



# Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)

Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2024

Solveig Osborg Ose

Silje L. Kaspersen





SINTEF Digital  
Postadresse:  
Postboks 4760 Torgarden  
7465 Trondheim

Sentralbord: 40005100

Postmottak.Digital@sintef.no

Foretaksregister:  
NO 919303808 MVA

# Rapport

## Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)

Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene

### EMNEORD

Kommunale tjenester  
Psykisk helse  
Rus  
Årsverk i tjenestene  
Antall brukere  
Bruker- og  
pårørendemedvirkning  
Barn som pårørende  
Oppsøkende virksomhet  
Selvmordsforebygging  
Vold i nære relasjoner  
ØHD  
TUD  
Boligsituasjonen  
RPH  
Lavterskeltilbud  
Samarbeid med fastleger  
Oppfølging av eldre  
Utskrivningsklare pasienter  
Helsefelleskap  
Opptappingsplan psykisk helse  
(2023-2033)  
Sårbarhet for overdoser  
Forebyggingsinnsats  
Flyktninger og asylsøkere  
Nasjonalt forløp for barnevern  
Bruk av teknologi  
Kunnskapsaktører

### VERSJON

3

### DATO

2024-12-11

### FORSKERE

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

### OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

### OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Ranita Larsen Nersund

### PROSJEKTNUMMER

102029960

### ANTALL SIDER

315

Det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024 og formålet med endringen har vært at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, er det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024. I tillegg var det behov for å gjøre forenklinger i rapporteringen for små kommuner som meldte om at rapporteringen var krevende fordi de ikke hadde egne årsverk som bare arbeidet med målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid. Det er dermed et tidsseriebrudd i dataserien i 2024, og det er dermed vanskelig å si hvordan ressursinnsatsen målt med årsverk har endret seg fra 2023 til 2024.

Nye tema i årets kartlegging inkluderer blant annet nasjonale anslag på antall brukere og hvor mange personer det kjøpes tjenester fra private aktører til, hvor mange kommuner som har implementert nasjonalt forløp for barnevern.

### UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

Solveig Osborg Ose  
SIGNATUR

### KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth

Jorid Kalseth  
SIGNATUR  
jorid.kalseth (Dec 11, 2024 15:02 GMT+1)

### GODKJENT AV

Line Melby

Line Melby  
SIGNATUR

COMPANY WITH  
MANAGEMENT SYSTEM  
CERTIFIED BY DNV  
ISO 9001 • ISO 14001  
ISO 45001

### RAPPORT NR.

2024:01412

### ISBN

978-82-14-07069-9

### GRADERING

Åpen

### GRADERING DENNE SIDE

Åpen

# Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som Sintef utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. Sintef har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall 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 tiende rapport i denne serien.

Det har generelt vært god oppslutning om årets rapportering. 94 prosent av alle kommuner/bydeler har rapportert på årsverksinnsatsen. 92 prosent av kommunene/bydelene har fylt ut hele kartleggingskjemaet. Det er 17 kommuner og to bydeler i Oslo som ikke har rapportert, men alle disse rapporterte i 2023, og vi har benyttet disse tallene til å beregne total årsverksinnsats.

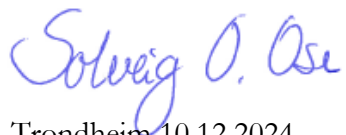
For at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, er det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024, både knyttet til utdanningsgrupper og tjenestekategorier. Kommunene har med få unntak gitt positiv tilbakemelding på de nye årsverkskategoriene. Med mulighet for å velge detaljnivå i rapporteringen av årsverkene, har mange kommuner fått en enklere rapportering. Det har fungert godt å sammenstille tallene fra kommunene selv om de har valgt ulikt detaljnivå. Dette beskrives mer detaljert i rapporten. Endringen i årsverksinndelingen har medført tidsseriebrudd i årsverksvariablene i 2024. Rapporten har fått nytt design for å tilfredsstille krav til universell utforming.

Tusen takk til kommunene som rapporterer og bruker tid på å skrive inn kommentarer til oss forskere. Det er svært lærerikt å lese svarene fra kommunene og det gir oss mulighet for å få en bred forståelse for hvilke muligheter og utfordringer de kommunale tjenestene har på fagområdet psykisk helse og rus.

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

Referansegruppen for prosjektet består av Kristin Tømmervik (KORUS midt), Jon Qvortrup (KS), Jens Solem (A-larm), Petter Dahle (NAPHA), Solfrid E. Lilleeng (Helsedirektoratet), Viviann Sandberg Larsen (Trondheim kommune) og Ingunn Flakne Solberg (Statsforvalteren i Trøndelag). Alle medlemmene i referansegruppen har gitt innspill til rapporten.

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet i dette prosjektet er Ranita Larsen Nersund, og vi takker for nok et år med godt samarbeid. Takk også til Jannicke Berg Leknes og andre i Helsedirektoratet som har gitt gode innspill.



Trondheim 10.12.2024

Solveig Osborg Ose, prosjektleder

# Innhold

Sammendrag	9
<b>1 Kunnskapsgrunnlag</b>	<b>28</b>
1.1 Hvordan jobber vi med kunnskapsgrunnlaget?	29
1.2 Nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene	31
1.2.1 Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, bustad-melding og en mer sammenhengende svangerskaps-, - fødsels-, og barselomsorg	33
1.2.2 Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skole-helsetjenesten (NASKO i FHI)	38
1.3 Forskning og evaluering fra Norge det siste året	38
1.3.1 Nye fagbøker	39
1.3.2 Ny kunnskap innen psykisk helsearbeid – bidrag fra Norge og Norden	41
1.3.3 Ny kunnskap om kommunalt rusarbeid	48
1.4 Internasjonale sammenstillinger av litteratur på psykisk helse- og rusfeltet	50
1.4.1 Nye systematiske litteraturgjennomganger på psykisk helsefeltet:	50
1.4.2 Nye systematiske litteraturgjennomganger på rusfeltet	58
1.5 Oppsummering	62
<b>2 Datagrunnlag</b>	<b>64</b>
2.1 Endringer i 2024	64
2.1.1 Nye tjenestekategorier	65
2.1.2 Nye utdanningskategorier	65
2.1.3 Tilpasning til små kommuner	65
2.2 Valgt rapporteringsmetode	66
2.3 Forkortelser brukt i rapporten	67
2.4 Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen	67
2.5 Oppsummering	68
<b>3 Nasjonale årsverkstall</b>	<b>69</b>
3.1 Årsverksinnsats – totalt	69
3.2 Årsverksinnsats i tjenester til voksne	71
3.3 Årsverksinnsats i tjenester til barn og unge	78
3.4 Oppsummering	83
<b>4 Antall brukere, kjøp av tjenester</b>	<b>85</b>
4.1 Beregning av antall brukere med og uten vedtak	85
4.2 Beregning av antall brukere kommunene kjøper tjenester for	91

4.3	Tilskudd til ulike organisasjoner som gir tilbud til målgruppen	93
4.4	Oppsummering	94
5	Erfaringskonsulenter, rekrutterings-utfordringer og bruk av personalressurser	96
5.1	Erfaringskonsulenter	96
5.2	Rekrutteringsutfordringer	98
5.3	Bruk av personalressurser på nye/måter	102
5.4	Oppsummering	105
6	Årsverk etter kommunestørrelse, fylke, HF, helseregion og ti største	106
6.1	Befolkningsutvikling	106
6.2	Årsverk fordelt etter kommunestørrelse	107
6.3	Årsverk fordelt etter fylke	108
6.4	Årsverk fordelt etter HF-område	110
6.5	Årsverk fordelt etter helseregion	113
6.6	De ti største kommunene	114
6.7	Oppsummering	116
7	Hovedforløp	118
7.1	Innledning	118
7.2	Tjenester til voksne	119
7.3	Tjenester til barn og unge	120
7.4	Vurdering av det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter	121
7.5	Vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge	122
7.6	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om hovedforløp 3	123
7.7	Oppsummering	125
8	Endring i omfang av henvendelser	126
8.1	Endring i omfang av henvendelser/henvisninger	126
8.2	Oppsummering	129
9	Bruker- og pårørendemedvirkning	130
9.1	Sikring av brukermedvirkning på ulike nivå	131
9.2	Systematisk innhenting av brukererfaring	132
9.3	Metode for innhenting av brukererfaringer	134
9.4	I hvilken grad er tjenestetilbudet er recovery-orientert	136

9.5	Oppsummering _____	139
10	Pårørende/barn som pårørende _____	140
10.1	Pårørendestrategien _____	141
10.2	Ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år _____	141
10.3	Samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende _____	144
10.4	Pårørende med innvandrers-/flyktningbakgrunn _____	145
10.5	Oppsummering _____	145
11	Oppsøkende virksomhet mv. _____	146
11.1	Oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom _____	147
11.2	Skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre problemer unge har _____	148
11.3	Tjenester som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddel-problem _____	150
11.4	Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller opp-følgningsteam _____	156
11.5	NAPHAS oversikt over FACT og ACT _____	158
11.6	Hvor godt samarbeidet fungerer for ulike team _____	159
11.7	Oppsummert _____	160
12	Selvmordsforebygging, rutiner og kompetanse _____	162
12.1	Skriftlige rutiner _____	163
12.2	Kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging _____	163
12.3	Hva kommunene har behov for _____	165
12.4	Oppsummering _____	166
13	Vold i nære relasjoner og sikkerhets-utfordringer _____	167
13.1	Handlingsplan _____	167
13.2	Om tjenestene er involvert i forebygging _____	169
13.3	Avdekking av vold i nære relasjoner _____	169
13.4	Proaktiv oppfølging _____	170
13.5	Skriftlige rutiner _____	171
13.6	System for håndtering av vold i nære relasjoner _____	172
13.7	Oppsummering _____	174
14	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold _____	176
14.1	Type tilbud _____	176
14.2	Årsak til at de ikke har etablert tilbud _____	181

14.3	KAD-samarbeidende kommuner _____	182
14.4	Om plassene er brukt av målgruppen _____	184
14.5	Om tilbudet er tilpasset brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk _____	186
14.6	Oppsummering _____	189
15	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) _____	190
15.1	Erfaring med TUD _____	191
15.2	Antall pasienter på TUD som har mottatt kommunale tjenester siste år _____	192
15.3	FACT og TUD _____	194
15.4	Grad av problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som er underlagt TUD _____	195
15.5	Oppsummering _____	200
16	Veileder psykisk helsearbeid barn og unge _____	202
16.1	Kjennskap til den nye veilederen _____	203
16.2	Tverrfaglig psykisk helsetjeneste _____	204
16.3	Tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer _____	207
16.4	Planer med mål og strategier _____	210
16.5	Oppsummering _____	212
17	Boligsituasjonen til målgruppene _____	213
17.1	Boligsituasjonen til personer med psykiske lidelser _____	214
17.2	Boligsituasjonen for personer med rusmiddelproblemer _____	215
17.3	Boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser _____	217
17.4	Boligsituasjonen for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer _____	218
17.5	Oppsummering _____	220
18	Lavterskeltilbud og tilgjengelighet _____	221
18.1	Rask psykisk helsehjelp (RPH) _____	221
18.2	Andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse _____	224
18.3	Andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid _____	225
18.4	Tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser _____	226
18.5	Tilbud tilgjengelig på ettermiddags- og kveldstid _____	227



18.6	Tilbud tilgjengelig i helger	229
18.7	Informasjon om tilbud og åpningstider på kommunens nettsider	230
18.8	Oppsummering	232
19	Samarbeid med fastleger	234
19.1	Fastlegenes henvisningspraksis til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.	235
19.2	Utvikling 2012-2024	235
19.3	Oppsummering	236
20	Oppfølging av eldre	237
20.1	Kartlegging av den eldre befolkningens behov	238
20.2	Systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre	239
20.3	Gjennomført kompetansehevende tiltak	241
20.4	Oppsummering	242
21	Utskrivningsklare pasienter	243
21.1	Problemer med å tilby nødvendige tjenester til utskrivningsklare pasienter	243
21.2	Oppsummering	249
22	Helsefellesskap	250
22.1	Deltakelse i aktiviteter i regi av helsefellesskap	251
22.2	Konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer	254
22.3	Prioritering av de som trenger det mest og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten	256
22.4	Oppsummering	258
23	Opptappingsplanen for psykisk helse (2023 - 2033)	259
23.1	Om planen	259
23.2	Kommunenes forventning til opptappingsplanen	260
23.3	Oppsummering	267
24	Sårbarhet for overdoser	268
24.1	Om det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk	269
24.2	Vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet)	270
24.3	Oppsummering	271
25	Annet	272

25.1	Forebyggingsinnsats	272
25.2	Flyktninger og asylsøkere	273
25.3	Samarbeid med barneverntjenesten	274
25.4	Nasjonalt forløp for barnevern	278
25.5	Interkommunalt samarbeid	278
25.6	Samarbeid med frivillige aktører	279
25.7	Ulike tilbud til målgruppen	281
25.8	Bruk av teknologi	284
25.9	Informasjon om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no	285
25.10	Aktører som kan bidra med kunnskap og kompetanse	287
25.11	Oppsummering	291
<b>Referanser</b>		<b>292</b>
<b>Vedlegg A: Forkortelser</b>		<b>302</b>
<b>Vedlegg B: Grunnlagsdata 2024</b>		<b>304</b>

# Sammendrag

## Kunnskapsgrunnlag

Det publiseres stadig flere forskningsartikler per år på psykisk helse- og rusfeltet, og denne trenden ser ikke ut til å avta. Det publiseres også mye som er i skjæringspunktet mellom helse- og sosialfeltet, og i kapittel 1 har vi for eksempel inkludert relativt mange artikler som havnet i kategorien «Helse, velferd og kriminalitet». Disse handlet om alt fra implikasjoner av digitaliserte velferdstjenester for sårbare innbyggere til juridiske problemstillinger, kriminalitetsforebygging og politiarbeid, gjeld og økonomiske forhold og sosialt arbeid.

Sammenhengen mellom psykisk helse, natur og klima er også noe det vil komme stadig mer kunnskap om. Det er økt oppmerksomhet på rusmiddelbruk og avhengighet i publisert forskning på grunn av den økende bruken av opioider og andre rusmidler som har ført til økte overdosedødsfall og helsekriser i flere land, særlig i USA. En trendrapport fra 2024 undersøker hva amerikanske psykologer mener blir de store utfordringene framover, og her pekes det på misinformasjon, mistillit mot tjenestene, mer medikamentavhengighet og overdosedødsfall, mer hets mot enkelte etniske grupper og minoriteter (herunder LHBTIQ+), utbrenthet i arbeidslivet mv., men også lovende nye behandlingsmetoder og nye muligheter ved bruk av KI og digital behandling.

## Oppslutning og årets rapportering

Det har generelt vært god oppslutning om årets rapportering, og det er 94 prosent av alle kommuner/bydeler som har rapportert på årsverksinnsatsen. 92 prosent av kommunene/bydelene har fylt ut hele skjemaet. Det er 17 kommuner og to bydeler i Oslo som ikke har rapportert, men alle disse rapporterte i 2023, og vi har benyttet fjorårstall for disse til å beregne total årsverksinnsats i 2024.

## Endringer i kartleggingsskjema i 2024

For at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, er det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024, både knyttet til utdanningsgrupper og tjenestekategorier. I tillegg var det behov for å gjøre forenklinger i rapporteringen for små kommuner som meldte om at rapporteringen var krevende fordi de ikke hadde egne årsverk som bare arbeidet med målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid. De har personell som jobber opp mot flere målgrupper, og de har typisk ikke en egen psykisk helse- og rustjeneste. Andre kommuner har personell som arbeider på tvers av ulike tjenester, men kun mot målgruppen. De vet hvor mange årsverk som totalt går til målgruppen, og de kan fordele de på utdanningsgrupper, men ikke på tjenester/tiltak. Rapporteringsfleksibiliteten som ble lagt inn fra 2024, har fungert godt selv om årsverksvariablene nå er litt mer komplisert å analysere fordi de fordeler seg på over hundre variabler.

I tillegg har det vært endringer i fylkesinndelinger i 2024 og vi har ikke tatt med figurer og tabeller som viser fylkesfordelinger for flere år tilbake i tid, men kun vist forskjeller mellom fylker i 2024. Der det finnes data fra tidligere etter kommunestørrelse, har vi tatt med tidligere år.

## Årsverksutvikling

Beregnet endring i tabellen under, viser endringen når vi tar ut årsverk både i 2023 og 2024 for kommuner med store endringer som skyldes endring i måten de anslår årsverk på. De øvrige tallene inkluderer alle årsverk som er rapportert det enkelte år.

Vi beregner at årsverksinnsatsen er omtrent uendret fra 2023 til 2024, med en marginal økning på 0,7 prosent totalt fordelt på en økning på 1,7 prosent i tjenester til voksne og en nedgang på 2,9 prosent i tjenester til barn og unge. Men det er større usikkerhet i beregningen i 2024 enn tidligere pga. endringer og forenklinger i kartleggingen. Det er rapportert inn 16236 årsverk totalt, der 78 prosent går til tjenester til voksne og 22 prosent til tjenester for barn og unge.

	2016	2019	2020	2023	2024	Beregnet endring 2023-2024	
						Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	12 872	12 966	13 445	12 607	219	1,7
Barn og unge	2 873	3 527	3 603	3 991	3 629	-110	-2,9
Totalt	13 936	16 399	16 569	17 436	16 236	109	0,7

2024 vil nå utgjøre et godt utgangspunkt for å følge utviklingen i årene fremover. Det er for eksempel nå ni prosent av årsverkene til voksne og 19 prosent av årsverkene til barn og unge som går til lavterskel helse- og mestringsstilbud. En fjerdedel av årsverkene i tjenester rettet mot voksne er ambulante/mobile/oppøkende årsverk, mens det samme gjelder for omtrent en femtedel av årsverkene i tjenester for barn og unge. Andelen ufaglærte i tjenester til voksne er nå ni prosent og én prosent i tjenester til barn og unge. Samtidig er andelen med videreutdanning høyere i tjenester for voksne, sammenliknet med tjenester for barn og unge.

## Anslag på antall brukere

Det er 73 prosent som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne, og hver tredje kommune har tall for barn og unge. Det er flere måter å gjøre disse beregningene, og basert på dette har vi beregnet at det for alle kommuner var omtrent 83000 brukere med vedtak om tjenester i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2023, totalt 180000 brukere med og uten vedtak. Av de med vedtak var det 15 prosent som var barn og unge, og av alle var det 25 prosent som var barn og unge. Det er altså en litt høyere andel blant de med vedtak som er voksne (82 prosent) enn blant både de med og uten

vedtak (75 prosent). Til sammenlikning var det 279016 som fikk tjenester fra psykisk helsevern i 2023, og 24 prosent var barn og unge. Det er betydelig færre kommuner som har oversikt over barn og unge som får tjenester enn for voksne, så tallene er mer usikre for barn og unge enn for voksne.

Dette er de første anslagene som er gjort på siden 2007, og det er vanskelig å si hvor nøyaktige målingene er før vi får flere målinger. I 2007 anslo vi at det var ca. 40 000 barn og unge (3,4 prosent av befolkningen 0-18 år) og omtrent 60 000 voksne som mottok kommunale tjenester pga. psykiske lidelser (1,7 prosent av befolkningen over 18 år). Anslagene nå i 2024, er 46 000 barn og unge (4,1 prosent av befolkningen 0-18 år) og 134 000 voksne (3,0 prosent av befolkningen over 18 år), og dette inkluderer både de med og uten vedtak om tjenester.

## **Anslag på hvor mange de kjøper tjenester til fra private aktører**

Det er 69 prosent av kommunene som har svart at de har tall på antall voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, og 45 prosent vet antall barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private. Vi har brukt tallene for de som har de, til å beregne tall for de kommunene som ikke har tall. Vi beregner at det ble kjøpt tjenester til i omtrent 1140 voksne og 360 barn og unge i målgruppen fra private aktører i 2023. Sannsynligvis er dette et høyt anslag fordi de som har tall, sannsynligvis kjøper mer tjenester enn de som ikke har tall.

## **Tilskudd til organisasjoner**

Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at de gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til voksne og 13 prosent gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til barn og unge i målgruppen. Det er vanskelig å beregne hvor mye av tilskuddene som fører til aktivitet som kommer målgruppen til gode, men det er mange aktører som får tilskudd. Totalt sett er det betydelige med midler kommunene gir til disse organisasjonene, men det er uklart om disse tilbudene er et tydelig supplement til det offentlige hjelpeapparatet eller om det er en del av det offentlige apparatet fordi de i stor grad finansieres av offentlige midler. En av problemstillingene er for eksempel hvor mye av aktiviteten hos de ulike organisasjonene er basert på frivillig ubetalt innsats, og hvor mye som utføres av ansatte i ordinære tilsetningsforhold som mottar lønn. Om hovedvekten av aktiviteten ligger på sistnevnte og de finansieres av offentlige midler, bør de kanskje vurderes som en del av kapasiteten i offentlig sektor og kanskje i større grad styres av kommunene for å få et mer helhetlig tilbud.

## **Erfaringskonsulenter**

37 prosent av kommunene oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne, og 9 prosent har det i tjenester til barn og unge i 2024. Det er 60 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og 87 prosent i tjenester til barn og unge. Det er hhv. 3 og 4 prosent som har

konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og til barn og unge. Det ser ut til å være en fallende tendens i andelen som har erfaringskonsulenter, og det rapporteres også om færre slike årsverk, både i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

## **Rekrutteringsutfordringer**

Rekrutteringsutfordringer er et betydelig problem og basert på informasjon fra 93 prosent av kommunene er det 46 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid, mens 47 prosent ikke har slike utfordringer. Det er også 7 prosent som ikke vet om de har rekrutteringsutfordringer. Dette tyder på at nesten halvparten av kommunene sliter med å finne kvalifisert personell til kommunenes tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Flest svarer at de har utfordringer med å rekruttere psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Andre svarer at de mangler kompetanse på rus eller psykisk helse, og trenger folk med videreutdanning eller mastergrad i psykisk helsearbeid.

## **Endringer i bruk av personalressurser**

Det er 57 prosent av kommunene som oppgir at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene, og 12 prosent oppgir at de har planer om å gjøre endringer i bruk av personalressurser. Andel som svarer at de har gjennomført endringer øker systematisk med økt kommunestørrelse, og det er tydelig at de fleste som ikke har noen plan, er små kommuner med færre enn 10000 innbyggere.

Mange har gjort endringer i arbeidsområdene til personell i bolig, og typisk har dette vært å bruke de i ambulant virksomhet. Kommunene har etablert ulike lavterskeltjenester og FACT-team, og de tilbyr flere mestringskurs og gruppetilbud. De samarbeider på nye måter og bruker i større grad ressurser på tvers av tjenester. Noen innfører nye turnusordninger og gjør tjenestene mer tilgjengelig utover tilbud på dagtid.

Kommunene beskriver at de fremover planlegger å fokusere mer på forebygging og tidlig innsats. Dette inkluderer å dreie tjenestene mot kurs som KID og KIB, samt å etablere flere ambulante team og lavterskeltilbud. Det er også planer om å øke ressursene til oppsøkende tjenester og å omdisponere personell for å møte endrede behov. Flere kommuner ønsker å styrke samarbeidet mellom ulike tjenester og sektorer, inkludert skolehelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det er også et ønske om å øke kompetansen blant ansatte gjennom videreutdanning og kursing, spesielt innen rus- og psykisk helsearbeid. Noen kommuner har også planer om å etablere nye tiltak som FACT-team og å øke bruken av digitale verktøy for å forbedre tjenestene.

## **Endring i omfang av henvendelser**

For barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer er det 22 prosent av kommunene som rapporterer om en stor økning i henvendelser, mens 38 prosent

rapporterer om en liten økning. For barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer er det 3 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 27 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med hovedsakelig psykiske helseproblemer er det 33 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 36 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer er det 8 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 34 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med ROP-lidelser (rus og psykiske lidelser) er det 8 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 34 prosent rapporterer om en liten økning.

Det er særlig nedgang i andel som svarer stor økning i henvendelser om barn og unge. I 2023 var andelen 34 prosent og den er nå 22 prosent. Det er ikke like stor nedgang for voksne med psykiske helseproblemer, fra 36 prosent til 33 prosent.

Blant de som oppgir at det er en stor økning i henvendelser om barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer, oppgir de særlig økning i henvendelser til helsestasjon mv. og til lavterskel psykisk helse og rustilbud.

For voksne med psykiske helseproblemer og ROP-lidelser gjelder økningen særlig i lavterskel helse- og mestringstilbud og ambulante tjenester.

## **Bruker- og pårørendemedvirkning**

Høringsutkastet for «Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet» fra Helsedirektoratet hadde høringsfrist 20. oktober 2024. Der foreslås ulike tiltak på systemnivå, på tjenestenivå og på individnivå.

Basert på svarene fra kommunene, er det tydelig at de først og fremst sikrer brukervedvirkning på individnivå (88 prosent svarer at de i svært stor eller i stor grad gjør det). De sikrer brukervedvirkning på individnivå gjennom å lytte til brukerne og i fellesskap finner de frem til hvordan de best kan bidra for den enkelte. Det er færre som svarer at de i stor grad sikrer brukervedvirkning det på tjenestenivå (31 prosent) og på systemnivå (24 prosent) eller gjennom systematisk samarbeid med nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner (11 prosent) og regionale bruker- og pårørenderepresentanter (14 prosent).

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 49 prosent at de hadde det. Det er en liten økning fra 45 prosent i 2023, men tallene har ligget stabilt på mellom 42-51 prosent de siste syv årene. Det er også mest vanlig å hente inn brukererfaringer gjennom tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker (69 prosent). Det er 47 prosent av de som har innhentet brukererfaringer som har benyttet en brukerundersøkelse, mens 31 prosent har brukt brukerråd.

## Recovery-orientering

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. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra frem til og med 2021, så en liten nedgang og utflating siste år. Det er 75 prosent som svarer at tjenestene i stor eller svært stor grad er recovery-orientert, mens kun to prosent svarer at tilbudet i liten eller i svært liten er recovery-orientert. Dette betyr at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Norge i stor grad er recovery-orientert.

## Pårørende og 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. Når vi spør om i hvilken grad kommunen/bydelen har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom ulike innsatsområder i strategien, er det flest som svarer at de i stor eller svært stor grad at de har tiltak for tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende (52 prosent), og for mer familieorienterte tjenester og mer forutsigbare og koordinerte tjenester (42 prosent).

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det flest som svarer helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere (75 prosent) og at alle ansatte og alle fagområder har ansvar (47 prosent). 31 prosent oppgir at det er enhet for psykisk helse og rus som har ansvaret, 27 prosent at de har egen barneansvarlig som har ansvaret og 20 prosent at de har egne barne- og familieveiledere/terapeuter som har dette ansvaret. 17 prosent oppgir at ansvaret ligger i psykologtjenester, og 13 prosent har egen pårørendeansvarlig/koordinator.

Av tiltak for barn som pårørende er det 90 prosent av kommunene som oppgir at de gir foreldreveiledning, 56 prosent bidrar i undervisning i faget Livsmestring på skolen og 28 prosent oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/samlivsbrudd. Det er 61 prosent som oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende og 23 prosent oppgir at de har samarbeid med kreftforeningen.

## Oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom

Det er 49 prosent som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, og dette er omtrent som i 2023. Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (68 prosent), skoleelever i grunnskolen (65 prosent), og alle ungdom i en gitt aldersgruppe (63 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).



## **Tiltak mot skolevegring, spiseforstyrrelser og andre problemer blant barn og unge**

Det er 58 prosent som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre problemer de vet unge har. Noen kommuner etablerer tverrfaglige skolefraværsteam/nærværsteam i et samarbeid mellom PPT, skole, helsestasjon, psykisk helse og barnevern, mens andre ansetter skoleløser eller ungdomsløser. Noen har laget prosedyrer for hvordan de skal følge opp skolefravær og andre bruker BTI-modellen.

## **Kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem**

Det er 293 kommuner som har svart på hvilke tjenester som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem.

Det er svært mange ulike kombinasjoner av tjenester og tilbud som beskrives, og det er helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helse/rustjeneste som nevnes av flest (rundt halvparten), mens 35 prosent nevner barnevernstjenester, 18 prosent nevner fastleger eller legekontor og 11 prosent nevner tjenester som inneholder «familie».

## **ACT/FACT**

På spørsmål om kommunen/bydelen inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge som ACT, FACT m.fl., er det 54 prosent som svarer ja. Dette er en liten økning fra 48 prosent i 2023. Det er i 2024 tre prosent av alle kommuner som dekkes av ACT team, 19 prosent av FACT-team og seks prosent av FACT ung-team. I denne beregningen antar vi at de ni prosentene som ikke har svart, ikke inngår i slike team.

Fra NAPHAs oversikt har vi telt opp at det er 87 FACT/ACT team, og 10 til under etablering. Det er nå 28 FACT-Ung team og 16 til som har søkt midler til forprosjekt.

For ACT-team rapporterer 74 prosent av kommunene at samarbeidet med psykisk helsevern for voksne fungerer godt eller svært godt, mens 53 prosent sier det samme om samarbeidet med TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For FACT-team er tilsvarende tall 71 prosent med psykisk helsevern for voksne og 44 prosent med TSB. For FACT ung er det foreløpig mange som svarer at psykisk helsevern for voksne og TSB ikke er aktuell, men om vi ser bort fra disse, beregner vi at 58 prosent har godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne gjennom FACT ung, 79 prosent med psykisk helsevern for barn og unge og 56 prosent med TSB.

## **Selvmondsforebygging, rutiner og kompetanse**

I 2024 har 48 prosent av kommunene etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, en økning fra 39 prosent i 2018. 56 prosent har etablert skriftlige

rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord og 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk. 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er mange som oppgir at de for tiden arbeider med skriftliggjøring av planer.

Det er en betydelig økning i kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging, fra 40 prosent i 2021 til 60 prosent i 2024. Blant disse har 72 prosent gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, 55 prosent har hatt kurs i regi av RVTS, og 17 prosent har hatt kurs gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

På spørsmål om hva kommunene mangler for å få til et mer effektivt selvmordsforebyggende arbeid, er det mange som beskriver mangel på ressurser, kapasitet, planer og rutiner, mangelfullt samarbeid mellom ulike tjenester og mellom nivå og kompetanse blant både ansatte og innbyggerne generelt i kommunene.

## **Vold i nære relasjoner og sikkerhetsutfordringer**

69 prosent av kommunene har utarbeidet en egen handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Av de som har en handlingsplan, er det 59 prosent som svarer at de har gjort den kjent for ansatte i hele kommunen/bydelen.

68 prosent av kommunene oppgir at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er direkte involvert i arbeidet med å forebygge vold i nære relasjoner. De kan være involvert gjennom utarbeiding av handlingsplaner, kompetansehevende tiltak, tverrfaglig samarbeid, forebyggende tiltak som sinnemestringskurs, og gjennom i kartlegginger av vold i nære relasjoner.

19 prosent av kommunene har registrert en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, opp fra 13 prosent i 2023.

27 prosent av kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, en økning fra 18 prosent i 2023. Av utfordringer med proaktiv oppfølging oppgir de manglende ressurser, kapasitet, og kompetanse, samt utfordringer med taushetsplikt og identifisering av personer med voldsrisiko.

23 prosent av kommunene/bydelene oppgir at de har skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepsrisiko. 30 prosent oppgir at de har rutiner for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og 22 prosent har rutiner for oppfølging av personer som har utøvet vold. 31 prosent har rutiner for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. En god del kommuner (66 prosent) har etablert systemer for håndtering av vold i nære relasjoner, men

en av de store utfordringene med å gi proaktiv oppfølging er at kommunene ikke kan gi tjenester til andre enn de som ønsker det selv.

## **Øyeblikkelig hjelp døgnopphold**

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD) er et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på ØHD/KAD som på sykehusene.

I 2024 er det 20 prosent som svarer at de ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud og dette er en økning fra 8 prosent i 2019. Trenden ser dermed ut til å være at færre kommuner etablerer dette tilbudet.

Flere kommuner samarbeider om å tilby ØHD/KAD-plasser og vi identifiserer totalt 50 grupper av kommuner som samarbeider om ØHD/KAD-plasser. I 18 grupperinger er det kun to kommuner involvert og på det meste er 10 kommuner involvert i samarbeidet.

Det er 12 prosent som svarer at plassene blir brukt i stor grad og like mange at tilbudet er godt tilpasset målgruppen psykisk helse og rus. Det er en tydelig sammenheng mellom hvor mye plassene brukes og hvor godt de er tilpasset målgruppen, men det er vanskelig å si hvilken vei kausaliteten går. Dvs. om de brukes mye fordi de er godt tilpasset, eller om de er godt tilpasset fordi det er stort behov for plassene.

## **Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)**

Det er 74 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD, omtrent som i 2023 (75 prosent). Det er 61 prosent av de som har erfaring med TUD som oppgir at det har vært 1-3 pasienter på TUD som har mottatt kommunale tjenester, og 11 prosent svarer at det handler om 10-20 pasienter det siste året. Det er 244 av de 257 kommunene som har erfaring med TUD som har gitt et anslag på antallet. Basert på de 244 svarene, beregner vi at det totalt er 1826 TUD pasienter som har fått kommunale tjenester de siste 12 månedene på nasjonalt nivå i de 257 kommunene som oppgir at de har erfaring med TUD.

I 2022 var det 2982 pasienter i Norge totalt på TUD, så om vi beregner at det var omtrent 3000 TUD-pasienter i 2023, er det det rundt 60 prosent av TUD-pasientene som fikk kommunale tjenester i 2023.

Det er 85 prosent av de som har FACT-team som svarer at FACT følger opp personer som er underlagt TUD. Det er igjen 76 prosent av disse som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 24 prosent svarer at det fungerer middels. Det er kun 1 kommune som oppgir at FACT fungerer dårlig for TUD.

Det er 11 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD som kommer fra psykisk helsevern for voksne og 43

prosent svarer at de i noen grad har problemer. Det er ikke signifikante forskjeller mellom oppsøkningsområdene til helseforetakene når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Mangel på tilrettelagt bolig med oppfølging er det som flest oppgir å være årsaken til problemene med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD (38 prosent). Dernest at personer på TUD avviser hjelp fra kommunen (26 prosent), at personer på TUD ikke vil ta medisinen sin (21 prosent) og at tvangslovgivningen tolkes forskjellig i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (19 prosent).

Når vi spør konkret hva det er i tvangslovgivningen som tolkes forskjellig, er det gitt 65 beskrivelser. Det er få som nevner et spesielt lovverk eller konkrete paragrafer, det er mer generelt at spesialisthelsetjenesten og politiet ikke forstår at det er frivillig å motta kommunale tjenester, og at de kommunale tjenestene ikke kan gjøre det spesialisthelsetjenesten og politiet mener de skal gjøre. Problemene ble litt tydeligere etter at vi har gått gjennom svarene grundigere, men det er fortsatt vanskelig å vite om det er slik at TUD fungerer godt dersom pasienten ønsker kommunale tjenester, eller om FACT fungerer godt fordi de kan bruke tvang jf. psykisk helsevernloven fordi de er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens kommunale ansatte ikke benytter noen form for tvang fordi det er frivillig å motta kommunale tjenester. Problemene oppstår sannsynligvis når det er andre enn FACT-teamet som skal følge opp TUD, og pasienten ikke ønsker å motta kommunale tjenester. Kommunene har ikke hjemmel til å ta seg inn i boliger og gi tjenester pasienten ikke ønsker.

## **Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge**

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet. Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager og deres familie, ved at kommuner støtter opp om de arenaene som barn og unge og deres familie er på slik at de virker helsefremmende og forebyggende, planlegger og utvikler psykisk helsetilbud, tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging tilpasset behovene, og samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge.

I 2024 oppgir 92 prosent av kommunene at de har gjort seg kjent med den nye veilederen. De minste kommunene har i litt mindre grad gjort seg kjent med veilederen, men det er ikke store forskjeller etter kommunestørrelse og det er ingen forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har tverrfaglig psykisk helsetjeneste (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen) som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Det er ytterligere 23 prosent som svarer at de har

planer om å opprette en slik tjeneste. Når vi spør om hvilke kompetanse som er i disse tjenestene, svarer de oftest psykologer, sykepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer.

Det er 41 prosent som svarer at de har et tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer og ytterligere 14 prosent som svarer at de skal etablere et slikt tilbud. I beskrivelser av tilbudet ser vi at det handler om at de har ansatt ruskonsulent/ruskoordinator, at de har ulike lavterskeltilbud, eller ungdomsteam/ungdomskontakt/skolelos, SLT-koordinatorer, familie-team, miljøteam eller kurs eller programmer for avvenning.

44 prosent av kommunene svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, og ytterligere 30 prosent svarer at de skal utarbeide planer.

## **Boligsituasjonen for målgrupper**

Boligsituasjonen er kartlagt for personer med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer, ROP-lidelser og for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer.

Det er 92 prosent av kommunene/bydelen som svarer på spørsmålet om boligsituasjonen for disse målgruppene i 2024. Det er 51 prosent som svarer at dagens boligsituasjon for personer med psykiske lidelser er god eller svært god, og 12 prosent svarer at dagens boligsituasjon for denne målgruppen er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2023 var 20 prosent. Totalt sett betyr dette at det er en bedring i boligsituasjonen for personer med psykiske lidelser, fordi det er flere kommuner som svarer at situasjonen er god, og færre som svarer at den er dårlig.

Det er færre som svarer at boligsituasjonen er svært god eller god (34 prosent) for personer med rusmiddelproblemer og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig for målgruppen. Det er heller ikke en like tydelig bedring som for målgruppen med psykiske lidelser.

Det er hver tredje kommune som svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god, og 36 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig i 2024. Det er flest som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god i de minste kommunene, men det er ikke en tydelig lineær sammenheng og det er ingen forskjeller i andelen mellom kommuner med mellom 5000 og 50000 innbyggere (22 prosent). Det er ingen kommuner med over 50000 innbyggere som svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god og det er kun én bydel i Oslo som svarer at boligsituasjonen er god for personer med ROP-lidelser.

Det er 21 prosent som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer, og 50 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig. Andel som svarer at boligsituasjonen for denne målgruppen er god eller svært god, faller systematisk med økt kommunestørrelse. Det er ingen bydeler i Oslo eller kommuner med

over 50000 innbyggere eller kommuner i Østfold som svarer at boligsituasjonen for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer er god.

## Lavterskeltilbud og tilgjengelighet

Det er 93 prosent som har svart på spørsmålet om de har etablert Rask psykisk helsehjelp (RPH), og det er 27 prosent (94 kommuner/bydeler) av disse som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det i tillegg 34 kommuner eller 10 prosent av de som har svart, som oppgir at RPH er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

I 2024 rapporteres det om 368 årsverk i RPH, og dette utgjør en nedgang på 15 årsverk fra 2023.

Vi har presisert i ledeteksten at med lavterskeltiltak mens tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Det er 60 prosent som oppgir at de har egne lavterskeltilbud utenom RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse i 2024, mens 2 prosent har et interkommunalt tilbud. Det er kun 1 kommune som oppgir at de kjøper tjenesten fra andre kommuner. Det er 6 prosent som svarer at et slikt tilbud er under planlegging. Til sammen er det rapportert om 776 årsverk knyttet til slike lavterskeltiltak i 2024. Flere beskriver at tilbudet de har likner på RPH, men at de tar imot andre brukergrupper i tillegg. Noen oppgir at alle innbyggerne kan ta kontakt, mens andre sier at tilbudet er tilgjengelig for personer over 18 år. Det kan også være ulike aktivitetssentre og møteplasser, frisklivssentraler, kurs i KID og KIB, stressmestring, søvnkurs og andre mestringskurs, assistert selvhjelp eller kognitiv terapi eller andre former for samtaleterapi.

Det er 48 prosent som svarer at de har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid. Dette kan være støttesamtaler, terapeutiske samtaler, råd og veiledning, og individuell oppfølging, sosiale aktiviteter, turgrupper og treningsgrupper, utlevering av brukerutstyr og Nalokson for overdoseforebygging, lavterskel helsestasjon, ulike væresteder, mestringskurs, selvhjelpsgrupper, oppsøkende tjenester og ambulante team eller boligsosialt arbeid og praktisk bistand. Totalt rapporteres det om 603 årsverk i disse tjenesten. Sannsynligvis vil dette delvis være de samme årsverkene som er rapportert til målgruppen innen psykisk helse.

Kommunene har i 2024 også svart på hvor stor andel av årsverk i lavterskeltilbudene som går til ulike gruppetilbud. De minste kommunene anslår at under 10 prosent går til gruppetilbud, kommuner mellom 2000 og 10000 innbyggere anslår 10-20 prosent, mens de med 10000-20000 anslår 10-25 prosent. Høyest ligger de med over 50000 innbyggere utenom Oslo, med anslag på 25 – 30 prosent. Anslaget for Oslo er 20-25 prosent.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser på plass i 2024, og andelen i 2023 var 23 prosent. Tilbudene som beskrives er vanlig legevakt, ulike ambulante akutt-

team, kriseteam, livskrisetelefon, psykiatrisk legevakt, korttids plass på sykehjem, Ø-hjelpsseng mv.

Det er en liten økning i andel kommuner som har tilbud tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid fra 42 prosent i 2023 til 47 prosent i 2024. Dette kan være ambulante/ambulerende team (akutt, miljøtjeneste, hjemmetjeneste), døgnbemannet ROP-tjeneste, FACT-team, døgnbemannet botilbud, telefontjenester, utekontakter mv.

Det er 42 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Det er en liten økning fra 38 prosent i 2023. Andelen øker med kommunistørrelse, men det er mange av de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud. Vi har også spurt om hvilke tjenester dette er, og fra svarene finner vi at dette i stor grad er de samme som tilbudene som er tilgjengelig på ettermiddag- og kveldstid.

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller i andelen mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

## **Samarbeid med fastleger**

Det er 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser voksne til psykisk helse- og rusarbeid og det er stabile tall når vi ser på andel som svarer i stor eller svært stor grad i perioden 2022-2024.

I 2024 er det 27 prosent som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen når det gjelder barn og unge. I 2023 var andelen 44 prosent. Det var 19 prosent som svarte at fastlegene i liten eller svært liten grad henviser barn/unge i 2023, og andelen er 28 prosent i 2024. Når det er færre som svarer i stor grad og flere som svarer i liten grad, ser det dermed ut som kommunene opplever at fastlegene henviser barn og unge i mindre grad enn tidligere.

Det er høy dekningsgrad på de syv indikatorene som måler samarbeid med fastlegene vurdert fra kommunale psykisk helse- og rus-tjenester (85-96 prosent) og det er fortsatt stor grad av fornøydhet med fastlegesamarbeidet. Det er fortsatt 80 prosent av kommunene som oppgir at psykisk helse- og rusarbeid generelt har et godt samarbeid med fastlegene i deres kommune. Det er en liten nedgang i alle indikatorene fra 2012 til 2024. Det er størst fall i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, fra 33 til 24 prosent som er enig i påstanden. Det er også fall i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer,

fra 40 til 33 prosent som er enig. I de andre indikatorene er det nedgang på 1-3 prosentpoeng fra 2012 til 2024.

## Oppfølging av eldre

Det er få kommuner som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus, 13 prosent i 2024. De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er 37 av 38 som har beskrevet hva de har gjort i kartleggingen. Her nevnes forebyggende hjemmebesøk, 80-års besøk, at de har gjort det gjennom helsestasjon for eldre/senior helsestasjon, eller at de kartlegger i samarbeid med hjemmesykepleier eller gjennom spørreundersøkelser.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. Det er små endringer fra 2020 til 2022, men fra 2022 til 2023 er det en økning i andel som svarer ja på 10 prosentpoeng, fra 32 prosent til 42 prosent. Fra 2024 er det en ytterligere økning på 12 prosentpoeng, og det er nå 54 prosent som svarer at de eldre som kartlegges for behov for tjenester blir spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk.

Det er liten endring fra år til år i svarfordelingen for om de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og det er 39 prosent som svarer at de gjennomfører slike besøk blant eldre i 2024, mens 47 prosent svarer at de ikke har gjennomført slike hjemmebesøk i 2024. Dette er omtrent samme fordeling som i 2023. Det er særlig kommuner med over 50000 innbyggere utenom Oslo som i større grad enn andre svarer at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk i 2024.

Det er flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder eldre med psykiske helseproblemer (35 prosent), færre for eldre med rusproblematikk (25 prosent) og eldre utsatt for vold og overgrep (16 prosent) og eldre med ROP-lidelser (16 prosent). Det er 52 prosent som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2024.

På spørsmålet om hva annet de gjør for at kommunen/bydelen skal være mer forberedt på økning i antall eldre med psykisk- helse og/eller rusproblematikk, er det 131 kommuner som gir en beskrivelse. Dette er ulike kompetansehevende tiltak, kurs og videreutdanninger og etablering av tverrfaglige team og samarbeidsutvalg, mer samarbeid med sykehusavdelinger, kartlegginger for å identifisere behov, tidlig innsats for å gjøre eldre mest mulig selvstendig og ikke får behov for omfattende tjenester, lavterskeltilbud for eldre, etablering av møteplasser for å forebygge ensomhet og isolasjon og utarbeiding av søknader om ulike tilskuddsmidler for å styrke tjenester og etablere nye tilbud til den eldre delen av befolkningen.



## Utskrivningsklare pasienter

Av de som har svart (92 prosent), er det 46 kommuner/bydeler (14 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til utskrivningsklare pasienter. Og det er 34 prosent som svarer i noen grad, så totalt er det 47 prosent som oppgir at de har visse problemer. Dette er litt lavere enn i 2022 (54 prosent) og i 2023 (52 prosent).

Når vi ser på hva problemene skyldes, er det et stort flertall av kommunene som har problemer som svarer at forventningene fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby er for høye (85 prosent). Det er også 75 prosent som svarer at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov. Det er 67 prosent som svarer at det er for kort tid fra varsel om utskrivning til faktisk utskrivning og 65 prosent at de har mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak. 63 prosent svarer at problemet er at kommunen ikke har døgnbemannet botilbud og at kommunen/bydelen ikke har tjenester med bemanning utover vanlig kontortid som kan ta imot og starte arbeidet med å etablere tilbud med det samme varselet om utskrivning kommer. Det er 58 prosent som svarer at problemet skyldes at varsler om utskrivning kommer på fredag.

Det er variasjon mellom de ulike opptaksområdene til helseforetakene. Men det er også stor variasjon i hva kommunene svarer innen hvert helseforetak. Det betyr at det er lite systematiske eller signifikante sammenhenger. Det er litt mer systematisk variasjon mellom opptaksområder om at årsaken er at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov enn for de andre årsakene. Kommunene i opptaksområdene til Helse Bergen HF, Finnmarkssykehuset HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS svarer litt oftere enn andre at dette er en av årsakene til at de har problemer med å gi tjenester til utskrivningsklare pasienter. Kommunene som svarer at dette i minst grad er et problem ligger i opptaksområdene til St. Olavs Hospital HF, Sørlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. I de andre årsakene som er målt, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder.

Det er større forskjeller etter kommunestørrelse enn etter helseforetaksområde. At kommunen ikke har døgnbemannet botilbud oppgis i større grad som et problem blant bydelene i Oslo og i lavest grad i de minste kommunene. Det samme gjelder mangel på egnede boliger.

Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak er oftere et problem i små kommuner enn i store kommuner. For kort tid fra varsel om utskrivning til faktisk utskrivning oppgis i minst grad i de minste kommunene og i størst grad i de største, kanskje fordi spesialisthelsetjenesten har større forventninger til store kommuner enn til små kommuner. At de skrives ut på fredag, er i betydelig mindre grad et problem i bydelene i Oslo enn i andre kommuner.

## Helsefellesskap

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.

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte har deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap i 2024. Dette er omtrent som i 2023 (39 prosent).

Det er stor variasjon mellom opptaksområdene i andel av kommunene som har deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap. Det er mange som oppgir at de ikke vet om ansatte har deltatt og flere oppgir at dette er et arbeid som i liten grad har involvert tjenestene til nå – at dette er noe som foregår på ledernivå over tjenestelederne.

Det er særlig en økning i andel kommuner som svarer at ansatte har deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap i opptaksområdene til Sykehuset Østfold HF, Helse Bergen HF, det er også en økning i Helse Førde HF, i Finnmarkssykehuset HF og i Sykehuset Telemark HF. Ellers er det nedgang eller uendret i andel kommuner/bydeler i opptaksområdet som svarer at ansatte i tjenestene til målgruppen har deltatt i aktivitet i regi av helsefellesskap.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at helsefellesskapet de er en del av, har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Andelen som svarer ja øker systematisk med kommunestørrelse, fra 26 prosent i de minste kommunene til 78 prosent i kommuner med over 50 000 innbyggere utenom Oslo.

Når vi spør hvilke tiltak dette er, handler det om ulike prosjekter og initiativer rundt etablering av FACT, samarbeidsmøter, fagdager, workshops, at de har etablert samarbeidsutvalg og arbeidsutvalg eller utarbeiding av retningslinjer og strategier

Som i 2023, er det flest som svarer at de ikke vet i hvilken grad prioriteringene av de som trenger det mest har økt eller om samarbeidet har blitt bedre. Men det er en synlig liten økning i alle indikatorene for i hvilken grad helsefellesskapet har bidratt til økt prioritering eller bedret samarbeid.

Svarene fra kommunene tyder på at det ikke har skjedd veldig mye på dette område fra 2023 til 2024, men dette er sett fra de brukernære tjenestene sin side og flere påpeker at det kan ha skjedd mer på overordnet nivå som de ikke er informert om. Det er også noen som svarer at de ikke helt har tro på at helsefellesskapene vil føre til at de som trenger det mest blir prioritert. Dette handler om at de tror det er vanskelig å finne løsninger for de med de mest alvorlige lidelsene både fordi de vet at det er stort press på spesialisthelsetjenestene slik at de er usikre på om de vil få bedre hjelp med de med de alvorligste lidelsene og fordi det er for stor avstand mellom helsefellesskapene og de brukernære tjenestene.

## Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023-2033)

Regjeringen har valgt tre innsatsområder for opptrappingsplanen: helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode og tilgjengelige tjenester der folk bor og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

I 2024 har vi kartlagt forventningene til kommunene. Det er gitt 272 svar på hvilke forventninger de har til opptrappingsplanen og vi har tatt med mange av svarene i kapittel 23 for å gi tilbakemelding til helsemyndighetene om hva kommunene forventer.

Noen tilbakemeldinger handler om generelle forventninger som økte midler til kompetanseheving og bedre samarbeid og koordinering med spesialisthelsetjenestene om personer med alvorlige psykiske lidelser. Rundt hver femte tilbakemelding handler om at de forventer øremerkede midler for å sikre at midlene går til målgruppen.

Mindre kommuner sliter med å opprette lavterskeltjenester fordi de må prioritere pasienter med vedtak. De forventer at kommunene fremover skal prioritere forebygging og at spesialisthelsetjenesten skal ta ansvar for alvorlig syke pasienter med mulighet for langvarig opphold på sykehus/institusjon. Dersom alvorlig syke pasienter skal bo i kommunen, trenger de mer oppsøkende behandling fra spesialisthelsetjenestene.

Større kommuner ønsker blant annet mer ressurser til helsestasjon og skolehelsetjenesten og økte midler til kompetanseheving, men de ønsker også tydeligere retningslinjer for oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Felles for mange kommuner er at de opplever økonomisk press og er bekymret for at midler til forebyggende arbeid kan bli nedprioritert fordi det ikke er lovpålagt. Det er også en bekymring for at ressurser til forebygging og lavterskeltilbud kan gå på bekostning av tjenester til de mest alvorlig syke.

## **Sårbarhet for overdoser**

Hver tredje kommunene svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, men det er store forskjeller etter kommunestørrelse. Av de minste kommunene er det 16 prosent som svarer at dette er en del av kommunens planverk, mens 94 prosent av de største kommunene og alle bydelene i Oslo svarer at å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk.

Av de som har dette som en del av planverket, er det 74 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS i den forbindelse. Det er de aller minste kommunene som i minst grad har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, og de med over 50 000 innbyggere og i bydelene i Oslo har alle vært i kontakt med KORUS i den forbindelse.

## Andre tema

Det er 54 prosent som oppgir at de har gjennomført tiltak for å forebygge psykiske plager/lidelser og/eller rusproblemer på befolkningsnivå, 65 oppgir at de har tiltak for å forebygge på gruppenivå og 74 prosent at de har tiltak på individnivå i 2024.

Det er 91 prosent av kommunene som har svart som oppgir at de har bosetting av voksne flyktninger i kommunen/bydelen, og 67 prosent oppgir at de har flyktninghelsetjeneste eller flyktninghelseteam. 20 prosent som har ordinært mottak for asylsøkere og 16 prosent har mottak av enslige mindreårige asylsøkere. Det er 59 prosent av kommunene som rapporterer at tjenestene innen psykisk helse og rusarbeid er involvert i kommunens arbeid med bosetting og integrering av flyktninger. 93 prosent oppgir at tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid kontaktes av flyktningstjenesten eller lignende om flyktninger som har behov for samtale eller oppfølging. 44 prosent av kommunene har ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid som arbeider med flyktninger og 65 prosent gir bistand eller veiledning til andre ansatte som arbeider med flyktninger. 53 prosent har ansatte som deltar i tverrfaglige team eller grupper knyttet til oppfølging av flyktninger og 42 prosent av kommunene deltar i oppfølging av barn av flyktninger. Det er betydelig involvering av psykisk helse- og rustjenester i arbeidet med flyktninger, spesielt når det gjelder kontakt og veiledning. Det er også noen kommuner som har egne tilbud for flyktninger innen psykisk helse (18 prosent) og innen rus (3 prosent).

Det er 44 prosent av kommunene/bydelene som i 2024 svarer at de har implementert nasjonalt forløp for barnevern.

I 12 prosent av kommune har målgruppen tilgang til musikkterapi. Det flest synes å ha tilgang på, er aktivitetstilbud utendørs (61 prosent) og aktivitetstilbud med trening (60 prosent).

93 prosent av kommunene har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten siste 12 månedene for å få økt kunnskap og kompetanse på fagområder innen psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, 92 prosent som har vært i kontakt med KORUS de siste 12 månedene. 88 prosent har vært i kontakt med RVTS. Det er også mange som har vært i kontakt med statsforvalteren (79 prosent) og med NAPHA (78 prosent). Det er 54 prosent som svarer at de har vært i kontakt med RBUP/RKBU de siste 12 månedene.

## Konklusjon

Årets kartlegging har gitt oss mulighet til å anslå hvor mange personer kommunalt psykisk helse- og rusarbeid gir tjenester til. Forrige anslag ble gjort i 2007 og da kom vi frem til at det var 3,4 prosent av barn og unge som fikk tjenester og 1,7 prosent av befolkningen over 18 år. Anslagene nå i 2024, er at 4,1 prosent av barn- og unge har fått tjenester og 3 prosent av befolkningen over 18 år, og dette inkluderer både de med og uten vedtak om tjenester. I 2007 var ikke rusarbeid med i kartleggingen, så det forklarer litt av økningen, men det er uansett en økning i andel av befolkningen som får tjenester fra de kommunale psykisk helse- og rustjenestene.

Vi har også beregnet at det kjøpes tjenester fra private aktører for en liten andel av brukerne. Totalt for rundt 1100 voksne brukere og til 360 barn og unge. For voksne kjøpes det i størst grad langtids bo/behandlingstilbud fra kommersielle aktører. For barn og unge er det også kommersielle aktører kommunene i størst grad kjøper tjenester fra, og dette er avlastningstilbud, veiledningstjenester og institusjonsopphold.

Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har tverrfaglig psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen). Det er ytterligere 23 prosent som svarer at de har planer om å etablere en slik tjeneste.

Det blir viktig å følge med på hvordan kommunene samtidig prioriterer en sterk helsestasjon og skolehelsetjenestene som treffer nesten samtlige barn og unge.

Det er 41 prosent som har tilbud rettet mot personer med begynnende rusmiddelproblemer utover ordinære tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste og barneverntjeneste og ytterligere 14 prosent som svarer at de skal etablere et slikt tilbud.

Arbeidet som er gjort med nye tjenestekategorier og forenkling i rapporteringen, vil gi et godt grunnlag for å følge utviklingene i årene fremover.

# 1 Kunnskapsgrunnlag

Arbeidet som ligger bak IS-24/8-rapportene har en rød tråd helt tilbake til den første Opptappingsplanen for psykisk helse som pågikk i perioden 1999 til 2008<sup>1</sup>. Et av målene den gang var å utvikle lokalbasert psykisk helsearbeid i de kommunale helsetjenestene, og ved distriktspyskiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Med den første Opptappingsplanen fulgte øremerkede midler til kommunene, og med øremerkede midler følger som regel nøye rapportering til helsemyndighetene. Som del av evalueringen av Opptappingsplanen<sup>2-8</sup>, ble ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid kartlagt. Fra å ha omtrent null årsverk i kommunale psykisk helsetilbud på 1990-tallet, bygget det seg gradvis opp en høykompetent tjeneste ute i kommunene fram mot Opptappingsplanens slutt. En stor andel av årsverkene i disse nye tjenestene hadde høgskole- og universitetsutdannelse, og mange hadde videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid<sup>9</sup>. Slik er det fortsatt<sup>10</sup>. I hhv. 2007 og 2016 har det også vært opptappingsplaner på rusfeltet<sup>11,12</sup>, og både reformene og virkemidlene er evaluert<sup>13,14</sup>.

Da den første Opptappingsplanen for psykisk helse nærmet seg slutten, bestemte helsemyndighetene seg for at man skulle fortsette å følge med på antall årsverk og utviklingen på feltet. SINTEF Helse har siden 2007 hatt oppdraget med å utvikle, gjennomføre og analysere en årlig kartlegging av ressursinnsatsen – først for psykisk helsearbeid, og fra 2015 også for kommunalt rusarbeid. Omtrent samtidig ble NAPHA etablert (2008) som nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne. Sammen med de regionale RVTS'ene, KORUS'ene og RBUP/RKBU'ene har de et viktig samfunnsoppdrag når det gjelder å styrke og utvikle det kommunale psykisk helse- og rustilbudet gjennom kunnskapsspredning, veiledning og nettverksarbeid. Det er også gjennomført evalueringer av enkelttiltak – slik som den øremerkede satsningen på lavterskeltiltak for rusmiddelavhengige<sup>15</sup>, og utviklingen i rekrutteringstilskuddet som har vært gitt for å få flere psykologer ansatt i kommunene<sup>16,17</sup>.

15 år etter den at den første Opptappingsplanen var ferdig, er vi nå inne i en ny Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)<sup>18</sup>. Med referanse til Helsepersonellkommisjonen pekes det på at man ikke kan forvente samme vekst i antall årsverk i kommunene i årene som kommer:

*Rapporterte tall fra kommunene viser at antall mennesker som arbeider innen kommunale tjenester for psykisk helse og rus har økt de siste årene. Samtidig viser utredningen fra Helsepersonellkommisjonen at man ikke kan legge til grunn samme økning framover. Regjeringen ønsker derfor å se på hvordan ressursene innen feltet psykisk helse og rus kan brukes mer effektivt, for eksempel i form av nye måter å jobbe på, riktig oppgavedeling, hensiktsmessig bruk av teknologi og andre måter å organisere tjenestene på. Regjeringen vil satse på lavterskeltilbud og hjelpemetoder som når bredt ut til mange. (Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033), s.44)*

IS-24/8-kartleggingen<sup>a</sup> har utviklet seg til å omfatte ikke bare årsverk, men også tilbakemelding fra kommunene på en rekke satsningsområder innen psykisk helse- og rusfeltet. Spørreskjema utviklingen har i større og større grad skjedd i et tett samarbeid mellom SINTEF og Helsedirektoratet, der ansatte fra mange fagområder i Helsedirektoratet er involvert. Det er også en faglig referansegruppe som gir innspill på skjemaet og diskuterer resultater. Kartleggingen involverer flere tusen ansatte og ledere i kommunene, og er per i dag en av de viktigste kildene myndighetene har til styringsinformasjon på dette feltet. Fra og med 2024 er kommunene bedt om å oppgi hvor mange brukere de har i de kommunale psykisk helse og rustjenestene (med eller uten vedtak), og sammen med fokus på rekruttering av personell og andre fokusområder vil IS-24/8-rapporteringen fortsette å være en viktig kilde til styringsinformasjon for helsemyndighetene under den pågående Opptrappingsplanen. Rapporten er hyppig referert i nasjonale plan- og styringsdokumenter.

De siste årene har rapportens første kapittel inneholdt et kunnskapsgrunnlag med eksempler på ny forskning på psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Her 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. Høsten 2024 kom den første utlysningen av forskningsmidler i «Kommunenes samarbeidsarena for forskning» (KSF) administrert av Forskningsrådet. KSF skal bygge «samarbeid mellom små og store kommuner, forskningsmiljøer og andre aktører som understøtter kunnskapsutvikling i kommunene», ifølge KS sine hjemmesider. Kommunene som forskningsarena er bare i startgropen, og med KSF er det knyttet store forventninger til økt forskning for, i og med kommunesektoren i årene som kommer.

## 1.1 Hvordan jobber vi med kunnskapsgrunnlaget?

Det første vi gjør i arbeidet med kunnskapsgrunnlaget er å oppdatere oss på nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene det siste året. De siste fem årene har vi gjengitt en liste over offentlige meldinger, planer og strategier som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet. Fra 2022 har vi brukt søkeløsningen for kunnskapsdokumenter i offentlig sektor; Kudos (<https://kudos.dfo.no/>) i dette arbeidet. 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.

Søkestrengene som ligger til grunn for kunnskapsgrunnlaget utgjøres av ulike kombinasjoner av ordene (på norsk og engelsk) community mental health services/primary care/mental health/substance use/community drug treatment. Rapporten dekker en rekke

---

<sup>a</sup>Navnet IS-24/8 stammer fra rundskriv for psykisk helsearbeid (IS-24) og rusarbeid (IS-8) fra Helsedirektoratet i sin tid.

ulike tema innenfor psykisk helse- og rusarbeid, der hvert enkelt kapittel kunne inneholdt en egen kunnskapsoppsummering. Det ligger utenfor prosjektets formål og rammer å gjøre systematiske litteraturgjennomganger på alle tema. Våre referanser til systematiske sammenstillinger av litteratur vil imidlertid inneholde en rekke sentrale referanser til litteratur på feltet. Vi oppfordrer leserne til å bruke Helsebiblioteket, PubMed og Google Scholar til å finne fram til fulltekstartikler av de artiklene vi refererer til. Helsebiblioteket har også egne ressurspersoner som jobber med kunnskaps- og beslutningsstøtte for kommunene<sup>b</sup>. Våren 2023 etablerte Helsebiblioteket psykisk helsearbeid som eget temaområde for retningslinjer/veiledere, oppsummert forskning, tidsskrifter, skåringsverktøy og skjemaer, pasientinformasjon, rapporter, juridiske aspekter mv.: <https://www.helsebiblioteket.no/sykdom-og-behandling/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid>.

Slik det framgår av SINTEF-rapporten fra i fjor<sup>10</sup> søker vi etter vitenskapelige publiseringer på norsk i Google Scholar, Helsebiblioteket og Idunn, samt tidsskrift som vi vet er særlig aktuelle. De siste årene har vi også søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger på tema kommunalt psykisk helse og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed. Vi har søkt på kombinasjoner av ordene "Community mental health" eller "substance use"/"addiction" eller "primary" og ordene service/organisation/competence/inter-diciplinary/centers/nursing/integrated care/resource/ professional. Søkene og selve gjennomgangen av treff blir utført av én seniorforsker (SLK) som setter opp en evidenstabell i Excel der treffene noteres ned, for deretter å gjennomgå sammendrag av artiklene og bestemme hvilke artikler som inkluderes. Søkene er begrenset til å favne publikasjoner siste år. Fra og med 2024 bruker vi Zotero som referanseverktøy. Som nærmere beskrevet i kapittel 2.3, har vi brukt Microsoft Copilot (KI-verktøy) til en første tematisk sortering av funn, til å skrive korte oppsummeringer, og til å trekke tilfeldig hvilke av de inkluderte artiklene vi valgte å omtale nærmere, når totalt antall inkluderte artikler var høyt.

---

<sup>b</sup><https://www.helsebiblioteket.no/kommunehelsetjenesten/forskning-kvalitet-og-samhandling/kunnskaps-og-beslutningsstotte-for-kommunene>



## 1.2 Nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene

I midten av oktober 2024 gjennomførte vi Kudos-søket, der vi brukte søkeordene "psykisk helse", "psykisk helsearbeid", "rusarbeid", «rusmiddel» «vold» og «overgrep». Søkene var begrenset til dokumenter fra 2023 og 2024, ettersom de samme søkene ble gjennomført i fjor høst, og vi kun er ute etter å inkludere nye treff siden forrige søk. Totalt fikk vi opp 1147 treff i Kudos, i tillegg til nye Ukom-rapporter og et par aktuelle rapporter fra Riksrevisjonen. Antall treff i Kudos er nær en tredobling fra i fjor, og speiler utviklingen i publisering generelt; det øker eksponentielt fra år til år.

Tabell 1.1 Nye stortingsmeldinger og NOU-er det siste året (høst 2023 – høst 2024).

<b>Stortingsmeldinger siste år</b>	
Meld. St. 5 (2024-2025)	Trygghet, fellesskap og verdighet - Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1 – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*
Meld. St. 33 (2023-2024)	En forsterket arbeidslinje
Meld. St. 19 (2023-2024)	Profesjonsnære utdanningar over heile landet
Meld. St. 13 (2023-2024)	Bustadmeldinga
Meld. St. 12 (2023-2024)	Samisk språk, kultur og samfunnsliv
Meld. St. 9 (2023-2024)	Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024-2027
Meld. St. 9 (2023-2024) - særtrykk	En god start på livet. En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
Meld. St. 28 (2022-2023)	Gode bysamfunn med små skilnader
<b>Norges offentlige utredninger siste år</b>	
NOU 2024:18	En universell tannhelsetjeneste
NOU 2024:17	Om integreringspolitikken: Stille krav og stille opp
NOU 2024:15	Felles verdier - felles ansvar. Styrket innsats for forebygging og bekjempelse av økonomisk kriminalitet
NOU 2024:12	Håndheving av mindre narkotikaovertrædelser
NOU 2024:8	Likestillingens neste steg
NOU 2024:4	Voldtekt - et uløst samfunnsproblem
NOU 2024:3	Felles innsats mot ekstremisme
NOU 2023:24	Med barnet hele veien (Barnevernsinstitusjonsutvalget)

\* Per dato ikke behandlet i Stortinget.

**Tabell 1.2 Nye handlingsplaner, strategier, evalueringer og andre innsatser på helse- og velferdssfeltet det siste året (høst 2023 – høst 2024).**

<b>Handlingsplaner og strategier siste år</b>
Regjeringens kvinnehelsestrategi - betydningen av kjønn for helse
Prop. 36 S (2023–2024) Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) -Trygghet for alle (Stortinget har gitt sin tilslutning)
Vårt felles ansvar - ny retning for barnevernets institusjonstilbud
Alle inkludert! Handlingsplan for like muligheter til å delta i kultur-, idretts- og friluftslivsaktiviteter, 2024-2026
Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme
Handlingsplan mot rasisme og diskriminering - ny innsats 2024-2027
Regjeringens tiltaksplan for anerkjennelse, ivaretagelse og oppfølging av veteraner (2024-2028)
Handlingsplan for en tryggere idrett og forebygging av kroppsmisnøye og spiseforstyrrelser i idretten
Forenkle og forbedre - Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern (forhåndsutredning)
Rom for deltakelse - regjeringens kulturfrivillighetsstrategi (2023-2025)
Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre
<b>Evalueringer siste år (utvalgte med særlig relevans for psykisk helse- og rusarbeidsfeltet)</b>
Opplevelser av velferdstilbudet for barn og unge med funksjonsnedsettelse: Før, under og etter pandemien (OsloMet)
Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering: Sluttrapport i evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam (SINTEF)
HelseIArbeid - et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltakelse? (UiT)
Koronapandemiens betydning for barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet: Erfaringer fra ungdom og barnevernsansatte (OsloMet)
Evaluering av forsøk med overføring av oppgaver fra Husbanken til statsforvalterembeter (Menon Economics)
Evaluering av IPS ung (OsloMet/AFI)
Følgeforskning på fastlegeprosjektet: "Arbeidsfokus på fastlegekontor" (Oxford Research)
Evaluering av barnevernsreformen (første statusrapport) (Menon/NTNU samf.forsk.)
Rusinstitusjoner for ungdom: Grensedragning mellom frivillighet, tvang, omsorg og behandling. Samfunnsvitenskapelig analyse (OsloMet)
Evaluering av tilskudd til Verdensdagen for psykisk helse: Desember 2023 (Deloitte)
Ekspertutvalg om samtykkekomptanse og bruk av tvang i psykisk helsevern: Bedre beslutninger, bedre behandling
<b>Rapporter fra Ukom og Riksrevisjonen siste år</b>
Pårørende sikrer trygg behandling - funn fra Ukoms rapporter om involvering og ivaretagelse
"Ingen kan hjelpe meg" - Hvorfor ble Malin nødetatenes ansvar?
Gjentatte henvendelser til legevakt
Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse
Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene (Riksrevisjonen)
Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (Riksrevisjonen)

## 1.2.1 Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, bustadmelding og en mer sammenhengende svangerskaps-, - fødsels-, og barselomsorg

Mens vi i fjorårets rapport viet oppmerksomhet til Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-3033) og folkehelsemeldinga, har vi i år valgt å se nærmere på den lenge varslede forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (Meld. St. 5 (2024-2025)), Bustadmeldinga og Meld. St. 9 (2023-2024) «En god start på livet» - om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I alle disse står psykisk helse og rusarbeid sentralt. I Prop. 36 S (2023-2024), Innst. 259 S (2023-2024) går det fram at det også kommer en Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner – som blir viktig for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Det var flertall på Stortinget for flere anmodningsvedtak, som å be regjeringen utrede forslag til lovfesting av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, det skal sendes et lovforslag på høring innen våren 2025.



Sammenstilling av stortingsmeldinger.

### En ny forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Reformen ble lagt fram i slutten av oktober 2024 og tar sikte på å forbedre forebygging, skadereduksjon og behandling av rusmiddelproblemer i Norge<sup>19</sup>. Helse- og omsorgsministeren brukte i framlegget av meldinga, tid på å beklage at den ruspolitikken som har vært ført i Norge så langt, ikke har lyktes. Reformen understreker retten til et verdig liv og nødvendig helsehjelp for personer med rusmiddelproblemer, og at alvorlige rusmiddelproblemer skal møtes med hjelp, ikke straff. Regjeringen støtter imidlertid ikke avkriminalisering av narkotikabruk. Målet er å redusere sosiale og helsemessige ulikheter og sikre lik tilgang til helsetjenester. Dokumentet gir en oversikt over utviklingen av

rusmiddelpolitikken fra 1980-tallet, inkludert viktige reformer som Rusreformen i 2004, og beskriver hvordan ansvaret for rusmiddelbehandling har blitt integrert i helse- og sosialtjenestene.

Reformen legger vekt på å fremme likebehandling og retten til helse ved å sikre at behandling av rusmiddelproblemer likestilles med andre helsetjenester. Det foreslås også tiltak for å redusere stigma og forbedre tilgang til helsetjenester for personer med rusmiddelproblemer. En dynamisk handlingsplan for å forebygge overdoser fra både ulovlige rusmidler og reseptbelagte legemidler skal implementeres. Det legges også vekt på kunnskapsbasert forebygging gjennom bedre koordinering mellom sektorer involvert i forebygging, tidlig intervensjon og støtte til kommuner for å implementere kunnskapsbaserte forebyggende tiltak. Bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet styrkes ved økt involvering i behandlingsprosesser, utvikling av nasjonale retningslinjer og bedre finansiering for familieorienterte tiltak. Behandlings- og oppfølgingstilbudene skal videreutvikles for å redusere helseulikheter og fremme sosial inkludering, med vekt på koordinerte pasientforløp og utvikling av integrerte ettervernstjenester. Kunnskap og kompetanseutvikling støttes gjennom forskning, utvikling av nasjonale registre og kompetansesentre, inkludering av personell med erfaringskompetanse og etablering av et nasjonalt monitoreringssystem for rusmiddelsituasjonen.

Økonomiske og administrative konsekvenser av reformen diskuteres, med fokus på samfunnskostnadene ved rusmiddelbruk og økonomiske tiltak for å implementere reformen. Det legges vekt på viktigheten av å overvåke og evaluere resultatene av reformen for å sikre effektiv implementering og oppfølging. Overordnet tar Rusreformen 2024 sikte på å forbedre forebygging, skadereduksjon og behandling av rusmiddelproblemer gjennom en helhetlig tilnærming som inkluderer likebehandling, overdoseforebygging, kunnskapsbasert forebygging og involvering av brukere og pårørende.

Hovedtiltakene i reformen er oppsummert slik på Regjeringens nettsider<sup>6</sup>:

- Iverksette nasjonalt rusmiddelforebyggende program for barn og unge.
- Utrede årskontroll hos fastlege og fritak for egenandel hos fastlege for pasienter med rusmiddellidelser.
- Videreutvikle LAR (legemiddelassistert rehabilitering) slik at behandlingen blir mer helhetlig og treffer flere.
- Legge til rette for at det blir enklere for kommunene å etablere brukerrom.
- Handlingsplan mot stigmatisering som skal redusere stigmatisering og forskjellsbehandling av mennesker med rusmiddelproblemer.
- Opprette nasjonalt system for monitorering av rusmiddelsituasjonen i Norge.

---

<sup>6</sup><https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/-en-ny-ruspolitikk-for-trygghet-fellesskap-og-verdighet/id3066515/>

- Ny handlingsplan mot overdoser som inkluderer rusmiddeltesting.
- Redusere gapet i forventet levealder mellom mennesker med rusmiddelproblemer og befolkningen ellers.
- Styrke det oppsøkende arbeidet i kommunene og målrette tilskudd til rusmiddelforebyggende tiltak.
- Styrke samarbeidet med bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivilligheten og ideell sektor.
- Videreutvikle behandlings- og oppfølgingstjenester i kommunene og sykehusene.
- Personer med erfaringskompetanse skal inkluderes i tjenestene.
- Gå i gang med nærklinikk, et brukernært tilbud med spesialisert behandling for personer med sammensatte lidelser.
- Bygge ut basistjenester innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i alle helseforetak.
- Etablere behandlingstilbud til barn og unge, voldsutsatte kvinner med ruslidelser og etablere integrert ettervern.

### **Bustadmeldinga - Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet**

Ordene «Psykisk helse» og «rus» er begge nevnt 48 ganger hver i den nye Bustadmeldinga, som ble lagt fram av Kommunal- og distriktsdepartementet i fjor <sup>20</sup>. Meldinga fremhever boligpolitikkenes økende betydning i det norske samfunnet, og identifiserer fire hovedområder: økt boligeierskap, trygt og forutsigbart leiemarked, vedlikehold og bygging av nødvendige boliger, samt styrket innsats for de som ikke klarer å skaffe bolig selv. Offentlige myndigheters rolle diskuteres, spesielt styrking av kommunenes rolle og fornyelse av Husbanken. I IS-24/8 har boligsituasjonen for målgruppen vært tema i mange år, og i Bustadmeldinga understrekes problematikken:

*«Dei fleste kommunane melder om at dei har for få utleigebustader. Butryggleik, leigeprisar og kvalitet på bustader og nabolag kan vere utfordrande for folk som bur i kommunale utleigebustader. Mange kommunar fortel at det er særleg krevjande å gi eit godt butilbod til personar med rusmiddelproblem og psykiske lidingar.»* Bustadmeldinga, s. 44-45.

Utfordringene er gjerne størst i de mest sentrale kommunene, og kun 14 prosent av kommunene svarer at de har god tilgang til boliger til lavinntektsfamilier. Tiltak for å sikre et trygt og forutsigbart leiemarked handler om oppdatering av husleieloven og forbedring av bostøtten, samt rammeverk og verktøy for å håndtere utleieboligene. Når det gjelder styrket innsats for sårbare grupper, beskrives tiltak for å støtte de som ikke klarer å skaffe bolig selv, og ungdom i barnevernet nevnes spesielt. Bustadmeldinga understreker at det må tas en koordinert tilnærming både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for å sikre at alle i Norge kan bo i en egnet bolig. Dokumentet fremhever behovet for bærekraftige og inkluderende boligpolitikker som adresserer økonomisk ulikhet. Samarbeid mellom ulike

aktører og bruk av digitale verktøy er sentralt for å oppnå målene. De konkrete tiltakene i meldinga er som følger:

- fornye husleieloven
- sikre leietakere og utleiere bedre informasjon
- bidra til økt leietakermedvirkning på leiemarkedet
- videreutvikle og forenkle bostøtten
- stimulere til at flere leier ut deler av boligen sin eller andre boliger de disponerer, gjennom blant annet boligdugnaden.no
- foreslå forskriftsendringer når det gjelder ordningen for husbanklån til utleieboliger, og vurdere å utvide ordningen slik at Husbanken kan gi lån til utbedring av utleieboliger
- øke bruken av tildelingsavtaler, så kommunene får tilgang til flere egnede utleieboliger
- bidra til raskere bosetting av flyktninger gjennom midlertidige bestemmelser i plan- og bygningsloven og husleieloven
- sikre flere trygge og rimelige studentboliger
- støtte kommunene i arbeidet med å føre tilsyn med at etablering av hybler eller boenheter i eksisterende bygg er søkt om og lovlige
- satse på forskning på leiemarkedet
- bedre statistikk over leiepriser
- tilby alle kommuner digital støtte for forvaltning og drift av kommunale boliger
- invitere til et samarbeid med kommunesektoren om den kommunale utleiesektoren og om hvordan man kan sørge for at den er velfungerende og bærekraftig.

### **En god start på livet - En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg**

Meldinga “En god start på livet” fra Helse- og omsorgsdepartementet legger stor vekt på betydningen av god psykisk helse og håndtering av rusproblemer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen<sup>21</sup>. Det understrekes at god svangerskapsomsorg bidrar til både psykisk og somatisk helse, men at noen kvinner opplever fødselsangst, barseldepresjon og andre psykiske helseutfordringer som trenger ekstra ivaretagelse. Det påpekes at enkelte kvinner er psykisk sårbare for graviditet, og at denne sårbarheten blant annet kan være knyttet til vold og overgrep eller rusmiddelbruk. Helsedirektoratet har allerede publisert veiledere og retningslinjer for å sikre at gravide med psykiske plager og rusproblemer får nødvendig støtte og oppfølging. Det er et uttalt mål å redusere sosial ulikhet i helse, og dette innebærer ofte tverrsektorielt samarbeid, for eksempel med familievernkontoret, barneverntjenesten, NAV og helsetjenesten.

Fastlegeordningen er styrket for å sikre at gravide får kontinuitet i oppfølgingen, og det er innført pasienttilpasset basistilskudd til fastlegene for å gi høyere betaling for innbyggere med økt forventet bruk av fastlegetjenester, inkludert kvinner i fertil alder. Betydningen av å identifisere gravide med risiko for angst, depresjon og psykiske helseproblemer er vektlagt. Det finnes flere ressurser utviklet for å gi mer kunnskap og støtte til gravide og nybakte mødre, som f.eks. selvhjelpsprogrammet “Mamma Mia”. Helsedirektoratet har kartlagt tilbudene til gravide med fødselsdepresjon og anbefaler at utredning og behandling gis innenfor eksisterende tilbud i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det pekes også på som viktig at helsepersonell har oversikt over det helhetlige tilbudet i både spesialist- og kommunehelsetjeneste, og at kunnskapen om fødselsdepresjon heves blant helsepersonell. Kulturforståelse for å ivareta gravide med minoritetsbakgrunn, som ofte har økt risiko for psykiske plager og rusproblemer (doulaordning nevnes spesielt for denne målgruppen). Følgende tiltak skal gi et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barselstiden:

- Opprettholde dagens fødetilbud innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift.
- Kvinner i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inngår som en femte prioritert pasientgruppe i helsefelleskapene.
- Opprette et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner.
- Innføre en finansieringsordning for fødsels-omsorgen som legger til rette for faglig kvalitet, gjennom å redusere ISF-andelen.
- De regionale helseforetakene skal rapportere på hvordan ny retningslinje for fødselsomsorgen er satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen.
- De regionale helseforetakene skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning, den første uken etter utskrivning.
- De regionale helseforetakene skal foreslå tiltak for hvordan de mindre fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.
- Etablere et digitalt helsekort for gravide.
- Evaluere og forbedre følgetjenesten for gravide.
- Tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden.
- Gjennomføre undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

- Øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningscenter for kvinnehelse.
- Videreutvikle doulaordningen for gravide med innvandrerbakgrunn.
- De regionale helseforetakene får i oppdrag å kartlegge muligheter og legge til rette for kombinerte stillinger i samarbeid mellom sykehus og kommuner.

### 1.2.2 Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO i FHI)

I «En god start på livet», beskrevet over, nevnes FHIs nye kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ([NASKO](#)). NASKO ble åpnet i desember 2023, og er lokalisert i Trondheim og på Levanger. De er tverrfaglig sammensatt med helsesykepleiere, jordmor-ressurs, fysioterapeuter, helseøkonomkompetanse og rene forskerstillinger. Ifølge nettsidene er primære målgrupper for kompetansemiljøet kommunene, ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre relevante helse- og velferdstjenester, samt skoler og barnehager. Sekundærmålgruppen er nyfødte, barn, unge og deres foresatte, gravide, og familier, inkludert barselfamilier. Kompetansemiljøet skal både produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til kunnskapsbaserte, helsefremmende og forebyggende tjenester for barn, unge og deres foreldre, samt å støtte kommunene med å ta i bruk beste tilgjengelige kunnskap i fag- og tjenesteutvikling. Et viktig verktøy NASKO har jobbet med siden etableringen, er en egen kunnskapsportal som skal lanseres i Helsebiblioteket. De jobber også for tiden med å få data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og forventer at de første dataene vil være tilgjengelig der i 2025/2026. Et annet innsatsområde har vært å utvikle et verktøy for metodevurdering i de kommunale tjenestene, som de har jobbet med i nært samarbeid med avdeling for vurdering av tiltak i FHI<sup>22</sup>.

### 1.3 Forskning og evaluering fra Norge det siste året

IS-24/8-kartleggingen retter søkelys på ressursinnsats (årsverksrapportering), innhold, kvalitet og oppfølging av nasjonale retningslinjer i tjenestene. Kartleggingen fungerer også som en tilbakemeldingskanal fra kommunene og til myndighetene. Som nevnt over, blir det fra 2024 også gjort et anslag på antall brukere av tjenestene. System- og tjenesteperspektivet i disse tjenestene har tradisjonelt ikke vært et stort forskningsfelt som sådant, hverken nasjonalt eller internasjonalt, men som vi har anmerket i de senere årenes kunnskapsgrunnlag, øker omfanget av artikler og kunnskapsoppsummeringer på feltet betydelig fra år til år. Forskningen på psykisk helse- og rusfeltet handler ofte om intervensjoner på individnivå og tilstandsspesifikke problemstillinger. I alle år har også psykisk helsefeltet vært langt mer forsket i og på enn rusfeltet. Sammenliknet med bare få år siden ser vi sterk økning i antallet bachelor- og masteroppgaver som skrives om psykisk helse- og rusfeltet i kommunene, noe som nok kommuner som har støttet opp om videreutdanning av sitt personell, får nytte godt av.



Til årets rapport har vi gått gjennom 597 treff i Idunn (dobling fra i fjor), 1068 treff i Google Scholar og 417 systematiske reviews i PubMed. I år har vi brukt et strengt kriterium for tidsperiode, der kun artikler ett år tilbake fra 21. oktober 2024 er vurdert. Vi har også konsentrert oss om studier gjort i høy-inntektsland, med tanke på at tjenestetilbudene er likere norske tilstander i denne type land. Treffene ble gjennomgått basert på tittel og sammendrag, og artikler som ble vurdert som relevante (i lys av tema for årets rapportering) ble importert direkte inn i Zotero. Fra Idunn-databasen ble det inkludert 72 artikler<sup>14,23-93</sup>, fra psykisk helse-søket i PubMed 50 systematiske kunnskapsoppsummeringer<sup>33,94-142</sup>, og fra rus-søket i PubMed 15 systematiske kunnskapsoppsummeringer<sup>113,136,143-156</sup>. Totalt har vi inkludert 137 norske og internasjonale artikler og tre nye fagbøker tilgjengeleg på norsk<sup>157-159</sup>.

### 1.3.1 Nye fagbøker

Det kommer stadig nye fagbøker av relevans for psykisk helse- og rusarbeidsfeltet, og vi har valgt å løfte fram tre bøker som vi anså særlig relevante å inkludere, illustrert under. I tillegg kom det høsten 2024 en bok med hovedforfattere Wangenstein og Jansen (erfaring som ledere/forskere ved Tyrili); «Respekt og likeverd i arbeid med rus og psykisk helse». Boka tar, ifølge forlaget, utgangspunkt i en økologisk biopsykososial og recoveryorientert forståelse av mennesker, omgivelser, sårbarhet, beskyttelse og endringsprosesser. Den handler om hvordan vi kan ivareta en personlig tilnærming i arbeidet med rus og psykiske vansker, og drøfter også hvordan politiske og faglige føringer får konsekvenser for arbeidet med rus og psykiske vansker<sup>d</sup>. Randi Rosenqvist har også gitt ut boka; «Mitt liv, mitt fag – tung psykiatri: sviket mot de sykeste»<sup>e</sup>. Den er en personlig beretning fra innsiden av fengsler og sykehus, og handler om hvordan vi behandler de aller sykeste av oss, som ikke er i stand til å ha selvstendige liv.

#### **Psykisk helsearbeid – Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi**

Bengt Karlsson og Marit Borg, hhv. professor og professor emerita med lang erfaring innen psykisk helsearbeid og nestorer i faget, gav i 2024 ut boka *Psykisk helsearbeid – Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi*<sup>157</sup>. Ifølge forlaget beskriver boka de endringer i arbeidet med psykisk helse som er på gang, både i Norge og internasjonalt. WHO og FN understreker viktigheten av psykisk helse som en del av helheten, og knytter dette til menneskerettigheter, medborgerskap og sosial utjevning.

---

<sup>d</sup> [Respekt og likeverd i arbeid med rus og psykisk helse](#)

<sup>e</sup> [Mitt liv, mitt fag - Kagge](#)



Sammenstilling av bokforsider med foto fra forlagenes nettsider.

Også i Norge er det fortsatt utfordringer med å sikre like rettigheter, sosial inkludering og gode lokale tilbud for alle. Personer med psykiske helseproblemer opplever ofte utenforskap, arbeidsløshet og ensomhet. Klimaendringer og økologiske forhold påvirker også psykisk helse, men forfatterne påpeker at dette hittil har fått lite oppmerksomhet i politiske retningslinjer og tjenestetilbud. Karlsson og Borg (2024) kritiserer dagens psykiske helsetjenester for å være for standardiserte og strømlinjeformede, noe som gjør det vanskelig å håndtere komplekse livsproblemer. De argumenterer for at psykisk helsearbeid bør forankres i human- og samfunnsvitenskap, med fokus på samarbeid mellom den som søker hjelp, fagpersoner og andre støttespillere. Menneskerettigheter, medborgerskap og deltakelse bør være sentrale elementer i dette arbeidet. Boken gir eksempler på hvordan menneskerettigheter kan innlemmes i arbeidet med psykisk helsearbeid. Børge Baklien har anmeldt boka i Tidsskrift for psykisk helsearbeid<sup>26</sup>.

