1): p. 714.
27. Høyland, S.A., A. Schuchert, and A. Mamen, *A holistic perspective on continuing care for substance use and dependence: Results and implications from an in-depth study of a Norwegian continuing care establishment*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2022: p. 14550725221099702.
28. Kalseth, J., et al., *Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner. Status og resultater etter tre år. Hovedrapport*, in *SINTEF-rapport*. 2022.
29. Karlsson, B. and M. Borg, *Samarbeidsbasert forskning - demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. 2021: Gyldendal.
30. Karlsson, B. and M. Borg, *Menneskerettigheter, Recovery og Åpen Dialog – kan Relasjonell Recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet?* *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 2022. **1**(1): p. 21-34.
31. Lie, T. and I.B. Hustvedt, *Personer med ROP-lidelser og alvorlige psykiske helseproblemer – tjenestemottakere med store helse- og levekårsproblemer*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2021. **18**(1): p. 48-59.
32. Lussand, J.H., *Språkets betydning for relasjon og bedringsprosess i pasientjournaler*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2022. **19**(2-3): p. 168-179.
33. Magnussen, S.F. and L. Tingvold, *Kartlegging av helse-og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel*, in *Senter for omsorgsforskning Øst*. 2022.
34. McGovern, P. and M. Ellingsdalen, *QualityRights – Mot psykisk helsetjenester basert i menneskerettighetene*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2022. **19**(1): p. 85-96.
35. Menear, M., et al., *Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review*. *PLoS One*, 2022. **17**(6): p. e0268649.
36. Moe, C., et al., *Forskerskole i samarbeidsbasert forskning – et bidrag til mer likeverdig deltakelse i kunnskapsutvikling*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2022. **19**(1): p. 40-50.
37. Mundy, S.S., et al., *Mental health recovery and creative writing groups: A systematic review*. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 2022. **4**(1): p. 1-18.
38. Nordaunet, O.M., *I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen*. *Sykepleien*, 2021. **109**(85826): p. 85826.
39. Nordaunet, O.M., *Menneskerettigheter, systemsvikt og pasientsikkerhet i psykisk helse- og rusarbeid – en litteraturgjennomgang*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2022. **19**(1): p. 15-28.
40. Nordaunet, O.M., et al., *Erfaringskonsulenters beskrivelser av relasjonell recovery*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2022. **19**(2-3): p. 142-155.

41. Omvik, S. and A. Kvamme, *Å involvere nettverket til pasienter i behandling – en kvantitativ studie av hvilket utbytte pasienter i dagbehandling har av åpen dialog i nettverksmøter*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(2-3): p. 117-130.
42. Ose, S.O., et al., *Development of a Social Skills Training Programme Using Virtual Reality Technology in Municipal Mental Health Services*. Research Square, 2022.
43. Peat, C.M. and C. Feltner, *Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care*. Int J Eat Disord, 2022. **55**(9): p. 1202-1207.
44. Pedersen, A., et al., *Healthcare services to socially marginalized men*. Nordisk sygeplejeforskning, 2021. **11**(2): p. 101-112.
45. Pettersen, H., *Psykisk helse, medborgerskap og menneskerettigheter*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(1): p. 29-39.
46. Sivertsen, K., N. Jentoft, and T.S. Mydland, *«Du lurer ikke en luring»(ref. likeperson): Likepersontjeneste i Bergen for mennesker med utfordringer knyttet til rus*, in *NORCE-rapport*. 2022, Norce.
47. Sommer, M., *Støtte som mulighet til unge med psykiske helseproblemer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(4): p. 331-342.
48. Sæther, S.M.M., et al., *Moderators of treatment effect of Prompt Mental Health Care compared to treatment as usual: Results from a randomized controlled trial*. Behaviour Research and Therapy, 2022. **158**: p. 104198.
49. Sørgård, J. and B. Karlsson, *Åpen dialog i Utadrettet nettverksteam – pasienter og pårørendes opplevelser og erfaringer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(2-3): p. 131-141.
50. Tanner-Smith, E.E., et al., *Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2022. **117**(4): p. 877-889.
51. Tronsen, M.V. and U.S. Manskow, *Å være terapeut i en unntakstilstand: samtalerapi på nett under koronapandemien til unge som har foreldre med rusproblemer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(2): p. 125-137.
52. Trones, C., *RUS – Avhengighetens paradokser*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(2-3): p. 205-208.
53. Tuastad, L., *Plassert ved sida av Rolling Stones – ein studie om Harald og musikkoppfølgingstilbodet B15*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(3): p. 295-306.
54. Tuastad, L., et al., *Being a person who plays in a band rather than being a person with a mental illness playing in a band: A qualitative study of stigma in the context of music therapy in mental health aftercare*. Nordic Journal of Music Therapy, 2022: p. 1-19.
55. Ulriksen, G., T. Svendsen, and V.E. Dall, *Gode tjenester, uavhengig av adresse*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(1): p. 97-100.
56. Uverud, G.-M., *Når knuten strammes og løses*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(4): p. 368-375.
57. Westerlund, H., *Prosessledning i brukerundersøkelser: en innsikt i Bruker Spør Bruker*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2021. **18**(2): p. 188-198.
58. Aaslund, H., *«Nu är det väl revolution på gång?» – medvirkning, medborgerskap og menneskerettigheter blant mennesker som mangler bolig*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2022. **19**(1): p. 63-74.
59. Wormdahl, I., *Pathways towards involuntary admissions – How do they unfold in primary mental health care settings, and what can be done to prevent them?* 2022, NTNU.
60. Howlett, N., et al., *Remote delivery of alcohol and/or substance misuse interventions for adults: A systematic review protocol*. PLoS One, 2021. **16**(11): p. e0259525.
61. Kerman, N., et al., *Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review*. Drug Alcohol Depend, 2021. **228**: p. 109052.
62. Levengood, T.W., et al., *Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review*. Am J Prev Med, 2021. **61**(5): p. 738-749.