### **Relasjonens betydning. Om fundamentet i psykisk helse- og rusarbeid**

I 2023 var Marit Helene Hem og Trond Aarre, hhv. forskningssjef og spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin, redaktører for boka «Relasjonens betydning. Om fundamentet i psykisk helse- og rusarbeid»<sup>158</sup>. Ifølge forlaget belyser boka relasjonsarbeid fra ulike perspektiver, med mål om å løfte frem relasjonens betydning. Målet er å få leseren til å jobbe mer systematisk med relasjonsarbeid. Mye forskning peker på viktigheten av kvaliteten på forholdet mellom hjelperen og den som mottar hjelp. Likevel kan dette relasjonsarbeidet, ifølge forfatterne, ofte bli overskygget av metoder som fokuserer på symptomer og diagnoser, både i utdanning og praksis. Boken tar for seg flere temaer, blant annet hvordan de nåværende rammene for relasjonsarbeid er, potensialet i relasjonsarbeid og hvordan det kan utføres, samt etiske og filosofiske perspektiver på relasjonsarbeid. Boken beskrives som primært rettet mot studenter og fagpersoner innen helse- og sosialfag, med vekt på sentrale læringsmål for videreutdanningen innen psykisk helse, rus- og

avhengighetsarbeid. Den er også relevant for undervisere, ledere og beslutningstakere som påvirker hvordan relasjonsarbeid utføres i tjenestene.

### **Persontentrert helsearbeid**

Boka «Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice» med tittelen «Persontentrert helsearbeid» på norsk er skrevet av eksperter på sykepleie og helsehjelp i Storbritannia. Boka presenterer evidensbaserte perspektiver på en rekke tilnærminger til persontentrert praksis i helsetjenesten. Ifølge forlaget er den lagt opp som en lærebok for studenter og ansatte innen helsefag, med fokus på å forstå de sentrale konseptene for persontentrert praksis i ulike helserelaterte kontekster. Ved å bruke et teoretisk rammeverk for persontentrert praksis skal leserne få en forståelse av de ulike komponentene av persontentrering, deres forbindelser og interaksjoner, og hvordan de kan implementeres for å fremme positive helseopplevelser for helsepersonell, brukere og familier.

Boken anerkjenner kompleksiteten i å jobbe persontentrert, og understreker viktigheten av et felles språk og en delt forståelse av persontentrert praksis i alle områder av helsetjenesten, fra sykehus og sosialomsorgssystemer til psykisk helse, læringsvansker og rehabiliteringstjenester. Den praktiske introduksjonen til dette temaet gir, ifølge forlaget, en studentvennlig dekning av de sentrale prinsippene og praksisene for persontentrering innen en multiprofesjonell og tverrfaglig kontekst. Den inneholder også caser og eksempler på persontentrert praksis fra læreplaner over hele verden, aktiviteter som støtter utviklingen av personer som jobber persontentrert, diskusjoner om fremtiden for persontentrert tilrettelegging, læring og praksis, samt veiledning i å tilby en helhetlig tilnærming til utviklingen av persontentrerte relasjoner som fremmer meningsfulle forbindelser med andre. Liknende tematikk tas opp i SINTEFs sluttrapport i evalueringen av pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam som kom i 2024<sup>160</sup>.

### **1.3.2 Ny kunnskap innen psykisk helsearbeid – bidrag fra Norge og Norden**

I Tidsskrift for psykisk helsearbeid er naturlig nok alt relevant, og vi har inkludert 30 artikler som vi mener er av særlig relevans når det gjelder tjenesteutvikling eller ressursinnsats (systemperspektiv). Vi gjør også oppmerksom på at Tidsskrift for omsorgsforskning kom med et eget temanummer om prioritering i kommunale tjenester i oktober 2024, med 11 vitenskapelige artikler, samt fag- og kommentarartikler<sup>f</sup>. Disse går ikke direkte på psykisk helse- og rus, så vi har ikke inkludert dem her.

Bruk av KI-verktøyet Copilot for tematisk sortering av treff gav en første grovsortering i 13 ulike tema; Behandling, Velferd, Spesifikke populasjoner og kontekster, Kriminalitet, Samfunn, Miljø, Utdanning, Forskning og samarbeid, Arbeid, Økonomi, Kultur, Teknologi

---

<sup>f</sup>[Tidsskrift for omsorgsforskning | Volume 10 | Issue 2 | Table of Contents](#)

og Lovgivning. Etter en manuell gjennomgang av Copilots forslag, slo vi sammen flere kategorier, flyttet litt om på rekkefølgen, reviderte overskriftene og endte med åtte kategorier presentert under. Vi har valgt å ikke gå i dybden her, men heller vise bredden i artiklene med kun en kort setning om innhold.

### 1.3.2.1 Tjenesteutvikling og behandling

Artiklene utforsker ulike aspekter av tjenesteutvikling innen psykisk helse og rusarbeid. De dekker temaer som møter mellom helsearbeidere og samiske pasienter, forbedring av helsekompetanse gjennom ABC-tilnærmingen, og utfordringer og muligheter knyttet til den nye Opptappingsplanen for psykisk helse. Artiklene diskuterer også praktiske utfordringer i psykisk helsearbeid, utvikling av forebyggende tiltak for ungdom, og betydningen av praksisnær forskning. Videre presenteres spesifikke behandlingsmodeller, og recovery-orienterte tilnærminger til forebygging av vold. Brukermedvirkning og samvalg som helsefremmende relasjonsarbeid er også sentrale temaer. I innledningen til kapittel 9 beskriver vi også Helsedirektoratets arbeid med å utvikle nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning, der høringsutkastet hadde frist 20. oktober 2024.

Tjenesteutvikling:

- Seeing sameness and difference: Meetings between mental health care workers and Sámi patients in the Norwegian universal health care system (Dankertsen<sup>37</sup>)
  - Utforsker forhandlinger om egalitarisme og dekolonisering i norsk psykisk helseomsorg for samiske pasienter.
- ABC for helsekompetanse og helsefremming i psykisk helsearbeid (Fredriksen Moe et al.<sup>68</sup>)
  - Undersøker hvordan ABC-tilnærmingen kan forbedre helsekompetanse og psykisk helse i befolkningen.
- En ny tid for tjenesteutvikling i rus- og psykiske helsetjenester? Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) i perspektiv (Ramsdal og Bjørkquist<sup>14</sup>)
  - Beskriver og drøfter muligheter og utfordringer ved den nye Opptappingsplanen for psykisk helse.
- Psykisk helsearbeid i trange sko (Volden<sup>88</sup>)
  - Diskuterer utfordringer og muligheter i psykisk helsearbeid.
- Spor i utvikling av psykisk helsearbeid: Synspunkter på fag og kunnskapsdannelse (Hummelvoll<sup>56</sup>)
  - Beskriver tre spor i dagens psykiske helsearbeid og argumenterer for praksisnær forskning.
- ForFrøya. Utvikling av tiltak rettet mot ungdom og unge voksne i Frøya kommunes forebyggende team (Kaspersen og Ådnanes<sup>59</sup>)
  - Beskriver utviklingen av forebyggende tiltak rettet mot ungdom og unge voksne i Frøya kommune.

Spesifikke behandlingsmodeller og tilnæringer:

- Behandling av traumatisert seksualitet via PLISSIT-modellen (Almås et al.<sup>24</sup>)
  - Presenterer PLISSIT-modellen og dens bruk i arbeid med klienter med traumatisert seksualitet.
- Når Illness Management and Recovery møter norsk psykisk helsevern: Fagpersoners erfaringer med Illness Management and Recovery-manualen (Ørjasæter<sup>21</sup>)
  - Undersøker fagpersoners erfaringer med bruk av IMR-manualen i norsk psykisk helsevern og behovet for kulturell tilpasning.
- Recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester (Maagerø-Bangstad<sup>69</sup>)
  - Utforsker recoveryorienterte tilnæringer til forebygging og håndtering av trusler og vold mot ansatte i psykisk helsetjenester.
- Recoveryorienterte praksiser – mer enn individuell selvutvikling? En dokumentanalyse av recoveryveiledere for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Hagen et al.<sup>46</sup>)
  - Analyserer recoveryveiledere og anbefaler fokus på sosiale og materielle vilkår for recovery.

Brukermedvirkning og samvalg:

- Brukermedvirkning i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester (Maagerø-Bangstad<sup>70</sup>)
  - Utforsker brukermedvirkning i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester.
- Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Kan begrepet samvalg gi brukermedvirkning et tydeligere innhold? (Beyene og Ueland<sup>30</sup>)
  - Diskuterer betydningen av samvalg for å gi brukermedvirkning et tydeligere innhold i psykisk helsearbeid.
- Samvalg som helsefremmende relasjonsarbeid (Beyene og Rørtveit<sup>29</sup>)
  - Diskuterer betydningen av samvalg i psykisk helsearbeid for å gi brukermedvirkning et tydeligere innhold.

### 1.3.2.2 Spesifikke populasjoner og kontekster

Disse artiklene dekker ulike aspekter av helse og omsorg for barn, unge, eldre, minoriteter og marginaliserte grupper. For barn og unge undersøkes behov, barrierer og bruk av helsetjenester for barn i barnevernet, samt betydningen av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. For eldre presenteres nøkkelresultater fra et forskningsprosjekt om psykososial støtte for eldre etterlatte ved selvmord. Artiklene om minoriteter og marginaliserte grupper utforsker sammenhenger mellom mental helsebehandling og kriminalitetsutfall, tvangsplasseringer av enslige mindreårige flyktninger, og opplevelsene til jugoslaviske helsearbeidere i Norge. Videre diskuteres hvordan konseptet “mattering” kan fremme tilhørighet blant hjemløse, lovligheten av vilkårsstillelse ved tildeling av kommunale boliger, helseutfordringer for kvinner i fengsel, og hvordan svikt i helsetjenester påvirker boligforholdene for personer med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer. Til slutt

undersøkes opplevelser av personer som bruker narkotika i forbindelse med flytting og gjenåpning av et offentlig samlingssted.

#### Barn og unge

- Helsehjelp til barn i barnevernet-Behov, barrierer og helsetjenestebruk (Ådnanes et al.<sup>92</sup>)
  - Undersøker behov, barrierer og bruk av helsetjenester for barn i barnevernet.
- Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid blant barn og unge: en narrativ litteraturstudie (Bratland-Sanda<sup>33</sup>)
  - Oppsummerer kunnskap om fysisk aktivitet som del av psykisk helsearbeid for barn og unge.

#### Eldre

- Psykosocial rehabilitering af ældre selvmordsefterladte: Et handlingsorienteret forskningssamarbejde (Hybholt et al.<sup>57</sup>)
  - Presenterer nøkkelresultater fra et forskningsprosjekt om behovet for psykosocial støtte blant eldre etterlatte etter selvmord.

#### Minoriteter og Marginaliserte Grupper

- Community-Level Relationships Between Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes in Finland (Markowitz<sup>67</sup>)
  - Undersøker sammenhenger mellom mental helsebehandling og kriminalitetsutfall på lokalsamfunnsnivå i Finland.
- Compulsory care placements among unaccompanied male refugee minors (Pettersson og Vogel<sup>73</sup>)
  - Undersøker tvangsplasseringer av enslige mindreårige flyktninger og hvordan disse skiller seg fra andre ungdommer i sikret omsorg.
- De jugoslaviske helsearbeiderne i Norge 1967–1990: En historie nedenfra (Durovic-Andic<sup>39</sup>)
  - Utforsker opplevelsene til jugoslaviske sykepleiere som kom til Norge for å avhjelpe mangel på kvalifisert arbeidskraft.
- Homeless at heart, and in mind: Exploring Citizenship and Mattering (Nord-Baade og Rowe<sup>71</sup>)
  - Diskuterer hvordan konseptet “mattering” kan anvendes i “citizenship work” for å fremme tilhørighet og identitetsdannelse.
- Inngripende vilkårsstillelse i tilrettelagt, kommunal bolig (Bendixen<sup>27</sup>)
  - Drøfter lovligheten av vilkårsstillelse ved tildeling av tilrettelagte kommunale boliger og konkluderer med at deler av praksisen ikke er lovlig.
- Kjønn, soningsforhold og helseutfordringer i fengsel (Rindal Lundeberg og Scharff Smith<sup>63</sup>)
  - Undersøker om helseforholdene i fengsel med høy sikkerhet lever opp til normalitetsprinsippet for innsatte kvinner, og hvordan kjønnete forventninger påvirker håndteringen av kvinners problemer.
- Når svikt i tilgang til helsetjenester blir et boligproblem for personer med alvorlig psykisk helse og rusproblemer (Skog Hansen<sup>47</sup>)

- Drøfter hvordan svikt i tilgang til helsetjenester påvirker boligforholdene for personer med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer.
- The Pursuit of Dignity: A Qualitative Study of People Using Drugs' Experiences of the Relocation and Reopening of a Public Gathering Place ("Open Drug Scene") (Holan Bye et al.<sup>35</sup>)
  - Undersøker hvordan personer som bruker narkotika opplever flytting og gjenåpning av et offentlig samlingssted.

### 1.3.2.3 Utdanning, veiledning og helsekompetanse

Fire artikler utforsket ulike aspekter av helsefremmende arbeid og samarbeid i utdanning og forskning.

- Helsefremmende kompetanser og helsefremming i skolen (Horverak og Helmersen<sup>54</sup>)
  - Beskriver et indikatorsett for helsefremmende kompetanser i skolen og evaluerer en intervensjon for systematisk arbeid med mestring, medvirkning og motivasjon.
- Simulering er utfordrende, men det er lærerikt å diskutere etterpå! (Sæterstrand og Bjørge)<sup>82</sup>
  - Undersøker hvordan sykepleierstudenter opplever simuleringstrening før praksis i psykisk helsearbeid.
- Veiledning og kultur for samarbeid i samarbeidsbasert forskning (Vatnøy<sup>87</sup>)
  - Reflekterer over vilkårene for samarbeid i samarbeidsbasert forskning og foreslår systematisk kulturarbeid for å støtte struktur, refleksivitet og likeverdighet.
- Verdiskaping i praksisnær forskning i samspill mellom utdanning, brukere, tjenesteutøvere og forskere (Witsø et al.<sup>90</sup>)
  - Beskriver et prosjekt som involverer personer med utviklingshemming, ansatte og forskere i tjenesteutvikling, og deler erfaringer fra kunnskapsdeling og formidling.

### 1.3.2.4 Helse, velferd og kriminalitet

Relativt mange av artiklene handlet om ulike aspekter av integrasjon og samarbeid i helse- og sosialtjenester, juridiske aspekter, kriminalitetsforebygging, økonomiske forhold og sosialt arbeid.

Helsefremmende tiltak og kompetanse

- Implications of Digitalised Welfare Services from a Vulnerable Citizens' Perspective (Hofmann et al.<sup>50</sup>)
  - Undersøker utfordringer sårbare borgere møter med digitaliserte velferdstjenester og hvordan disse kan forverre deres situasjon.

Integrasjon og samarbeid i helse- og sosialtjenester

- Thinking and acting outside the box: The co-existence of formal bureaucratic integration and informal street-level integration in municipal health and social care services (Dwyer Løken og Vike<sup>64</sup>)

- Studerer samspillet mellom formell og uformell integrasjon i kommunale helse- og sosialtjenester.
- Responsible coordination of municipal health and care services for individuals with serious mental illness: a participatory qualitative study with service users and professionals (Nærland Skjærpe et al.<sup>80</sup>)
  - Undersøker ansvarlig koordinering av kommunale helse- og omsorgstjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser.

#### Juridiske aspekter

- Inngripende vilkårsstillelse i tilrettelagt, kommunal bolig (Bendixen<sup>27</sup>)
  - Drøfter lovligheten av vilkårsstillelse ved tildeling av tilrettelagte kommunale boliger og konkluderer med at deler av praksisen ikke er lovlig.
- Ser vi en økning i antallet utilregnelige drapspersoner? (Dahl<sup>36</sup>)
  - Utforsker hypotesen om en økning i antallet drap begått av utilregnelige personer som følge av nedbyggingen av psykiatrien.

#### Kriminalitetsforebygging og politiarbeid

- Citizens' Views on the Importance of Different Areas of Police Work (Fläder og Mellgren<sup>41</sup>)
  - Undersøker offentlige oppfatninger om prioritering av ulike områder innen politiarbeid i Sverige.

#### Økonomiske forhold

- Youth Debt in a Life-Course Context: Young People's Ways into and out of Debt in Norway (Bosvik Birkeland og Chelsom Vogt<sup>31</sup>)
  - Undersøker ungdomsgjeld i Norge som biografiske prosesser, og identifiserer faktorer som forpliktelser, fristelser og forventninger som påvirker veien inn i og ut av gjeld.

#### Sosialt arbeid

- Social workers in private sector employment: The case of Sweden (Shanks og Lundström<sup>79</sup>)
  - Utforsker utvidelsen av privat sektor for sosionomer i Sverige og deres motiver for å velge arbeid som midlertidige byråsosionomer.
- Samarbeid om brukarmedverknad. Refleksjonar frå deltakarar i ein forskingssirkel (Follevåg et al.<sup>42</sup>)
  - Utforsker hvordan forskingssirkler kan fungere som en arbeidsform for å utvikle kompetanse om brukarmedvirkning i praksis, utdanning og forskning.
- Preventing Relapse into Drug Crime through Motivational Talks at a Drug Scene in Stockholm (Magnusson<sup>65</sup>)
  - Evaluering av motiverende samtaler holdt av politiet for å oppmuntre narkotikakriminelle til å søke hjelp, og deres effekt på tilbakefall til narkotikakriminalitet.



- Fear of crime, crime and living conditions – a case study of Uppsala, Sweden (Guldåker et al.<sup>45</sup>)
  - Utforsker sammenhenger mellom kriminalitet, frykt for kriminalitet og levekår i Uppsala, Sverige.

### 1.3.2.5 Helseulikheter og prioriteringer

Tre artikler handlet om «Helseulikheter og prioriteringer». De undersøker helseulikheter og prioriteringsmekanismer i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Det diskuteres hvordan helseulikheter påvirker kommunale prioriteringer, legitimering av nedprioritering av offentlige tjenester, og kriteriene for politiske prioriteringer i lys av sosial rettferdighet.

- An Alternative Approach to Measuring Health Inequality in Norway and Implications for Municipal Priority Setting (Horn et al.<sup>53</sup>)
  - Undersøker helseulikheter i Norge og implikasjonene for kommunale prioriteringer.
- En nødvendighet uten alternativer? En teoretisk analyse av mekanismer for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Haukelien og Aaltvedt<sup>49</sup>)
  - Undersøker prioriteringsmekanismer i kommunale helse- og omsorgstjenester og diskuterer hvordan disse legitimerer nedprioritering av offentlige tjenester.
- Theoretical Underpinnings of the Political Priorities of Municipal Healthcare Services in Norway (Rød et al.<sup>75</sup>)
  - Diskuterer kriteriene for kommunale prioriteringer i helse- og omsorgstjenester i lys av teorier om sosial rettferdighet.

### 1.3.2.6 Psykisk helse, natur og miljø

De siste årene har vi sett stadig flere artikler om bruk av friluftsliv som aktivitet/terapi i tjenestene (særlig etter pandemien), og konsekvensene av naturtap og klimaendringer på helsen vår.

Natur, friluftsliv og psykisk helse

- Hvilke konsekvenser har naturtap for psykisk helse, sosialt liv og relasjonsarbeid? (Bjørlykhaug og Johannessen<sup>32</sup>)
  - Utforsker hvordan naturtap og klimaendringer påvirker psykisk helse og sosiale relasjoner, med fokus på økosorg og mistillit til demokratiet.
- Friluftsliv og psykisk helsearbeid: Hvordan sosialt friluftsliv, bevegelsesglede og naturnærvær kan bidra til livsmestring (Fasting et al.<sup>40</sup>)
  - Utforsker hvordan friluftsliv kan bidra til livsmestring gjennom sosialt friluftsliv, bevegelsesglede og naturnærvær.
- Ein relasjonell kurs med eit mål om anerkjenning – utforsking av utandørsterapeutisk praksis frå ein friluftsfagleg ståstad (Tofte et al.<sup>84</sup>)
  - Utforsker utandørsterapeutisk praksis med utgangspunkt i et friluftspedagogisk perspektiv.

### 1.3.2.7 Kunst og kultur

Også bruken av kunst og kultur som terapeutisk grep har blitt stadig vanligere i denne kunnskapsgjennomgangen.

- Kultur, kropp og bevegelse – Supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern (Rørvik og Lorentzen<sup>76</sup>)
  - Kartlegger supplerende behandlinger og aktiviteter ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern, inkludert kunst, musikk, natur og bevegelsesorienterte praksiser.
- Guided Slow Looking for Young Psychiatric Service Users: A phenomenological approach to arts and mental health recovery (Levin og Monrad<sup>61</sup>)
  - Utforsker hvordan “slow looking” kan bidra til mental helse og recovery for unge psykiatriske brukere.
- Arts on Prescription’s influence on Sense of Coherence: A one-year follow up controlled study with people having mental health problems (Bergman et al.<sup>28</sup>)
  - Evaluerer langtidseffektene av et kunst på resept-program på opplevelsen av sammenheng hos personer med psykiske helseproblemer.

### 1.3.2.8 Teknologi

I år tok vi med to artikler om bruk av teknologi i tjenestene:

- Implications of Digitalised Welfare Services from a Vulnerable Citizens’ Perspective (Hofmann et al.<sup>50</sup>)
  - Undersøker utfordringer sårbare borgere møter med digitaliserte velferdstjenester og hvordan disse kan forverre deres situasjon.
- Hjelpesamtaler gjennom skjermen – maktutjevner psykisk helsehjelp? (Tønnessen Seip et al.<sup>78</sup>)
  - Analyserer hvordan chatteformatet i hjelpesamtaler kan gi brukerne mer kontroll og påvirke relasjonelle dynamikker.

## 1.3.3 Ny kunnskap om kommunalt rusarbeid

Som vanlig var det flere treff på psykisk helse enn rus-feltet, og ca. 30 prosent av de norske/nordiske artiklene hadde ordet «rus» nevnt i tittel eller sammendrag<sup>14,23,25,27,28,32,34,41,42,46–48,58,60,66,69,70,77,78,81,89</sup>. Dette er en litt høyere andel rusrelaterte publikasjoner enn tidligere år. Helsebiblioteket har sin samleside for rus og avhengighet under temasiden for psykisk helse. Her ligger blant annet oversikt over oppslagsverk, retningslinjer og veiledere, samt oppsummert forskning. I desember 2023 har Ingeborg M. Rossow skrevet «Oversikt over alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol»<sup>8</sup>. Den nettbaserte publikasjonen gir tall for alkoholomsetning og alkoholbruk, alkoholens

---

<sup>8</sup><https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/?term=>

virksomheter på hjernen og andre organer, helsemessige og sosiale konsekvenser, og tiltak for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. For øvrig har "Rus og samfunn", et redaksjonelt uavhengig magasin om rusfeltet, en samleside for artikler som omhandler rusforskning. Og [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no), en kunnskapsbase og tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid, har blant annet fagfelleverderte artikler på rusfeltet. Videre er SINTEFs IS-24/8-rapporter<sup>10</sup> bygget opp slik at man skiller mellom psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid på en god del variabler, og gir således områdespesifikk kunnskap om kommunalt rusarbeid. Fra søket vårt etter nye norske/nordiske artikler det siste året, har vi inkludert følgende sju rus- og avhengighetsrelaterte artikler:

### 1.3.3.1 Rus og avhengighet

De neste sju artiklene utforsker ulike aspekter av rus- og avhengighetsproblemer. Det diskuteres hvorfor velferdstjenester noen ganger ikke strekker til for personer med ROP-lidelser, og virksomme faktorer i et rehabiliteringstilbud for rusavhengige i Trondheim (Bryggamodellen). Artiklene tar også for seg etiske spørsmål rundt ruspolitikk, utfordringer for uformelle omsorgspersoner, og erfaringer med videobasert samtaleterapi for unge med foreldre som har rusproblemer. Videre analyseres et avbrutt samskapingsprosjekt mellom rusbehandling og reiseliv, samt ungdoms bruk av cannabis på Oslo vest.

- Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer (Skog Hansen og Olsen<sup>48</sup>)
  - Drøfter hvorfor velferdsstaten noen ganger ikke klarer å forbedre livssituasjonen for personer med kombinerte rus- og psykiske helseproblemer.
- Virksomme faktorer i Bryggamodellen. En kvalitativ evalueringstudie av Brygga – et rehabiliteringstilbud for personer som mottar rusbehandling i døgnenhet eller poliklinikk (Sarheim Anthun og Hope<sup>25</sup>)
  - Evaluerer Bryggamodellen, et rehabiliteringstilbud for personer i rusbehandling, og identifiserer virksomme faktorer i modellen.
- Ruspolitikkenes etikk (Braanen Sterri<sup>81</sup>)
  - Diskuterer hvordan samfunnet bør regulere rusmidler, med fokus på liberalisme, paternalisme og utilitarisme.
- "Caught in Wicked System-Produced Problems: The Case of Informal Carers in Service Provision for People with Addictions and Mental Illness" (Huby<sup>55</sup>)
  - Artikkelen diskuterer utfordringene uformelle omsorgspersoner møter i omsorgen for personer med rusavhengighet og psykiske lidelser.
- Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtaleterapi (Sollid Manskow et al.<sup>66</sup>)
  - Undersøker brukeres erfaringer med videobasert samtaleterapi for unge med foreldre som har rusproblemer.

- Den vanskelige samskapingen – et avbrutt prosjekt mellom rusbehandling og reiseliv i nord (Jensen og Kjæmpenes<sup>58</sup>)
  - Analyserer et samskapingsprosjekt mellom rusbehandling og reiseliv som endte med brudd.
- «Vi er jo ikke stonere»: bruk av cannabis og symbolske grenser blant ungdommer vest i Oslo (Schwencke et al.<sup>77</sup>)
  - Denne kvalitative studien undersøker hvorfor og hvordan vestkantungdom i Oslo bruker mer cannabis enn ungdom fra andre områder i Oslo.

## 1.4 Internasjonale sammenstillinger av litteratur på psykisk helse- og rusfeltet

Vi søkte etter systematiske kunnskapsoppsummeringer med ordkombinasjoner av «community mental health»/ «primary care» AND «mental health» og «community care substance use». Av de 417 systematiske litteraturgjennomgangene publisert siste år som søket vårt traff, valgte vi å inkludere totalt 65 (50 på psykisk helse, 15 på rusrelaterte søkeord). Vi oppgir kun førsteforfatter, og viser til referanselisten for ytterligere informasjon. Alle studiene er publisert i 2023 eller 2024.

### 1.4.1 Nye systematiske litteraturgjennomganger på psykisk helsefeltet:

Når det gjelder de 50 systematiske litteraturgjennomgangene vi anså å ha særlig relevans for kommunalt psykisk helsearbeid, fordelte disse seg på seks overordnede tema: psykososiale intervensjoner, stigma og diskriminering, sosial isolasjon og ensomhet, helsepersonell og arbeidsmiljø, spesifikke populasjoner og tilstander, samt helseøkonomi og effektivitet. I lys av den pågående handlingsplanen for selvmordsforebygging, er det verdt å nevne at det anerkjente tidsskriftet *The Lancet* høsten 2024 har hatt en egen serie med artikler om selvmordsforebygging. I Hawton og Pirkis (2024)<sup>161</sup> oppsummeres bakgrunnen for dette slik (oversatt fra engelsk til norsk):

*«Folkehelseinngrepet til selvmordsforebygging krever at vi beveger oss bort fra å tenke på selvmord som et rent klinisk problem og tar hensyn til en rekke sosiale determinanter (som økonomiske vanskeligheter eller vold og overgrep i hjemmet) som kan føre til at folk vurderer selvmord som et alternativ. Kliniske faktorer er viktige, og kliniske eller indikerte intervensjoner er helt passende for personer som har nådd et krisepunkt og bør være en bærebjelke i nasjonale selvmordsforebyggingsstrategier. Vår serie understreker imidlertid behovet for selektive og universelle intervensjoner som tar tak i det gjennomgripende problemet med selvmord på en mer forebyggende måte, og hindrer folk i å nå et krisepunkt. Mange sosiale determinanter kan best adresseres av sektorer utenfor helsevesenet, så vi etterlyser en helhetlig regjeringsforpliktelse til selvmordsforebygging. Vi gir anbefalinger for handlinger innen politikk, praksis, forskning og advokat-virksomhet. Personer som har selvmordsrelatert erfaring bør ha genuin involvering i alle disse handlingene.»*

#### 1.4.1.1 Psykososiale intervensjoner (psykoedukasjon og motiverende intervju)

- Non-specialist delivered psycho-social interventions for women with perinatal depression living in rural communities: A systematic review (Anouk Ackerman<sup>94</sup>)

Artikkelen undersøker effekten av ikke-spesialist-leverte intervensjoner for å forbedre psykisk helse blant kvinner med perinatal depresjon i rurale områder. Gjennom en systematisk gjennomgang av ni studier, fant forskerne at psykoedukasjon og problemløsningsteknikker var de mest brukte intervensjonene. To intervensjoner reduserte signifikant forekomsten av perinatal depresjon sammenlignet med vanlig behandling, mens tre intervensjoner viste effekt i å redusere alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer. Det var imidlertid lite konsistent bevis for andre utfall som helsetjenestebruk, ammeatferd og barns helse. Studien konkluderer med at ikke-spesialist-leverte intervensjoner kan forbedre utfallene for kvinner med perinatal depresjon i rurale områder, men fremhever behovet for flere høykvalitetsstudier.

- Effects of Psychoeducation on Caregivers of Individuals Experiencing Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis (Chow<sup>106</sup>)

Kunnskapsoppsummeringen evaluerer effekten av psykoedukasjon på omsorgspersoner for individer med schizofreni. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 21 studier, fant forskerne at psykoedukasjon bidro til en signifikant forbedring i omsorgspersoners utfall, inkludert redusert omsorgsbyrde, forbedret livskvalitet og redusert uttrykt følelse. Til tross for betydelig heterogenitet i studiene, viste resultatene konsekvent at psykoedukasjon var effektivt. Studien understreker behovet for å integrere psykoedukasjon i helsetjenester og anbefaler videre forskning for å optimalisere varighet og innhold av intervensjonene.

- Psychoeducation for adult ADHD: a scoping review about characteristics, patient involvement, and content (Pedersen<sup>121</sup>)

Forfatterne gir en oversikt over artikler om psykoedukasjon for voksne med ADHD. Gjennom en systematisk gjennomgang og inklusjon av ti studier, identifiserte forskerne syv hovedtemaer som dekkes i psykoedukasjon: informasjon om diagnose, behandlingsalternativer, somatisk helse og ADHD, insidertperspektivet, ADHD og sosialt liv, mestrings- og psykologiske ferdigheter, og ADHD og arbeid. Studien fant at det var betydelig variasjon i hvordan psykoedukasjon ble definert og implementert, og at pasientinvolvering i utviklingen av intervensjoner var sjelden. Forskerne konkluderer med at det er behov for en felles forståelse og definisjon av psykoedukasjon før systematiske effektvurderinger kan gjennomføres.

- Psychoeducational group interventions for adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a scoping review of feasibility, acceptability, and outcome measures (Tatiana Skliarova<sup>133</sup>)

Artikkelen undersøker vitenskapelig publisering om gjennomførbarhet, aksept og utfallsmål for psykoedukative gruppeintervensjoner for voksne med ADHD. Gjennom en systematisk gjennomgang av åtte studier, fant forskerne at psykoedukative gruppeintervensjoner generelt var akseptable for pasientene, med god deltakelse, høy pasienttilfredshet og relativt lave frafallsrater. De fleste studiene rapporterte positive effekter på ADHD- og psykisk helsesyntomer, noe som tyder på at disse intervensjonene er fordelaktige for voksne med ADHD. Studien identifiserer imidlertid flere mangler i rapporteringen av gjennomførbarhetsindikatorer, aksept og utfallsmål på tvers av studiene.

- Effects of Training in Cognitive Behavioural Therapy and Motivational Interviewing on Mental Health Practitioner Behaviour: A Systematic Review and Meta-Analysis (Högberg Ragnarsson<sup>125</sup>)

Forfatterne vurderer effekten av opplæring i kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju på atferden til psykisk helsearbeidere. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 20 studier, fant forskerne at opplæring hadde en større effekt på atferdsendring hos praktikere sammenlignet med ingen opplæring eller lesing av en behandlingsmanual. Opplæring kombinert med konsultasjon/veiledning var mer effektiv enn opplæring alene, og det var ingen forskjeller mellom ansikt-til-ansikt og nettbasert opplæring. Studien fremhever behovet for å etablere gyldige utfallsmål for praktikeratferd og anbefaler videre forskning for å forbedre metodologiske begrensninger i primærstudiene.

#### 1.4.1.2 Stigma og diskriminering

- A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes (Chukwuma<sup>107</sup>)

Artikkelen undersøker effekten av stigmatisering på utfallene av psykiatriske lidelser. Gjennom en systematisk gjennomgang av 39 studier, fant forskerne at stigma er nært knyttet til flere faktorer, inkludert sykdommens varighet, hyppigheten av klinikkbesøk og diagnosen av psykotiske lidelser. Stigma manifesterer seg gjennom feilinformasjon, fordommer og diskriminering, noe som fører til betydelige barrierer for tilgang til og etterlevelse av psykiatrisk behandling. Dette resulterer i forsinkelser i å få helsehjelp, dårlig medikamentetterlevelse og negative psykiatriske helseutfall. Studien fremhever behovet for effektive intervensjoner og strategier for å adressere stigma, med vekt på viktigheten av utdanningsintervensjoner for å redusere de negative effektene av offentlig stigma.

- Effectiveness of educational interventions in reducing the stigma of healthcare professionals and healthcare students towards mental illness: A systematic review and meta-analysis (Wong<sup>141</sup>)

Denne artikkelen undersøker effektiviteten av utdanningsintervensjoner i å redusere stigma blant helsepersonell og studenter mot personer med psykiske lidelser. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 25 artikler, fant forskerne at

utdanningsintervensjoner var assosiert med forbedrede holdninger til psykiske lidelser og personer med psykiske lidelser. Ansikt-til-ansikt og kontaktbaserte intervensjoner var spesielt effektive. Studien konkluderer med at utdanningsintervensjoner viser lovende resultater i å fremme mer positive holdninger til psykiske helseproblemer, og anbefaler videre forskning for å bestemme de langsiktige effektene av disse intervensjonene.

#### 1.4.1.3 Sosial isolasjon og ensomhet

Flere artikler i materialet handler om sosial isolasjon og ensomhet, spesielt blant eldre. Disse studiene undersøker typisk risikofaktorer, intervensjoner og effekter av sosial isolasjon og ensomhet på mental helse.

- A global perspective on risk factors for social isolation in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis (Chen<sup>105</sup>)

Artikkelen presenterer resultater fra en systematisk gjennomgang og meta-analyse for å identifisere risikofaktorer for sosial isolasjon blant eldre personer som bor hjemme. Studien fant at både biologiske, sosioøkonomiske og psykologiske faktorer alle bidrar til sosial isolasjon, og at disse faktorene kan variere betydelig mellom ulike geografiske områder. Studien understreker viktigheten av å vurdere lokale risikofaktorer for å utvikle effektive strategier for å håndtere sosial isolasjon.

- Friendly visiting by a volunteer for reducing loneliness or social isolation in older adults: A systematic review (Laermans<sup>114</sup>)

I artikkelen har forfatterne vurdert effekten av et «vennlig besøk» av frivillige (Friendly Visiting by Volunteers, FVV) for å redusere ensomhet og sosial isolasjon blant eldre. Gjennom en systematisk gjennomgang av ni RCT'er og fire ikke-RCT'er fant de at bevisene for effekten av FVV på ensomhet og sosial isolasjon var svært usikre. Selv om noen studier viste positive effekter, var de fleste studiene små og hadde metodologiske begrensninger. Forfatterne konkluderer med at det er behov for flere og bedre designede studier for å fastslå effekten av FVV.

#### 1.4.1.4 Helsepersonell og Arbeidsmiljø

- Factors affecting family-centered care practice by nurses: A systematic review (Alqarawi<sup>96</sup>)

Artikkelen undersøker barrierer og fremmere for implementering av familie-sentrert omsorg (FCC) blant sykepleiere. Gjennom en systematisk gjennomgang av 23 studier, fant forskerne at flere faktorer påvirker FCC-praksis. Disse inkluderer personlige egenskaper hos sykepleiere, karakteristikker ved familiene og helsevesenets systemer. Sykepleiere møter flernivåbarrierer som hindrer deres evne til å implementere FCC. Studien konkluderer med at det er behov for å utnytte sykepleieres egenskaper, fremme effektive sykepleier-pasient-relasjoner og gjennomføre organisatoriske endringer for å forbedre FCC-praksis. Videre

forskning i ulike kulturelle kontekster er nødvendig for å undersøke årsak-virkning-forholdet mellom de identifiserte barrierene og mulighetene.

- Nurses' experiences when conducting the mental state examination (MSE): A scoping review (Volcevskaja<sup>139</sup>)

Artikkelen utforsker sykepleieres erfaringer med å gjennomføre psykisk helsestatusundersøkelse (MSE). Gjennom en systematisk gjennomgang av 12 studier, identifiserte forskerne tre hovedtemaer: sykepleieres rolle og MSE, sykepleieres kompetanse og kunnskap ved gjennomføring av MSE, og sykepleieres selvtillit ved gjennomføring av MSE. Resultatene viste at MSE er en kjernekompetanse i psykisk helse-sykepleie, men at sykepleiere i akuttavdelinger og akuttpsykiatriske avdelinger opplever mangel på selvtillit og kompetanse sammenlignet med sykepleiere i kommunale psykisk helse- tjenester. Studien fremhever behovet for evidensbasert forskning for å utvikle retningslinjer og policyer som kan forbedre praksisen knyttet til MSE.

- The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review (Aust<sup>97</sup>)

Artikkelen vurderer effekten av ulike organisatoriske intervensjoner på psykisk helse og «wellbeing» blant helsearbeidere. Gjennom en systematisk gjennomgang av 22 studier (23 artikler), fant forskerne at organisatoriske intervensjoner kan være effektive for å forbedre psykisk helse, spesielt for å redusere utbrenthet. Intervensjonstyper som “Job and task modifications” hadde sterkest evidens, mens “Flexible work and scheduling” og “Changes in the physical work environment” hadde moderat evidens. Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning på små og mellomstore bedrifter (SMEs) og på helsearbeidere utenfor sykehusmiljøer.

- The impact of electronic and self-rostering systems on healthcare organisations and healthcare workers: A mixed-method systematic review (O'Connell<sup>119</sup>)

Artikkelen undersøker effekten av elektroniske og «ønsketurnus» systemer (selvplanlegging av arbeidsplaner) på helseorganisasjoner og helsearbeidere. Gjennom en systematisk gjennomgang av 18 studier, fant forskerne at implementeringen av slike systemer hadde en positiv innvirkning på både helsearbeidere og organisasjoner. Fordelene inkluderte forbedret arbeidsplanleggingseffektivitet, økt medarbeidertilfredshet, bedre kontroll og myndiggjøring, forbedret balanse mellom arbeid og fritid, høyere medarbeiderbeholdning og redusert turnover. Ønsketurnus var imidlertid mindre rettferdig enn faste turnuser, og var assosiert med økt overtid og hyppigere forespørsler om skiftendringer. Studien anbefaler videre forskning for å evaluere langsiktige effekter av ulike turnusplanleggingssystemer.



- Triggers and factors associated with moral distress and moral injury in health and social care workers: A systematic review of qualitative studies (Beadle<sup>98</sup>)

Artikkelen undersøker utløsere og faktorer knyttet til «moral distress» (kan oversettes til moralsk belastning eller etisk stress) og moralsk skade blant helse- og sosialarbeidere. Gjennom en systematisk gjennomgang av 49 studier, identifiserte forskerne at årsaker og utløsere kan kategoriseres i tre domener: individuelle, sosiale og organisatoriske. Individuelle faktorer inkluderte pasienters behandlingsalternativer og profesjonelles tro. Sosiale faktorer var knyttet til ansvar for å tale pasienters sak og kommunikasjon med familier. Organisatoriske faktorer inkluderte hierarki, reguleringer, støtte, arbeidsbelastning, kultur og ressurser. Studien konkluderer med at moralsk belastning er knyttet til omsorgsansvar og de ansattes tilbøyelighet til å prioritere pasienters velvære. Organisatoriske strategier bør adressere de identifiserte elementene for å redusere moralsk belastning og skade.

#### 1.4.1.5 Spesifikke populasjoner og tilstander

- Impact of virtual reality-based therapy on post-stroke depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (González<sup>99</sup>)

Artikkelen undersøker effekten av virtuell virkelighet (VR) som en tilleggsbehandling for å redusere depresjon hos slagpasienter. Gjennom en systematisk gjennomgang av åtte studier med totalt 388 slagpasienter, fant forskerne at VR-intervensjoner var assosiert med en lavere risiko for depresjon. Resultatene ble ikke påvirket av type slag, type VR brukt, blinding, skala brukt for å måle depresjon, varighet av intervensjonen eller antall økter. Meta-regresjon viste at yngre deltakere og lengre intervensjoner førte til større reduksjon i depresjon. Studien konkluderer med at VR bør vurderes som en tilleggsbehandling for depresjon hos slagpasienter.

- Efficacy of technology-based mental health interventions in minimizing mental health symptoms among immigrants, asylum seekers or refugees; systematic review (El-Refaay<sup>112</sup>)

Artikkelen vurderer effekten av teknologi-baserte intervensjoner på psykisk helse-symptomer blant innvandrere og flyktninger. Gjennom en systematisk gjennomgang av studier som undersøkte ulike digitale intervensjoner (internett- eller telefonbasert, telemedisin, telepsykiatri, digital teknologi, video-konferanser/tele-video), fant forskerne begrenset bevis for at slike intervensjoner reduserer depressive og angstrelaterte symptomer. Ingen signifikant reduksjon i PTSD-symptomer ble funnet etter bruk av en selvhjelpsapp. Studien konkluderer med at det er behov for videre forskning med randomiserte eksperimentelle design for å evaluere effektiviteten av digitale behandlinger for psykiske helseutfall blant innvandrere og flyktninger.

- Recognising the Parental Caregiver Burden of Children With Mental Disorders: A Systematic Mixed-Studies Review (Pereira<sup>122</sup>)

Artikkelen konsoliderer og vurderer bevis som utforsker omsorgsbyrden til foreldre til barn med psykiske lidelser. Gjennom en systematisk gjennomgang av 23 studier, identifiserte forskerne tre hovedtemaer: psykologiske faktorer, sosiale og økonomiske påvirkninger, og sykdomsrelaterte variabler. Foreldre opplevde utilstrekkelig støtte fra helsepersonell og mangel på innsikt i barnas medisinske tilstand som hovedbidragsytere til byrden. Studien fremhever behovet for at helsepersonell samarbeider med og involverer foreldre, tilbyr tilgjengelige behandlingsalternativer og tilbyr omfattende utdanningsressurser for å øke forståelsen av barnas psykiske helse.

- Rehospitalisation rates after long-term follow-up of patients with severe mental illness admitted for more than one year: a systematic review (Sato<sup>129</sup>)

Artikkelen undersøker utfallene av langtidsinnleggelse av personer med alvorlige psykiske lidelser, med fokus på reinnleggelsesrater. Gjennom en systematisk gjennomgang av tre kohortstudier, fant forskerne at reinnleggelsesratene varierte fra 33% til 55%. Lengden på reinnleggelsene var kortere enn for førstegangsinleggelsene. Studien konkluderer med at individuell tilpasset psykisk helsehjelp i kommunen må tilbys for å unngå flytting til boligtilbud under tilsyn, og at utskrivning til kommunen bidrar til forbedrede kliniske utfall som f.eks. bedre sosial funksjon.

- Roles and Dynamics within Community Mental Health Systems During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review and Meta-Ethnography (Ling Sim<sup>132</sup>)

Artikkelen undersøker rollene til lokalbasert psykisk helsearbeid under COVID-19-pandemien. Gjennom en systematisk gjennomgang av 27 kvalitative studier, identifiserte forskerne at psykisk helsearbeid i kommunen fungerte som sikkerhetsnett og nettverk for det bredere psykisk helse-økosystemet. Effektiviteten ble drevet av innsatsen til individuelle tjenesteytere for å møte etterspørselen og behovene til brukerne. Studien fremhever behovet for å investere i kvalitetsomsorg, spesielt for marginaliserte grupper, og å gjøre psykisk helse- og rusarbeid til en verdifull del av landenes katastrofeberedskap.

- Interventions for intimate partner violence during the perinatal period: A scoping review (Mercier<sup>117</sup>)

Denne kunnskapsoppsummeringen undersøker intervensjoner for partnervold under perinatalperioden. Gjennom en systematisk gjennomgang av 67 studier, fant forskerne at de fleste intervensjoner fokuserte på å redusere reviktimisering og forbedre psykiske helseutfall. Få studier evaluerte effekten på obstetriske, neonatale eller barnehelseutfall. Studien konkluderer med at fremtidige intervensjoner bør legge større vekt på å målrette

innsatsen mot mødre- og neonatalutfall for å ha størst mulig innvirkning på livene til overlevende av partnervold og deres spedbarn.

- Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis (White<sup>140</sup>)

Artikkelen vurderer sammenhengen mellom ulike typer partnervold og psykiske helseutfall. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 201 studier (og 250 599 kvinner), fant forskerne at livstidsprevalensen av psykologisk vold var høyest. Kvinner i samfunnet generelt rapporterte høyere prevalens av fysisk, psykologisk og seksuell vold sammenlignet med kvinner i kliniske grupper. Meta-analysen viste økte odds for depresjon, PTSD og selvmordstanker blant kvinner utsatt for partnervold. Studien anbefaler videre forskning for å forstå kvinners perspektiver på tjeneste- og støtteresponser for å adressere deres psykiske helsebehov.

- Long-Term Impact of Community Psychiatric Care on Quality of Life amongst People Living with Schizophrenia: A Systematic Review (Kolaric<sup>103</sup>)

Artikkelen undersøker langtidsvirkningen av lokalt psykisk helsearbeid på livskvaliteten til personer med schizofreni. Gjennom en systematisk gjennomgang av 11 studier, fant forskerne at lokalt psykisk helsearbeid betydelig forbedrer livskvalitet, velvære og sosial integrasjon. Effektive intervensjoner inkluderte psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening og individualiserte omsorgsplaner.

#### 1.4.1.6 Helseøkonomi og effektivitet

- The cost-effectiveness of mental health interventions amongst prison populations: a systematic review (research letter to the editor) (Rowlandson<sup>128</sup>)

Artikkelen er et brev til redaktøren i «The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology», og er utformet som en systematisk review som undersøker kostnadseffektiviteten av psykisk helse-intervensjoner blant innsatte i fengsel. Gjennom en systematisk litteraturgjennomgang av økonomiske evalueringer, fant forskerne at det er en klar mangel på kostnadseffektivitetsbevis for beslutningstakere innen fengselsvesenet. Bare én publikasjon oppfylte alle kravene til inkludering, og flere begrensninger ble identifisert. Studien fremhever behovet for fremtidig forskning som inkluderer økonomisk evaluering i de tidlige stadiene av forskningsdesign. Forskerne anbefaler at fremtidig forskning bør inkludere både intervensjonskostnader og bredere helseressursbruk, samt generiske utfall som kvalitetsjusterte leveår (QALYs) for å muliggjøre sammenligning på tvers av ulike sykdomsområder.

- Systematic Review of Financial Interventions for Adults Experiencing Behavioral Health Conditions (Tsai<sup>136</sup>)

Artikkelen vurderer finansbaserte intervensjoner brukt for å forbedre kliniske og sosiale utfall blant voksne med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. Gjennom en systematisk gjennomgang av 18 artikler, inkludert fire randomiserte kontrollerte studier (RCTs), fant forskerne at representativ betalingsordning (representative payeeship) reduserte rusmiddelbruk og forbedret pengestyring, og viste sterkest bevis for å forbedre utfall blant voksne med psykiske helseproblemer. Svakere bevis antydte at økonomisk utdanning og bistandsintervensjoner kunne forbedre helsetjenestebruk og andre sosiale utfall. Studien konkluderer med at finansbaserte intervensjoner kan forbedre utfall blant voksne med psykiske helseproblemer, men fremhever behovet for videre forskning for å vurdere effekten av intervensjoner utover representativ betalingsordning på objektivt målte utfall.

- The Effect of Digital Mental Health Literacy Interventions on Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis (Yeo<sup>142</sup>)

Artikkelen undersøker effekten av digitale psykisk helse-kompetanse intervensjoner (DMHL) på psykisk helse. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 144 intervensjoner med 206 effektstørrelser, fant forskerne en moderat effekt av DMHL-intervensjoner på å forbedre distale psykiske helseutfall, og en stor effekt på å øke proksimale psykiske helsekompetanseutfall. DMHL-intervensjoner var like effektive som ansikt-til-ansikt intervensjoner og viste ingen forskjell i effekt basert på plattformtype eller dosering. DMHL pluss intervensjoner (DMHL kombinert med andre aktive behandlinger) viste seg å være mer effektive enn DMHL alene og var sammenlignbare med ikke-DMHL intervensjoner (vanlig behandling). Studien konkluderer med at DMHL-intervensjoner er effektive for å forbedre psykisk helse når de kombineres med uformelle, ikke-profesjonelle aktive behandlingskomponenter som ferdighetstrening og jevnaldrende støtte. Forskerne anbefaler videre forskning på DMHL-intervensjoner som målretter rasemessige eller etniske minoritetsgrupper for å vurdere effekten av kulturelt tilpassede DMHL-intervensjoner på opptak og psykisk helse.

## 1.4.2 Nye systematiske litteraturgjennomganger på rusfeltet

Når det gjelder systematiske litteraturgjennomganger av særlig relevans for kommunalt rusarbeid, inkluderte vi 15 systematiske litteraturgjennomganger som hadde rus-relaterte nøkkelord i tittel eller sammendrag. Vi har kategorisert dem i fire tema; psykisk helse og rusmiddelbruk, intervensjoner og behandling, sosiale og kontekstuelle faktorer, barrierer og fremmere.

### 1.4.2.1 Psykisk helse og rusmiddelbruk

- A systematic review of approaches to improve medication adherence in homeless adults with psychiatric disorders (Hird<sup>148</sup>)

Artikkelen undersøker strategier for å forbedre medikamentetterlevelse blant hjemløse voksne med psykiske lidelser, inkludert ruslidelser. Gjennom en systematisk gjennomgang

av 11 studier identifiserte forskerne syv ulike tilnæringer. De mest effektive intervensjonene var Assertive Community Treatment (ACT), Customized Adherence Enhancement pluss Long-Acting Injectable Medications, og Housing First. Studien fremhever behovet for større randomiserte kontrollerte studier (RCTs) for å bestemme effektive måter å forbedre medikamentetterlevelse i denne befolkningen.

- Systematic Review of Gender-Specific Child and Adolescent Mental Health Care (Herrmann<sup>147</sup>)

Artikkelen vurderer kjønns-spesifikke intervensjoner for psykisk helse blant barn og ungdom, da det er bevist at det oppstår kjønnsforskjeller i psykisk helse i ungdomsårene, mens det er usikkert hvordan kjønns-spesifikke intervensjoner blir implementert, og om de virker. Gjennom en systematisk gjennomgang av 43 studier fant forskerne at slike kjønns-spesifikke intervensjoner kan være nyttige for å møte kjønns-spesifikke psykiske helsebehov, men at det er behov for mer grundige studier av høy kvalitet. Studien fremhever potensialet for kjønns-spesifikke tilnæringer i psykisk helsearbeid.

- The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses (Kisely<sup>113</sup>)

Denne artikkelen vurderer fordeler og ulemper ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) for personer med psykiatriske lidelser. Gjennom en systematisk gjennomgang av 17 publikasjoner fant forskerne blandede resultater og fremhever behovet for bedre målretting av slike ordninger. Studien konkluderer med at bevisene for fordelene ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er usikre.

#### 1.4.2.2 Intervensjoner og behandling

- A systematic review of interventions to enhance initiation of and adherence to treatment for alcohol use disorders (Biswal<sup>144</sup>)

Artikkelen vurderer intervensjoner for å forbedre oppstart og etterlevelse av behandling for alkoholbrukslidelser (AUDs). Gjennom en systematisk gjennomgang av 32 studier fant forskerne at «Community Reinforcement Approach and Family Training» (CRAFT) og motivasjonsintervju (MI) var effektive tilnæringer. 23 av 32 studier rapporterte forbedringer i minst ett initierings- eller etterlevelseshet utfall, og 11 studier rapporterte forbedringer i minst ett utfall relatert til drikking. Studien fremhever behovet for flere studier i lav- og mellominntektsland for å forbedre global tilgang til effektive behandlinger for AUDs.

- Digital Interventions for Recreational Cannabis Use Among Young Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Behavior Change Technique Analysis of Randomized Controlled Studies (Côté<sup>146</sup>)

Artikkelen vurderer effekten av digitale intervensjoner for rekreasjonsbruk av cannabis blant unge voksne. Gjennom en systematisk gjennomgang og meta-analyse av 19 studier fant forskerne at digitale intervensjoner reduserte cannabisbruk ved 3-måneders oppfølging. Studien fremhever behovet for videre forskning på optimal dosering og varighet av intervensjoner.

- Effectiveness of Syringe Services Programs: A Systematic Review (Mackey<sup>150</sup>)

Artikkelen vurderer effekten av sprøyteutdelingsprogrammer (SSPs) for å redusere skader relatert til rusmiddelbruk. Gjennom en systematisk gjennomgang av forskning fra de siste fire tiårene fant forskerne at SSPs reduserer risikoen for HIV og hepatitt C blant personer som injiserer narkotika. Studien gir en omfattende oversikt over fordelene og potensielle skadene ved SSPs.

- Harm reduction in undergraduate and graduate medical education: a systematic scoping review (Smith<sup>152</sup>)

Artikkelen undersøker hvordan skadebegrensning for rusmiddelbruk er integrert i medisinsk utdanning. Gjennom en systematisk gjennomgang av 23 artikler fant forskerne at skadebegrensning er underrepresentert i medisinske læreplaner. Studien foreslår en ny ramme for å guide fremtidig utvikling av helsepersonell.

#### 1.4.2.3 Sosiale og kontekstuelle faktorer

- Children as next of kin's experiences, practices, and voice in everyday life: a systematic review of studies with Norwegian data (2010-2022) (Ytterhus<sup>156</sup>)

Denne artikkelen undersøker hvordan barn av foreldre med psykiske lidelser, rusavhengighet eller alvorlig fysisk sykdom/skade opplever og praktiserer sine hverdagsliv. Gjennom en systematisk gjennomgang av 23 studier med norske data identifiserte forskerne tre hovedtemaer: (a) Barn praktiserer sin relasjonelle handlekraft ved aktivt å utføre praktiske oppgaver, av og til jobber de for å opprettholde familieøkonomien, og organisere morsomme aktiviteter med den syke forelderen. (b) Følelsesmessig ambivalens når deres egne behov ble satt til side til fordel for foreldrene. De elsket foreldrene sine, men følte også skyld, sinne, skuffelse, skam, frykt for å arve sykdommen og lengtet etter et 'normalt' dagligliv. (c) Støttende kontekstuelle faktorer var for eksempel minst én betydningsfull voksen som anerkjente dem, deltakelse i fritidsaktiviteter, sosial omgang med venner, og samtaler med andre jevnaldrende som delte lignende erfaringer som pårørende. Det er behov for mer kunnskap og kompetanse om situasjonen og behovene til disse barna for både fagfolk, foreldre og allmennheten. Folkehelseiltak er nødvendige for å anerkjenne deres bidrag for å forhindre psykososiale problemer senere i livet.

- Direct and indirect effects of economic sanctions on health: a systematic narrative literature review (Yazdi-Feyzabadi<sup>155</sup>)

Forfatterne undersøker de direkte og indirekte effektene av økonomiske sanksjoner på helse. Gjennom en systematisk gjennomgang av 59 studier identifiserte forskerne effekter som redusert tilgang til essensielle medisiner og medisinske produkter, samt sosioøkonomiske konsekvenser som påvirker helse. Studien konkluderer med at økonomiske sanksjoner har hatt dyptgående negative effekter på alle aspekter av helsesystemet.

- International evidence on lived experiences of trauma during homelessness and effects on mental health including substance use: a co-produced qualitative systematic review (Adams<sup>143</sup>)

Forfatterne undersøker hvordan traumer oppleves når man er hjemløs, og hvordan dette påvirker psykisk helse og rusmiddelbruk. Gjennom en systematisk gjennomgang av 26 kvalitative studier identifiserte forskerne tre hovedtemaer: internalisert forståelse, relasjon til andre og overlevelsesstrategier. Studien fremhever behovet for støtte til hjemløse for å håndtere effektene av traumer.

- The role of contextual factors in avenues to recover from gambling disorder: a scoping review (Adriaenssen Johannessen<sup>149</sup>)

Artikkelen undersøker hvordan kontekstuelle faktorer påvirker behandling og utfall for personer med spilleavhengighet. Gjennom en systematisk gjennomgang av 34 studier identifiserte de norske forskerne kulturelle skjevheter og tre nøkkelfaktorer for vellykket behandling: kompetanse, oppfatning og utnyttelse. Studien fremhever behovet for videre forskning og utvikling av behandlingsdesign som tar hensyn til kontekstuelle faktorer.

- Whole-school interventions promoting student commitment to school to prevent substance use and violence, and improve educational attainment: a systematic review (Ponsford<sup>151</sup>)

Artikkelen vurderer helskoleintervensjoner som fremmer elevs engasjement for å forhindre rusmiddelbruk og vold, samt forbedre utdanningsresultater. Gjennom en systematisk gjennomgang av 27 studier identifiserte forskerne fire intervensjonstyper: elevdeltakelse i skoleomfattende beslutninger, forbedring av forholdet mellom ansatte og elever, økt engasjement i læring og involvering av foreldre. Meta-analyser viste små, men signifikante effekter på å forhindre vold og rusmiddelbruk. Studien fremhever behovet for bedre teoribygging og vurdering av implementering og effektmoderatorer og mediatorer.

#### 1.4.2.4 Barrierer og fremmere

- Barriers and facilitators experienced in delivering alcohol screening and brief interventions in community pharmacy: a qualitative evidence synthesis (Smith<sup>153</sup>)

Forfatterne av artikkelen undersøker barrierer og fremmere for levering av alkoholbruksscreening og korte intervensjoner (SBI) i lokale apotek. Gjennom en systematisk gjennomgang av ni studier identifiserte forskerne barrierer som tidspress og mangel på erfaring med skjermingsverktøy, samt fasilitatorer som ikke-konfronterende kommunikasjon og tilpasning av SBI til eksisterende apotek tjenester. Studien gir innsikt i hvordan man kan forbedre levering av SBI i lokale apotek.

- Service-level barriers to and facilitators of accessibility to treatment for problematic alcohol use: a scoping review (Wolfe<sup>154</sup>)

Denne artikkelen undersøker barrierer på tjenestenivå og fremmere for tilgang til behandling for problematisk alkoholbruk. Gjennom en systematisk gjennomgang av 109 studier identifiserte forskerne barrierer som høye kostnader og lange ventetider, samt fremmere som kulturell sensitivitet og tilgjengelighet. Studien gir innsikt i hvordan man kan forbedre tilgjengeligheten til behandlingstjenester for alkoholbruk.

- Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: A systematic review (Bunaciu<sup>145</sup>)

Litteraturoppsummeringen vurderer målemetoder for «recovery capital» blant personer som kommer seg fra alkohol- og narkotikaavhengighet. Gjennom en systematisk gjennomgang av 69 studier fant forskerne at ulike spørreskjemaer er gyldige og pålitelige, men at det fortsatt er behov for mer forskning på tvers av ulike populasjoner og settinger. Studien fremhever betydningen av «recovery capital» i avhengighetsbehandling.

## 1.5 Oppsummering

I dette kapitlet har målet vært å gi en oppdatert oversikt over nasjonale føringer på psykisk helse- og rusfeltet, og eksempler på forskning som er publisert på feltet, både nasjonalt og internasjonalt.

Vi har i de senere års rapporter pekt på at det publiseres stadig flere artikler per år på psykisk helse- og rusfeltet, og denne trenden ser ikke ut til å avta. Det publiseres også mye som er i skjæringspunktet mellom helse- og sosialfeltet, og vi har for eksempel inkludert relativt mange artikler som havnet i kategorien «Helse, velferd og kriminalitet». Disse handlet om alt fra implikasjoner av digitaliserte velferdstjenester (f.eks. NAV) for sårbare innbyggere til juridiske aspekter, kriminalitetsforebygging og politiarbeid, gjeld og økonomiske forhold og sosialt arbeid. Sammenhengen mellom psykisk helse, natur og klima er også noe vi tror det vil komme stadig mer kunnskap om. Vi har inkludert en litt høyere andel artikler på rusfeltet i år, men om dette skyldes tilfeldig variasjon, eller at det relativt sett publiseres mer på rusfeltet er vanskelig å si. Det er økt oppmerksomhet på rusmiddelbruk og avhengighet på



grunn av den økende bruken av opioider og andre rusmidler som har ført til økte overdosetall og helsekriser i flere land, og kanskje særlig USA. Det er ikke usannsynlig at dette fører til økt fokus på forskning på rusfeltet. American Psychological Association har laget en trendrapport fra 2024<sup>h</sup> med utgangspunkt i hva amerikanske psykologer mener blir de store utfordringene framover, og her pekes det på misinformasjon, mistillit mot tjenestene, mer medikamentavhengighet og overdosedødsfall, mer hets mot enkelte etniske grupper og minoriteter (herunder LHBTIQ+), utbrenthet i arbeidslivet osv., men også lovende nye behandlingsmetoder og nye muligheter ved bruk av KI og digital behandling.

For IS-24/8 blir det i årene framover særlig viktig å følge utviklingen i tiltakene som skal gjøres i Opptrappingsplan psykisk helse (2023-2033) og i den nye rusreformen, og det kan f.eks. bli aktuelt å vie faste delkapittel til dette i kunnskapsoppsummeringen når evalueringene av disse store satsningene begynner å generere ny kunnskap i årene som kommer.

---

<sup>h</sup><https://www.apa.org/monitor/2024/01/trends-report>

## 2 Datagrunnlag

I 2024 er det totalt 357 kommuner i Norge. Fordi Oslo rapporterer på bydelsnivå (17 bydeler inkludert Helseetaten og Velferdsetaten), er det totalt 373 kommuner/bydeler som forventes å rapportere. Det er totalt 17 kommuner og to bydeler som ikke har rapportert i år, og ni kommuner som kun har fylt ut årsverkstall (tabell 2.1).

Tabell 2.1. Deltakelse i 2024-kartleggingen.

	Antall	Prosent
Ikke deltatt	19	5
Gjennomført	345	92
Delvis utfyllt	9	2
Total	373	100

Vi har gjennom datainnsamlingsperioden vært i kontakt med alle kommunene og bydelene som ikke hadde rapportert etter første og andre frist. Alle gav tilbakemelding om at de skulle rapportere innen aller siste frist (17. juni), men de har likevel ikke rapportert. Det kan være mange årsaker til at de ikke fikk prioritert dette i år, og samtlige av de 19 kommunene/bydelene som mangler i 2024, leverte data i 2023. Vi har derfor brukt 2023 tall for disse 19, og fordelt årsverkene på utdanningsgrupper etter en nøkkel basert på fordelingen blant alle kommunene som har rapportert. Dette gjør at datagrunnlaget er komplett på årsverksvariablene, men har altså en liten feilkilde dersom ikke årsverkene til de 19 fordeles på utdanningsgrupper som ellers i landet, og om det er store endringer fra 2023 til 2024 i antall årsverk i disse 19 kommunene/bydelene. Totalt er det fem prosent av årsverkene til voksne og fire prosent av årsverkene til barn og unge, som er fordelt etter nasjonal nøkkel.

### 2.1 Endringer i 2024

For at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, er det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024. I tillegg var det behov for å gjøre forenklinger i rapporteringen for små kommuner som meldte om at rapporteringen var krevende fordi de ikke hadde egne årsverk som bare arbeidet med målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid.

### 2.1.1 Nye tjenestekategorier

Årsverkene fordeles fra 2024 på følgende tjenesteområder for voksne:

- Institusjoner
- Bemannede boliger
- Ambulant/mobile/oppøkende virksomhet
- Lavterskel helse- og mestringstilbud
- Aktivitet/treffsted/være-sted/friluftstilbud
- Arbeidsrettet aktivitet
- Øvrige årsverk

For barn og unge gjelder følgende inndeling:

- Bemannede boliger
- Ambulante/mobile tjenester/oppøkende virksomhet
- Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
- Lavterskel psykisk helse og rustilbud
- Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak
- Øvrige årsverk

### 2.1.2 Nye utdanningskategorier

Det er også gjort forenklinger i utdanningskategoriene, og kategoriene er som følger både for tjenester til voksne og til barn og unge:

- Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole
- Helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole
- Annen utdanning fra videregående skole
- Annen utdanning fra universitet/høyskole
- Ufaglærte

### 2.1.3 Tilpasning til små kommuner

Tidligere har en del små kommuner hatt problemer med å fordele årsverkene på tjenester/tiltak fordi de ikke har årsverk som kun arbeider med denne målgruppen. De har personell som jobber opp mot flere målgrupper, og de har typisk ikke en egen psykisk helse- og rustjeneste. Andre kommuner har personell som arbeider på tvers av ulike tjenester, men kun mot målgruppen. De vet hvor mange årsverk som totalt går til målgruppen, og de kan fordele de på utdanningsgrupper, men ikke på tjenester/tiltak.

I 2024 er det derfor tatt med følgende spørsmål som sorterer respondentene til ulike årsverksspørsmål både for tjenester til voksne og for tjenester til barn og unge:

«Har kommunen/bydelen egne årsverk som går til voksne/barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid?» Spørsmålet hadde følgende svaralternativer:

1. Ja, og vi kan fordele årsverkene på tjenester/tiltak
2. Ja, men kun få årsverk som arbeider på tvers av tjenester/tiltak (færre enn 5 årsverk)
3. Nei, kommunene har ikke egne årsverk til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

De som krysser av for alternativ 1, oppgir årsverksfordeling på tjenester og utdanning som tidligere, mens de som krysser av for alternativ 2, kun oppgir utdanningsfordelingen (og dermed totalt antall årsverk), mens de som velger alternativ 3, ikke får noen spørsmål om årsverksfordelingen (rapporterer null årsverk).

Det er kun 7 kommuner som har oppgitt at de ikke har egne årsverk til voksne i målgruppen, og alle er kommuner med færre enn 2000 innbyggere.

For barn og unge er det 67 kommuner som rapporterer at de ikke har egne årsverk til barn og unge i målgruppen. Dette gjelder i hovedsak de minste kommunene, men det er for eksempel fem kommuner med 20000-50000 innbyggere som oppgir at de ikke har egne årsverk til barn og unge i målgruppen. Det er 61 kommuner som svarer alternativ 2 for voksne og 96 for barn og unge, og disse har kun fordelt årsverkene på utdanningsgrupper. Årsverkene er lagt til kategorien «Øvrige årsverk» i tjenesteinndelingen.

## 2.2 Valgt rapporteringsmetode

Det er selvsagt opp til kommunene selv hvordan de vil organisere utfyllingen, for noen vil det være best å ha felles fagmøter for ulike tjenester, mens for andre vil det være mest effektivt at én eller få personer fyller ut, med eller uten innspill fra øvrige ansatte. Som vist i tabell 2.2, er det ganske stabilt fra 2019-2024 hvor stor andel av kommunene/bydelene som velger de ulike metodene.

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 2029 personer som har vært involvert i kartleggingen i 2024. I 2023 var det totalt oppgitt 1815 personer som har vært involvert i kartleggingen. Når vi ser dette i forhold til antall årsverk var det 14 prosent som var involvert i 2019, ti prosent i perioden 2021-2023 og 12 prosent i 2024.

**Tabell 2.2** Hvordan kommunene har valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i 2019-2024.

	2019		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og barn/unge	139	33	94	26	102	31	106	31	119	34
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	30	7	32	9	31	9	42	12	31	9
Separate fagmøter for hhv. psykiske helsearbeid og kommunalt rusarbeid	4	1	15	4	10	3	18	5	13	4
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	35	8	29	8	29	9	40	12	27	8
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	178	43	158	43	147	44	150	44	155	45
Annen organisering	32	8	37	10	36	11	42	12	52	15
<b>Totalt</b>	<b>418</b>	<b>100</b>	<b>365</b>	<b>100</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

## 2.3 Forkortelser brukt i rapporten

Det er mange forkortelser og uttrykk som brukes på fagfeltet psykisk helse- og rusarbeid. Vi har derfor inkludert et vedlegg der ulike begrep og forkortelser forklares, se vedlegg A.

## 2.4 Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen

Vi har de siste årene gradvis prøvd ut bruken kunstig intelligens (KI) for å analysere åpne svar og kommentarer som er lagt inn i skjemaet. I år har vi brukt Microsoft Copilot som KI-assistent. All tekst som genereres av KI gjennomgås av forskere for å sikre at teksten er i samsvar med det faktiske datagrunnlaget. Vi koder også tekst manuelt og sammenlikner med KI generert tekst basert på det samme datagrunnlaget, og samsvaret har blitt bedre og bedre siden KI ble lansert. I 2024 har KI-assistenten vært til god hjelp, men det er fortsatt et stort kontrollarbeid for å sikre at teksten blir riktig. Vår erfaring er at den som bruker KI på denne måten må ha inngående kunnskap om fagfeltet for å oppdage svakheter i for eksempel oppsummeringer av åpne svar. Når vi for eksempel ber KI-assistenten om å liste opp alle svar som inneholder et bestemt ord eller en frase, kan den ta med sitat som ikke inneholder det som det spørres om, og den kan utelate sitat som har de med. Den fremstiller også situasjoner feil, og ser særlig ut til å ha tendens til å fremstille situasjonen som bedre enn den er. Om mange har vært kritiske i svarene, kan den likevel beskrive situasjonen som

veldig positiv. Vi har derfor likevel endt opp med en manuell gjennomgang av alle åpne svar som er gitt.

Vi forsøkte også å bruke KI-assistenten til å gruppere kommuner i ulike samarbeid basert på svarene til kommunene, men det var lite vellykket fordi den genererte mange samarbeid som ingen hadde oppgitt.

Der vi kanskje har hatt best bruk for KI er i utarbeiding av kunnskapsgrunnlaget. Vi har for eksempel brukt den til å oppsummere innhold og til å trekke tilfeldige artikler blant de mange inkluderte på psykisk helsefeltet. Erfaringen viste at disse krevde en god del omskriving av KI-assistentens forslag, særlig med tanke på direkteoversetting fra engelsk, men også fordi den i flere tilfeller ble for generell. Vi gikk også gjennom manuelt alle treff på de systematiske oppsummeringene, og sjekket at KI-assistenten hadde fått med seg riktig antall inkluderte artikler i omtalen av enkeltartikler. Dette gjorde den med god treffsikkerhet.

Bruk av KI i rapportarbeidet har gjort jobben litt lettere fordi store datamengder kan sorteres og grupperes, men for å sikre at det er rett, bruker vi mye tid på å kontrollere om KI-generert tekst er riktig gjennom ulike tester og kritiske gjennomganger. Totalt sett er det dermed lite å spare på tiden det tar å utarbeide rapporten.

## 2.5 Oppsummering

Det har generelt vært god oppslutning om årets rapportering, og det er 94 prosent av alle kommuner/bydeler som har rapportert på årsverksinnsatsen. 92 prosent av kommunene/bydelene har fylt ut hele skjemaet. Det er 17 kommuner og to bydeler i Oslo som ikke har rapportert, men alle disse rapporterte i 2023, og vi har benyttet fjorårstall for disse til å beregne total årsverksinnsats i 2024.

## 3 Nasjonale årsverkstall

### 3.1 Årsverksinnsats – totalt

Det er rapportert 838 færre årsverk i 2024 enn i 2023 i tjenester til voksne og 362 færre årsverk i tjenester til barn og unge, men dette er ikke reell endring. Trondheim kommune har i flere år meldt inn at de har tatt med for mange årsverk tidligere, de har for eksempel tatt med tilbud til personer med samtidig psykisk utviklingshemming og rus/psykiske helseproblemer. Når vi beregner endring fra 2023 til 2024 tar vi derfor ut Trondheim kommune begge årene. Da finner vi en økning på 219 årsverk i tjenester til voksne og en nedgang i 110 årsverk til barn og unge, se tabell 3.1.

Fordi det er tidsseriebrudd mellom 2023 og 2024, er endringene usikre. Det er mange kommuner som rapporterer store endringer (både økning og reduksjon) i årsverkene, både til voksne og til barn og unge. Vi vet at en del kommuner i år har hatt en grundig gjennomgang av årsverksrapporteringen, og rapportert flere/færre årsverk enn tidligere, uten at dette er reelle endringer. I 2025 vil vi kunne følge utviklingen fra 2024 mer nøyaktig enn det som har vært mulig fra 2023 til 2024.

Tabell 3.1. Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid, 2016- 2024, endring i antall årsverk og prosentvis endring fra 2023-2024.

	2016	2019	2020	2023	2024	Beregnet endring 2023-2024	
						Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	12 872	12 966	13 445	12 607	219	1,7
Barn og unge	2 873	3 527	3 603	3 991	3 629	-110	-2,9
Totalt	13 936	16 399	16 569	17 436	16 236	109	0,7

Det er 84 prosent av årsverkene i tjenester rettet mot barn og unge, og 63 prosent i tjenester til voksne, som har helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole. Det er ni prosent ufaglærte i tjenester til voksne, og 1 prosent i tjenester til barn og unge.

Totalt er det 21 prosent av årsverkene som utføres av personell med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge, er andelen fem prosent.

**Tabell 3.2. Årsverk fordelt på utdanning, 2024**

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	2 609	21	173	5
Helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	7 941	63	3 059	84
Annen utdanning fra videregående skole	347	3	33	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	622	5	311	9
Ufaglærte	1 089	9	52	1
<b>Totalt</b>	<b>12 607</b>	<b>100</b>	<b>3 629</b>	<b>100</b>

Som vist i tabell 3.3 er det en del kommuner som ikke har anslått andel med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Blant de som har gjort anslag, er det flest som svarer at 31-50 prosent av årsverkene rettet mot voksne har slik videreutdanning, mens i det er flest som svarer at 0-10 prosent av årsverkene har slik videreutdanning i tjenester rettet mot barn og unge. I halvparten av kommunene har mer enn 50 prosent av årsverkene i tjenester rettet mot voksne, videreutdanning. Det samme gjelder for 40 prosent av årsverkene i tjenester rettet mot barn og unge.

Det er kjent fra tidligere rapporteringer at det er en høyere andel med utdanning på universitetsnivå i tjenester til barn og unge, og en lavere andel som har videreutdanning, enn i tjenester til voksne.

**Tabell 3.3. Anslag på prosent av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid i 2024.**

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0-10 %	23	7	58	23
11-30 %	59	18	54	21
31-50 %	83	25	41	16
51-70 %	66	20	29	11
71-90 %	54	16	20	8
Over 90 %	46	14	53	21
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>255</b>	<b>100</b>
Ikke gitt anslag	42		117	



### 3.2 Årsverksinnsats i tjenester til voksne

Det er 284 kommuner/bydeler som oppgir at de har egne årsverk som går til voksne i målgruppen for psykisk helsearbeid og at de kan fordele disse årsverkene på tjenester/tilbud. Det er i tillegg 61 kommuner som oppgir at de har færre enn fem årsverk som arbeider på tvers av tjenester/tilbud. De oppgir da bare hvilken utdanning disse årsverkene har.

**Tabell 3.4 Om kommunen /bydelen har egne årsverk som går til voksne i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid**

	Antall	Prosent
Ja, og vi kan fordele årsverkene på tjenester/tilbud	284	81
Ja, men kun få årsverk som arbeider på tvers av tjenester/tilbud (færre enn 5 årsverk)	61	17
Nei, kommunen har ikke egne årsverk til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid	7	2
Total	352	100

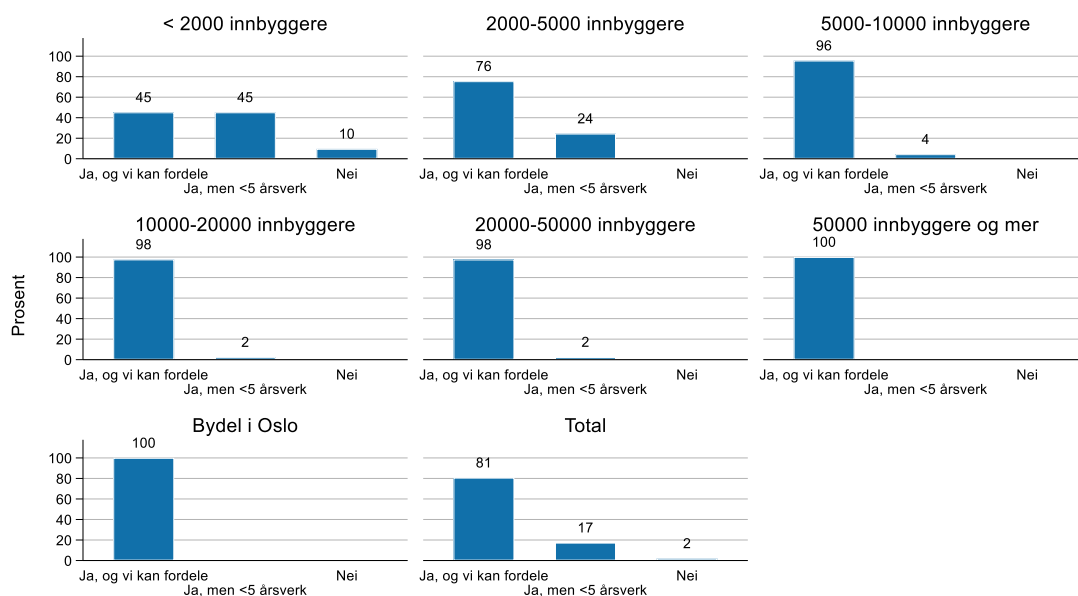
Som vist i figur 3.1, er det som forventet de minste kommunene som svarer at de har færre enn fem årsverk, og det er kun blant de minste noen oppgir at de ikke har egne årsverk til den voksne målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid.

Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

De 61 kommunene som oppgir at de har færre enn fem årsverk, ble bedt om å fordele årsverkene på utdanningsgrupper, men ikke på tiltak. De har totalt rapportert om 249 årsverk, der 64 prosent har helse- eller sosialfaglig utdanning fra universitet eller høyskole. Disse årsverkene er lagt til «Øvrige årsverk» i tabell 3.6.

**Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert fra de 61 kommunene som har færre enn fem årsverk fordelt på utdanning.**

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	58	23
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	161	64
Annen utdanning fra videregående skole	3	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	8	3
Ufaglærte	19	8
Totalt	249	100



**Figur 3.1** Prosentvis fordeling av svar på spørsmål om de har egne årsverk til målgruppen

Som vist i tabell 3.6, er det i 2024 totalt 37 prosent av årsverkene som brukes i bemannede boliger, mens 25 prosent går til ambulans/mobil/oppøkende virksomhet. Ni prosent av årsverkene går til lavterskel helse- og mestringstilbud i 2024.

**Tabell 3.6** Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot voksne i målgruppen, 2024

	Totalt	Prosent
Institusjoner	975	8
Bemannede boliger	4 667	37
Ambulant/mobile/oppøkende virksomhet	3 195	25
Lavterskel helse- og mestringstilbud	1 078	9
Aktivitet/treffsted/være-sted/friluftstilbud	697	6
Arbeidsrettet aktivitet	401	3
Øvrige årsverk	1 593	13
<b>Totalt</b>	<b>12 607</b>	<b>100</b>

Som vist i tabell 3.7, er det over halvparten av årsverkene i institusjoner som har helse- eller sosialfaglig utdanning fra universitet eller høyskole. Det er 21 prosent assistenter eller ufaglærte i institusjoner i 2024. Fordeling på utdanning i de andre tjenestene vises i tabell 3.8 til tabell 3.13.

**Tabell 3.7**      **Årsverk i institusjoner fordelt på utdanning, 2024**

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	204	21
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	550	56
Annen utdanning fra videregående skole	14	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	7	1
Ufaglærte	201	21
<b>Totalt</b>	<b>975</b>	<b>100</b>

**Tabell 3.8**      **Årsverk i bemannede boliger fordelt på utdanning, 2024**

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	1528	33
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	2246	48
Annen utdanning fra videregående skole	126	3
Annen utdanning fra universitet/høyskole	171	4
Ufaglærte	597	13
<b>Totalt</b>	<b>4667</b>	<b>100</b>

**Tabell 3.9**      **Årsverk i ambulante/mobile/oppøkende virksomhet fordelt på utdanning, 2024**

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	497	16
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	2363	74
Annen utdanning fra videregående skole	72	2
Annen utdanning fra universitet/høyskole	129	4
Ufaglærte	134	4
<b>Totalt</b>	<b>3195</b>	<b>100</b>

**Tabell 3.10**      **Årsverk i lavterskel helse- og mestringstilbud fordelt på utdanning, 2024**

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	57	5
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	902	84
Annen utdanning fra videregående skole	15	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	88	8
Ufaglærte	16	2
<b>Totalt</b>	<b>1078</b>	<b>100</b>

**Tabell 3.11**    Årsverk i aktivitet/treffsted/være-sted/friluftstilbud fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	175	25
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	348	50
Annen utdanning fra videregående skole	45	6
Annen utdanning fra universitet/høyskole	58	8
Ufaglærte	70	10
Totalt	697	100

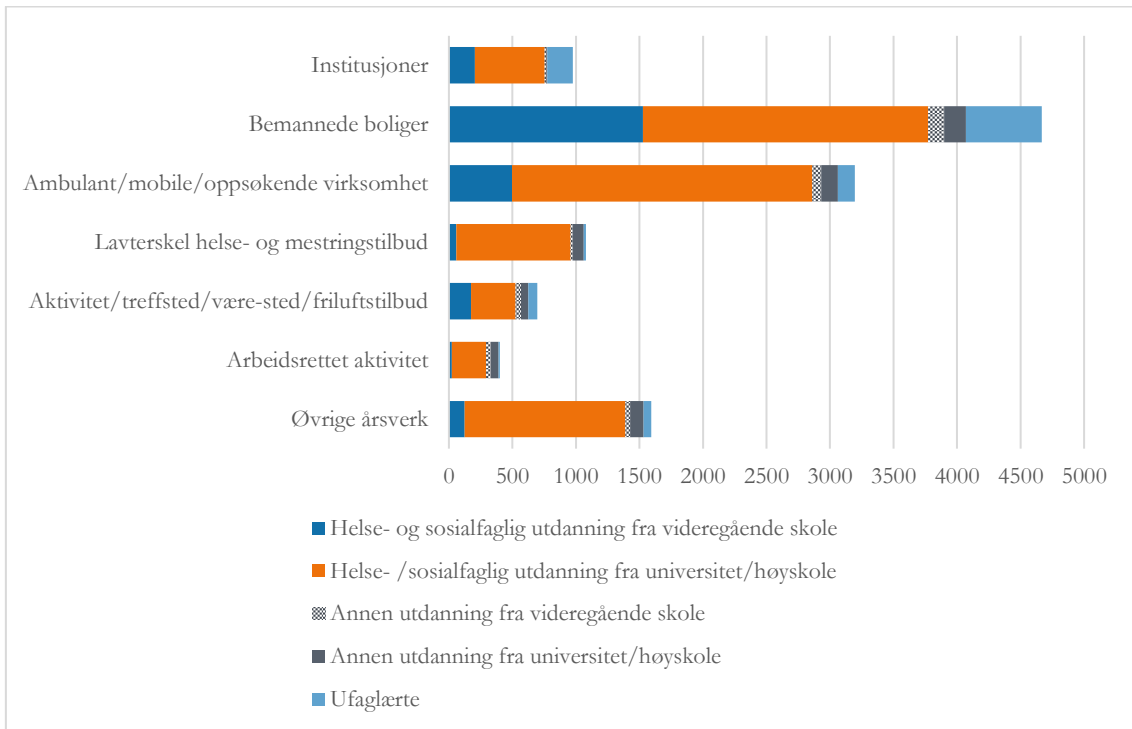
**Tabell 3.12**    Årsverk i arbeidsrettet aktivitet fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	23	6
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	270	67
Annen utdanning fra videregående skole	37	9
Annen utdanning fra universitet/høyskole	60	15
Ufaglærte	11	3
Totalt	401	100

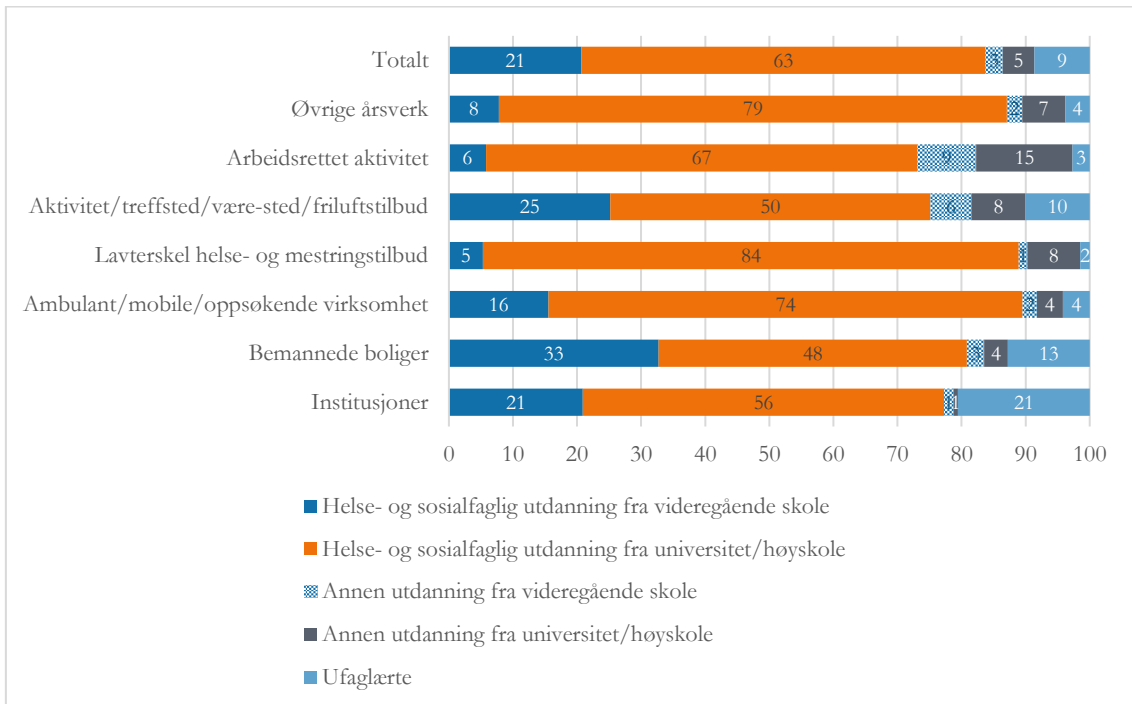
**Tabell 3.13**    Øvrige årsverk fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	124	8
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	1263	79
Annen utdanning fra videregående skole	38	2
Annen utdanning fra universitet/høyskole	107	7
Ufaglærte	61	4
Totalt	1593	100

For første gang kan årsverkene fordeles både på tjenester og utdanningsnivå samtidig. Som vist i figur 3.2 går de fleste årsverkene i tjenester til voksne til bemannede boliger og oppsøkende virksomhet. Det er særlig i bemannede boliger det er mange ufaglærte og mange med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole. Den prosentvise fordelingen er vist i figur 3.3.



Figur 3.2 Antall årsverk i tjenester til voksne i målgruppen fordelt på utdanning, 2024.



Figur 3.3 Prosentvis fordeling av utdanningsgrupper i tjenester til voksne i målgruppen fordelt på tjenester/tiltak, 2024.

Det er også tatt med et spørsmål om de kan anslå omtrent hvor mange prosent av årsverkene i tjenester til voksne i målgruppen som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

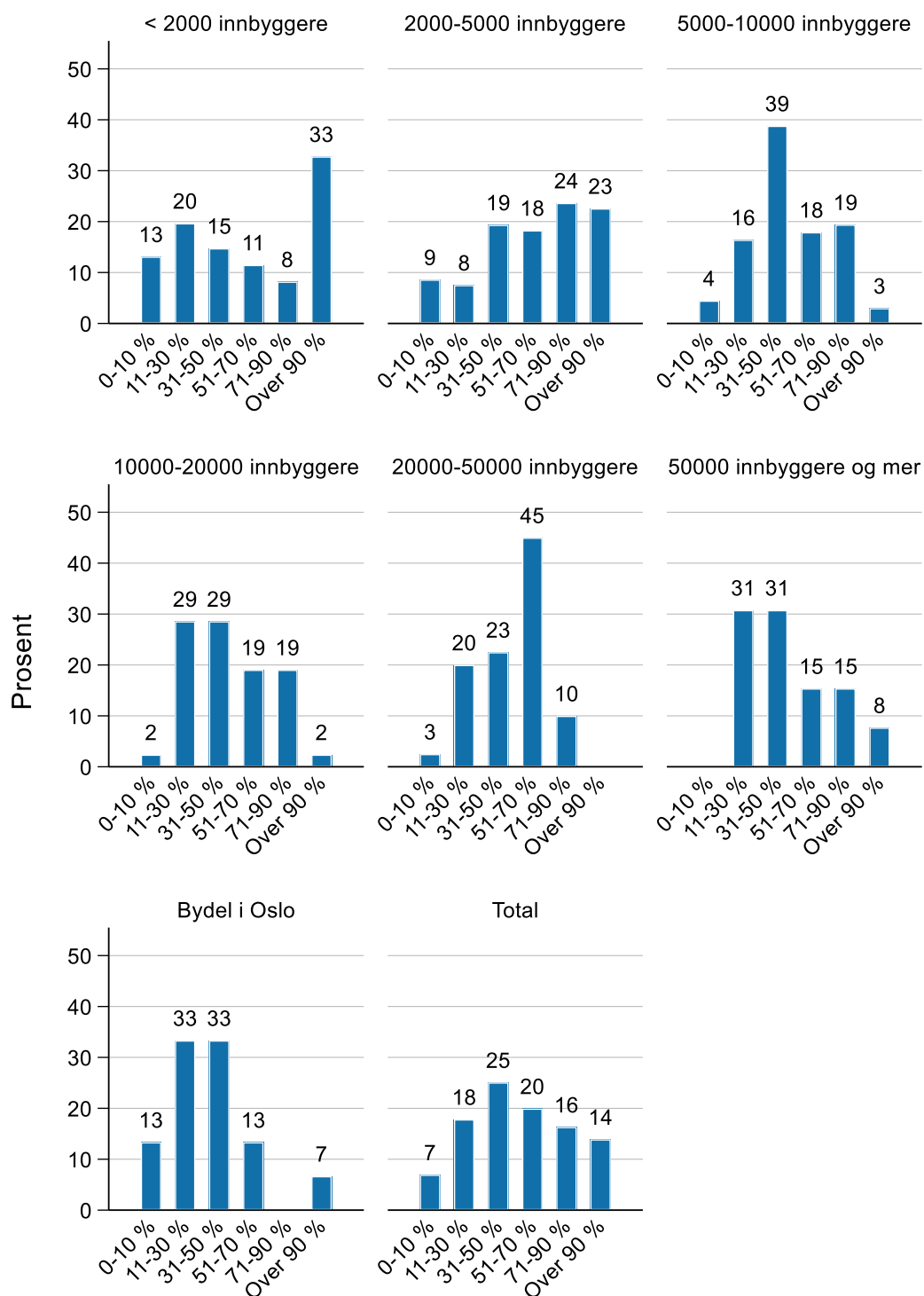
Som vist i tabell 3.14, er det flest som oppgir at de har mellom 31-50 prosent med slik videreutdanning og 14 prosent som oppgir at over 90 prosent av årsverkene har denne videreutdanningen.

**Tabell 3.14 Anslag på hvor mange prosent av årsverkene til voksne som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, 2024.**

	Antall	Prosent
0-10 %	23	7
11-30 %	59	18
31-50 %	83	25
51-70 %	66	20
71-90 %	54	16
Over 90 %	46	14
Total	331	100

Som vist i figur 3.4, er det størst andel som har over 90 prosent med videreutdanning i psykisk helse- og rusarbeid i de minste kommunene. Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er noen av tjenesteområdene som kan sammenliknes med tidligere, og om vi slår sammen institusjoner og bemannede boliger, er det en økning på 3 prosent. Om hjemmetjenester og oppsøkende virksomhet sammenstilles, er økningen på 20 prosent. Samtidig er det nedgang i årsverk som går til ulike aktivitetstilbud, og en liten nedgang i arbeidsrettede tilbud. Dette kan være reelt, særlig at det nå er flere som arbeider i oppsøkende tilbud.



Figur 3.4 Anslag på hvor stor andel av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid rettet mot voksne. Kommunestørrelse, 2024.

### 3.3 Årsverksinnsats i tjenester til barn og unge

Det er 96 kommuner som oppgir at de har færre enn fem årsverk som går til målgruppen, og 76 oppgir at de ikke har egne årsverk som går til barn og unge i målgruppen.

**Tabell 3.15** Om kommunen /bydelen har egne årsverk som går til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

	Antall	Prosent
Ja, og vi kan fordele årsverkene på tjenester/tilbud	188	54
Ja, men kun få årsverk som arbeider på tvers av tjenester/tilbud (færre enn 5 årsverk)	96	27
Nei, kommunen har ikke egne årsverk til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid	67	19
Total	351	100

Som vist i figur 3.5, er det størst andel av de minste kommunene som ikke har egne årsverk til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid. Men det er kun i kommuner med mer enn 50000 innbyggere at alle svarer at de har egne årsverk til målgruppen og at de kan fordele årsverkene på tjenester/tilbud. Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

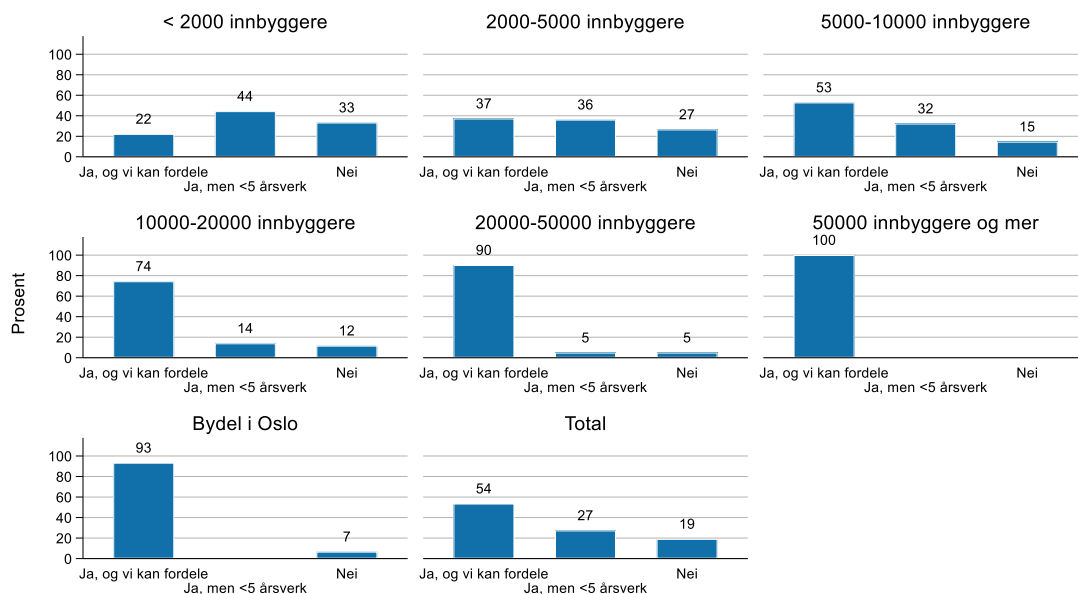
De 96 kommunene som har oppgitt å ha færre enn fem årsverk, har totalt rapportert 176 årsverk og fordelt dem på utdanningskategoriene som vist i tabell 3.16.

Disse er lagt til øvrige årsverk i tabell 3.17. og er inkludert i tallene i tabell 3.24.

**Tabell 3.16** Antall årsverk rapportert fra de 61 kommunene som har færre enn fem årsverk fordelt på utdanning

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	6	3
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	146	83
Annen utdanning fra videregående skole	0	0
Annen utdanning fra universitet/høyskole	20	11
Ufaglærte	4	2
Totalt	176	100





**Figur 3.5 Om de har egne årsverk som går til barn og unge**

Det er 39 prosent av årsverkene som går til helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom i 2024, mens 19 prosent går til lavterskel psykisk helse og rustilbud. Like mange årsverk går til oppsøkende virksomhet. Om vi sammenlikner 2023 og 2024, finner vi en nedgang i alle kategorier, men dette tror vi i hovedsak er justeringer etter nye gjennomganger, heller enn reelle reduksjoner i årsverksinnsatsen til barn og unge.

**Tabell 3.17. Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen, 2024**

	Totalt	Prosent
Bemannede boliger	124	3
Ambulante/mobile tjenester/opsøkende virksomhet	682	19
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	1 400	39
Lavterskel psykisk helse og rustilbud	682	19
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	214	6
Øvrige årsverk	528	15
<b>Totalt</b>	<b>3 629</b>	<b>100</b>

Det er 46 prosent av årsverkene i bemannede boliger til barn og unge som har helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole (se tabell 3.18), og tabell 3.19 til tabell 3.24 viser fordelingen på utdanningsgrupper for resten av tjenesteområdene.

**Tabell 3.18**    Årsverk i bemannede boliger fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	50	40
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	57	46
Annen utdanning fra videregående skole	2	2
Annen utdanning fra universitet/høyskole	3	3
Ufaglærte	11	9
Totalt	124	100

**Tabell 3.19**    Årsverk i ambulante/mobile tjenester/oppsøkende virksomhet fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	31	5
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	566	83
Annen utdanning fra videregående skole	9	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	66	10
Ufaglærte	10	2
Totalt	682	100

**Tabell 3.20**    Årsverk helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom et fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	4	0
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	1350	96
Annen utdanning fra videregående skole	0	0
Annen utdanning fra universitet/høyskole	45	3
Ufaglærte	0	0
Totalt	1400	100

**Tabell 3.21** Årsverk i lavterskel psykisk helse og rustilbud fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	11	2
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	586	86
Annen utdanning fra videregående skole	4	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	79	12
Ufaglærte	1	0
<b>Totalt</b>	<b>682</b>	<b>100</b>

**Tabell 3.22** Årsverk til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	56	26
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	88	41
Annen utdanning fra videregående skole	15	7
Annen utdanning fra universitet/høyskole	30	14
Ufaglærte	25	12
<b>Totalt</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

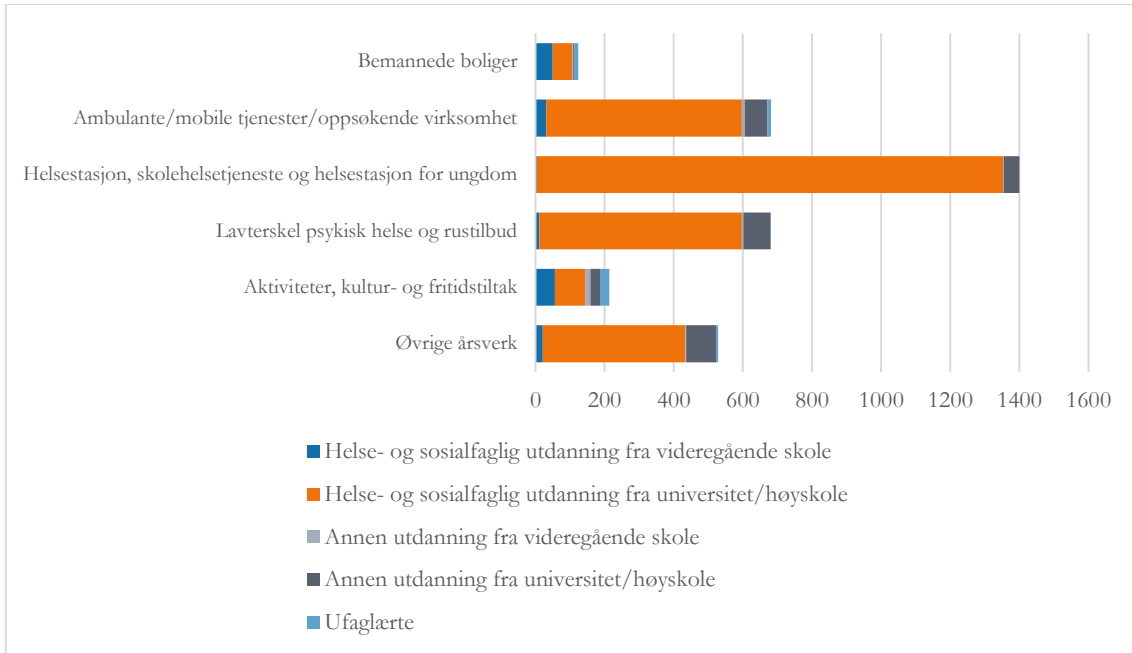
**Tabell 3.23** Årsverk til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	21	8
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	161	64
Annen utdanning fra videregående skole	15	6
Annen utdanning fra universitet/høyskole	35	14
Ufaglærte	19	7
<b>Totalt</b>	<b>251</b>	<b>100</b>

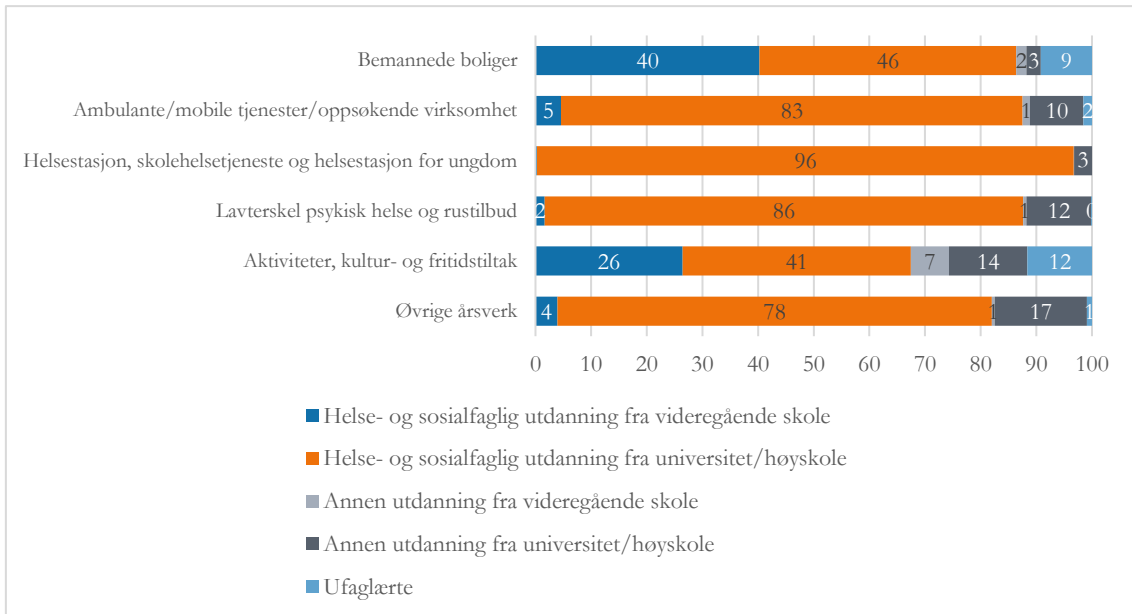
**Tabell 3.24** Øvrige årsverk fordelt på utdanning, 2024

	Antall	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole	21	4
Helse- /sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	412	78
Annen utdanning fra videregående skole	3	1
Annen utdanning fra universitet/høyskole	88	17
Ufaglærte	5	1
<b>Totalt</b>	<b>528</b>	<b>100</b>

Som vist i figur 3.6 går de fleste årsverkene i tjenester til barn og unge til helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, og dette er kun årsverk med utdanning på universitets- og høyskolenivå. Det er i 2024 kun noen få årsverk i bemannede boliger og i ulike aktivitetstilbud som er ufaglærte. Den prosentvise fordelingen på utdanningsgrupper i ulike tjenester (figur 3.7), viser at ufaglærte utgjør ni prosent i bemannede boliger og 12 prosent i aktivitetstilbud.



Figur 3.6 Antall årsverk i tjenester til barn og unge i målgruppen fordelt på utdanning, 2024.



Figur 3.7 Prosentvis fordeling av utdanningsgrupper i tjenester til barn og unge i målgruppen fordelt på tjenester/tiltak, 2024.

Som vist i tabell 3.25, er det 23 prosent som svarer at ti prosent eller mindre av årsverkene til barn og unge har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, og 21 prosent som svarer at over 90 prosent har det.

**Tabell 3.25** Anslag på hvor mange prosent av årsverkene til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, 2024

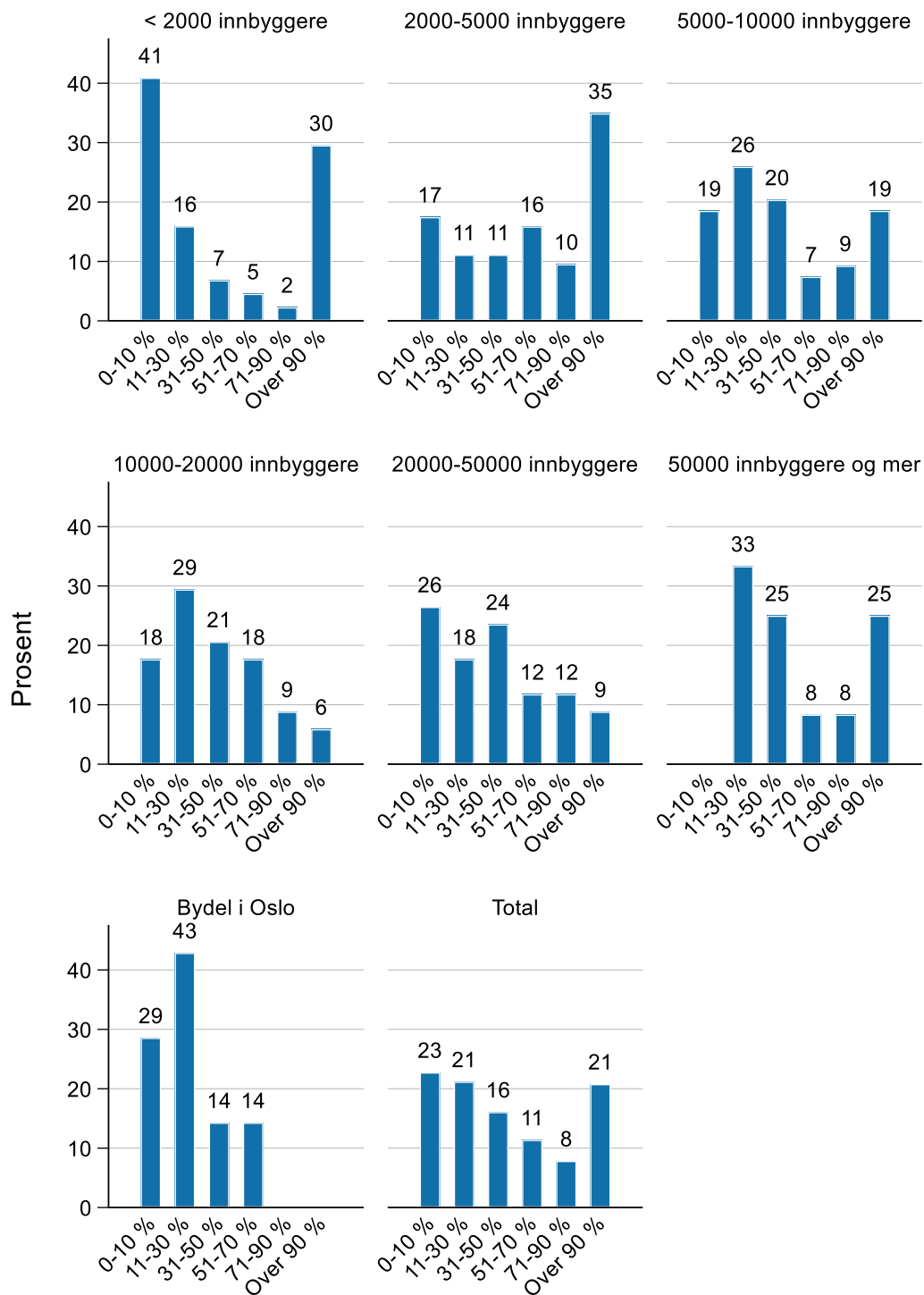
	Antall	Prosent
0-10 %	58	23
11-30 %	54	21
31-50 %	41	16
51-70 %	29	11
71-90 %	20	8
Over 90 %	53	21
Total	255	100

Figur 3.8 på neste side, viser at i tjenester til barn og unge er det størst andel av de små kommunene som har over 90 prosent av årsverkene med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Blant større kommuner er det mest vanlig at 11-30 prosent har slik videreutdanning.

### 3.4 Oppsummering

Vi beregner at årsverksinnsatsen er omtrent uendret fra 2023 til 2024, med en marginal økning på 0,7 prosent.

2024 vil nå utgjøre et godt utgangspunkt for å følge utviklingen i årene fremover. Det er for eksempel nå ni prosent av årsverkene til voksne og 19 prosent av årsverkene til barn og unge som går til lavterskel helse- og mestringstilbud. En fjerdedel av årsverkene i tjenester rettet mot voksne er ambulante/mobile/oppsøkende årsverk, mens det samme gjelder for omtrent en femtedel av årsverkene i tjenester for barn og unge. Andelen ufaglærte i tjenester til voksne er nå ni prosent og én prosent i tjenester til barn og unge. Samtidig er andelen med videreutdanning høyere i tjenester for voksne, sammenliknet med tjenester for barn og unge.



Figur 3.8 Anslag på hvor stor andel av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid rettet mot barn og unge. Kommunistørrelse, 2024.

## 4 Antall brukere, kjøp av tjenester

I 2007 gjorde vi for første gang anslag på antall brukere i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi estimerte da at i underkant av 40 000 barn og unge mottar kommunale tjenester pga. problemer relatert til psykisk helse<sup>162</sup>. Dette tilsvarer 3,4 prosent av befolkningen 0-18 år. Vi anslo at omtrent 60 000 voksne mottok kommunale tjenester pga. psykiske lidelser. Dette tilsvarer 1,7 prosent av befolkningen over 18 år. Psykiske lidelser omfatter her målgruppen for det psykiske helsearbeidet og favner fra lettere psykiske problemer til mer alvorlige psykiske lidelser.

### 4.1 Beregning av antall brukere med og uten vedtak

Det er 73 prosent av de som har svart som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne, og hver tredje kommune har tall for barn og unge (se tabell 4.1). Det er flere måter å gjøre disse beregningene, og her velger vi to metoder:

Metode A: Beregner gjennomsnitt og median innen hver kommunestørrelsesgruppe (heretter gruppe) basert på de som har svart, og gir dette tallet til alle kommuner i samme gruppe, og summerer deretter tallene til et nasjonalt anslag (veid).

Metode B: Beregner antall brukere per innbygger for de som har tall innenfor hver gruppe, og ganger opp med antall innbyggere i hver gruppe, og summerer tallene til et nasjonalt anslag (veid).

**Tabell 4.1** Svar på spørsmål om de har tall på hvor mange brukere som har mottatt psykisk helse- og rustjenester i 2023

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	240	73	103	33
Nei	91	27	211	67
Total	331	100	314	100
Ikke oppgitt	42		59	

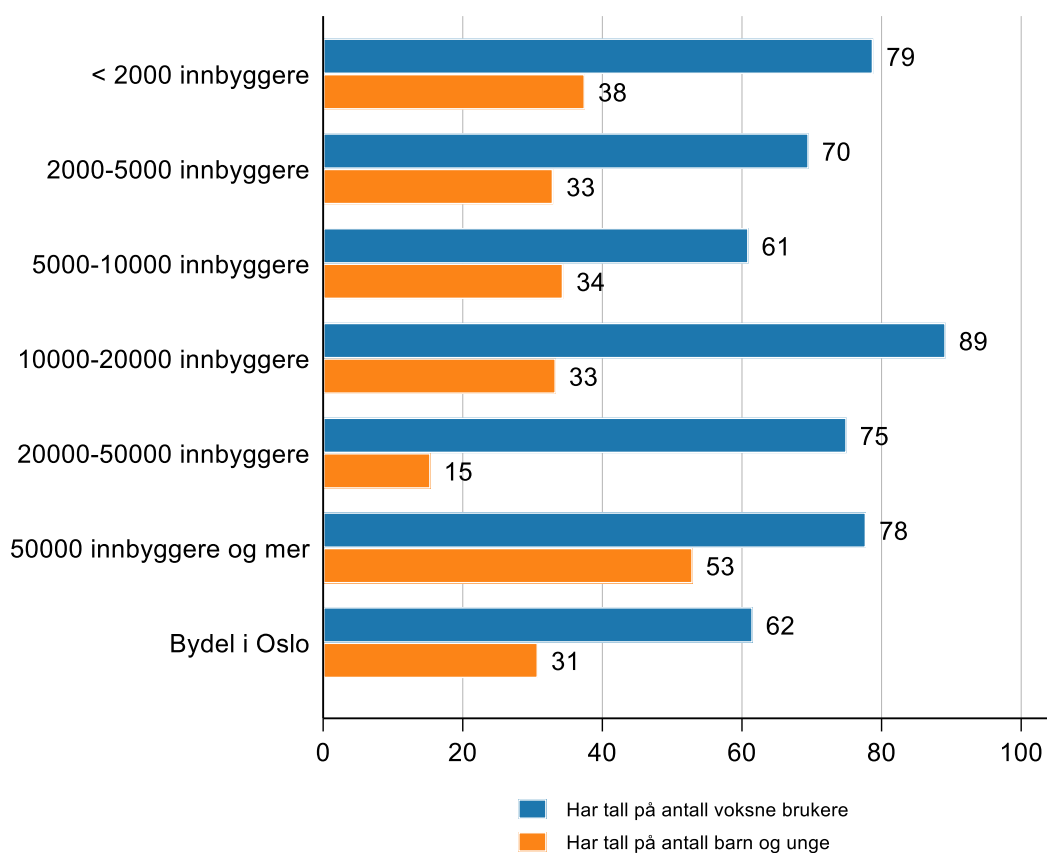
Som vist i figur 4.1 og 4.2, er alle gruppene etter kommunestørrelse godt representert for voksne, mens det er få kommuner i gruppen 20000-50000 innbyggere som har tall for barn og unge.

Vi har også spurt de som har tall på antall brukere, om de har tatt med kun brukere med vedtak om tjenester, eller om de har tatt med brukere med og uten vedtak. Det er 29 prosent

av de som har oppgitt tall for voksne, og 19 prosent blant de som har oppgitt tall på barn og unge som har oppgitt antall brukere med vedtak.

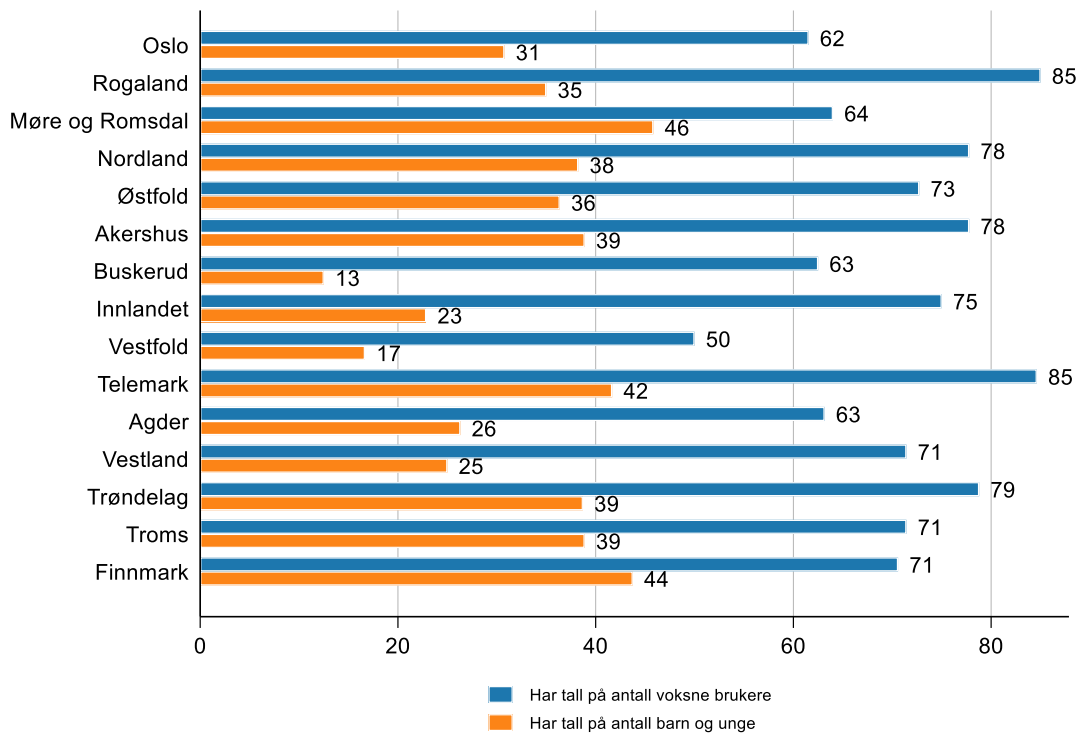
**Tabell 4.2 Hvem de har inkludert i tallene.**

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Brukere med vedtak om tjenester	72	29	21	19
Både brukere med og uten vedtak er medregnet	174	71	91	81
Totalt	246	100	112	100



**Figur 4.1 Prosent som oppgir at de har tall på antall brukere. Kommunestørrelse, 2024.**





Figur 4.2 Prosent som oppgir at de har tall på antall brukere. Fylke, 2024.

Om vi baserer tallene på de 72 kommunene/bydelene som har oppgitt antall voksne brukere med vedtak, beregner vi at på nasjonalt nivå er det 76218 brukere basert på gjennomsnittsberegning (Gj. snitt) og 66995 basert på median (tabell 4.3). Om det riktige svaret ligger mellom dette, anslår vi at det er 71608 voksne brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med vedtak som har fått tjenester i 2023.

Tabell 4.3 Beregnet antall voksne brukere i målgruppen med vedtak i alle kommuner i 2023. Metode A.

	Basert på de som har tall:		Antall	Antall brukere		
	Gj. snitt	Median		Gj. snitt	Median	Gj. snitt
< 2000 innbyggere	33	35	77	2527	2695	2611
2000-5000 innbyggere	68	65	97	6634	6257	6446
5000-10000 innbyggere	152	121	70	10620	8470	9545
10000-20000 innbyggere	244	210	47	11464	9870	10667
20000-50000 innbyggere	410	350	46	18867	16100	17484
50000 innbyggere og mer	862	731	19	16383	13880	15132
Bydel i Oslo	572	572	17	9724	9724	9724
Total	202	90	373	76218	66995	71608

Med samme beregningsmåte, basert på 174 kommuner/bydeler, finner vi 129828 brukere i målgruppen som får tjenester uavhengig av om de har vedtak om tjenester eller ikke.

**Tabell 4.4 Beregnet antall voksne brukere med og uten vedtak av psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode A.**

	Basert på de som har tall:		Antall	Antall brukere		
	Gj. snitt	Gj. snitt		Gj. snitt	Median	Gj. snitt
< 2000 innbyggere	38	32	77	2950	2464	2707
2000-5000 innbyggere	111	105	97	10746	10185	10466
5000-10000 innbyggere	259	264	70	18118	18445	18282
10000-20000 innbyggere	464	450	47	21815	21150	21483
20000-50000 innbyggere	760	720	46	34942	33120	34031
50000 innbyggere og mer	2072	1338	19	39370	25413	32392
Bydel i Oslo	658	574	17	11180	9758	10469
<b>Totalt</b>	<b>385</b>	<b>154</b>	<b>373</b>	<b>139121</b>	<b>120535</b>	<b>129828</b>

Med metode B beregner vi at det er 64448 voksne brukere med vedtak i alle landets kommuner i 2023 (tabell 4.5) og totalt 138467 voksne brukere totalt (tabell 4.6). Dvs. at 47 prosent av de voksne brukerne, har vedtak om tjenester.

**Tabell 4.5 Beregnet antall voksne brukere i målgruppen med vedtak i alle kommuner i 2023. Metode B.**

	Brukere per innbygger	Antall innbyggere over 18 år	Beregnet antall brukere
< 2000 innbyggere	0,024751	79376	1965
2000-5000 innbyggere	0,022156	251242	5566
5000-10000 innbyggere	0,028577	395732	11309
10000-20000 innbyggere	0,018029	520624	9387
20000-50000 innbyggere	0,014634	1076516	15754
50000 innbyggere og mer	0,007993	1528122	12215
Bydel i Oslo	0,01409	585738	8253
<b>Totalt</b>	<b>0,013881</b>	<b>4437350</b>	<b>64448</b>

**Tabell 4.6 Beregnet antall voksne brukere med og uten vedtak av psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode B.**

	Brukere per innbygger	Antall innbyggere over 18 år	Beregnet antall brukere
< 2000 innbyggere	0,037415	79376	2970
2000-5000 innbyggere	0,042161	251242	10593
5000-10000 innbyggere	0,043355	395732	17157
10000-20000 innbyggere	0,041984	520624	21858
20000-50000 innbyggere	0,031309	1076516	33704
50000 innbyggere og mer	0,028626	1528122	43744
Bydel i Oslo	0,014412	585738	8442
Totalt	0,030891	4437350	138467

For barn og unge beregner vi med metode A at det i 2023 var 18249 barn og unge med vedtak som mottok tjenester (tabell 4.7) og 44984 totalt medregnet både de med og uten vedtak (tabell 4.8). Det betyr at 41 prosent av barn og unge som fikk tjenester i 2023 hadde vedtak om tjenester.

Med metode B, beregner vi at 12322 hadde vedtak og at det totalt var 46397 barn og unge som fikk tjenester, dvs. 27 prosent hadde vedtak.

Usikkerheten er altså størst for tjenester til barn og unge, fordi der er beregningsgrunnlaget dårligere enn for voksne, fordi færre kommuner/bydeler vet hvor mange barn og unge som har fått tjenester enn voksne.

**Tabell 4.7 Beregnet antall barn og unge med vedtak om psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode A.**

	Basert på de som har tall:		Antall	Antall brukere		
	Gj. snitt	Gj. snitt		Gj. snitt	Gj. snitt	Gj. snitt
< 2000 innbyggere	1	1	77	103	77	90
2000-5000 innbyggere	8	10	97	744	970	857
5000-10000 innbyggere	20	13	70	1428	910	1169
10000-20000 innbyggere*	53	49	47	2489	2315	2402
20000-50000 innbyggere	86	86	46	3933	3933	3933
50000 innbyggere og mer	411	411	19	7809	7809	7809
Bydel i Oslo	117	117	17	1989	1989	1989
Total	65	2	373	18494	18003	18249

**Tabell 4.8 Beregnet antall barn og unge med og uten vedtak om psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode A.**

	Basert på de som har tall:		Antall	Antall brukere		
	Gj. snitt	Median		Gj. snitt	Media n	Gj. snitt
< 2000 innbyggere	17	10	77	1273	770	1022
2000-5000 innbyggere	35	33	97	3347	3153	3250
5000-10000 innbyggere	95	73	70	6633	5110	5872
10000-20000 innbyggere	84	80	47	3927	3760	3844
20000-50000 innbyggere	415	316	46	19081	14536	16809
50000 innbyggere +	830	560	19	15765	10640	13203
Bydel i Oslo	58	58	17	986	986	986
Total	139	42	373	51010	38955	44984

**Tabell 4.9 Beregnet antall barn og unge med vedtak om psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode B.**

	Brukere per innbygger	Antall innbyggere under 18 år	Beregnet antall brukere
< 2000 innbyggere	0,008316	16658	139
2000-5000 innbyggere	0,010066	56924	573
5000-10000 innbyggere	0,015331	98825	1515
10000-20000 innbyggere	0,01228	137901	1693
20000-50000 innbyggere	0,009229	280428	2588
50000 innbyggere +	0,011467	390145	4474
Bydel i Oslo	0,010153	131972	1340
Totalt	0,011134	1112853	12322

**Tabell 4.10 Beregnet antall barn og unge med og uten vedtak om psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode B.**

	Brukere per innbygger	Antall innbyggere under 18 år	Beregnet antall brukere
< 2000 innbyggere	0,079259	16658	1320
2000-5000 innbyggere	0,057375	56924	3266
5000-10000 innbyggere	0,064068	98825	6332
10000-20000 innbyggere	0,022808	137901	3145
20000-50000 innbyggere	0,063845	280428	17904
50000 innbyggere +	0,035404	390145	13813
Bydel i Oslo	0,004674	131972	617
Totalt	0,038573	1112853	46397

Det er flere forbehold som må vurderes i disse beregningene. Det kan for eksempel være slik at de som har tall på antall brukere, har godt utbygde tjenester og derfor relativt mange brukere. Ved å anta at de andre kommunene i samme gruppe for kommunestørrelse har like mange brukere per innbygger, overestimeres antall på nasjonalt nivå. Dette må derfor ses på som et første anslag, så vil tallene kunne bli sikrere ved flere målinger over tid. Det er ingen grunn til å tro at de som har rapportert inn tall ikke har god oversikt, så vi antar at de har levert pålitelige tall.

**Tabell 4.11** Beregnet brukere med og uten vedtak for psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023. Metode A, B og Gjennomsnittet.

	Kun brukere med vedtak			Alle brukere, både med og uten vedtak		
	Metode A	Metode B	Gjennomsnitt	Metode A	Metode B	Gjennomsnitt
Voksne	71 608	64 448	68 028	129 828	138 467	134 148
Barn og unge	18 249	12 322	15 286	44 984	46 397	45 691
Totalt	89 857	76 770	83 314	174 812	184 864	179 838

Som vist i tabell 4.11 beregner vi at det var omtrent 83000 brukere med vedtak om tjenester i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2023, totalt 180000 brukere. Av de med vedtak var det 15 prosent som var barn og unge, og av alle var det 25 prosent som var barn og unge. Det er altså en litt høyere andel blant de med vedtak som er voksne (82 prosent) enn for alle brukere (75 prosent). Dette er de første anslagene som er gjort på mange år, og det er vanskelig å si hvor nøyaktige de er før vi får flere repeterte målinger.

## 4.2 Beregning av antall brukere kommunene kjøper tjenester for

Det er 69 prosent av kommunene som har svart at de har tall på antall voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, og 45 prosent vet antall barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private. Tabell 4.12 og 4.13 viser at vi beregner at det ble kjøpt tjenester til i 1140 voksne brukere og 359 barn og unge fra private aktører i 2023.

**Tabell 4.12 Om de har tall på hvor mange brukere kommunen/bydelen har kjøpt psykisk helse- og rustjenester til fra private aktører i 2023.**

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	231	69	138	45
Nei	102	31	172	55
Total	333	100	310	100
Ikke oppgitt	40		63	

**Tabell 4.13 Beregnet antall voksne brukere det kjøpes tjenester til fra private. Kommunestørrelse, 2023.**

	Basert på de som har tall		Antall	Antall voksne brukere		
	Gj. snitt	Median		Gj. snitt	Median	Gj. snitt
	< 2000 innbyggere	1	0	77	84	0
2000-5000 innbyggere	1	1	97	94	97	95
5000-10000 innbyggere	1	1	70	56	70	63
10000-20000 innbyggere	2	1	47	71	47	59
20000-50000 innbyggere	2	2	46	106	69	88
50000 innbyggere og mer	18	20	19	339	371	355
Bydel i Oslo	26	25	17	450	425	437
Total	4	1	373	1201	1079	1140

**Tabell 4.14 Beregnet antall barn og unge det kjøpes tjenester til fra private. Kommunestørrelse, 2023.**

	Basert på de som har tall		Antall	Antall brukere		
	Gj. snitt	Median		Gj. snitt	Median	Gj. snitt
	< 2000 innbyggere	0	0	77	30	0
2000-5000 innbyggere	0	0	97	18	0	9
5000-10000 innbyggere	0	0	70	22	0	11
10000-20000 innbyggere	0	0	47	16	0	8
20000-50000 innbyggere	0	0	46	21	0	11
50000 innbyggere og mer	5	0	19	100	0	50
Bydel i Oslo	15	15	17	255	255	255
Total	1	0	373	463	255	359

Som vist i tabell 4.14, er det 37 prosent som oppgir at de kjøper langtids bo/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører, 9 prosent kjøper

psykologtjenester og 10 prosent kjøper annet tilbud til barn og unge fra kommersielle aktører. Her oppgir de at dette er ulike typer avlastningstilbud, veiledningstjenester og institusjonsopphold.

**Tabell 4.15** Hvilket tilbud som ble kjøpt fra private aktører i 2023.

	Antall	Prosent
Langtids bo/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører	48	14
Langtids bo/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører	123	37
Korttids bo/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører	27	8
Korttids bo/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører	17	5
Psykologtjenester	30	9
Annet tilbud til målgruppen til barn og unge fra ideelle aktører	15	4
Annet tilbud til målgruppen til for barn og unge fra kommersielle aktører	32	10
Annet tilbud til målgruppen til for voksne fra ideelle aktører	15	4
Annet tilbud til målgruppen for voksne fra kommersielle aktører	14	4
Kjøper ikke tjenester til målgruppen	139	41
Antall kommuner/bydeler som har svart	335	100

### 4.3 Tilskudd til ulike organisasjoner som gir tilbud til målgruppen

Det er 30 prosent av kommunene som gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til voksne og 13 prosent gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til barn og unge i målgruppen.

**Tabell 4.16** Om de gir tilskudd til andre organisasjoner som gir tilbud til målgruppen

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	102	30	45	13
Nei	240	70	298	87
Total	342	100	343	100
Ikke oppgitt	31		30	

Det er 100 kommuner som oppgir til hvem og hvor mye de gir. Aktører som nevnes for voksne er Mental Helse, Fontenehuset, Aurorastiftelsen, Villa Walle, Frelsesarmeen, Frivillighetssentralen, Funkishuset, Gatelag fotball, LPP, Kirkens SOS, Kirkens Bymisjon, Mercy House, Ellens Hjelpende Hender, Morgenstellet, Krisesenter, LEVE, Blå Kors, NKS, RIO, Røde Kors, Norske kvinners sanitetsforening, Nok-senter (Lavterskel hjelpetilbud og en fagressurs om seksuelle overgrep) og Angstringen.

Noen beskriver litt mer detaljert:

*A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling ADHD Norge Agder Aktivitetssenter for nervøse Bjaavann golfklubb - Kristiansand Filadelfia Filosofi i praksis FRAM FRI Agder IOGT i Norge Kirkens SOS Kristiansand avholdslag Kulturalliansen Maskefall Mental Helse Kristiansand & omegn Norske kvinners sanitetsforening Organisasjonen ATROP Støtte & Ettervernsenter ROM - Råd og muligheter Stiftelsen Kirkens bymisjon Stiftelsen Shalam WayBack, Stiftelsen etter soning Til sammen er det gitt tilskudd på kr. 5.696.000,-*

*Tromsø kommune gir ut Ca 20 000 000,- til ulike frivillige/ brukerorganisasjoner og ideelle organisasjoner. Disse går som en helhet til organisasjonene. Mange av disse org har målgruppe barn/unge og voksne*

For barn og unge nevnes ulike aktivitetstilbud til lag/foreninger, Blå Kors Barnas stasjon, Frivillighetssentralen, Mental Helse, HomeStart, Ingerstiftelsen, NKS, Nok.-senter, SMISO (Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep) og Voksne for barn.

Det er vanskelig å gjøre beregninger på hvor mye som går til målgruppen, fordi tilbudene ofte dekker mange målgrupper. Det er betydelige med midler kommunene totalt gir til disse organisasjonene, men det er uklart om disse tilbudene er et supplement til det offentlige hjelpeapparatet eller om det er en del av det offentlige fordi de i stor grad finansieres av offentlige midler.

#### **4.4 Oppsummering**

Det er 73 prosent som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne, og hver tredje kommune har tall for barn og unge. Det er flere måter å gjøre disse beregningene, og basert på dette har vi beregnet at det for alle kommuner var omtrent 83000 brukere med vedtak om tjenester i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2023, totalt 180000 brukere med og uten vedtak. Av de med vedtak var det 15 prosent som var barn og unge, og av alle var det 25 prosent som var barn og unge. Det er altså en litt høyere andel blant de med vedtak som er voksne (82 prosent) enn blant både de med og uten vedtak (75 prosent). Til sammenlikning var det 279016 som fikk tjenester fra psykisk helsevern i 2023, og 24 prosent var barn og unge. Dette er de første anslagene som er gjort siden 2007, og det er vanskelig å si hvor nøyaktige de er før vi får flere repeterte målinger. I 2007 anslo vi at det var ca. 40 000 barn og unge (3,4 prosent av befolkningen 0-18 år) og omtrent 60 000 voksne som mottok kommunale tjenester pga. psykiske lidelser (1,7 prosent av befolkningen over 18 år). Anslagene nå i 2024, er 46 000 barn og unge (4,1 prosent av befolkningen 0-18 år) og 134 000 voksne (3,0 prosent av befolkningen over 18 år), og dette inkluderer både de med og uten vedtak om tjenester.

Det er 69 prosent av kommunene som har svart at de har tall på antall voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, og 45 prosent vet antall barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private. Vi har brukt tallene for de som har de, og basert på disse har vi



beregnet tall for de kommunene som oppgir at de ikke har tall. Vi beregner at det ble kjøpt tjenester til i omtrent 1140 voksne og 360 barn og unge i målgruppen fra private aktører i 2023.

Det er 30 prosent av kommunene som gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til voksne og 13 prosent gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til barn og unge i målgruppen. Det blir vanskelig å beregne hvor mye som går direkte til målgruppen, men det er mange aktører som får tilskutt. Totalt sett er det betydelige med midler kommunene gir til disse organisasjonene, men det er uklart om disse tilbudene er et tydelig supplement til det offentlige hjelpeapparatet eller om det er en del av det offentlige apparatet fordi de i stor grad finansieres av offentlige midler. En av problemstillingene er for eksempel hvor mye av aktiviteten hos disse organisasjonene som er basert på frivillig ubetalt innsats, og hvor mye som utføres av ansatte i ordinære tilsettingsforhold som mottar lønn. Om hovedvekten av aktiviteten ligger på sistnevnte, og de finansieres av offentlige midler, bør de kanskje vurderes som en del av kapasiteten i offentlig sektor.

# 5 Erfaringskonsulenter, rekrutteringsutfordringer og bruk av personalressurser

## 5.1 Erfaringskonsulenter

I skjemaet står følgende ledetekst: «Erfaringskonsulent er en stillingsbenevnelse på en person som er ansatt i tjenesten med bakgrunn i sin erfaringskompetanse på rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer, ervervet som pasient, bruker eller pårørende. Her etterspørres årsverk der stillingsbeskrivelse forutsetter denne erfaringen og kompetansen.»

37 prosent av kommunene oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne, og 9 prosent har det i tjenester til barn og unge i 2024, se tabell 5.1. Det er 60 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og 87 prosent i tjenester til barn og unge. Det er hhv. 3 og 4 prosent som har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og til barn og unge.

Tabell 5.1 Om noen av årsverkene inkluderer erfaringskonsulenter

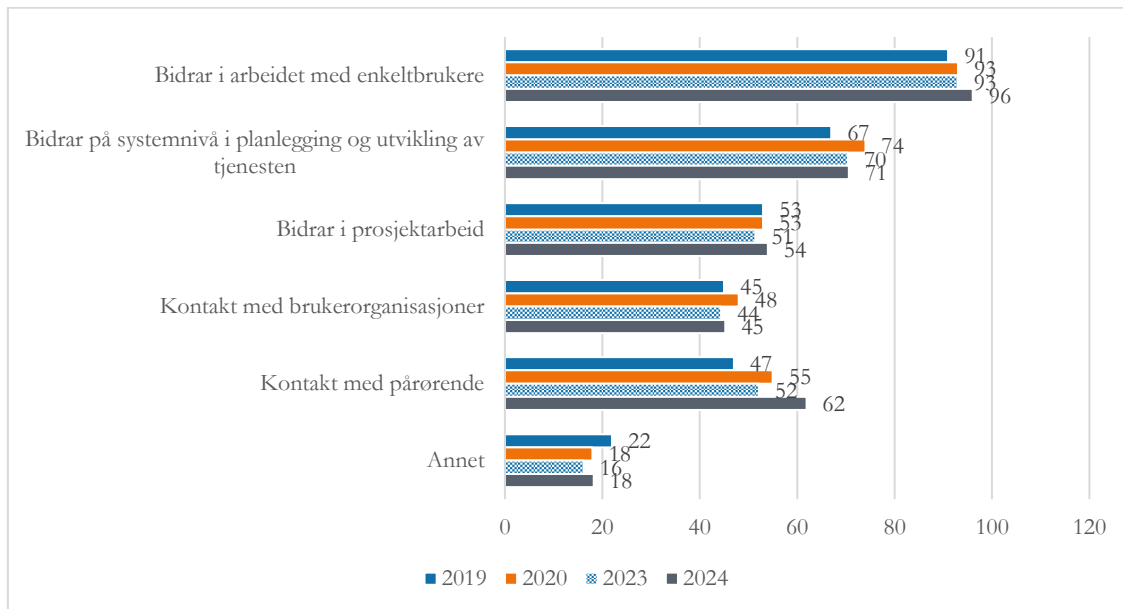
	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	126	37	32	9
Nei, men har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse	11	3	14	4
Nei, og har ikke konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse	207	60	295	87
Total	344	100	341	100
Ikke oppgitt	29		32	

Andelen kommuner som oppgir å ha ansatte med erfaringskompetanse i tjenester til voksne var 42 prosent i 2022, 40 prosent i 2023 og nå 37 prosent i 2024.

I 2023 ble det rapportert om 254 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og i 2024 oppgir kommunene totalt 210 årsverk med erfaringskompetanse.

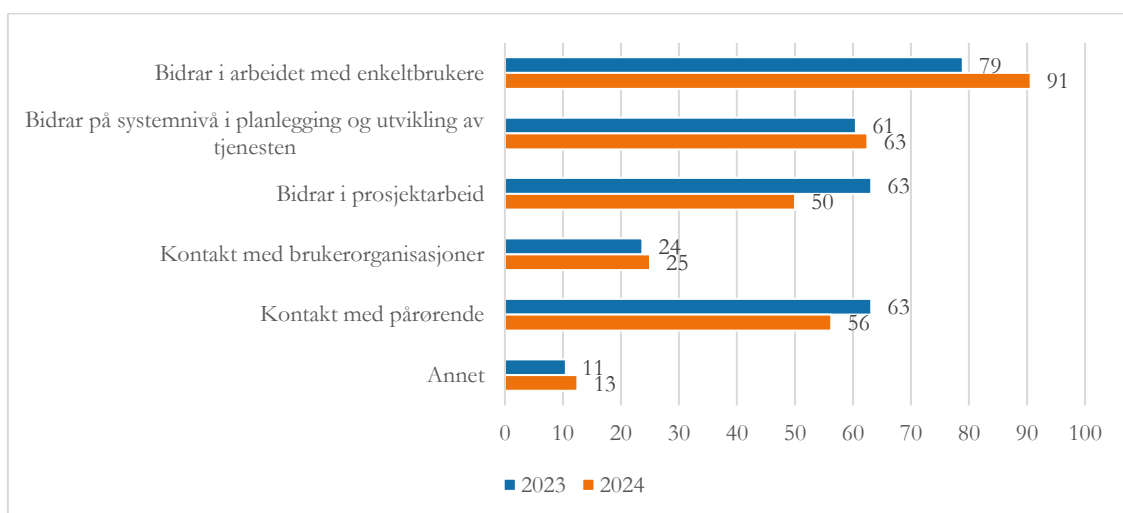
I 2023 ble det rapportert om 48 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til barn og unge, og i 2024 oppgir kommunene 32 årsverk med erfaringskompetanse.

I tjenester til voksne er det flest som svarer at erfaringskonsulentene bidrar i arbeidet med enkeltbrukere og på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten. Det er økning i andel som bruker erfaringskonsulentene i kontakt med pårørende fra 2019 (47 prosent) til 2024 (62 prosent).



**Figur 5.1** Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/ brukererfaring etter hvilken rolle de har i tjenester til voksne. 2019, 2020, 2023 og 2024.

Erfaringskonsulentene i tjenester til barn og unge bidrar også mest i arbeidet med enkeltbrukere, på systemnivå og i kontakt med pårørende, se figur 5.2.



**Figur 5.2** Prosent av kommunene/bydelen som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/ brukererfaring etter hvilken rolle de har i tjenester til barn og unge. 2023 og 2024.

## 5.2 Rekrutteringsutfordringer

Det er 93 prosent av kommunene som har svart på spørsmålet om rekrutteringsutfordringer. Av de som har svart, er det 160 kommuner som oppgir at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 5.2 Om de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid

	Antall	Prosent
Ja	160	46
Nei	163	47
Vet ikke	23	7
Total	346	100
Ikke oppgitt	27	

Det er 146 kommuner/bydeler som gir en beskrivelse på hva de trenger. De fleste sier at de har utfordringer med å rekruttere psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Andre svarer at de mangler kompetanse på rus eller psykisk helse, og trenger folk med videreutdanning eller mastergrad i psykisk helsearbeid.

Noen gir litt grundigere beskrivelser:

*Behandling og oppfølging av innbyggere med rus- og/eller psykiske helseutfordringer; behov for ansatte med fagkompetanse for å kunne ivareta dette. Mange innbyggere blir avvist i spesialisthelsetjenesten, og det stilles høyere krav til kompetanse ute i kommunene for å gi et faglig forsvarlig tilbud. På boliger er det utfordrende å rekruttere personer med erfaring og kompetanse innen psykisk helse. Generelt er det for tiden vanskelig å rekruttere fagpersonell.*

Flere beskriver at de særlig mangler turnuspersonell til bolig, men at det ellers går greit:

*Rekrutteringsutfordringene er spesifikt knyttet til bemanning i boliger med turnusdrift. Vi har kompetansen vi trenger, så oppgavene løses og samlet kompetansebehov er dekket, men det er tidvis færre ansatte enn bemanningsplanen tilsier. Der det er meget spesifikk kunnskap som søkes, eksempelvis leder av FACT, har vi ikke lyktes i rekruttering. Rekruttering til dagstillinger i tjenester til barn, unge og voksne går i all hovedsak greit.*

Noen velger å gi ansatte den utdanningen de sliter med å rekruttere:

*Forebyggende arbeid så har det vært umulig å få tak i helsesykepleiere, så der har vi vært nødt til å utdanne sykepleiere til oppgaven. Det er også utfordrende å få tak i kvalifiserte miljøarbeidere og personer som kan gjennomføre kliniske samtaler. Kunne også tenkt oss en psykolog.*

Andre beskriver konkret hvilke oppgaver de trenger personell til:

*Helse- og sosialfaglig utdanning med videreutdanning innen psykisk helse og rus, psykolog/psykologspesialist, kompetanse på gruppetilbud, flerkulturell kompetanse, kognitiv terapi, psykisk helse for barn, traumebehandling, Suicidvurdering, Hjelp til hjelperen*

Det er også noen som oppgir at helsefagarbeidere ikke velger videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid:

*I kommunen ytes det gjerne tjenester som for eksempel krysser litt mellom fagområder. Generelt er det stadig vanskeligere å rekruttere høyskoleutdannet helsepersonell, dermed også høyskoleutdannede med videreutdanning. Innenfor helsefagarbeidergruppen er ikke rus og psykisk helsearbeid en foretrukket videreutdanning.*

Andre beskriver hvorfor det er behov for økt kompetanse:

*Ift. barn og unge: ønsker kompetanse som helsesykepleiere. Mangel på dette gjør at en ansetter personer med lavere kompetanse. ROP: ønsker gjerne søkere med videreutdanning innen rus- og psykisk helsearbeid. I mangel på dette, ansettes personer med lavere utdanning. Det har generelt vært få søkere til stillinger som har vært utlyst siste år. Kommunens oppgaver relatert til å yte tjenester til mennesker med rus- og/el. psykiske helseutfordringer er gjerne komplekse, samtidig har vi ønske om å jobbe kunnskapsbasert. Som følge av bl.a. Samhandlingsreformen og endringer i spesialisthelsetjenesten, kreves flere oppgaver løst i kommunene. Dette fordrer også kompetanse. Har også vært utfordring med å rekruttere psykolog-kompetanse til kommunen.*

*Vanskelig å rekruttere høyskoleutdannede både med og uten videreutdanning i psykisk helse og rus til midlertidige stillinger og i turnus. Kravet til kommunene øker. Skal både være generalister og spesialister da vi skal være gode på mye, men også krav på å være spesialister da innbyggerens som kommunen skal ivareta blir stadig dårligere. Utfordringer med å matche lønn ift. spesialisthelsetjenesten*

Flere beskriver at den økonomiske situasjonen i kommune fører til at det kuttes i tilbudet:

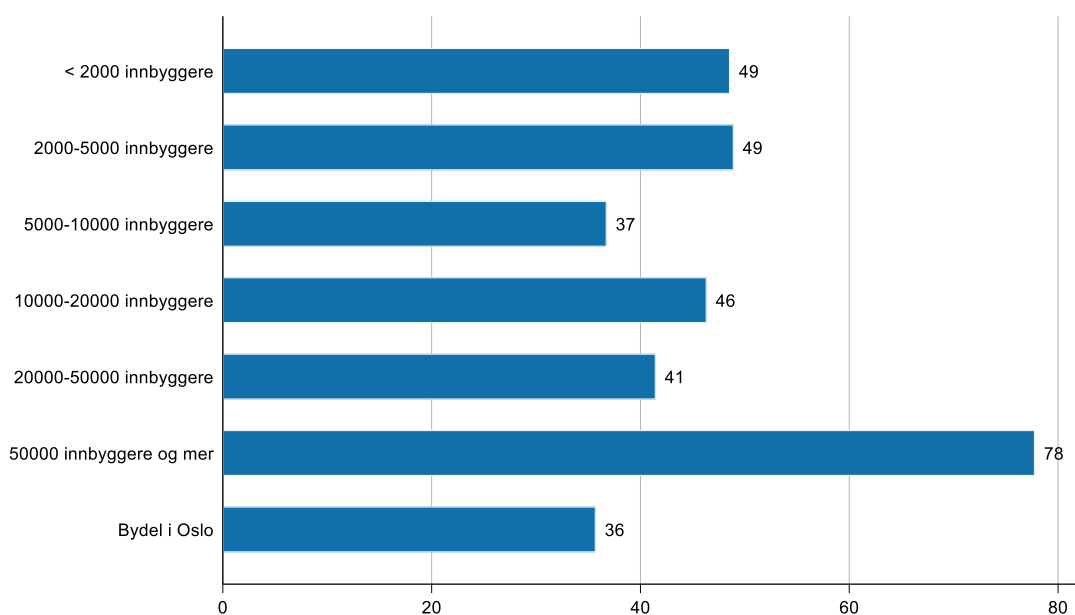
*Kutt i alle ansatte på dagsenteret vårt, flyttet 50% stilling fra ruskonsulent over til saksbehandling i kommunen og kommunen har kuttet i psykiatrisk sykepleier med bakgrunn i den økonomiske situasjonen i kommune.*

Noen beskriver langvarige problemer:

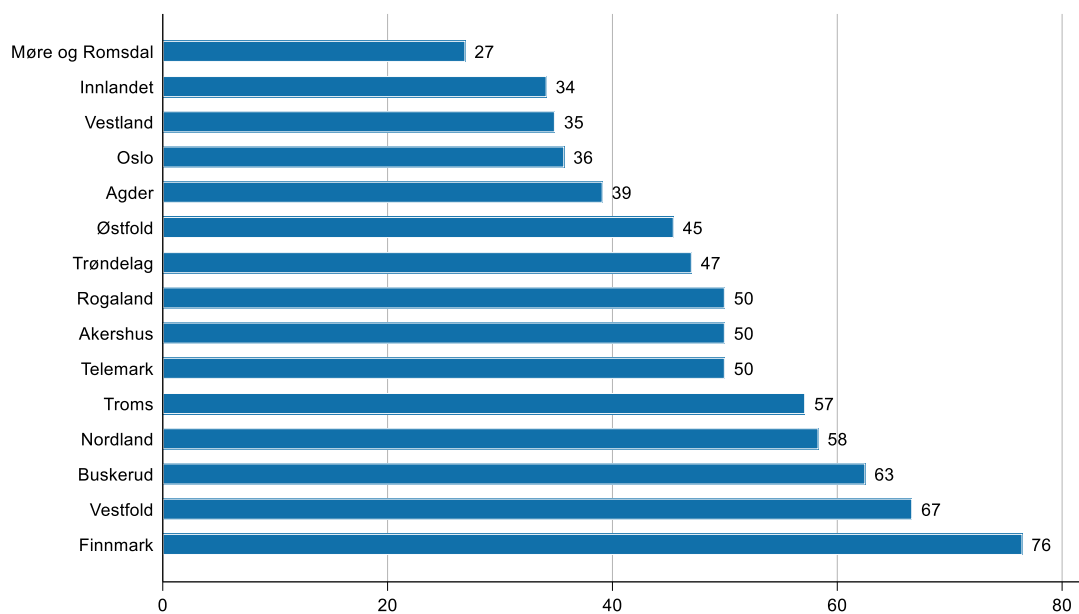
*Vi mangler ruskonsulent. Stillingen vakant siden jan. 2019, og inndratt i 2022. Vi har ikke ansatt psykolog i kommunen. Videre er psyk. helsemiljøarbeider passert pensjonsalder, men er fortsatt en uvurderlig ressurs. Det er varslet om økt behov for rekruttering til tjenesten og intern utlysning for kompetanseheving med tanke på å fylle funksjonen når vedkommende slutter. Ingen respons på intern utlysning.*

Som vist i figur 5.3 er det en stor andel i alle kommunestørrelsesgrupper som sliter med rekruttering, men det er særlig stor andel blant de største kommunene utenom Oslo.

Det er særlig kommunene i Finnmark, Vestfold, Buskerud, Nordland og Troms som ligger høyt i andel som sliter med rekruttering, se figur 5.4. Kommunene i Møre og Romsdal ser ut til å ligge litt bedre an enn andre kommuner.



**Figur 5.3** Prosent av kommunene som svarer at de har utfordringer å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 5.4** Prosent av kommunene som svarer at de har utfordringer å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2024.

Når vi spør hva de gjør om de ikke får rekruttert personer med ønskelig kompetanse, er det halvparten av de med rekrutteringsutfordringer som oppgir at stillingene forblir vakante, mens 61 prosent svarer at de ansetter personer med lavere kompetanse enn ønskelig. 11 prosent oppgir at de bruker private vikarbyrå.

**Tabell 5.3** Hva de gjør hvis de ikke får rekruttert personer med ønskelig kompetanse

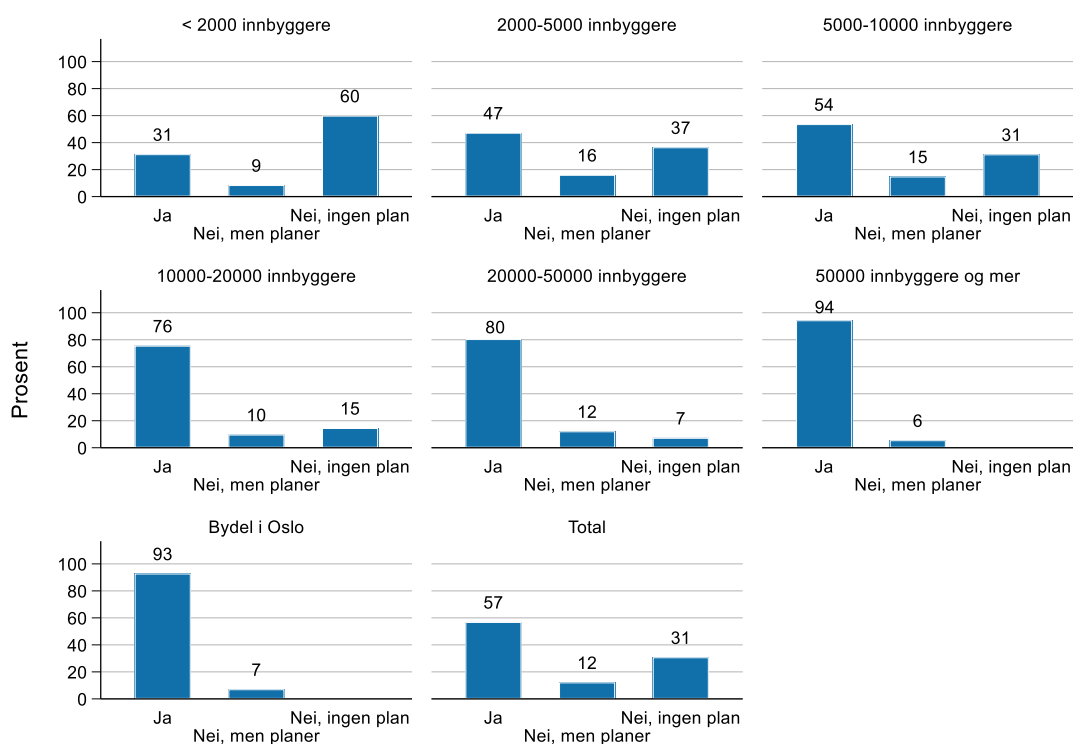
	Antall	Prosent
Stillingene forblir vakante/ubesatt på tross av gjentatte forsøk	78	50
Ansetter ufaglærte	15	10
Ansetter personer med lavere kompetanse enn ønskelig	95	61
Reduserer tilgjengeligheten til tilbud/tjenester	33	21
Reduserer kvaliteten på tilbud/tjenester	35	22
Bruker private vikarbyrå	17	11
Prioriterer strengere hvilke brukere som får tilbud fra kommunen	34	22
Annet	45	29
Antall som har oppgitt hva de gjør	157	100

De 45 som svarer «Annet», oppgir at de gjør følgende:

- Ansetter den som søker, selv om det ikke er den kandidaten de ønsker seg
- Ansetter med krav om videreutdanning innen avtalt tid etter tilsettingen
- Ansetter med lavere kvalifikasjoner i vikariat/midlertidig
- Ansetter personer med annen kompetanse
- Bruker lengre tid på å tilsette
- Får bistand fra nabokommuner/ingår samarbeidsavtaler/kjøper fra andre kommuner
- Bruker spesialisthelsetjenesten i større grad til veiledning og henvisning
- Tar i bruk digitale psykologtjenester
- Fast personell tar ekstravakter (fra vakant stilling)
- Forsøker å øke kompetanse hos eksisterende ansatte
- Holder vakant og leier inn ekstravakter. Ventetid på tjenester kan øke.
- Intern omrokking/omorganisering
- Leier inn pensjonerte fagpersoner

### 5.3 Bruk av personalressurser på nye/måter

Som vist i figur 5.5, er det 57 prosent som svarer at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene. Andelen som svarer ja øker systematisk med økt kommunestørrelse og det er tydelig at de fleste som ikke har noen plan, er små kommuner. Det er 12 prosent som har planer om å gjøre endringer i bruk av personalressurser.



Figur 5.5 Om de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene

Når vi spør hvilke endringer de har gjort, kan dette oppsummeres i følgende punkter:

- Personal i bolig har fått nye oppgaver utenfor bolig/ambulante tjenester
- Omorganiserer som samler større fagmiljø
- Kontortjenester er gjort om til ambulante tjenester
- Tilbyr flere mestringskurs og gruppetilbud
- Etablerer lavterskeltjenester/noen har lavterskeltilbud som er åpent for alle innbyggere
- Etablert ulike team (FACT, hjemmeveiledningsteam)
- Alle kommunale tjenester samarbeider, bruker ressurser på tvers
- Ansetter ruskonsulenter



- Implementerer nye turnusordninger for å øke fleksibiliteten
- Samarbeider tettere med spesialisthelsetjenestene
- Gjennomfører oppgavekartlegginger og gjør endringer for å bruke ressursene bedre
- Etablerer samarbeid med frivillige
- Brukerstyrte tilbud
- Ulike prosjekt (eldre med avhengighetsproblem, utprøving nye turnuser

Vi tar med noen beskrivelser for å vise den store bredden i hva som gjøres:

*Ambulerende team er omgjort fra turnus til dagtid, samt at personell på bemanna bolig har fått ansvar for utadretta aktivitet på kveld/helg.*

*Ansatt i ambulant team, har måtte jobbe mer med samtaler - herunder kartleggingssamtaler. Ansatte må bistå inn i grupper, eksempelvis grupper rettet mot vansker knyttet til depresjon, angst, traumer og søvn. Ansatte som hovedsakelig jobber med avhengighetslidelser, har måtte bidra inn med samtaler hvorav hovedutfordringer er psykiske helseutfordringer.*

*Barn og unge: Opprettelse av Forebyggende enhet, og omdisponert ressurser fra barnehage, skole og barn- og familietjenesten for å gjennomføre dette. Voksne: Er midt i en større omorganiseringsprosess nå. Vil endre organiseringsform fra diagnoseinndeling til type tjeneste inndeling.*

*Det har vært bofellesskap som utfører ambulante hjemmetjenester på døgnet. Vi har omfordelt personalressurser fra gruppen som jobber med langvarige og alvorlige psykiske lidelser for å etablere lavterskel helsestilbud for milde og moderate kortvarige helseplager (forløp 1). Erfaringskonsulent gjennomfører evalueringssamtale med brukerne ift. hvordan de har opplevd nytten av kortvarig psykisk helsehjelp. Merkantil personell har oppgaver knyttet til henvendelser fra personer som etterspør kortvarig psykisk helsehjelp og gir informasjon ut til de som tar kontakt.*

*Dreier mot mer forebygging, hjelp til selvhjelp, gruppebehandling for å kunne gi tilbud til flere på færre ressurser. Jobber mer tverrfaglig f.eks. RPH for voksne inn i helsestasjon ungdom.*

*Overført ressurser fra hjemmesykepleien til psykisk helse og rus og etablert psykiatrisk hjemmesykepleie.*

*Har delt psykisk helse og rus inn i 2 avdelinger, en avdeling har ansvar for bo tjenester/miljøarbeid med brukere i omsorgsbolig, ROP brukere (18 brukere pr nå). En avdeling har dagtjeneste i ukedagene avdeling psykisk helse og mestring, med tjenester for mennesker med moderat til mer alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet (74 brukere pr nå). Etablert rask psykisk helsehjelp (mild til moderat psykisk lidelse) med 3,5 årsverk inkludert 0,5 psykolog, hvor man har omdisponert ressurser fra psykisk helse og mestring. RPH har lagt til avdeling Ung Arena med felles leder. Lavterskeltilbud. I tillegg til dette har avdeling psykisk helse og mestring blitt nedbemannet med 2 årsverk.*

*Innføring av Rask psykisk helsehjelp. Mindre oppsøkende tjenester og mer kontorbaserte tjenester.*

*Opprettet vedtaksfritt behandlingstilbud for begynnende rus- og avhengighetsutfordringer, tatt tilbake innbyggere fra private leverandører hvilket har medført behov for kompetanseheving, tilpasning av boliger og behov for kompetanse på å ivareta brukere med tiltak i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, etablering av oppfølgings- / behandlingstilbud i gruppe som alternativ*

*til individuell oppfølging har krevd kompetanseheving av medarbeidere innen gruppebehandling, endret bemannede botilbud til boliger med ambulant oppfølging.*

*Prosjektansettelse av erfaringskonsulent har medført videreutvikling av utendørsterapeutisk lavterskeltilbud som også andre ansatte er involverte i. Erfaringskonsulent jobber i team med helsefaglig medarbeider som hjelper med den administrative delen av prosjektjobben og er nærmeste sparringspartner i utviklingsarbeidet i arbeidshverdagen. Erfaringskonsulenten har startet opp samtaler med innbyggere som "i samme båt" samtaler, der erfaringsutveksling er kjernen - disse er supplement til "vanlige støttesamtaler", ikke erstatning, men kan bidra til at behovet for støttesamtaler minker og intervallene mellom samtalene kan økes.*

*Tjenestene har dreid ressurser fra døgnbemannede boliger til ambulante tjenester som er til stede på base i kjernetid (dagtid virkedag). Det er også etablert et utvidet lavterskeltilbud med mer kurs og grupperettede aktiviteter for å kunne gi tilbud til flere.*

*Vi er konstant i endring for å sikre størst mulig grad av bærekraftige tjenester, faglig forsvarlighet og tilfredshet blant tjenestemottakere og ansatte. Kommunen er mellomstor, vi har en felles psykisk helse- og rustjeneste som vi forsøker å holde så livskraftig og faglig sterk som mulig, og tjenestene til de enkelte brukerne bli derfor gitt ut fra der vi best tror vi kan løse oppgavene. Enten internt i tjenesten eller i samarbeid med andre tjenester. Vår døgnbase/ ambulerende tjenester gir tjenester på tvers av inne/ ute, på tvers av rus/ psykisk lidelse, lavterskel-team gir kognitiv terapi til døgnpasienter osv.*

Kommunene beskriver at de fremover planlegger å fokusere mer på forebygging og tidlig innsats. Dette inkluderer å dreie tjenestene mot kurs som KID og KIB, samt å etablere flere ambulante team og lavterskeltilbud. Det er også planer om å øke ressursene til oppsøkende tjenester og å omdisponere personell for å møte endrede behov. Flere kommuner ønsker å styrke samarbeidet mellom ulike tjenester og sektorer, inkludert skolehelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det er også et ønske om å øke kompetansen blant ansatte gjennom videreutdanning og kursing, spesielt innen rus- og psykisk helsearbeid. Noen kommuner har også planer om å etablere nye tiltak som FACT-team og å øke bruken av digitale verktøy for å forbedre tjenestene.

Vi avslutter med et sitat som oppsummerer mye av det andre svarer:

*Vi jobber med utvikling av tjenesten slik at saker i større grad drøftes i team. Dette for å sikre at ansatte står mindre alene i krevende saker. Vi har fått rekruttert psykolog i tjenesten, som vil bidra til å styrke de faglige vurderingene både på bruker og systemnivå. Mer tid settes av til veiledning både på individ og gruppenivå. Vi har også prosjekt i forhold til digital hjemmeoppfølging av kronisk syke i kommunen, noe vi ønsker å involvere tjenesten for rus og psykisk helse i - vi skal begynne å se på muligheter her høsten 24.*

## 5.4 Oppsummering

37 prosent av kommunene oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne, og 9 prosent har det i tjenester til barn og unge i 2024. Det er 60 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og 87 prosent i tjenester til barn og unge. Det er hhv. 3 og 4 prosent som har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og til barn og unge. Det ser ut til å være en fallende tendens i andelen som har erfaringskonsulenter, og det rapporteres også om færre slike årsverk, både i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

Rekrutteringsutfordringer er et betydelig problem og basert på informasjon fra 93 prosent av kommunene er det 46 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid, mens 47 prosent ikke har slike utfordringer. Det er også 7 prosent som ikke vet om de har rekrutteringsutfordringer. Dette tyder på at nesten halvparten av kommunene sliter med å finne kvalifisert personell til kommunenes tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Flest svarer at de har utfordringer med å rekruttere psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Andre svarer at de mangler kompetanse på rus eller psykisk helse, og trenger folk med videreutdanning eller mastergrad i psykisk helsearbeid.

57 prosent av kommunene oppgir at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene. Det er 12 prosent som har planer om å gjøre endringer i bruk av personalressurser, mens resten har ikke planer om det. Andelen som svarer at de har gjennomført endringer øker systematisk med økt kommunestørrelse, og det er tydelig at de fleste som ikke har noen plan, er små kommuner med færre enn 10000 innbyggere.

Mange har gjort endringer i arbeidsområdene til personell i bolig, og typisk har dette vært å bruke dem i ambulansetjenester. Kommunene har etablert ulike lavterskeltjenester og FACT-team, og de tilbyr flere mestringkurs og gruppetilbud. De samarbeider på nye måter og bruker i større grad ressurser på tvers av tjenester. Noen innfører nye turnusordninger og gjøre tjenestene mer tilgjengelig utover tilbud på dagtid.

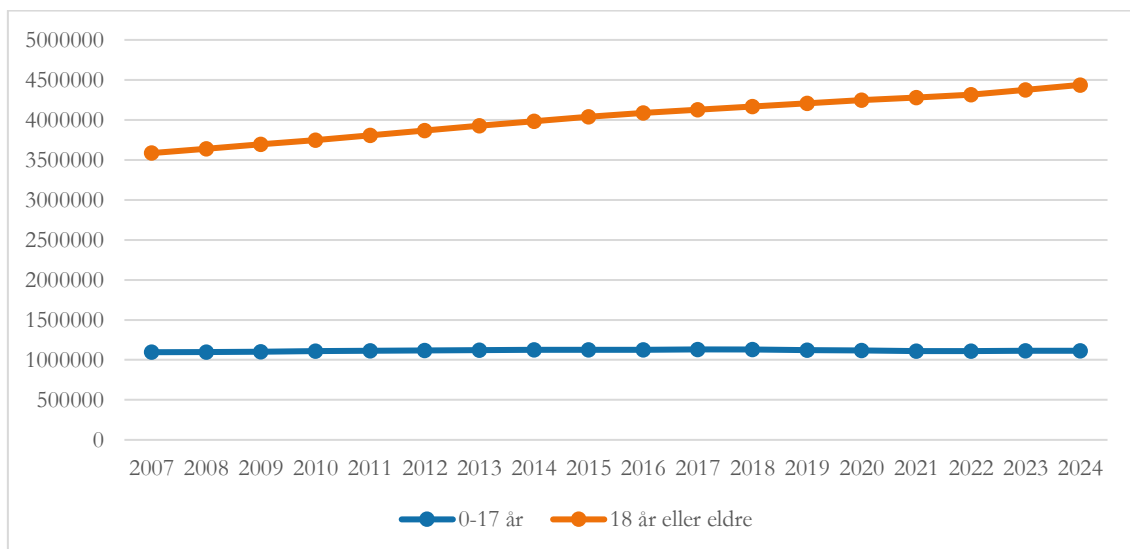
Kommunene beskriver at de fremover planlegger å fokusere mer på forebygging og tidlig innsats. Dette inkluderer å dreie tjenestene mot kurs som KID og KIB, samt å etablere flere ambulante team og lavterskeltilbud. Det er også planer om å øke ressursene til oppsøkende tjenester og å omdisponere personell for å møte endrede behov. Flere kommuner ønsker å styrke samarbeidet mellom ulike tjenester og sektorer, inkludert skolehelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det er også et ønske om å øke kompetansen blant ansatte gjennom videreutdanning og kursing, spesielt innen rus- og psykisk helsearbeid. Noen kommuner har også planer om å etablere nye tiltak som FACT-team, og å øke bruken av digitale verktøy for å forbedre tjenestene.

## 6 Årsverk etter kommunestørrelse, fylke, HF, helseregion og ti største

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2024 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. Men først ser vi på befolkningsutviklingen. Befolkningstallene, og hvilke kommuner som inngår i hvert opptaksområde for helseforetakene, er hentet fra SSB.

### 6.1 Befolkningsutvikling

Som vist i figur 6.1 er den store demografiske endringen i befolkningen på grunn av store fødselskull i etterkrigstiden, økt levealder og lavere fødselsrater allerede godt synlig. Grafen viser utviklingen de siste 18 årene, dvs. like lenge som dette prosjektet har pågått. Fra 2007 til 2024 har det vært en økning i den voksne befolkningen på 23,8 prosent, mens barn- og ungebefolkningen har økt med 1,5 prosent i samme periode. I 2007 utgjorde barn- og ungebefolkningen 23,4 prosent av alle innbyggerne, og i 2024 er andelen 20,1 prosent.



Figur 6.1 Antall innbyggere barn/unge og voksne.

## 6.2 Årsverk fordelt etter kommunestørrelse

Fra tabell 6.1 ser vi at 47 prosent av kommunene har færre enn 5 000 innbyggere, og dette utgjør åtte prosent av befolkningen. De 19 største kommunene utenom Oslo, med over 50000 innbyggere, utgjør fem prosent av kommunene, og dekker 35 prosent av alle innbyggerne i landet, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen.

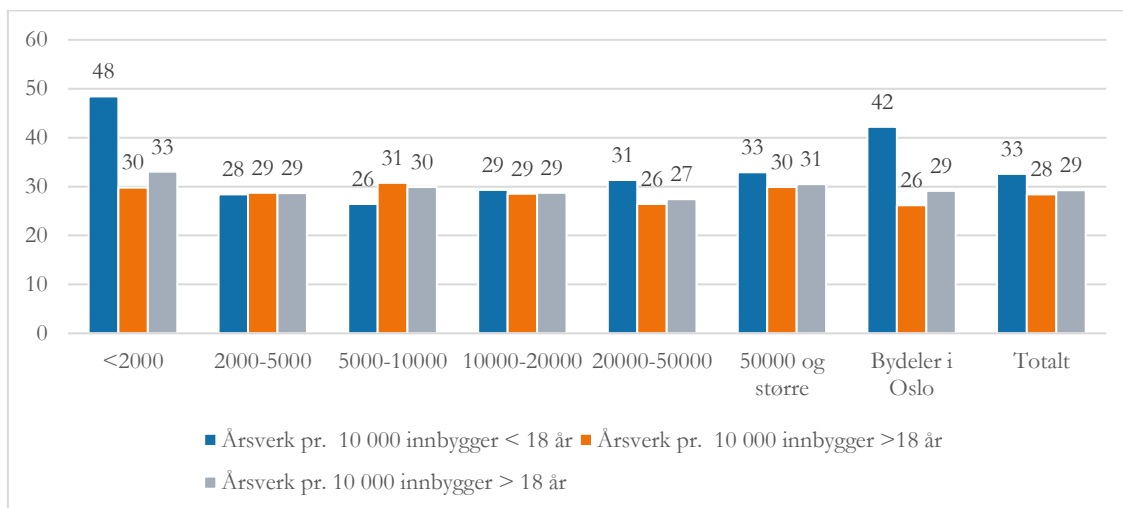
**Tabell 6.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Kommunestørrelse, 2024.**

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	77	21	16 658	1	79 376	2	96 034	2
2000-5000	97	26	56 924	5	251 242	6	308 166	6
5000-10000	70	19	98 825	9	395 732	9	494 557	9
10000-20000	47	13	137 901	12	520 624	12	658 525	12
20000-50000	46	12	280 428	25	1 076 516	24	1 356 944	24
50000 og større	19	5	390 145	35	1 528 122	34	1 918 267	35
Bydeler i Oslo	17	5	131 972	12	585 738	13	717 710	13
Totalt	373	100	1 112 853	100	4 437 350	100	5 550 203	100

Som vist i tabell 6.2, varierer årsverk per 10 000 innbygger i tjenester og tiltak til barn og unge mellom 26 og 48 og til voksne mellom 26 og 31. De tre siste kolonnene i tabell 6.2 er vist i figur 6.2.

**Tabell 6.2 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere. Kommunestørrelse, 2024.**

	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	81	237	317	48	30	33
2000-5000	162	722	884	28	29	29
5000-10000	261	1 217	1 478	26	31	30
10000-20000	405	1 486	1 891	29	29	29
20000-50000	879	2 844	3 723	31	26	27
50000 og større	1 284	4 568	5 852	33	30	31
Bydeler i Oslo	558	1 534	2 091	42	26	29
Totalt	3 629	12 607	16 236	33	28	29



**Figur 6.2** Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. Kommunestørrelse, 2024.

### 6.3 Årsverk fordelt etter fylke

Det er Innlandet, Nordland og Vestland som har flest kommuner, se tabell 6.3. Men det er Akershus og Oslo som har den største andelen av befolkningen (13 prosent hver) og Vestland som har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene målt i antall innbyggere er Finnmark med 1 prosent av befolkningen, og Troms og Telemark med tre prosent av befolkningen hver.

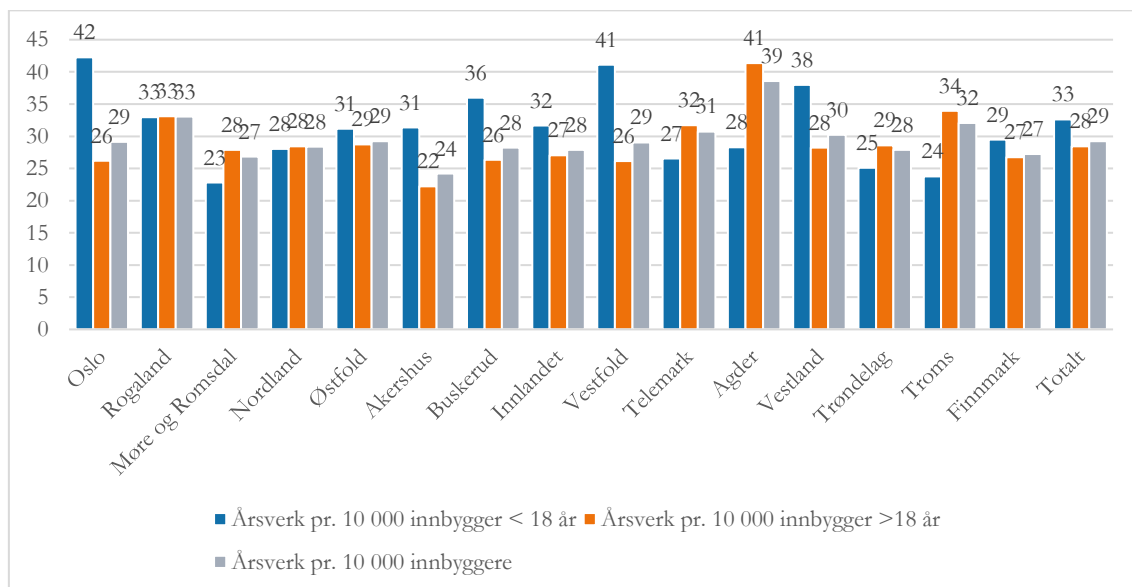
**Tabell 6.3** Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Fylke, 2024.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Oslo	17	5	131 972	12	585 738	13	717 710	13
Rogaland	23	6	112 651	10	386 766	9	499 417	9
Møre og Romsdal	27	7	54 739	5	215 885	5	270 624	5
Nordland	41	11	45 781	4	197 300	4	243 081	4
Østfold	12	3	61 019	5	251 133	6	312 152	6
Akershus	21	6	159 583	14	569 220	13	728 803	13
Buskerud	18	5	52 903	5	216 916	5	269 819	5
Innlandet	46	12	68 052	6	308 252	7	376 304	7
Vestfold	6	2	50 075	4	206 357	5	256 432	5
Telemark	17	5	33 705	3	143 388	3	177 093	3
Agder	25	7	67 511	6	252 339	6	319 850	6
Vestland	43	12	133 552	12	517 747	12	651 299	12
Trøndelag	38	10	95 525	9	387 431	9	482 956	9
Troms	21	6	31 714	3	137 896	3	169 610	3
Finnmark	18	5	14 071	1	60 982	1	75 053	1
<b>Totalt</b>	<b>373</b>	<b>100</b>	<b>1 112 853</b>	<b>100</b>	<b>4 437 350</b>	<b>100</b>	<b>5 550 203</b>	<b>100</b>

**Tabell 6.4 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere. Fylke, 2024.**

	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	558	1 534	2 091	42	26	29
Rogaland	371	1 280	1 651	33	33	33
Møre og Romsdal	125	602	727	23	28	27
Nordland	128	561	690	28	28	28
Østfold	190	722	912	31	29	29
Akershus	500	1 264	1 765	31	22	24
Buskerud	190	572	762	36	26	28
Innlandet	215	834	1 049	32	27	28
Vestfold	206	539	745	41	26	29
Telemark	89	455	544	27	32	31
Agder	191	1 043	1 234	28	41	39
Vestland	507	1 463	1 970	38	28	30
Trøndelag	240	1 107	1 347	25	29	28
Troms	75	468	544	24	34	32
Finmark	41	163	205	29	27	27
<b>Totalt</b>	<b>3 629</b>	<b>12 607</b>	<b>16 236</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

De tre siste kolonnene i tabell 6.4 er vist i figur 6.2. Det er særlig kommunene i Vestfold og Oslo som rapporterer mange årsverk til barn og unge. For voksne er det Agder og Troms som ligger litt høyere enn de andre.