63. Bonfiglio, N.S., et al., *Digital Help for Substance Users (SU): A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(18).
64. Li, B. and J. Chen, *Barriers to Community-Based Primary Health Care Delivery in Urban China: A Systematic Mapping Review*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(19).
65. McIntyre, H., et al., *Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review*. Int J Ment Health Nurs, 2022.
66. Mutschler, C., et al., *Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature*. Psychol Serv, 2022. **19**(2): p. 360-374.
67. Osborne, B., et al., *Systematic review of guidelines for managing physical health during treatment for substance use disorders: Implications for the alcohol and other drug workforce*. Drug Alcohol Rev, 2022. **41**(6): p. 1367-1390.
68. Paramasivam, R., et al., *Intervention-based mental health training for community level workers in India -A systematic review*. J Family Med Prim Care, 2022. **11**(4): p. 1237-1243.
69. Pearce, T., et al., *A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations*. Health Res Policy Syst, 2022. **20**(1): p. 40.
70. Peñuela-O'Brien, E., et al., *Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review*. Transcult Psychiatry, 2022: p. 13634615211067360.
71. Prajapati, R. and H. Liebling, *Accessing Mental Health Services: a Systematic Review and Meta-ethnography of the Experiences of South Asian Service Users in the UK*. J Racial Ethn Health Disparities, 2022. **9**(2): p. 598-619.
72. Ramsey, C., K. Galway, and G. Davidson, *Implementing changes after patient suicides in mental health services: A systematic review*. Health Soc Care Community, 2022. **30**(2): p. 415-431.
73. Stewart, A.C., et al., *Criminal Justice Involvement after Release from Prison following Exposure to Community Mental Health Services among People Who Use Illicit Drugs and Have Mental Illness: a Systematic Review*. J Urban Health, 2022. **99**(4): p. 635-654.
74. !!! INVALID CITATION !!! .
75. Hedlin, D., *Is there a 'safe area' where the nonresponse rate has only a modest effect on bias despite non-ignorable nonresponse?* International Statistical Review, 2020. **88**(3): p. 642-657.
76. Hendra, R. and A. Hill, *Rethinking response rates: new evidence of little relationship between survey response rates and nonresponse bias*. Evaluation review, 2019. **43**(5): p. 307-330.
77. Hansen, I.L.S., M. Tofteng, and L.S. Holst, *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport. Fafo-rapport, 2021. 17.*
78. Mork, E., *Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading*. Suicidologi, 2014. **19**(2).
79. Nøkleby, H., et al., *Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge: en systematisk kartleggingsoversikt*. 2020.
80. Furnes, D., et al., *Suicidal and violent ideation in acute psychiatric inpatients: prevalence, co-occurrence, and associated characteristics*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2021. **51**(3): p. 528-539.
81. Stene-Larsen, K., et al., *Suicide trends in Norway during the first year of the COVID-19 pandemic: A register-based cohort study*. European psychiatry, 2022. **65**(1).
82. Pirkis, J., et al., *Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries*. The Lancet Psychiatry, 2021. **8**(7): p. 579-588.
83. Helgesen, M., D. Abebe, and A. Schou, *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. . 2017, Høgskolen i Oslo og Akershus, By- og regionforskningsinstituttet NIBR: Oslo.*
84. Langøien, L.J., et al., *Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse-og rusfeltet: Et forskningskart*. 2021, Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester.

85. Ådnes, M., et al., *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året*, S.-r. 2020:00064, Editor. 2020.
86. Ådnes, M., et al., *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*, S.-r. 2021:00090, Editor. 2021.
87. Gleditsch, R.F., M.J. Thomas, and A. Syse, *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: modeller, forutsetninger og resultater*. 2020: Statistisk sentralbyrå.
88. Gerstorf, D., et al., *Adult development and aging in historical context*. *American Psychologist*, 2020. **75**(4): p. 525.
89. GjØra, L., et al., *Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT Study*. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2021(Preprint): p. 1-14.

VEDLEGG A: FORKORTELSER

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

| | |
|-----------------|--|
| AA | Anonyme Alkoholikere |
| ABS | Ambulant, brukerstyrt samarbeid |
| ACT | Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester) |
| ADL | Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Engelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.) |
| AKAN | Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk |
| ART | Program for trening av sosial kompetanse |
| BAPP | Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer |
| BTI | Bedre tverrfaglig innsats |
| BPA | Brukerstyrt personlig assistanse |
| BUP | Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk |
| COPING CAT | Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge |
| COS/COS-P | Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn |
| DPS | Distriktspsykiatrisk senter |
| DU-kurs | Kurs i mestring av depresjon for ungdom |
| DUÅ | De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet |
| EPDS | Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon |
| FACT | Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT) |
| FIT | Feedback-informerte tjenester (www.napha.no/fit/) |
| FRIENDS-kurs | Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge |
| HAP-kurs | Hasjavenningsprogrammet |
| ICDP | International Child Development Programme |
| IMR | Illness management recovery |
| IPS | Individual placement and support, hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb |
| KAOS | Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling |
| KAT | Kognitiv atferdsterapi |
| KIB | Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv |
| KID | Kurs i depresjonsmestring. |
| KID-ungdom | Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom |
| LAR | Legemiddelassistert rehabilitering |
| LIST-prosjektet | Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse |
| LOS-prosjektet | Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester, og legge til |

| | |
|---------------------|--|
| | rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester. |
| LØFT | Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen mv. |
| Morild.org | Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv. |
| MST | Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer. |
| NKROP | Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse |
| NKVTS | Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress |
| NSSF | Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging |
| PHV | Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse) |
| PIS-grupper | Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn |
| PMTO | Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer. |
| PPT | Pedagogisk-psykologisk tjeneste |
| ROP | Samtidig rus- og psykisk lidelse |
| RPH | Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 16 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad |
| SE | Supported employment |
| SLT/SLT-koordinator | Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet. |
| SMIL-grupper | Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8-12 år. |
| TIBIR | Tidlig innsats for barn i risikoprogram for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået |
| TSB | Tverrfaglig spesialisert rusbehandling |
| VIP | Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært for ungdom i alderen 16-17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser. |
| VOP | Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling). |

VEDLEGG B: GRUNNLAGSDATA 2022

Kommunenavn med fet skrift på kommunenavn har ikke rapportert i 2022 og de med kursiv skrift har stort sett kun rapportert årsverk.