**Figur 6.3 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. Fylke, 2024.**

## 6.4 Årsverk fordelt etter HF-område

Vi har her gruppert kommunene/bydelene etter de ulike opptaksområdene i helseforetak. Årsverkene som er rapportert fra Helsestaten og Velferdsetaten er lagt til OUS-området. Fra tabell 6.5 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 seks prosent av befolkningen spredt på 42 kommuner.

**Tabell 6.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. HF-område, 2024.**

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ST OLAVS HOSPITAL HF	19	5	67 696	6	278 922	6	346 618	6
VESTRE VIKEN HF	21	6	105 574	9	401 018	9	506 592	9
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	3	1	23 205	2	147 294	3	170 499	3
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	3	1	25 907	2	122 999	3	148 906	3
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	24	6	131 409	12	486 834	11	618 243	11
SYKEHUSET INNLANDET HF	42	11	63 049	6	280 878	6	343 927	6
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	13	3	65 481	6	266 164	6	331 645	6
HELSE STAVANGER HF	15	4	88 499	8	299 253	7	387 752	7
HELSE FONNA HF	16	4	39 448	4	143 817	3	183 265	3
HELSE BERGEN HF	18	5	96 146	9	376 363	8	472 509	9
HELSE FØRDE HF	17	5	22 110	2	85 080	2	107 190	2
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	19	5	27 829	3	108 509	2	136 338	2
FINNMARKSSYKEHUSET HF	18	5	14 071	1	60 982	1	75 053	1
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	24	6	36 140	3	158 440	4	194 580	4
NORDLANDSSYKEHUSET HF	20	5	26 641	2	113 585	3	140 226	3
HELGELANDSSYKEHUSET HF	18	5	14 714	1	63 171	1	77 885	1
SØRLANDET SYKEHUS HF	25	7	67 511	6	252 339	6	319 850	6
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	6	2	50 075	4	206 357	5	256 432	5
SYKEHUSET TELEMARKE HF	17	5	33 705	3	143 388	3	177 093	3
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	8	2	58 904	5	226 072	5	284 976	5
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	27	7	54 739	5	215 885	5	270 624	5
<b>Totalt</b>	<b>373</b>	<b>100</b>	<b>1 112 853</b>	<b>100</b>	<b>4 437 350</b>	<b>100</b>	<b>5 550 203</b>	<b>100</b>

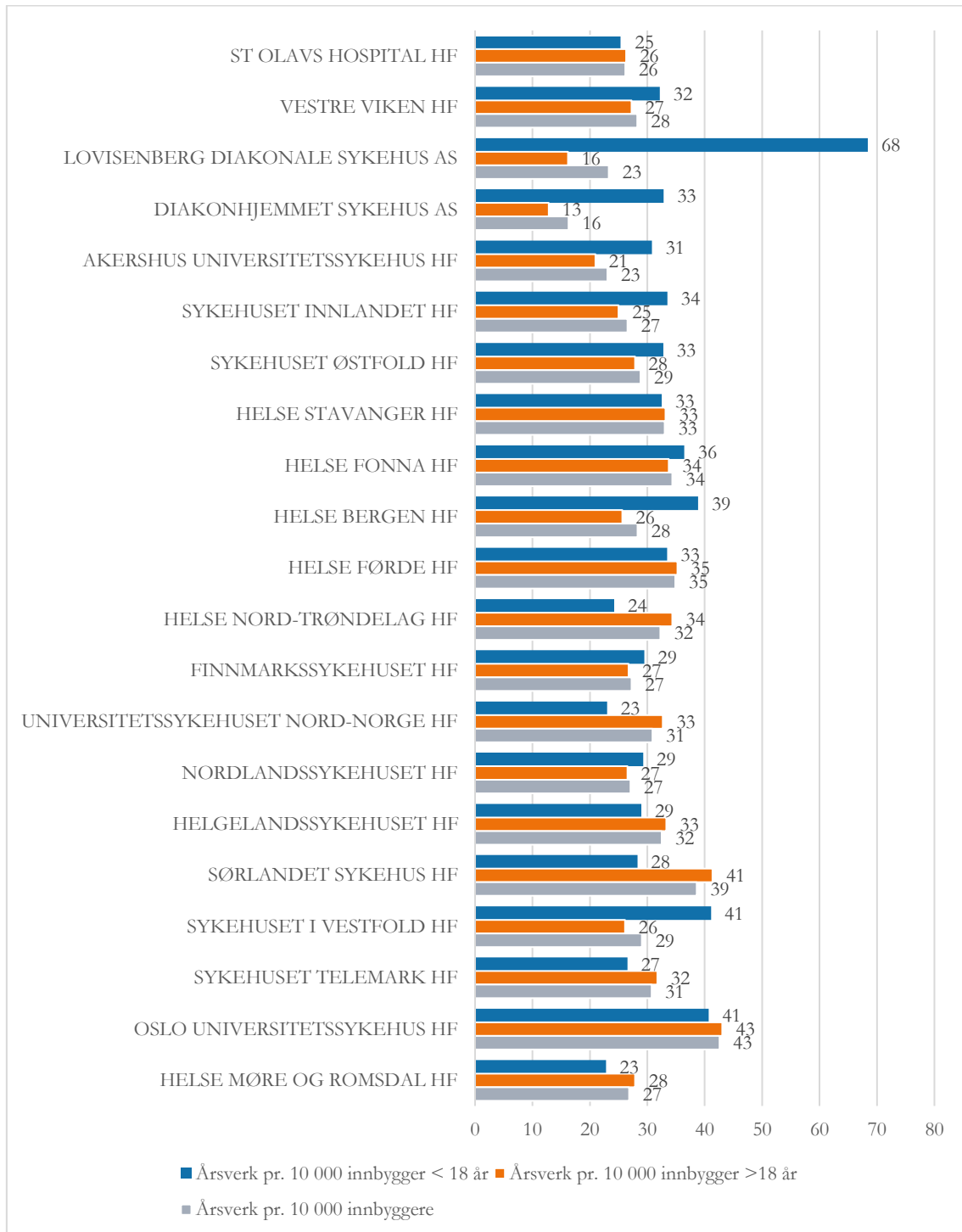


Tabell 6.6 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere. HF-område, 2024.

	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
ST OLAVS HOSPITAL HF	173	734	907	25	26	26
VESTRE VIKEN HF	340	1 093	1 432	32	27	28
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	159	239	397	68	16	23
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	85	158	243	33	13	16
SYKEHUSET INNLANDET HF	405	1 020	1 425	31	21	23
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	211	702	913	34	25	27
HEELSE STAVANGER HF	215	741	956	33	28	29
HEELSE FONNA HF	288	993	1 281	33	33	33
HEELSE BERGEN HF	144	485	629	36	34	34
HEELSE FØRDE HF	373	965	1 338	39	26	28
HEELSE NORD-TRØNDELAG HF	74	300	374	33	35	35
FINNMARKSSYKEHUSET HF	67	373	440	24	34	32
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	41	163	205	29	27	27
NORDLANDSSYKEHUSET HF	83	518	601	23	33	31
HELGELANDSSYKEHUSET HF	78	301	379	29	27	27
SØRLANDET SYKEHUS HF	43	210	253	29	33	32
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	191	1 043	1 234	28	41	39
SYKEHUSET TELEMARK HF	206	539	745	41	26	29
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	89	455	544	27	32	31
HEELSE MØRE OG ROMSDAL HF	240	973	1 213	41	43	43
Totalt	125	602	727	23	28	27
Totalt	3 629	12 607	16 236	33	28	29

De tre siste kolonnene i tabell 6.6 er vist i figur 6.4.

Det er betydelig variasjon i årsverk pr. innbygger når vi grupperer kommunene etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det rapportert mange årsverk for barn og unge i forhold til innbyggertallet i opptaksområdet. Bydelene som ligger i opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale sykehus er Gamle Oslo, Grünerløkka og St.Hanshaugen.



Figur 6.4 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. HF-område, 2024.

## 6.5 Årsverk fordelt etter helseregion

Som vist i tabell 6.7 har Sør-Øst totalt 57 prosent av innbyggerne, mens Nord har ni prosent. Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Midt-Norge har 14 prosent av innbyggerne. Det er omtrent like mange kommuner i regionene Vest og Midt-Norge. Vest har en litt større andel innbyggere under 18 år, mens Nord og Sør-Øst har litt større vekt av innbyggere over 18 år.

**Tabell 6.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Helseregion, 2024.**

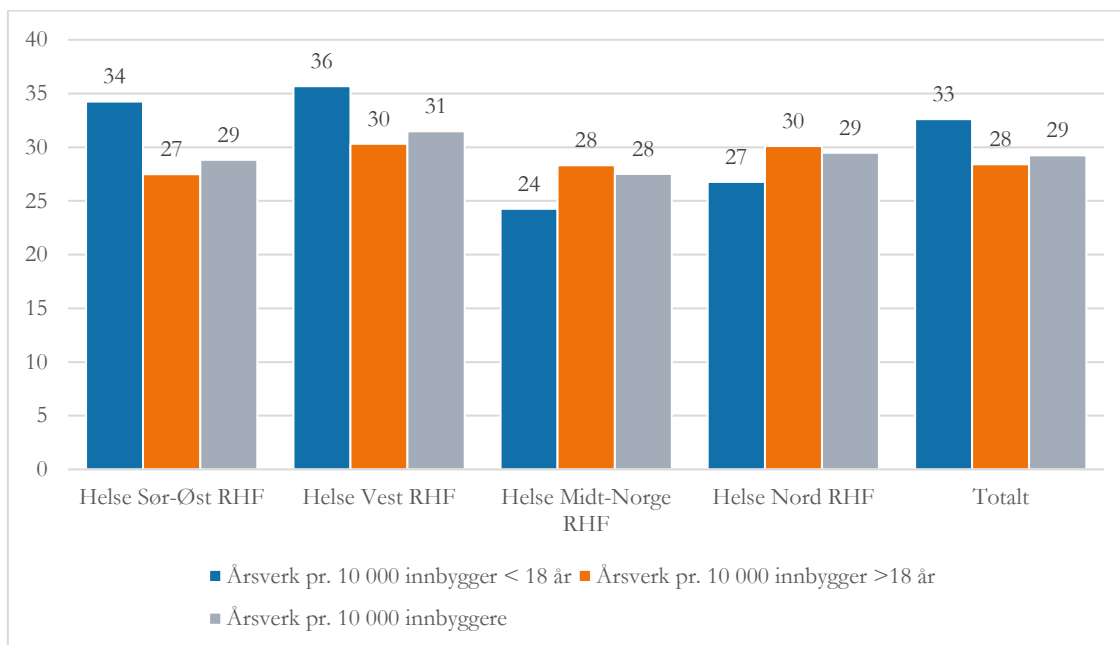
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Ant all	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Helse Sør-Øst RHF	162	43	624 820	56	2 533 343	57	3 158 163	57
Helse Vest RHF	66	18	246 203	22	904 513	20	1 150 716	21
Helse Midt-Norge RHF	65	17	150 264	14	603 316	14	753 580	14
Helse Nord RHF	80	21	91 566	8	396 178	9	487 744	9
Totalt	373	100	1 112 853	100	4 437 350	100	5 550 203	100

**Tabell 6.8 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere. Helseregion, 2024.**

	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
Helse Sør-Øst RHF	2 140	6 963	9 103	34	27	29
Helse Vest RHF	879	2 743	3 621	36	30	31
Helse Midt-Norge RHF	365	1 709	2 074	24	28	28
Helse Nord RHF	245	1 193	1 438	27	30	29
Totalt	3 629	12 607	16 236	33	28	29

De tre siste kolonnene i tabell 6.8 er vist i figur 6.5.

I samsvar med funnene tidligere i kapitlet, ligger kommunene i opptaksområdet til Helse Vest og Sør-Øst med høyest årsverksinnsats til barn og unge, mens kommuner i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge ligger litt lavere enn i Helse Vest og i Helse Nord til voksne i forhold til innbyggertall.



Figur 6.5 Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. Helseregion, 2024.

## 6.6 De ti største kommunene

Som visst i tabell 6.9 utgjør de ti største kommunene til sammen 7 prosent av alle kommuner og de har 36 prosent av alle innbyggerne i landet.

Tabell 6.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Ti største kommuner, 2024.

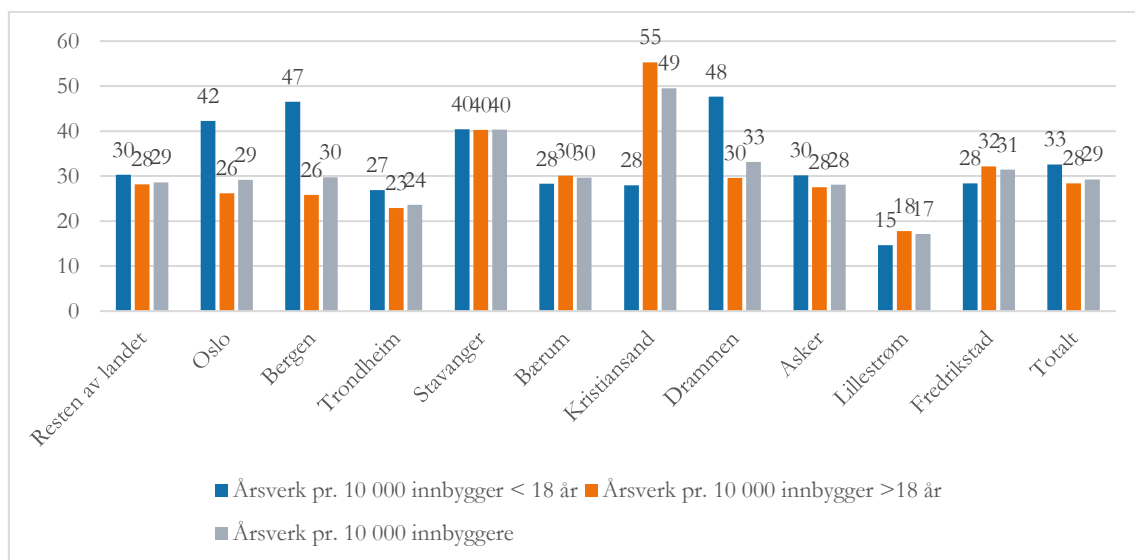
	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Resten av landet	347	93	720 742	65	2 825 558	64	3 546 300	64
Oslo	17	5	131 972	12	585 738	13	717 710	13
Bergen	1	0	55 299	5	236 641	5	291 940	5
Trondheim	1	0	40 416	4	174 149	4	214 565	4
Stavanger	1	0	31 345	3	117 703	3	149 048	3
Bærum	1	0	29 348	3	101 573	2	130 921	2
Kristiansand	1	0	24 757	2	92 229	2	116 986	2
Drammen	1	0	20 682	2	83 805	2	104 487	2
Asker	1	0	21 959	2	76 856	2	98 815	2
Lillestrøm	1	0	19 945	2	74 256	2	94 201	2
Fredrikstad	1	0	16 388	1	68 842	2	85 230	2
Totalt	373	100	1 112 853	100	4 437 350	100	5 550 203	100

**Tabell 6.10 Fordeling av årsverk og årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ti største kommuner, 2024.**

	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	2 186	7 962	10 148	30	28	29
Oslo	558	1 534	2 091	42	26	29
Bergen	257	610	868	47	26	30
Trondheim	109	399	508	27	23	24
Stavanger	127	474	601	40	40	40
Bærum	83	306	389	28	30	30
Kristiansand	69	510	579	28	55	49
Drammen	99	248	347	48	30	33
Asker	66	211	278	30	28	28
Lillestrøm	29	132	161	15	18	17
Fredrikstad	47	221	268	28	32	31
<b>Totalt</b>	<b>3 629</b>	<b>12 607</b>	<b>16 236</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

De tre siste kolonnene i tabell 6.10 er vist i figur 6.6.

Det ser ut som Oslo, Bergen og Drammen har hatt en særlig vekst i årsverk til barn og unge. Kristiansand ligger høyt med antall årsverk til voksne sett i forhold til antall innbyggere.



**Figur 6.6** Årsverk pr. 10 000 innbygger, voksne og barn/unge. Ti største kommuner, 2024.

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.

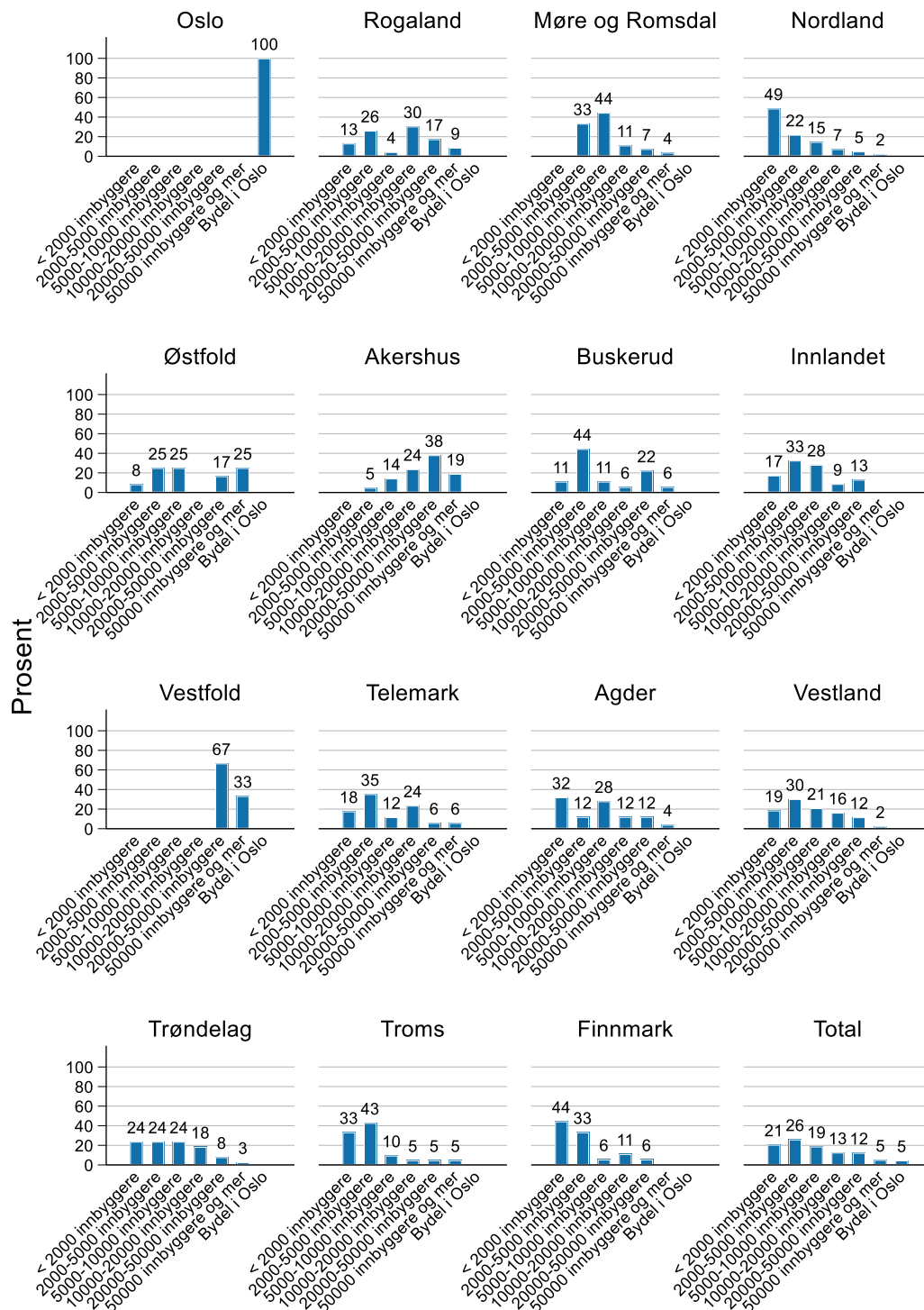
I figur 6.7 har vi vist hvordan kommunene i ulike fylker fordeler seg etter størrelse. Det er størst andel av de aller minste kommunene i Nordland (49 prosent), i Finnmark (44 prosent) og i Troms (33 prosent) og Agder (32 prosent). Buskerud har størst andel av de nest minste kommunene (44 prosent) tett fulgt av Troms (43 prosent) og Telemark (35 prosent). Vestfold har kun store kommuner, mens Innlandet og Finnmark ikke har noen kommuner med mer enn 50000 innbyggere. Den største kommunen i Innlandet fylke er Ringsaker med 35612 innbyggere og den største i Finnmark er Alta med 21708 innbyggere i 2024.

## 6.7 Oppsummering

I den perioden prosjektet har pågått har det allerede vært store demografiske endringer i befolkningen. Fra 2007 til 2024 har det vært en økning i den voksne befolkningen på 23,8 prosent, mens barn- og ungebefolkningen har økt med 1,5 prosent i samme periode. I 2007 utgjorde barn- og ungebefolkningen 23,4 prosent av alle innbyggerne, og i 2024 er andelen 20,1 prosent. Totalt har 47 prosent av kommunene i Norge færre enn 5 000 innbyggere, og disse dekker åtte prosent av befolkningen. De 19 største kommunene utenom Oslo, med over 50000 innbyggere dekker 35 prosent av alle innbyggerne i landet, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen. Årsverk per 10 000 innbygger i tjenester og tiltak til barn og unge varierer mellom 26 og 48 og til voksne mellom 26 og 31.

Det er Innlandet, Nordland og Vestland som har flest kommuner, men det er Akershus og Oslo som har den største andelen av befolkningen (13 prosent hver) og Vestland som har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene målt i antall innbyggere er Finnmark med 1 prosent av befolkningen, og Troms og Telemark med tre prosent av befolkningen hver. Det er særlig kommunene i Vestfold og Oslo som rapporterer mange årsverk til barn og unge. For voksne er det Agder og Troms som ligger litt høyere enn de andre.

Det er betydelig variasjon i årsverk pr. innbygger når vi grupperer kommunene etter HF-opptaksområde. I Lovisenberg-området er det rapportert mange årsverk for barn og unge i forhold til innbyggertallet i opptaksområdet. Bydelene som ligger i opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale sykehus er Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Blant de ti største kommunene finner vi at fra 2023 til 2024 har Oslo, Bergen og Drammen hatt en særlig vekst i årsverk til barn og unge. Kristiansand ligger høyt med antall årsverk til voksne sett i forhold til antall innbyggere.



Figur 6.7 Prosent av kommunene i hvert fylke i ulike kommunestørrelsesgrupper

# 7 Hovedforløp

## 7.1 Innledning

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)<sup>i</sup>. 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

---

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



- Schizofreni
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser

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

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 i år er det fordelt flere årsverk på forløp enn på tjenester (108 prosent) og 95 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge er fordelt på forløp, se tabell 7.1.

**Tabell 7.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, 2024.**

	Voksne	Barn/unge	Totalt
Årsverk rapportert	12 607	3 629	16 236
Årsverk hovedforløp	13 598	3 440	17 037
% av årsverkene fordelt på hovedforløp	108	95	105

## 7.2 Tjenester til voksne

Kommunene anslår i 2024 at det er 19 prosent av årsverksinnsatsen til voksne som går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), 27 prosent går til for kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2) og 55 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser.

**Tabell 7.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017-2023.**

	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024
Hovedforløp 1	1 092	1 024	1 106	1 270	1 332	1 204	2 552
Hovedforløp 2	2 779	2 425	2 532	2 795	2 879	2 706	3 632
Hovedforløp 3	6 649	5 923	6 423	6 419	6 442	6 195	7 414
Totalt	10 520	9 372	10 061	10 484	10 653	10 105	13 598

**Tabell 7.3 Prosentvis fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017-2023.**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hovedforløp 1	10	11	11	10	12	12	12	19
Hovedforløp 2	27	26	25	26	27	27	27	27
Hovedforløp 3	63	63	64	64	61	60	60	55
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

### 7.3 Tjenester til barn og unge

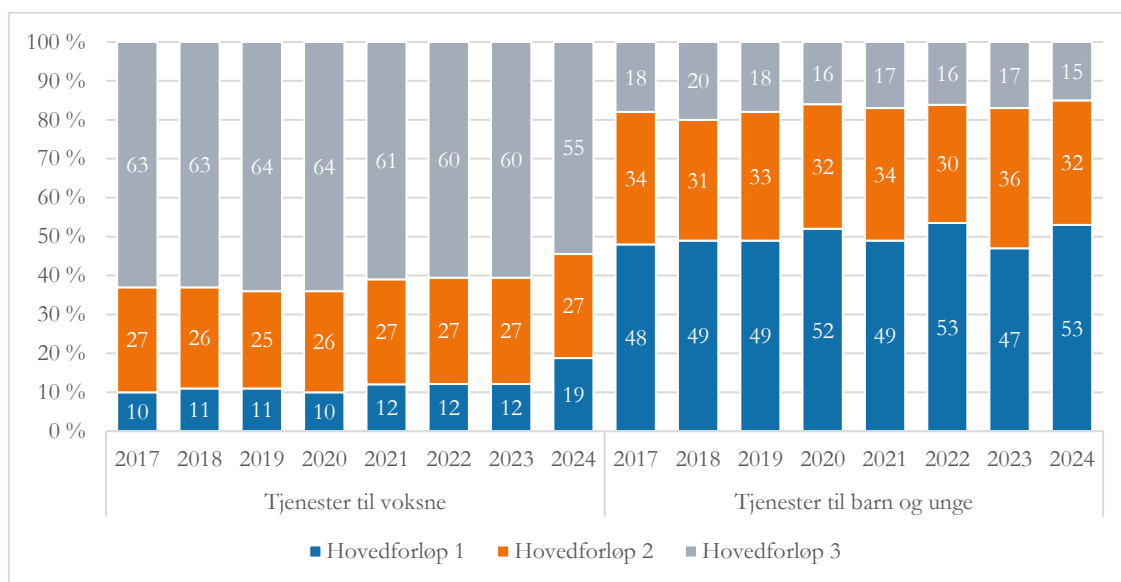
Kommunene anslår at 53 prosent av årsverksinnsatsen til barn og unge går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1) i 2024, 32 prosent går til for kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2) og 15 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Tabell 7.4 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, 2017-2023.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hovedforløp 1	1 262	1 160	1 407	1 185	1 601	1 721	1 575	1 813
Hovedforløp 2	888	737	939	734	1 090	977	1 219	1 103
Hovedforløp 3	462	493	535	355	552	520	583	524
Totalt	2 612	2 390	2 880	2 274	3 243	3 217	3 377	3 440

Tabell 7.5 Prosentvis fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester for barn og unge, 2017-2023.

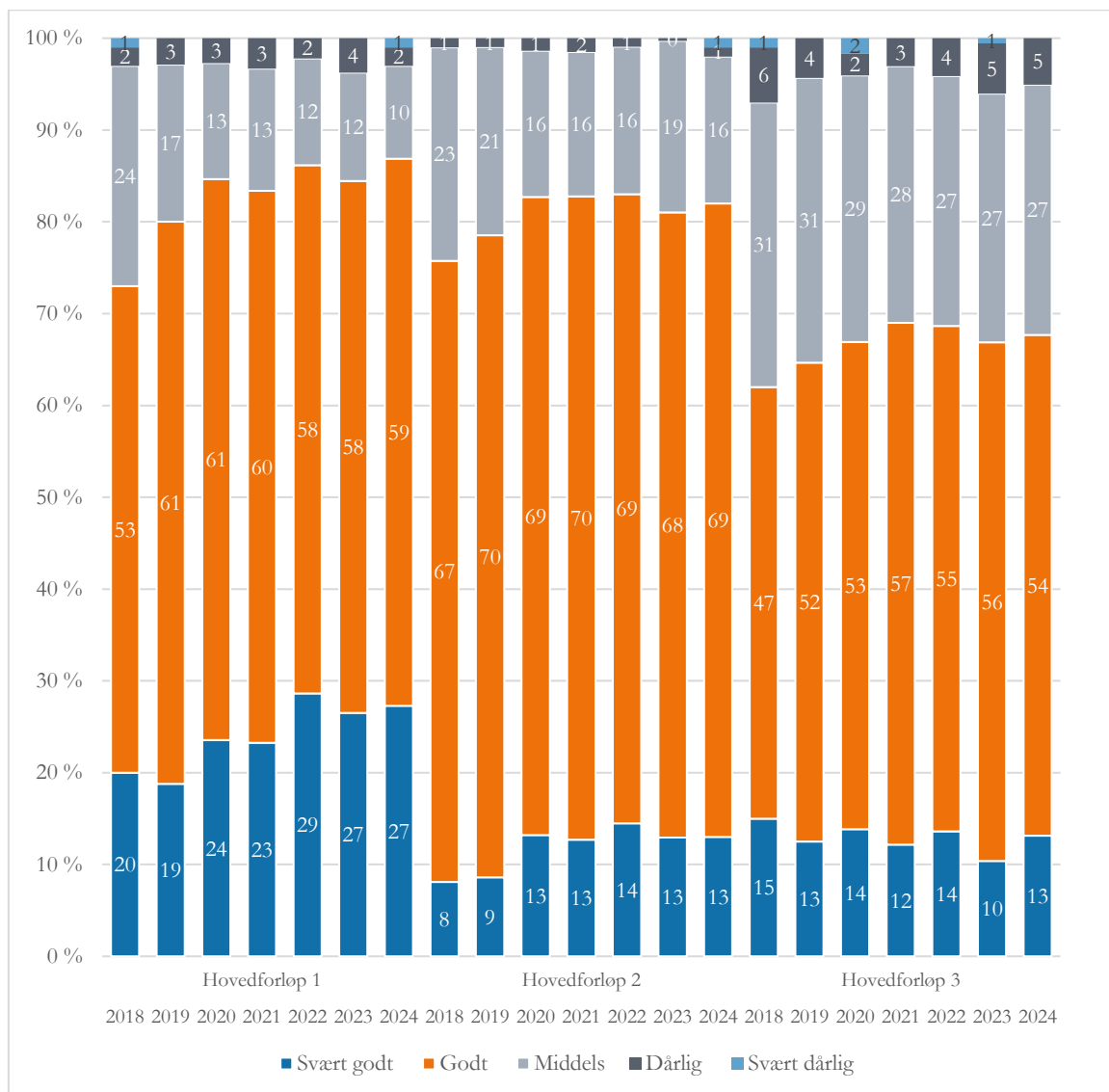
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hovedforløp 1	48	49	49	52	49	53	47	53
Hovedforløp 2	34	31	33	32	34	30	36	32
Hovedforløp 3	18	20	18	16	17	16	17	15
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100



Figur 7.1 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, 2017-2024.

## 7.4 Vurdering av det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter

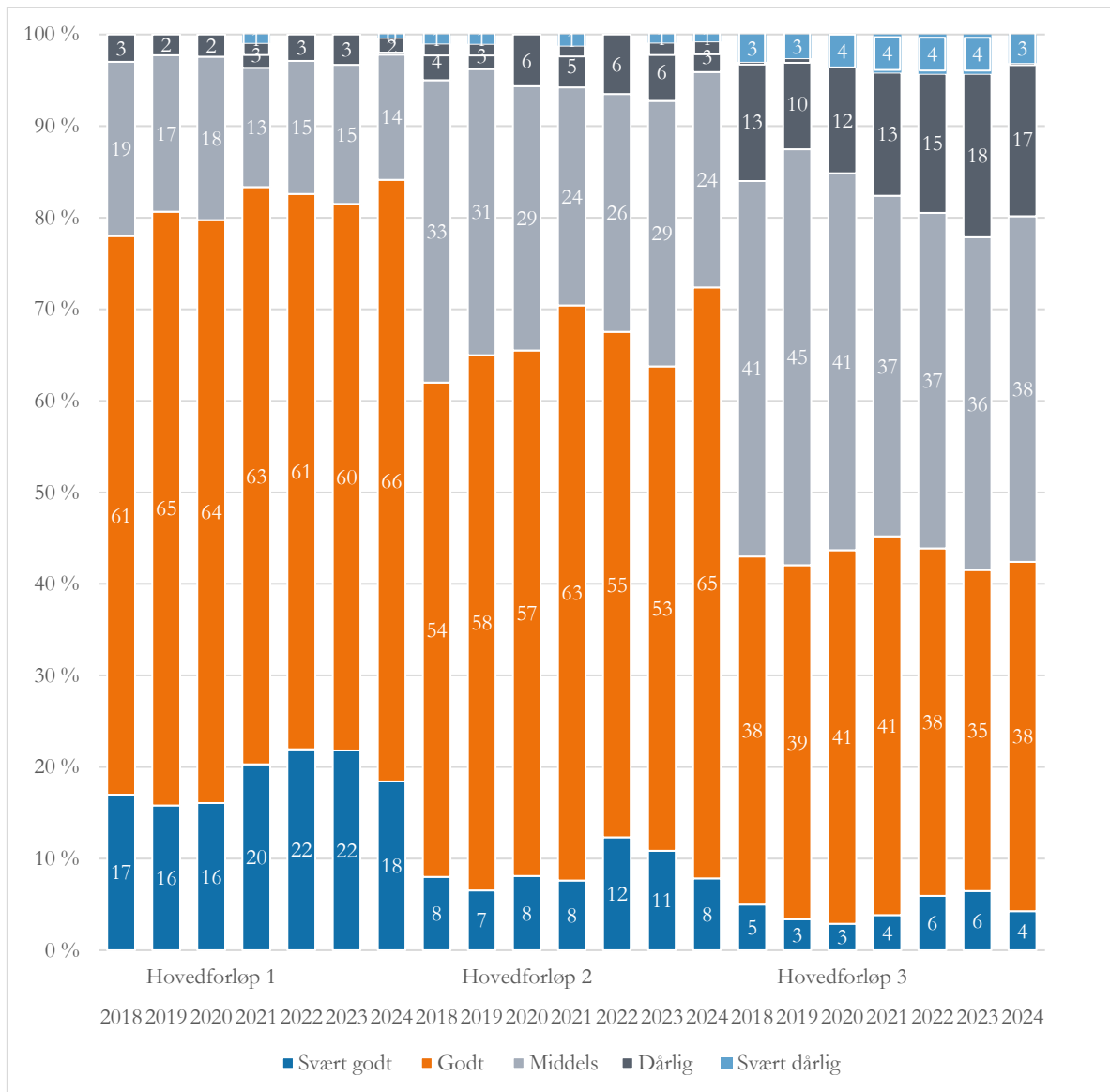
Det er en økende andel som svarer at tilbudet er godt eller svært godt for alle hovedforløpene for voksne utover i perioden, men det er fortsatt færrest som oppgir at tilbudet er godt for brukere i Hovedforløp 3.



Figur 7.2 Prosentvis fordeling i vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018-2024.

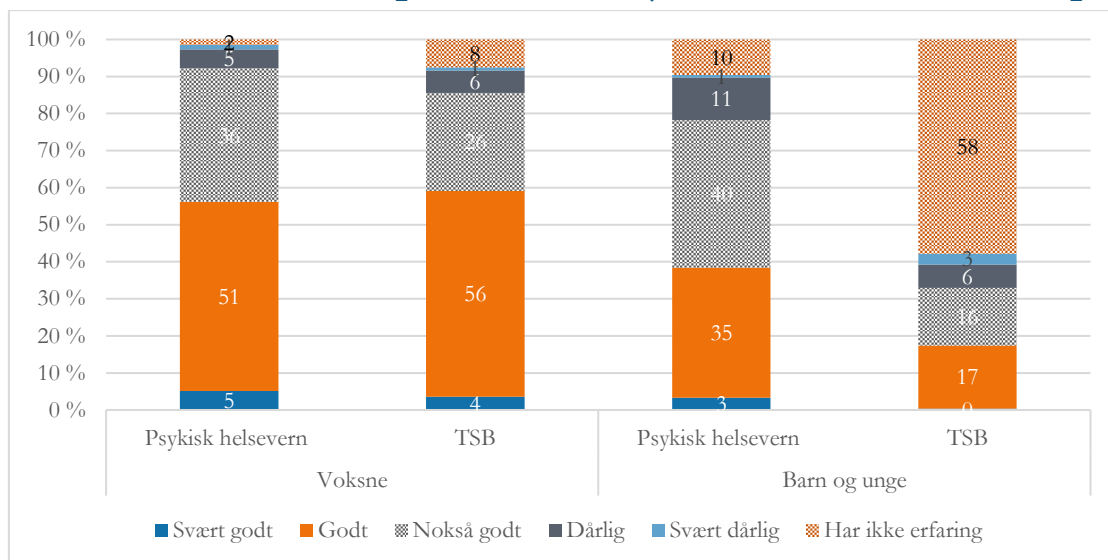
## 7.5 Vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge

Figur 5.3 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.



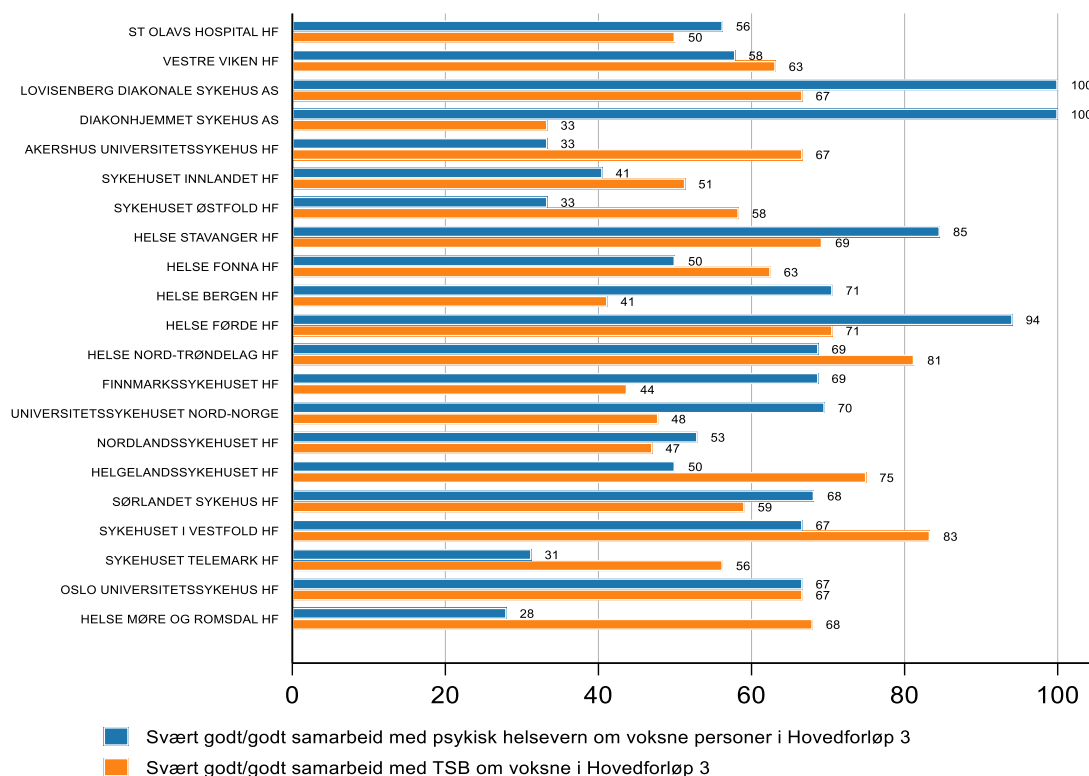
Figur 7.3 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018-2024.

## 7.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om hovedforløp 3

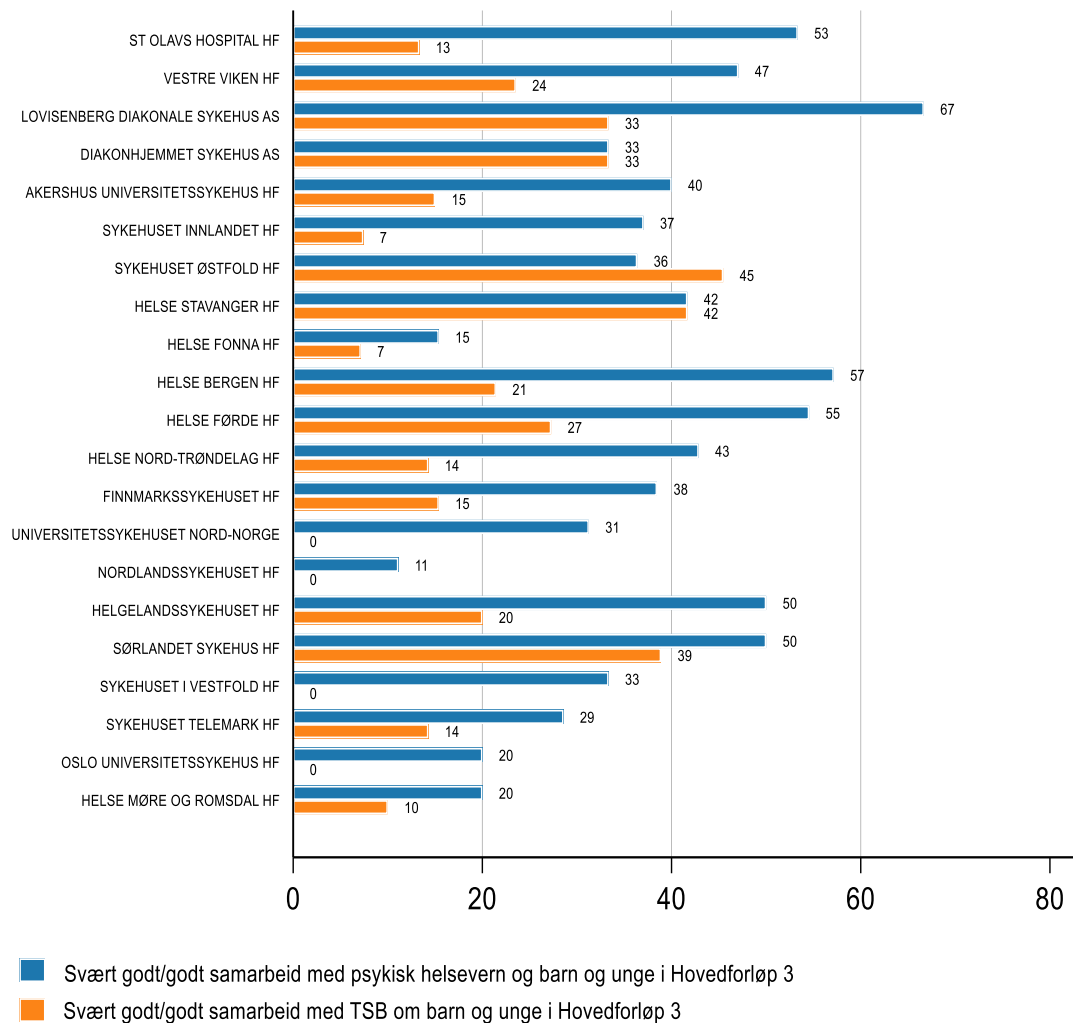


Figur 7.4 Prosentvis fordeling av vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om hovedforløp 3, 2024.

Det er noe variasjon mellom helseforetak, og svarfordelingen når vi har gruppert kommuner etter opptaksområde, er vist i figur 7.5 og figur 7.6.

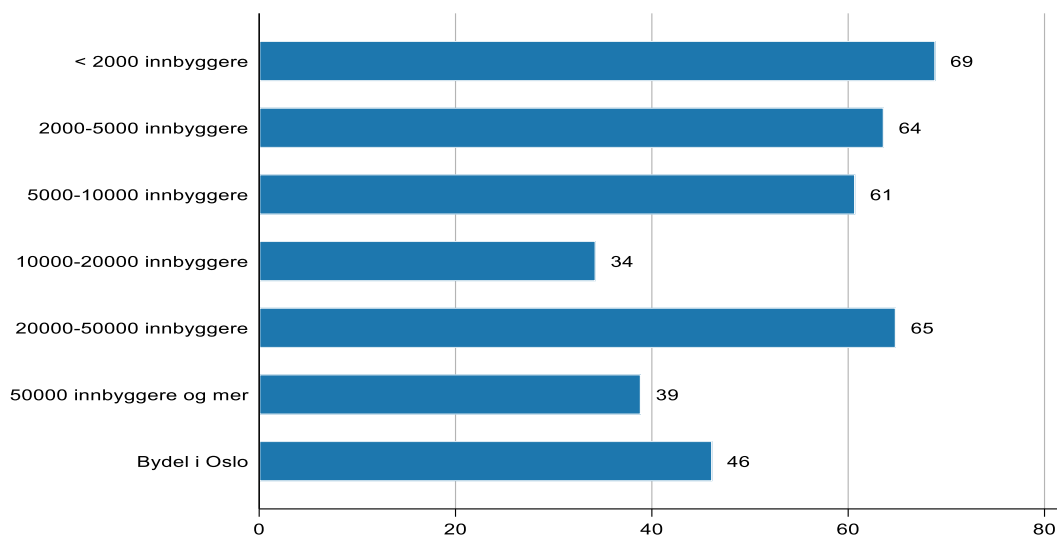


Figur 7.5 Prosent som svarer at samarbeidet er svært godt eller godt rundt voksne brukere. Helseforetak, 2024.



**Figur 7.6** Prosent som svarer at samarbeidet er svært godt eller godt rundt barn og unge i Hovedforløp 3. Helseforetak, 2024.

Det er særlig mange kommuner (58 prosent) som oppgir at de ikke har erfaring med samarbeid med TSB for barn og unge i Hovedforløp 3, se figur 7.4. Dette kan enten bety at de ikke har noen innbyggere under 18 år med rusproblemer i Hovedforløp 3, eller at kommunen ikke er involvert om innbyggere i denne kategorien behandles i TSB. Som vist i figur 7.7, gjelder dette flest små kommuner, men det er også en del blant større kommuner har ikke erfaring.



**Figur 7.7** Prosent av kommunene som oppgir at de ikke har erfaring med samarbeid med TSB om barn i Hovedforløp 3.

## 7.7 Oppsummering

For voksne anslår kommunene at 19 prosent av årsverksinnsatsen går til brukere med milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), 27 prosent går til kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2), og 55 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser (Hovedforløp 3).

For barn og unge anslår kommunene at 53 prosent av årsverksinnsatsen går til milde og kortvarige problemer (Hovedforløp 1), 32 prosent går til kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (Hovedforløp 2) og 15 prosent går til alvorlige langvarige problemer/lidelser (Hovedforløp 3).

Det er en økende andel som vurderer tilbudet som godt eller svært godt for alle hovedforløpene, men færrest vurderer tilbudet som godt for brukere i Hovedforløp 3, både for voksne og barn/unge.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om Hovedforløp 3 vurderes generelt som godt, men det er variasjoner mellom helseforetak både innen psykisk helsevern og innen TSB.

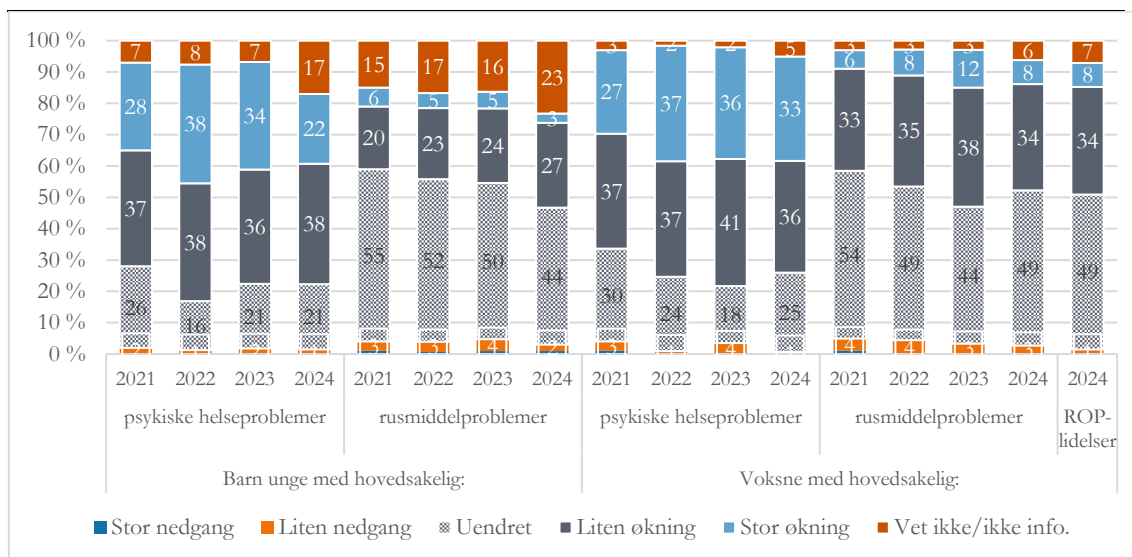
# 8 Endring i omfang av henvendelser

## 8.1 Endring i omfang av henvendelser/henvisninger

Tabell 8.1 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 (22 prosent) og for voksne med psykiske helseproblemer (33 prosent). Noen flere rapporterer om en liten økning. For barn og unge og for voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer, melder de fleste fortsatt at det er uendret omfang av henvendelser/henvisninger, eller en liten økning.

**Tabell 8.1 Om det siden siste kartlegging (våren 2023) til i dag vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen, 2024.**

	Barn unge med hovedsakelig:				Voksne med hovedsakelig:					
	psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer		psykiske helseproblemer		rusmiddelproblemer		ROP-lidelser	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Stor nedgang	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0
Liten nedgang	5	1	7	2	2	1	9	3	5	1
Uendret	71	21	147	44	86	25	168	49	167	49
Liten økning	131	38	91	27	121	36	115	34	116	34
Stor økning	76	22	10	3	113	33	26	8	26	8
Vet ikke/ikke info.	58	17	78	23	17	5	21	6	24	7
<b>Totalt</b>	<b>341</b>	<b>100</b>	<b>336</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>	<b>338</b>	<b>100</b>



**Figur 8.1 Om det har vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen. Nasjonalt, 2021 - 2024.**



Det er særlig nedgang i andel som svarer stor økning i henvendelser om barn og unge. I 2023 var andelen 34 prosent og den er nå 22 prosent. Det er ikke like stor nedgang for voksne med psykiske helseproblemer, fra 36 prosent til 33 prosent.

Blant de som oppgir at det er en stor økning i henvendelser om barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer, oppgir særlig økning i henvendelser til helsestasjon mv. og til lavterskel psykisk helse og rustilbud. De få som oppgir stor økning til barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer, svarer også at økningen gjelder helsestasjon mv. og lavterskeltilbud.

**Tabell 8.2** Hvor endringen gjelder blant de som har svart at det har vært en stor økning i omfanget av henvendelser blant barn og unge, 2024.

	Psykiske plager/lidelser		Rusmiddelproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Bemannede boliger	6	8	1	10
Ambulante/mobile tjenester/oppsøkende virksomhet	24	32	3	30
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	61	80	10	100
Lavterskel psykisk helse og rustilbud	52	68	7	70
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	14	18	3	30
Annet	6	8	0	0
<b>Totalt</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

De 6 som svarer «Annet» oppgir barnevern, familieteam, ungdomsteam og at færre får hjelp fra BUP.

De som svarer at de har en stor økning blant voksne med hovedsakelig psykiske helseproblemer, oppgir at endringen gjelder i størst grad lavterskel helse- og mestringstilbud og ambulant virksomhet, se tabell 8.3. Av de som svarer at de har en stor økning blant voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer, er det 92 prosent som oppgir at det gjelder ambulant virksomhet og like mange svarer at det gjelder lavterskel helse- og mestringstilbud.

**Tabell 8.3** Hvor endringen gjelder blant de som har svart at det har vært en stor økning i omfanget av henvendelser blant voksne, 2024.

	Psykiske plager/lidelser		Rusmiddelproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Institusjoner	9	8	3	12
Bemannede boliger	42	37	16	62
Ambulant/mobile/oppøkende virksomhet	86	76	24	92
Lavterskel helse- og mestringstilbud	95	84	24	92
Aktivitet/treffsted/værested/friluft	37	33	12	46
Arbeidsrettet aktivitet	22	19	9	35
Annet	19	17	6	23
<b>Totalt</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

De som svarer «Annet» for de med hovedsakelig psykiske plager/lidelser oppgir at dette handler om behov for samtaler eller terapeutiske tilbud. De som svarer «Annet» for de med hovedsakelig rusmiddelproblemer, oppgir samtaleterapi, oppfølgingstjenesten og at de ønsker å få hjelp med rusmiddelproblemer.

Av de som har stor økning i henvendelser fra voksne med ROP-lidelser, er det flest som oppgir at pågangen gjelder ambulante tjenester og lavterskel helse- og mestringstilbud, se tabell 8.4.

**Tabell 8.4** Hvor endringen gjelder blant de som har svart at det har vært en stor økning i omfanget av henvendelser blant voksne med hovedsakelig ROP-lidelser, 2024.

	Antall	Prosent
Institusjoner	4	15
Bemannede boliger	18	69
Ambulant/mobile/oppøkende virksomhet	24	92
Lavterskel helse- og mestringstilbud	25	96
Aktivitet/treffsted/værested/friluft	13	50
Arbeidsrettet aktivitet	7	27
Annet	7	27
<b>Totalt</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

## 8.2 Oppsummering

For barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer er det 22 prosent av kommunene som rapporterer om en stor økning i henvendelser, mens 38 prosent rapporterer om en liten økning. For barn og unge med hovedsakelig rusmiddelproblemer er det 3 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 27 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med hovedsakelig psykiske helseproblemer er det 33 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 36 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer er det 8 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 34 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med ROP-lidelser (rus og psykiske lidelser) er det 8 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 34 prosent rapporterer om en liten økning.

Det er særlig nedgang i andel som svarer stor økning i henvendelser om barn og unge. I 2023 var andelen 34 prosent og den er nå 22 prosent. Det er ikke like stor nedgang for voksne med psykiske helseproblemer, fra 36 prosent til 33 prosent.

Blant de som oppgir at det er en stor økning i henvendelser om barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer, oppgir de særlig økning i henvendelser til helsestasjon mv. og til lavterskel psykisk helse og rustilbud.

For voksne med psykiske helseproblemer og ROP-lidelser gjelder økningen særlig i lavterskel helse- og mestringstilbud og ambulante tjenester.

## 9 Bruker- og pårørendemedvirkning

Helsedirektoratet har tatt initiativ til å utvikle nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten innen rus og psykisk helse. Arbeidet beskrives også i Prop 1S (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023-2024). For å sikre helhetlige og individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk helseproblemer, løse samhandlingsutfordringer i og på tvers av tjenestenivåer, samt sikre riktige prioriteringer i utvikling og gjennomføring av tjenestetilbudene, er det viktig å tilrettelegge for at reell og systematisk bruker- og pårørendemedvirkning styrkes.

Høringsutkastet for «Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet» fra Helsedirektoratet hadde høringsfrist 20. oktober 2024. Der foreslås blant annet:

Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet på systemnivå:

- Ledere i rus- og psykisk helsefeltet bør ha kunnskap om bruker- og pårørendemedvirkning og vite hvordan relevante aktører kan medvirke i utforming av helse- og omsorgstjenestene
- Kommunen og spesialisthelsetjenester i rus- og psykisk helsefeltet bør sikre systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner

På tjenestenivå:

- Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør ha kompetanse om bruker- og pårørendemedvirkning
- Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør sikre dialog med bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre aktører i bruker- og pårørendefeltet for å tilrettelegge for samarbeid med disse
- Tjenesteledere i rus- og psykisk helsefeltet bør sørge for systematisk bruker- og pårørendemedvirkning for å utvikle helhetlige tjenester tilpasset brukernes behov

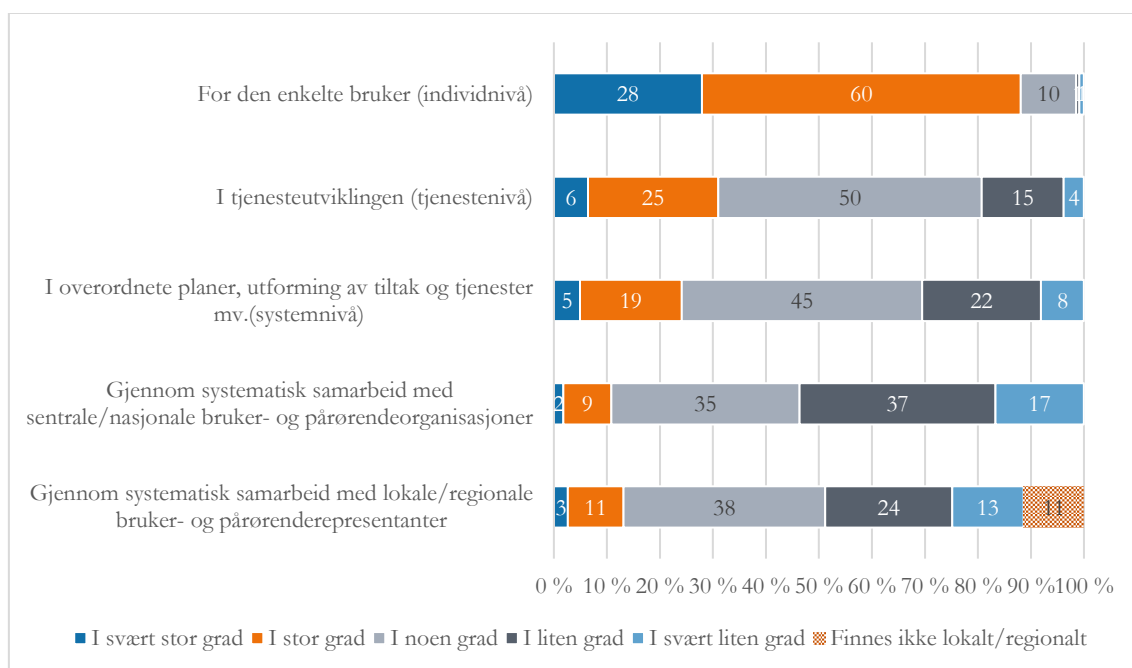
På individnivå:

- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør ha et helhetlig perspektiv på den enkeltes levekår og livskvalitet i møte med brukere og pasienter (recovery-orientert tilnærming)
- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal med utgangspunkt i brukerens/pasientens situasjon gi informasjon om hjelpen som tilbys, rettigheter og hvilke valgmuligheter som finnes

- Behandling og oppfølging skal utformes i samarbeid med brukeren, og i tråd med brukerens egne mål for behandlingen og oppfølgingen
- Ledere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i rus og psykisk helsefeltet skal sørge for at ansatte har kompetanse om bruker- og pårørendemedvirkning, og at det benyttes kunnskapsbaserte tilnærminger i møte med brukeren
- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal sørge for at barn og unge får medvirke ved valg av tjenestetilbud, undersøkelses- og behandlingsformer
- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør i dialog med bruker og pårørende, avklare forventninger, muligheter og ønsker knyttet til pårørendeinvolvering og samarbeid

## 9.1 Sikring av brukermedvirkning på ulike nivå

Fra figur 9.1 er det tydelig at kommunene først og fremst sikrer brukermedvirkning på individnivå. Dette er det viktigste for kommunene og slik har det vært i mange år. Når vi har spurt om brukermedvirkning tidligere, er svarene typisk at de sikrer brukermedvirkning gjennom å lytte til brukerne, og i samarbeid med dem finne frem til hvordan de best kan bidra for den enkelte. Det er færre som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning på tjenestenivå, og i overordnede planer eller gjennom systematisk samarbeid med bruker- og pårørende-representanter. Vi ser videre på de som svarer at de i svært stor eller stor grad sikrer brukermedvirkning på ulike nivå.

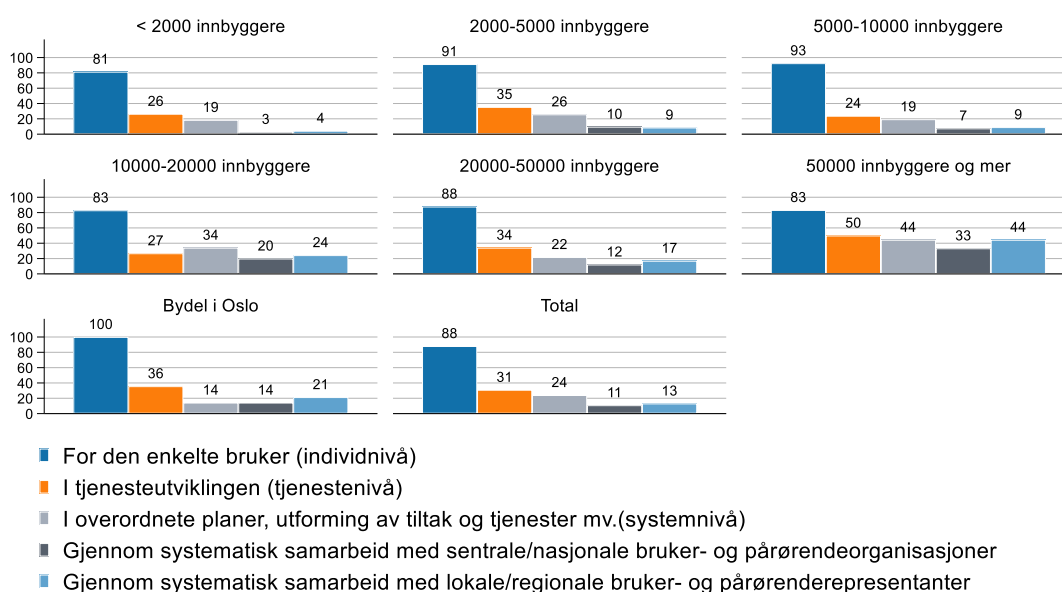


Figur 9.1 I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid på ulike nivå.

Det er forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 9.2, men ingen signifikante forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Forskjeller etter kommunestørrelse er heller ikke statistisk signifikant for brukermedvirkning på individnivå og tjenestenivå, men det er kommuner med 50000 innbyggere eller mer som i størst grad svarer at de har i stor eller svært stor grad har brukermedvirkning på systemnivå og at de samarbeider med sentrale/nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner.

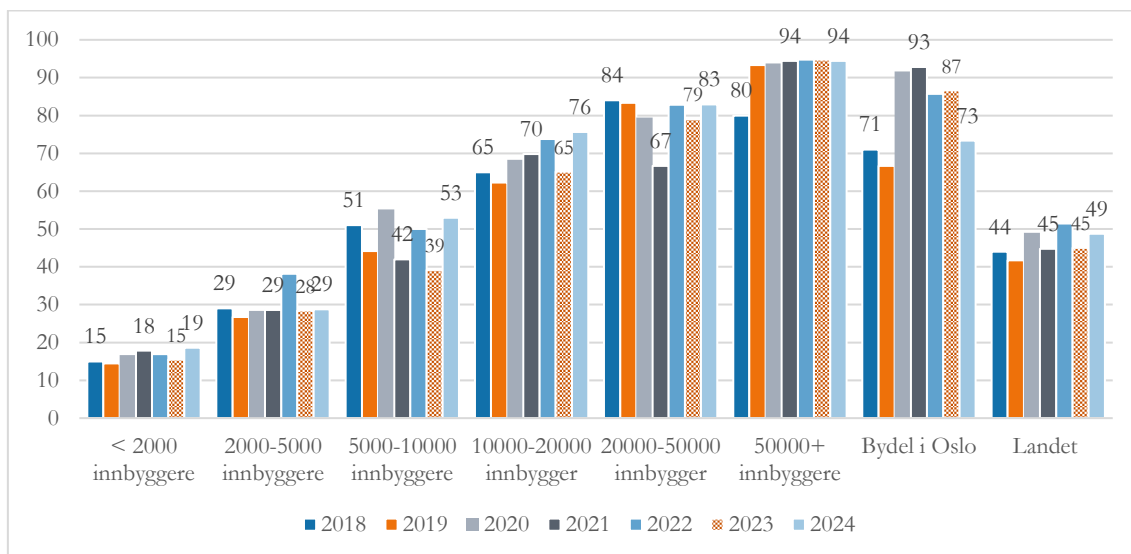
Når det gjelder samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørenderepresentanter, er det kommuner med mellom 10000 og 20000 innbyggere som skiller seg fra de andre kommunene ved å i større grad svare at de i stor eller svært stor grad samarbeider.



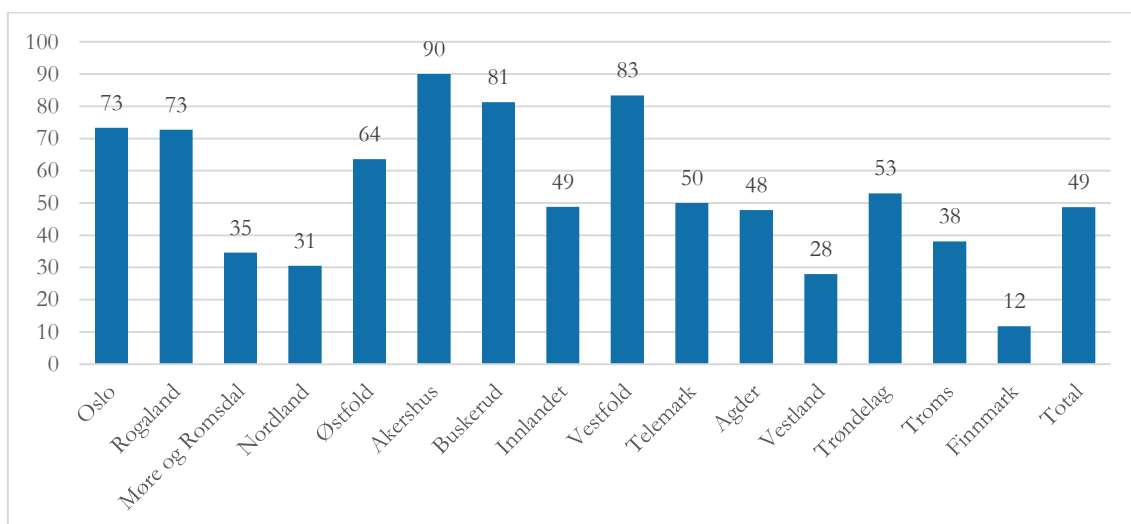
**Figur 9.2** Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid på ulike nivå. Kommunestørrelse, 2024.

## 9.2 Systematisk innhenting av brukererfaring

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 49 prosent (n=169) at de hadde det i 2024. Det er en liten økning fra 45 prosent i 2023, men tallene har ligget stabilt på mellom 42-51 prosent de siste syv årene.



**Figur 9.3** 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, 2018-2024.



**Figur 9.4** 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, 2024

De som svarte at de ikke har gjort det, fikk spørsmål om hvorfor ikke dette var gjort. Det har kommet 157 svar og disse kan plasseres under følgende overskrifter:

- Ressursmangel og kapasitetsproblemer
- Omorganisering og lederbytter
- Planlagt gjennomført i 2024/2025
- Ble gjennomført i 2022/2023

- Manglende verktøy for gjennomføring
- Ikke vært prioritert
- Har veldig få brukere, har ikke behov
- Har forsøkt, men datagrunnlaget ble for dårlig

Når vi spør om de har konkrete eksempler på endringer de har gjort i tjenestene som følge av systematisk innhenting av bruker- og pårøndererfaringer, er det 88 kommuner/bydeler som svarer på hva de har gjort. Noen svarer at de har innført assistert selvhjelp for å ivareta nye brukere, at de har endret innhold i ulike aktivitetstilbud som følge av tilbakemeldinger, etablert drop-in, matgruppe, kreativt verksted, turgruppe og musikkgruppe. Andre oppgir at de har gjort individuelle endringer for brukerne i forhold til mål og plan, eller at de har endret nettsider eller startet nye prosjekter. Noen oppgir at de har fått lite respons på undersøkelsene de har gjort, og at det derfor ikke har kommet så mye ut av innhenting av brukererfaringer.

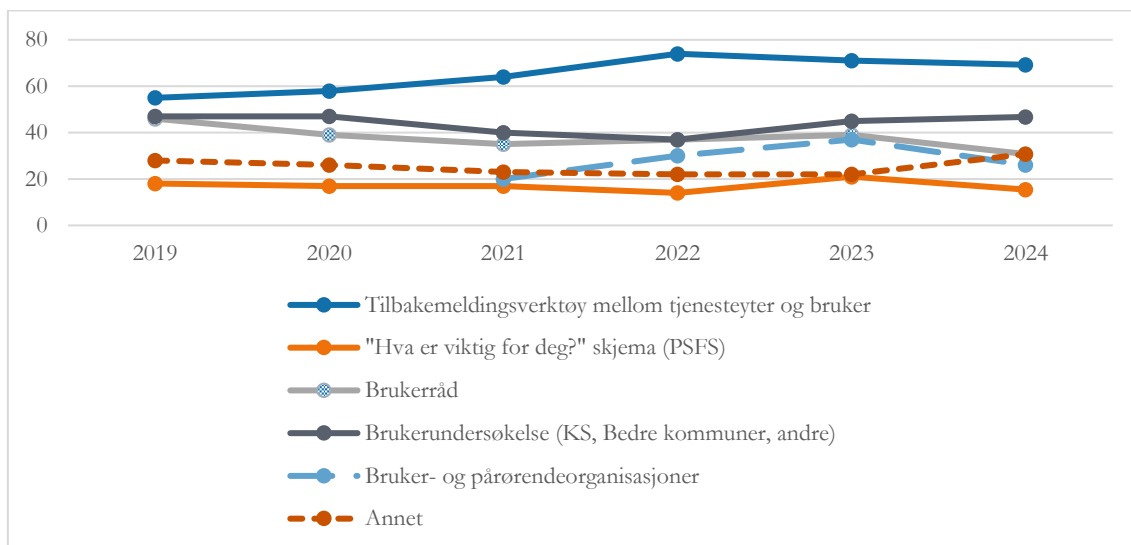
### 9.3 Metode for innhenting av brukererfaringer

Vi spurte også om på hvilken måte brukererfaringer er hentet inn (tabell 9.1), og det var i 2024 totalt 69 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker. Det er 47 prosent av de som har innhentet brukererfaringer som har benyttet en brukerundersøkelse, mens 31 prosent har brukt brukerråd. Det er færre som svarer at de har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårønderorganisasjoner i 2024 enn i 2023.

Tabell 9.1 Metode for innhenting av brukererfaringer, antall og andel, 2019 – 2024.

	2019		2021		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55	95	64	110	71	117	69
"Hva er viktig for deg?" skjema (PSFS)	31	18	26	17	33	21	26	15
Brukerråd	80	46	52	35	61	39	52	31
Brukerundersøkelse (KS, Bedre kommuner, andre)	82	47	60	40	70	45	79	47
Bruker- og pårønderorganisasjoner			30	20	57	37	44	26
Annet	48	28	35	23	35	22	52	31
Totalt	174	100	149	100	156	100	169	100





**Figur 9.5** Prosent som har brukt ulike metoder for innhenting av brukererfaringer, 2024.

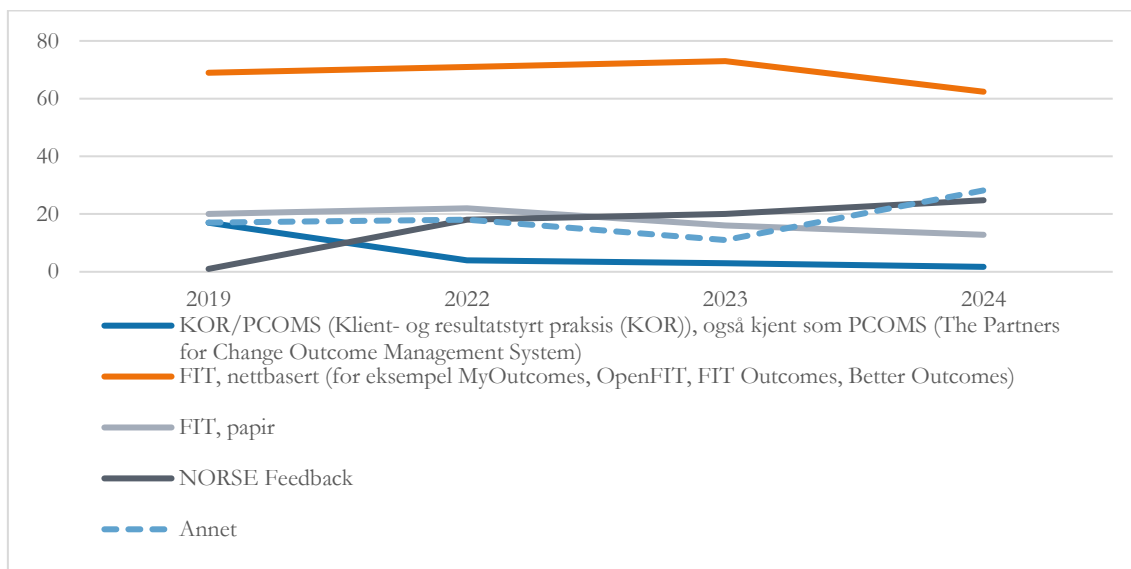
De 35 kommunene som har svart «Annet», oppgir blant annet at de har bruker- og pårørendekvelder på lavterskeltilbud, at de bruker erfaringskonsulent eller at de har interkommunalt brukerpanel, at de har et eget spørreskjema som de har utviklet og noen nevner svar på neste spørsmål, for eksempel FIT.

De 117 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet og alle har svart.

Svarfordelingen er gitt i tabell 9.2 og viser at nettbasert FIT fortsatt er det mest populære med 62 prosent. FIT i papirutgave er også krysset av hos 13 prosent av de 117 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 2 prosent. Det er nå 25 prosent som benytter NORSE Feedback.

**Tabell 9.2** Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? 2019 - 2024.

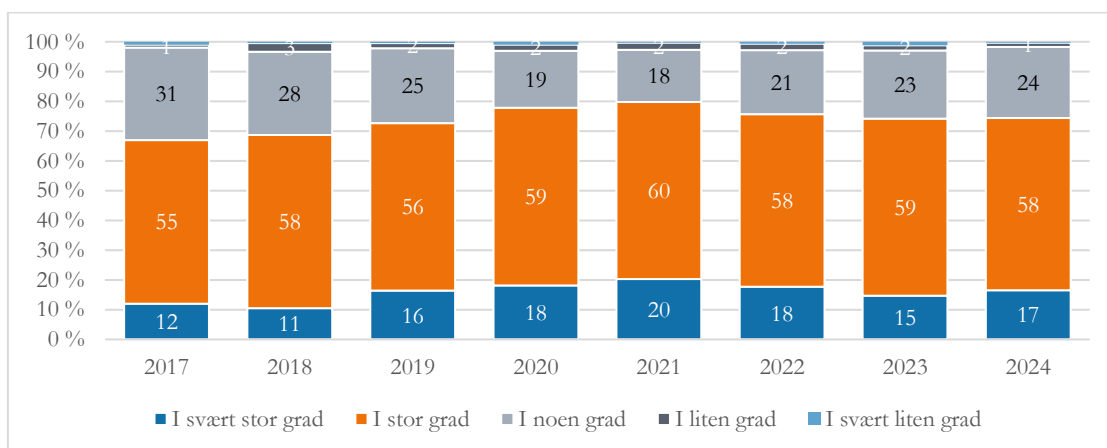
	2019		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)), også kjent som PCOMS (The Partners for Change Outcome Management System)	16	17	5	4	3	3	2	2
FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT Outcomes, Better Outcomes)	66	69	84	71	80	73	73	62
FIT, papir	19	20	26	22	18	16	15	13
NORSE Feedback	1	1	22	18	22	20	29	25
Annet	16	17	22	18	12	11	33	28
<b>Totalt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>



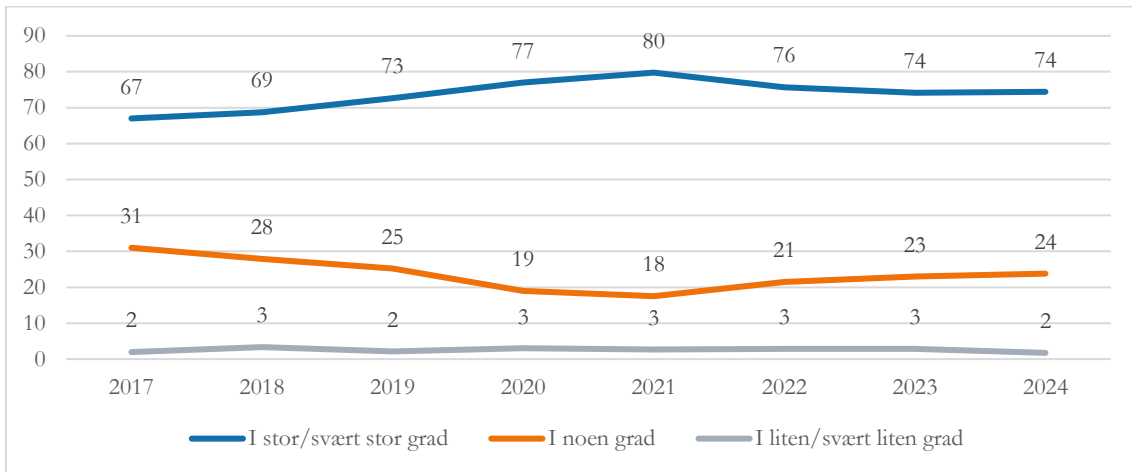
**Figur 9.6** Prosent som benytter de ulike tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker

## 9.4 I hvilken grad er tjenestetilbudet er recovery-orientert

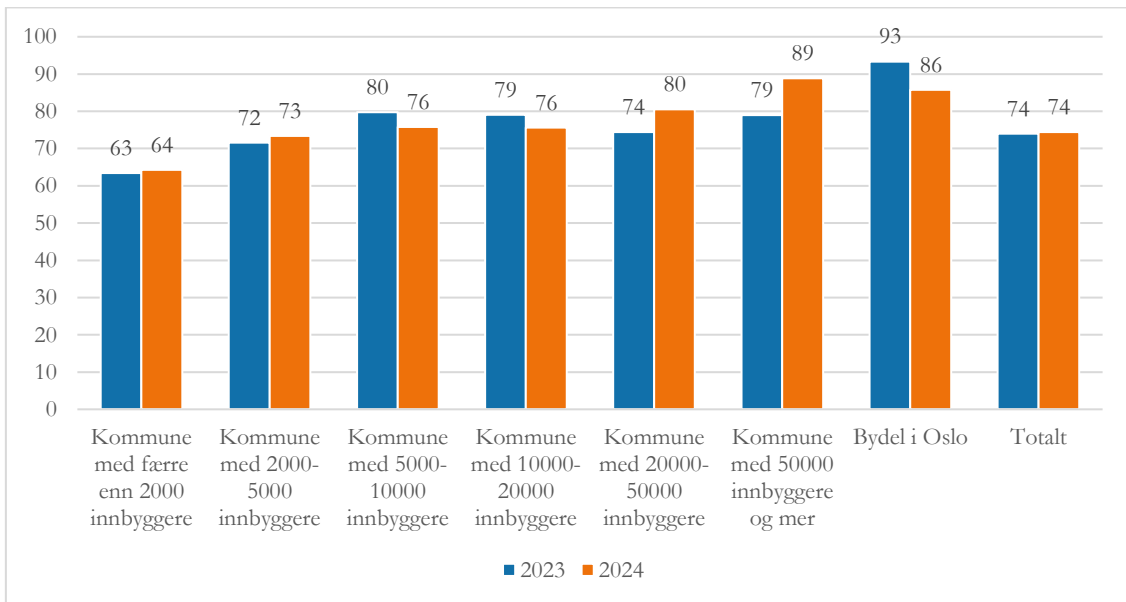
I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. Resultatene er presentert for de syv siste årene i figur 9.7. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra frem til og med 2021, så en liten nedgang og utflating siste år.



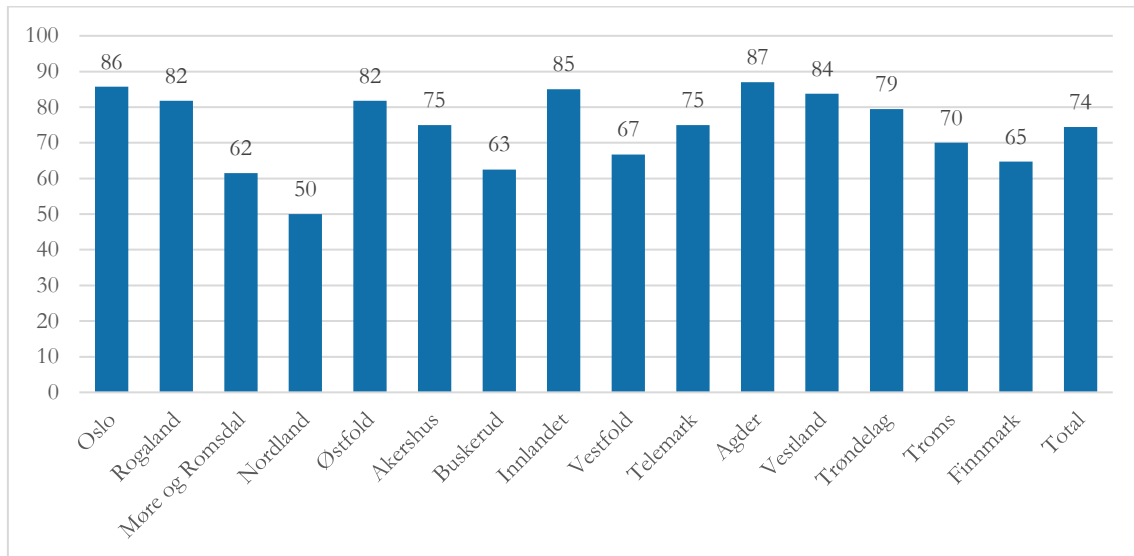
**Figur 9.7** I hvilken grad de mener det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, 2017-2024.



**Figur 9.8** I hvilken grad de mener det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, 2017-2024



**Figur 9.9** 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. Kommunistørrelse, 2023 og 2024.



**Figur 9.10** 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, 2024.

Det er gitt 219 beskrivelser på hvorfor tilbudet de har er recovery-orientert. De forklarer at tjenestene tar utgangspunkt i:

- brukers selvbestemmelse og autonomi.
- brukernes individuelle mål og ønsker.
- brukernes egne ressurser og opplevelser.
- brukernes egen involvering i tilbudet som gis.
- brukernes selvstendighet basert på kapasitet og ressurser.
- brukernes helhetlige situasjon og involverer andre for å hjelpe brukerne til å nå sine mål.
- brukernes håp, trivsel og personlig vekst.

Av de tre som svarer på hvorfor de i liten grad mener de arbeider recovery-orientert, oppgir de følgende:

*«Vi nytter ikke systematisk utformet tilbakemeldingsverktøy. Vi har en recovery-orientert tilnærming i brukerkontakt og oppfølging, hvor vi har bruker sine ønsker og medvirkning i oppfølgingsplanen.»*

*«Vakante stillinger og utfordringer med å rekruttere fagpersoner til tjeneste i en distriktskommune medfører utfordringer med langsiktig planlegging og kontinuitet i oppfølgingen.»*

*«Det er ikke arbeidet med i så stor grad.»*

## 9.5 Oppsummering

Høringsutkastet for «Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet» fra Helsedirektoratet hadde høringsfrist 20. oktober 2024. Der foreslås ulike tiltak på systemnivå, på tjenestenivå og på individnivå.

Basert på svarene fra kommunene, er det tydelig at de først og fremst sikrer brukermedvirkning på individnivå (88 prosent svarer at de i svært stor eller i stor grad gjør det). De sikrer brukermedvirkning på individnivå gjennom å lytte til brukerne, og i samarbeid med brukerne finner de frem til hvordan de best kan bidra for den enkelte. Det er færre som svarer at de i stor grad sikrer brukermedvirkning det på tjenestenivå (31 prosent) og på systemnivå (24 prosent) eller gjennom systematisk samarbeid med nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner (11 prosent) og regionale bruker- og pårørenderepresentanter (14 prosent).

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 49 prosent at de hadde det. Det er en liten økning fra 45 prosent i 2023, men tallene har ligget stabilt på mellom 42-51 prosent de siste syv årene. Det er også mest vanlig å hente inn brukererfaringer gjennom tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker (69 prosent). Det er 47 prosent av de som har innhentet brukererfaringer som har benyttet en brukerundersøkelse, mens 31 prosent har brukt brukerråd.

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. Det er en gradvis økning i andel som svarer i stor eller i svært stor grad fra frem til og med 2021, så en liten nedgang og utflating siste år. Det er 25 prosent som svarer at tjenestene i stor eller svært stor grad er recovery-orientert, mens kun to prosent svarer at tilbudet i liten eller i svært liten er recovery-orientert. Dette betyr at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Norge i all hovedsak er recovery-orienterte tjenester.

## 10 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.<sup>j</sup> Pårørendestrategien har tre hovedmål:

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs.
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Det finnes også en nasjonal pårørendeveileder på Helsedirektoratets hjemmesider<sup>k</sup>.

## 10.1 Pårørendestrategien

Som vist i figur 10.1 på neste side er det en viss positiv utvikling på alle områdene i perioden 2021 til 2024, ved at det er færre som svarer i liten eller svært liten grad utover i perioden.

Det er særlig mange som har planlagt tiltak for tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende og det er størst økning i andel som går mot mer familieorienterte tjenester.

## 10.2 Ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år

Det er 341 kommuner/bydeler (91 prosent) som har svart på spørsmålet om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år i 2024. Som vist i tabell 10.1 er det 75 prosent som svarer at helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret.