| Kom. nr. | Kommunenavn | Årsverk | | | Årsverk pr. 10 000 innbygger | | |
|----------|-----------------------------|---------|------------|--------------|------------------------------|------------|--------------|
| | | Totalt | Tjenester | | Totalt | Tjenester | |
| | | | for voksne | barn og unge | | for voksne | barn og unge |
| 1101 | Eigersund kommune | 81 | 70 | 11 | 55 | 60 | 35 |
| 1103 | Stavanger kommune | 566 | 463 | 103 | 39 | 41 | 33 |
| 1106 | Haugesund kommune | 160 | 124 | 36 | 43 | 41 | 48 |
| 1108 | Sandnes kommune | 260 | 211 | 50 | 32 | 34 | 25 |
| 1111 | Sokndal kommune | 5 | 3 | 2 | 15 | 12 | 24 |
| 1112 | Lund kommune | 10 | 6 | 3 | 30 | 26 | 42 |
| 1114 | Bjerkreim kommune | 9 | 5 | 3 | 31 | 26 | 48 |
| 1119 | Hå kommune | 59 | 50 | 9 | 31 | 35 | 18 |
| 1120 | Klepp kommune | 52 | 40 | 13 | 26 | 26 | 25 |
| 1121 | Time kommune | 46 | 42 | 4 | 24 | 29 | 7 |
| 1122 | Gjesdal kommune | 29 | 23 | 6 | 24 | 26 | 19 |
| 1124 | Sola kommune | 78 | 56 | 22 | 28 | 27 | 33 |
| 1127 | Randaberg kommune | 48 | 28 | 21 | 42 | 31 | 76 |
| 1130 | Strand kommune | 37 | 27 | 10 | 28 | 27 | 31 |
| 1133 | Hjelmeland kommune | 6 | 5 | 1 | 23 | 25 | 16 |
| 1134 | Suldal kommune | 14 | 10 | 3 | 36 | 35 | 40 |
| 1135 | Sauda kommune | 15 | 12 | 3 | 33 | 35 | 28 |
| 1144 | Kvitsøy kommune | 2 | 1 | 1 | 29 | 24 | 48 |
| 1145 | Bokn kommune | 1 | 1 | 1 | 16 | 13 | 32 |
| 1146 | Tysvær kommune | 28 | 24 | 4 | 25 | 28 | 14 |
| 1149 | Karmøy kommune | 140 | 110 | 30 | 33 | 34 | 31 |
| 1151 | Utsira kommune | 1 | 1 | 1 | 74 | 38 | 276 |
| 1160 | Vindafjord kommune | 35 | 29 | 5 | 39 | 43 | 28 |
| 1505 | <i>Kristiansund kommune</i> | 82 | 73 | 9 | 34 | 38 | 19 |
| 1506 | Molde kommune | 78 | 57 | 21 | 24 | 22 | 33 |
| 1507 | Ålesund kommune | 247 | 219 | 28 | 37 | 41 | 20 |
| 1511 | Vanylven kommune | 18 | 14 | 4 | 60 | 55 | 87 |
| 1514 | Sande kommune | 7 | 6 | 1 | 28 | 28 | 28 |
| 1515 | Herøy kommune | 24 | 17 | 7 | 27 | 25 | 38 |
| 1516 | Ulstein kommune | 16 | 15 | 1 | 19 | 22 | 7 |
| 1517 | Hareid kommune | 11 | 6 | 5 | 21 | 15 | 40 |
| 1520 | Ørsta kommune | 30 | 25 | 6 | 28 | 29 | 24 |
| 1525 | Stranda kommune | 21 | 18 | 3 | 47 | 48 | 42 |

| | | | | | | | |
|------|---------------------------------|-----|----|----|-----|-----|-----|
| 1528 | Sykkylven kommune | 15 | 9 | 6 | 20 | 16 | 36 |
| 1531 | Sula kommune | 33 | 23 | 9 | 34 | 32 | 40 |
| 1532 | Giske kommune | 27 | 22 | 5 | 31 | 34 | 23 |
| 1535 | Vestnes kommune | 27 | 16 | 11 | 39 | 29 | 81 |
| 1539 | Rauma kommune | 9 | 6 | 3 | 13 | 11 | 22 |
| 1547 | Aukra kommune | 6 | 5 | 2 | 18 | 18 | 19 |
| 1554 | Averøy kommune | 7 | 7 | 1 | 13 | 14 | 6 |
| 1557 | Gjemnes kommune | 3 | 3 | 1 | 13 | 14 | 9 |
| 1560 | Tingvoll kommune | 8 | 7 | 2 | 28 | 28 | 30 |
| 1563 | Sunndal kommune | 13 | 9 | 4 | 18 | 16 | 29 |
| 1566 | Surnadal kommune | 35 | 32 | 4 | 60 | 66 | 32 |
| 1573 | <i>Smøla kommune</i> | 2 | 1 | 1 | 10 | 8 | 22 |
| 1576 | <i>Aure kommune</i> | 5 | 4 | 1 | 14 | 13 | 20 |
| 1577 | Volda kommune | 30 | 28 | 2 | 28 | 32 | 9 |
| 1578 | Fjord kommune | 5 | 2 | 3 | 21 | 11 | 66 |
| 1579 | Hustadvika kommune | 26 | 20 | 6 | 19 | 19 | 20 |
| 1804 | Bodø kommune | 111 | 84 | 27 | 21 | 20 | 25 |
| 1806 | Narvik kommune | 70 | 57 | 13 | 32 | 32 | 33 |
| 1811 | Bindal kommune | 15 | 13 | 2 | 107 | 114 | 76 |
| 1812 | Sømna kommune | 4 | 2 | 2 | 22 | 14 | 53 |
| 1813 | <i>Brønnøy kommune</i> | 18 | 13 | 5 | 23 | 21 | 31 |
| 1815 | Vega kommune | 4 | 4 | 0 | 32 | 37 | 10 |
| 1816 | <i>Vevelstad kommune</i> | 1 | 1 | 1 | 22 | 13 | 68 |
| 1818 | Herøy kommune | 17 | 15 | 2 | 93 | 104 | 48 |
| 1820 | Alstahaug kommune | 21 | 17 | 4 | 29 | 29 | 30 |
| 1822 | Leirfjord kommune | 4 | 3 | 1 | 16 | 17 | 10 |
| 1824 | Vefsn kommune | 41 | 29 | 12 | 31 | 27 | 47 |
| 1825 | Grane kommune | 5 | 3 | 2 | 35 | 27 | 72 |
| 1826 | <i>Hattfjelldal kommune</i> | 5 | 4 | 1 | 39 | 36 | 55 |
| 1827 | Dønna kommune | 6 | 5 | 0 | 42 | 48 | 12 |
| 1828 | <i>Nesna kommune</i> | 3 | 2 | 1 | 19 | 16 | 32 |
| 1832 | Hemnes kommune | 13 | 9 | 4 | 29 | 25 | 46 |
| 1833 | Rana kommune | 90 | 75 | 16 | 35 | 35 | 31 |
| 1834 | Lurøy kommune | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 9 |
| 1835 | Træna kommune | 2 | 0 | 2 | 48 | 10 | 240 |
| 1836 | Rødøy kommune | 3 | 1 | 2 | 29 | 15 | 85 |
| 1837 | Meløy kommune | 36 | 26 | 10 | 58 | 52 | 82 |
| 1838 | Gildeskål kommune | 7 | 4 | 2 | 34 | 28 | 69 |
| 1839 | Beiarn kommune | 6 | 4 | 2 | 54 | 43 | 117 |
| 1840 | Saltdal kommune | 22 | 19 | 4 | 48 | 50 | 43 |
| 1841 | Fauske kommune / Fuosko suohkan | 17 | 14 | 3 | 18 | 18 | 19 |
| 1845 | Sørfold kommune | 11 | 4 | 7 | 56 | 26 | 199 |
| 1848 | Steigen kommune | 19 | 16 | 3 | 73 | 75 | 67 |
| 1851 | <i>Lødingen kommune</i> | 9 | 5 | 3 | 44 | 32 | 110 |
| 1853 | Evenes kommune | 2 | 2 | 0 | 17 | 18 | 14 |