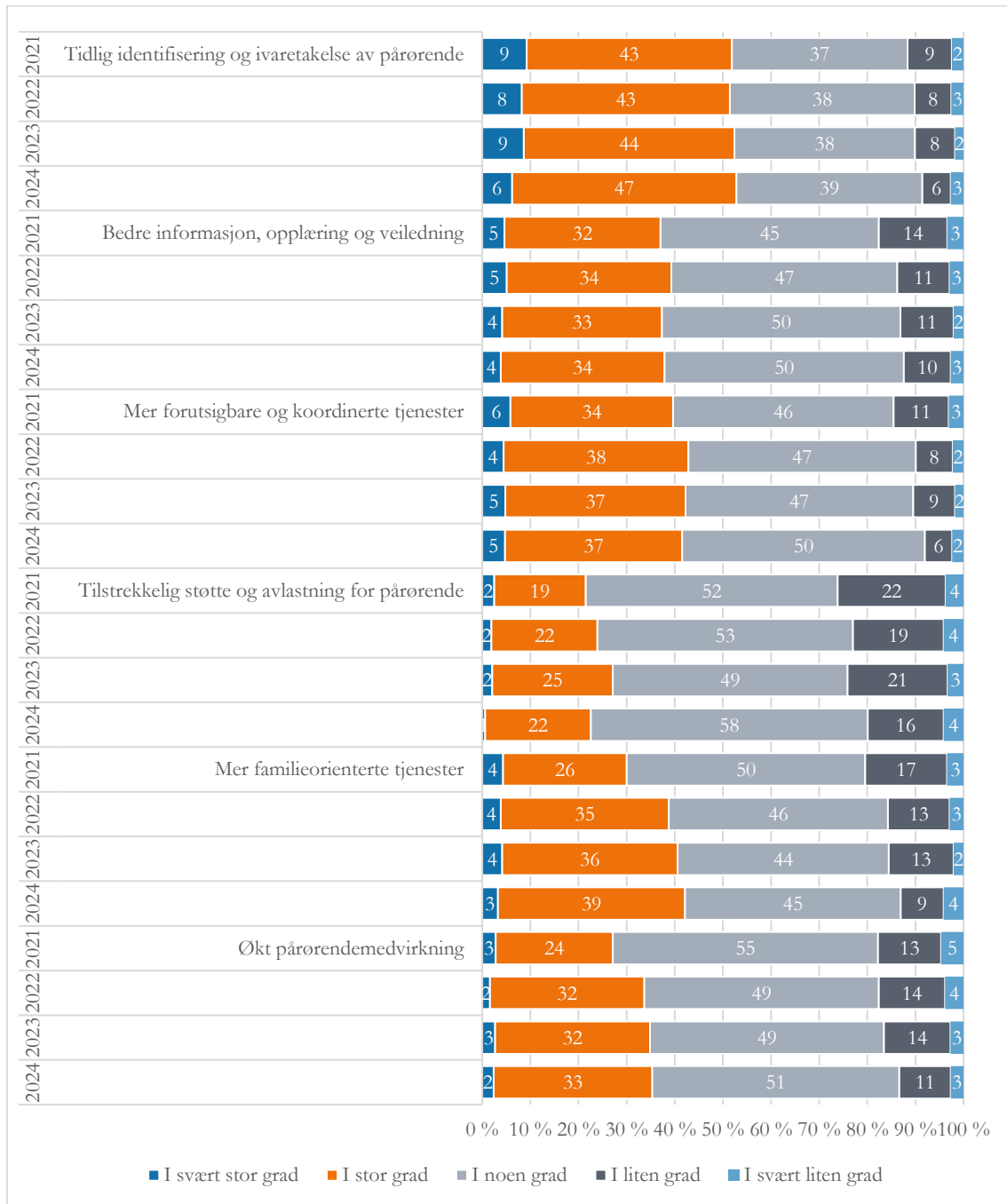
Det er 47 prosent som svarer at alle ansatte har ansvar, mens 31 prosent svarer at det er enhet for psykisk helse og rus som har ansvaret. Det er mulig å sette flere kryss, og 27 prosent har svart at de har egen barneansvarlig og 17 prosent har svart at psykologtjenesten har dette ansvaret. Det er 20 prosent som oppgir at ansvaret ligger hos egne barne- og familieveiledere/terapeuter og 16 prosent som svarer «Annet».

Siden 2021 har andelen som svarer helsestasjon mv., blitt gradvis redusert og flere svarer at alle ansatte og alle fagområder som er i kontakt med familien har ansvar i 2024 enn i 2023. Det er også en liten nedgang i andel som svarer at det er enhet for psykisk helse- og rus som har ansvaret.

---

<sup>j</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paroernde.pdf>

<sup>k</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paroerndeveileder>



**Figur 10.1** 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 – 2024.



**Tabell 10.1** Antall og prosent som svarer på hvem som har ansvaret for barn som pårørende og søsken under 18 år, 2021 - 2024.

	2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere har dette ansvaret	281	87	266	80	270	78	256	75
Egen barneansvarlig	64	20	65	20	82	24	91	27
Psykologtjeneste	63	20	49	15	66	19	59	17
Egne barne- og familieveiledere/terapeuter	65	20	68	21	67	19	69	20
Egne pårørendeansvarlige/ Koordinator					48	14	44	13
Enhet for psykisk helse og rus					115	33	107	31
Alle ansatte og alle fagområder som er i kontakt med familien har ansvar, ingen spesielt som har fått ansvaret					128	37	160	47
Annet	86	27	95	29	41	12	54	16
<b>Totalt</b>	<b>322</b>	<b>100</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>344</b>	<b>100</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

I de 54 kommunene/bydelene som har svar «Annet», har alle oppgitt hvem dette er. Og det som kommer frem her, er følgende:

- Alt helsepersonell har ansvar jf. helse- og omsorgsloven
- Barnekoordinator/barne- og familiekoordinator
- Den tjenesten som følger opp, har ansvaret
- Familiens hus/familiesenter/familieteam/innsatsteam
- Barnevern, når de er involvert
- Hjemmetjenesten/hjemmeveiledningsteam
- Kreftsykepleier
- Oppretter kompetanseteam ved behov
- Pårørendes hus

Som vist i tabell 10.2 er det 4 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har BAPP-grupper, mens 8 prosent oppgir at de har SMIL-grupper. Det er to som oppgir at de har begge deler. Videre er det 31 prosent av kommunene som oppgir at ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende gjennom KS og 28 prosent oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/samlivsbrudd hos foreldre, og 90 prosent oppgir at de har foreldreveiledning. Det er over halvparten av kommunene som bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen og 23 prosent som samarbeider med kreftforeningen.

**Tabell 10.2** Antall og prosent som svarer at de har BAPP- og SMIL-grupper og e-læring om barn som pårørende, 2021 - 2024.

	2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BAPP-grupper (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer)	19	6	18	5	21	7	12	4
SMIL-grupper (Styrket mestring i livet)	21	7	21	6	29	9	26	8
Ansatte har tatt e-læring om barn som pårørende (KS-læring)	77	24	92	28	106	34	101	31
Grupper for barn som opplever skilsmisse/samlivsbrudd hos foreldre					93	30	91	28
Foreldreveiledning (f.eks. ICDP)					260	84	292	90
Bidrar med undervisning i faget Livsmestring på skolen					151	49	181	56
Samarbeid med kreftforeningen					66	21	75	23
Annet	48	15	76	23	59	19	63	20
<b>Totalt</b>	<b>322</b>	<b>100</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>323</b>	<b>100</b>

Under «Annet» har de oppgitt COS-P (foreldreveilednings-kurs), PIP-klubb (Voksne for Barn), SIBS (Forebyggende tiltak som søker å redusere søskens risiko for psykologiske vansker og øke deres tilpasning gjennom å styrke kommunikasjonen mellom foreldre og søsken som pårørende. SIBS er utviklet i samarbeide mellom Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Psykologisk institutt ved universitetet i Oslo), sorggruppe, kreftkoordinator, kreftsykepleier, Home-start, TIKK og TINT, COS-gruppe (Circle of security), «Robust ungdom».

### 10.3 Samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende

Som vist i tabell 10.3 svarer 61 prosent av kommunene at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i 2024. Det er noe variasjon over tid, men det er fortsatt én av tre kommuner som svarer at de ikke har samarbeid med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende.

**Tabell 10.3** Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende i kommunen. 2019 – 2024.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ja	58	65	57	57	55	61
Nei	32	24	32	32	36	33
Under planlegging	10	12	11	10	9	6
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Antall kommuner	416	291	325	315	339	341

## 10.4 Pårørende med innvandrers-/flyktningbakgrunn

Det er også tatt med et spørsmål om kommunen/bydelen har tilrettelagt informasjon for pårørende til personer med psykiske lidelser/plager og/eller rusmiddelproblemer med innvandrers-/flyktningbakgrunn om hvem de skal kontakte for å få hjelp.

Som vist i tabell 10.4, er det 43 prosent som svarer at de har tilrettelagt informasjon til denne målgruppen og ytterligere 16 prosent som svarer at det er under planlegging.

**Tabell 10.4** Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har tilrettelagt informasjon for pårørende til personer med psykiske lidelser/plager og/eller rusmiddelproblemer med innvandrers-/flyktningbakgrunn om hvem de skal kontakte for å få hjelp. 2024.

	Antall	Prosent
Ja	146	43
Nei	139	41
Under planlegging	56	16
Total	341	100

Det er ingen signifikante forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke i hvem som har tilrettelagt informasjon for pårørende i denne målgruppen.

## 10.5 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. Når vi spør om i hvilken grad kommunen/bydelen har planlagt tiltak for å følge opp barn/unge som pårørende gjennom ulike innsatsområder i strategien, er det flest som svarer at de i stor eller svært stor grad at de har tiltak for tidlig identifisering og ivaretagelse av pårørende (52 prosent), og for mer familieorienterte tjenester og mer forutsigbare og koordinerte tjenester (42 prosent).

På spørsmål om hvem som har ansvar for barn som pårørende og søsken under 18 år, er det flest som svarer helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleiere (75 prosent) og at alle ansatte og alle fagområder har ansvar (47 prosent). 31 prosent oppgir at det er enhet for psykisk helse og rus som har ansvaret, 27 prosent at de har egen barneansvarlig som har ansvaret og 20 prosent at de har egne barne- og familieveiledere/terapeuter som har dette ansvaret. 17 prosent oppgir at ansvaret ligger i psykologtjenester, og 13 prosent har egen pårørendeansvarlig/koordinator.

Av tiltak for barn som pårørende er det 90 prosent av kommunene som oppgir at de gir foreldreveiledning, 56 prosent bidrar i undervisning i faget Livsmestring på skolen og 28 prosent oppgir at de har grupper for barn som opplever skilsmisse/samlivsbrudd. Det er 61 prosent som oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om barn som pårørende og 23 prosent oppgir at de har samarbeid med kreftforeningen.

## 11 Oppsøkende virksomhet mv.

Helsedirektoratet anbefaler at unge med rusmiddelproblemer bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet. Begrunnelsen er blant annet at ungdomsspesifikke behandlingstilnærminger er særlig viktig da det vil være lettere å behandle tidlig i et behandlingsforløp. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet.<sup>1</sup>

I 2009 startet Helsedirektoratet<sup>m</sup> en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsykiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtale mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det er utviklet egne håndbøker i begge metodene. Det er NAPHA, som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP og andre kompetansesentre, har ansvar for å spre kunnskap om ACT og FACT i Norge. Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusmiddelproblemer, som har et lavt funksjonsnivå på mange livsområder.<sup>n</sup> NAPHA holder oversikt over ACT og FACT-team, og denne oversikten er tatt med i tabell 11.6.

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

---

<sup>1</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/unge-eldre-og-gravide-i-rusbehandling/unge-med-rusmiddelproblemer-rask-og-alderstilpasset-behandling#af161a3d-793a-4133-96ac-576cc0e5de8c-forskningsgrunnlag>

<sup>m</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

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

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.<sup>o</sup>

Tilskuddsordningen «Kommunalt rusarbeid»<sup>p</sup> skal bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende, gjennom å styrke tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Det er også et prioritert formål å stimulere kommunene til å etablere oppsøkende arbeid, særlig rettet mot barn og unge. Oppsøkende team/utekontakter bør være tverrsektorielle og flerfaglige, eksempelvis med medarbeidere både fra helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

I 2022 ble det etablert et nytt regelverk for kommunalt rusarbeid, der forebygging og tidlig intervensjon for barn, unge og unge voksne, med vekt på oppsøkende arbeid, er blant de prioriterte innsatsområdene. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet har også stort fokus på dette området.

## 11.1 Oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom

Som vist i tabell 11.1, er det lite endring fra 2023 til 2024 i andel kommuner/bydeler som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, fra 48 prosent til 49 prosent.

Tabell 11.1 Antall og andel kommuner/bydeler som har oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom, 2023-2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	167	48	167	49
Nei	180	52	177	51
Total	347	100	344	100
Ikke oppgitt	26		29	

I 2024 har vi også kartlagt hvem som er målgruppen for den oppsøkende virksomheten, se tabell 11.2. Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (68 prosent), skoleelever i grunnskolen (65 prosent), og alle ungdom i en gitt aldersgruppe (63 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).

<sup>o</sup> <https://napha.no/tema/factung>

<sup>p</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt%20-rusarbeid>

**Tabell 11.2 Hvem som er målgruppen for det oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom, 2024.**

	Antall	Prosent
Alle ungdommer i gitt aldersgruppe, skriv inn aldersgruppen	106	63
Unge med rusmiddelproblemer	92	55
Risikoutsatt ungdom generelt	114	68
Unge som ikke møter til skole/undervisning (skolevegning eller annen årsak)	100	60
Skoleelever i grunnskolen	109	65
Skoleelever i videregående utdanning	97	58
Elever på videregående skole som bor på hybel	57	34
Unge som har kontakt med NAV	71	43
Andre	14	8
Antall kommuner/bydeler	167	100

Av de som oppgir at de har aldersgrupper som målgruppe, er det mange kombinasjoner av aldersgrupper. Noen oppgir aldersgruppen 0- 18 år, mens andre har 0-20 år eller 0-25 år, 13-24, 13-23, 13-25, 12-25 osv. De som oppgir at det er andre enn de vi har tatt med som svaralternativ, nevner flyktninger, unge på institusjon, FACT ung, Ung Arena og unge i risikozonen som kriminalforebygging. Noen er også med på et forskningsprosjekt på sosial fobi.

## 11.2 Skolevegning, spiseforstyrrelser eller andre problemer unge har

Det er 58 prosent av de som har svart på spørsmålet som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak mot barn og unge når det gjelder skolevegning, spiseforstyrrelser eller andre problemer de vet unge har.

**Tabell 11.3 Om de har iverksatt spesielle tiltak eller tilbud rettet mot barn og unge som gjelder skolevegning, spiseforstyrrelser eller andre problemer, 2024.**

	Antall	Prosent
Ja	196	58
Nei	101	30
Vet ikke	43	13
Total	340	100
Ikke oppgitt	33	

Det er gitt 205 beskrivelser på hva de har gjort på dette området. En grundig analyse av svarene er gjort for å få et bedre bilde av hvordan kommunene arbeider med denne problematikken og det kommer frem at mange kommuner gjør mye.

Det er 115 av disse som nevner skolefravær eller skolevegring i sin beskrivelse. Det er 29 kommuner/bydeler som oppgir at de har iverksatt tiltak når det gjelder spiseforstyrrelser, og alle oppgir at dette gjøres i samarbeid med BUP. Det er også noen få som oppgir at de har satt inn tiltak mot sosial fobi eller mot mobbing, overvekt og selvmordsproblematikk. Men det er altså flest som har oppgitt at de har tiltak mot skolefravær og skolevegring.

Mange har beskrevet hvordan de arbeider med skolefravær. Ut ifra disse svarene ser vi at det handler om:

- Etablerer tverrfaglige skolefraværsteam/nærværsteam (PPT, skole, helsestasjon, psykisk helse og barnevern)
- Ansatt ungdomslos/skolelos
- Utekontakten arbeider med denne målgruppa
- Laget prosedyrer/handlingskjeder for hvordan de skal følge opp skolefravær
- Benytter BTI-modellen
- Opprettet et pedagogisk gaming og e-sportstilbud for å få elever tilbake i skolen eller digitale møteplasser
- Etablert en treningsleilighet for en ungdom som ikke klarer å gå på skolen
- Opprettet et nytt tilbud med mulighet for praktisk arbeid heller enn teori
- Noen kjøper Inn på tunet – tilbud til barn og unge som ikke klarer å gå på skolen
- Tiltak for å aktivisere gjennom deltids- og sommerjobber

Bodø kommune deler noen erfaringer med skoleloser:

*Skolelos, et hjelpetilbud til elever som har stort fravær. Målet er å bedre den unges skolesituasjon og hindre frafall fra videregående skole. Skolelosene arbeider direkte med hvert barn. Metodikken som skolelosene benytter er kunnskapsbasert, hvor vi legger vekt på tett, individuell oppfølging og at den unge får medvirke og være med på å bestemme. Eleven skal løse sine utfordringer i ordinær aktivitet. Siden 2017 har Bodø kommune hatt skoleloser. I begynnelsen hjalp skolelosene barn i barnevernet som står i fare for eller har avsluttet skolegangen. Fra 2022 er også elever med bekymringsfullt skolefravær, som ikke er i kontakt med barnevernet, inkludert. (50000 innbyggere og mer, Nordland)*

Når det gjelder spiseforstyrrelser er det oppgitt at skolehelsetjenesten har gjennomført kurs om spiseforstyrrelser, at de følger vekt av alle skoleelever i 8. klasse og følger opp de som trenger det og kompetansehevende tiltak til lærere, tidlig innsats og samtalerterapi. Noen har etablert samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog, helsestasjon, barnehage og skole.

### 11.3 Tjenester som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem

Det er 293 kommuner som har svart på hvilke tjenester som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem.

**Kommuner med færre enn 2000 innbyggere:** De aller minste kommunene svarer ulike kombinasjoner av følgende tjenester:

- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsesykepleier/skole
- Fastlege/legekontoret
- Barnevern
- Psykisk helse- og rustjenesten/psykiatrisk sykepleier/ruskoordinator/ROP-tjeneste
- SLT-koordinator/politikontakt
- Koordinerende enhet for barn og unge
- Ungdomslos
- Psykologtjeneste/psykolog/kommunepsykolog
- Følgende tjenester nevnes av få (NAV, IPS, flyktningtjenesten, kommunepsykolog, psykolog, kultur og fritid, elevheim, lavterskel rustjeneste, PPT, frivillighetssentralen)

En liten kommune svarer at de ikke har noen, fordi de mangler ressurser og kompetanse. En annen liten kommune svarer slik:

*Kartlegging gjennom ungdatabasen. Vi har hatt lite forekomst av rusproblematikk blant barn/unge, en av grunnene er at de flytter ut av kommunene for å gå på skole mellom 16-19 års alder.*

Mens andre har prosjekt som pågår som kan inkludere unge med rusproblemer:

*Kommunen har både kommunepsykolog og helsestasjonen som jobber med barn, samt prosjekt på ungdomshelse som også til en viss grad fokuserer på rusmidler; det er et visst samarbeid med ROP-tjenesten.*

**Kommuner med 2000-5000 innbyggere:** Blant de nest minste kommunene, nevnes mange av de samme tjenestene som de aller minste kommunene nevnte:

- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom/helsesykepleier
- Legekontor/Fastlege
- Skole
- Barnevernstjeneste
- Psykisk helse- og rusarbeid/rustjeneste/rusvern
- Mestringsenhet
- Oppvekst



- Politi/politikontakt
- SLT-koordinator
- Ruskonsulent
- Ungdomslos
- Familietjenester/Familiebasen
- Flyktningtjenesten
- Psykologtjeneste/psykolog
- Kultur
- FACT ung
- PPT
- Ungdomsklubb
- ROP-tjeneste/ROP ung
- Miljøarbeidertjenesten
- Folkehelsekoordinator
- NAV
- Ungdomskoordinator

Noen har etablert nye arbeidsgrupper:

*HSA - holdningsskapende arbeidsgruppe (tverrfaglig; politi, barnevern, helsestasjon, RPHT, skoler; Frisklivssentralen, kulturetaten)*

Noen har flere med behov og mobiliserer bredt:

*Skolen, helsestasjon/skolehelsetjenesten, fastlege, kommuneoverlege, barneverntjenesten, psykisk helse, ungdomsrådet, kulturavdelingen mfl.. Vi er et lite gjennomsiktig samfunn, men vi er også sentrum i regionen som ungdom tilhørende utenfor kommunen også oppsøker.*

**Kommuner med 5000-10000 innbyggere:** Noen svarer at dette gjelder alle tjenester som arbeider med barn og unge, mens andre oppgir ulike kombinasjoner av følgende tjenester:

- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom
- Legetjeneste/fastlege
- Psykisk helse og rustjeneste
- Barnevernstjeneste
- Helsestasjonen
- Skoler/miljøterapeuter i skoler
- Kulturenheten
- PPT
- NAV

- Ruskonsulent
- Politi
- Kommunepsykolog
- Familietjenester
- SLT-koordinator
- Utekontakt
- Ungdomslos/ungdomskontakt
- Oppvekst
- Oppfølgingstjenesten i videregående skole (OT)
- Erfaringskonsulent
- ROP-tjeneste/avdeling
- RPH

Eksempel på svar fra en kommune i med 5000-10000 innbyggere:

*Tverrfaglig ressursteam med deltakere fra ungdomsskole, barnevern, psykisk helse, familieteam, kommunepsykolog, PPT, skolehelsetjeneste, psykisk helse, familieteam og barnevern i samarbeid med ungdomskontakt.*

**Kommuner med 10000 til 20000 innbyggere:** Noen svarer at dette involverer alle tjenester som jobber med barn og unge og at de arbeider etter BTI-modellen.

- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom
- Legetjeneste/fastlege
- Psykisk helse og rustjeneste
- Skole/miljøterapeuter i skole
- Barnevernstjeneste
- SLT-koordinator
- Skoler/miljøterapeuter i skoler
- Kulturenheten
- Ruskonsulent/ruskonsulent barn og unge
- Familietjeneste/barn- og familieteam/lavterskel familieteam
- Mestringsenhet
- Bo- og miljøtjenesten
- Kultur og fritid
- Rådgivende enhet for russaker
- Rusforebyggende team/Rusteam ung
- Politiet
- Uteteam/utekontakter/ungdomskontakt/ungdomsteam
- Ungdomslos

- ROP-tjenesten
- Fritidsklubb/ungdomsklubb
- Ambulant ungdomsteam
- NAV/ungdomsteam i NAV
- Rus- og kriminalitetsforebyggende kontakt
- Natteravn
- Spesialisthelsetjenesten/BUP
- Frivillige
- Ung Arena
- Tidlig inn koordinator
- Oppfølgingstjenesten i videregående skole (OT)
- Kommunal rusforebyggende stilling
- FACT ung
- Tildelingskontoret
- Habiliteringstjenesten

Noen beskriver litt mer detaljert hvordan de jobber:

*Forebyggende psykisk helseteam, Helse barn og unge, tilbyr oppfølging til ungdom og deres foresatte, med rusmiddelutfordringer eller bekymring tilknyttet rusbruk/miljø. Rusforebyggende sykepleier i Forebyggende psykisk helseteam tilbyr oppfølging av ungdom fra 13- 21 år med rusmiddelutfordringer, eller som selv ønsker oppfølging på bakgrunn av risikofylt atferd relatert til rus. Foresatte vil parallelt ha oppfølgingssamtaler med familieterapeut ved enheten, minst 3 ganger i løpet av oppfølgingsperioden. Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) jobber med forebyggende tiltak. Barn og unge opp til 24 år, og deres familier, kan få hjelp og støtte fra kommunens SLT-team. Avdeling for psykisk helse og rus (voksentjenesten) har ruskonsulenter som arbeider med rusoppfølging til de over 18 år.*

**Kommuner med 20000-50000 innbyggere:** Kommuner i denne gruppen beskriver i større grad ulike team og konkrete samarbeid

- Tjenester til barn og unge
- Psykisk helse og rustjeneste
- Barnevernstjenesten
- Familietjenesten/familieteam/familiesenteret
- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom
- Skoler
- Kulturtjeneste
- Rustjeneste/rusteam
- SLT-gruppe/koordinator/samarbeid
- Ruskonsulent

- Erfaringskonsulent
- FACT ung
- Fastlegen
- Forebyggende ungdomsteam/forebyggende enhet
- Oppsøkende ungdomsteam
- Utekontakt
- Ungdomsteam/forebyggende ungdomsteam/miljøteam barn og unge
- Rus ung
- Spesialisthelsetjenesten/BUP
- Fritidsklubb
- Avdeling avhengighet

*Pr. i dag er det ikke, men det er søkt tilskuddsmidler for å etablere samarbeid med Forebyggende enhet, barn og unge -Rustjenesten*

**Kommuner med over 50000 innbyggere utenom Oslo:** Det er 16 av 19 kommuner i denne gruppen som har lagt inn en beskrivelse. Vi tar med disse i helhet:

*Forebyggende ungdomsteam - Ungdomshelse (helsesykepleiere, helsestasjon for ungdom, ruskonsulent) - Barne- og familietjenesten sitt mottak - Psykisk helseteam ungdom - Skolene og ruskontakter - Politi - Ungkultur (identifisering, noe kartlegging)*

*Psykisk helse barn, unge med familie og Utekontakten*

*Familieteam, Helsestasjonen for ungdom, SLT koordinator, Skolehelsetjenesten*

*Helse- og velferdskontor, MO-Ung, Barneverntjenesten, Uteseksjonen, Opp/Lev*

*Helsestasjon for ungdom, Skolehelsetjenesten, Oppsøkende ungdomsteam, Psykisk helse og familiestøtte, Avdeling psykisk helse og avhengighet, NAV*

*HFU (helsestasjon for ungdom), Uteteam og Ungdomstorget, Los-funksjon på noen skoler. Uteteamet er en oppsøkende sosial- og helsefaglig tjeneste i kommunen rettet mot unge opp til 25 år. Vi jobber forebyggende og tilbyr råd, veiledning, praktisk hjelp og oppfølging av ungdom. Ungdomstorget kan hjelpe de som er mellom 13 og 25 år, og som bor i Drammen. Har de behov for å snakke med noen eller trenger hjelp til noe, kan Ungdomstorget bistå. Dette gjør vi: Støttesamtaler/få orden på vonde tanker, Hjelp til å søke skole/jobb.*

*MMO senter- RUS, Ung team fra 16 år og oppover, Helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten i videregående skole.*

*OUT - Oppsøkende ungdomsteam, Forebyggende avhengighet, Psykisk helseteam barn og unge, Helsesykepleiere, Miljøarbeidere, Rusteam*

*Politiet, BUP, Psykisk helse for barn og unge, Helsestasjonen*

*Ruskonsulent tjeneste, Utekontakten, Psykisk helsetjeneste for barn og unge, Rådgivende enhet for russaker, Felles Ansvar (interkommunalt)*

*Ruskonsulent, helsestasjon, prosjektkoordinator, SLT-koordinator/nettverk, ressurspersonar/miljøterapeutar i skulen. Elles godt samarbeid med politiet, Konfliktrådet, interkommunalt samarbeid og frivillige organisasjonar.*

*Ungdomstjenesten, Avdeling for oppvekstmiljø og forebyggende tjenester og Skolehelsestjenesten.*

*Utekontakten ved ulike tilbud, barneverntjenesten, barne- og familietjenesten/-hjelpen (inkludert Ung Arena og Rusfri start på livet)*

*Utekontakten, Miljøtjenesten for barn og unge og Lavterskelteamet, Rusmiddelkontrakt*

*Utekontakten, Ung Arena+, barnevernstjenesten, rustjenesten.*

*Utseksjonen, SAMUR, Helse- og overdoseteamet, Helse- og velferdskontor (forvaltning), NAV kommune, Trondheimshjelpe, MO-senteret og prosjektet "Mann om bord", Skolehelsestjenesten og helsestasjon for ungdom*

**Bydeler i Oslo:** Det er 12 av bydelene i Oslo som gir et svar og de tas med slik de er gitt.

*Barne- og ungdomstjenesten (inkl. utekontakten), skolehelsestjenesten, barneverntjenesten, Seksjon psykisk helse og rus, NAV, Oslohjelpa*

*Forebyggende enhet, skolehelsestjeneste, rask psykisk helsehjelp og NAV*

*Forebyggende ungdomsavdeling i barnevernet*

*Forebyggende ungdomsteam har en ruskonsulent for ungdom som driver med dette for unge i aldersgruppen 12-22 år. Ruskonsulent for voksne bidrar også inn i kartlegging, identifisering og oppfølging av unge over 18 år med rusmiddelproblem.*

*FOT-ung, ruskonsulenter, miljøarbeidere, utekontakter, skolehelsestjenesten, barnevern, Oslo hjelpe mm*

*Helsestasjon for ungdom, helsestasjon for gutter; Ung Arena, ungdomstjenesten oppsøkende team*

*Innsats ung og innsats Mortensrud og skolehelsestjenesten. Helsestasjon for ungdom*

*RPH har en terapeut som har rus som spesialområde (de over 16 år). Ung Arena, ungdomsteamet i Innsats 0-25, Skolehelsestjenesten og helsestasjon for ungdom. Stoppestedet aktivitetshus*

*Ruskonsulent for unge, Ungdomspsykolog i RPH, ungdomsmentorer og skoleloser; skolehelsestjenesten, helsestasjon for ungdom, barnevern*

*Ruskonsulent Ung, SALTO-koordinator, helsestasjon Ung*

*Ruskonsulent ung, utekontakt, fritidssektoren og lavterskel. Utover dette er det alle tjenester som er i kontakt med barn og unge.*

*Ruskonsulenter for barn og unge*

Gjennomgangen av de 293 svarene viser at det er mange ulike tjenester som mobiliseres i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem. Hvilke tjenester dette er, er avhengig av hvilke tjenester som finnes i den enkelte kommune/bydel.

## 11.4 Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam

Det er 54 prosent som oppgir at de har tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid i 2024, og det er en økning fra 48 prosent i 2023.

**Tabell 11.4 Om kommunen/bydelen inngår i eller har samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge**

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	167	48	183	54
Nei	180	52	156	46
Total	347	100	339	100
Ikke oppgitt	25		34	

**Tabell 11.5 Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgings-team de har.**

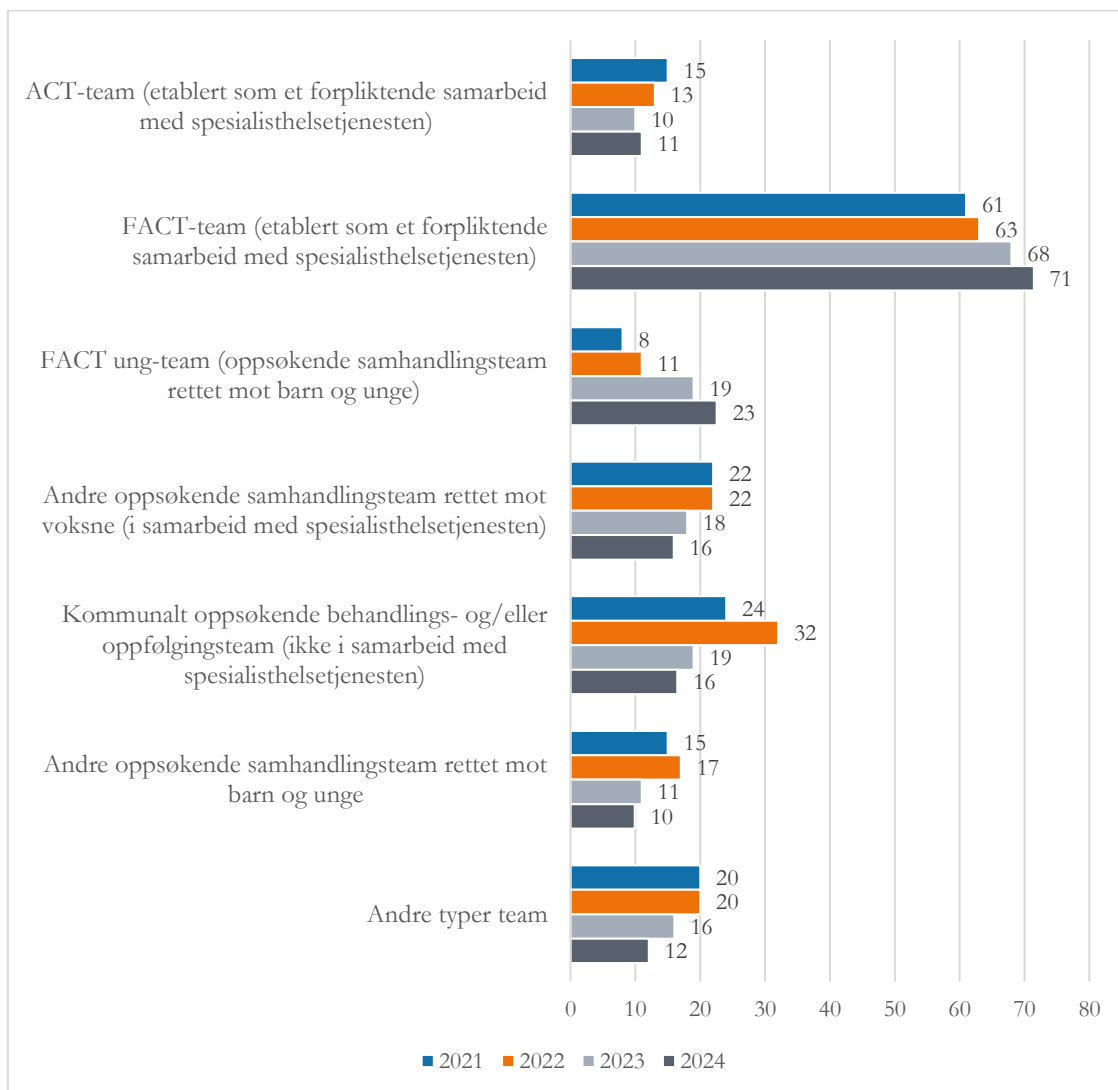
	Antall	Prosent av de som har slike team	Prosent av alle
ACT-team	20	11	3
FACT-team	130	71	19
FACT ung-team	41	23	6
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne	29	16	4
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge	18	10	3
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	30	16	4
Andre typer team	22	12	3
Totalt	182	100	27

De 22 som svarer «Andre typer team» har oppgitt følgende:

- Ruskonsulentar - Lågterskel helse og aktivitetstilbod
- ACT-team for vaksne, men med stykkpris pr pas for kommunen
- Spesialisthelsetenesta og kommuane er i ein prosess om veien vidare i høve tverrfagleg samarbeid kring FACT
- Ambulant akutt-team, som ble nedlagt av økonomiske hensyn 01.04.24

- Team unge voksne, Oppsøkende team, Behandlingsteam, Fleksibel oppfølgingstjeneste.
- Habiliteringstjenesten, Psykoseteam
- "Teams-team" (se kommentar tidligere)
- FACT til voksne er under etablering, intensjonsavtale er inngått
- Team Ung 12-25, samarbeid mellom oppvekst og helse og omsorg
- Tette samarbeid med spesialisthelsetjenestens ROP-team
- FACT rus
- Kommunen har både ordinært FACT-team og et FACT-rus team. I tillegg har vi Tandem, som er en oppfølgingstjeneste for mennesker med ROP-lidelser.
- D-FACT
- Miljøteam
- Nærværsteam, Fagteam
- Digitalt FACT-team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Mestringsteamet. Jobber primært med å bistå tjenestebrukere som ønsker å flytte ut fra tilrettelagte botilbud.
- Samhandlingsteam med lokalt DPS
- ambulerende team fra DPS for voksne
- D-FACT (digitalt FACT team) Øst-Finnmark
- FACT eldre og Rus FACT
- Har et ambulerende helseteam og Hepatitt C klinikken

Fra figur 11.1 ser vi at det er en jevnt liten økning i andel som har FACT-team for voksne og FACT ung-team fra 2021 til 2024, og en nedgang særlig i kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten og i andre typer team. Det ser derfor ut til at det er FACT-team som prioriteres både for voksne og for unge, selv om andelen som har FACT ung-team fortsatt er lav.



Figur 11.1 Prosent av kommunene som oppgir at de har ulike team. 2021-2024.

## 11.5 NAPHAS oversikt over FACT og ACT

NAPHA har ansvar for å holde oversikt over ulike team og de oppgir oversikten som er vist i tabell 11.6 er nær komplett. Det 87 FACT/ACT team, og ti til under etablering, 28 FACT-Ung team og 16 som har søkt midler til forprosjekt.

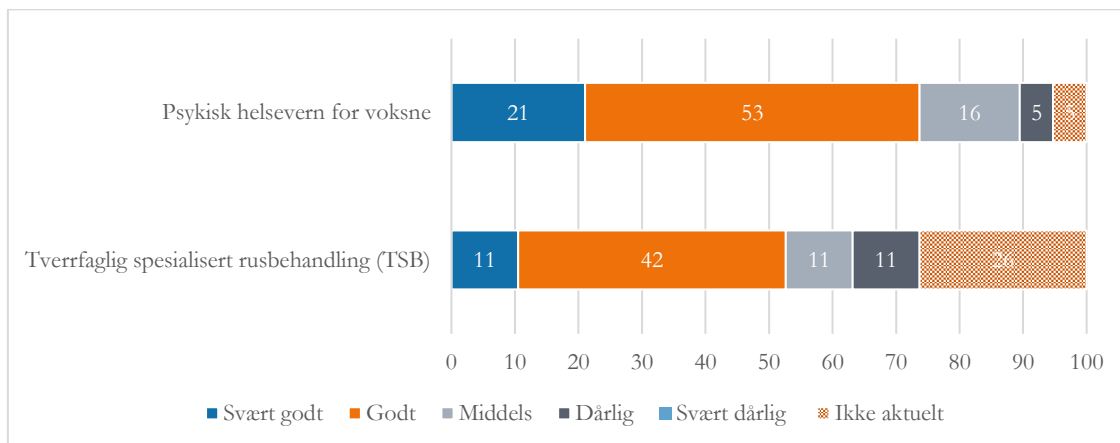
Tabell 11.6 Antall team ifølge NAPHA sin oversikt, 2024.

	Antall team
FACT/ACT	87
FACT-team i forprosjekt/under etablering	10
FACT ung	28
FACT ung, søkt midler til forprosjekt	16
<b>Totalt</b>	<b>141</b>



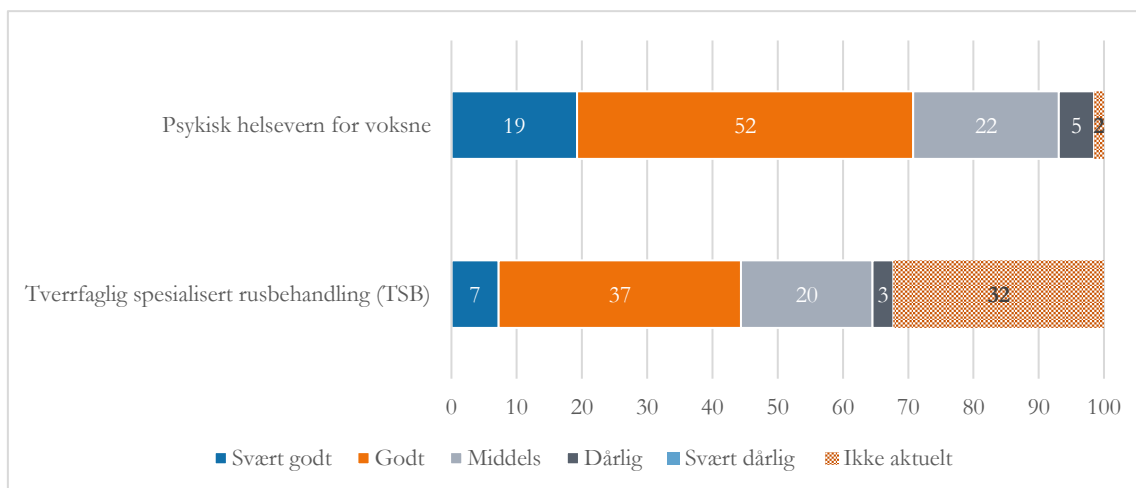
## 11.6 Hvor godt samarbeidet fungerer for ulike team

Det er 74 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern fungerer godt eller svært godt. De aller fleste kommunene som er med i ACT-team, oppgir at de fungerer godt eller svært godt. Det er en større andel som svarer at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB, og 53 prosent svarer at samarbeidet er godt eller svært godt.



Figur 11.2 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i ACT fungerer

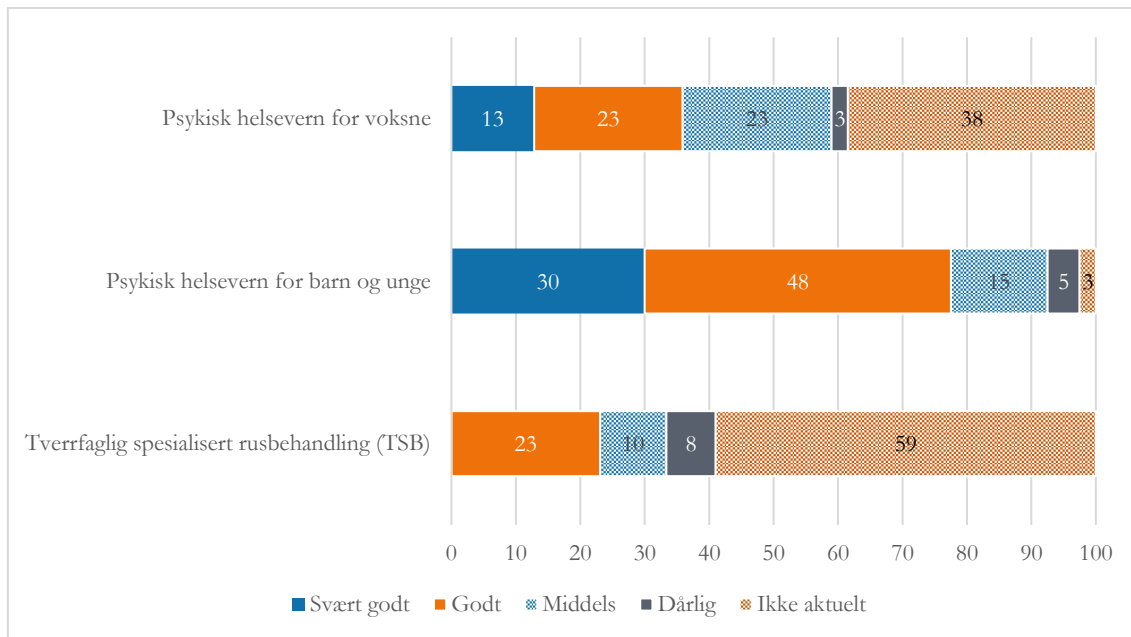
Som vist i figur 11.3, er det 71 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern i FACT fungerer godt eller svært godt. Det er omtrent hver tredje kommune som svarer at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB i FACT og 44 prosent som svarer at samarbeidet med TSB er godt eller svært godt.



Figur 11.3 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i FACT fungerer

Figur 11.4 viser at det er mange som svarer at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB i FACT ung (59 prosent) og med psykisk helsevern for voksne (38 prosent). Dette kan bety at de foreløpig ikke har brukere i disse målgruppene i FACT ung. Det er 78 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern for barn og unge fungerer godt eller svært godt i FACT ung teamene.

Om vi kun ser på de som ikke svarer «Ikke aktuelt», beregner vi at 58 prosent har svært godt eller godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne gjennom FACT ung, 79 prosent med psykisk helsevern for barn og unge og 56 prosent med TSB.



Figur 11.4 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i FACT ung-team fungerer

## 11.7 Oppsummert

Det er 49 prosent av kommunene som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, og dette omtrent som i 2023. Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (68 prosent), skoleelever i grunnskolen (65 prosent), alle ungdommer i en gitt aldersgruppe (63 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).

Det er 58 prosent som oppgir at de har iverksatt spesielle tiltak mot barn og unge når det gjelder skolevegring, spiseforstyrrelser eller andre problemer de vet unge har. Noen kommuner etablerer tverrfaglige skolefraværsteam/nærværsteam i et samarbeid mellom PPT, skole, helsestasjon, psykisk helse og barnevern, mens andre ansetter skoleloser eller ungdomsloser. Noen har laget prosedyrer for hvordan de skal følge opp skolefravær og andre bruker BTI-modellen.

Det er 293 kommuner som har svart på hvilke tjenester som er involvert i arbeidet med kartlegging, identifisering og oppfølging av unge med rusmiddelproblem. Det er svært mange ulike kombinasjoner av tjenester og tilbud som beskrives, og det er helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helse/rustjeneste som nevnes av flest (rundt halvparten), mens 35 prosent nevner barnevernstjenester, 18 prosent nevner fastleger eller legekontor og 11 prosent nevner noe med «familie».

På spørsmål kommunen/bydelen inngår i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge som ACT, FACT m.fl., er det 54 prosent som svarer ja. Dette er en liten økning fra 48 prosent i 2023. Det er i 2024 tre prosent av alle kommuner som dekkes av ACT team, 19 prosent av FACT-team og seks prosent av FACT ung team. I denne beregningen antar vi at de ni prosentene som ikke har svart, ikke inngår i slike team.

Fra NAPHA's oversikt har vi telt opp at det er 87 FACT/ACT team, og ti til under etablering. Det er nå 28 FACT ung-team og 16 til som har søkt midler til forprosjekt.

For ACT-team rapporterer 74 prosent av kommunene at samarbeidet med psykisk helsevern for voksne fungerer godt eller svært godt, mens 53 prosent sier det samme om samarbeidet med TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For FACT-team er tilsvarende tall 71 prosent med psykisk helsevern for voksne og 44 prosent med TSB. For FACT ung er det foreløpig mange som svarer at psykisk helsevern for voksne og TSB ikke er aktuell når det gjelder samarbeid, men om vi ser bort fra disse, beregner vi at 58 prosent har godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne gjennom FACT ung, 79 prosent med psykisk helsevern for barn og unge og 56 prosent med TSB.

## 12 Selvmordsforebygging, rutiner og kompetanse

I september 2020 la Regjeringen fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.<sup>9</sup> 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.<sup>f</sup>

Norge var tidlig på 1990-tallet blant de første landene som utarbeidet en nasjonal strategi for forebygging av selvmord <sup>119</sup>. 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)<sup>5</sup>.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord<sup>t</sup>. Dette materialet gir kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av

---

<sup>9</sup><https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

<sup>f</sup><https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/arsrapport-2023-2024-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord/id3052768/>

<sup>5</sup><https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

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

arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale tjenesteytere og aktører kan avdekke, komme tidlig inn og følge opp personer som selvskadere og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmateriellet er basert på følgende hovedprinsipper:

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

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-selv-mord.no/>. Her kan kommunene få hjelp med å utarbeide og iverksette sin kommunale handlingsplan om selvmord og selvskading. I kunnskapsgrunnlaget skrev vi også om at tidsskriftet The Lancet høsten 2024 har hatt en egen serie med artikler om selvmordsforebygging<sup>161</sup>, som gir innblikk i forskningsfronten på dette feltet per i dag.

## 12.1 Skriftlige rutiner

Som vist i tabell 12.1, er det en økning fra 39 til 48 prosent fra 2018 til 2024 i andel av kommunene som har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. 56 prosent har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord og 31 prosent oppgir at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk. Like mange oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk.

**Tabell 12.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018-2024.**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Oppfølging av personer etter selvmordsforsøk	39	43	46	43	49	50	48
Oppfølging av etterlatte etter selvmord							56
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk	*	28	26	27	26	27	31
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	22	24	24	27	30	26	31

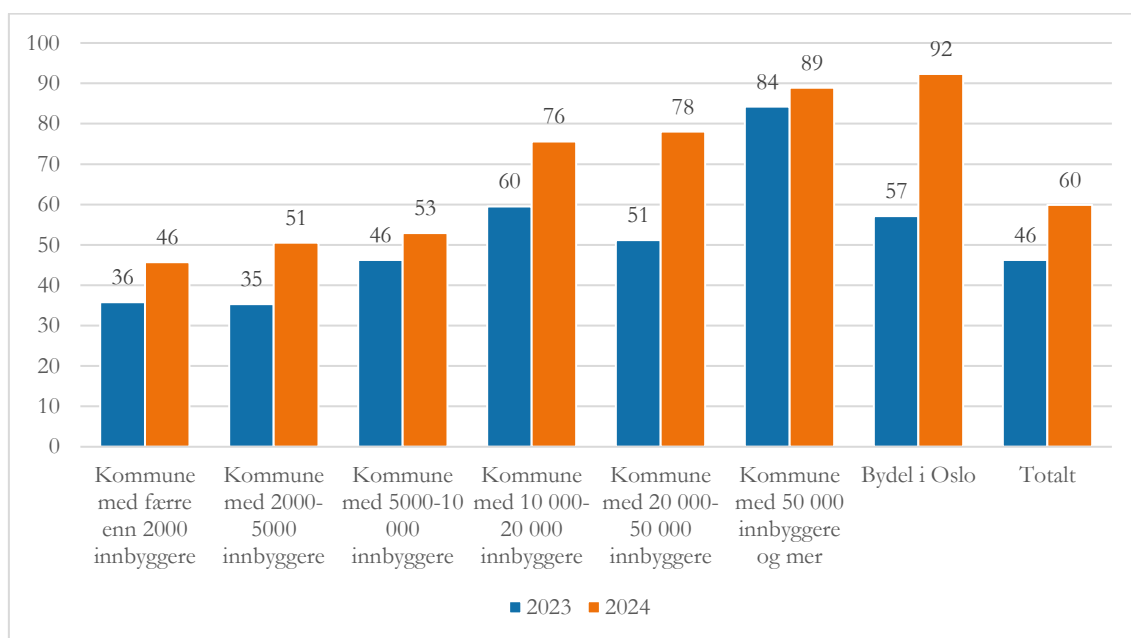
## 12.2 Kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging

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 2024 var

det 60 prosent som hadde gjennomført tiltak, se tabell 12.2. Det er store forskjeller mellom de største og minste kommunene, men det er økning i alle gruppene fra 2023 til 2024, se figur 12.1.

**Tabell 12.2** Antall og andel etter om de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd, 2021 - 2024.

	2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	131	40	141	45	156	46	206	60
Nei	150	46	137	43	123	37	115	33
Vet ikke	46	14	38	12	58	17	23	7
Total	327	100	316	100	337	100	344	100



**Figur 12.1** 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, 2023 og 2024.

Som i 2023, er det ingen signifikante forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Tabell 12.3 viser at blant de som har gjennomført kompetansehevende tiltak har flest (72 prosent) gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs og 55 prosent har hatt kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) og 5 prosent oppgir å ha gjennomført kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) i løpet av siste år. 17 prosent har hatt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og 8 prosent med SEPREP.

**Tabell 12.3 Hvilke kompetansehevende tiltak har ansatte gjennomført når det gjelder arbeid med personer med selvmordsatferd, 2021 - 2024.**

	2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VIVAT selvmordsforebygging	70	53	80	57	102	65	149	72
Kurs i regi av RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)	79	60	86	61	80	51	113	55
Kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)	20	15	16	11	26	17	11	5
Kurs/opplæring i samarbeid med spesialisthelsetjenesten							35	17
Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)							16	8
Annet	27	21	23	16	27	17	43	21
Antall kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak	131	100	141	100	156	100	206	100

De 43 kommunene som svarer «Annet» har oppgitt:

- E-læringskurs (kompetansebroen)
- Interkommunalt kurs
- Internt kurs med egen kommunepsykolog
- RVTS
- POSOM-team (Psykisk og sosial omsorg ved kriser)
- Rådgivende lege i NAV
- Samarbeid med legevakt

### 12.3 Hva kommunene har behov for

Det er gitt 154 svar på spørsmålet om hva kommunene mangler for å få til et effektivt selvmordsforebyggende arbeid. De beskriver en rekke behov og mangler knyttet til selvmordsforebyggende arbeid, blant annet:

- Mangel på ressurser, trenger flere ansatte
- Mangel på kompetanse, trenger midler til å gjennomføre kurs og opplæring
- Mangler planer og rutiner, eller å integrere selvmordsforebyggende tiltak i eksisterende planverk
- Mangelfullt samarbeid mellom helse, skole og frivillige organisasjoner
- Mangelfullt samarbeid mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten
- Opplæring til både ansatte og innbyggere for å øke kunnskapen om psykisk helse og selvmordsforebygging

## 12.4 Oppsummering

I 2024 har 48 prosent av kommunene etablert skriftlige rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk, en økning fra 39 prosent i 2018. 56 prosent har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord og 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for oppfølging ved utskrivelse etter selvmordsforsøk. 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk. Det er mange som oppgir at de for tiden arbeider med skriftliggjøring av planer.

Det er en betydelig økning i kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging, fra 40 prosent i 2021 til 60 prosent i 2024. Blant disse har 72 prosent gjennomført VIVAT selvmordsforebyggingskurs, 55 prosent har hatt kurs i regi av RVTS, og 17 prosent har hatt kurs gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Kommunene rapporterer om behov for bedre økonomiske rammer for å kunne prioritere forebyggende arbeid. Det er også behov for økt kompetanse blant ansatte og bedre samarbeid mellom ulike sektorer som helsevesen, skoler og frivillige organisasjoner.



## 13 Vold i nære relasjoner og sikkerhetsutfordringer

«Frihet fra vold» er tittelen på Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner og gjelder i perioden 2021–2024.

Planen er en oppfølging og videreutvikling av den forrige handlingsplanen mot vold i nære relasjoner «Et liv uten vold» (2014-2017) og Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Åtte departementer har samarbeidet om utviklingen av planen. Sametinget og flere direktorater har bidratt i arbeidet. I tillegg er det innhentet innspill fra en rekke underliggende etater, institusjoner, forskningsmiljøer og frivillige organisasjoner.

Handlingsplanen inndelt i følgende innsatsområder: 1) Målrettet forebygging, 2) Likeverdig og sammenhengende bistand, 3) Effektiv beskyttelse og straffefølgelse, 4) Bedre forebygging og bekjempelse av vold og overgrep i samiske samfunn, 5) Helhetlig kriseberedskap, 6) Styrket internasjonalt samarbeid.

### 13.1 Handlingsplan

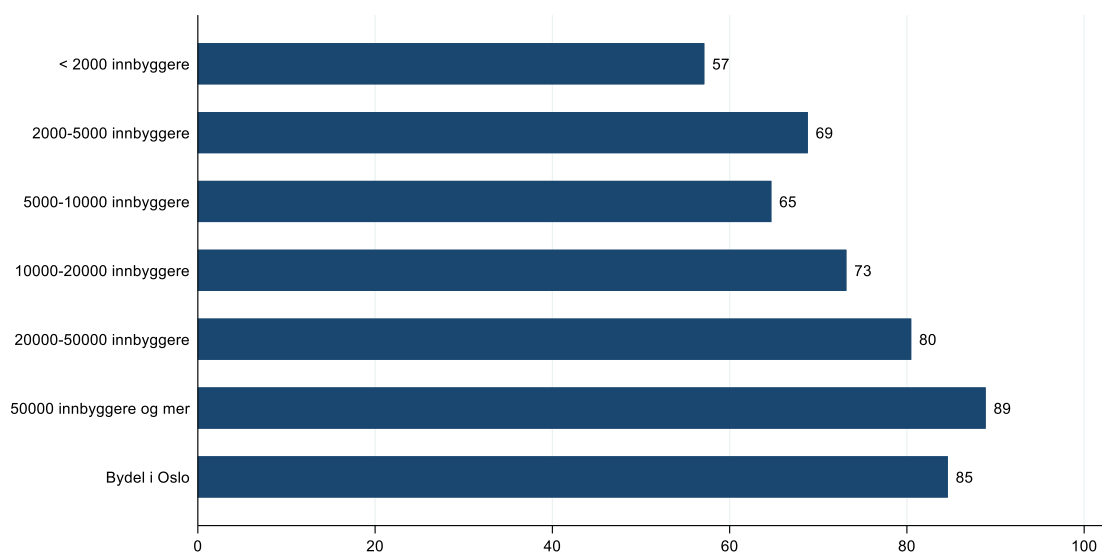
Som vist i tabell 13.1, er det 69 prosent som svarer at de har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner.

**Tabell 13.1 Om kommunen/bydelen har utarbeidet en egen handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, 2024.**

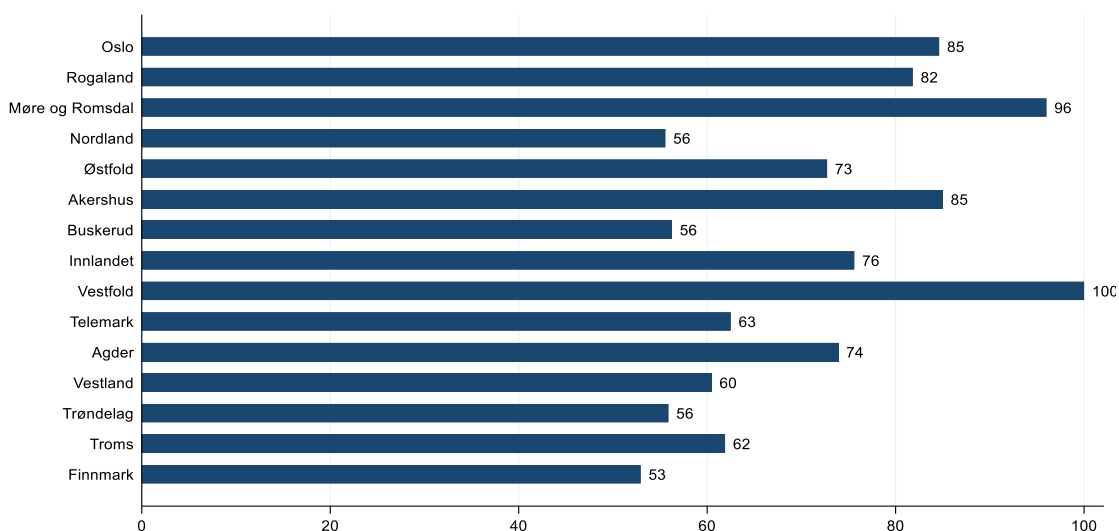
	Antall	Prosent
Ja	239	69
Nei	75	22
Vet ikke	31	9
Total	345	100
Ikke oppgitt	28	

Det er noen signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, og tendensen er at det er økende sannsynlighet for å ha en slik handlingsplan med økt kommunestørrelse, se figur 13.1.

Det er flest kommuner i Vestfold og i Møre og Romsdal som har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, se figur 13.2.



**Figur 13.1** Prosent som oppgir at de har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 13.2** Prosent som oppgir at de har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Fylke, 2024.

Av de som har oppgitt at de har en slik handlingsplan, er det 59 prosent som har oppgitt at den er gjort kjent for hele kommunen/bydelen.

**Tabell 13.2** Om handlingsplanen er gjort kjent for hele kommunen/bydelen

	Antall	Prosent
Ja	140	59
Nei	50	21
Vet ikke	46	19
Totalt	236	100

## 13.2 Om tjenestene er involvert i forebygging

Det er 68 prosent av kommunene/bydelene som har svart, som oppgir at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er direkte involvert i kommunens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner.

Tabell 13.3 Om kommunalt psykisk- helse og rusarbeid direkte involvert i kommunens/bydelens arbeid med å forebygge vold i nære relasjoner

	Antall	Prosent
Ja	231	68
Nei	83	24
Vet ikke	28	8
Total	342	100
Ikke oppgitt	31	

Det er 183 av de 231 kommunene (79 prosent) som har gitt en beskrivelse på hvordan de er involvert i arbeidet med å forebygge vold i nære relasjoner.

Ut ifra svarene ser vi at de kan ha vært involvert gjennom utarbeiding og revidering av handlingsplaner, og gjennom kompetansehevende tiltak som fagdager og kurs for ansatte. De kan også ha vært involvert gjennom tverrfaglig samarbeid gjennom deltakelse i ulike team og gjennom samarbeidsmøter. Eller de kan ha vært involvert gjennom forebyggende tiltak som for eksempel sinnemestringskurs og veiledning for familier med utfordringer, eller gjennom informasjonskampanjer for å øke innbyggernes bevissthet om vold i nære relasjoner. De kan også være involvert i kartlegginger av vold i nære relasjoner gjennom samtaler med brukere av kommunale tjenester.

## 13.3 Avdekking av vold i nære relasjoner

Det er 19 prosent som svarer at de har registrert en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene. Og dette er en økning fra 13 prosent i 2023. Men de fleste (42 prosent) vet ikke om det har vært en økning eller ikke.

Tabell 13.4 Om kommunen/bydelen har registrert noen økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, 2021-2024.

	2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	59	18	49	16	44	13	64	19
Nei	176	54	136	43	159	47	135	39
Vet ikke	93	28	130	41	136	40	146	42
Total	328	100	315	100	339	100	345	100

Her kunne de som svarte på skjema legge inn en kommentar, og 78 har gjort det. Flere svarer at de har en økning i antall bekymringsmeldinger eller at barnevernet eller kriesenter opplever en økning i saker om vold i nære relasjoner. Andre sier at de ikke har tall på dette og at de foreløpig ikke har gode nok systemer for registrering av vold i nære relasjoner.

### 13.4 Proaktiv oppfølging

Det er 27 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk i 2024. Dette er en økning fra 7 prosent i 2021 og 18 prosent i 2023, så det er en positiv utvikling.

**Tabell 13.5 I hvilken grad kommunen/bydelen har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk**

	2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	3	1	5	2	12	4	10	3
I stor grad	19	6	32	11	47	14	81	24
I noen grad	152	48	145	50	158	48	136	41
I liten grad	92	29	71	24	82	25	73	22
I svært liten grad	48	15	39	13	33	10	33	10
Total	314	100	292	100	332	100	333	100

Det er 138 som har gitt en beskrivelse på hva som er utfordringene med proaktiv oppfølging.

- Mangler ressurser og kapasitet til proaktivt arbeid
- Kommunal hjelp er basert på frivillighet og mange med voldsrisiko ønsker ikke tjenester fra kommunen
- Taushetsplikten hindrer samarbeid mellom tjenester
- Vanskelig å identifisere personer med voldsrisiko, få oppsøker hjelp
- Ansatte mangler kompetanse på voldsrisikovurderinger og oppfølging
- Manglende botilbud for personer med store og sammensatte behov inkludert voldsrisiko

## 13.5 Skriftlige rutiner

Det er en økning fra 18 prosent i 2023 til 23 prosent i 2024 i andel som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepstrisiko.

**Tabell 13.6** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepstrisiko, 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	60	18	78	23
Nei	208	62	199	58
Vet ikke	70	21	65	19
Totalt	338	100	342	100

Som vist i tabell 13.7, var det 42 prosent som svarte at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep i 2023, men i 2024 har andelen falt til 30 prosent.

**Tabell 13.7** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	142	42	104	30
Nei	142	42	183	53
Vet ikke	53	16	56	16
Totalt	337	100	343	100

Det er 22 prosent som i 2024 svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for personer som har utøvet vold, mens andelen var 21 prosent i 2023, se tabell 13.8.

**Tabell 13.8** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har utøvet vold, 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	72	21	74	22
Nei	195	58	202	59
Vet ikke	69	21	66	19
Totalt	336	100	342	100

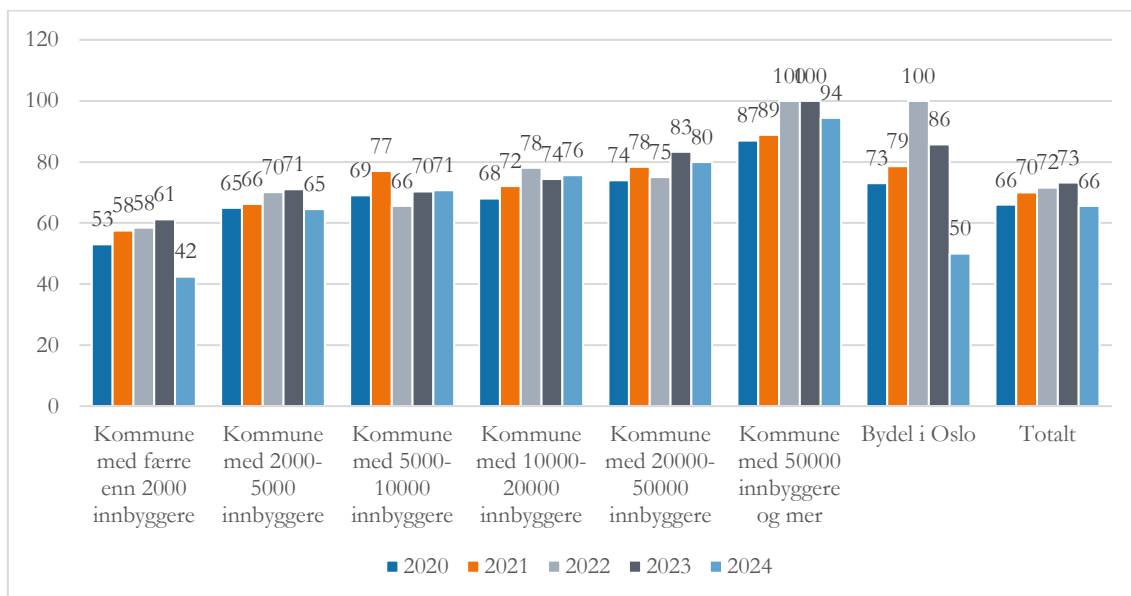
Det er også færre i 2024 enn i 2023 som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser og eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester, fra 54 prosent i 2023 til 45 prosent i 2024.

**Tabell 13.9** Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester, 2023 og 2024.

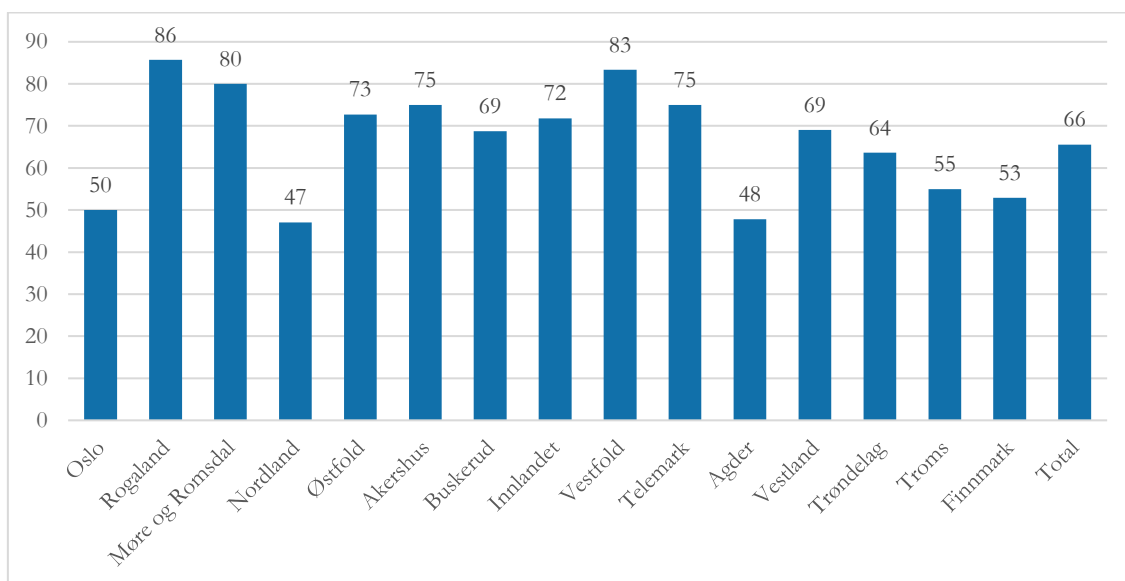
	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	180	54	156	45
Nei	119	36	144	42
Vet ikke	36	11	43	13
Totalt	335	100	343	100

## 13.6 System for håndtering av vold i nære relasjoner

De siste fire årene har vi spurt om kommunen/bydelen har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Av de 337 kommunene/bydelene som har svart (90 prosent av alle), er det 221 (66 prosent) som har svart at de har et slikt system. Dette er det samme som i 2020. Den positive trenden i årene 2021-2023 er dermed ikke videreført i 2024.



**Figur 13.3** Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020 - 2024.



**Figur 13.4** Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2024.

På slutten av dette temaet har vi med et åpent spørsmål om de har noen kommentarer til kommunens arbeid med vold og sikkerhetsutfordringer i målgruppen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det er lagt inn 136 kommentarer og en gjennomgang av disse viser følgende:

- Kommunene kan ikke påtvinge helsehjelp eller begrense uønsket aktivitet med tvangstiltak
- De får ikke tilstrekkelige voldsrisikovurderinger fra spesialisthelsetjenesten til å følge opp personer med kjent voldsproblematikk, eller at de ikke blir involvert i vurderingene
- Mangler skriftlige rutiner for håndtering av vold og sikkerhetsutfordringer
- Små kommuner sliter med å finne passende botilbud og oppfølging
- Stort behov for økt kompetanse på voldsrisikovurdering og håndtering
- Behov for bedre koordiner og informasjonsutveksling for å sikre helhetlig tilnærming fra spesialisthelsetjenesten, politi og kommunale tjenester.
- Kommunene opplever utfordringer med å følge opp brukere som skrives tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, spesielt de som er alvorlig syke og har voldelige tendenser.
- Flere oppgir at de nå implementerer TryggEst

TryggEst (Bufdir) skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. TryggEst-modellen inneholder forslag til organisering av arbeidet mot vold og overgrep i en kommune, og flere verktøy som kan brukes i dette arbeidet.

## 13.7 Oppsummering

69 prosent av kommunene har utarbeidet en egen handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Av de som har en handlingsplan, er det 59 prosent som har gjort den kjent for ansatte i hele kommunen/bydelen.

68 prosent av kommunene oppgir at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er direkte involvert i arbeidet med å forebygge vold i nære relasjoner. De kan være involvert gjennom utarbeiding av handlingsplaner, kompetansehevende tiltak, tverrfaglig samarbeid, forebyggende tiltak som sinnemestringskurs, og gjennom i kartlegginger av vold i nære relasjoner.

19 prosent av kommunene har registrert en økning i avdekking av vold i nære relasjoner i løpet av de siste 12 månedene, opp fra 13 prosent i 2023.

27 prosent av kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, en økning fra 18 prosent i 2023.

Av utfordringer med proaktiv oppfølging oppgir de manglende ressurser, kapasitet, og kompetanse, samt utfordringer med taushetsplikt og identifisering av personer med voldsrisiko.



23 prosent av kommunene/bydelene oppgir at de har skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepstrisiko. 30 prosent oppgir at de har rutiner for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og 22 prosent har rutiner for oppfølging av personer som har utøvet vold. 31 prosent har rutiner for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. Mange kommuner (66 prosent) har etablert systemer for håndtering av vold i nære relasjoner, men det er fortsatt behov for forbedring og økt systematikk i arbeidet. En av de store utfordringene med å gi proaktiv oppfølging er at kommunene ikke kan gi tjenester til andre enn de som ønsker det selv.

## 14 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten tredde 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 videre:

*"Når det gjelder tilbudet til voksne pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, legges det til grunn et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen slik tilfellet er innenfor somatikken. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevende døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter. Når det gjelder finansieringen av plassene vil de økonomiske rammene komme i de ordinære budsjettprosessene."*

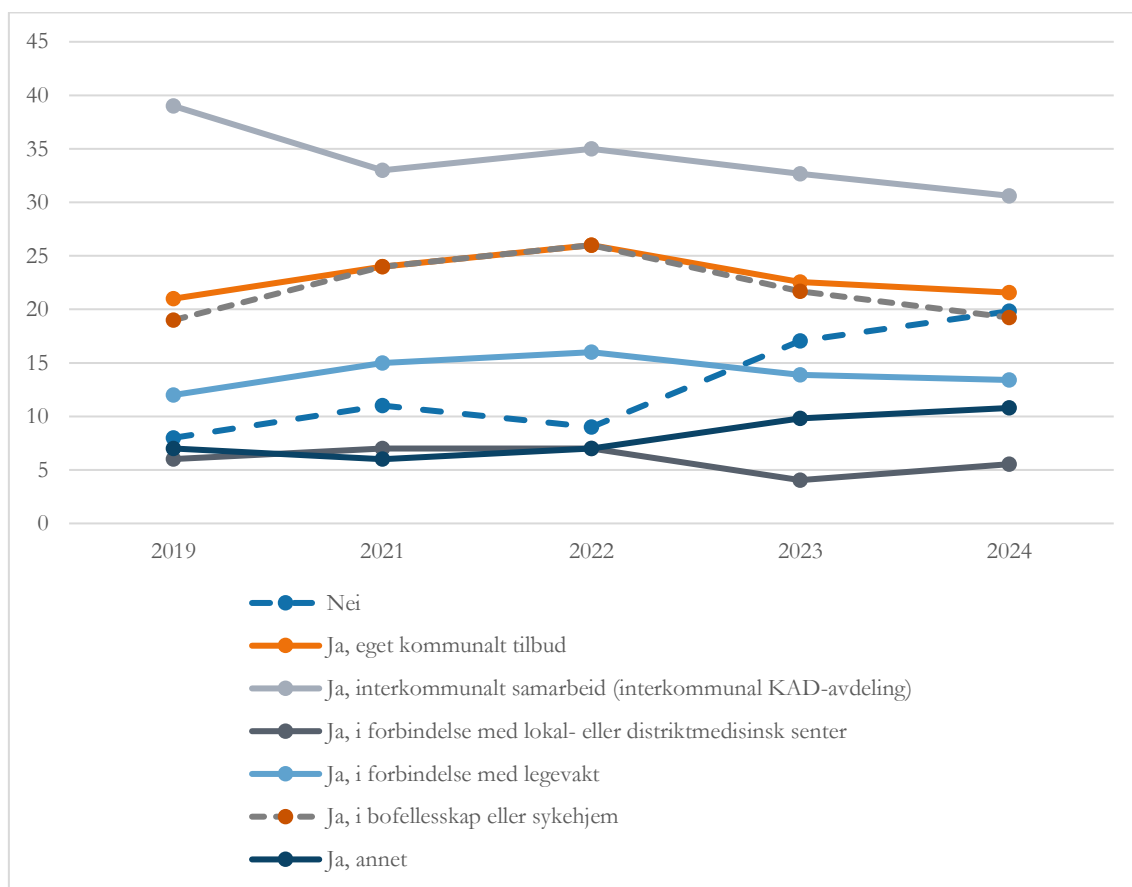
Kommunal akutt døgnenhet (KAD/ØHD) er et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD/ØHD som på sykehusene.

### 14.1 Type tilbud

Det er nå 20 prosent som svarer at de ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, en økning fra 8 prosent i 2019. Trenden ser dermed ut til å være at færre kommuner etablerer dette tilbudet. Det er også færre som har etablert interkommunalt KAD-avdeling og noen færre som har etablert tilbudet i bofellesskap eller sykehjem, se figur 14.1.

Tabell 14.1 Antall og prosent av kommunene/bydelene ikke har etablert

	2019		2021		2022		2023		2024	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Nei	37	8	37	11	29	9	59	17	68	20
Ja, eget kommunalt tilbud	93	21	80	24	85	26	78	23	74	22
Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunal KAD-avdeling)	171	39	110	33	116	35	113	33	105	31
Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinsk senter	25	6	22	7	24	7	14	4	19	6
Ja, i forbindelse med legevakt	51	12	49	15	53	16	48	14	46	13
Ja, i bofellesskap eller sykehjem	81	19	80	24	86	26	75	22	66	19
Ja, annet	30	7	21	6	23	7	34	10	37	11



Figur 14.1 Prosent etter om de har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud

De 37 som svarer «Ja, annet» oppgir at følgende tilbud som er etablert:

- Kommunal KAD plasser som driftes av sykehjemmet. Disse er ikke øremerket for rus/psykiatri men kan også brukes av denne gruppen. (2000-5000 innbyggere, Rogaland)
- 2 ØHD-senger som kan brukes av alle brukergrupper (10000-20000 innbyggere, Rogaland)
- Samarbeid med Orkide (5000-10000 innbyggere, Møre og Romsdal)
- Vi har interkommunalt KAD, men den er ikke operativ (< 2000 innbyggere, Nordland)
- KAD-seng (< 2000 innbyggere, Nordland)
- KAD seng på sykehjem (2000-5000 innbyggere, Nordland)
- KAD-plass på sykehjem (< 2000 innbyggere, Nordland)
- Bruker kommunal KAD plass (< 2000 innbyggere, Nordland)
- (KAD er samlokalisert med annen korttidsavdeling innen pleie/omsorg) (5000-10000 innbyggere, Nordland)
- KAD (20000-50000 innbyggere, Østfold)
- Korttidsopphold institusjon (20000-50000 innbyggere, Akershus)
- KAD (5000-10000 innbyggere, Akershus)
- På Helsehuset (20000-50000 innbyggere, Buskerud)
- krisebolig (5000-10000 innbyggere, Buskerud)
- KAD-plasser på lokalt sykehjem (2000-5000 innbyggere, Innlandet)
- KAD tilbud lokalt hvor brukergruppen kan legges inn (2000-5000 innbyggere, Innlandet)
- KAD - tilbys på kommunens sykehjem (< 2000 innbyggere, Innlandet)
- Egen KAD seng som er på sykehjemmet (5000-10000 innbyggere, Innlandet)
- Vi har en KAD seng (< 2000 innbyggere, Innlandet)
- Interkommunal Intermediæravdeling (< 2000 innbyggere, Innlandet)
- egen seng på sykehjemmet (72 timers plass) (2000-5000 innbyggere, Innlandet)
- KAD plass på bolig (10000-20000 innbyggere, Telemark)
- KAD- plass på omsorgssenter i kommunen. (< 2000 innbyggere, Telemark)
- KAD-seng knyttet til korttids- og rehabiliteringsavdeling (5000-10000 innbyggere, Telemark)
- Legevakt er interkommunal (20000-50000 innbyggere, Agder)
- Kommunen har KAD-plasser på sykehjemmet, men plassen er ikke tilgjengelig for alle brukere (< 2000 innbyggere, Agder)
- KAD- senger ligg i tilknytning til interkommunal legevakt (10000-20000 innbyggere, Vestland)

- pasienten kan få tilbud via legevakt om KAD seng ved omsorgssenteret (2000-5000 innbyggere, Vestland)
- Vi har ei kommunalt akutt seng (10000-20000 innbyggere, Vestland)
- Som en del av KAD avdeling på sykehjem (5000-10000 innbyggere, Vestland)
- Har akutthybel i bufellesskap (5000-10000 innbyggere, Vestland)
- Eget kommunalt for psykisk helse (rus ivaretas i annen institusjon) (50000 innbyggere og mer, Trøndelag)
- KAD senger (10000-20000 innbyggere, Trøndelag)
- Utføres ved økt ressursinnsats i brukers egen bolig eller ved sykehjem. (5000-10000 innbyggere, Trøndelag)
- Akuttleilighet med døgnbemanning (interkommunalt) (5000-10000 innbyggere, Trøndelag)
- Begrensede plasser på Helsehuset (50000 innbyggere og mer, Troms)
- Akuttleilighet (5000-10000 innbyggere, Troms)
- KAD-plass (< 2000 innbyggere, Finnmark)
- Med svært kort ventetid i Distriktpsikiatrisk senter (2000-5000 innbyggere, Finnmark)
- KAD-seng (< 2000 innbyggere, Finnmark)
- Tilbud gjennom Velferdsetaten (Bydel i Oslo)

Det er gitt 231 svar på i hvilke situasjoner/tilfeller benyttes typisk øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det viser seg at det er stor forskjell mellom kommunene hvem som bruker disse plassene. Noen steder er det de med lettere psykiske lidelser og i andre kommuner er det psykosestilfeller og ved selvmordsfare. Noen av svarene viser denne bredden:

- Pasienter med kjent sykdomshistorikk som har behov for kort opphold
- Ved forberedelse til inngrep/oppford somatisk sykehus
- Ved spiseforstyrrelse når de trenger stabilisering
- Akutte krisetilstander som krever observasjon og omsorg, som ikke krever innleggelse i spesialisthelsetjenesten, men som ikke kan vente
- Feltpleie
- Ved akutt sykdom og bekymring for suicidalitet
- Causa socialis (diagnosen som anvendes for å beskrive at hovedproblemet ved en sykehusinnleggelse er pasientens manglende evne til å klare seg hjemme)
- Angst, depresjoner samt trygging i det daglige.
- Avklarte pasienter med behov for restitusjon, ernæringsstøtte og hvile
- De med behov for observasjon, nedtrapping, avrusning Behov for medisinsk behandling
- Behov for stabilisering etter vurdering fra lege/ spesialisthelsetjeneste

- Behov for stabilisering, ved behov for et høyere omsorgsnivå enn i hjemmet, ved behov for vurdering av akutt ambulant team og vurdering av innleggelse, ved forhøyet selvmordsfare, med mere.
- Brukere med alkoholmisbruk som treng ernæringstiltak og kvile.
- Benyttes ikke/svært sjelden
- Om bruker vurderes som en fare for seg selv eller andre.
- Når bruker føler seg utrygg tør ikke være alene, redd for seg selv og sine handlinger.
- Flere kronikere med tunge lidelser har brukt det hyppigst.
- ØHD-tilbudet kan benyttes ved milde og moderate plager.
- Om det har vært fullt på brukerstyrt seng på DPS, har man benyttet KAD plass.
- Når det er fullt på DPS døgn, og de ikke er dårlige nok for innleggelse på institusjon.
- Psykose og/eller rus der det er vurdert at pasienten ikke behøver spesialisthelsetjenestenivå.
- Rus og selvmordsproblematikk
- Stabilisering, bistand ved alkoholstopp
- Tilbudet gjelder innbyggere med lette til moderate psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet
- Utskrivningsklare pasienter som ikke greier seg hjemme eller som ikke har egen bolig.
- Ved akutt fare for liv og helse i forhold til overdoseproblematikk og alvorlig psykisk sykdom. Kan også benyttes til målgruppen ved plutselig tap av bolig.
- Ved akutte kriser. Fare for "sprekk " ved bruk av rusmidler - avholdne som er redde for tilbakefall.
- Ved rus over en lang periode der bruker har behov for stell, mat og avrusning.
- Ved usikkerhet fra legevakt på bosituasjon og ikke hjemmel for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.
- Ved selvmordsfare og store bekymring om psykose og fare for andre.

Noen beskriver litt lengre:

*" Pasienter MÅ bli tilsett av lege eller psykologspesialist før innleggelse på KAD. Pasienter med kjent psykisk helse- eller rusmiddelproblematikk. - Tilbudet avgrenses til å gjelde observasjon og omsorg, ikke behandling eller utredning - Pasienter med lette til moderate psykiske symptomer (angst, depresjon, søvnløshet osv.) eller tilbakefall av kjent psykisk lidelse/og eller rusmiddelproblem som har gitt akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder der innleggelse er nødvendig for å forebygge sykdomsforverring, roe ned og avhjelpe i en vanskelig livssituasjon - Pasienter med akutt krise/traume eller aktivisering av tidligere traumer - Pasienten med kjent psykisk helse- eller rusmiddelproblematikk og somatisk sykdom som kan forsvarlig behandles på KØH. Generell info: Listen er ikke uttømmende - Pasienter med sammensatt problemstilling som tilfredsstillt kriterier for akuttinnleggelse i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblem eller tvunget psykisk helsevern. Pasienter som er i fare for*

*seg selv (selvskade- eller suicidalfare) eller andre (voldelig), eller med akutte psykotiske symptomer/forvirring - Pasienter med akutt eller uavklart påvirkning eller forgifning av rusmidler og/eller andre legemidler - Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus - Pasienter med kronisk sykdom og akutt funksjonssvikt hvor det er vanskelig å finne årsaksforhold, og hvor det er fare for rask forverring"*

*Akutt funksjonstap, avrusning alkoholikere, behov for skjerming fra omverdenen, akutte kriser hos kroniske brukere, FACT-pasienter med kriseplan*

*Akuttovernatting både til brukere med psykisk helse- og/eller rus er etablert og som benyttes dersom bruker ikke har et annet tilbud/eller tilgjengelig bolig. Akutt tilbud gis en begrenset periode opptil 14 dager, mens det sammen med bruker og bydel jobbes med å finne andre mer varige løsninger*

*Bruk av KAD-plasser plassert i sykestue-drift, brukes for å avvente plass i DPS- døgnavdeling for å gi trygge rammer i en vanskelig situasjon. Noen ganger også i stedet for innleggelse i DPS- døgnavdeling når man antar at det er nok med 2-3 dager. Noen tilfeller klarer pas å vente hjemme en natt, og får akutt-innleggelse i nærmeste DPS- døgnavdeling dagen etter.*

*I tilfeller der innbyggere har akutt behov for medisinsk observasjon, men som ikke trenger innleggelse på sykehus. Det kan være i tilfeller der vi vet at søvn er viktig og vedkommende ikke har sovet i egen bolig over flere døgn. Ved behov for observasjon etter medikamentendringer eller oppstart. Etter fall som er avklart å ikke være brudd. Akutte livskriser.*

## **14.2 Årsak til at de ikke har etablert tilbud**

Det er 58 kommuner/bydeler av de 68 som har svart at de ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og som i 2023 handler svarene om:

- Mangler ressurser og fagfolk
- Liten kommune, nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Ikke behov for en slik tjeneste
- Det har ikke vært prioritert i kommunen
- Har hatt en tidligere, men lagt ned fordi det ble lite brukt og krevde mye ressurser
- Bruker lokal legevakt
- Har samarbeid med andre kommuner

### 14.3 KAD-samarbeidende kommuner

Kommunene skulle oppgi hvilke kommuner de har interkommunal KAD-avdeling med og en grundig gjennomgang identifiserer følgende samarbeidende kommuner i ulike fylker.

Rogaland:

- Klepp, Time og Sandnes
- Randaberg og Kvitsøy
- Haugesund og Bokn
- Vindafjord, Tysvær og Etne

Møre og Romsdal:

- Molde, Aukra, Rauma, Sunndal og Hustadvika
- Ålesund, Giske, Fjord, Haram, Sula, og Vestnes

Nordland:

- Fauske, Saltdal og Sørfold
- Vestvågøy, Flakstad, Moskenes
- Harstad og Lødingen

Østfold:

- Moss, Halden, Våler, Råde, Vestby (Akershus)
- Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler og Rakkestad
- Indre Østfold og Skiptvet

Akershus:

- Lillestrøm, Lørenskog, Nittedal, Enebakk
- Ås, Frogn, Nesodden og Nordre Follo.
- Moss, Halden, Våler, Råde, Vestby (Akershus)
- Nannestad, Ullensaker, Gjerdrum, Eidsvoll og Hurdal

Buskerud:

- Ringerike, Sigdal, Krødsherad, Modum, Jevnaker og Hole.
- Drammen, Lier og deler av Holmestrand (tidligere Sande kommune)
- Al, Flå, Hol, Hemsedal, Gol og Nesbyen
- Kongsberg og Nore og Uvdal



#### Innlandet:

- Alvdal, Folldal, Rendalen, Tynset og Tolga
- Sel, Lesja, Dovre, Vågå, Lom, Skjåk.
- Lillehammer, Øyer og Gausdal.
- Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Etnedal, Øystre Slidre, Vestre Slidre og Vang.

#### Vestfold:

- Tønsberg, Færder og Holmestrand.