| | | | | | | | |
|------|-----------------------------------|-----|-----|----|-----|-----|----|
| 1856 | <i>Røst kommune</i> | 1 | 1 | 1 | 21 | 12 | 74 |
| 1857 | Værøy kommune | 2 | 2 | 0 | 25 | 27 | 17 |
| 1859 | Flakstad kommune | 7 | 6 | 0 | 56 | 62 | 22 |
| 1860 | Vestvågøy kommune | 16 | 13 | 3 | 14 | 15 | 12 |
| 1865 | <i>Vågan kommune</i> | 28 | 23 | 5 | 29 | 29 | 27 |
| 1866 | <i>Hadsel kommune</i> | 23 | 18 | 6 | 29 | 27 | 37 |
| 1867 | Bø kommune | 14 | 12 | 2 | 54 | 55 | 51 |
| 1868 | Øksnes kommune | 14 | 12 | 2 | 31 | 34 | 19 |
| 1870 | Sortland kommune | 27 | 23 | 4 | 26 | 28 | 18 |
| 1871 | Andøy kommune | 14 | 10 | 4 | 30 | 26 | 48 |
| 1874 | Moskenes kommune | 13 | 13 | 0 | 136 | 152 | 9 |
| 1875 | Hábmera Suohkan - Hamarøy kommune | 6 | 5 | 1 | 24 | 24 | 24 |
| 3001 | Halden kommune | 71 | 56 | 15 | 23 | 22 | 25 |
| 3002 | Moss kommune | 187 | 175 | 12 | 37 | 43 | 12 |
| 3003 | Sarpsborg kommune | 183 | 135 | 49 | 32 | 29 | 41 |
| 3004 | Fredrikstad kommune | 263 | 216 | 47 | 31 | 32 | 29 |
| 3005 | Drammen kommune | 286 | 227 | 59 | 28 | 28 | 28 |
| 3006 | Kongsberg kommune | 56 | 40 | 16 | 20 | 18 | 30 |
| 3007 | Ringerike kommune | 49 | 39 | 11 | 16 | 15 | 19 |
| 3011 | <i>Hvaler kommune</i> | 31 | 26 | 5 | 65 | 65 | 68 |
| 3012 | <i>Aremark kommune</i> | 1 | 1 | 0 | 11 | 10 | 16 |
| 3013 | Mårker kommune | 6 | 5 | 1 | 15 | 15 | 16 |
| 3014 | <i>Indre Østfold kommune</i> | 111 | 97 | 14 | 24 | 27 | 15 |
| 3015 | Skiptvet kommune | 8 | 5 | 3 | 20 | 15 | 36 |
| 3016 | Rakkestad kommune | 21 | 16 | 6 | 26 | 23 | 36 |
| 3017 | Råde kommune | 21 | 18 | 3 | 27 | 30 | 16 |
| 3018 | Våler kommune | 22 | 16 | 6 | 38 | 37 | 41 |
| 3019 | Vestby kommune | 47 | 26 | 22 | 25 | 18 | 49 |
| 3020 | Nordre Follo kommune | 164 | 96 | 68 | 27 | 20 | 48 |
| 3021 | Ås kommune | 64 | 44 | 20 | 31 | 27 | 44 |
| 3022 | Frogn kommune | 52 | 40 | 12 | 32 | 31 | 38 |
| 3023 | Nesodden kommune | 61 | 34 | 27 | 31 | 22 | 59 |
| 3024 | Bærum kommune | 314 | 281 | 33 | 24 | 28 | 11 |
| 3025 | Asker kommune | 246 | 177 | 69 | 26 | 24 | 31 |
| 3026 | Aurskog-Høland kommune | 37 | 15 | 22 | 21 | 10 | 62 |
| 3027 | Rælingen kommune | 31 | 25 | 6 | 16 | 17 | 14 |
| 3028 | <i>Enebakk kommune</i> | 17 | 11 | 6 | 15 | 12 | 23 |
| 3029 | Lørenskog kommune | 74 | 54 | 21 | 17 | 15 | 22 |
| 3030 | Lillestrøm kommune | 156 | 113 | 43 | 18 | 16 | 22 |
| 3031 | Nittedal kommune | 54 | 41 | 13 | 22 | 22 | 22 |
| 3032 | Gjerdrum kommune | 8 | 8 | 0 | 12 | 15 | 0 |
| 3033 | Ullensaker kommune | 107 | 87 | 20 | 26 | 27 | 21 |
| 3034 | Nes kommune | 37 | 23 | 14 | 15 | 12 | 28 |
| 3035 | Eidsvoll kommune | 54 | 41 | 13 | 20 | 20 | 22 |
| 3036 | Nannestad kommune | 26 | 19 | 8 | 17 | 16 | 22 |

| | | | | | | | |
|------|----------------------------|-----|-----|----|----|----|-----|
| 3037 | Hurdal kommune | 5 | 2 | 3 | 15 | 8 | 46 |
| 3038 | Hole kommune | 19 | 15 | 5 | 28 | 27 | 30 |
| 3039 | Flå kommune | 4 | 3 | 1 | 35 | 35 | 40 |
| 3040 | Nesbyen kommune | 16 | 14 | 3 | 50 | 50 | 48 |
| 3041 | Gol kommune | 13 | 8 | 5 | 28 | 21 | 56 |
| 3042 | Hemsedal kommune | 8 | 5 | 4 | 31 | 22 | 67 |
| 3043 | Ål kommune | 10 | 6 | 4 | 22 | 16 | 50 |
| 3044 | Hol kommune | 18 | 15 | 4 | 40 | 39 | 47 |
| 3045 | Sigdal kommune | 13 | 11 | 2 | 38 | 39 | 35 |
| 3046 | Krødsherad kommune | 4 | 3 | 2 | 19 | 14 | 41 |
| 3047 | Modum kommune | 75 | 46 | 29 | 53 | 40 | 108 |
| 3048 | Øvre Eiker kommune | 48 | 21 | 27 | 24 | 13 | 65 |
| 3049 | Lier kommune | 82 | 65 | 18 | 30 | 30 | 29 |
| 3050 | Flesberg kommune | 8 | 3 | 5 | 31 | 15 | 93 |
| 3051 | Rollag kommune | 3 | 2 | 1 | 25 | 21 | 45 |
| 3052 | Nore og Uvdal kommune | 4 | 3 | 2 | 18 | 13 | 44 |
| 3053 | Jevnaker kommune | 12 | 8 | 5 | 18 | 14 | 33 |
| 3054 | Lunner kommune | 25 | 20 | 5 | 28 | 28 | 27 |
| 3401 | Kongsvinger kommune | 48 | 38 | 10 | 27 | 26 | 33 |
| 3403 | Hamar kommune | 119 | 105 | 14 | 37 | 40 | 24 |
| 3405 | Lillehammer kommune | 67 | 52 | 15 | 24 | 22 | 29 |
| 3407 | Gjøvik kommune | 100 | 87 | 13 | 33 | 35 | 23 |
| 3411 | <i>Ringsaker kommune</i> | 76 | 47 | 29 | 22 | 17 | 42 |
| 3412 | Løten kommune | 14 | 9 | 4 | 17 | 15 | 28 |
| 3413 | <i>Stange kommune</i> | 65 | 43 | 22 | 30 | 25 | 52 |
| 3414 | Nord-Odal kommune | 10 | 7 | 3 | 20 | 16 | 42 |
| 3415 | Sør-Odal kommune | 34 | 33 | 1 | 42 | 50 | 6 |
| 3416 | Eidskog kommune | 36 | 28 | 8 | 59 | 55 | 82 |
| 3417 | Grue kommune | 26 | 21 | 4 | 56 | 54 | 67 |
| 3418 | Åsnes kommune | 30 | 26 | 4 | 41 | 43 | 34 |
| 3419 | <i>Våler kommune</i> | 13 | 7 | 6 | 35 | 23 | 104 |
| 3420 | Elverum kommune | 58 | 46 | 12 | 27 | 27 | 29 |
| 3421 | Trysil kommune | 21 | 19 | 2 | 33 | 35 | 20 |
| 3422 | Åmot kommune | 5 | 4 | 1 | 11 | 11 | 11 |
| 3423 | <i>Stor-Elvdal kommune</i> | 7 | 5 | 2 | 29 | 25 | 54 |
| 3424 | Rendalen kommune | 4 | 4 | 0 | 23 | 24 | 16 |
| 3425 | Engerdal kommune | 2 | 2 | 1 | 18 | 17 | 29 |
| 3426 | <i>Tolga kommune</i> | 3 | 2 | 1 | 17 | 16 | 21 |
| 3427 | Tynset kommune | 6 | 5 | 2 | 11 | 10 | 13 |
| 3428 | Alvdal kommune | 3 | 2 | 1 | 11 | 9 | 18 |
| 3429 | Folldal kommune | 2 | 2 | 0 | 16 | 15 | 17 |
| 3430 | Os kommune | 3 | 3 | 0 | 16 | 17 | 14 |
| 3431 | Dovre kommune | 13 | 7 | 6 | 53 | 33 | 160 |
| 3432 | Lesja kommune | 7 | 4 | 4 | 37 | 24 | 92 |
| 3433 | <i>Skjåk kommune</i> | 12 | 10 | 2 | 54 | 55 | 47 |

| | | | | | | | |
|------|--------------------------|-----|-----|----|----|----|-----|
| 3434 | Lom kommune | 16 | 15 | 1 | 72 | 82 | 21 |
| 3435 | Vågå kommune | 8 | 7 | 1 | 21 | 23 | 14 |
| 3436 | Nord-Fron kommune | 12 | 9 | 2 | 21 | 20 | 24 |
| 3437 | <i>Sel kommune</i> | 7 | 6 | 1 | 12 | 12 | 11 |
| 3438 | Sør-Fron kommune | 5 | 3 | 2 | 16 | 12 | 35 |
| 3439 | Ringebu kommune | 12 | 8 | 4 | 26 | 22 | 46 |
| 3440 | <i>Øyer kommune</i> | 15 | 11 | 5 | 30 | 26 | 47 |
| 3441 | <i>Gausdal kommune</i> | 24 | 20 | 4 | 40 | 41 | 37 |
| 3442 | Østre Toten kommune | 34 | 29 | 5 | 23 | 24 | 18 |
| 3443 | Vestre Toten kommune | 32 | 25 | 7 | 23 | 22 | 28 |
| 3446 | Gran kommune | 60 | 34 | 26 | 44 | 31 | 103 |
| 3447 | Søndre Land kommune | 28 | 24 | 4 | 51 | 52 | 44 |
| 3448 | Nordre Land kommune | 15 | 13 | 2 | 24 | 25 | 19 |
| 3449 | Sør-Aurdal kommune | 9 | 7 | 3 | 31 | 27 | 53 |
| 3450 | Etnedal kommune | 5 | 3 | 2 | 37 | 29 | 83 |
| 3451 | Nord-Aurdal kommune | 16 | 9 | 7 | 25 | 18 | 58 |
| 3452 | Vestre Slidre kommune | 9 | 7 | 2 | 41 | 40 | 45 |
| 3453 | Øystre Slidre kommune | 8 | 4 | 4 | 25 | 14 | 75 |
| 3454 | Vang kommune | 4 | 3 | 1 | 22 | 20 | 30 |
| 3801 | Horten kommune | 88 | 54 | 35 | 32 | 24 | 66 |
| 3802 | Holmestrand kommune | 66 | 43 | 23 | 26 | 21 | 44 |
| 3803 | Tønsberg kommune | 247 | 181 | 66 | 43 | 39 | 57 |
| 3804 | Sandefjord kommune | 148 | 119 | 29 | 23 | 23 | 22 |
| 3805 | Larvik kommune | 118 | 89 | 29 | 25 | 23 | 31 |
| 3806 | Porsgrunn kommune | 133 | 97 | 36 | 36 | 33 | 51 |
| 3807 | Skien kommune | 196 | 138 | 58 | 35 | 31 | 53 |
| 3808 | Notodden kommune | 48 | 39 | 9 | 37 | 37 | 37 |
| 3811 | Færder kommune | 56 | 46 | 10 | 21 | 21 | 18 |
| 3812 | Siljan kommune | 11 | 8 | 3 | 48 | 43 | 65 |
| 3813 | Bamble kommune | 42 | 31 | 11 | 30 | 27 | 41 |
| 3814 | <i>Kragerø kommune</i> | 34 | 23 | 11 | 32 | 27 | 59 |
| 3815 | Drangedal kommune | 11 | 10 | 1 | 27 | 30 | 15 |
| 3816 | Nome kommune | 20 | 18 | 2 | 30 | 34 | 14 |
| 3817 | Midt-Telemark kommune | 32 | 27 | 6 | 31 | 32 | 27 |
| 3818 | Tinn kommune | 30 | 25 | 5 | 54 | 54 | 54 |
| 3819 | Hjartdal kommune | 2 | 1 | 1 | 15 | 9 | 42 |
| 3820 | Seljord kommune | 9 | 6 | 4 | 33 | 24 | 67 |
| 3821 | Kviteseid kommune | 5 | 4 | 2 | 21 | 17 | 39 |
| 3822 | Nissedal kommune | 2 | 2 | 1 | 14 | 13 | 18 |
| 3823 | Fyresdal kommune | 2 | 2 | 1 | 20 | 15 | 40 |
| 3824 | Tokke kommune | 7 | 5 | 3 | 35 | 26 | 74 |
| 3825 | Vinje kommune | 16 | 12 | 4 | 42 | 41 | 49 |
| 4201 | <i>Risør kommune</i> | 19 | 17 | 2 | 29 | 31 | 17 |
| 4202 | Grimstad kommune | 78 | 61 | 16 | 32 | 33 | 31 |
| 4203 | Arendal kommune | 161 | 116 | 45 | 35 | 32 | 49 |