#### Telemark:

- Skien og Siljan
- Arendal og Nissedal
- Vinje og Tokke

#### Agder:

- Arendal, Risør, Froland, Åmli, Nissedal, Gjerstad, Tvedestrand, Grimstad og Vegårshei

#### Vestland:

- Etne og Tysvær
- Haugesund, Bokn og Sveio
- Bømlo, Stord, Fitjar og Tysnes
- Voss, Ulvik, Vaksdal og Eidfjord
- Askvoll, Fjaler, Hyllestad, Høyanger, Sunnfjord, Balestrand, Kinn, Bremanger, Solund og Gloppen.
- Lærdal, Aurland og Årdal
- Stryn og Stad

#### Trøndelag:

- Frøya og Hitra
- Holtålen, Røros og Os i Østerdalen
- Selbu og Tydal
- Frosta og Verdal
- Steinkjer, Inderøy og Snåsa

#### Troms:

- Harstad og Tjeldsund
- Senja og Sørreisa

- Dyrøy og Salangen
- Tromsø, Karlsøy
- Storfjord og Balsfjord

Finmark:

- Båtsfjord kommune oppgir sykehussenger i kommunene (sykestueplasser)

Oslo

- Oslo kommune har KAD samarbeid med bydelene

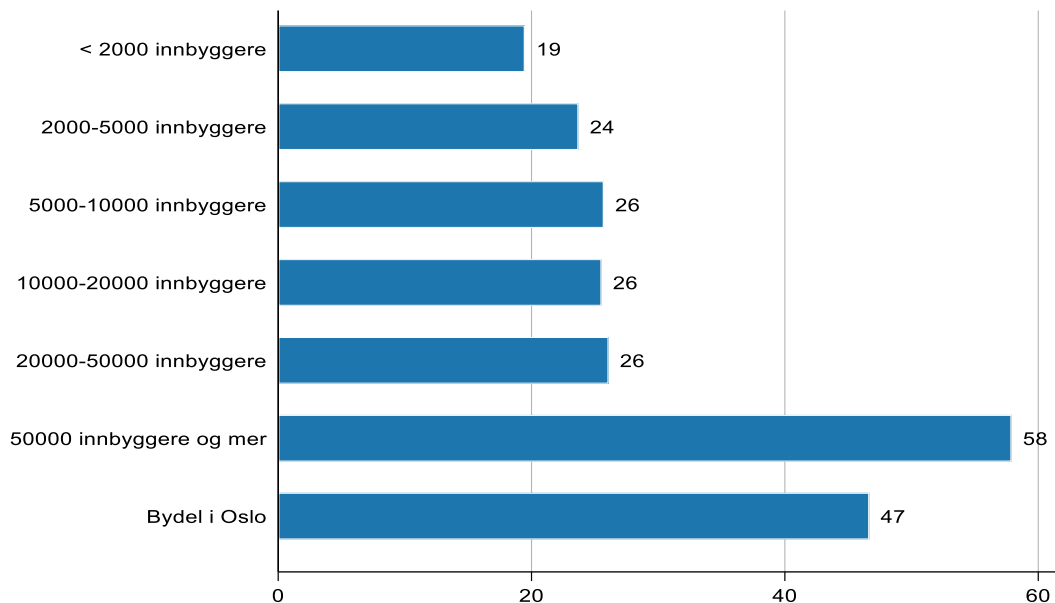
## 14.4 Om plassene er brukt av målgruppen

Det er 11 prosent som svarer at plassene i stor eller svært stor grad blir benyttet av brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. 59 prosent svarer i liten eller svært liten grad.

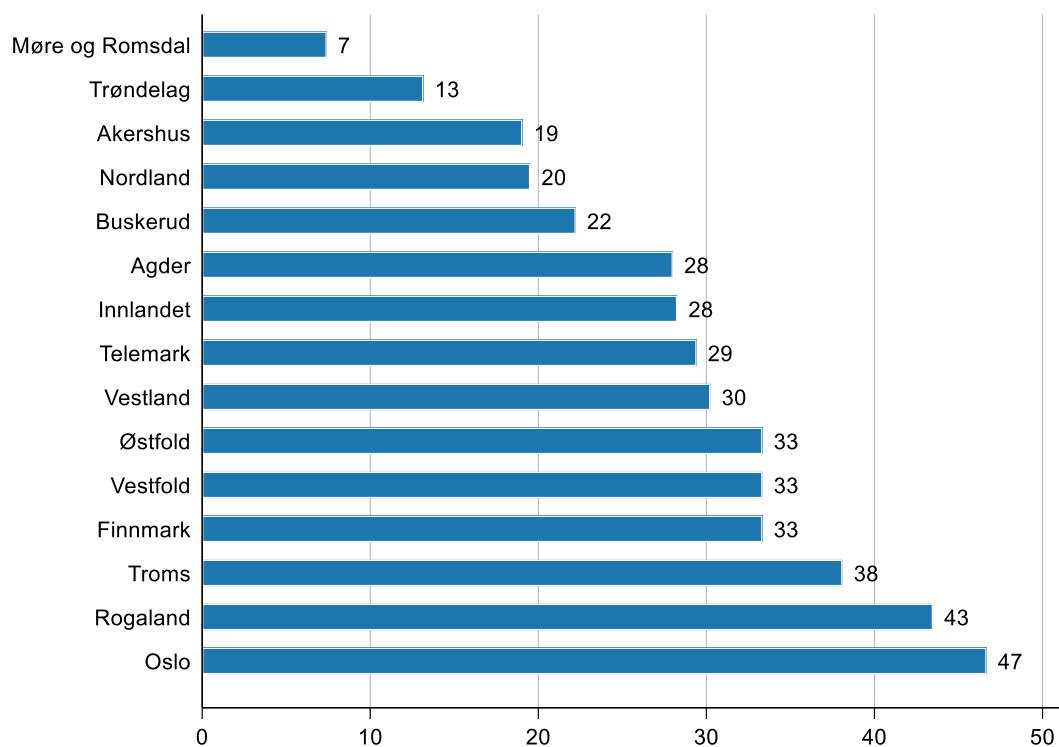
Tabell 14.2 I hvilken grad de erfarer at disse plassene (øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk) blir benyttet, 2024.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	7	3
I stor grad	22	8
I noen grad	70	26
I liten grad	73	27
I svært liten grad	86	32
Vet ikke	15	5
Total	273	100

Det er noen signifikante forskjeller mellom kommuner av ulike størrelse og etter geografisk beliggenhet, så vi ser på andelen som svarer at plassene i svært stor, i stor og i noen grad blir brukt av brukere i målgruppen. Som vist i 14.2 og 14.3 er det de minste kommunene som bruker plassene minst, og det er særlig kommunene i Møre og Romsdal som svarer at de i liten grad brukes, mens kommuner med over 50000 innbyggere og bydelene i Oslo bruker plassene mest.

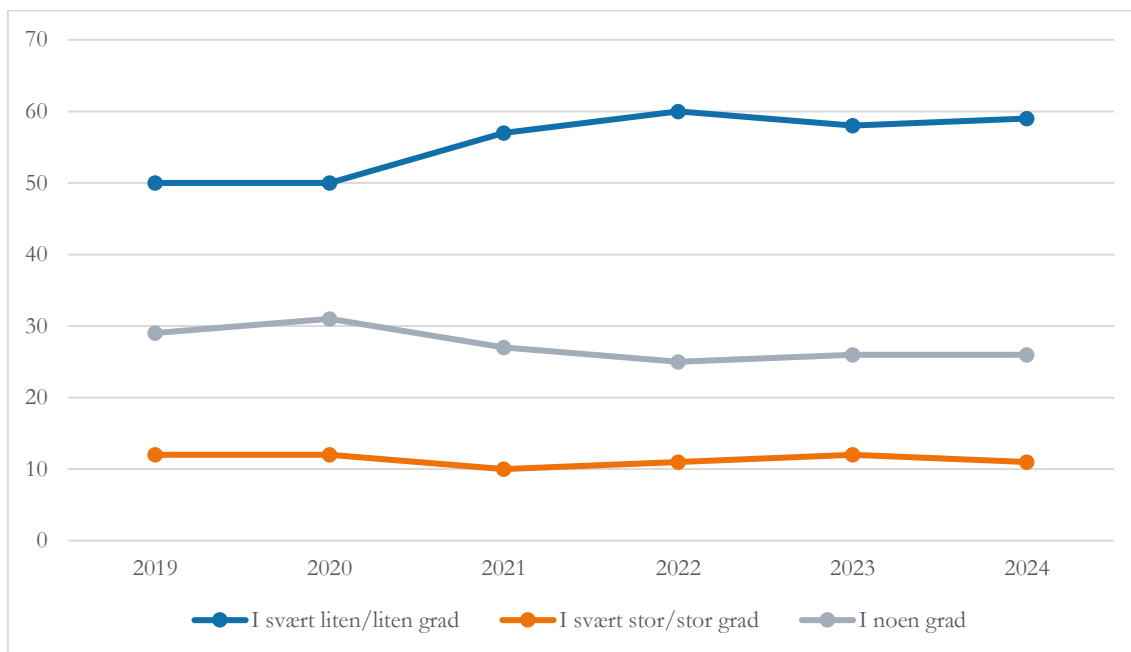


**Figur 14.2** Prosent som oppgir at plassene blir brukt i svært stor, i stor og i noen grad av brukere i målgruppen. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 14.3** Prosent som oppgir at plassene blir brukt i svært stor, i stor og i noen grad av brukere i målgruppen. Fylke, 2024.

Som vist i figur 14.4, er det liten endring i svarfordelingen på i hvor stor grad plassene benyttes av målgruppen fra 2022 til 2024.



Figur 14.4 Prosent som oppgir at plassene blir brukt i ulik grad av målgruppen, 2019-2024.

## 14.5 Om tilbudet er tilpasset brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk

Det er 12 prosent som svarer at tilbudet er tilpasset målgruppen i stor eller svært stor grad og 57 prosent svarer at tilbudet i liten eller svært liten grad er tilpasset målgruppen.

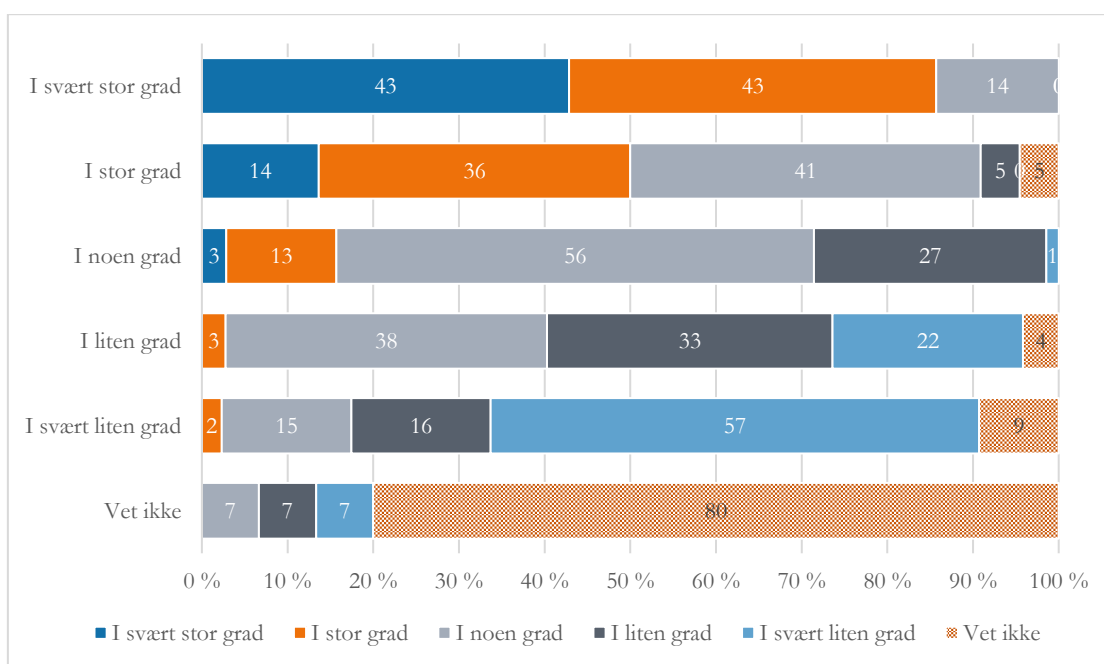
Tabell 14.3 Antall og prosent som svarer på i hvilken grad tilbudet (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) er tilpasset brukere med psykisk helse- og/eller rusproblematikk, 2024.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	8	3
I stor grad	24	9
I noen grad	90	33
I liten grad	59	22
I svært liten grad	67	25
Vet ikke	24	9
Total	272	100

De som svarer at de i stor eller svært stor grad har tilpasset tilbudet til målgruppen, oppgir at de har gjort følgende tilpasninger:

- Tett samarbeid mellom Mestringsenheten og institusjonstjenesten
- Opprettet ø-hjelp seng i tjenesten psykisk helse og rus
- Opplæring av personalet, personalet som kjenner bruker deltek i personalgruppa og er hos bruker under innleggelse
- Vi har KAD-rom tilknyttet sykehjem samt KAD-tilbud i leilighet med tilknyttet personell
- Kommunen har nettopp opprettet ØHD i egen kommune etter interkommunalt samarbeid. Det har vært jobbet tverrfaglig i (grupper) leger, ledelse, fagansvarlige) for å tilpasse tilbudet til alle brukergrupper.
- Det er personale fra psykisk helse med høy kompetanse på målgruppen. Plassene er skjermet.
- Høy grad av brukermedvirkning.
- Veiledning til personell på avdelingen. Individuell oppfølging av psykisk helsetjeneste under innleggelse.
- Det er et eget tilbud til psykisk helse og rus atskilt fra somatikk
- Tilbud om veiledning. Pasientene har kontakt med kommunal psykisk helsetjeneste mens de er innlagt
- Skjermet rom på KØH. De som har boliger i bofelleskap el. benytter seg i svært liten grad av KØH.
- Har tre forskjellige avdelinger som kan ta imot, gjøres individuelle vurderinger etter utfordring og behov.
- Øygarden kommune saman med Askøy og Øyane DPS jobber saman i eit prosjekt som heiter svingdørsprosjekt. Ei pasientgruppe på 10 personer som har hyppige innleggelser og der innleggelser nesten virker mot sin hensikt jobbar vi saman om nye utvida tilbod for å skreddersy for pasienter. Vi har overvekt av mennesker med diagnosen emosjonell personlighetsforstyrrelse. Vi har, for 2. år på rad, fått midler til prosjektet under tilskottsordninga til mennesker med langvarig og alvorleg psykisk sykdom.
- Tett samarbeid med legane.
- Trondheim kommune utreder muligheten for å utvikle en institusjon som kan håndtere både ØHD, korttids- og utskrivningsklare pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, inkludert atferdsproblematikk og behov for skjerming. Vi ser også på muligheten for å opprette et team som jobber på ubekvem tid (kveld, natt og helg) for de mest "høyfrekvente" brukerne av nødetatene.
- Rommene er bygd med tanke på skjerming og tilpasset atferdsutfordringer.
- Akuttbolig med døgnbemanning; 2 ukers vedtaksfritt, opphold inntil 3 mnd.

- Brukergruppen tilbys trivelige og trygge omgivelser med døgnbemanning.
- Tilbudet ligger i tilknytning til døgnbemannede leiligheter innen rus/psykisk helseproblematikk.
- Det er en egen leilighet i samme bygg som tjenesten. Døgnbemannet.
- Følges opp av ulike hjelpetilbud i bydelen, og i tett samarbeid med andre aktører
- Håndterer brukere med store, komplekse utfordringer (ROP)
- Velferdsetaten i Oslo kommune har gjennom mange år hatt akutttilbud til målgruppen



**Figur 14.5** Prosent som svarer på om tilbudet benyttes og i hvilken grad det er tilpasset målgruppen

Figur 14.5 viser at det er en sterk sammenheng mellom svarene på i hvilken grad plassene blir benyttet og i hvilken grad tilbudet er tilpasset målgruppen. Blant de som svarer at tilbudet i svært stor grad blir benyttet, er det 86 prosent som svarer at tilbudet i svært stor eller i stor grad er tilpasset målgruppen. Men det er vanskelig å si om tilbudet tilpasses godt fordi det er stort behov og mange som bruker tilbudet, eller om tilbudet benyttes mye fordi det er godt tilpasset. Det er uansett en sterk sammenheng mellom grad av benyttelse og grad av tilpasning.

Det er også interessant å undersøke hva som kjennetegner kommuner med stor grad av bruk og stor grad av tilpasning i forhold til andre kommuner der tilbudet er lite brukt og mindre tilpasset målgruppens behov. Her tar vi med også de som svarer «I noen grad» for å få stort nok utvalg. Det er da 77 kommuner/bydeler som svarer at tilbudet benyttes i

noen grad eller mer og at tilbudet er tilpasset i noen grad eller mer. Vi finner da at sannsynligheten for å være blant de 77, er høyere jo større kommunen er og at det kun er kommunene i Møre og Romsdal som skiller seg ut ved å ha lavere sannsynlighet enn de andre til å være blant de 77.

## 14.6 Oppsummering

Kommunal akutt døgnenhet (KAD/ØHD) er et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD/ØHD som på sykehusene.

I 2024 er det 20 prosent som svarer at de ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og dette er en økning fra 8 prosent i 2019. Trenden ser dermed ut til å være at færre kommuner etablerer dette tilbudet.

Flere kommuner samarbeider om å tilby ØHD/KAD-plasser og vi identifiserer totalt 50 grupper av kommuner som samarbeider om ØHD/KAD-plasser. I 18 grupperinger er det kun to kommuner involvert og på det meste er 10 kommuner involvert i samarbeidet.

Det er 12 prosent som svarer at plassene blir brukt i stor grad og like mange at tilbudet er godt tilpasset målgruppen psykisk helse og rus. Det er en tydelig sammenheng mellom hvor mye plassene brukes og hvor godt de er tilpasset målgruppen, men det er vanskelig å si hvilken vei kausaliteten går. Dvs. om de brukes mye fordi de er godt tilpasset, eller om de er godt tilpasset fordi det er stort behov for plassene.

## 15 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres enten med eller uten sykehusinnleggelse. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) vil si at man er under tvungent psykisk helsevern, men bor hjemme eller i en institusjon utenfor sykehuset. Pasienter på TUD må ha kontakt med helsevesenet, selv om de ikke nødvendigvis ønsker dette selv. Man må møte til avtaler med helsepersonell, og kan bli oppsøkt hjemme. Man kan måtte ta medisiner mot egen vilje (tvangsmedisineres), men det må da fattes et eget vedtak om behandling uten eget samtykke. TUD er hjemlet i følgende paragrafer:

Psykisk helsevernloven § 3-5, tredje ledd:

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang.

Psykisk helsevernloven § 3-5, fjerde ledd:

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Spørsmål om TUD var med første gang i 2023. Da fant vi at 75 prosent av kommunene hadde erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Blant de minste kommunene var det 39 prosent som hadde erfaring med TUD, mens andelen var over 90 prosent i kommuner med mer enn 10000 innbyggere. Når vi kontrollerte for kommunestørrelse, fordi sannsynligheten for å ha erfaring med personer som er underlagt TUD øker med antall innbyggere, er det ikke systematiske forskjeller mellom HF-områder i sannsynligheten for å ha erfaring med TUD.

Det var 16 prosent av kommunene som hadde erfaring med TUD, som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som er underlagt TUD. 46 prosent svarte at de i liten eller i svært liten grad hadde hatt problemer. Resten, 38 prosent, svarte at de i noen grad hadde hatt problemer.

Det ble gitt 149 beskrivelser av hvilke utfordringer de har hatt når det gjelder personer som er underlagt TUD. En grundig gjennomgang av svarene viste at det handler særlig om mangel på tilrettelagte boliger med oppfølging, bruker nekter medisiner eller



observasjon og avviser hjelp fra kommunen, adferdsproblemer, uavklart ansvarsfordeling og uklare regelverk som tolkes forskjellig av kommune og spesialisthelsetjeneste. Svarene tydet også på at FACT-team ser ut til å fungere godt de fleste steder når det gjelder gjennomføring av TUD.

Det ble gitt 166 beskrivelser av hva som gjøres for å få til god oppfølging. De mest frekvente svarene handlet om at samarbeidet fungerte godt og FACT-team trekkes frem som særlig viktig når det gjelder personer underlagt TUD. Så er det en del kommuner som oppgir at samarbeidet fungerer dårlig, men at de nå setter inn ressurser for å bedre samarbeidet.

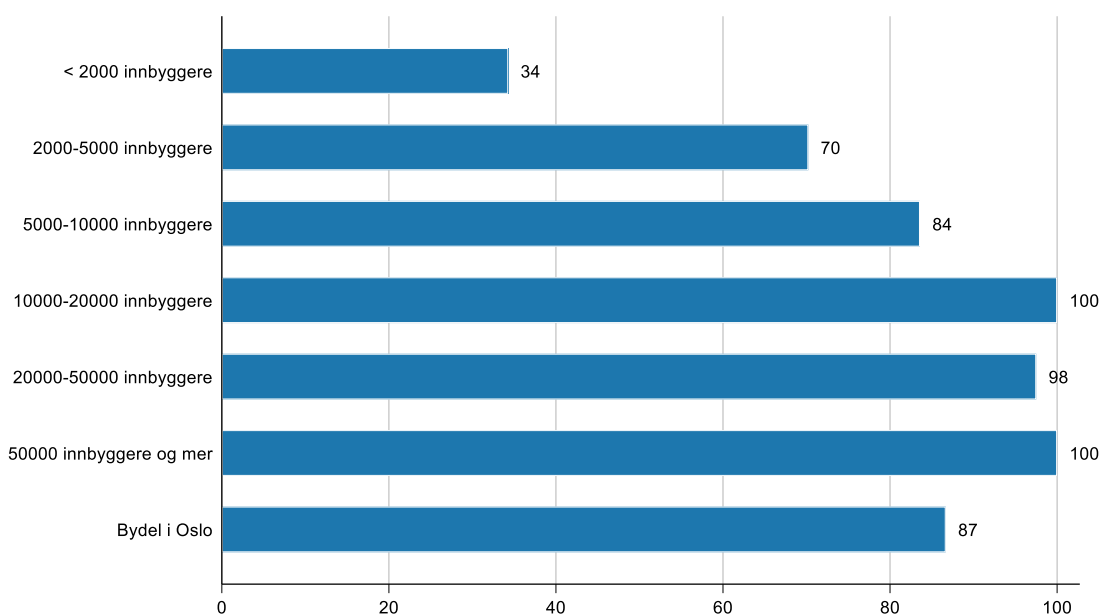
## 15.1 Erfaring med TUD

Som vist i tabell 15.1, er det 74 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD. Det er kun marginal endring fra 2023 (75 prosent) til 2024.

**Tabell 15.1** Antall og andel som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD, 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	255	75	257	74
Nei	70	21	68	20
Vet ikke	15	4	20	6
Total	340	100	345	100

Det er noen tydelige forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 15.1. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder for helseforetakene.



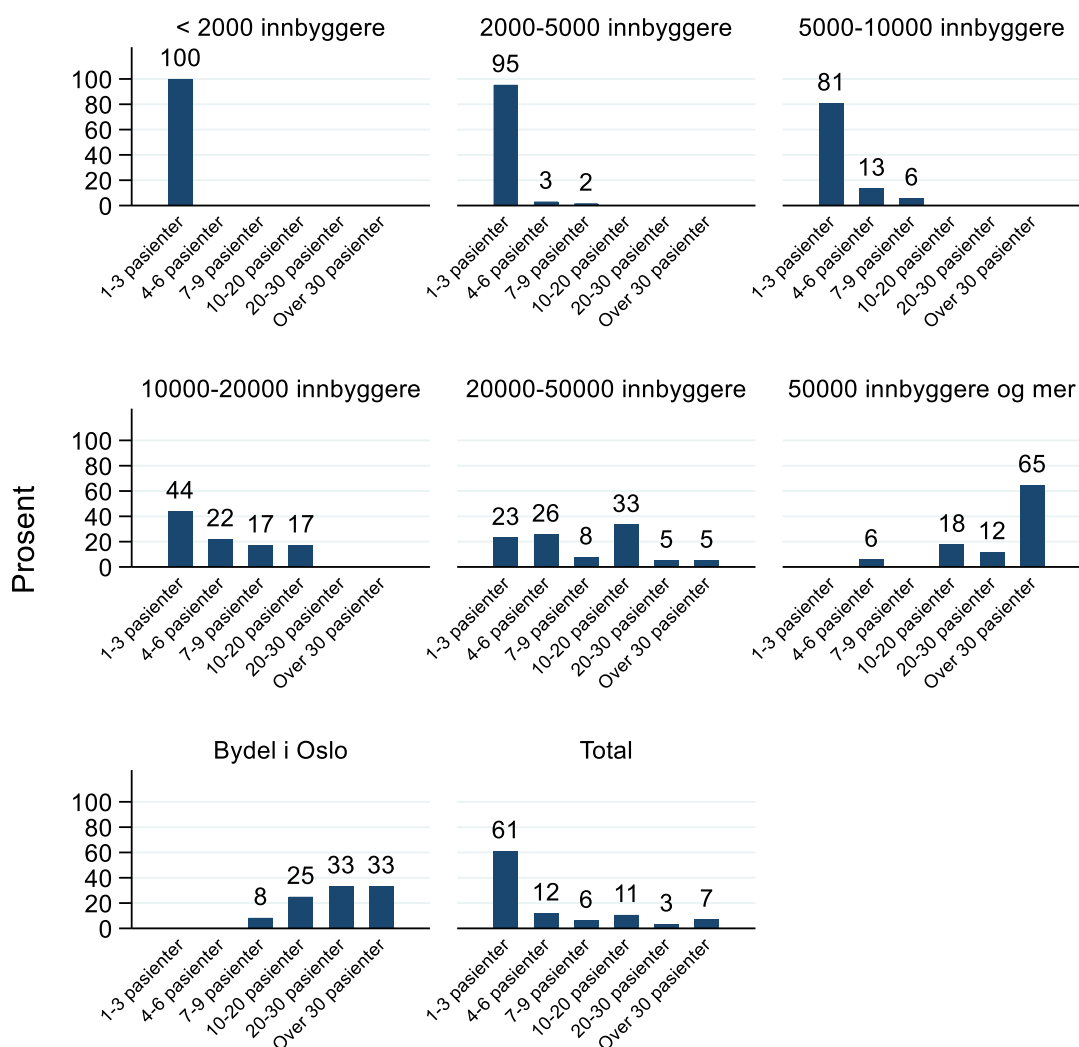
**Figur 15.1** Prosent som svarer at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD. Kommunestørrelse, 2024.

## 15.2 Antall pasienter på TUD som har mottatt kommunale tjenester siste år

Det er 61 prosent av de som har erfaring med TUD som oppgir at det har vært 1-3 pasienter på TUD som har mottatt kommunale tjenester, og 11 prosent svarer at det handler om 10-20 pasienter.

**Tabell 15.2** Antall pasienter på TUD som har mottatt tjenester fra kommunen/bydelen innen psykisk helse og rusarbeid det siste året/12 mnd.

	Antall	Prosent
1-3 pasienter	149	61
4-6 pasienter	29	12
7-9 pasienter	15	6
10- 20 pasienter	26	11
20-30 pasienter	8	3
Over 30 pasienter	17	7
Total	244	100



**Figur 15.2** Antall pasienter på TUD som har komntatt kommunale tjenester siste 12 månedene.

Basert på svarene fra 244 av 257 kommuner, kan vi beregne antall pasienter som er underlagt TUD som har fått kommunale tjenester med å vekte antall pasienter ut fra svarfordelingen som er vist i figur 15.2 og plassere oss omtrent i midten av kategorien, ved at 1-3 pasienter settes til 2, 4-6 pasienter settes til 5 etc. og gange opp med antall kommuner i hver kategori blant de 257 kommunene som har hatt pasienter på TUD. Øverste kategori setter vi til 35 pasienter, men det er usikkert hvor mange det er. Her kunne kanskje tall fra NPR vært brukt.

Totalt beregner vi da at det er 1826 TUD pasienter som har fått kommunale tjenester de siste 12 månedene på nasjonalt nivå.

**Tabell 15.3 Beregnet antall pasienter på TUD som har mottatt tjenester fra kommunen/bydelen innen psykisk helse og rusarbeid det siste året/12 mnd.**

	Antall pasienter på TUD som har fått kommunale tjenester:						Totalt
	2	5	8	15	25	35	
< 2000 innbyggere	48	0	0	0	0	0	48
2000-5000 innbyggere	126	10	8	0	0	0	144
5000-10000 innbyggere	90	38	26	0	0	0	154
10000-20000 innbyggere	36	45	56	105	0	0	242
20000-50000 innbyggere	18	50	24	195	50	70	407
50000 innbyggere og mer	0	5	0	48	53	408	514
Bydel i Oslo	0	0	9	49	108	152	317
<b>Totalt</b>	<b>318</b>	<b>148</b>	<b>123</b>	<b>396</b>	<b>211</b>	<b>629</b>	<b>1826</b>

I 2022 var det 2982 pasienter i Norge totalt på TUD<sup>u</sup>, så om vi beregner at det var omtrent 3000 TUD-pasienter i 2023, er det det rundt 60 prosent av TUD-pasientene som fikk kommunale tjenester i 2023.

### 15.3 FACT og TUD

Det er 85 prosent av de som har svart på om FACT følger opp personer som er underlagt TUD, som svarer at de gjør det.

**Tabell 15.4 Om FACT følger opp personer som er underlagt TUD.**

	Antall	Prosent
Ja	93	85
Nei	14	13
Vet ikke	2	2
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
Ikke oppgitt	21	

Alle de 93 som har oppgitt at FACT følger opp personer på TUD, har svart på hvordan de erfarer at FACT fungerer for TUD. Som vist i tabell 15.5, er det 76 prosent som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 24 prosent svarer at det fungerer middels. Det er kun 1 kommune som oppgir at FACT fungerer dårlig for TUD.

<sup>u</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern-tvungent-psykisk-helsevern-uten-dognopphold>

Tabell 15.5 Hvordan de erfarer at FACT fungerer for personer på TUD

	Antall	Prosent
Svært godt	23	25
Godt	47	51
Middels	22	24
Dårlig	1	1
Total	93	100
Ikke oppgitt	0	

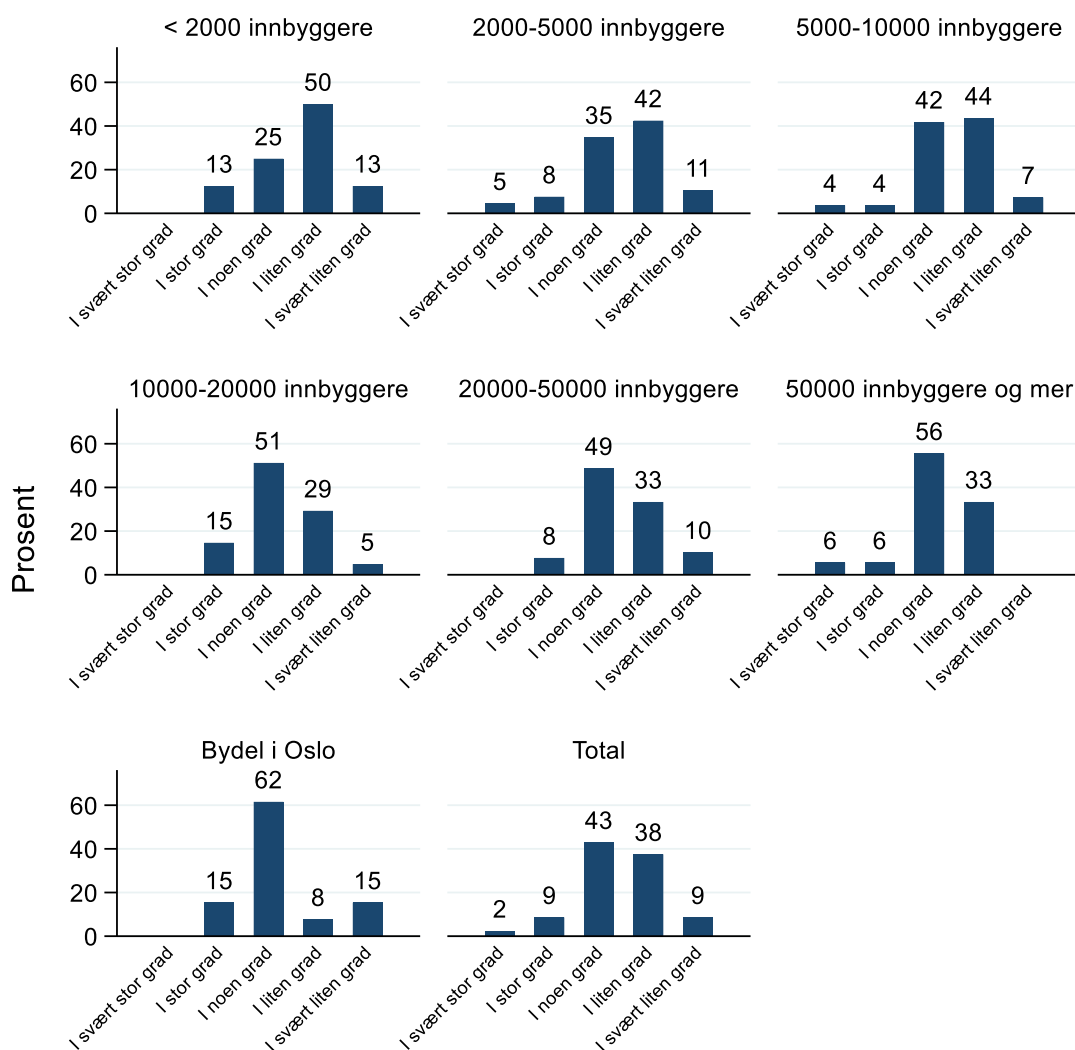
## 15.4 Grad av problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som er underlagt TUD

Det er 256 av de 257 kommunene/bydelene som har erfaring med TUD som oppgir grad av problemer, se tabell 15.6. Det er 11 prosent av kommunene som har erfaring med TUD som svarer at de i stor eller svært stor grad har hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester i 2024. Dette er en liten nedgang fra 16 prosent i 2023. Det er noen flere som svarer at de i noen grad har problemer i 2024 enn i 2023.

Tabell 15.6 Antall og andel som svarer på i hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid hatt problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som er underlagt TUD, 2023 og 2024.

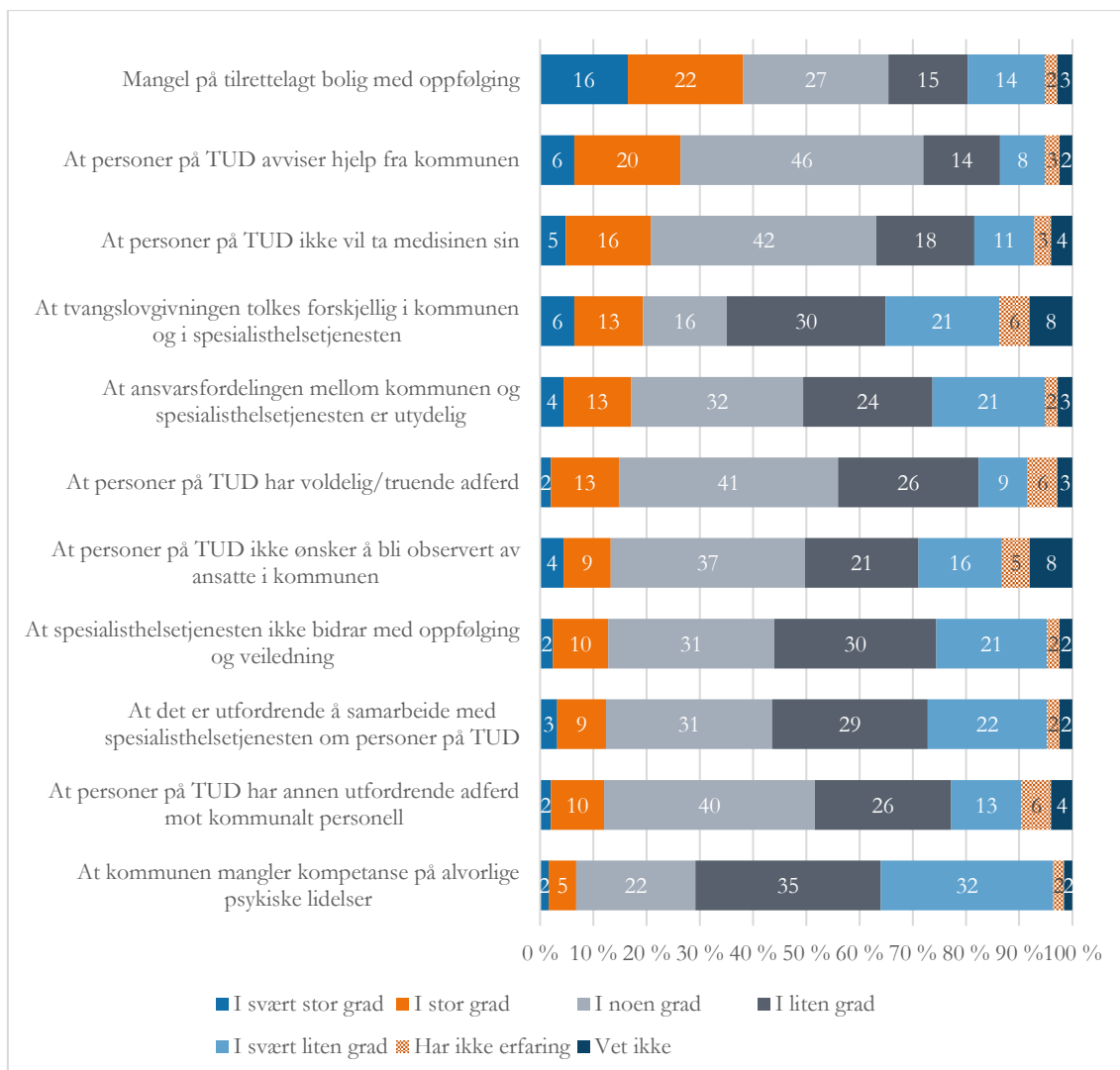
	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	11	4	6	2
I stor grad	29	12	22	9
I noen grad	96	38	110	43
I liten grad	91	36	96	38
I svært liten grad	24	10	22	9
Total	251	100	256	100

Det er betydelige forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 15.3, men det er ikke signifikante forskjeller mellom opptaksområdene for helseforetakene når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



**Figur 15.3** Prosentvis svarfordeling på i hvilken grad de har problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD som kommer fra psykisk helsevern for voksne. Kommunestørrelse, 2024.

Som vist i figur 15.4, er det mangel på tilrettelagt bolig med oppfølging som flest oppgir som i stor eller svært stor grad å være årsaken til problemene med å gi tilbud til personer underlagt TUD (38 prosent). Dernest at personer på TUD avviser hjelp fra kommunen (26 prosent), at personer på TUD ikke vil ta medisinen sin (21 prosent) og at tvangsløvgivningen tolkes forskjellig i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (19 prosent).



**Figur 15.4** Prosentvis svarfordeling på i hvilken grad ulike forhold fører til at de har problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD.

Når vi spør konkret hva det er i lovgivningen som tolkes forskjellig, er det gitt 65 beskrivelser. Det er få som nevner et spesielt lovverk eller noen paragrafer, det er mer generelt at spesialisthelsetjenesten og politi ikke forstår at det er frivillig å motta kommunale tjenester, og at de kommunale tjenestene ikke kan gjøre det spesialisthelsetjenesten og politiet mener de skal gjøre.

Noen har generelle beskrivelser, som ikke forklarer så mye hva det handler om, men svarene gir likevel en retning på problemene:

- Vi opplever en faglig diskrepans mellom spesialisthelsetjenestens tolkning av og kommunenes tolkning av lovverket.
- Hvem har ansvar for hva? uklare forventninger begge veier.
- Forventninger om veiledning og samarbeid.
- De ulike lovverkene knyttet til bruk av tvang og politiets oppgaver.
- Ansvarsfordeling.
- Det oppleves forskjellig hva oppfølging av pasienter innebærer på de ulike nivåer.
- Ulike lovverk og mangelfull kjennskap til den enkelte kommune. Ansatte i spesialisthelsetjenesten ber ansatte i kommunen utføre tiltak/oppdrag som vi ikke har anledning til.

Noen få nevner konkrete lover:

- Ulik tolkning av hva helsepersonell i kommunen har lov til, knyttet til oppfølging av det som faller inn under tvang i psykisk helsevernloven. Uttalt forventning om at kommunens utøvelse av tjenester vil innebære elementer av tvang, som ikke faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven.
- Grenseoppganger for hva som skal rammes inn av lov om psykisk helsevern.
- Tvangsforordningen - definisjonsmakten på innleggelse på døgnpost.
- Lovgivningen knyttet til tvang, og at et kommunalt tilbud er tuftet på frivillighet

Hovedproblemet ser ut til å være at det handler om kommunens adgang til å følge opp tvangsvedtak som spesialisthelsetjenesten beslutter. Her følger noen beskrivelser av dette:

- Vedrørende overvåking av pasienten. Spesialisthelsetjenesten ønsker/ber om informasjon av svært privat karakter, som blir oppfatta av kommunale tjenester som ikke relevant for behandlinga eller som bryt personvernet.
- Spesialisthelsetjenesten forventar at kommunen skal utgjera ein del av deira ansvar for kontrollrutinar og regulera pasientane.
- Spesialisthelsetjenesten forstår ikke alltid at vi ikke kan holde tilbake pasienter og at vi i kommunen ikke kan bruke noen form for tvang.
- Spesialisthelsetjenesten ber om at kommunen kontrollerer brukerne med tilbakehold og regulering av deres livsførsel.

Noen gir mer konkrete eksempler:

- Noen eksempler; Kommunens mulighet til å utøve tvang, eks rusfrihet, nekte utgang, begrense valg, kaste/rydde i den enkeltes leilighet. Forventing om at kommunens ansatte kan planlegge med bruk av nødverge.



- I noen saker hvorvidt det skal settes inn tiltak når pasienten ikke vil ta medisinen sin og hvor mange forsøk som skal gjøres før det blir grepet inn
- Hvilke muligheter kommunalt ansatte har til fotfølging, observasjoner, tjenester/bolig uten pasientens samtykke/ønske. Det er også ulik tolkning av samtykkekompetanse. Spesialisthelsetjenesten overfører raskt personer fra TUD til frivillig pga. samtykkekompetanse. Dette medfører ofte rask forverring da pasientene ikke følger opp medisiner på egenhånd.
- Hvilke lov hjemler som gjelder i kommunen for å følge opp tvangstiltak som besluttes av sykehuset. Som f.eks. "fotfølge" pasienter som ikke ønsker at kommunen skal følge de overalt, som ut av leiligheten, i butikken etc.
- Hvem som har ansvar for gjennomføring av TUD og forventninger om at kommunen skal innføre restriktive og inngripende tiltak i brukers egen bolig.
- Grenseoppgang om når tvang skal tas i bruk og ikke. Hvordan alvorlig psykisk lidelse skal forstås. Spesialisthelsetjenesten har generelt lite kjennskap til begrensningene i kommunen, og at tvang ikke kan utøves. Hvor langt man skal gå/prøve når personen unndrar seg medisinsk behandling iht. til tvangsvedtak. Hvem har ansvaret for å håndtere en dokumentert voldsrisiko, grenseoppgang mellom oppfølging/behandling og samfunnsvern.
- Det kan se ut til at det foreligger en forventning fra spesialisthelsetjenesten om at kommunen skal utføre tjenester til brukere som forutsetter bruk av tvang. Dette kan eksempelvis gjelde det å ta seg inn i bolig for å rydde osv. mot brukers vilje, eller gjennomføre andre tiltak mot brukers vilje/samtykke, som eksempelvis ivaretagelse av personlig hygiene, ernæring (handle mat) m.m.
- At kommunen ikke kan benytte tvang eksempelvis. At når spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter er det på villkår om at pasienten kan ferdes fritt og at kommunen ikke kan benytte tvangsmidler.
- At denne tvangsutøvelsen kan utføres i brukers hjem. At kommunalt ansatte skal bistå i å utføre deler av tvangen. At etisk og juridisk vurdering/kompetanse av tvangsbruken er mangelfull fra spesialisthelsetjenesten.
- Hvor langt man kan gå med tvang i kommunalt lovverk. Det er liten forståelse fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder begrensninger innenfor det kommunale lovverket.
- Om det er forståelse hos både spesialisthelsetjeneste og politi, at kommunen bare kan legge til rette for botiltak, så ordner det meste seg. Men det gjør ikke det, fordi pasienten i et bofellesskap ikke kan pålegges noen form for tvang eller restriksjoner, og helse- og omsorgspersonellet, samt medboere/naboer/samfunnet rundt, store deler av tiden «går med livet i halsen». Flere vil heller ikke motta hjelp, eller bo i et bofellesskap, de ønsker å være frie, og gjøre som de vil, og heller få litt stell innimellom når de er klar for

dette. Dette fungerer dårlig for de personer som er til fare for seg selv, og ikke minst andre, i sin væremåte.

- Ansvar for personer på DOM som gjør vilkårsbrudd og utgjør en fare for omgivelsene. Ansvar for personer med alvorlig psykisk lidelse som på grunn av psykose utgjør en fare for vårt personell og medbeboere.

Det er også noen som er inne på at det kanskje akkurat er lovgivningen, men kanskje praksis rundt lovgivningen som er problemet:

- Det er kanskje ikke lovgivningen, men vel så mye praksis: Når en ikke har møtt til tid for injeksjon, skal da kommunen sørge for at vedkommende blir «funnet» og kjørt til spesialisthelsetjenesten? Når det blir utfordringer med symptomer på psykotisk atferd. Kan da spesialisthelsetjenesten si at de ikke har tid til å observere, og at kommunen får ordne det selv med fastlege, legevakt eller kommuneoverlege?

Dette henger også sammen med vurderingen av hvem som er utskrivningsklar:

*Alle tjenester i kommunen er etter frivillige paragrafer. Men ofte hevdes det at pasient er utskrivningsklar, men samtidig er det behov for at kommunen må levere tjenester som vi ikke har lov hjemler til å ivareta. Istedenfor at dette spiller inn på vurderingene knyttet til hvorvidt pasient er utskrivningsklar eller ikke, fører dette til at det hevdes at tjenestene i kommunen eller boligløsningene er «mangelfulle». Fra kommunens ståsted så blir dette å snu problemstillingen på hodet; For er egentlig pasient utskrivningsklar hvis de lovene vi skal forankre tjenestene våre i, ikke dekker pasientens behov? Vi opplever sjeldent disse diskusjonene som løsningsorienterte. Understreker i samme formulering at vi har enda større utfordringer med politiet på dette området.*

Dette er litt tydeligere nå, men det er fortsatt vanskelig å vite om det er slik at TUD fungerer godt dersom pasienten ønsker kommunale tjenester, eller om FACT fungerer godt fordi de kan bruke tvang jf. psykisk helsevernloven fordi de er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens kommunale ansatte ikke benytter noen form for tvang fordi det er frivillig å motta kommunale tjenester?

## 15.5 Oppsummering

Det er 74 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD, omtrent som i 2023 (75 prosent). Det er 61 prosent av de som har erfaring med TUD som oppgir at det har vært 1-3 pasienter på TUD som har mottatt kommunale tjenester, og 11 prosent svarer at det handler om 10-20 pasienter det siste året. Det er 244 av de 257 kommunene som har erfaring med TUD som har gitt et anslag på antallet. Basert på de 244 svarene, beregner vi at det totalt er 1826 TUD pasienter som har fått kommunale tjenester de siste 12 månedene på nasjonalt nivå i de 257 kommunene som oppgir at de har erfaring med TUD.

I 2022 var det 2982 pasienter i Norge totalt på TUD, så om vi beregner at det var omtrent 3000 TUD-pasienter i 2023, er det det rundt 60 prosent av TUD-pasientene som fikk kommunale tjenester i 2023.

Det er 85 prosent av de som har FACT-team som svarer at FACT følger opp personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Det er igjen 76 prosent av disse som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 24 prosent svarer at det fungerer middels. Det er kun 1 kommune som oppgir at FACT fungerer dårlig for TUD.

Det er 11 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD som kommer fra psykisk helsevern for voksne og 43 prosent svarer at de i noen grad har problemer. Det er ikke signifikante forskjeller mellom opptaksområdene for helseforetakene når vi kontrollerer for kommune-størrelse.

Mangel på tilrettelagt bolig med oppfølging er det som flest oppgir å være årsaken til problemene med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD (38 prosent). Dernest at personer på TUD avviser hjelp fra kommunen (26 prosent), at personer på TUD ikke vil ta medisinen sin (21 prosent) og at tvangslovgivningen tolkes forskjellig i kommunen og i spesialisthelsetjenesten (19 prosent).

Når vi spør konkret hva det er i tvangslovgivningen som tolkes forskjellig, er det gitt 65 beskrivelser. Det er få som nevner et spesielt lovverk eller noen paragrafer, det er mer generelt at spesialisthelsetjenesten og politi ikke forstår at det er frivillig å motta kommunale tjenester og at de kommunale tjenestene ikke kan gjøre det spesialisthelsetjenesten og politiet mener de skal gjøre. Problemene er litt tydeligere etter at vi har gått gjennom svarene grundigere, men det er fortsatt vanskelig å vite om det er slik at TUD fungerer godt dersom pasienten ønsker kommunale tjenester, eller om FACT fungerer godt fordi de kan bruke tvang jf. psykisk helsevernloven fordi de er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens kommunale ansatte ikke benytter noen form for tvang fordi det er frivillig å motta kommunale tjenester. Problemene oppstår sannsynligvis når det er andre enn FACT-teamet som skal følge opp TUD og pasienten ikke ønsker å kommunale tjenester. Kommunene har ikke hjemmel til å ta seg inn i boliger og gi tjenester pasienten ikke ønsker.

# 16 Veileder psykisk helsearbeid barn og unge

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet.

Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager, og deres familie, ved at kommuner:

- støtter opp om de arenaene som barn og unge og deres familie er på slik at de virker helsefremmende og forebyggende
- planlegger og utvikler psykisk helsetilbud
- tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging tilpasset behovene
- samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge.

Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (kapittel 2), står det:

- Kommunens ledelse skal sørge for at kommunen har oversikt over faktorer som påvirker oppvekstvilkår og den psykiske helsetilstanden til barn og unge i kommunen
- Kommunens ledelse skal sørge for at planer inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse
- Kommunens ledelse skal sørge for systematisk medvirkning fra barn, unge og deres foreldre ved planlegging og utvikling av helsefremmende tiltak og psykisk helsetilbud til barn og unge i kommunen

Om tidlig innsats og samarbeid i kommunen (kapittel 3), står det:

- Kommunens ledelse skal sørge for et tverrsektorielt samarbeid på systemnivå som legger til rette for samordnet hjelp til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og/eller som er utsatt for belastende livshendelser
- Kommunens ledelse bør sørge for en tilgjengelig oversikt over det helhetlige tilbudet til barn og unge og deres familier og sørge for at befolkningen og tjenestene vet hvor de tar kontakt når det oppstår en bekymring

Om helhetlig behandling og oppfølging i kommunen (kapittel 4) står det:

- Kommunen skal sørge for psykisk helsetjeneste til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser
- Kommunens psykiske helsetjeneste skal kartlegge hjelpebehovet hos barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser
- Kommunens psykiske helsetjeneste skal tilby behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser
- Kommunen skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud på individnivå til barn og unge med psykiske plager, rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser og som får oppfølging fra flere tjenester.

Det siste kapittelet i veilederen handler om koordinering mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge (kapittel 5):

- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal samarbeide på systemnivå for å legge til rette for samordnet hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som har behov for sammensatte tjenester

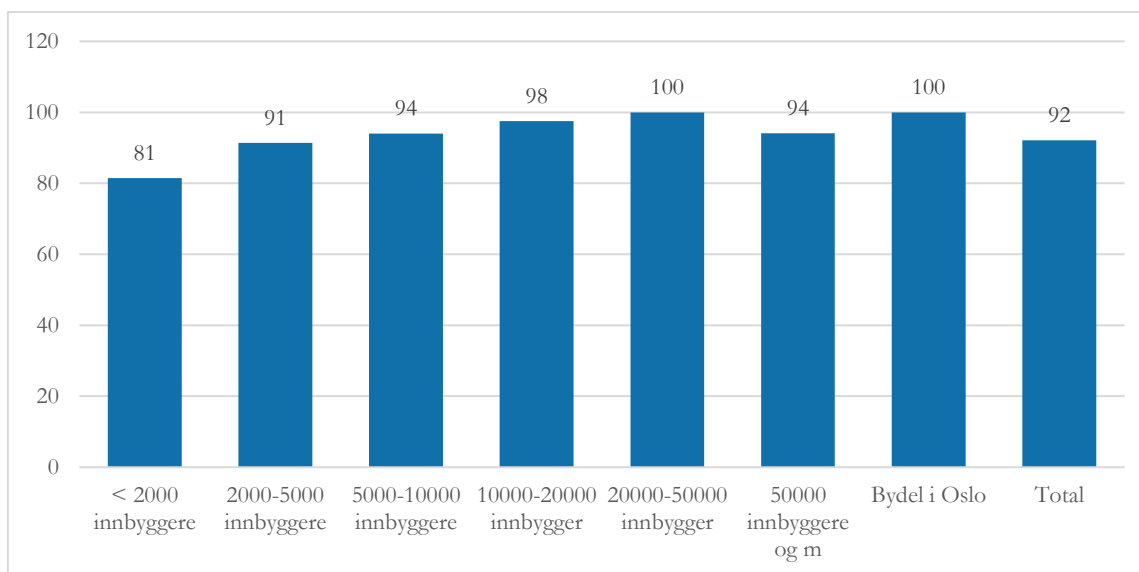
## 16.1 Kjennskap til den nye veilederen

Det er 92 prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med den nye veilederen.

Tabell 16.1 Om kommunen/bydelen har gjort seg kjent med ny nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge, 2024.

	Antall	Prosent
Ja	314	92
Nei	27	8
Total	341	100
Ikke oppgitt	32	

De minste kommunene har i litt mindre grad gjort seg kjent med veilederen, men det er ikke svært store forskjeller etter kommunistørrelse, se figur 16.1. Det er ingen forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunistørrelse.



**Figur 16.1** Prosent av kommunene som svarer at de har gjort seg kjent med den nye veilederen

## 16.2 Tverrfaglig psykisk helsetjeneste

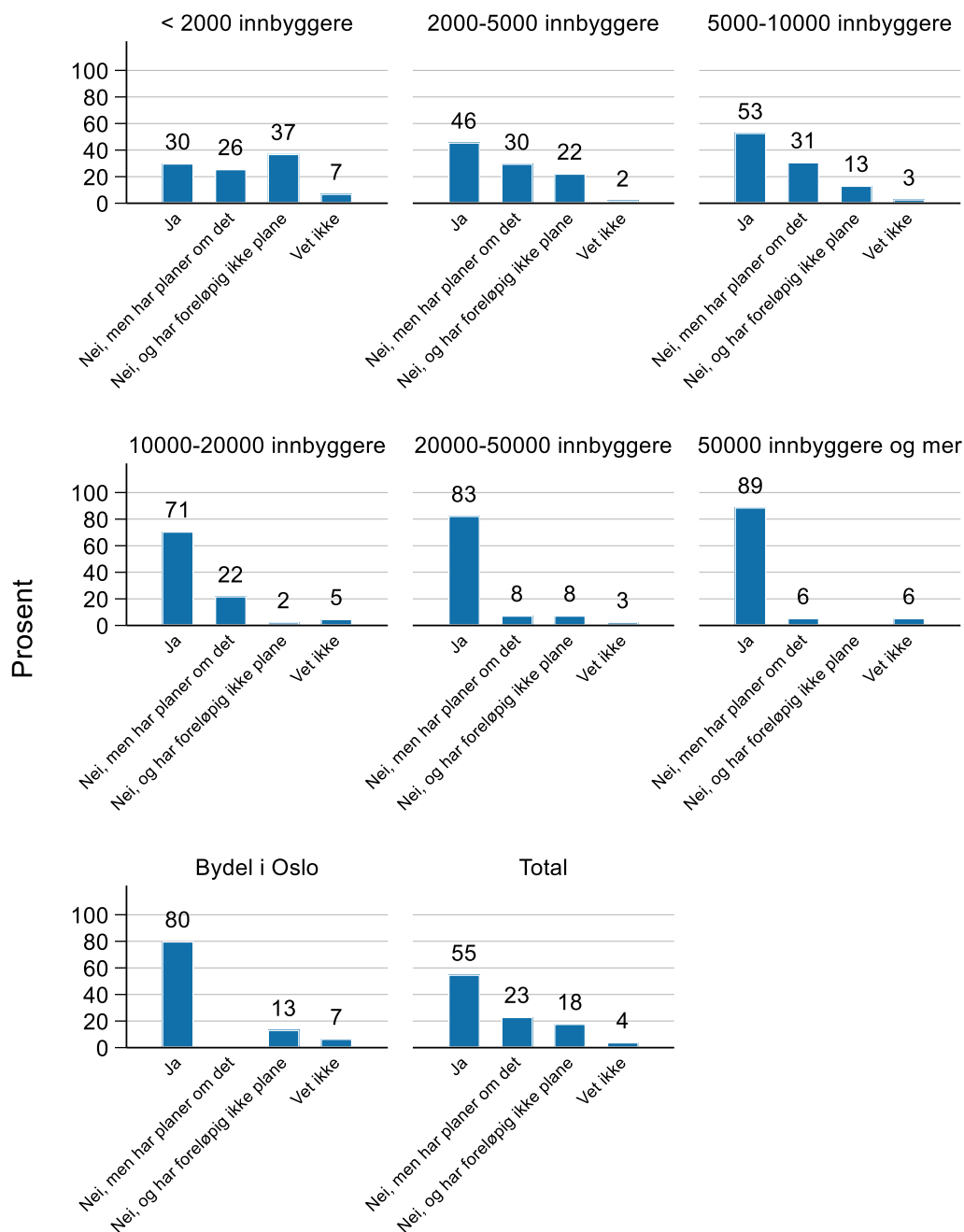
Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har tverrfaglig psykisk helsetjeneste (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen) som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (tabell 16.2).

Det er ytterligere 23 prosent som svarer at de har planer om det og 18 prosent som oppgir at de ikke har en slik tjeneste, og heller ikke foreløpig har planer om å etablere en slik tjeneste.

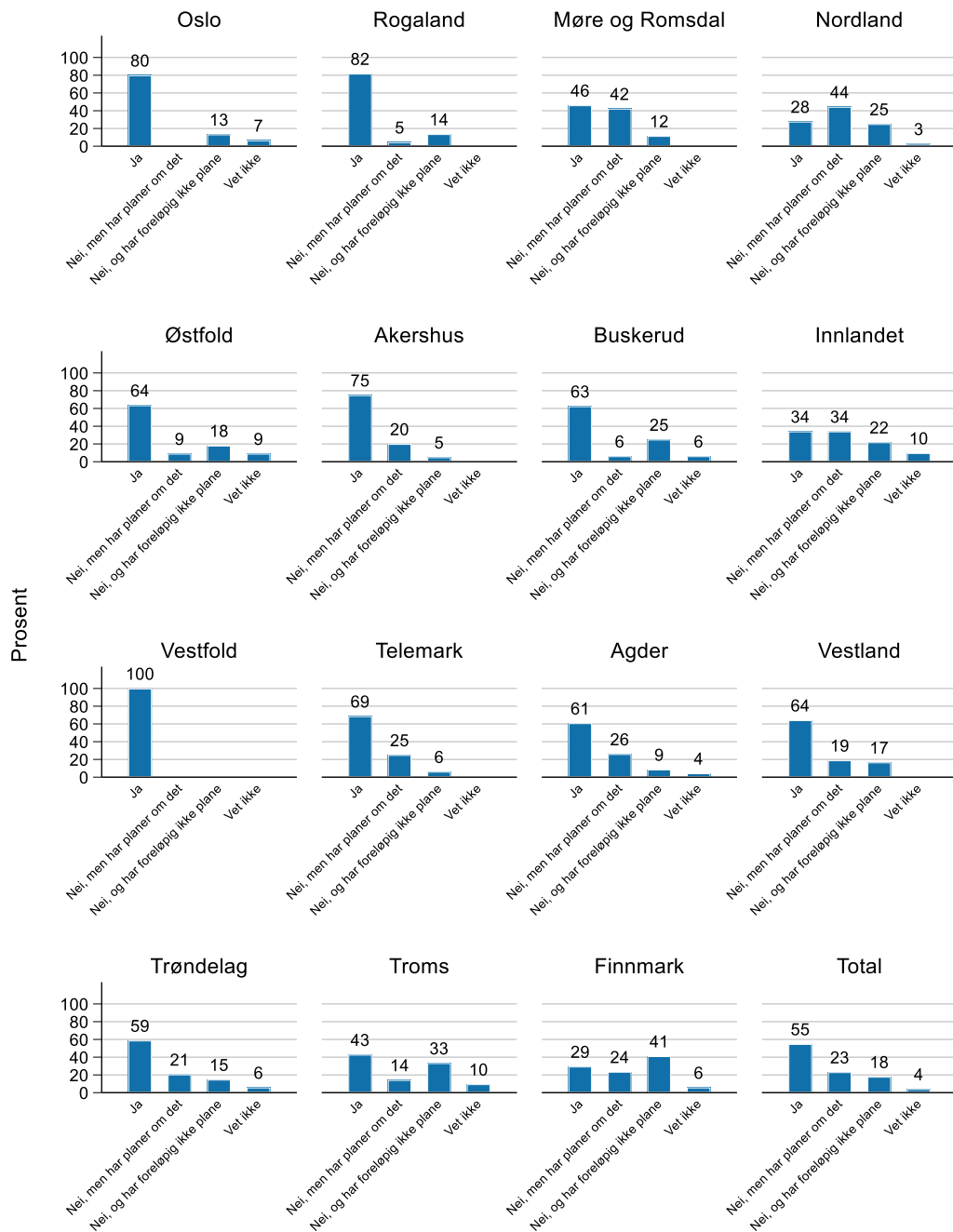
**Tabell 16.2** Om kommunen/bydelen har en tverrfaglig psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen), 2024.

	Antall	Prosent
Ja	190	55
Nei, men har planer om det	80	23
Nei, og har foreløpig ingen planer om det	62	18
Vet ikke	14	4
Totalt	346	100
Ikke oppgitt	27	

Som vist i figur 16.2, øker andelen som har etablert en tverrfaglig psykisk helsetjeneste med kommunistørrelsen, og det er flest blant de små kommunene som foreløpig ikke har planer om å etablere en slik tjeneste. Fylkesforskjeller er vist i figur 16.3.



**Figur 16.2** Om kommunen/bydelen har en tverrfaglig psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen). Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 16.3** Om kommunen/bydelen har en tverrfaglig psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen). Fylke, 2024.



Det er 170 av 190 som svarer ja som oppgir hvilken kompetanse ansatte har i denne tjenesten. Det er flest som nevner psykologer, sykepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer.

**Tabell 16.3** Hvilken kompetanse ansatte i den tverrfaglige psykiske helsetjenesten har

	Antall	Prosent
Psykolog	102	21
Sykepleier	89	18
Barnevernspedagog	69	14
Sosionom	64	13
Familieterapeut	49	10
Vernepleier	49	10
Helsesykepleier	23	5
Spesialpedagog	10	2
Ergoterapeut	9	2
Fysioterapeut	8	2
Miljøterapeut	7	1
Psykiater	5	1
Diakon/prest	2	0
Musikkterapeut, pedagog	2	0
Totalt	488	100

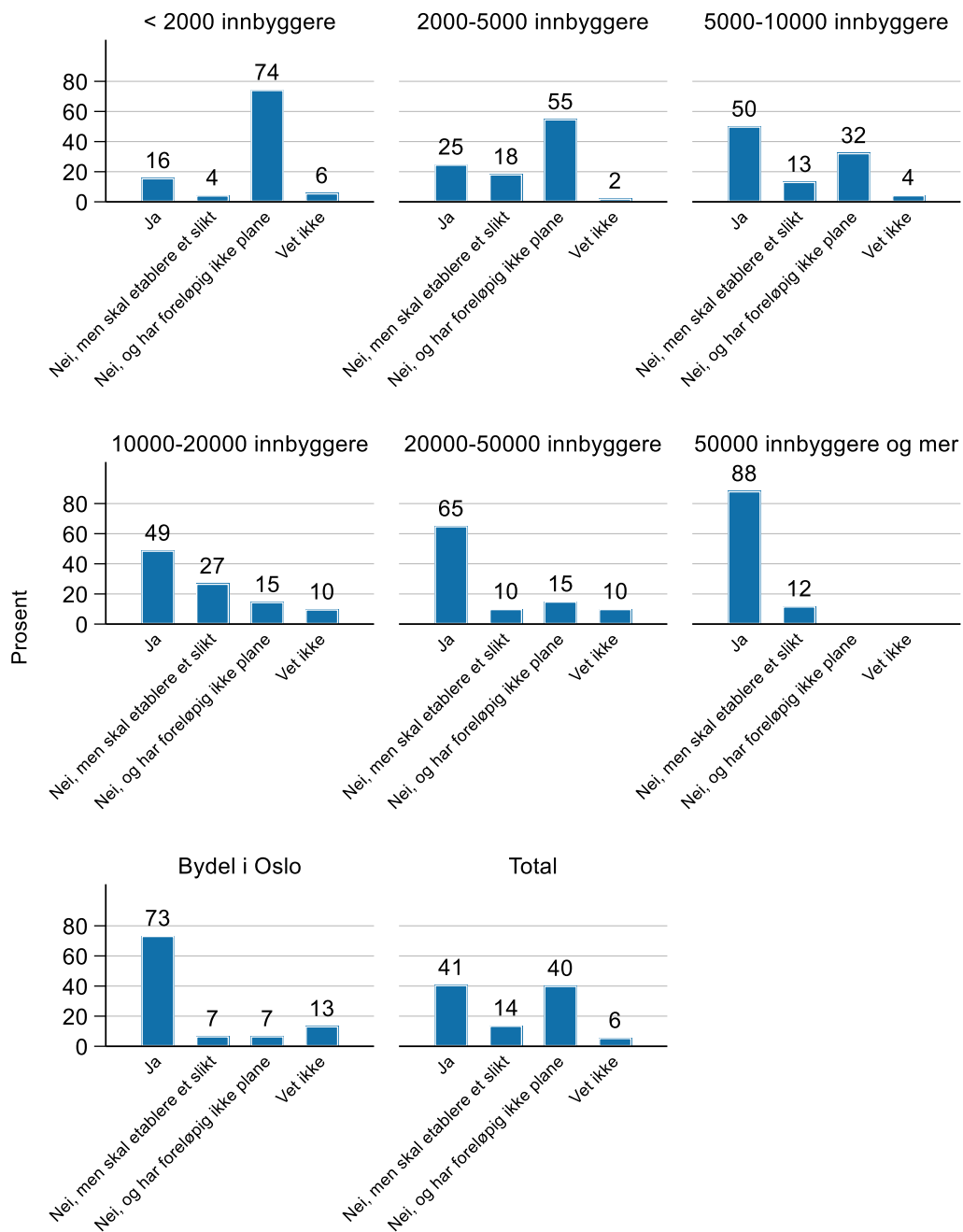
### 16.3 Tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer

Det er 41 prosent som svarer at de har et tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer og ytterligere 14 prosent som svarer at de skal etablere et slikt tilbud.

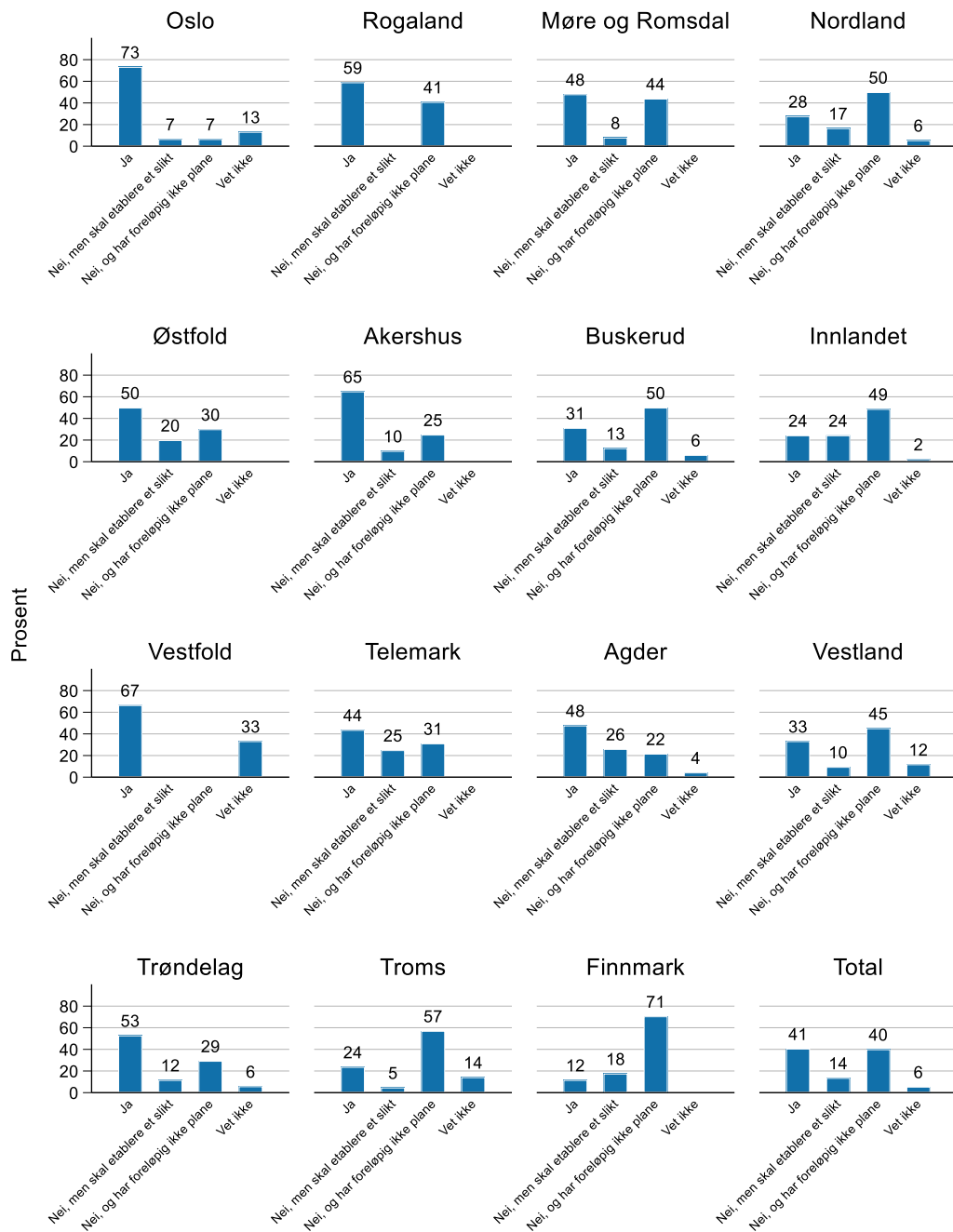
**Tabell 16.4** Om kommunen/bydelen har psykisk helsetilbud/tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer utover ordinære tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste og barneverntjeneste

	Antall	Prosent
Ja	140	41
Nei, men skal etablere et slikt tilbud	47	14
Nei, og har foreløpig ikke planer om å etablere et slikt tilbud	138	40
Vet ikke	19	6
Total	344	100
Ikke oppgitt	29	

Som vist i figur 16.4 er det en fallende andel som foreløpig ikke har planer om å etablere et slikt tilbud med økt kommunestørrelse. Forskjellene etter fylke er vist i figur 16.5.



**Figur 16.4** Om kommunen/bydelen har psykisk helsetilbud/tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer utover ordinære tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste og barneverntjeneste. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 16.5** Om kommunen/bydelen har psykisk helsetilbud/tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer utover ordinære tjenester som helsetasjons- og skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste og barneverntjeneste. Fylke, 2024.

Det er 134 som gir en beskrivelse av tilbudet. De vanligste er:

- Ruskonsulent/ruskoordinator
- Lavterskeltilbud
- Ungdomsteam/ungdomskontakt/skolelos
- SLT koordinatore
- Familieteam/veiledning
- Miljøteam
- Hasjavenningskurs

## 16.4 Planer med mål og strategier

Det er 44 prosent som svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, og ytterligere 30 prosent som svarer at de skal gjøre det.

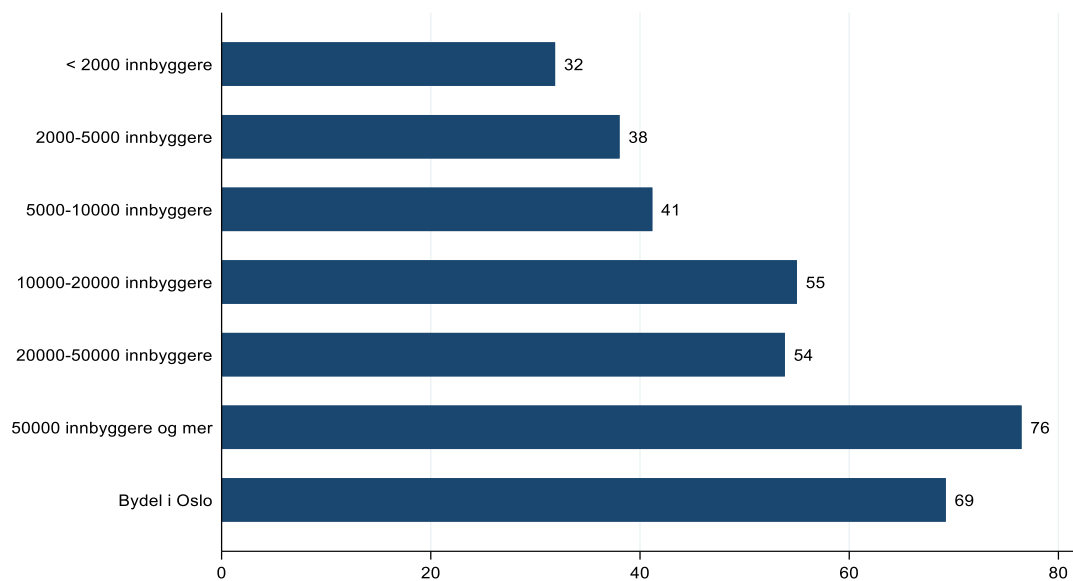
**Tabell 16.5 Om kommunen/bydelen har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, 2024.**

	Antall	Prosent
Ja	150	44
Nei, men skal gjøre det	101	30
Nei, og har foreløpig ikke planer om det	52	15
Vet ikke	37	11
Total	340	100

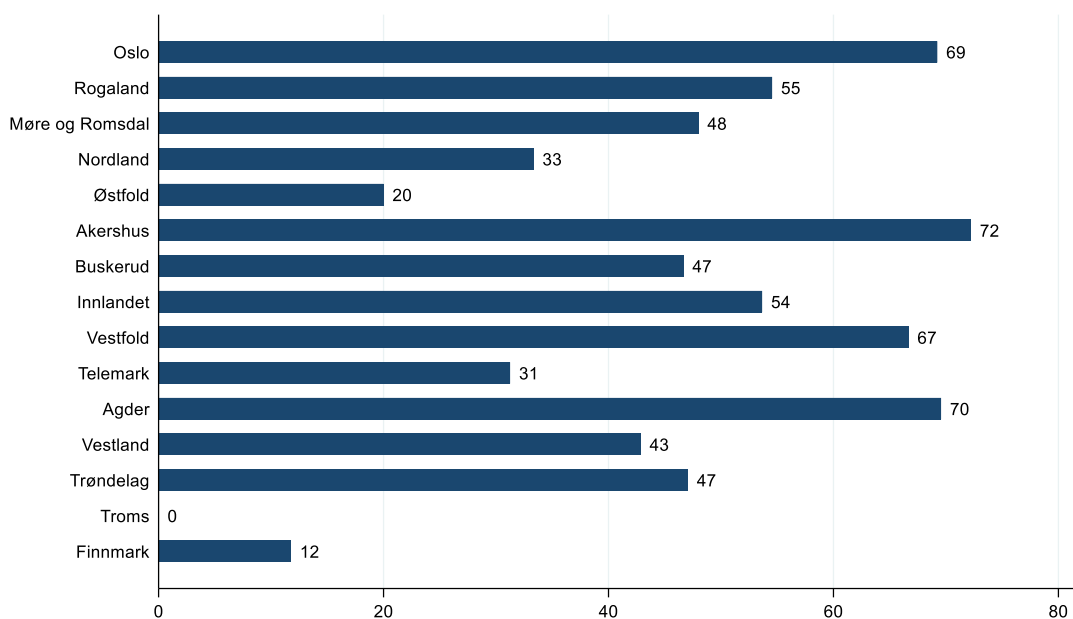
Det er signifikante forskjeller i andel som svarer ja etter kommunestørrelse, og også etter fylke selv om vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er færre blant de små kommunene som har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusproblemer (se figur 16.6).

Fylkesforskjellene er vist i figur 16.7, og det er særlig mange kommuner i Troms og Finnmark som manglet en slik plan på kartleggingstidspunktet.



**Figur 16.6** Prosent av kommunene som har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 16.7** Prosent av kommunene som har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer. Fylke, 2024.

## 16.5 Oppsummering

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet. Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager, og deres familie, ved at kommuner støtter opp om de arenaene som barn og unge og deres familie er på slik at de virker helsefremmende og forebyggende, planlegger og utvikler psykisk helsetilbud, tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging tilpasset behovene, og samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge.

I 2024 oppgir 92 prosent av kommunene at de har gjort seg kjent med den nye veilederen. De minste kommunene har i litt mindre grad gjort seg kjent med veilederen, men det er ikke svært store forskjeller etter kommunestørrelse og det er ingen forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er 55 prosent av kommunene som oppgir at de har tverrfaglig psykisk helsetjeneste (utenom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen) som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Det er ytterligere 23 prosent som svarer at de har planer om å opprette en slik tjeneste. Når vi spør om hvilke kompetanse som er i disse tjenestene, svarer de oftest psykologer, sykepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer.

Det er 41 prosent som svarer at de har et tilbud rettet mot begynnende rusmiddelproblemer og ytterligere 14 prosent som svarer at de skal etablere et slikt tilbud. I beskrivelser av tilbudet ser vi at det handler om at de har ansatt ruskonsulent/ruskoordinator, at de har ulike lavterskeltilbud, eller ungdomsteam/ungdomskontakt/skolelos, SLT-koordinatorer, familieteam, miljøteam og kurs eller programmer for avvenning.

44 prosent av kommunene svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, og ytterligere 30 prosent som svarer at de skal gjøre det.

## 17 Boligsituasjonen til målgruppene

Den nasjonale strategien for den sosiale boligpolitikken (2021 – 2024), «Alle trenger et trygt hjem», 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. I 2020 var det 3325 bostedsløse i Norge, og nye tall vil foreligge for 2024 til neste år<sup>163</sup>. Målet i strategien er at alle skal kunne skaffe seg, og beholde, en egnet bolig.<sup>v</sup> 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. 85 prosent av kommunene besvarte i 2022. De samme spørsmålene ble stilt i 2023, og da svarte 91 prosent av kommunene på disse. Da var det 7 prosent som oppga at boligsituasjonen for målgruppen innen psykisk helse er svært god, 36 prosent svarte at situasjonen er god, og omtrent like mange at den var middels (37 prosent). Det var dermed 20 prosent av kommunene/bydelen som meldte om at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid var dårlig eller svært dårlig i 2023. Den tilsvarende andelen i 2022 var 16 prosent. Det var noen færre som svarte at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid var svært god eller god (30 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (43 prosent), og hver tredje kommune svarte at situasjonen var dårlig eller svært dårlig innen kommunalt rusarbeid, som var en liten økning fra 29 prosent i 2022.

I 2024 har vi utvidet spørsmålene til også å gjelde personer med ROP-lidelser og volds- og sikkerhetsutfordringer.

---

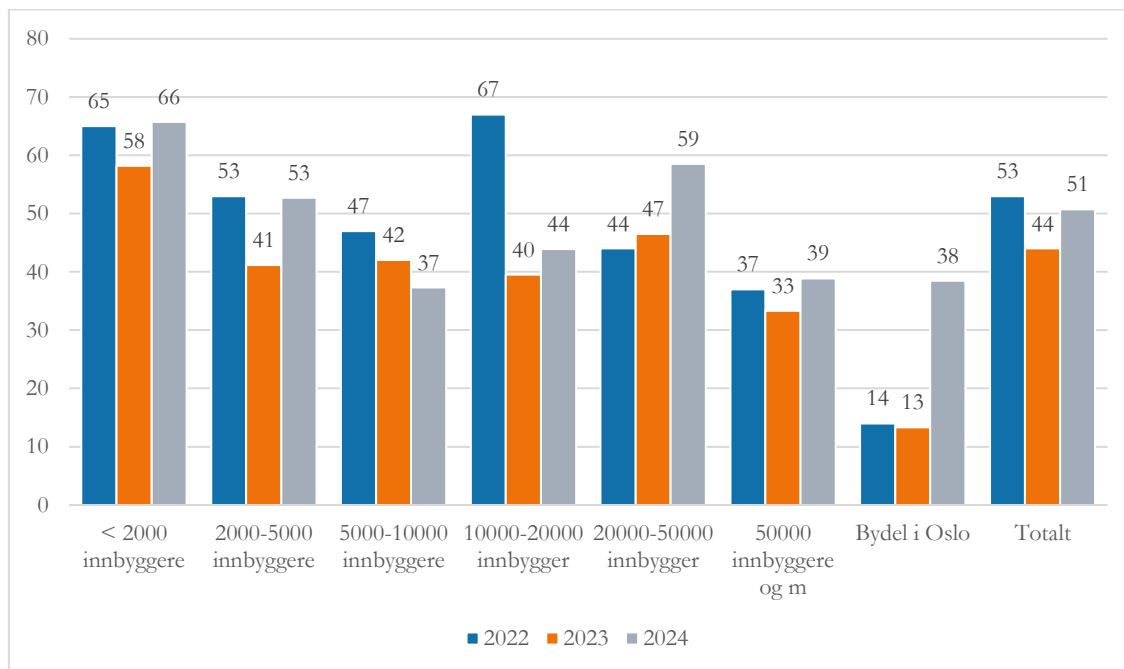
<sup>v</sup><https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonalt-strategi-for-den-sosiale-boligpolitikken-2021-2024/id2788470/>

## 17.1 Boligsituasjonen til personer med psykiske lidelser

Det er 92 prosent som svarer på spørsmålet om boligsituasjonen (n=343) i 2024, og som vist i tabell 17.1, er det 8 prosent som svarer at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er svært god, og 43 prosent svarer at situasjonen er god og 37 prosent at situasjonen er middels. Det er 12 prosent av kommunene/bydelene som melder om at dagens boligsituasjon for målgruppen innen kommunalt psykisk helsearbeid er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2023 var 20 prosent. Totalt sett betyr dette at det er en bedring i boligsituasjonen for personer med psykiske lidelser, det er flere kommuner som svarer at situasjonen er god, og færre som svarer at den er dårlig.

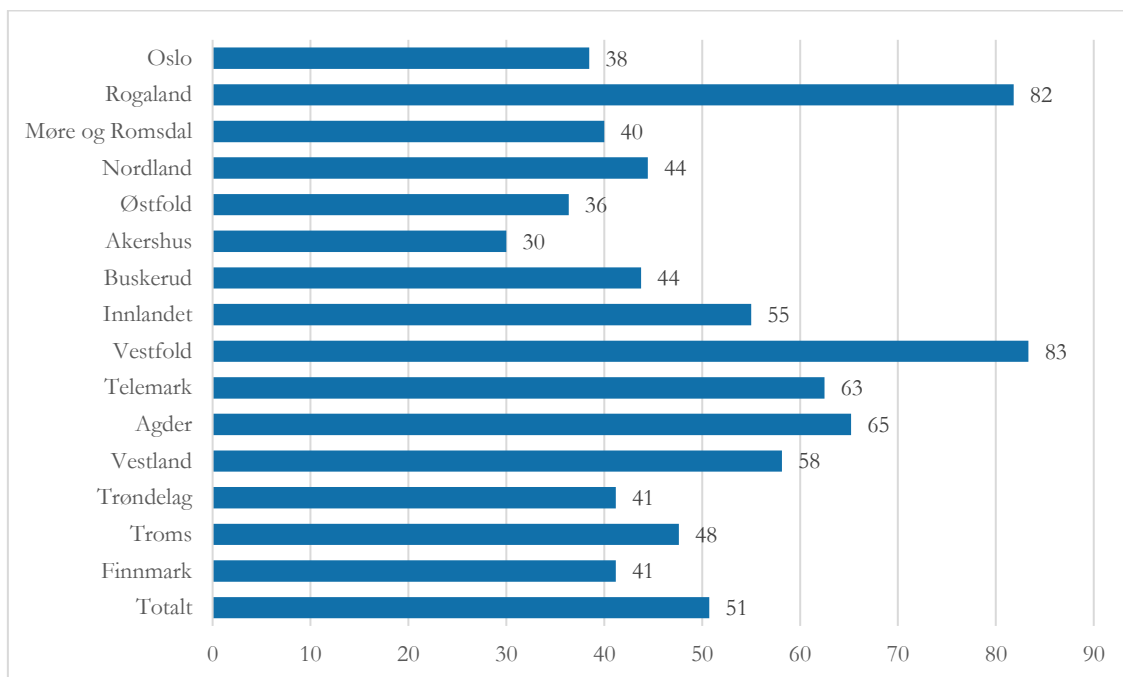
Tabell 17.1 Svar på hvordan dagens boligsituasjon er for personer med psykiske lidelser, 2022 - 2024.

	2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	32	10	24	7	27	8
God	135	42	124	36	147	43
Middels	99	31	127	37	128	37
Dårlig	42	13	53	16	33	10
Svært dårlig	10	3	12	4	8	2
Total	318	100	340	100	343	100



Figur 17.1 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for personer med psykiske lidelser er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2022 - 2024.





**Figur 17.2** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjonen for personer med psykiske lidelser er god eller svært god. Fylke, 2024.

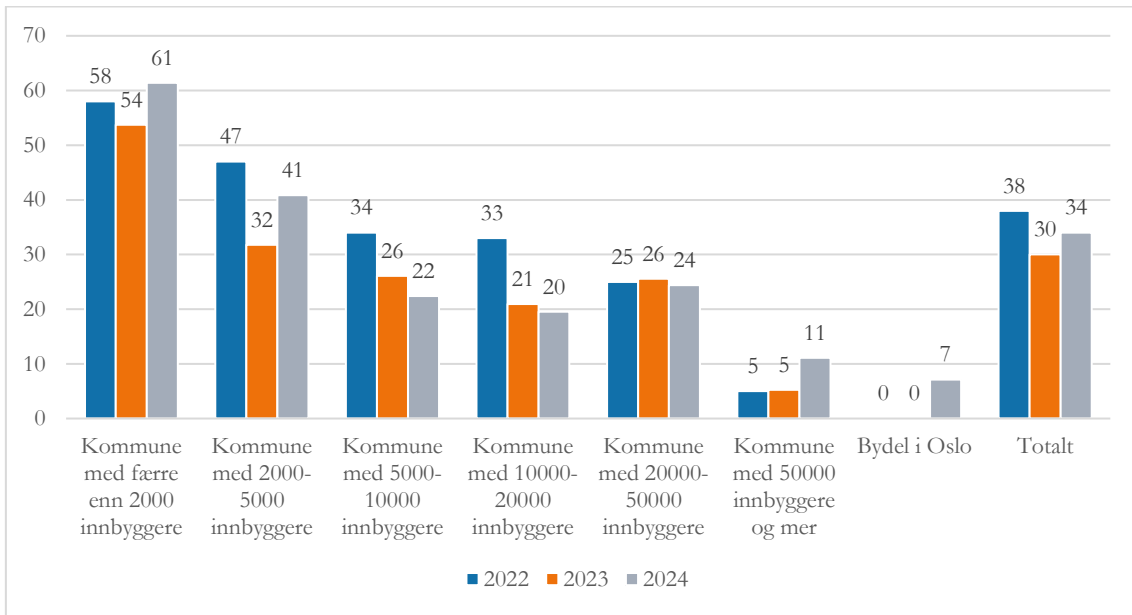
## 17.2 Boligsituasjonen for personer med rusmiddelproblemer

Som vist i tabell 17.2, er det færre som svarer at boligsituasjonen innen kommunalt rusarbeid er svært god eller god (34 prosent) enn innen psykisk helsearbeid (51 prosent), og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig for målgruppen. Bedringen er heller ikke like tydelig som for målgruppen med psykiske lidelser.

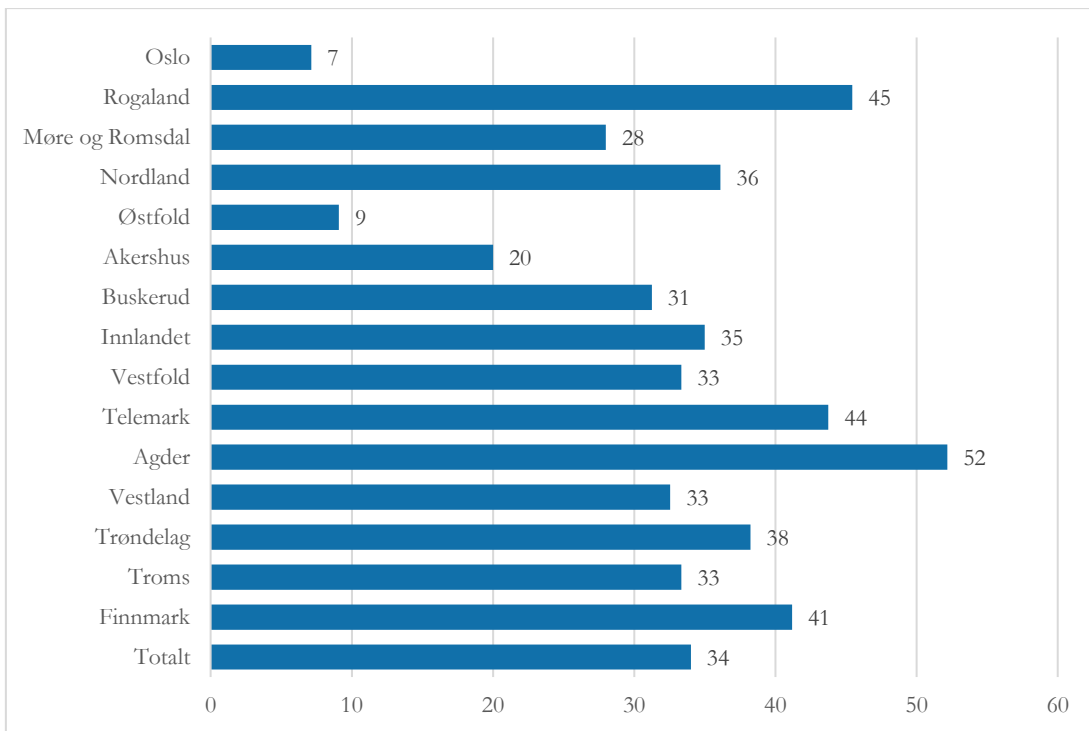
**Tabell 17.2** Svar på hvordan dagens boligsituasjon er for personer med rusmiddelproblemer er. 2022 - 2024.

	2022		2023		2023	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært god	29	9	19	6	20	6
God	91	29	83	24	97	28
Middels	106	33	127	37	127	37
Dårlig	66	21	81	24	74	22
Svært dårlig	25	8	31	9	26	8
Total	317	100	341	100	344	100

Det er tydelige forskjeller etter kommunestørrelse (se figur 17.3) og etter fylke (se figur 17.4).



**Figur 17.3** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer med rusmiddelproblemer er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2022 - 2024.



**Figur 17.4** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer med rusmiddelproblemer er god eller svært god. Fylke, 2024.

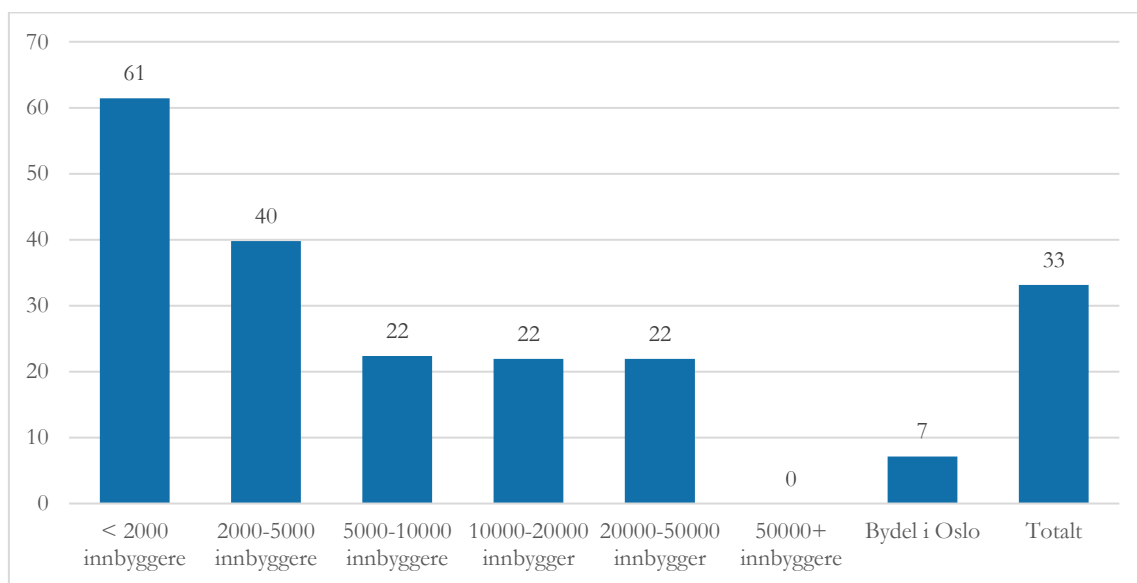
### 17.3 Boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser

Det er hver tredje kommune som svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god, og 36 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig i 2024.

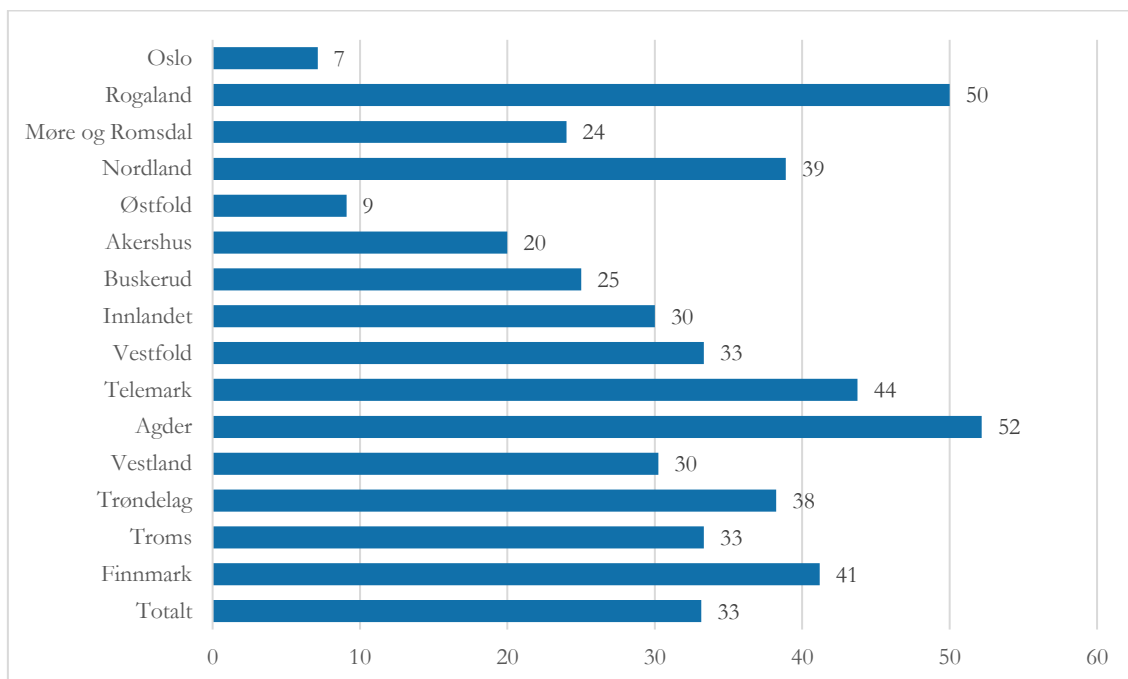
Tabell 17.3 Svar på hvordan dagens boligsituasjon er for personer ROP-lidelser, 2024

	Antall	Prosent
Svært god	22	6
God	92	27
Middels	107	31
Dårlig	88	26
Svært dårlig	35	10
Totalt	344	100

Det er flest som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god i de minste kommunene, men det er ikke en tydelig lineær sammenheng og det er ingen forskjeller i andelen mellom kommuner med 5000-10000, 10000-20000 og 20000-50000 innbyggere, se figur 17.5. Men det er ingen kommuner med over 50000 innbyggere som svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god. Det er kun én bydel i Oslo som svarer at boligsituasjonen er god for personer med ROP-lidelser (bydel Alna).



Figur 17.5 Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer ROP-lidelser er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 17.6** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer ROP-lidelser er god eller svært god. Fylke, 2024.

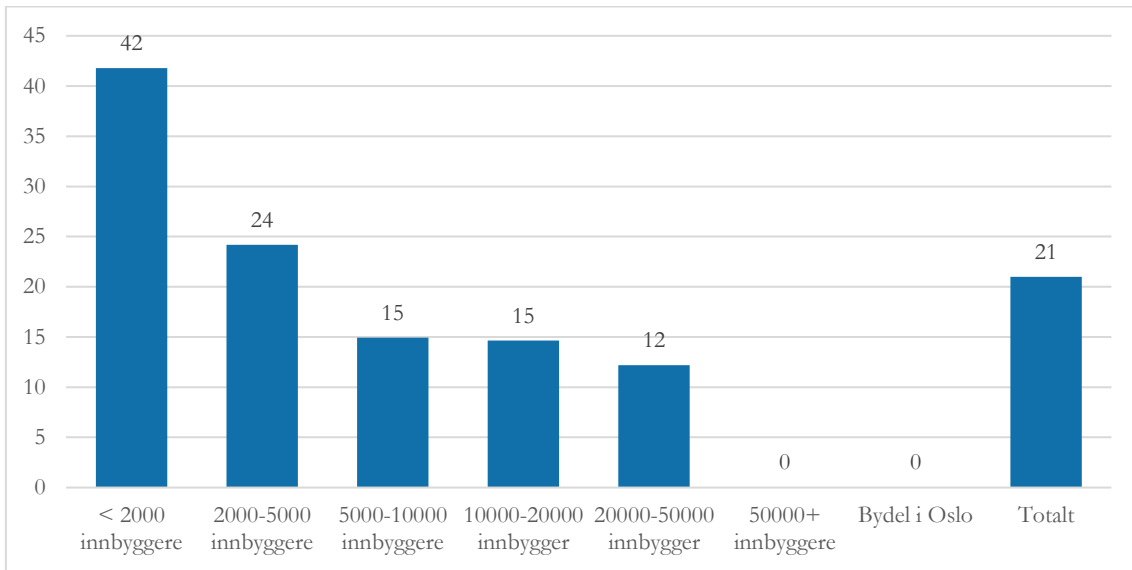
## 17.4 Boligsituasjonen for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer

Det er 21 prosent som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer, og 50 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig.

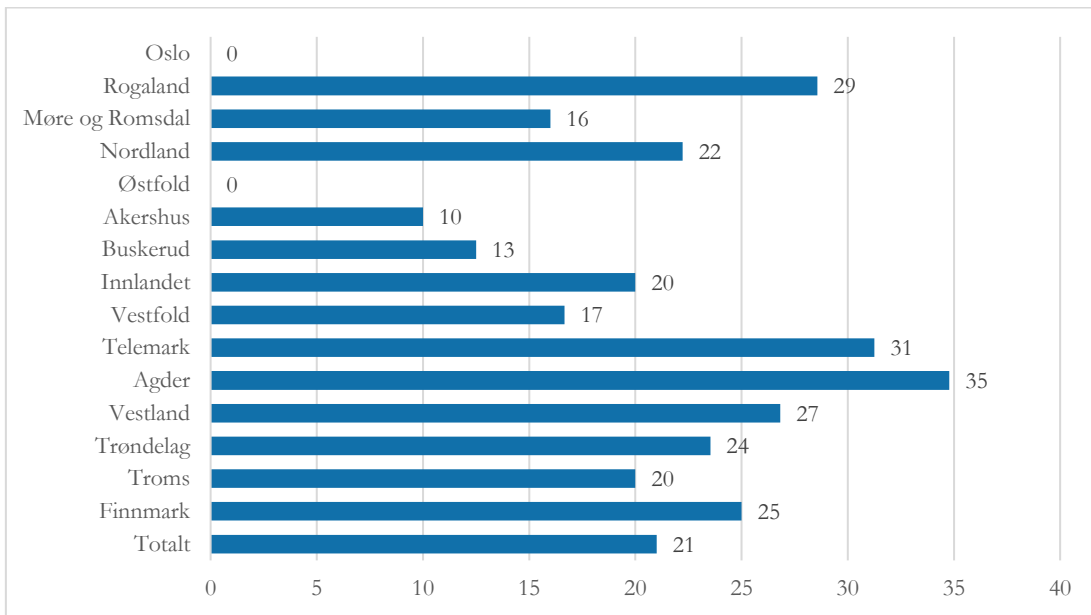
**Tabell 17.4** Svar på hvordan dagens boligsituasjon er for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer, 2024.

	Antall	Prosent
Svært god	16	5
God	55	16
Middels	98	29
Dårlig	110	33
Svært dårlig	59	17
Totalt	338	100

Andel som svarer at boligsituasjonen for denne målgruppen er god eller svært god, faller systematisk med økt kommunestørrelse. Det er ingen bydeler i Oslo eller kommuner med over 50000 innbyggere eller kommuner i Østfold som svarer at boligsituasjonen for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer er god.



**Figur 17.7** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer volds- og sikkerhetsutfordringer er god eller svært god. Kommunestørrelse, 2024.



**Figur 17.8** Prosent av kommunene som svarer at boligsituasjon for personer volds- og sikkerhetsutfordringer er god eller svært god. Fylke, 2024.

## 17.5 Oppsummering

Boligsituasjonen er kartlagt for personer med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer, ROP-lidelser og for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer.

Det er 92 prosent av kommunene/bydelen som svarer på spørsmålet om boligsituasjonen for disse målgruppene i 2024. Det er 51 prosent som svarer at dagens boligsituasjon personer med psykiske lidelser er god eller svært god, og 12 prosent svarer at dagens boligsituasjon for denne målgruppen er dårlig eller svært dårlig. Den tilsvarende andelen i 2023 var 20 prosent. Totalt sett betyr dette at det er en bedring i boligsituasjonen for personer med psykiske lidelser, fordi det er flere kommuner som svarer at situasjonen er god, og færre som svarer at den er dårlig.

Det er færre som svarer at boligsituasjonen er svært god eller god (34 prosent) for personer med rusmiddelproblemer og hver tredje kommune svarer at situasjonen er dårlig eller svært dårlig for målgruppen. Det er heller ikke en like tydelig bedring som for målgruppen med psykiske lidelser.

Hver tredje kommune svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god, og 36 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig i 2024. Det er flest som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god i de minste kommunene, men det er ikke en tydelig lineær sammenheng og det er ingen forskjeller i andelene mellom kommuner med mellom 5000 og 50000 innbyggere (22 prosent). Det er ingen kommuner med over 50000 innbyggere som svarer at boligsituasjonen for personer med ROP-lidelser er god eller svært god og det er kun én bydel i Oslo som svarer at boligsituasjonen er god for personer med ROP-lidelser.

Det er 21 prosent som svarer at boligsituasjonen er god eller svært god for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer, og 50 prosent som svarer at den er dårlig eller svært dårlig. Andel som svarer at boligsituasjonen for denne målgruppen er god eller svært god, faller systematisk med økt kommunestørrelse. Det er ingen bydeler i Oslo, kommuner med over 50000 innbyggere eller kommuner i Østfold som svarer at boligsituasjonen for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer er god.

## 18 Lavterskeltilbud og tilgjengelighet

I dette kapitlet undersøker vi om kommunene har tilgang på et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser (psykiatrisk legevakt eller liknende), og hvilket tilbud dette evt. er. Vi undersøker også om kommunene har tilbud som er tilgjengelig for personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid, og i helger utover legevakt og personell knyttet til boliger. Vi starter med RPH og andre lavterskeltilbud.

### 18.1 Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Det er 347 kommuner/bydeler (93 prosent) som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og som vist i tabell 18.1, er det 27 prosent av de som har svart som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det er 34 kommuner eller 10 prosent av de som har svart, som oppgir at RPH er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

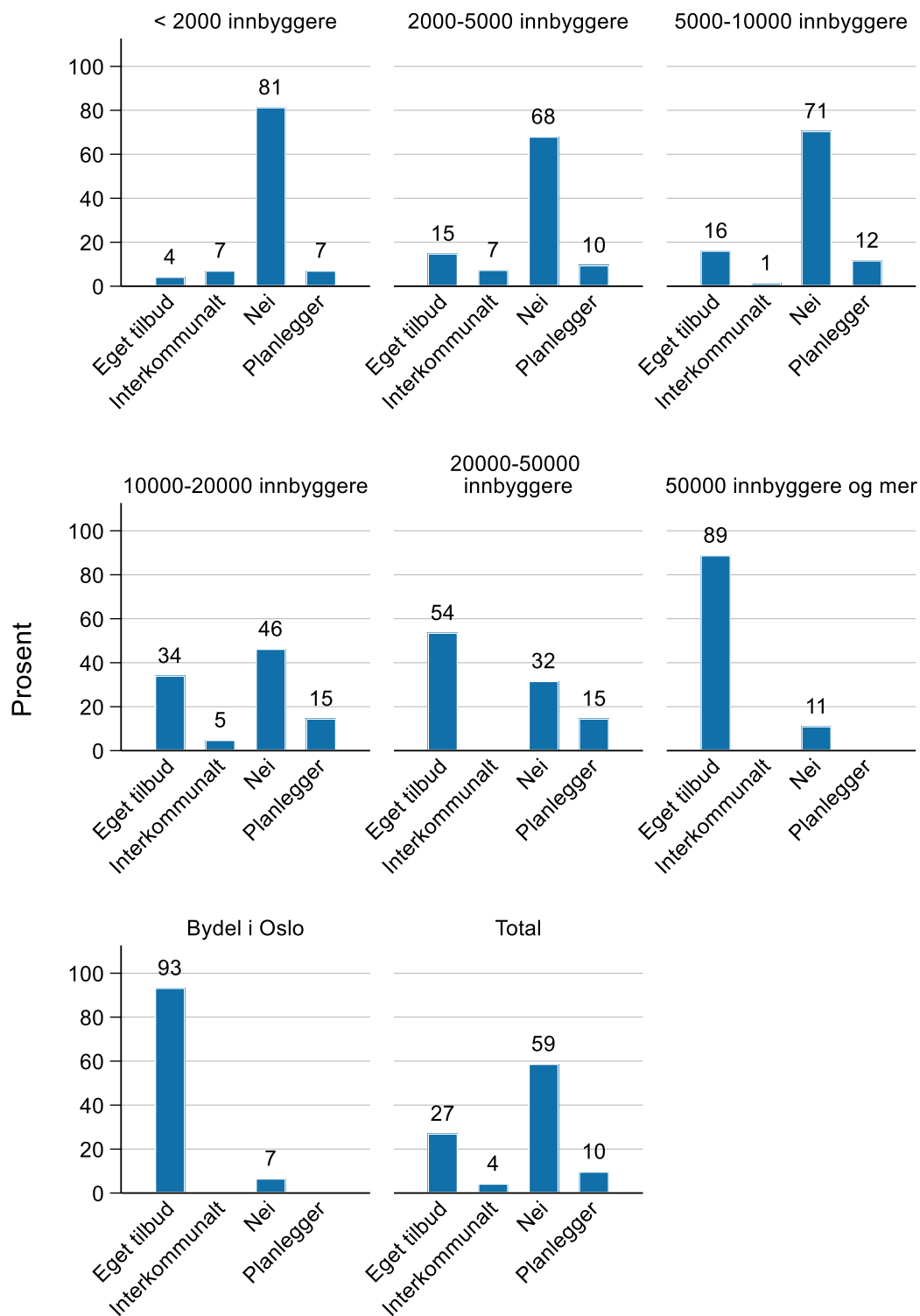
Tabell 18.1 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). 2022- 2024.

	2022		2023		2024	
	Totalt	Prosent	Totalt	Prosent	Totalt	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	79	25	89	26	94	27
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	10	3	13	4	15	4
Nei	188	59	202	59	204	59
Under planlegging	40	13	36	11	34	10
Antall svar	317	100	340	100	347	100

Det er 94 kommuner/bydeler som oppgir at de har etablert RPH.

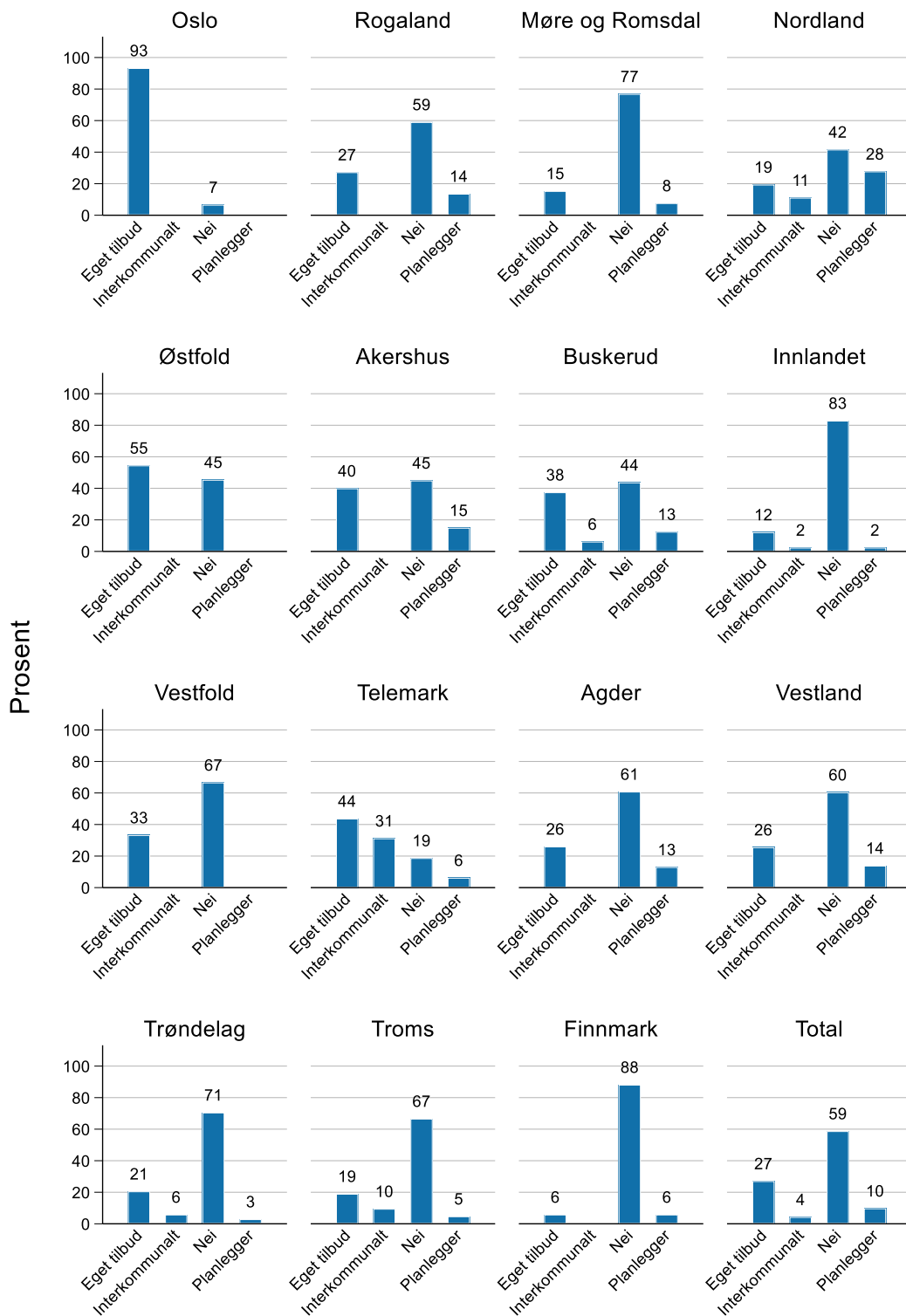
Som vist i figur 18.1 er det størst andel blant de minste kommunene som ikke har etablert RPH, og at det er ingen kommuner med flere enn 20000 innbyggere som har etablert RPH i et interkommunalt samarbeid.

Figur 18.2 viser forskjeller mellom fylker, og det er høyest andel kommuner som har RPH i Østfold (55 prosent), Telemark (44 prosent) og i Akershus (40 prosent) i tillegg til Oslo (93 prosent). Det er størst andel kommuner i Finnmark som ikke har RPH (88 prosent), i Innlandet (83 prosent) og i Møre og Romsdal (77 prosent).



Figur 18.1 Prosent av kommunene som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp. Kommunestørrelse, 2024.





Figur 18.2 Prosent av kommunene som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp. Fylke, 2024.

Vi har også spurt kommunene om hvor mange årsverk som er knyttet til Rask psykisk helsehjelp, og totalt rapporteres det om 368 årsverk i 2024, og dette utgjør en nedgang på 15 årsverk fra 2023.

## 18.2 Andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse

Tidligere ble det spurt felles for psykisk helse- og rus, men nå er det to ulike spørsmål.

Vi har her presisert i ledeteksten at med lavterskeltiltak mens tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Det er 60 prosent som oppgir at de har andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse i 2024, mens 2 prosent har et interkommunalt tilbud. Det er kun 1 kommune som oppgir at de kjøper tjenesten fra andre kommuner. Det er 6 prosent som svarer at et slikt tilbud er under planlegging.

**Tabell 18.2** Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse, 2024.

	2024	
	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	207	60
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2
Kjøper tjenesten fra annen kommune	1	0
Nei	112	32
Under planlegging	21	6
Total	347	100

Det er totalt 203 kommuner/bydeler som har oppgitt hvor mange årsverk de bruker på disse lavterskeltilbudene, og til sammen er det rapportert om 776 årsverk knyttet til slike lavterskeltiltak i 2024. I 2023 oppgav de totalt 666 årsverk knyttet til slike lavterskeltilbud og det er dermed en økning på 110 årsverk (17 prosent).

Det er 195 kommuner/bydeler som beskriver tilbudet. Flere beskriver at tilbudet de har likner på RPH, men at de tar imot andre brukergrupper i tillegg. Noen oppgir at alle innbyggerne kan ta kontakt, mens andre sier at tilbudet er tilgjengelig for personer over 18 år.

- Tjenesten er et lavterskeltilbud for samtaler og oppfølging
- Ulike aktivitetssentre og møteplasser, turgrupper og treningsgrupper
- Frisklivssentraler (trening, kosthold, røykeslutt m.m.)
- Kurs i KID og KIB, stressmestring, søvnkurs og andre mestringskurs

- Assistert selvhjelp
- Lavterskeltilbud for barn og unge (ungdomsklubber, helsestasjon, etc.).
- Drop-in timer for samtaler uten behov for henvisning
- Kognitiv terapi og andre former for samtaleterapi

### 18.3 Andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid

Det er 48 prosent som svarer at de har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid.

Tabell 18.3 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid, 2024.

	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	167	48
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2
Kjøper tjenesten fra annen kommune	1	0
Nei	150	43
Under planlegging	22	6
Total	346	100

Her oppgis blant annet følgende tilbud:

- Støttesamtaler, terapeutiske samtaler, råd og veiledning, og individuell oppfølging
- Sosiale aktiviteter, turgrupper og treningsgrupper
- Utlevering av brukerutstyr og Nalokson for overdoseforebygging
- Lavterskel helsestasjon
- Væresteder med mulighet for dusj, klesvask og mat
- Mestringskurs og selvhjelpsgrupper
- Oppsøkende tjenester og ambulante team
- Boligsosialt arbeid og praktisk bistand

Det er 163 kommuner som oppgir hvor mange årsverk det er i disse tjenestene, og totalt rapporteres det om 603 årsverk. Sannsynligvis vil dette i en del tilfeller være de samme årsverkene som er rapportert til målgruppen innen psykisk helse.

Kommunene har i 2024 også svart på hvor stor andel av årsverk i lavterskeltilbudene som går til ulike gruppetilbud. Som vist i tabell 18.4 anslår de minste kommunene at under 10 prosent går til gruppetilbud, kommuner mellom 2000 og 10000 innbyggere anslår 10-20

prosent, mens de med 10000-20000 anslår 10-25 prosent. Høyest ligger de med over 50000 innbyggere utenom Oslo, med anslag på 25 – 30 prosent.

**Tabell 18.4 Anslag på hvor stor andel av årsverkene innen lavterskeltiltak som går til ulike gruppetilbud, 2024**

	Basert på median	Basert på gjennomsnitt
< 2000 innbyggere	Ingen	5-10%
2000-5000 innbyggere	10%	20%
5000-10000 innbyggere	10%	20%
10000-20000 innbyggere	10%	25%
20000-50000 innbyggere	20%	25%
50000 innbyggere og mer	25%	35%
Bydel i Oslo	20%	25%

Tabell 18.5 viser kombinasjoner av ulike tilbud, og det er 25 prosent av kommunene/bydelene som hverken har RPH, lavterskeltilbud innen psykisk helse eller lavterskeltilbud innen rus.

**Tabell 18.5 Kombinasjoner av lavterskeltilbud, 2024**

	Antall	Prosent
Har ingen av tjenestene	85	25
Har ikke RPH, men lavterskeltiltak både innen psykisk helse og rus	84	24
Har både RPH, lavterskel psykisk helse og lavterskel rus	59	17
Har kun lavterskel psykisk helse	49	14
Har RPH og lavterskel psykisk helse	20	6
Har kun RPH	19	5
Har kun lavterskel rus	19	5
Har RPH og lavterskel rus	11	3
Totalt	346	100

## 18.4 Tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser

Som vist i tabell 8.6, var det 28 prosent av kommunene/bydelene som hadde et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser på plass i 2024, og andelen i 2023 var 23 prosent. Det er økning i alle kommunegrupper, med unntak av de med 50 000 innbyggere eller mer, der det er to færre kommuner som svarer at de har tilbud i 2024 enn i 2023.

**Tabell 18.6** Antall og prosent som svarer på om kommunen/bydelen har tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser.

	2023				2024			
	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	12	59	71	17	16	54	70	23
2000-5000	17	71	88	19	20	74	94	21
5000-10000	17	52	69	25	23	43	66	35
10000-20000	6	37	43	14	8	33	41	20
20000-50000	7	36	43	16	11	30	41	27
50000 og større	6	13	19	32	4	14	18	22
Bydeler i Oslo	14	1	15	93	13	1	14	93
<b>Totalt</b>	<b>79</b>	<b>269</b>	<b>348</b>	<b>23</b>	<b>95</b>	<b>249</b>	<b>344</b>	<b>28</b>

Omtrent som i 2023, beskrives følgende tilbud i 2024:

- Ulike ambulante akutt-team fra spesialisthelsetjenesten
- Vanlig legevakt
- Psykiatrisk legevakt
- Kriseteam, kommunale og interkommunale
- Interkommunal legevakt på ettermiddag, natt og helg
- Livskrisetelefon
- Kriseplasser på kommunale tilbud
- Korttidsplass på sykehjem
- Ø-hjelps seng
- Ø-hjelpstime på DPS
- Brukerstyrte senger

## 18.5 Tilbud tilgjengelig på ettermiddags- og kveldstid

Det er en liten økning i andel kommuner som har tilbud tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid fra 42 prosent i 2023 til 47 prosent i 2024 (se siste rad i tabell 18.7). Det er økning i alle kommunestørrelsesgrupper, med unntak av bydeler i Oslo og kommuner med færre enn 2000 innbyggere, der det ikke er noen endring fra 2023 til 2024.

**Tabell 18.7** Antall og prosent som svarer på om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags og kveldstid, kommunestørrelse, 2023 og 2024.

	2023				2024			
	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	21	49	70	30	21	49	70	30
2000-5000	25	63	88	28	34	60	94	36
5000-10000	24	45	69	35	30	36	66	45
10000-20000	22	20	42	52	22	19	41	54
20000-50000	28	15	43	65	28	13	41	68
50000 og større	15	4	19	79	16	2	18	89
Bydeler i Oslo	11	3	14	79	11	3	14	79
Totalt	146	199	345	42	162	182	344	47

**Tabell 18.8** Antall og prosent som svarer på om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags og kveldstid, fylke, 2024.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	11	3	14	79
Rogaland	13	9	22	59
Møre og Romsdal	7	19	26	27
Nordland	12	24	36	33
Østfold	7	4	11	64
Akershus	10	10	20	50
Buskerud	11	5	16	69
Innlandet	13	27	40	33
Vestfold	4	2	6	67
Telemark	9	7	16	56
Agder	11	11	22	50
Vestland	21	22	43	49
Trøndelag	15	19	34	44
Troms	11	10	21	52
Finnmark	7	10	17	41
Total	162	182	344	47

Vi har også spurt hvilke tjenester dette er, og en gjennomgang av svarene viser at dette for eksempel er:

- Ambulante/ambulerende team (akutt, miljøtjeneste, hjemmetjeneste)
- Døgnbemannet ROP-tjeneste/team/feltteam
- FACT-team
- Døgnbemannet bolig/rus- og psykiatritjeneste
- Hjemmetjeneste/hjemmesykepleie
- Telefontjenester (krisetelefon, mestringstelefon, RPH-telefon)
- Lavterskeltilbud
- Utekontakter, barnevernsvakt, miljøarbeid

## 18.6 Tilbud tilgjengelig i helger

Det er 42 prosent av kommunene/bydelene (n=145) som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Det er en liten økning fra 38 prosent i 2023. Andelen øker med kommunestørrelse, men det er mange av de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud, se tabell 18.9.

**Tabell 18.9** Antall og prosent av kommunene som har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Kommunestørrelse, 2023 og 2024.

	2023				2024			
	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
<2000	17	53	70	24	19	51	70	27
2000-5000	26	63	89	29	29	65	94	31
5000-10000	22	47	69	32	26	40	66	39
10000-20000	17	25	42	40	21	20	41	51
20000-50000	24	19	43	56	26	15	41	63
50000 og større	15	4	19	79	15	3	18	83
Bydeler i Oslo	10	5	15	67	9	5	14	64
Total	131	216	347	38	145	199	344	42

Andelen er særlig lav i Nordland (17 prosent) og i Møre og Romsdal (23 prosent), se tabell 18.10.

**Tabell 18.10** Antall og prosent av kommunene som har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Fylke, 2024.

	Ja	Nei	Total	Andel (%) ja
Oslo	9	5	14	64
Rogaland	14	8	22	64
Møre og Romsdal	6	20	26	23
Nordland	6	30	36	17
Østfold	6	5	11	55
Akershus	8	12	20	40
Buskerud	11	5	16	69
Innlandet	11	29	40	28
Vestfold	4	2	6	67
Telemark	8	8	16	50
Agder	9	13	22	41
Vestland	19	24	43	44
Trøndelag	16	18	34	47
Troms	10	11	21	48
Finnmark	8	9	17	47
Total	145	199	344	42

Vi har videre spurt om hvilke tjenester dette er, og fra svarene finner vi at dette i stor grad er de samme som tilbudene som er tilgjengelig på ettermiddag- og kveldstid.

## 18.7 Informasjon om tilbud og åpningstider på kommunens nettsider

Som vist i nederste rad i tabell 18.11 er det 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller i andelen mellom kommuner av ulik størrelse (tabell 18.11) eller mellom fylker (tabell 18.12).



**Tabell 18.11** Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider, kommunistørrelse.

	2023					2024				
	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Andel (%) ja	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Andel (%) ja
<2000	58	10	2	70	83	59	10	1	70	84
2000-5000	80	5	3	88	91	84	9	1	94	89
5000-10000	62	4	3	69	90	62	4	0	66	94
10000-20000	36	4	3	43	84	37	2	2	41	90
20000-50000	41	2	0	43	95	37	2	2	41	90
50000 og større	18	1	0	19	95	18	0	0	18	100
Bydeler i Oslo	13	2	0	15	87	10	2	2	14	71
Total	308	28	11	347	89	307	29	8	344	89

**Tabell 18.12** Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider, fylke.

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Prosent ja
Oslo	10	2	2	14	71
Rogaland	22	0	0	22	100
Møre og Romsdal	26	0	0	26	100
Nordland	30	5	1	36	83
Østfold	8	2	1	11	73
Akershus	18	1	1	20	90
Buskerud	14	1	1	16	88
Innlandet	39	1	0	40	98
Vestfold	5	1	0	6	83
Telemark	15	1	0	16	94
Agder	21	1	0	22	95
Vestland	40	3	0	43	93
Trøndelag	28	6	0	34	82
Troms	18	2	1	21	86
Finnmark	13	3	1	17	76

## 18.8 Oppsummering

Det er 93 prosent som har svart på spørsmålet om de har etablert RPH, og 27 prosent (94 kommuner/bydeler) av disse som oppgir at de har etablert et eget tilbud, mens fire prosent har etablert et interkommunalt tilbud. Det i tillegg 34 kommuner (10 prosent av de som har svart) som oppgir at RPH er under planlegging. Det er fortsatt 59 prosent som svarer at de ikke har RPH.

I 2024 rapporteres det om 368 årsverk i RPH, og dette utgjør en nedgang på 15 årsverk fra 2023.

Vi har presisert i ledeteksten at med lavterskeltiltak menes tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Det er 60 prosent som oppgir at de har egne lavterskeltilbud utenom RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse i 2024, mens 2 prosent har et interkommunalt tilbud. Det er kun 1 kommune som oppgir at de kjøper tjenesten fra andre kommuner. Det er 6 prosent som svarer at et slikt tilbud er under planlegging. Til sammen er det rapportert om 776 årsverk knyttet til slike lavterskeltiltak i 2024. Flere beskriver at tilbudet de har likner på RPH, men at de tar imot andre brukergrupper i tillegg. Noen oppgir at alle innbyggerne kan ta kontakt, mens andre sier at tilbudet er tilgjengelig for personer over 18 år. Det kan også være ulike aktivitetssentre og møteplasser, frisklivssentraler, kurs i KID og KIB, stressmestring, søvnkurs og andre mestringskurs, assistert selvhjelp eller kognitiv terapi eller andre former for samtaleterapi.

Det er 48 prosent som svarer at de har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid. Dette kan være støttesamtaler, terapeutiske samtaler, råd og veiledning, og individuell oppfølging, sosiale aktiviteter, turgrupper og treningsgrupper, utlevering av brukerutstyr og Nalokson for overdoseforebygging, lavterskel helsestasjon, ulike væresteder, mestringskurs, selvhjelpsgrupper, oppsøkende tjenester og ambulante team eller boligsosialt arbeid og praktisk bistand. Totalt rapporteres det om 603 årsverk i disse tjenesten. Sannsynligvis vil dette delvis være de samme årsverkene som er rapportert til målgruppen innen psykisk helse.

Det er 25 prosent av kommunene/ bydelene som hverken har RPH, lavterskeltilbud innen psykisk helse eller lavterskeltilbud innen rus og det er 24 prosent som ikke har RPH men andre lavterskeltiltak både innen psykisk helse og rus.

Kommunene har i 2024 også svart på hvor stor andel av årsverk i lavterskeltilbudene som går til ulike gruppetilbud. De minste kommunene anslår at under 10 prosent går til gruppetilbud, kommuner mellom 2000 og 10000 innbyggere anslår 10-20 prosent, mens de med 10000-20000 anslår 10-25 prosent. Høyest ligger de med over 50000 innbyggere utenom Oslo, med anslag på 25 – 30 prosent. Anslaget for Oslo er 20-25 prosent.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser på plass i 2024, og andelen

i 2023 var 23 prosent. Tilbudene som beskrives er vanlig legevakt, ulike ambulante akuttteam, kriseteam, livskrisetelefon, psykiatrisk legevakt, korttidsplass på sykehjem, Ø-hjelpsseng mv.

Det er en liten økning i andel kommuner som har tilbud tilgjengelig for målgruppen på ettermiddags- og kveldstid fra 42 prosent i 2023 til 47 prosent i 2024. Dette kan være ambulante/ambulerende team (akutt, miljøtjeneste, hjemmetjeneste), døgnbemannet ROP-tjeneste, FACT-team, døgnbemannet botilbud, telefontjenester, utekontakter mv.

Det er 42 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger). Det er en liten økning fra 38 prosent i 2023. Andelen øker med kommunistørrelse, men det er mange av de mellomstore kommunene som fortsatt ikke har tjenester tilgjengelig i helger utover legevakt og boligtilbud. Vi har også spurt om hvilke tjenester dette er, og fra svarene finner vi at dette i stor grad er de samme som tilbudene som er tilgjengelig på ettermiddag- og kveldstid.

Det er 89 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke betydelige forskjeller i andelen mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker.

## 19 Samarbeid med fastleger

Kommunene rapporterer ikke på fastlegeårsverk i IS-24/8, da det finnes god statistikk om fastlegene i offentlige registre i NAV og SSB. 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
- Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det
- Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Fastlegene er våre viktigste støttespillere
- Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

Svarfordelingen for disse påstandene kan vi se på over tid fra 2012 til 2024. I 2012 ble det kun spurt om psykisk helsearbeid, men i 2018, 2022, 2023 og 2024 ble det spurt om psykisk helse- og rusarbeid. I tillegg er følgende to spørsmål tatt med:

- 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?

## 19.1 Fastlegenes henvisningspraksis til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Som vist i tabell 19.1, er det mange som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser voksne til psykisk helse- og rusarbeid (82 prosent), og det er stabile tall når vi ser på andel som svarer i stor eller svært stor grad gjennom hele perioden.

I 2024 er det 27 prosent som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen når det gjelder barn og unge. I 2023 var andelen 44 prosent. Det var 19 prosent som svarte at fastlegene i liten eller svært liten grad henviser barn/unge i 2023, og andelen er 28 prosent i 2024. Når det er færre som svarer i stor grad og flere som svarer i liten grad, og det ser dermed ut som kommunene opplever at fastlegene henviser barn og unge i mindre grad enn tidligere.

**Tabell 19.1** 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 - 2024.

	2022				2023				2024			
	Voksne		Barn/unge		Voksne		Barn/unge		Voksne		Barn/unge	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
I svært stor grad	97	31	31	10	114	34	38	11	87	26	19	6
I stor grad	162	51	94	30	186	55	108	33	190	56	69	21
I noen grad	52	16	117	38	37	11	123	37	48	14	149	45
I liten grad	6	2	46	15	3	1	50	15	13	4	61	18
I svært liten grad	0	0	21	7	0	0	13	4	2	1	34	10
Total	317	100	309	100	340	100	332	100	340	100	332	100

## 19.2 Utvikling 2012-2024

Det er høy dekningsgrad på de syv indikatorene som måler samarbeid med fastlegene vurdert fra kommunale psykisk helse- og rustjenester (85-96 prosent) og det er fortsatt stor grad av fornøydhet med fastlegesamarbeidet, se tabell 19.2.

Det er fortsatt 80 prosent av kommunene som oppgir at psykisk helse- og rusarbeid generelt har et godt samarbeid med fastlegene i deres kommune. Det er nedgang i alle indikatorene fra 2012 til 2024.

Det er størst fall i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer og i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. I de andre indikatorene er det kun en liten nedgang fra 2012 til 2024.

**Tabell 19.2 Andel (prosent) av kommunene som er enige i påstandene, 2012, 2018, 2022-2024.**

	2012	2018	2022	2023	2024
Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle enkeltsakene	83	85	81	80	81
Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer	40	40	34	36	33
Fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer	33	34	25	28	24
Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det	80	84	72	75	78
Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	91	92	89	89	89
Fastlegene er våre viktigste støttespillere	73	73	76	72	71
Generelt har psykisk helse- og rusarbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune	83	84	77	80	80
Antall kommuner/bydeler	407	422	315	340	342
Dekningsgrad	95	96	85	91	92

### 19.3 Oppsummering

Det er 82 prosent av kommunene/bydelene som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser voksne til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen, og det er stabile tall når vi ser på andel som svarer i stor eller svært stor grad i perioden 2022-2024.

I 2024 er det 27 prosent som svarer at fastlegene i stor eller svært stor grad henviser til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen når det gjelder barn og unge. I 2023 var andelen 44 prosent. Det var 19 prosent som svarte at fastlegene i liten eller svært liten grad henviser barn/unge i 2023, og andelen er 28 prosent i 2024. Det ser dermed ut til at kommunene opplever at fastlegene henviser barn og unge i mindre grad enn tidligere.

Det er fortsatt 80 prosent av kommunene som oppgir at psykisk helse- og rusarbeid generelt har et godt samarbeid med fastlegene i deres kommune. Det er en liten nedgang i alle indikatorene fra 2012 til 2024. Det er størst fall i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, fra 33 til 24 prosent som er enig i påstanden. Det er også fall i indikatoren som viser om kommunene mener at fastlegene bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, fra 40 til 33 prosent som er enig. I de andre indikatorene er det nedgang på 1-3 prosentpoeng fra 2012 til 2024.

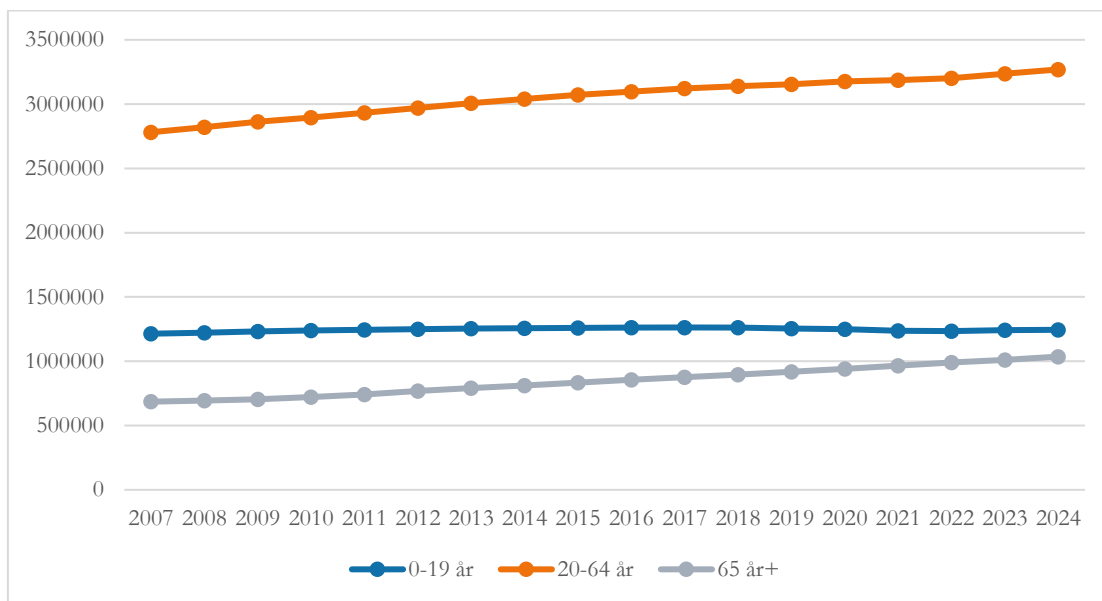
## 20 Oppfølging av eldre

IS-24/8-rapportene har hatt oppfølging av eldre som et eget kapittel de siste fire årene. 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<sup>164</sup>. Forskning tyder på en stor forbedring i psykologisk funksjon blant eldre, og at eldre mennesker kognitivt og psykososialt har blitt yngre<sup>165</sup>. 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 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<sup>166</sup>. Andelen med mild kognitiv svikt for personer over 70 år ble anslått til 35 prosent, mens andelen med demens ble beregnet til 15 prosent.

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. Å styrke den psykiske helsen hos eldre er også et eget mål i den nye Opptappingsplanen for psykisk helse 2023-2033 (Meld. St. 23 (2022-2023)).

Som vist i figur 20.1 er det i prosjektperioden 2007-2024 ulik befolkningsvekst i ulike aldersgrupper. I perioden 1986-2007 vokste barn og unge befolkningen med fem prosent, de over 65 år ble fire prosent flere, og veksten var ganske balansert fordi aldersgruppen 20-24 år vokste med 19 prosent.

Men i perioden fra 2007-2024, har barn og unge befolkningen vokst med kun 2 prosent og de over 65 år har blitt hele 51 prosent flere, mens aldersgruppen 20-65 har blitt 18 prosent flere.



Figur 20.1 Antall innbyggere i ulike aldersgrupper. Nasjonalt nivå, 2007-2024. Kilde: SSB

## 20.1 Kartlegging av den eldre befolkningens behov

Som vist i tabell 20.1 er det få kommuner som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, 13 prosent i 2024. Det er noen færre i 2024 som ikke vet om de har kartlagt behovene i 2024 (12 prosent) enn i 2023 (18 prosent).

Tabell 20.1 Antall og andel som svarer på om de har kartlagt den eldre befolkningens behov for tjenester innen psykisk helse og rus. 2020 – 2024.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	41	14	43	13	39	12	38	11	45	13
Nei	213	73	247	75	225	71	243	71	257	74
Vet ikke	39	13	40	12	52	16	60	18	43	12
Total	293	100	330	100	316	100	341	100	345	100

De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er 37 av 38 som har beskrevet hva de har gjort i kartleggingen. Her nevnes forebyggende hjemmebesøk, 80-års besøk, at de har gjort det gjennom helsestasjon for eldre/senior helsestasjon, eller at de kartlegger i samarbeid med hjemmesykepleier eller gjennom spørreundersøkelser.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. Det er små endringer fra 2020 til 2022, men fra 2022 til 2023 er det en økning i andel som svarer



ja på 10 prosentpoeng, fra 32 prosent til 42 prosent. Fra 2024 er det en ytterligere økning på 12 prosentpoeng, og det er nå 54 prosent som svarer at de eldre som kartlegges for behov for tjenester blir spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk. Det er også reduksjon i andel som svarer at de ikke vet, fra 31 til 23 prosent.

**Tabell 20.2** Antall og andel som svarer på om eldre som skal kartlegges for behov for tjenester spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk. 2020-2024.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	94	33	106	33	99	32	143	42	184	54
Nei	118	41	136	42	99	32	90	27	78	23
Vet ikke	73	26	83	26	113	36	106	31	78	23
Total	285	100	325	100	311	100	339	100	340	100

Som tidligere, finner vi ingen systematisk variasjon i svarene hverken etter kommunestørrelse eller fylke.

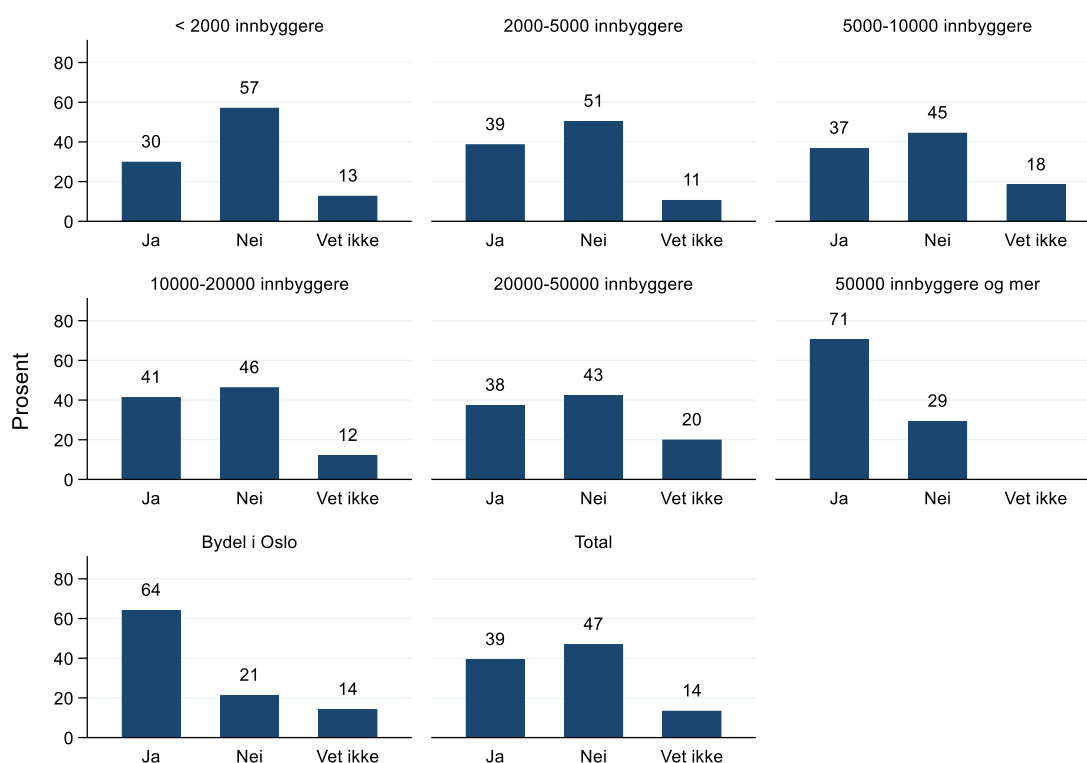
## 20.2 Systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre

Som vist i tabell 20.3 er det liten endring fra år til år i svarfordelingen for om de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og det er 39 prosent som svarer at de gjennomfører slike besøk blant eldre i 2024, mens 47 prosent svarer at de ikke gjennomfører slike hjemmebesøk. Dette er omtrent samme fordeling som i 2023.

**Tabell 20.3** Antall og andel som svarer på om kommunen gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. 2020 – 2024.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	103	35	118	36	113	36	130	39	134	39
Nei	148	51	162	49	151	48	156	46	160	47
Vet ikke	42	14	48	15	49	16	50	15	46	14
Total	293	100	328	100	313	100	336	100	340	100

Det er noen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse i 2024, og det er særlig kommuner med over 50 000 innbyggere utenom Oslo som i større grad svarer at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk i 2024, se figur 20.2.



**Figur 20.2** Prosentvis fordeling på om de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Kommunistørrelse, 2024.

Det er også kartlagt om ulike tema dekkes i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, se tabell 20.4. Av de 134 kommunene som svarer at de gjennomfører systematiske forebyggende hjemmebesøk, er det 131 som har svart på om ulike tema er inkludert i samtalen.

**Tabell 20.4** Antall og andel kommuner/bydeler som svarer om de ulike temaene er inkludert i samtalen i de forebyggende hjemmebesøkene, 2020 – 2024.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psykisk helse	83	81	69	58	69	61	80	62	90	69
Alkoholvaner	62	60	60	51	54	48	73	56	81	62
Legemiddelbruk	77	75	61	52	68	60	80	62	85	65
Annet rusmiddelbruk	31	30	30	25	32	28	40	31	47	36
Vold og overgrep	43	42	40	34	35	31	49	38	49	37
Antall kommuner	103	100	118	100	113	100	130	100	131	100

Det er en liten økning i inkludering av alle tema, med unntak av vold og overgrep der det er uendret antall.

### 20.3 Gjennomført kompetansehevende tiltak

Når det gjelder gjennomføring av kompetansehevende tiltak er fordelingen av svarene i 2024 vist i tabell 20.5. Det er flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder eldre med psykiske helseproblemer (35 prosent), færre for eldre med rusproblematikk (25 prosent) og eldre utsatt for vold og overgrep (16 prosent) og eldre med ROP-lidelser (16 prosent). Av de 332-337 kommunene/bydelene som har svart på disse spørsmålene, er det 176 (52 prosent) som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2024.

**Tabell 20.5** Antall kommuner etter svar på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder de ulike målgruppene det siste året. 2024.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	% som svarer ja
Eldre med psykiske plager/lidelser	116	143	77	336	35
Eldre med rusmiddelproblemer	85	174	77	336	25
Eldre med ROP-lidelser (samtidig rus og alvorlig psykiske lidelser)	55	198	82	335	16
Eldre utsatt for vold og overgrep	55	187	95	337	16
Eldre med lettere psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer	39	184	109	332	12

På spørsmålet om hva annet de gjør for at kommunen/bydelen skal være mer forberedt på økning i antall eldre med psykisk- helse og/eller rusproblematikk, er det 131 kommuner som gir en beskrivelse. Mange av svarene handler om følgende tiltak:

- Ulike kompetansehevende tiltak, kurs og videreutdanninger
- Etablering av tverrfaglige team og samarbeidsutvalg
- Mer samarbeid med alderspsykiatriske sykehusavdelinger
- Kartlegginger for å identifisere behov
- Fokus på tidlig innsats for å gjøre eldre mest mulig selvstendig
- Lavterskeltilbud for eldre (helsestasjon for eldre, møteplasser for å forebygge ensomhet og isolasjon)
- Søknader om ulike tilskuddsmidler for å styrke tjenester og etablere nye tilbud

## 20.4 Oppsummering

Det er få kommuner som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, 13 prosent i 2024. De som svarer at de har kartlagt den eldre befolkningens behov, ble bedt om å beskrive hvordan kartleggingen ble gjennomført. Det er 37 av 38 som har beskrevet hva de har gjort i kartleggingen. Her nevnes forebyggende hjemmebesøk, 80-års besøk, at de har gjort det gjennom helsestasjon for eldre/senior helsestasjon, eller at de kartlegger i samarbeid med hjemmesykepleier eller gjennom spørreundersøkelser.

Det er også spurt om de eldre som kartlegges blir spurt systematisk om alkoholvaner. Det er små endringer fra 2020 til 2022, men fra 2022 til 2023 er det en økning i andel som svarer ja på 10 prosentpoeng, fra 32 prosent til 42 prosent. Fra 2024 er det en ytterligere økning på 12 prosentpoeng, og det er nå 54 prosent som svarer at de eldre som kartlegges for behov for tjenester blir spurt systematisk om alkoholbruk, legemiddelbruk og annen rusmiddelbruk.

Det er liten endring fra år til år i svarfordelingen for om de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk blant eldre, og det er 39 prosent som svarer at de gjennomfører slike besøk blant eldre i 2024, mens 47 prosent svarer at de ikke har gjennomført slike hjemmebesøk i 2024. Dette er omtrent samme fordeling som i 2023. Det er særlig kommuner med over 50000 innbyggere utenom Oslo som i større grad enn andre svarer at de gjennomfører systematisk forebyggende hjemmebesøk i 2024.

Det er flest som har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte når det gjelder eldre med psykiske helseproblemer (35 prosent), færre for eldre med rusproblematikk (25 prosent) og eldre utsatt for vold og overgrep (16 prosent) og eldre med ROP-lidelser (16 prosent). Det er 52 prosent som oppgir at de ikke har gjennomført kompetansehevende tiltak på noen av disse målgruppene i 2024.

På spørsmålet om hva annet de gjør for at kommunen/bydelen skal være mer forberedt på økning i antall eldre med psykisk- helse og/eller rusproblematikk, er det 131 kommuner som gir en beskrivelse. Dette er ulike kompetansehevende tiltak, kurs og videreutdanninger og etablering av tverrfaglige team og samarbeidsutvalg, mer samarbeid med sykehus-avdelinger, kartlegginger for å identifisere behov, tidlig innsats for å gjøre eldre mest mulig selvstendig og ikke får behov for omfattende tjenester, lavterskeltilbud for eldre, etablering av møteplasser for å forebygge ensomhet og isolasjon og utarbeiding av søknader om ulike tilskuddsmidler for å styrke tjenester og etablere nye tilbud til den eldre delen av befolkningen.

## 21 Utskrivningsklare pasienter

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra spørsmålene som handler om kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

I 2023 fant vi at nesten alle kommuner (97 prosent) hadde mottatt melding om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern for voksne i løpet av det siste året, mens 66 prosent hadde mottatt melding fra psykisk helsevern for barn og unge, og 76 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, var det 41 kommuner/bydeler (13 prosent) som oppga at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Det var i tillegg 39 prosent som svarte at de i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til de som ifølge spesialisthelsetjenesten er utskrivningsklare. Dermed var det rundt halvparten av kommunene (53 prosent) som i 2023 hadde store eller visse problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten.

De som hadde problemer med å tilby nødvendige tjenester, oppga ulike årsaker til at de har problemer. Noen steder er det mangel på døgnbemannede botilbud, andre steder generell mangel på boliger, manglende kapasitet, kompetanse og ressurser, eller at varsel om utskrivning kommer rett før helga, at det er frivillig å motta kommunale tjenester og at det er ikke alltid pasienten som skrives ut ønsker kommunal oppfølging, og at spesialisthelsetjenesten har for store forventninger til hva kommunene kan tilby. Dette var kvalitative beskrivelser, og nå i 2024 kartlegger vi omfanget av hver av disse årsakene.

### 21.1 Problemer med å tilby nødvendige tjenester til utskrivningsklare pasienter

Av de som har svart, er det 46 kommuner/bydeler (14 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Men det er også 34 prosent som svarer i noen grad, så totalt er det 47 prosent som oppgir at de har visse problemer. Dette er litt lavere enn i 2022 (54 prosent) og i 2023 (52 prosent).

**Tabell 21.1** 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. 2022-2024.

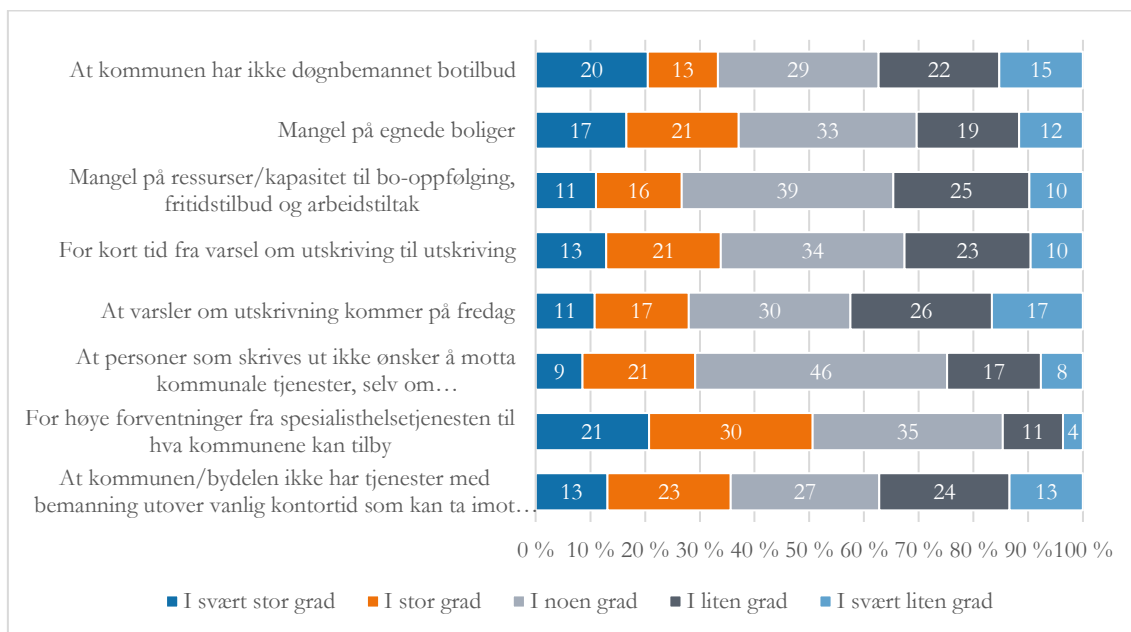
	2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	5	2	9	3	6	2
I stor grad	31	10	32	10	40	12
I noen grad	131	42	133	39	117	34
I liten grad	112	36	122	36	127	37
I svært liten grad	33	11	41	12	55	16
Total	312	100	337	100	345	100

I figur 21.1 har vi tatt med alle svar, det er 328 kommuner (88 prosent) som har svart. Det er et stort flertall av kommunene (85 prosent) som svarer at forventningene fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby er for høye (i svært stor, stor eller i noen grad). Det er også 76 prosent som svarer at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov (i svært stor, stor eller i noen grad).

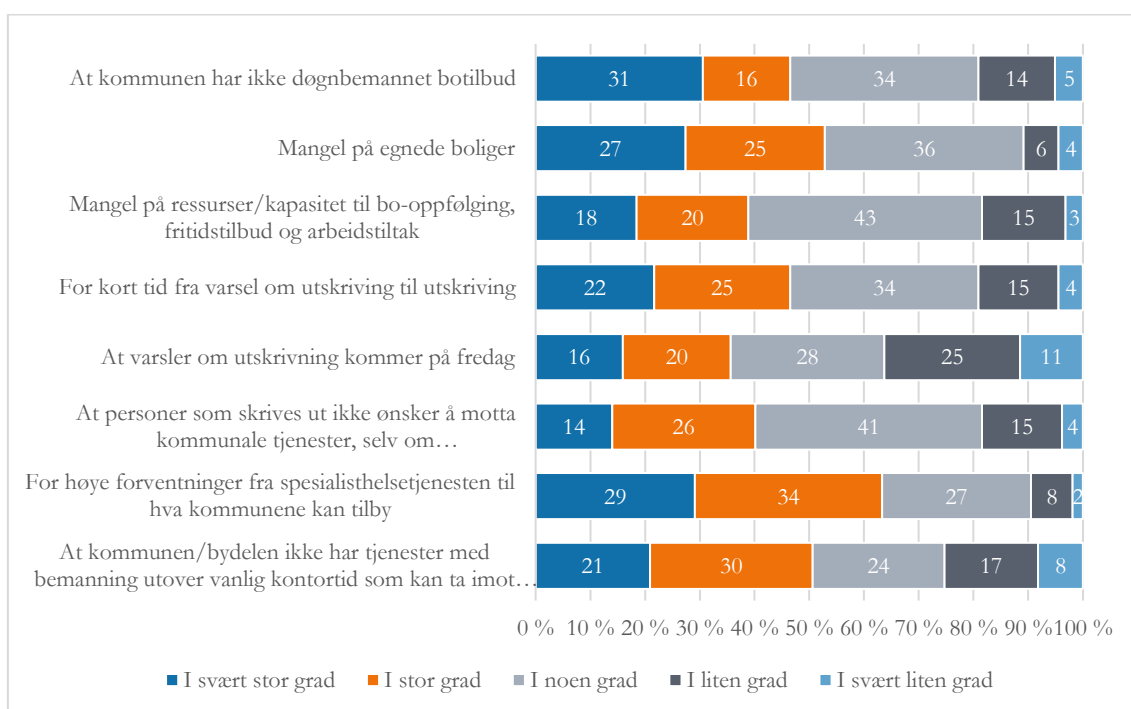
Det er 67 prosent som svarer at det er for kort varsel om utskriving til faktisk utskriving og 65 prosent at de har mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak. 63 prosent svarer at problemet er (i svært stor, stor eller i noen grad) at kommunen ikke har døgnbemannet botilbud og at kommunen/bydelen ikke har tjenester med bemanning utover vanlig kontortid som kan ta imot og starte arbeidet med å etablere tilbud med det samme varselet om utskriving kommer. Det er 58 prosent som svarer at problemet i svært stor grad, stor eller i noen grad skyldes at varsler om utskriving kommer på fredag.

I figur 21.2 er det kun svar fra kommuner/bydeler som svarer at de i svært stor, i stor grad eller i noen grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra psykisk helsevern for voksne, og andelene blir enda høyere.

Det er interessant å gjøre analyser på variasjon i opptaksområdene til helseforetakene. For å få med et helhetlig bilde, ser vi på hele utvalget, som dekker 88 prosent av alle kommunene.



**Figur 21.1** I hvilken grad problemene med å gi tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra psykisk helsevern skyldes ulike forhold, blant alle.



**Figur 21.2** I hvilken grad problemene med å gi tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra psykisk helsevern skyldes ulike forhold, blant de som svarer at de i svært stor, i stor eller i noen grad har problemer med å gi tjenester til utskrivningsklare pasienter.

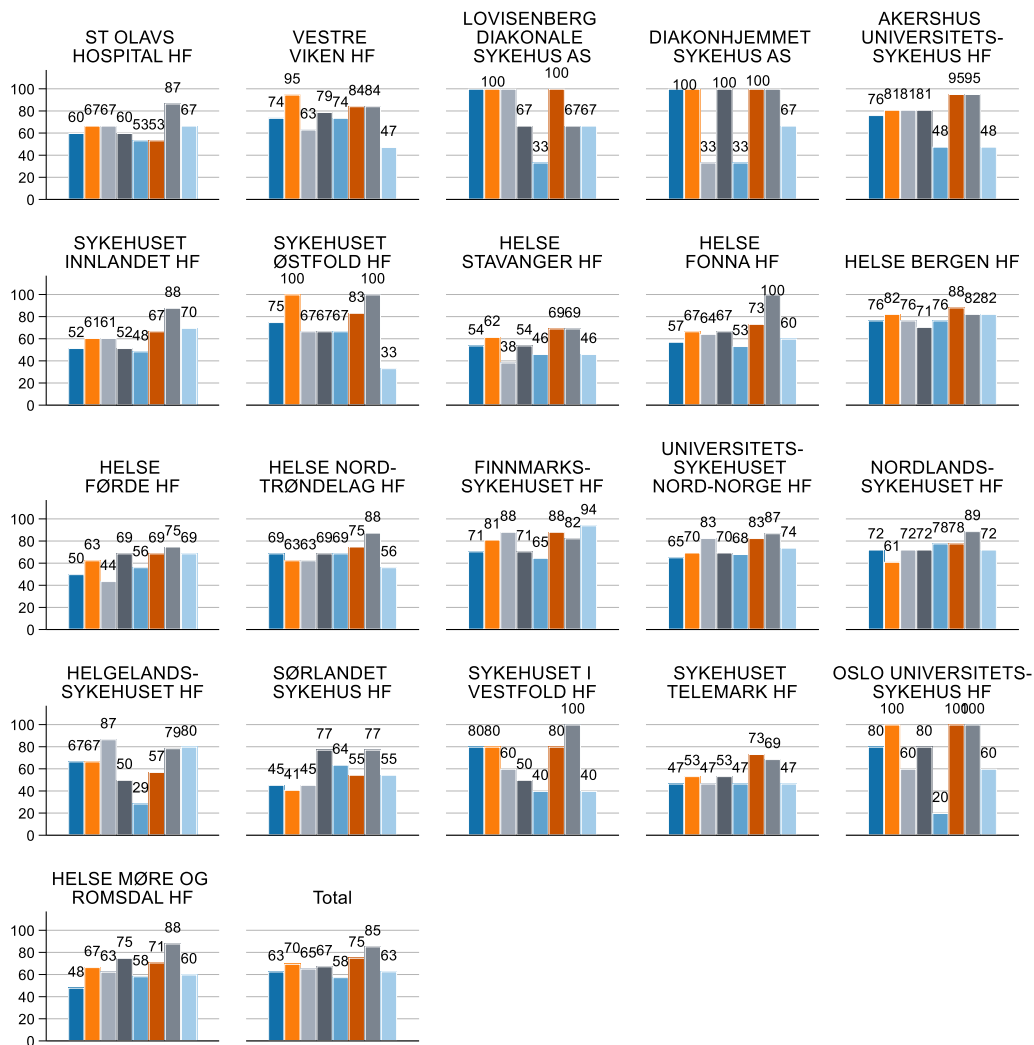
Som vist i figur 21.3, er det variasjon mellom de ulike opptaksområdene i helseforetakene. Men det er også stor variasjon i hva kommunene svarer innen hvert helseforetak. Det betyr at det er lite systematiske eller signifikante sammenhenger. Det er litt mer systematisk variasjon mellom opptaksområder om at årsaken er at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov. Kommunene i opptaksområdene til Helse Bergen HF, Finnmarkssykehuset HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS svarer litt oftere enn andre at dette er en av årsakene til at de har problemer med å gi tjenester til utskrivningsklare pasienter. Kommunene som svarer at dette i minst grad er et problem ligger i opptaksområdene til St. Olavs Hospital HF, Sørlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. I de andre årsakene som er målt, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder.

Det er større forskjeller etter kommunistørrelse enn etter helseforetaksområde, se figur 21.4. At kommunen ikke har døgnbemannet botilbud oppgis i større grad som et problem blant bydelene i Oslo og i lavest grad i de minste kommunene. Det samme gjelder mangel på egnede boliger.

Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak er oftere et problem i små kommuner enn i store kommuner. For kort tid fra varsel om utskriving til utskriving oppgis i minst grad i de minste kommunene og i størst grad i de største, kanskje fordi spesialisthelsetjenesten har større forventninger til store kommuner enn til små kommuner. At de skrives ut på fredag, er i betydelig mindre grad et problem i bydelene i Oslo enn i andre kommuner.

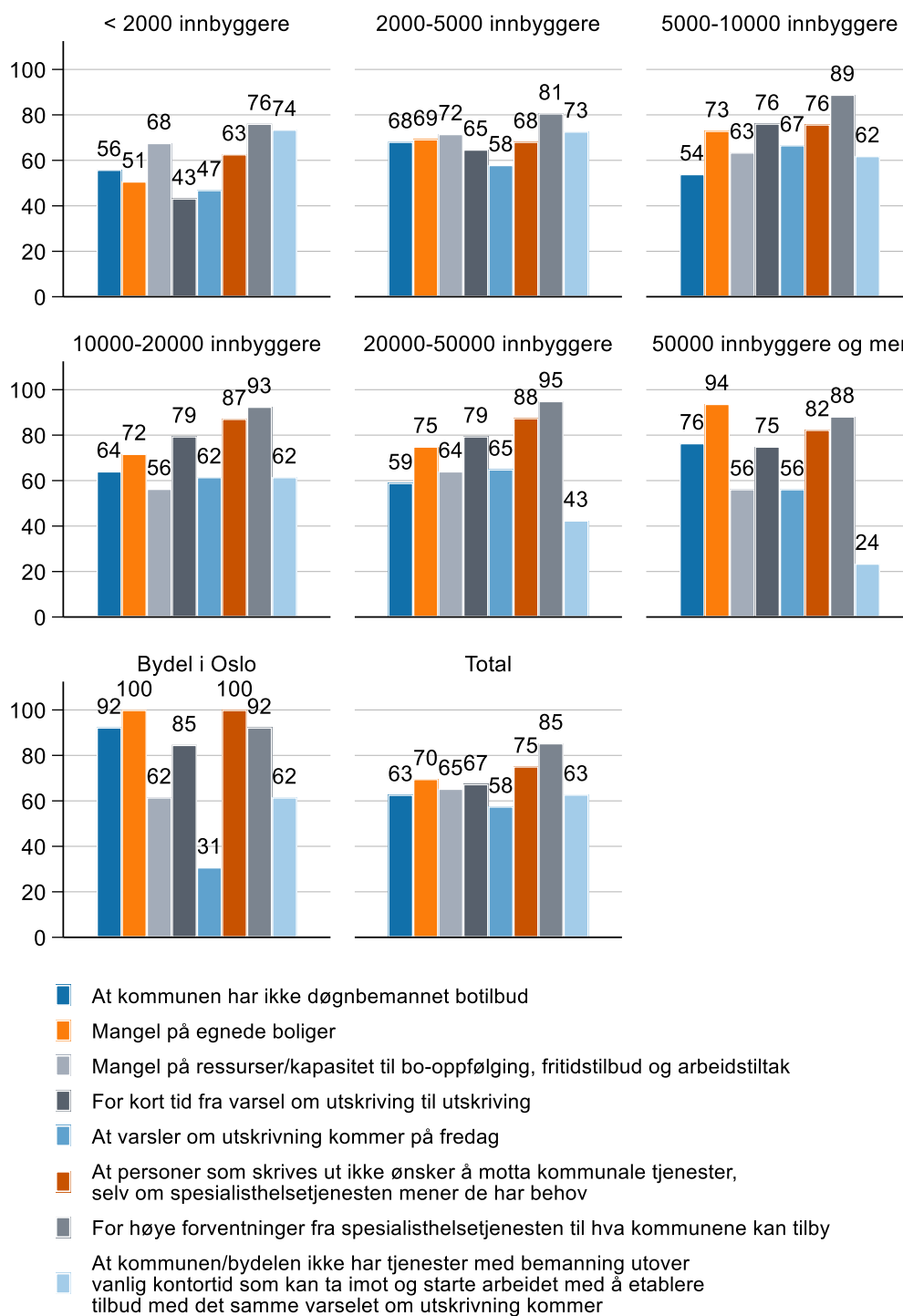
At personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov er et større problem i store kommuner enn i små kommuner. Det samme gjelder det med for høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby og at kommunen/bydelen ikke har tjenester med bemanning utover vanlig kontortid som kan ta imot og starte arbeidet med å etablere tilbud med det samme varselet om utskriving kommer, er vanligere i små kommuner enn i de største kommunene med unntak av Oslo.





- At kommunen har ikke døgnbemannet botilbud
- Mangel på egnede boliger
- Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak
- For kort tid fra varsel om utskriving til utskriving
- At varsler om utskriving kommer på fredag
- At personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov
- For høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby
- At kommunen/bydelen ikke har tjenester med bemanning utover vanlig kontortid som kan ta imot og starte arbeidet med å etablere tilbud med det samme varselet om utskriving kommer

Figur 21.3 Prosent som svarer i svært stor, stor eller i noen grad at dette er årsaken til at de har problemer med å gi utskrivningsklare pasienter et tilbud. HF-område, 2024.



**Figur 21.4** Prosent som svarer i svært stor, stor eller i noen grad at dette er årsaken til at de har problemer med å gi utskrivningsklare pasienter et tilbud. Kommunestørrelse, 2024.

## 21.2 Oppsummering

Av de som har svart (92 prosent), er det 46 kommuner/bydeler (14 prosent) som oppgir at de i stor eller i svært stor grad har problemer. Og det er 34 prosent som svarer i noen grad, så totalt er det 47 prosent som oppgir at de har visse problemer. Dette er litt lavere enn i 2022 (54 prosent) og i 2023 (52 prosent).

Når vi ser på hva problemene skyldes, er det et stort flertall av kommunene (85 prosent) som svarer at forventningene fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby er for høye. Det er også 76 prosent som svarer at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov. Det er 67 prosent som svarer at det er for kort varsel om utskrivning til faktisk utskrivning og 65 prosent at de har mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak. 63 prosent svarer at problemet er at kommunen ikke har døgnbemannet botilbud og at kommunen/bydelen ikke har tjenester med bemanning utover vanlig kontortid som kan ta imot og starte arbeidet med å etablere tilbud med det samme varselet om utskrivning kommer. Det er 58 prosent som svarer at problemet skyldes at varsler om utskrivning kommer på fredag.

Det er variasjon mellom de ulike opptaksområdene til helseforetakene. Men det er også stor variasjon i hva kommunene svarer innen hvert helseforetak. Det betyr at det er lite systematiske eller signifikante sammenhenger. Det er litt mer systematisk variasjon mellom opptaksområder om at årsaken er at personer som skrives ut ikke ønsker å motta kommunale tjenester, selv om spesialisthelsetjenesten mener de har behov enn for de andre årsakene. Kommunene i opptaksområdene til Helse Bergen HF, Finnmarkssykehuset HF, Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS svarer litt oftere enn andre at dette er en av årsakene til at de har problemer med å gi tjenester til utskrivningsklare pasienter. Kommunene som svarer at dette i minst grad er et problem ligger i opptaksområdene til St. Olavs Hospital HF, Sørlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. I de andre årsakene som er målt, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder.

Det er større forskjeller etter kommunestørrelse enn etter helseforetaksområde. At kommunen ikke har døgnbemannet botilbud oppgis i større grad som et problem blant bydelene i Oslo og i lavest grad i de minste kommunene. Det samme gjelder mangel på egnede boliger.

Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak er oftere et problem i små kommuner enn i store kommuner. For kort tid fra varsel om utskrivning til faktisk utskrivning oppgis i minst grad i de minste kommunene og i størst grad i de største, kanskje fordi spesialisthelsetjenesten har større forventninger til store kommuner enn til små kommuner. At de skrives ut på fredag, er i betydelig mindre grad et problem i bydelene i Oslo enn i andre kommuner.

## 22 Helsefellesskap

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 var en av hovedsatsningene etableringen av helsefellesskap, der sykehus og kommuner skal samarbeide bedre om de brukerne og pasientene som er mest sårbare; barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre<sup>w</sup>. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 omhandler hele helse- og omsorgstjenesten, og viderefører Helsefellesskap som samarbeidsarena. De fire prioriterte pasientgruppene er videreført, men Regjeringen ønsker også å legge til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som en prioritert pasientgruppe.

I Helsefellesskapene møtes representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. 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.<sup>x</sup>

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.

I 2023 fant vi at 39 prosent av kommunene/bydelene hadde ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid som hadde deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap. Det var betydelig variasjon i hvor stor andel av kommunene som oppga å ha deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap mellom ulike HF-opptaksområder. Det er én av fire kommuner/bydeler som oppgir at helsefellesskapet de er en del av har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

---

<sup>w</sup><https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>

<sup>x</sup>Se f.eks. helsefellesskapene Ahus:

<https://www.kompetansebroen.no/samhandling/helsefellesskapene-ahus?o=ahus>

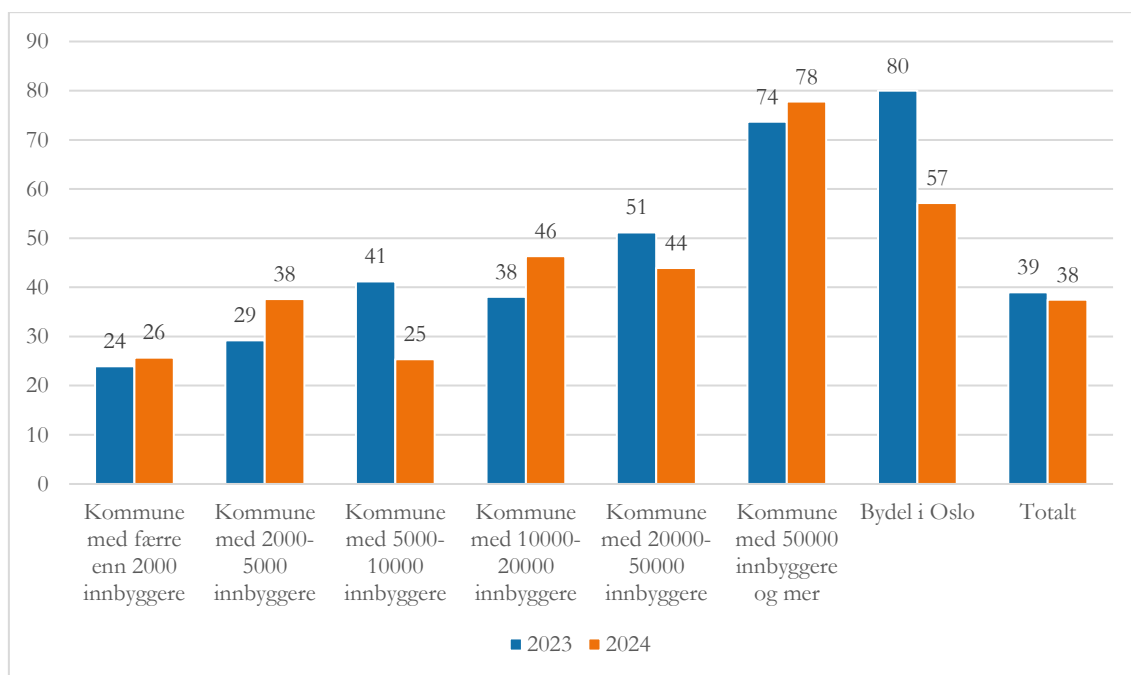
## 22.1 Deltakelse i aktiviteter i regi av helsefelleskap

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte har deltatt på aktiviteter i regi av helsefelleskap. Dette er omtrent som i 2023 (39 prosent).

Tabell 22.1 Antall og andel som har svart at ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid har deltatt på aktiviteter i regi av helsefelleskap, 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	135	39	129	38
Nei	162	47	171	50
Vet ikke	50	14	44	13
Total	347	100	344	100

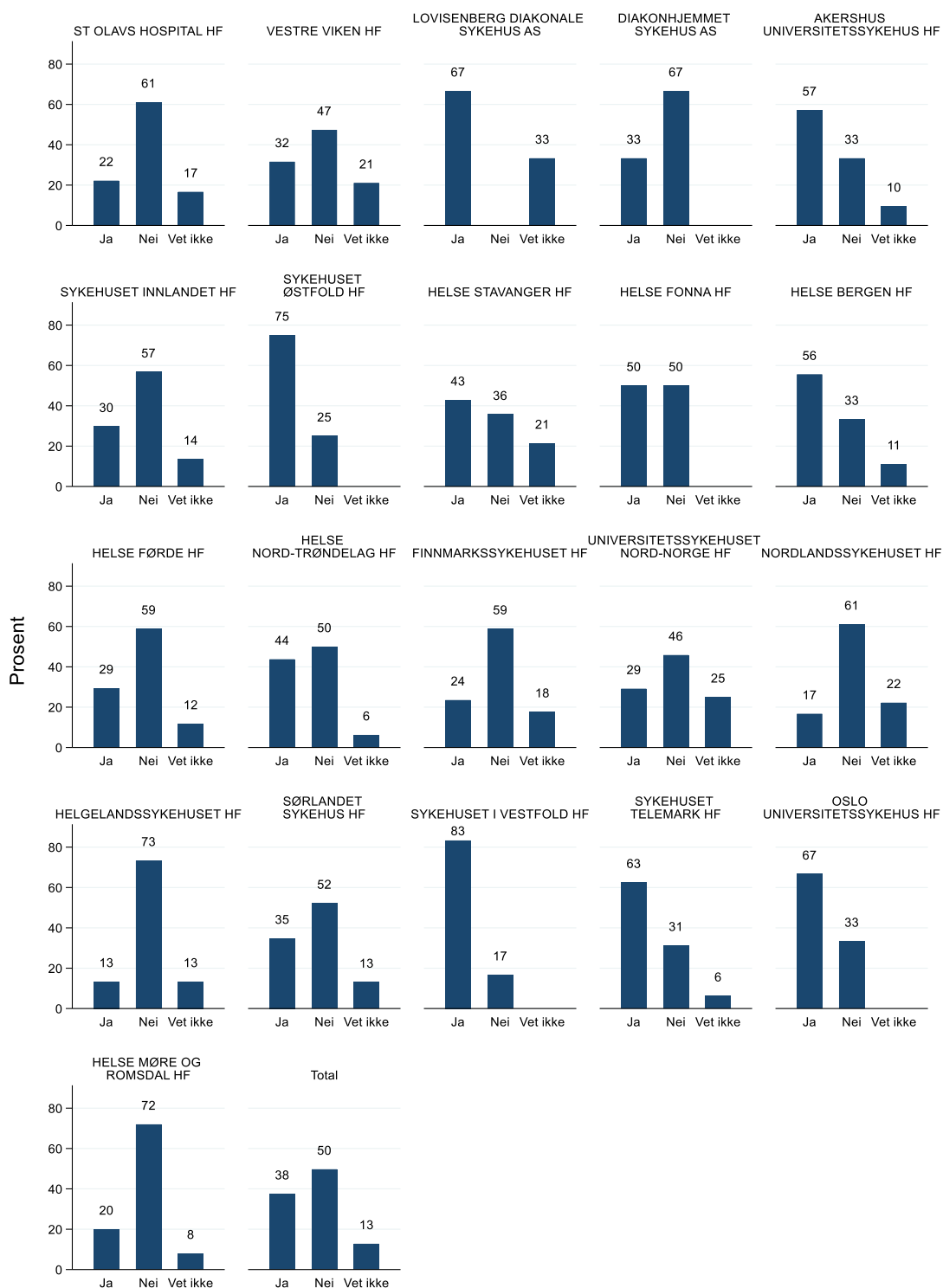
Her er det interessant å se på andel som svarer ja i forhold til kommunestørrelse (figur 22.1). Andel som har deltatt i aktivitet i regi av helsefelleskap øker tydelig med kommunestørrelse.