| | | | | | | | |
|------|--------------------------|------|-----|-----|----|----|-----|
| 4204 | Kristiansand kommune | 515 | 447 | 69 | 45 | 50 | 28 |
| 4205 | Lindesnes kommune | 65 | 46 | 19 | 28 | 25 | 38 |
| 4206 | Farsund kommune | 32 | 25 | 7 | 34 | 33 | 35 |
| 4207 | Flekkefjord kommune | 44 | 33 | 11 | 48 | 46 | 56 |
| 4211 | Gjerstad kommune | 13 | 12 | 2 | 54 | 58 | 35 |
| 4212 | Vegårshei kommune | 2 | 2 | 0 | 9 | 12 | 0 |
| 4213 | Tvedestrand kommune | 18 | 17 | 1 | 30 | 34 | 10 |
| 4214 | <i>Froland kommune</i> | 15 | 10 | 4 | 24 | 22 | 31 |
| 4215 | Lillesand kommune | 56 | 46 | 10 | 49 | 52 | 39 |
| 4216 | Birkenes kommune | 18 | 15 | 3 | 33 | 37 | 22 |
| 4217 | Åmli kommune | 6 | 5 | 1 | 33 | 33 | 33 |
| 4218 | Iveland kommune | 3 | 2 | 1 | 23 | 21 | 31 |
| 4219 | Evje og Hornnes kommune | 10 | 7 | 3 | 27 | 25 | 35 |
| 4220 | Bygland kommune | 6 | 5 | 1 | 52 | 55 | 40 |
| 4221 | Valle kommune | 3 | 2 | 1 | 29 | 21 | 68 |
| 4222 | Bykle kommune | 4 | 1 | 2 | 39 | 16 | 145 |
| 4223 | Vennesla kommune | 67 | 51 | 16 | 45 | 44 | 47 |
| 4224 | Åseral kommune | 4 | 3 | 1 | 43 | 41 | 48 |
| 4225 | Lyngdal kommune | 37 | 29 | 8 | 35 | 36 | 32 |
| 4226 | Hægebostad kommune | 6 | 5 | 1 | 38 | 40 | 31 |
| 4227 | Kvinesdal kommune | 33 | 26 | 7 | 57 | 56 | 58 |
| 4228 | Sirdal kommune | 4 | 3 | 1 | 20 | 23 | 13 |
| 4601 | Bergen kommune | 1019 | 798 | 222 | 36 | 34 | 40 |
| 4602 | <i>Kinn kommune</i> | 50 | 34 | 17 | 29 | 25 | 46 |
| 4611 | Etne kommune | 6 | 4 | 2 | 16 | 13 | 25 |
| 4612 | Sveio kommune | 22 | 17 | 5 | 39 | 39 | 38 |
| 4613 | Bømlo kommune | 35 | 27 | 8 | 29 | 29 | 27 |
| 4614 | Stord kommune | 74 | 52 | 22 | 39 | 35 | 51 |
| 4615 | Fitjar kommune | 9 | 7 | 2 | 30 | 31 | 26 |
| 4616 | Tysnes kommune | 11 | 6 | 5 | 38 | 26 | 85 |
| 4617 | Kvinnherad kommune | 95 | 61 | 35 | 73 | 59 | 129 |
| 4618 | Ullensvang kommune | 54 | 47 | 6 | 49 | 53 | 32 |
| 4619 | Eidfjord kommune | 3 | 1 | 1 | 27 | 17 | 66 |
| 4620 | Ulvik herad | 9 | 1 | 8 | 85 | 13 | 380 |
| 4621 | Voss herad | 39 | 27 | 12 | 25 | 21 | 37 |
| 4622 | Kvam herad | 33 | 24 | 9 | 38 | 36 | 48 |
| 4623 | <i>Samnanger kommune</i> | 5 | 3 | 2 | 21 | 17 | 37 |
| 4624 | Bjørnafjorden kommune | 69 | 63 | 6 | 27 | 33 | 10 |
| 4625 | Austevoll kommune | 9 | 4 | 5 | 18 | 11 | 40 |
| 4626 | <i>Øygarden kommune</i> | 114 | 77 | 37 | 29 | 26 | 39 |
| 4627 | Askøy kommune | 154 | 128 | 26 | 52 | 58 | 34 |
| 4628 | <i>Vaksdal kommune</i> | 9 | 3 | 5 | 22 | 11 | 67 |
| 4629 | Modalen kommune | 3 | 2 | 1 | 74 | 71 | 84 |
| 4630 | Osterøy kommune | 28 | 19 | 9 | 34 | 30 | 50 |
| 4631 | <i>Alver kommune</i> | 79 | 63 | 16 | 27 | 28 | 23 |

| | | | | | | | |
|------|--------------------------|-----|-----|-----|----|----|-----|
| 4632 | Austrheim kommune | 11 | 8 | 3 | 38 | 35 | 52 |
| 4633 | Fedje kommune | 2 | 2 | 0 | 40 | 41 | 33 |
| 4634 | Masfjorden kommune | 6 | 6 | 1 | 38 | 42 | 21 |
| 4635 | Gulen kommune | 7 | 4 | 3 | 32 | 23 | 73 |
| 4636 | Solund kommune | 3 | 2 | 1 | 43 | 34 | 90 |
| 4637 | Hyllestad kommune | 3 | 3 | 0 | 22 | 23 | 21 |
| 4638 | Høyanger kommune | 21 | 15 | 6 | 53 | 46 | 89 |
| 4639 | Vik kommune | 17 | 16 | 1 | 65 | 76 | 21 |
| 4640 | Sogndal kommune | 36 | 28 | 8 | 30 | 30 | 32 |
| 4641 | Aurland kommune | 11 | 11 | 0 | 65 | 75 | 13 |
| 4642 | Lærdal kommune | 13 | 13 | 1 | 62 | 72 | 18 |
| 4643 | Årdal kommune | 24 | 22 | 2 | 46 | 51 | 22 |
| 4644 | Luster kommune | 16 | 15 | 1 | 30 | 36 | 10 |
| 4645 | Askvoll kommune | 9 | 8 | 2 | 32 | 33 | 29 |
| 4646 | Fjaler kommune | 9 | 5 | 4 | 31 | 21 | 63 |
| 4647 | Sunnfjord kommune | 99 | 79 | 20 | 45 | 47 | 39 |
| 4648 | <i>Bremanger kommune</i> | 22 | 22 | 0 | 63 | 76 | 6 |
| 4649 | Stad kommune | 54 | 47 | 6 | 56 | 63 | 31 |
| 4650 | <i>Gloppen kommune</i> | 30 | 25 | 6 | 52 | 54 | 43 |
| 4651 | Stryn kommune | 27 | 23 | 3 | 37 | 41 | 22 |
| 5001 | Trondheim kommune | 908 | 728 | 181 | 43 | 43 | 44 |
| 5006 | <i>Steinkjer kommune</i> | 86 | 80 | 6 | 36 | 42 | 13 |
| 5007 | Namsos kommune | 53 | 39 | 14 | 35 | 32 | 47 |
| 5014 | Frøya kommune | 41 | 37 | 4 | 77 | 87 | 37 |
| 5020 | Osen kommune | 2 | 2 | 0 | 21 | 20 | 26 |
| 5021 | Oppdal kommune | 14 | 9 | 4 | 19 | 16 | 31 |
| 5022 | Rennebu kommune | 6 | 3 | 3 | 25 | 16 | 67 |
| 5025 | Røros kommune | 11 | 9 | 2 | 19 | 19 | 21 |
| 5026 | Holtålen kommune | 5 | 4 | 1 | 26 | 26 | 24 |
| 5027 | Midtre Gauldal kommune | 11 | 7 | 4 | 18 | 14 | 33 |
| 5028 | <i>Melhus kommune</i> | 37 | 32 | 5 | 21 | 24 | 13 |
| 5029 | Skaun kommune | 18 | 13 | 4 | 21 | 21 | 20 |
| 5031 | Malvik kommune | 60 | 45 | 15 | 42 | 41 | 44 |
| 5032 | Selbu kommune | 6 | 4 | 2 | 15 | 13 | 20 |
| 5033 | Tydal kommune | 2 | 1 | 1 | 24 | 19 | 52 |
| 5034 | Meråker kommune | 9 | 4 | 4 | 36 | 23 | 94 |
| 5035 | Stjørdal kommune | 78 | 46 | 32 | 32 | 24 | 60 |
| 5036 | Frosta kommune | 5 | 2 | 2 | 17 | 11 | 43 |
| 5037 | Levanger kommune | 75 | 58 | 17 | 37 | 37 | 38 |
| 5038 | Verdal kommune | 31 | 21 | 10 | 21 | 18 | 34 |
| 5041 | Snåsa kommune | 10 | 8 | 2 | 48 | 50 | 39 |
| 5042 | Lierne kommune | 3 | 2 | 1 | 21 | 14 | 58 |
| 5043 | Røyrvik kommune | 1 | 1 | 1 | 29 | 22 | 60 |
| 5044 | Namsskogan kommune | 2 | 1 | 1 | 23 | 15 | 66 |
| 5045 | Grong kommune | 16 | 10 | 6 | 70 | 56 | 127 |

| | | | | | | | |
|------|---------------------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 5046 | Høylandet kommune | 3 | 2 | 1 | 26 | 21 | 42 |
| 5047 | Overhalla kommune | 9 | 4 | 5 | 23 | 14 | 55 |
| 5049 | Flatanger kommune | 3 | 3 | 0 | 31 | 33 | 18 |
| 5052 | Leka kommune | 2 | 1 | 1 | 30 | 22 | 64 |
| 5053 | Inderøy kommune | 11 | 8 | 3 | 16 | 15 | 21 |
| 5054 | Indre Fosen | 25 | 18 | 7 | 25 | 22 | 35 |
| 5055 | Heim kommune | 40 | 34 | 6 | 68 | 70 | 58 |
| 5056 | Hitra kommune | 40 | 34 | 6 | 77 | 80 | 64 |
| 5057 | Ørland kommune | 32 | 21 | 11 | 31 | 26 | 50 |
| 5058 | Åfjord kommune | 29 | 22 | 8 | 68 | 62 | 96 |
| 5059 | Orkland kommune | 70 | 52 | 18 | 38 | 35 | 48 |
| 5060 | Nærøysund kommune | 89 | 72 | 18 | 92 | 93 | 85 |
| 5061 | Rindal kommune | 4 | 2 | 2 | 22 | 13 | 60 |
| 5401 | Tromsø kommune | 178 | 152 | 26 | 23 | 24 | 17 |
| 5402 | Harstad kommune | 74 | 64 | 10 | 30 | 32 | 21 |
| 5403 | <i>Alta kommune</i> | 71 | 56 | 15 | 33 | 34 | 31 |
| 5404 | Vardø kommune | 4 | 3 | 1 | 22 | 18 | 45 |
| 5405 | Vadsø kommune | 16 | 10 | 7 | 29 | 21 | 67 |
| 5406 | Hammerfest kommune | 54 | 38 | 16 | 48 | 42 | 73 |
| 5411 | <i>Kvæfjord kommune</i> | 26 | 23 | 3 | 94 | 100 | 69 |
| 5412 | Tjeldsund kommune | 19 | 14 | 5 | 45 | 41 | 64 |
| 5413 | Ibestad kommune | 5 | 4 | 1 | 36 | 36 | 31 |
| 5414 | Gratangen kommune | 6 | 5 | 1 | 54 | 51 | 70 |
| 5415 | Lavangen kommune | 12 | 12 | 1 | 125 | 148 | 31 |
| 5416 | Bardu kommune | 24 | 19 | 5 | 59 | 59 | 58 |
| 5417 | Salangen kommune | 19 | 14 | 4 | 90 | 84 | 120 |
| 5418 | Målselv kommune | 24 | 16 | 8 | 36 | 30 | 62 |
| 5419 | <i>Sørreisa kommune</i> | 8 | 7 | 1 | 23 | 25 | 12 |
| 5420 | Dyrøy kommune | 10 | 8 | 1 | 91 | 92 | 86 |
| 5421 | Senja kommune | 38 | 38 | 0 | 26 | 32 | 1 |
| 5422 | Balsfjord kommune | 21 | 17 | 4 | 37 | 38 | 36 |
| 5423 | Karlsøy kommune | 9 | 6 | 3 | 41 | 32 | 97 |
| 5424 | Lyngen kommune | 17 | 12 | 5 | 60 | 51 | 116 |
| 5425 | Storfjord kommune | 16 | 14 | 3 | 88 | 89 | 84 |
| 5426 | <i>Kåfjord kommune</i> | 7 | 5 | 2 | 37 | 32 | 61 |
| 5427 | Skjervøy kommune | 16 | 15 | 2 | 58 | 65 | 29 |
| 5428 | Nordreisa kommune | 10 | 9 | 2 | 21 | 22 | 16 |
| 5429 | Kvænangen kommune | 7 | 3 | 3 | 57 | 34 | 176 |
| 5430 | <i>Kautokeino kommune</i> | 10 | 7 | 4 | 35 | 29 | 57 |
| 5432 | Loppa kommune | 2 | 2 | 0 | 24 | 25 | 19 |
| 5433 | Hasvik kommune | 5 | 4 | 1 | 48 | 47 | 54 |
| 5434 | Måsøy kommune | 5 | 4 | 1 | 45 | 41 | 67 |
| 5435 | Nordkapp kommune | 11 | 11 | 0 | 36 | 42 | 0 |
| 5436 | Porsanger kommune | 9 | 6 | 3 | 23 | 18 | 46 |
| 5437 | Karasjok kommune | 13 | 9 | 4 | 51 | 43 | 91 |

| | | | | | | | |
|-------|---|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 5438 | Lebesby kommune | 3 | 2 | 0 | 22 | 23 | 16 |
| 5439 | <i>Gamvik kommune</i> | 9 | 6 | 2 | 81 | 69 | 161 |
| 5440 | Berlevåg kommune | 4 | 3 | 1 | 47 | 38 | 119 |
| 5441 | <i>Deatnu - Tana kommune</i> | 30 | 29 | 1 | 105 | 121 | 26 |
| 5442 | Nesseby kommune | 6 | 5 | 1 | 66 | 64 | 72 |
| 5443 | Båtsfjord kommune | 6 | 5 | 1 | 26 | 25 | 32 |
| 5444 | Sør-Varanger kommune | 23 | 20 | 4 | 23 | 24 | 20 |
| 30101 | Oslo kommune Bydel 1 Gamle Oslo | 146 | 89 | 56 | 24 | 18 | 58 |
| 30102 | Oslo kommune Bydel 2 grunerløkka | 114 | 75 | 39 | 18 | 13 | 44 |
| 30103 | <i>Oslo kommune Bydel 3 Sagene</i> | 116 | 104 | 11 | 25 | 26 | 18 |
| 30104 | Oslo kommune Bydel 4 St.Hanshaugen | 117 | 86 | 32 | 30 | 25 | 71 |
| 30105 | Oslo kommune Bydel 5 Frogner | 112 | 85 | 27 | 19 | 16 | 41 |
| 30106 | Oslo kommune Bydel 6 Ullern | 61 | 38 | 23 | 17 | 14 | 32 |
| 30107 | Oslo kommune Bydel 7 Vestre Aker | 74 | 58 | 16 | 15 | 15 | 13 |
| 30108 | Oslo kommune Bydel 8 Nordre Aker | 99 | 61 | 38 | 18 | 15 | 32 |
| 30109 | Oslo kommune Bydel 9 Bjerke | 70 | 54 | 17 | 20 | 20 | 21 |
| 30110 | Oslo kommune Bydel 10 Grorud | 72 | 53 | 19 | 26 | 24 | 33 |
| 30111 | Oslo kommune Bydel 11 Stovner | 123 | 91 | 32 | 37 | 35 | 41 |
| 30112 | Oslo kommune Bydel 12 Alna | 93 | 60 | 33 | 19 | 15 | 30 |
| 30113 | Oslo kommune Bydel 13 Østensjø | 163 | 108 | 55 | 32 | 27 | 47 |
| 30114 | Oslo kommune Bydel 14 Nordstrand | 55 | 34 | 21 | 10 | 8 | 18 |
| 30115 | Oslo kommune Bydel 15 Søndre Nordstrand | 81 | 59 | 22 | 21 | 20 | 23 |
| 30116 | Oslo kommune Velferdsetaten | 470 | 470 | 0 | | | |
| 30117 | Oslo kommune Helseetaten | 19 | 12 | 7 | | | |

Det er en liten økning i antall rapporterte årsverk fra 2021 til 2022 på 1,7 prosent på nasjonalt nivå. Det er 200 flere årsverk i tjenester til voksne (økning på 1,5 prosent) og 83 flere årsverk i tjenester til barn og unge (økning på 2,2 prosent).

Ett av hovedfunnene i årets rapport er den sterke økningen i antall kommuner som rapporterer om rekrutteringsproblemer. Det er flest som rapporterer om rekrutteringsutfordringer av psykologer, men det er sterkest økning i andel som har problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, men også vernepleiere og sosionomer.

Samarbeidet med fastlegene er kartlagt i 2012, 2018 og 2022. Det var stabilt og godt samarbeid i over åtti prosent av kommunene i 2012 og 2018, men i 2022 har andelen som oppgav at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene gått ned med syv prosentpoeng. Samtidig blir fastlegene viktigere inn i tjenestenes arbeid fordi flere med alvorlige lidelser blir kommunenes ansvar og det blir viktig å følge med på denne målgruppens tilgang til helsetjenester fremover.

Psykologene i kommunene ser i størst grad ut til å arbeide med Hovedforløp 1 og 2, og det er behov for mer psykologkompetanse særlig inn i Hovedforløp 2 og 3. Både for at kommunene skal samhandle bedre med spesialisthelsetjenesten rundt denne målgruppen, men også fordi øvrige ansatte trenger psykologveiledning når brukernes tjenestebehov er komplekse og langvarige.