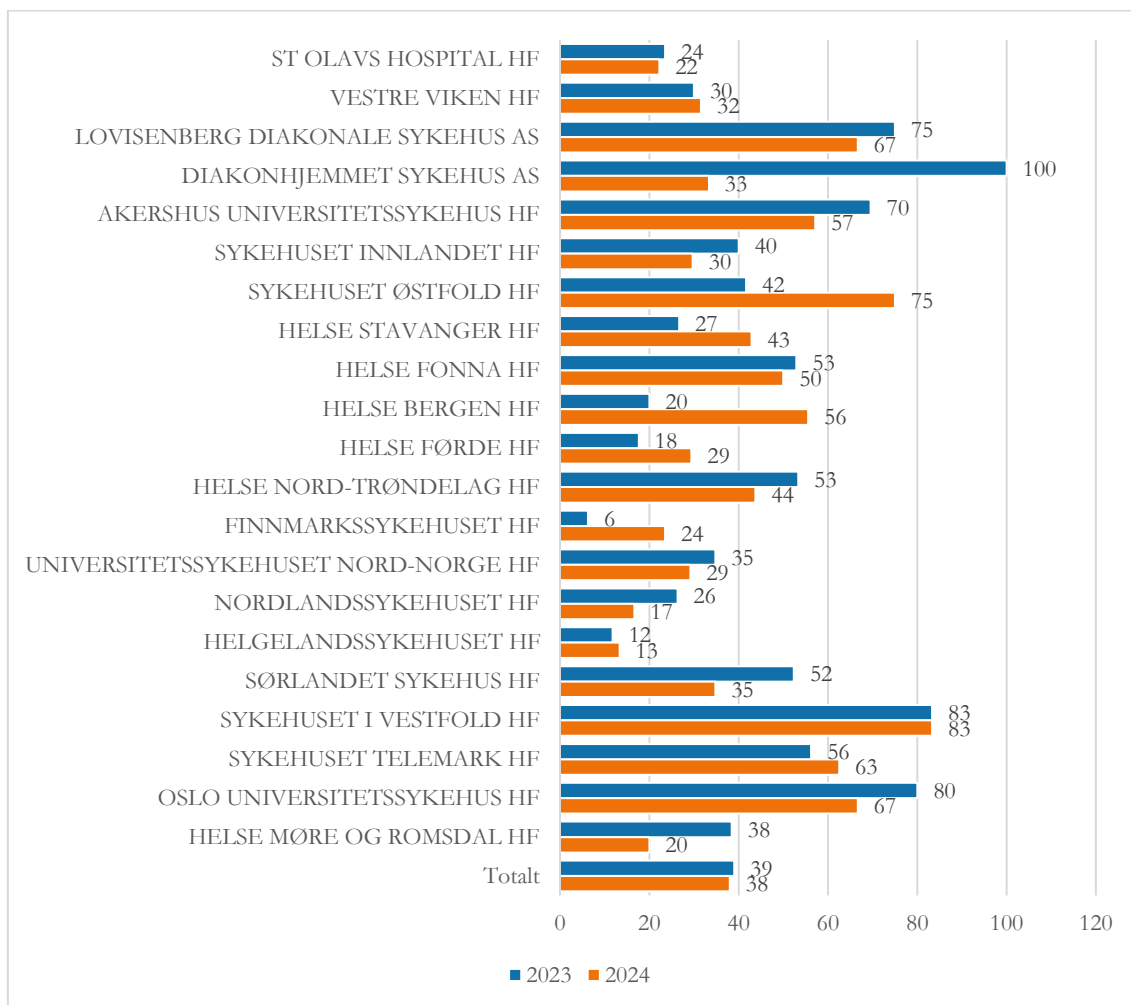
Figur 22.1 Andel kommuner/bydeler som svarer at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Kommunestørrelse, 2023 og 2024

Her er det helseforetak som er det mest interessante, og som vist i figur 22.2 er det variasjon mellom opptaksområdene i andel av kommunene som har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Det er mange som oppgir at de ikke vet om ansatte har deltatt og flere

oppgir at dette er et arbeid som i liten grad har involvert tjenestene til nå – at det foregår på ledernivå over dem.



Figur 22.2 Andel kommuner/bydeler som svarer på om ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Helseforetak, 2024.



**Figur 22.3** Prosent av kommuner/bydeler i opptaksområdet som svarer at ansatte i psykisk helse- og rustjenesten har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap. Helseforetak, 2023 og 2024.

Det er særlig en økning i andel kommuner som svarer at ansatte har deltatt i aktiviteter i regi av helsefelleskap i opptaksområdene til Sykehuset Østfold HF, Helse Bergen HF, det er også en økning i Helse Førde HF, i Finnmarkssykehuset HF og i Sykehuset Telemark HF.

Ellers er det nedgang eller uendret i andel kommuner/bydeler i opptaksområdet som svarer at ansatte i tjenestene til målgruppen har deltatt i aktivitet i regi av helsefelleskap.

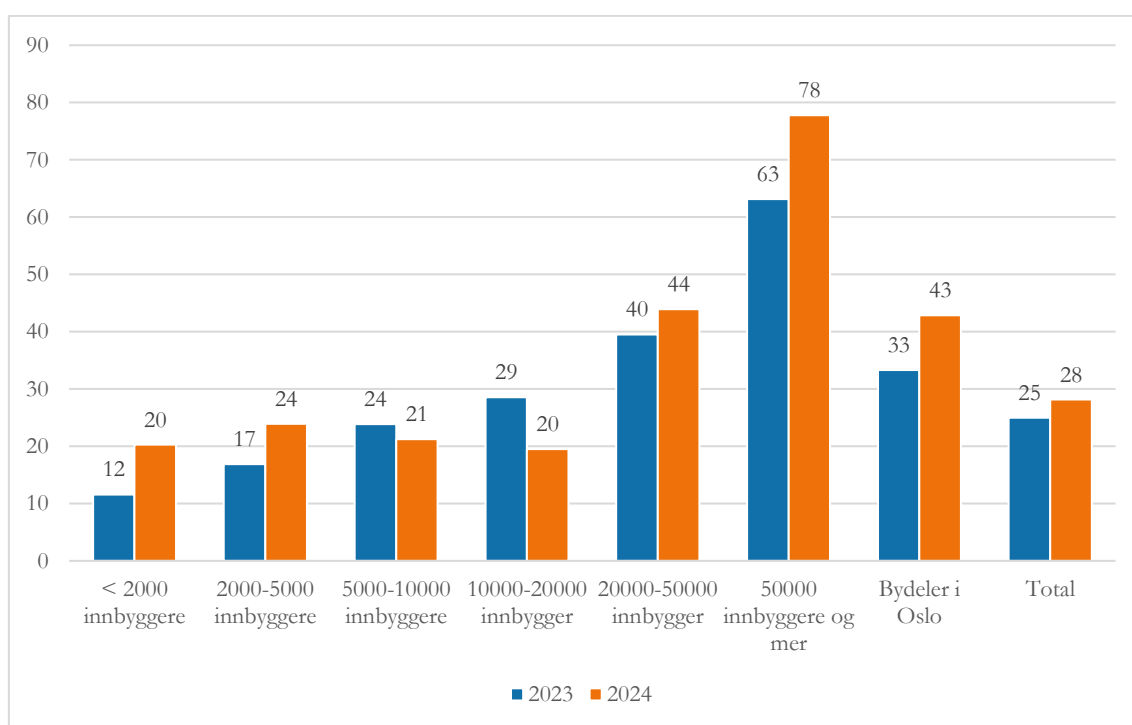
## 22.2 Konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Det er 28 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at helsefellesskapet de er en del av, har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Tabell 22.2 Antall og andel som har svart på om helsefellesskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, 2023 og 2024

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	85	25	96	28
Nei	118	34	119	35
Vet ikke	141	41	126	37
Total	344	100	341	100

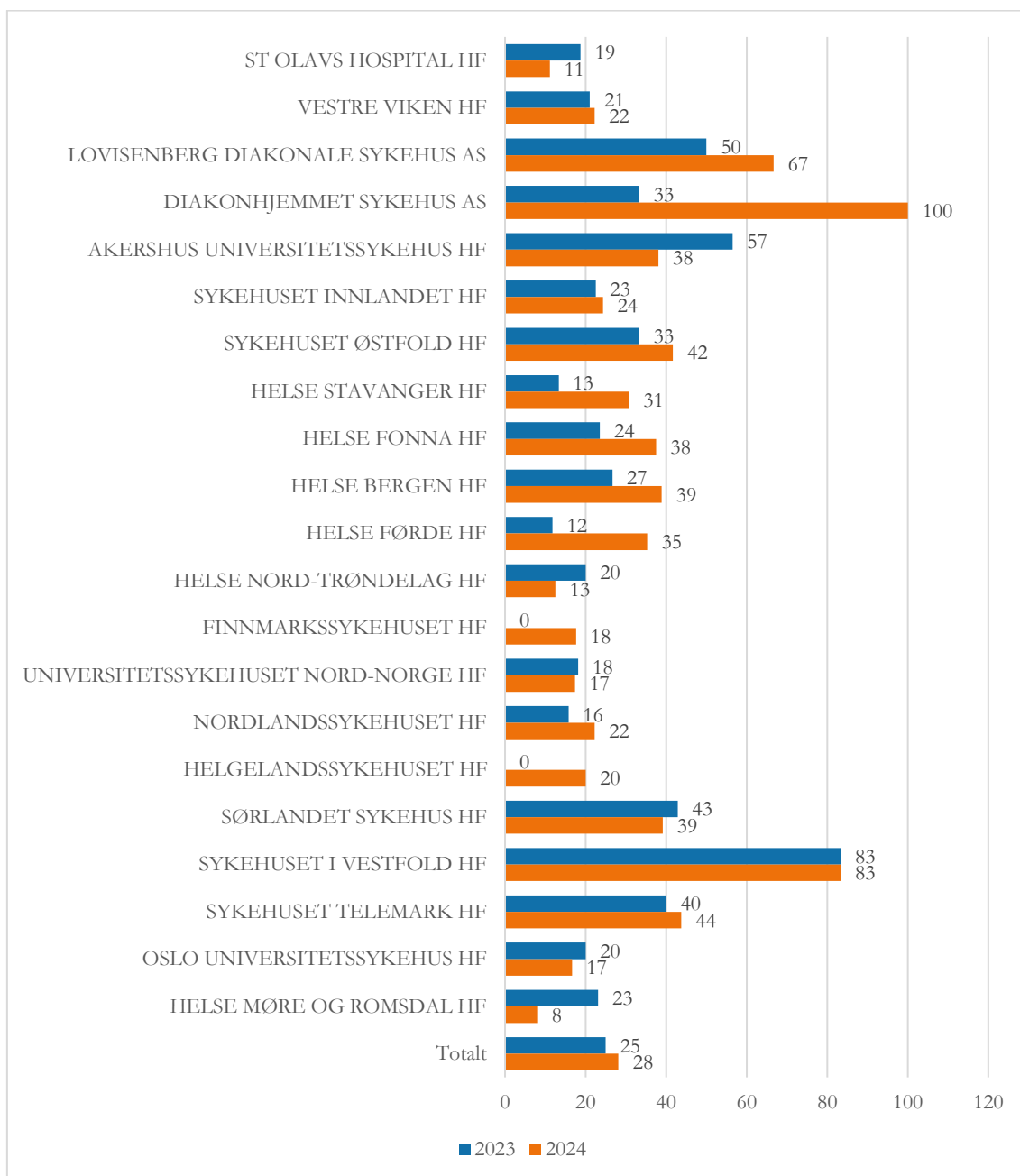
Andelen som svarer ja øker systematisk med kommunestørrelse, og det er størst økning i kommuner med 50 000 innbyggere og mer fra 2023 til 2024.



Figur 22.4 Antall og andel som har svart på om helsefellesskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunestørrelse, 2023 og 2024.



Også her er det mest relevant å se på variasjon i opptaksområdene for helseforetakene.



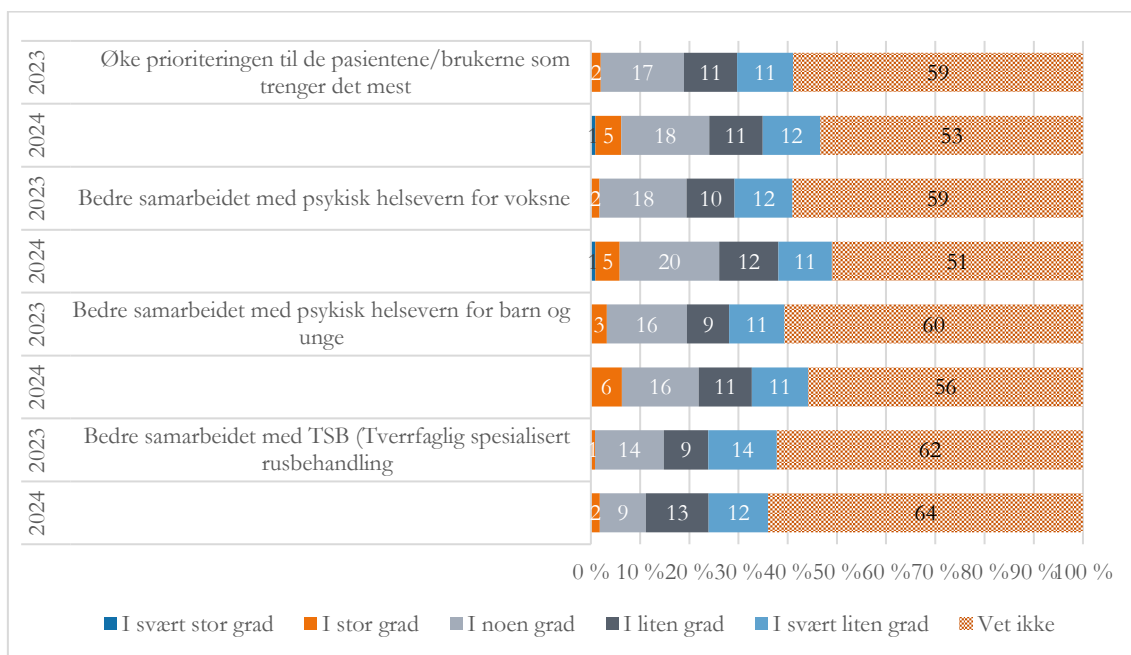
**Figur 22.5** Prosentandel som har svart på om helsefelleskapet har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Helseforetak, 2023 og 2024.

Når vi spør hvilke tiltak dette er, kan de 94 svarene grupperes i følgende overskrifter:

- Ulike prosjekter og initiativer rundt etablering av FACT
- Samarbeidsmøter, fagdager, workshops
- Etablert samarbeidsutvalg og arbeidsutvalg
- Utarbeiding av retningslinjer og strategier

### 22.3 Prioritering av de som trenger det mest og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Som i 2023, er det flest som svarer at de ikke vet i hvilken grad prioriteringene har økt eller om samarbeidet har blitt bedre. Men det er en liten økning i andel som svarer «I stor grad» på alle spørsmålene, og en nedgang i andel som svarer «Vet ikke», med unntak av spørsmålet om samarbeidet med TSB har økt, der vi ser en liten økning i andel som svarer at de ikke vet.



Figur 22.6 Prosent som svarer på i hvilken grad helsefellesskapet har bidratt økt prioritering eller bedre samarbeid, 2023 og 2024.

De 74 svarene på samarbeid med psykisk helsevern for voksne kan grupperes på følgende måte:

- De kjenner ikke til hva helsefellesskapene gjør
- De vet det er stort press på spesialisthelsetjenestene og er usikker hvor mye de kan bidra
- Noen deltar i aktive samarbeid om psykisk helse og rus
- Noen har fått økt felles forståelse om utfordringene
- I fylket vårt er det nå et solid nettverk av ulike samarbeidsforum.
- FACT-samarbeid har bidratt til bedre forhold mellom nivåene
- Krevende å få på plass godt samarbeid rundt de sykeste pasientene.
- Helsefellesskapet kan ikke fatte vedtak som pålegger kommunene noe.
- Helsefellesskapet har bidratt til å etablere møteforum mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Store kommuner er med i jevnlig samarbeidsmøter i noen helsefellesskap

Når det gjelder samarbeid med TSB oppgis blant annet følgende:

- Har svært liten kjennskap til hvordan Helsefellesskapet jobber.
- Lite representasjon fra TSB inn i helsefellesskapet.
- Viktig kanal for dialog.
- Digitalt samarbeid for å få felles forståelse av utfordringer mellom sykehuset og kommunene i regionen.
- Tjenestene har ikke vært invitert inn i noe helsefellesskapmøter.
- Opplever stor avstand mellom helsefellesskapet og tjenestene.
- Opplever at diskusjonene i disse møtene blir for lite “operasjonelle”.
- Lite orientering internt i kommunene.
- Lite forankret ned i linja.

Vi tar også med et sitat som oppsummerer det mange er inne på i kommentarene:

*Det er for store forventninger til hva helsefellesskapene i seg selv skal løse uten tilhørende midler. Det kan fattes konsensusbeslutninger i Helsefellesskapsstrukturen, men disse kan ikke forplikte på ressurspørsmål når lokaldemokratiet sitter på formell beslutningsmyndighet. Arbeidet med forpliktene avgjørelser i helsefellesskapene er avhengig av gode forankringsprosesser og nøkkelpersoner som driver sakene i hver organisasjon. Enkeltsaker med store økonomiske implikasjoner (eks. ROP brukere*

*med sikkerhetsrisiko) påvirker samhandlingen i negativ forstand, og bidrar ikke til felles virkelighetsforståelse og ønske om å sammen finne løsninger.*

## 22.4 Oppsummering

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.

Det er 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at ansatte har deltatt på aktiviteter i regi av helsefellesskap i 2024. Dette er omtrent som i 2023 (39 prosent).

Det er stor variasjon mellom opptaksområdene i andel av kommunene som har deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap. Det er mange som oppgir at de ikke vet om ansatte har deltatt og flere oppgir at dette er et arbeid som i liten grad har involvert tjenestene til nå – at dette er noe som foregår på ledernivå over tjenestelederne.

Det er særlig en økning i andel kommuner som svarer at ansatte har deltatt i aktiviteter i regi av helsefellesskap i opptaksområdene til Sykehuset Østfold HF, Helse Bergen HF, det er også en økning i Helse Førde HF, i Finnmarkssykehuset HF og i Sykehuset Telemark HF. Ellers er det nedgang eller uendret i andel kommuner/bydeler i opptaksområdet som svarer at ansatte i tjenestene til målgruppen har deltatt i aktivitet i regi av helsefellesskap.

Det er 28 prosent av kommunene/bydelene oppgir at helsefellesskapet de er en del av, har igangsatt konkrete tiltak for å styrke samarbeidet om pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Andelen som svarer ja øker systematisk med kommune-størrelse, og det er størst økning i kommuner med 50 000 innbyggere og mer fra 2023 til 2024.

Når vi spør hvilke tiltak dette er, handler det om ulike prosjekter og initiativer rundt etablering av FACT, samarbeidsmøter, fagdager, workshops, at de har etablert samarbeidsutvalg og arbeidsutvalg eller utarbeiding av retningslinjer og strategier

Som i 2023, er det flest som svarer at de ikke vet i hvilken grad prioriteringene av de som trenger det mest har økt eller om samarbeidet har blitt bedre. Men det er en synlig liten økning i alle indikatorene for i hvilken grad helsefellesskapet har bidratt økt prioritering eller bedre samarbeidet.

Svarene fra kommunene tyder på at det ikke har skjedd veldig mye på dette område fra 2023 til 2024, men dette er sett fra de brukernære tjenestene sin side og flere påpeker at det kan ha skjedd mer på overordnet nivå som de ikke er informert om. Det er også noen som svarer at de ikke helt har tro på at helsefellesskapene vil føre til at de som trenger det mest blir prioritert. Dette handler om at de tror det er vanskelig å finne løsninger for de med de mest alvorlige lidelsene både fordi de vet at det er stort press på spesialisthelsetjenestene slik at de er usikre på om de vil få bedre hjelp med de med de alvorligste lidelsene og fordi det er for stor avstand mellom helsefellesskapene og de brukernære tjenestene.

## 23 Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023 - 2033)

### 23.1 Om planen

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Det overordnede målet med opptrappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp.

I denne planen peker regjeringen ut en retning for utviklingen av politikken innen psykisk helsefeltet. Det trengs en sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser. Terskelen for å få hjelp må bli lavere. Samtidig må de med alvorlige psykiske lidelser få mer helhetlig behandling og oppfølging. Vi må ta større hensyn til personellressursene framover. Hvordan oppgaver fordeles og tjenestene organiseres, påvirker bruken av personell.

Tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer skal være gode arbeidsplasser med mulighet for faglig utvikling. Pasient og brukermedvirkning i tjenestene må også styrkes. Opptrappingsplanen er en helhetlig plan for å bedre den psykiske helsen i Norge og utvikle det samlede tjenestetilbudet de neste årene.

Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til psykisk helse med 3 mrd. kroner i perioden 2023–2033. Som et ledd i satsingen har regjeringen for budsjettåret 2023 foreslått 150 mill. kroner til tiltak knyttet til opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det ble også øremerket 150 mill. kroner til styrket døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne av den økte grunnfinansieringen for sykehusene.

Opptrappingsplanen innebærer at regjeringen prioriterer psykisk helse og at innsatsen innen psykisk helsefeltet skal trappes opp gjennom en planperiode på ti år. Tidlig i planperioden vil regjeringen prioritere tverrsektoriell forebyggende innsats og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene for å i større grad å forebygge at psykiske helseplager utvikler seg til å bli psykiske lidelser. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må styrkes for å gi bedre hjelp til de med størst behov.

Regjeringen har valgt tre innsatsområder for opptrappingsplanen:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

I dette kapittelet ser vi på hvilke forventninger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har til opptrappingsplanen.

## 23.2 Kommunenes forventning til opptrappingsplanen

Det er gitt 272 svar på hvilke forventninger de har til opptrappingsplanen.

De minste kommunene svarer slik:

- Mer midler til kompetanseheving av egne ansatte fordi det er vanskelig å rekruttere nye
- Vanskelig å opprette lavterskeltjenester, de må prioritere pasienter med tjenester etter vedtak
- Forventer bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Forventer at utfordringer med de mest alvorlige psykiske lidelsene bedre kan løses
- Forventer mer satsing på forebyggende arbeid og tidlig innsats
- Forventer mer satsning på barn og unge
- Forventer økning i midler til kompetanseoppbygging
- Forventer midler til øning av antall årsverk
- Forventer mer oppsøkende behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten der pasienten bor – alternativt digitalt
- At kommunens ledelse setter seg inn i planen og løfter aktuelle saker til politisk behandling
- At kommunene skal prioritere forebygging og spesialisthelsetjenesten tar ansvar for alvorlig syke pasienter med mulighet for langvarig opphold på sykehus/institusjon
- Øremerking av midler
- Mer tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid
- At de skal få til økt samarbeid med nabokommunen
- Mulighet til å søke lønnsmidler for en planlagt opptrapping av kommunale satsningsområder og forsterket bemanning i belastede tjenester
- Mer veiledning/kursing til arbeid med barn og unge
- Mer regionalt samarbeid
- Kommunene trenger bedre strategi og hjelp til forebyggende arbeid lokalt.

*Mine forventninger til opptrappingsplanen er at alvorlige psykisk syke skal kunne få behandling over tid i spesialisthelsetjenesten, og at ikke alt ansvar blir skjøvet over til kommunene slik det er nå. Nesten alle langtidsplasser i det offentlige er nedlagt og det eneste som står igjen er akutt plasser. Pasienter opplever at de må på det private markedet for å få reell behandling. Det en ser nå er at tjenestene blir bygd ned til tross for fine overordnede mål, og det kan ikke fortsette. Vi ser behov for at en tenker nytt i behandling av psykisk syke.*

*Øremerking av midler frem for masse ressursbruk på prosjektsøknader og rapportering er å foretrekke og en klokere måte å anvende ressursene på. Øremerkede midler til barn og unge er også en klar forventning.*

De nest minste kommunene oppgir følgende forventninger:

- Mer ressurser til helsestasjon- og skolehelsetjeneste
- Mer midler til kompetansehevende tiltak og videreutdanning
- Mer ressurser til lavterskeltilbud og forebyggende arbeid
- Øremerkede ressurser til målgruppene
- At politikere og administrasjon vil delta i planlagt omstrukturering
- Ressurser til flere årsverk
- Ressurser for å kunne jobbe mer forebyggende
- Ressurser til å etablere psykisk helsetjeneste til barn og unge
- Ressurser til å utvikle egne døgnkontinuerlige tjenester for å redusere avhengigheten til spesialisthelsetjenesten
- Tilskudd til utviklingsarbeid
- Mer tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester
- Tydeligere føringer for hvordan 1. og 2. linje skal samarbeide, og hvordan 1. linje sikres veiledning fra kvalifisert personell i 2. linje.

*Vi mener det vil bli krevende å gjennomføre både økt satsning på forebygging, rask innsats og hjelp, og mer helhetlig behandling til de med alvorlige lidelser i årene fremover. Vi får ingen flere ressurser her i kommunen til voksebepølkningen, det er heller antydnet mindre ressurser for å kunne gjennomføre satsningen mot barn og unge.*

*Øremerkede midler for å kunne drive forbyggende arbeid, da vi vet at eldrebølgen snart vil ta mye ressurser. Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at det ikke blir skyvning av arbeidsoppgaver. Samhandling må bety å samarbeide, ikke overføre oppgaver til kommunen. Planens satsningsområder bør innebære økte ressurser til kommunene. Dette må ses i sammenheng med økte psykiske lidelser i samfunnet.*

*Kommunen merker betydelig endring i utfordringsbilde i brukergruppen, der det forventes at kommunen skal ivareta brukere med større og sammensatte problemer, uten særlig ressursøkning. Vi ser i tillegg en stor utfordring knyttet til ROP-brukere som har behov for bemannede heldøgnsholiger for å etterkomme et verdig og forsvarlig hjelpetilbud. Vi forventer større muligheter til å kunne jobbe lavterskel og forebyggende.*

Kommuner med 5000-10000 innbyggere oppgir følgende forventninger:

- Tydeligere oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Mer fokus på forebygging/styrking av foreldrerollen
- Tilskudd til utdanning/kompetanseheving
- Øremerkede midler slik at midlene ikke forsvinner i en presset kommuneøkonomi
- At lavterskeltjenester lovfestes, slik at kommunen må prioritere det

- Tidlig innsats/tverrfaglig satsing for å få robuste barn/unge som klarer voksenlivet
- Styrket samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- At pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal få rask helsehjelp
- At nasjonal satsing på kompetanseheving fortsetter
- At det blir lettere å få døgnplass når noen blir så syke at det ikke er mulig å ivareta dem i kommunen.

*Øremerkede midler til psykisk helse og rusarbeid og ikke rammetilskudd. Satsning på forebyggende arbeid og tidlig inn med hjelpetiltak. Forebygge og begrense forverring av tilstander. Kort ventetid til hjelp. Faglig utvikling innenfor fagfeltet må prioriteres. Tilbud om fast veiledning til ansatte for å klare å stå i jobbene sine og unngå sykemeldinger. Personer med store og omfattende hjelpebehov innen psykisk helse og rusarbeid skal få den hjelpen de trenger for å leve et godt og meningsfullt liv.*

*Økonomisk støtte til å jobbe meir forebyggande arbeid. Utviding av spesialisthelsetjenesten sitt ansvar for dei aller sjukaste. Økonomisk støtte til kompetanseheving innan psykisk helse og rus.*

*Kommunen har fått kr.296.000 for 2024 som et rammetilskudd i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033). Vi er en kommune på litt over 10.000 innbyggere med ekstremt presset økonomi. Det må framover kjempes en hard kamp for å beholde ressursene til tjenesten rus og psykisk helse. Fokus på forebyggende helsearbeid kan fort bli taperen når kommuneøkonomien er veldig dårlig. Jeg har en forventning om at det i forbindelse med opptappingsplanen gis som øremerkede midler slik at vi bedre kan sikre at pengene blir brukt der de skal.*

*Ikkje låse styrkingsmidlar til spesifikke tiltak (eks FACT), men gi kommunane rom for fleksibilitet og lokale tilpassingar. Tydelegare føringar for samordning og samhandling.*

*Endring i driften og metode. Ved bruk av ressustrapp og venstreforskyvning, til flere lavterskeltilbud, hjelp til selvhjelpstilbud. digitale løsninger for mestringskurs o.l.*

Kommuner med 10000-20000 innbyggere oppgir følgende forventninger:

- Mer midler til forebygging og gode lavterskeltiltak
- Midler til utvikling av tjenester til barn og unge
- Mer midler til kompetanseheving
- Styrking av spesialisthelsetjenesten, kommuner har ikke nødvendige virkemidler
- Økt fokus på gruppetilbud og aktiv hverdag

*Vi har forventning om bedre ordninger for de som både har store helseutfordringer og som er til fare for samfunnet. I dag brukes millioner av kroner til ingen nytte for å følge opp personer som ikke er tilgjengelige for oppfølging. Jeg håper derfor de skal få et nytt tilbud med nye rammer slik at vi kan bruke ressursene på de som ønsker hjelp og kan nyttiggjøre seg denne. Ved nye satsningen forventer vi selvsagt tilførte midler, hvis ikke må det komme tydelig frem hva vi skal slutte med.*

*Så lenge midler ikke øremerkes, går dessverre pengene inn i kommunens budsjett som er svært dårlig. Man ser at lavterskel tilbud som RHP og Ung arena styrkes med midler/ressurser, som handler om*



*forebygging- på bekostning av ordinære tjenester som skolehelsetjeneste og psykisk helsetjeneste som må nedbemanne og gi fra seg ressurser til forebygging. Det går på bekostning av de dårligste brukerne med mer alvorlig og langvarig problematikk, og behov for tjenester. Man styrker det som ikke er lovpålagt, og svekker lovpålagte tjenester.*

*Kommunehelsetjenesten opplever å være under stort press og at et stadig større ansvar blir lagt på kommunehelsetjenesten. Vi får mer komplekse problemstillinger enn tidligere som krever mye ressursbruk over tid. Det er utfordrende for kommunen at mye av midlene vi får gjennom opptrappingsplaner og nasjonale retningslinjer er basert på tilskudd, når kommunen har presset økonomi og må kjempe for å beholde de ressursene vi har.*

*At ressursene som kommer med opptrappingsplanen faktisk benyttes innenfor de tjenestene de skal. Midlene er frie, og kommunen har dermed anledning til å benytte disse for å dekke opp underskudd innen skole/barnehage og eldreomsorg, men uten at endringen medfører faglig styrking. At både politisk og administrativ ledelse blir oppmerksomme på de utfordringer vi har på psykisk helse-feltet. At tjenestene på sikt har fått økt kompetanse og økte stillingsressurser.*

Kommuner med 20000-50000 innbyggere oppgir blant annet følgende:

- At det vil komme friske midler til kommunene
- At det vil komme konkrete anbefalinger på metoder og verktøy som kan benyttes
- Økt fokus på lavterskel
- At spesialisthelsetjenesten leverer gode oppfølgingsplaner, kriseplaner og risikovurderinger
- Tydelig avklaring for hva primærtjenestene skal håndtere
- Tydelig avklaring til spesialisthelsetjenesten om at de skal bidra i det helhetlige samarbeidet rundt de med alvorlige psykiske lidelser
- Tidlig innsats for de yngste
- Strukturerte oppfølgingsplaner for ungdom og rus
- Større innsats på gruppenivå
- At politikerne gjør seg kjent med opptrappingsplanen
- At kompetanse og ressurser til å jobbe med psykisk helse på det universelle nivået i barnehager og skoler styrkes
- At det utvikles bedre digitale verktøy
- Bedre lovverk for at kommunene kan jobbe bedre rundt de aller sykeste

*Vi har forventinger om at det ikke stilles høyere krav til omfattende kartlegginger for brukere i hovedforløp 1 (slik det legges opp til i høringsutkast til den nye planen). Man kan ikke iverksette en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene uten at det også overføres flere ressurser samt at kommunene gis tid til kompetanseoppbygging.*

*Ved oppgaveoverføring til kommunen må øremerkede midler følge med. Behov for styrking av sikkerhetspsykiatri. Behov for opprusting og ikke mer nedbygging av døgnplasser i psyk sykehus. Behov for flere døgnplasser barn og unge.*

*Ved endring av ansvarsområder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, der mer av oppfølging og behandling skal foregå i kommunene, er det en nødvendighet at kommuner får økonomiske ressurser til dette, slik at kommunene er klare til å ivareta og møte behovet til denne pasientgruppen, spesielt med tanke på lavterskeltilbud. Det er også en nødvendighet å se på den økte utfordringen med tanke på gruppen som skårer høyt på voldsrisikovurdering. Det må komme frem en klar og tydelig forventning om hvem og hvordan man skal møte disse utfordringene, med hvilken kompetanse og krav tjenesteområdet må ha.*

*Opptrappingsplan er godt beskrevet og er en god rettleiar om en følges. MEN... det som skjer i samfunnet vårt akkurat nå er: Helse Bergen legger ned døgnavdelingar for mennesker med alvorlig rusproblem. Dei korter ned på behandlingsforløp. Pasienter for kortere innleggelse og kortere behandlingsforløp. Vi har god dialog med politi, MEN fengselsvesenet gir dårligere tilbud inne, og forkorter soning til innsatte med store hjelpebehov.*

*Kommunen må få økt ramme ift. økte oppgaver. Vi må prioritere en dreining av å ha mer forebyggende tiltak, men samtidig tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å følge opp de i hovedforløp 3. I løpet av opptrappingsperioden vil vi ha et for stort trykk/etterspørsel på både forebygging og behandling sett opp mot ressurser og kompetanse.*

*Det er mange gode tanker i planen og dreiningen mot lavterskel jobbes det med i kommunen. Det oppleves at flere oppgaver blir overført til kommunen uten at det overføres midler, utfordringen er å ha nok ressurser til å både endre tjenesten, samtidig som at de med størst behov blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Dreiningen mot mer lavterskel og færre på vedtak gjør at det statistisk sett vil se ut som færre mottar tjenester, da det ikke er system for å telle de som mottar lavterskeltjenester, det forventes at det kommer en løsning på dette.*

*At det er tydelige føringer på hvordan kommune og spesialist helsetjenester skal samarbeide. Og at det legges vekt på at det også skal jobbes systematisk og med gode metoder også i hovedforløp 2 og 3 ikke bare i 1.*

Kommuner med over 50 000 innbyggere oppgir at de har følgende forventninger:

- Videre satsning på FACT
- At det medfølger økonomiske midler for å oppnå en opptrapping
- Tydeligere ansvarsområder mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste
- Satsning på forebyggende tiltak og lavterskeltjenester
- At sentrale myndigheter prioriterer kommunehelsetjenesten
- At kommunen er tydelig på behandlingsansvaret ved lette til moderate psykiske og rus problemer
- Øking av midler til ulike lokale forebyggende prosjekter
- At psykisk helsevern ambulerer ut i kommunene og deltar i oppfølgingen av de dårligste som er dømt til behandling eller som er på tvungent psykisk helsevern
- Muliggjør satsing på vedtaksfrie tjenester innenfor feltet, med økt tilgjengelighet og lavere terskel som uttalt målsetting

*Tydelige føringer, tilstrekkelig finansiering som er øremerkede. Forventer styrking av årsverk for å oppfylle målsetninger i opptrappingsplanen. Og at anbefalinger i tilhørende veileder blir oppfylt. Viljen*

*er god for å gi gode tjenester og til å satse på barn og unge, og det finnes mange gode tilbud. Vi har forventninger til at koordineringen av arbeidet og rollefordelingen skal utvikle seg til det bedre.*

*Styrket finansiering av forløp 1 og 2, klargjøring av ansvar for forløp 3 for pasienter som har en alvorlig rusmiddelavhengighet uten diagnostisert alvorlige psykisk lidelse mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, som ikke ønsker helsehjelp*

*Økt innsats overfor unge, større tilgjengelighet til psykisk helsevern, hindre nedbygging av sengeplasser (som vil føre til bedre hjelp for kommunen), bedre helsehjelp til dem med langvarige og alvorlige plager, og omrokkering av helsepersonell som gir bedre tid til menneskene som ber om hjelp. Det er også et ønske om større satsing på lavterskeltilbud.*

*Formålet med opptrappingsplanen er bra, men vi ser på bekymring for hvordan kommunen skal løse alle oppgaver. Dette særlig i lys av andre strategiske føringer som kommer fra samme regjering, eksempelvis i form av ny veileder for lokalt psykisk helse og rusarbeid som nylig var på høring. I utkastet til veilederen ser vi at fokus på forebygging og recovery er redusert til fordel for en mer medikalisert tilnærming, hvor kommunen i større grad skal ha fokus på utredning og diagnostisering, og hvor recovery-tilnærmingen i hovedforløp 2 er "erstattet" med stabilisering og lindrende behandling. Kommunene bør stimuleres til mer forebyggende arbeid i alle hovedforløp. Helsedirektoratet bør derfor designe gode folkehelseiltak for å forebygge rus og psykisk helse blant unge og i befolkningen generelt, og gi midler til kommunen for å jobbe med dette. De strategiske og faglige føringene må stå i sammenheng med hverandre, og ikke i motsetning.*

*Dersom oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjeneste til kommunene fortsetter, må dette følges opp av tilsvarende forskyvning av midler. Lovverket bør også moderniseres for å være i tråd med fremtidsrettede bærekraftige psykiske helsetjenester.*

*Kommunen opplever ikke at en får mulighet til å prioritere satsingsområdene som beskrives i opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi står i store budsjettkutt som fører til at vi må nedskalere tjenester heller enn å bygge opp. Det er forventet enda større nedskjæringer i årene som kommer. Dette får konsekvenser for tilbudet til alle tre hovedforløp innenfor våre målgrupper. Vi ser med stor bekymring på utviklingen.*

*Øremerkede midler for å ansette andre yrkesgrupper enn de vi tradisjonelt har. Eks yrkesgrupper mer rettet mot arbeid og aktivitet, idrettspedagoger, musikkterapeuter, ernæringsfysiolog mm. Harmoni mellom opptrappingsplanen og Nasjonal veileder som er på høring nå. Fornuftig at tjenester skal gjennomføres i kommunen, men da må også ressurser dreies mot kommunen. Forventer økt satsning på kompetansestyrking innen psykisk helse i form av tilstrekkelig personell med helsefaglig bakgrunn. Samt videre satsning på videreutdanning for personalet. Ett bedre samarbeid med eksterne, eksempelvis FACT. Forventer bedre og bredere satsning. Større fokus og konkrete tiltak på tidlig intervensjon ved oppdagelse av utvikling av psykisk uhelse, eller forverring av kjent psykisk uhelse/lidelse. Innlemme kommunene i større grad i nasjonale pasientforløp. Fokus er mest på hva som skal skje under innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Behov for å anerkjenne kommunens kunnskap og kompetanse om innbyggere som allerede mottar kommunale helsetjenester. Utvikle konkrete tiltak for bedre samarbeid med fastleger, for best mulig ivaretagelse også av somatisk helse, samt større fokus på avklaring av somatisk tilstand under innleggelse i spesialisthelsetjenestens psykiatri- og rusavdelinger. Se på lovverket knyttet til domte til behandling, som overfyller landets sikkerhetsavdelinger og andre langtidsavdelinger. Dette fører til plassmangel i hele behandlingsskjeden, pasienter skrives ut altfor tidlig fra akuttavdelinger, det skapes svingdørspasienter, store utfordringer ute i samfunnet for politi, legevakt, kommunale helsetjenester osv. Tydelig beskrivelse av hva det innebærer for f.eks DPS FACT-team å ivareta samfunnsvernet ved en dom til behandling, samt krav til samarbeid med kommunene.*

*Flere og større FACT sikkerhetsteam til å romme alle som får dom til behandling. Tydelig avklaring av lovverk og hva som kan forventes av de ulike nivåene. Felles utfordring for kommunene er gruppen som både har en psykisk lidelse, rusutfordringer, utviklingshemming og høy voldsrisiko. En liten, men svært ressurskrevende gruppe. Forventer en beskrivelse av hvordan behandlingsapparatet skal tilby denne gruppen riktig behandling og oppfølging. Blir ofte avvist i spesialisthelsetjenesten, da de vurderes til ikke å fylle nyttekriteriet til tross for at farekriteriet foreligger.*

Bydelene i Oslo har også tydelige forventninger:

- At det vil følge midler med opptrappingsplanen, slik at innsatsen kan økes.
- At oppgaver og ressurser overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen
- Tydelig oppgave- og ansvarfordeling mellom første- og andrelinje
- Lavere terskel for å få hjelp
- Økt fokus på forebygging og tidlig innsats
- Likeverdighet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste
- Bedre samhandling med alle aktører for målgruppen

*Vi har en forventning om at flere og flere oppgaver blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og at dette også genererer økonomiske insentiver. En slik ressursforskyvning fordrer et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og vi sitter med en forventning om at dette bedres fra dagens praksis. Her må det sikres gode overganger. Videre håper vi at opptrappingsplanen bidrar til at terskelen for å få hjelp blir lavere. Vi kan allerede se en positiv endring ved hjelp av RPH. Til slutt håper vi at opptrappingsplanen vil gi oss noen styringsverktøy i større grad enn det vi har i dag for dem i Hovedforløp 3.*

*Positivt at det setter psykisk helse på dagsorden. Vi savner sterkere føringer på hvordan man skal rigge seg for å sikre likeverdighet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, uavhengig av sektor og kommune. Vi etterlyser sterkere føringer på hvordan ansvar skal fordeles og hvordan samhandling skal foregå i komplekse saker. Vi registrerer at oppgaver forskyves til primærhelsetjenesten uten at det følger med midler.*

*Økt fokus på forebygging av psykiske helse- og rus i befolkningen. Alle bydelens og kommunens tjenester må få økt kompetanse om psykisk helse og rus, slik at man kan identifisere problemer og sikre tidlig hjelp. Økt innsats i forhold til barn og unge sine oppvekstvilkår for å forhindre utenforskap og lav sosial status.*

*Intensjonene i opptrappingsplanen er gode, og vi håper at den vil legge sterkere føringer til kommunene for å gjennomføre tiltakene i planen. Satsingen må vise økt vilje til å øke ressursene til målgruppen. Den økonomiske satsningen i planen er minimal når det fordeles på nivåene i helsetjenesten, på alle HF'ene og alle kommunene. Slik det er nå opplever vi høyere forekomst og høyere innsøking til våre tjenester, samtidig som nedbygging av langtidsplasser og lengre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er kun de mest alvorlig syke som får behandling i spesialisthelsetjenesten, resten skrives ut etter utredning og overføres til kommunene. Innføringen av felles henvisningsmottak har også økt trykket på langvarige behandlingstilbud i kommunene. En økning i alvorlig ROP- lidelser som ikke ivaretas av kriminalomsorgen eller spesialisthelsetjenesten påfører også kommunene betydelig økte utgifter. Det medfører at den lave/moderate økningen i ressurser har gått med til å dekke økende behov fremfor å bidra til tjenesteutvikling og økt kapasitet i tjenestene. Nåsituasjonen er at vi må prioritere de sykeste og rette mer av årsverksinnsatsen på hovedforløp 3 på voksensiden.*

*Forventningene er beskjedne, men vi har et håp om at også spesialisthelsetjenesten sterkere enn nå inntar et mer funksjonsrettet perspektiv; hva skal til / hvordan skal vi sammen best hjelpe personer med psykisk helse og eller rusutfordringer til å leve meningsfulle liv.*

*Forventer at det følger med ressurser slik at lavterskeltilbud kan styrkes og vi kan opprettholde tilbudet til brukere i hovedforløp 2 og 3. Det er håp om at opptrappingsplanen vil bidra til og styrke tjenestene.*

*Bydelen forventer mer øremerkede midler som går til tjenesteoppbygging og utføring. Dette sett i lys av at vi får inn flere søknader enn hva vi har ressurser til å innvilge*

### 23.3 Oppsummering

Vi har tatt med mange av svarene fra kommunene i kapittel 23 for å gi en direkte tilbakemelding fra kommunene om hva de forventer.

Noen tilbakemeldinger handler om generelle forventninger som økte midler til kompetanseheving og bedre samarbeid og koordinering med spesialisthelsetjenestene om personer med alvorlige psykiske lidelser. Rundt hver femte tilbakemelding handler om at de forventer øremerkede midler for å sikre at midlene går til målgruppen.

Mindre kommuner sliter med å opprette lavterskeltjenester fordi de må prioritere pasienter med vedtak. Noen forventer at kommunene fremover skal prioritere forebygging og at spesialisthelsetjenesten skal ta ansvar for alvorlig syke pasienter med mulighet for langvarig opphold på sykehus/institusjon. Dersom alvorlig syke pasienter skal bo i kommunen, trenger de mer oppsøkende behandling fra spesialisthelsetjenestene.

Større kommuner ønsker blant annet mer ressurser til helsestasjon og skolehelsetjenesten og økte midler til kompetanseheving, men de ønsker også tydeligere retningslinjer for oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Felles for mange kommuner er at de opplever økonomisk press og er bekymret for at midler til forebyggende arbeid kan bli nedprioritert fordi det ikke er lovpålagt. Det er også en bekymring for at ressurser til forebygging og lavterskeltilbud kan gå på bekostning av tjenester til de mest alvorlig syke.

Svarene fra kommunene viser at de har behov for økte ressurser for å kunne styrke innsatsen. Mange vil ha flere årsverk, men mange oppgir at de også vil øke kompetansen blant nåværende ansatte. De forventer fortsatt og forsterket innsats på forebygging og tidlig innsats, utvikling og styrking av lavterskeltilbud og bedre samarbeid både med spesialisthelsetjenesten, mellom kommuner og intern i kommunene.

## 24 Sårbarhet for overdoser

I henhold til folkehelseloven § 5 skal kommunen ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Overdoseforebyggende arbeid er således en naturlig del av kommunenes forebyggende arbeid.

Alle kommuner skal ha en alkoholpolitisk handlingsplan, jf. alkoholloven § 1-7 d. Mange har også en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Å koble rutiner om overdoseforebyggende arbeid til planverk som allerede er etablert, kan være ressursbesparende.

Rutiner for samarbeid mellom aktuelle instanser bidrar til å sikre gode overganger og avdekke overdoserisiko hos den enkelte brukeren.

Utskriving fra fengsel, avrusning eller avslutning av ulike behandlingsopphold er eksempler på sårbare overganger som kan medføre økt risiko for overdose, blant annet fordi toleransen for rusmidler kan være redusert. Toleransen går raskt ned etter en stund uten bruk av opioider, hvilket øker risikoen for overdose dersom man etter en rusfri periode inntar en dose av samme styrke som man tolererte tidligere.<sup>y</sup> Dødelighet etter løslatelse fra fengsel er spesielt høy de første 14 dagene.<sup>z</sup>

Ansvarsgruppe rundt brukeren, kriseplan og Individuell plan (IP) bidrar til ivaretagelse av brukeren forutsatt at brukeren har vært involvert i utviklingen og samtykket til innholdet.

Rutiner for tverrsektorielt samarbeid i kommunens planverk, kan bidra til å styrke helhetlig oppfølging av brukeren. Se effekt av tiltak for å redusere bostedsløshet (fhi.no).<sup>a</sup>

Type rusmidler som er i omløp, sammensetningen og styrken på dem (rusmiddelkvaliteten) er i stadig endring både nasjonalt og regionalt. Ved at kommunen er orientert om endringer eller situasjoner som øker overdosefaren i regionen, kan informasjon videreformidles til brukermiljøene og overdoser forebygges.

Kommunen skal dele ut brukerstyr jf. smittevernloven § 7-1 tredje ledd om forebygging av smittsomme sykdommer.

---

<sup>y</sup> <https://rusinfo.no/fakta-om-rusmidler/fakta-om-opioider/>

<sup>z</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00107-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00107-4/fulltext)

<sup>a</sup> <https://www.fhi.no/publ/2016/effectiveness-of-interventions-to-reduce-homelessness.-a-systematic-review>

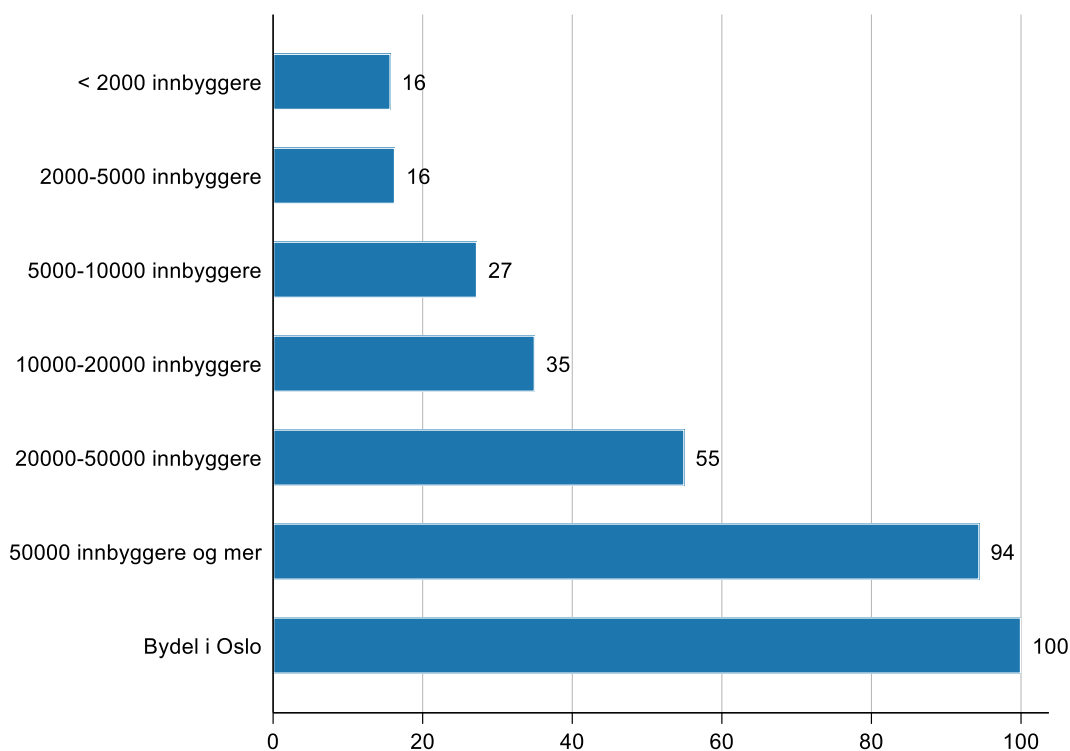
## 24.1 Om det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk

Tabell 24.1 viser at det er 33 prosent av kommunene som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, men det er også 20 prosent som svarer at de ikke vet om dette er en del av kommunens planverk.

Tabell 24.1 Antall og prosent som oppgir om det å redusere sårbarhet for overdoser en del av kommunens planverk. 2024.

	Antall	Prosent
Ja	111	33
Nei	160	47
Vet ikke	69	20
Total	340	100

Det er betydelige forskjeller i sannsynligheten for å svare ja etter kommunistørrelse (se figur 24.1), men på fylkesnivå det er kun Vestfold som skiller seg fra de andre fylkene når vi kontrollerer for kommunistørrelse. Både i Vestfold og i Oslo er det 100 prosent som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk.



Figur 24.1 Prosentvis av kommunene/bydelene som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, 2024.

## 24.2 Vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet)

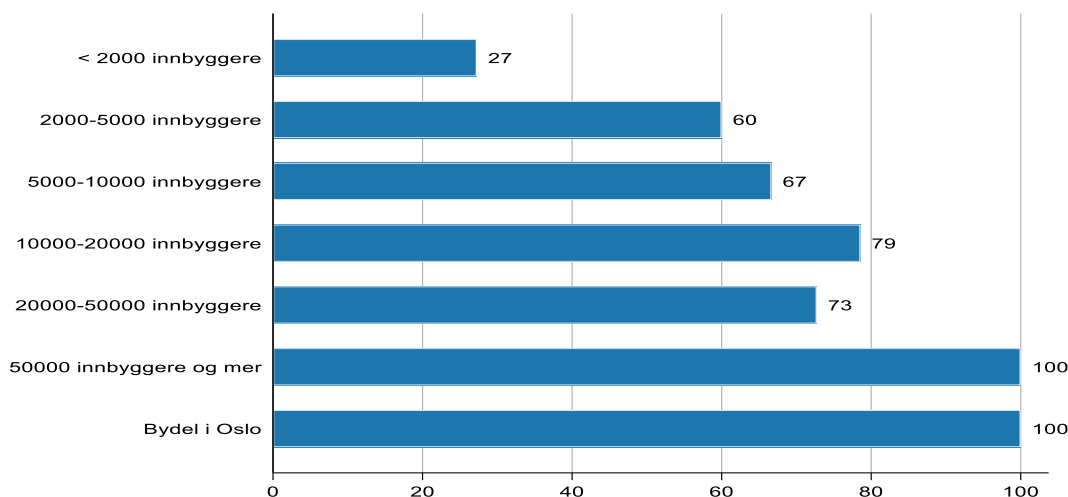
Spørsmålet er formulert slik: Har dere vært i kontakt med deres regionale KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser? Det er 110 av de 111 kommunene/bydelene som har svar på dette spørsmålet.

Som vist i tabell 24.2. er det 74 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS.

Tabell 24.2 Antall og prosent som oppgir om de har vært i kontakt med det regionale KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser. 2024.

	Antall	Prosent
Ja	81	74
Nei	20	18
Vet ikke	9	8
Total	110	100

Som vist i figur 24.2, er det de minste kommunene som i minst grad har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, og de med over 50 000 innbyggere og i bydelene i Oslo har alle vært i kontakt med KORUS i denne forbindelse. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det kun Østfold som skiller seg ut av fylkene, ved at der har signifikant færre kommuner vært i kontakt med KORUS i forbindelse med planverket (25 prosent).



Figur 24.2 Prosentvis av kommunene/bydelene som oppgir om de har vært i kontakt med det regionale KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser. Kommunestørrelse, 2024.



De som har svart at det å redusere sårbarhet for overdoser ikke er en del av kommunens planverk, har fått spørsmål om de skal utarbeide slike planer. Som vist i tabell 24.3. er det 14 prosent som svarer at de skal utarbeide slike planer.

**Tabell 24.3** Antall og prosent som oppgir om de skal utarbeide planverk for å redusere sårbarhet for overdoser blant de som ikke har det. 2024.

	Antall	Prosent
Ja	23	14
Nei	64	40
Vet ikke	73	46
Total	160	100

Vi har sett på de 64 av de 160 kommunene som ikke skal utarbeide slikt planverk, men finner ingen signifikante forskjeller etter kommunestørrelse eller fylke.

## 24.3 Oppsummering

Hver tredje kommunene svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, men det er store forskjeller etter kommunestørrelse. Av de minste kommunene er det 16 prosent som svarer at dette er en del av kommunens planverk, mens 94 prosent av de største kommunene og alle bydelene i Oslo svarer at å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk.

Av de som har dette som en del av planverket, er det 74 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS i den forbindelse. Det er de aller minste kommunene som i minst grad har vært i kontakt med KORUS i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, og de med over 50 000 innbyggere og i bydelene i Oslo har alle vært i kontakt med KORUS i den forbindelse.

## 25 Annet

I dette kapittelet har vi med tema som har for begrenset omfang til å være i egne kapitler.

### 25.1 Forebyggingsinnsats

Det er 54 prosent som oppgir at de har gjennomført tiltak for å forebygge psykiske plager/lidelser og/eller rusproblemer på befolkningsnivå, 65 oppgir at de har tiltak for å forebygge på gruppenivå og 74 prosent at de har tiltak på individnivå, se tabell 25.1. Eksempler på hva de har gjort, er vist i tabell 25.2.

**Tabell 25.1** Antall og prosent som oppgir at de har gjennomført tiltak for å forebygge psykiske plager/lidelser og/eller rusmiddelproblemer på ulike nivå. 2024.

	Befolkningsnivå		Gruppenivå		Individnivå	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	182	54	220	65	248	74
Nei	156	46	118	35	86	26
Total	338	100	338	100	334	100
Ikke oppgitt	35		35		39	

**Tabell 25.2** Eksempel på tiltak som kommunen oppgir å ha gjennomført

Befolkningsnivå	Gruppenivå	Individnivå
Markering av Verdensdagen for psykisk helse: Arrangeres for å øke bevisstheten om psykisk helse.	Kurs i mestring av belastninger (KIB): Kurs for å hjelpe grupper med å håndtere stress og belastninger.	Individuelle samtaler: En-til-en samtaler for å gi støtte og veiledning.
Folkelhelsearbeid/folkeopplysning: Generelle tiltak for å fremme helse i befolkningen.	Kurs i mestring av depresjon (KID): Kurs for å hjelpe grupper med å håndtere depresjon.	Rask psykisk helsehjelp: Tilbud om rask tilgang til psykisk helsehjelp.
Frisklivssentraler: Tilbyr lavterskeltilbud for å fremme fysisk og psykisk helse.	Foreldreveiledning: Kurs og veiledning for foreldre for å styrke foreldrerollen.	Støttesamtaler: Samtaler for å gi emosjonell støtte og veiledning.
Informasjonskampanjer: Ulike kampanjer for å spre informasjon om psykisk helse og rus.	Psykologisk førstehjelp: Kurs for å lære grunnleggende teknikker for å håndtere psykiske kriser.	Medikamentadministrasjon: Hjelp med å administrere medisiner.
Ruspolitisk handlingsplan: Planer for å redusere rusmiddelbruk i befolkningen.	Grupper for barn og unge: Ulike gruppetilbud for å støtte barn og unge med psykiske utfordringer.	Kriseintervensjoner: Tiltak for å håndtere akutte psykiske kriser.
Alkoholpolitisk plan: Tiltak for å regulere alkoholbruk.	Samtalegrupper: Grupper for å dele erfaringer og få støtte fra andre i lignende situasjoner.	Praktisk bistand: Hjelp med praktiske oppgaver i hverdagen.
Kultur- og fritidstilbud: Tilrettelegging av aktiviteter for å fremme sosial deltakelse.	Aktivitetsgrupper: Grupper som fokuserer på fysisk aktivitet for å fremme psykisk helse.	Oppfølging av pasienter: Regelmessig oppfølging for å sikre kontinuitet i behandlingen.
Sosiale møteplasser: Opprettelse av møteplasser for å redusere ensomhet og fremme fellesskap.	Sorggrupper: Grupper for å støtte personer som har opplevd tap.	Kartlegging og vurdering: Vurdering av behov og tilstand for å tilpasse tiltak.
Frivillighetsarbeid: Samarbeid med frivillige organisasjoner for å styrke lokalsamfunnet.		Psykoedukasjon: Opplæring om psykiske lidelser og mestringsstrategier.
		Motiverende samtaler: Samtaler for å motivere til endring og forbedring av livskvalitet.

## 25.2 Flyktninger og asylsøkere

Det er 91 prosent av kommunene som har svart på spørsmålene om flyktninger og asylsøkere som oppgir at de har bosetting av voksne flyktninger i kommunen/bydelen, og 67 prosent oppgir at de har flyktninghelsetjeneste eller flyktninghelseteam, se tabell 25.3. 20 prosent som har ordinært mottak for asylsøkere og 16 prosent har mottak av enslige mindreårige asylsøkere.

Tabell 25.3 Antall og prosent oppgir at de har ulike tilbud for flykninger/asylsøkere

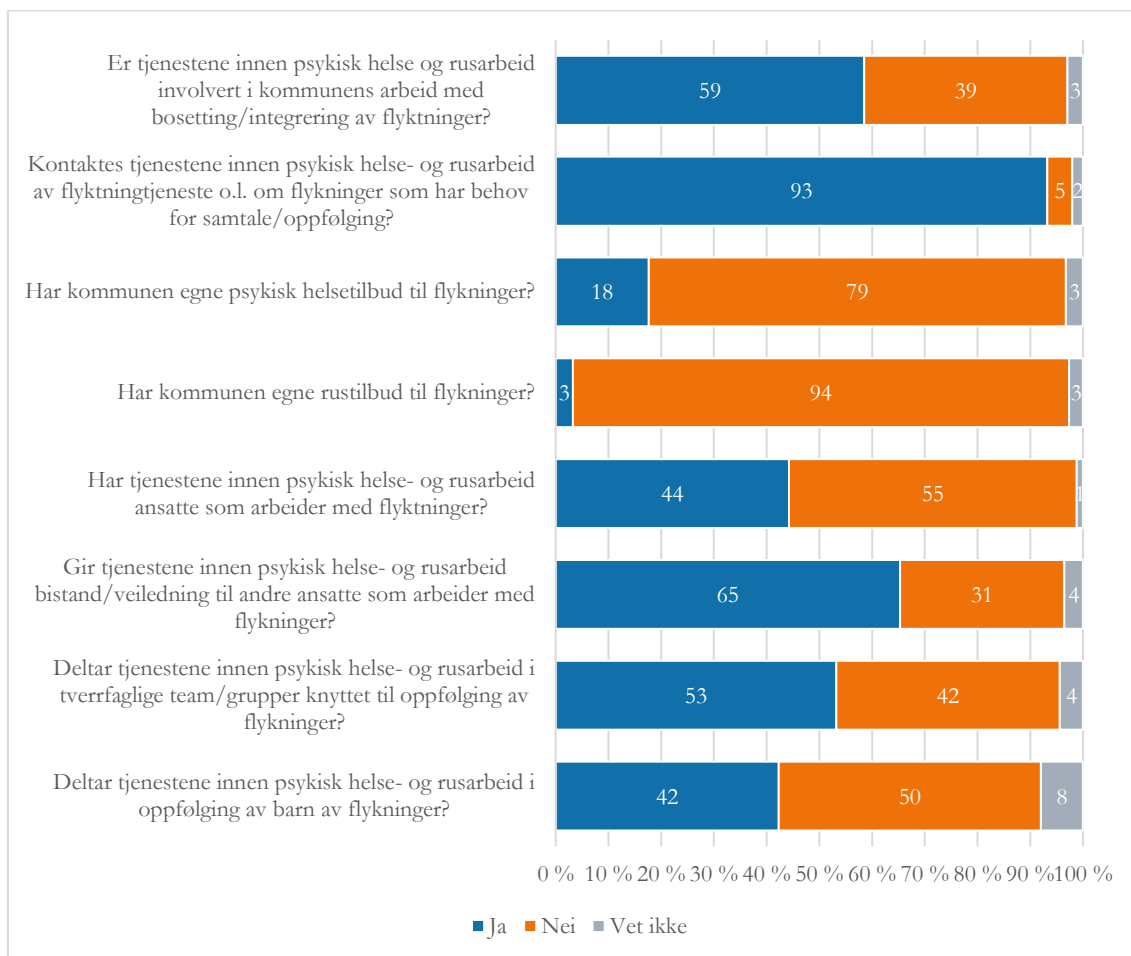
	Antall	Prosent
Akutt/transittmottak for asylsøkere	14	4
Ordinært mottak for asylsøkere	69	20
Mottak av enslige mindreårige asylsøkere (under 18 år)	53	16
Bosetting av voksne flykninger	306	91
Omsorgssenter for unge flykninger	7	2
Flyktninghelsetjeneste/team	227	67
Annet	35	10
Antall svar	337	100
Ikke oppgitt	36	

Det er 340 kommuner/bydeler som har svart på resten av spørsmålene om flykninger/asylsøkere, dvs. at datagrunnlaget dekker 91 prosent av kommunene.

Som vist i figur 25.1, er det 59 prosent av kommunene som rapporterer at tjenestene innen psykisk helse og rusarbeid er involvert i kommunens arbeid med bosetting og integrering av flyktninger. 93 prosent oppgir at tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid kontaktes av flyktningstjenesten eller lignende om flyktninger som har behov for samtale eller oppfølging.

18 prosent av kommunene har egne psykisk helsetilbud til flyktninger og 3 prosent av har egne rustilbud til flyktninger. 44 prosent av kommunene har ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid som arbeider med flyktninger og 65 prosent gir bistand eller veiledning til andre ansatte som arbeider med flyktninger. 53 prosent har ansatte som deltar i tverrfaglige team eller grupper knyttet til oppfølging av flyktninger og 42 prosent av kommunene deltar i oppfølging av barn av flyktninger.

Det er betydelig involvering av psykisk helse- og rustjenester i arbeidet med flyktninger, spesielt når det gjelder kontakt og veiledning. Det er også noen kommuner som har egne tilbud for flyktninger innen psykisk helse (18 prosent) og innen rus (3 prosent).



Figur 25.1 Prosentvis svarfordeling på ulike spørsmål om flyktninger og asylsøkere.

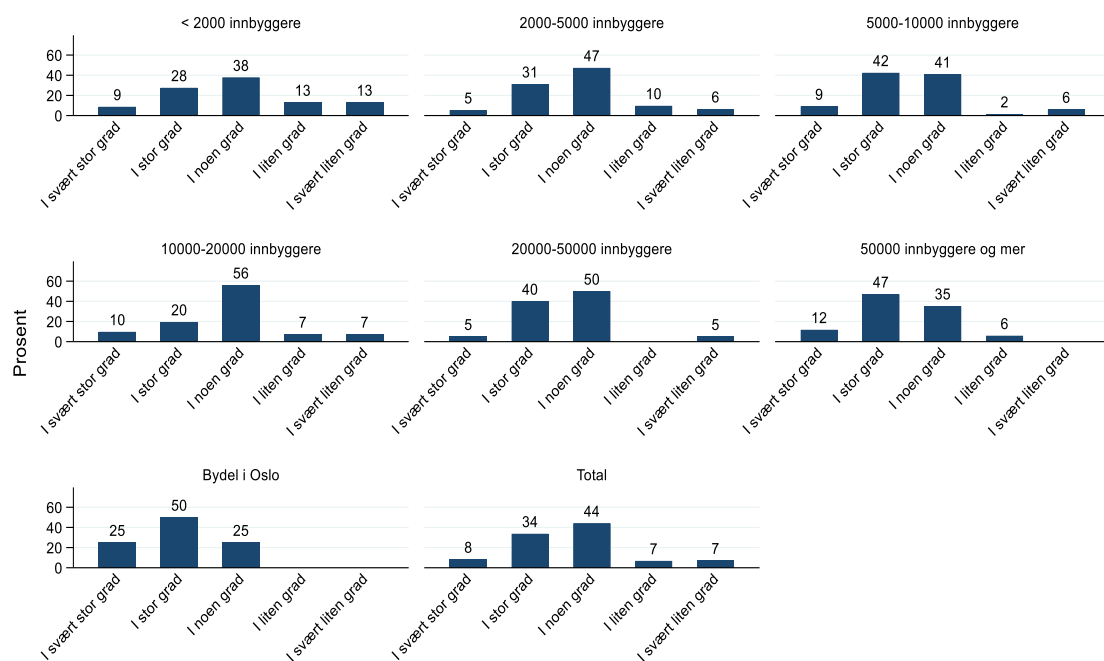
### 25.3 Samarbeid med barneverntjenesten

Fra 2021 det tatt med et spørsmål om samarbeid med barneverntjenesten og tabell 25.4 viser at de fleste svarer at de i noen grad samarbeider med barneverntjenesten (44 prosent) og 42 prosent svarer at de i stor, eller i svært stor grad samarbeider i 2024. Det er 14 prosent som svarer at de i liten eller i svært liten grad, eller at de ikke samarbeider med barneverntjenesten i 2024. Svarfordelingen er relativt lik i hvert år, og det er foreløpig ingen tydelige trender.

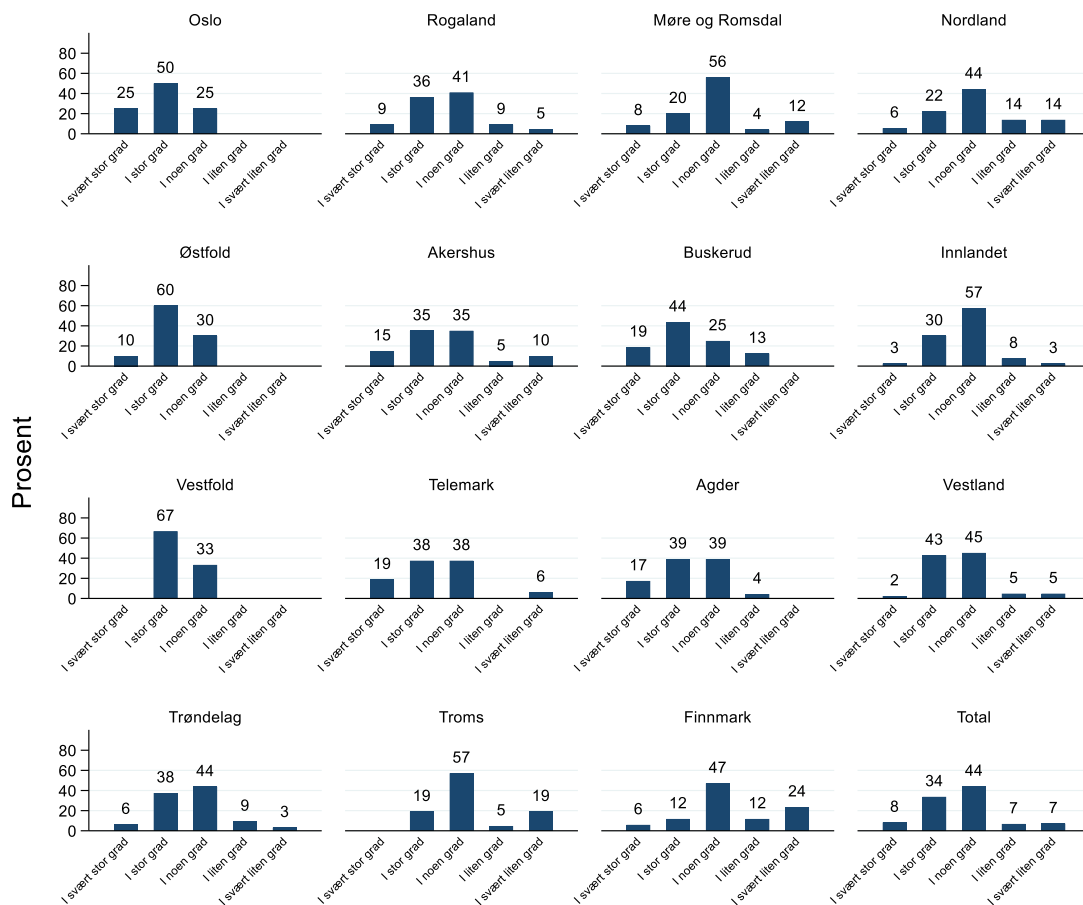
Det er ingen systematiske forskjeller etter kommunestørrelse (figur 25.2), men det er noe fylkesvariasjon, se figur 25.3 og det er særlig mange kommuner i Rogaland som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med barnevernet, mens andelen er lavest blant kommunene i Innlandet (14 prosent).

Tabell 25.4 Antall og andel kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten, 2021 - 2024.

	2021		2022		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	18	6	17	5	19	6	28	8
I stor grad	91	28	108	34	98	29	114	34
I noen grad	172	53	148	47	180	53	149	44
I liten grad	26	8	37	12	35	10	23	7
I svært liten grad	15	5	8	3	5	1	16	5
Vi har ikke samarbeid med barneverntjenesten							8	2
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>	<b>318</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>	<b>338</b>	<b>100</b>



Figur 25.2 Prosent av kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten. Kommunestørrelse, 2024.



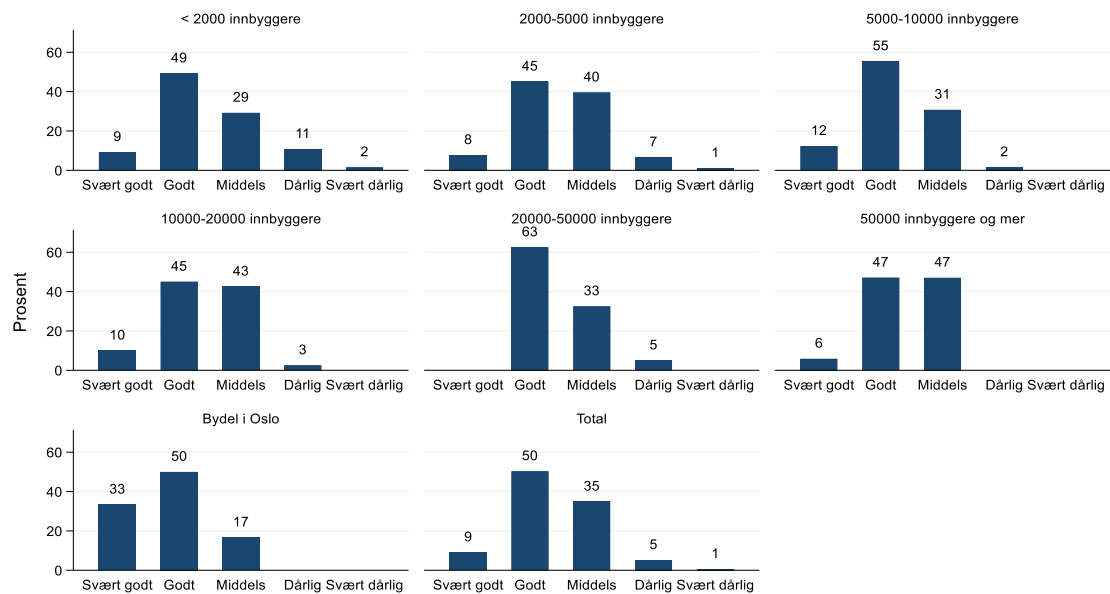
**Figur 25.3** Prosent av kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barneverntjenesten. Fylke, 2024.

Det er 59 prosent som oppgir at samarbeidet med barnevernstjenesten er svært godt eller godt, se tabell 25.5. Det er fem prosent som svarer at det er dårlig, og 1 prosent som svarer at det er svært dårlig.

**Tabell 25.5** Antall og andel som beskriver samarbeidet kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har med barneverntjenesten, 2024.

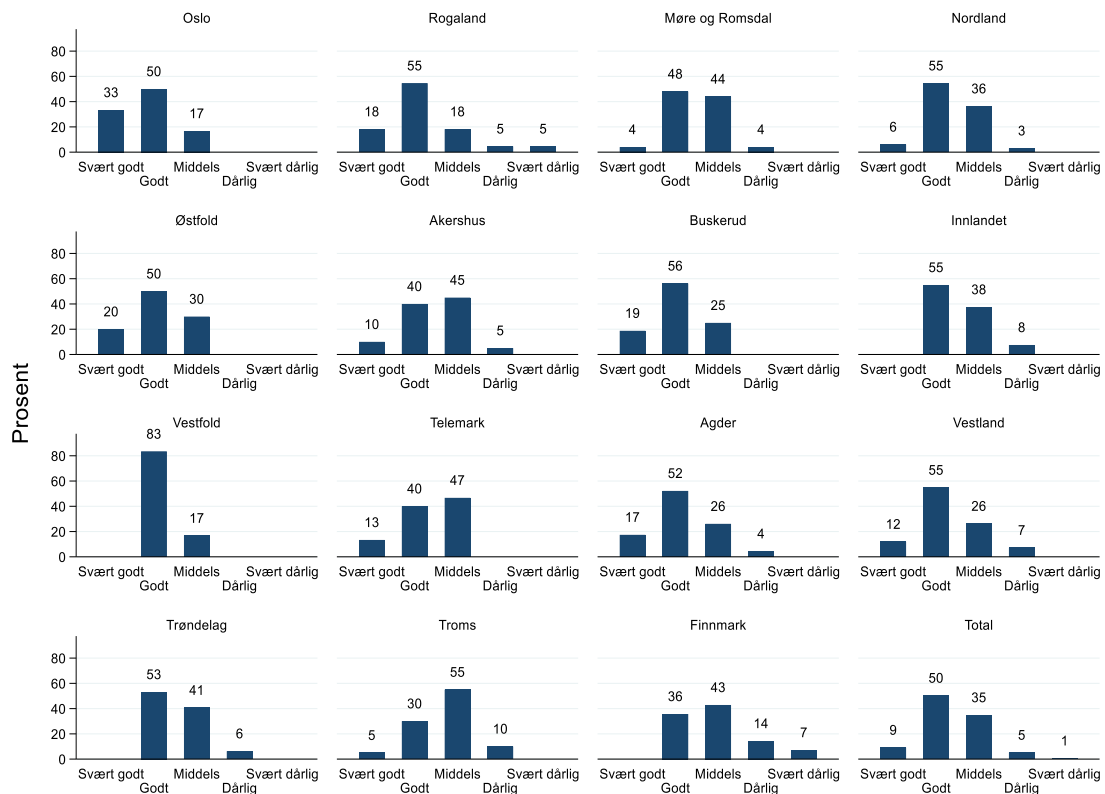
	Antall	Prosent
Svært godt	30	9
Godt	166	50
Middels	115	35
Dårlig	17	5
Svært dårlig	2	1
Total	330	100
Ikke oppgitt	43	

Det er noen forskjeller etter kommunestørrelse, og det er de minste kommunene som oftere svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig (13 prosent), se figur 25.4.



**Figur 25.4** Prosent som beskriver kvaliteten på samarbeidet med barneverntjenesten. Kommunestørrelse, 2024.

Det er også forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Fylkesforskjellene uten kontroll for kommunestørrelse er vist i figur 25.5.



**Figur 25.5** Prosent som beskriver kvaliteten på samarbeidet med barneverntjenesten. Fylke, 2024.

## 25.4 Nasjonalt forløp for barnevern

Det er nå 44 prosent av kommunene/bydelen som svarer at de har implementert nasjonalt forløp for barnevern, se tabell 25.6. Av de 184 som svarer at de ikke har implementert det nasjonale forløpet, er det 67 prosent som svarer på hvilke utfordringer de har hatt med å implementere dette nasjonale forløpet.

**Tabell 25.6** Antall og prosent som svarer på om de har implementert «Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus»

	Antall	Prosent
Ja	142	44
Nei	184	56
Total	326	100
Ikke oppgitt	47	

En analyse av de 184 svarene viser at utfordringene med å implementere det nasjonale forløpet for barnevern, handler om:

- Personellmangel, utskifting av ledelse og for lite tilgjengelig tid
- Interkommunale samarbeidsutfordringer
- Er i gang/under planlegging/oppstartsfasen
- Kjenner ikke godt nok til dette nasjonale forløpet, ligger i barnevern
- Vanskelig å vite hvem som skal ha ansvar for hva
- Mangelfullt samarbeid og forankring i ledelsen
- Kom samtidig med oppvekstreform, barnevernreform
- Planlegges å kobles til psykisk helsetilbud til barn og unge og deres familier

## 25.5 Interkommunalt samarbeid

Det er 34 prosent som oppgir at de har interkommunalt samarbeid om tilbud til målgruppen utover ØHD/KAD, FACT og lavterskeltilbud og ytterligere 12 prosent som oppgir at de har planer om å etablere interkommunalt samarbeid (tabell 25.7).

**Tabell 25.7** Antall og prosent som svarer på om de har interkommunalt samarbeid om tilbud til målgruppen utover evt. KAD-plasser, FACT, lavterskeltilbud

	Antall	Prosent
Ja	114	34
Nei, men har planer om å etablere interkommunalt samarbeid	41	12
Nei	182	54
Totalt	337	100
Ikke oppgitt	36	



Dette er mye høyere enn man skulle forvente i forhold til svar på tilsvarende spørsmål tidligere. Og når vi går gjennom beskrivelsene av hva dette samarbeidet er, er det likevel mange som nevner FACT, KAD-plasser og lavterskeltjenester som RPH.

Vi tror derfor at tallene her ikke gir et godt bilde på interkommunalt samarbeid utover KAD, FACT og lavterskeltilbud, men omfatter kanskje alt interkommunalt samarbeid rundt målgruppen. Vi må formulere bedre spørsmål på dette området for å få sikrere tall, kanskje med avkrysning for disse tre og heller ha «Annet» der de kan beskrive hva samarbeidet omfatter.

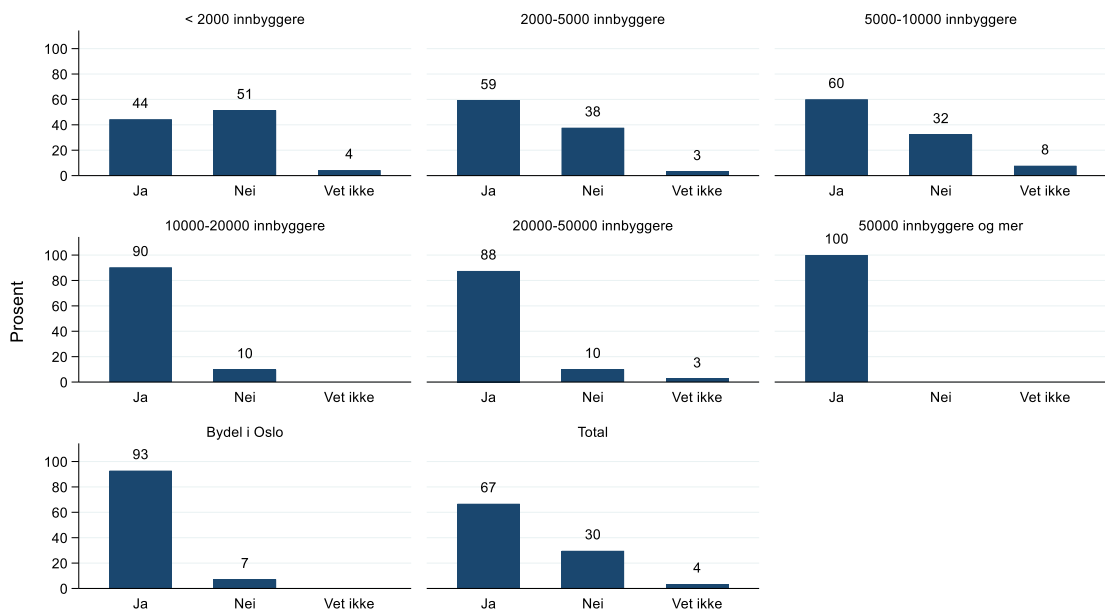
## 25.6 Samarbeid med frivillige aktører

Det er 67 prosent av kommunene som har svart som oppgir at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, se tabell 25.8. Andelen som svarer ja, øker med kommunestørrelse, se figur 25.6.

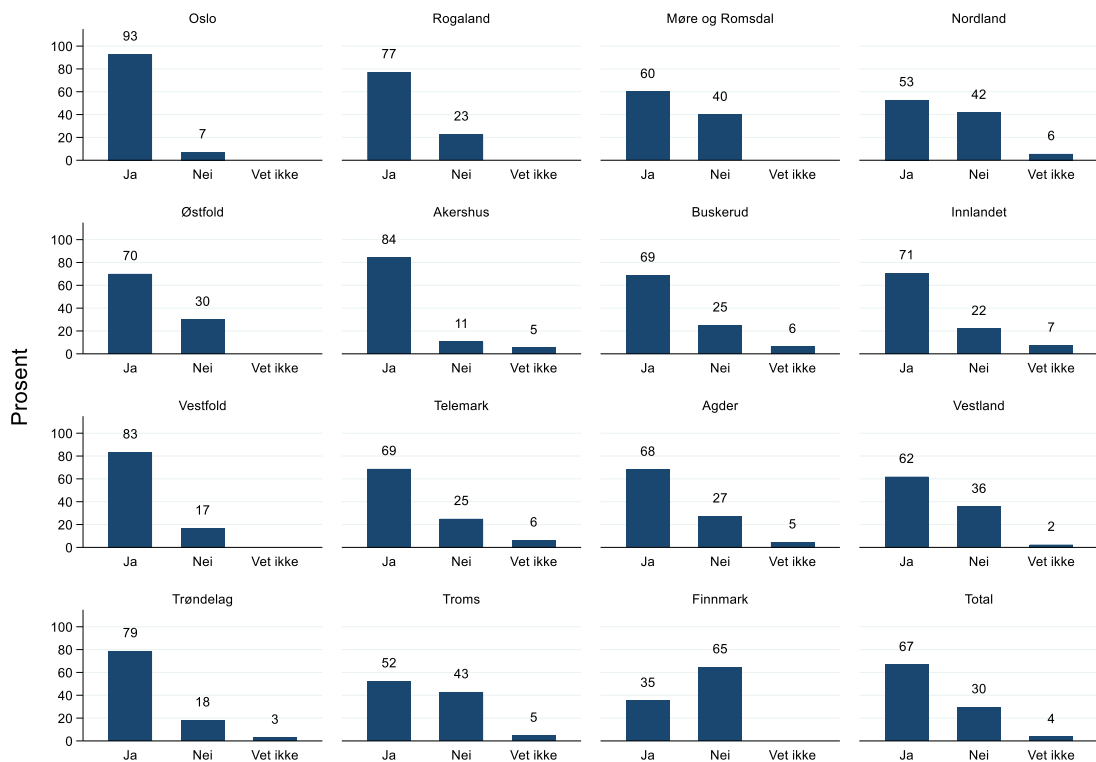
**Tabell 25.8** Antall og prosent som svarer har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

	Antall	Prosent
Ja	227	67
Nei	101	30
Vet ikke	12	4
Total	340	100
Ikke oppgitt	33	

Det er også noen geografiske forskjeller og en analyse der vi kontrollerer for kommunestørrelse, viser at det er særlig kommunene i Innlandet og i Trøndelag som har høyere sannsynlighet for å svare at de har samarbeid med frivillige enn kommuner i andre fylker. Figur 25.7 viser fylkesforskjeller uten å kontrollere for kommunestørrelse.



Figur 25.6 Prosentvis fordeling om de samarbeider med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2024.



Figur 25.7 Prosentvis fordeling om de samarbeider med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2024.

## 25.7 Ulike tilbud til målgruppen

Det er 80 prosent av kommunene/bydelene som har svart på spørsmålene av tilbudene som er opplistet i tabell 25.9. Vi antar at de som ikke har svart ikke har tilgang til slike tilbud for målgruppen, dvs. vi beregner prosenten ut ifra alle kommuner/bydeler.

Det er da 12 prosent av alle kommuner som målgruppen har tilgang til musikkterapi. Det flest synes å ha tilgang på, er aktivitetstilbud utendørs (61 prosent) og aktivitetstilbud med trening (60 prosent).

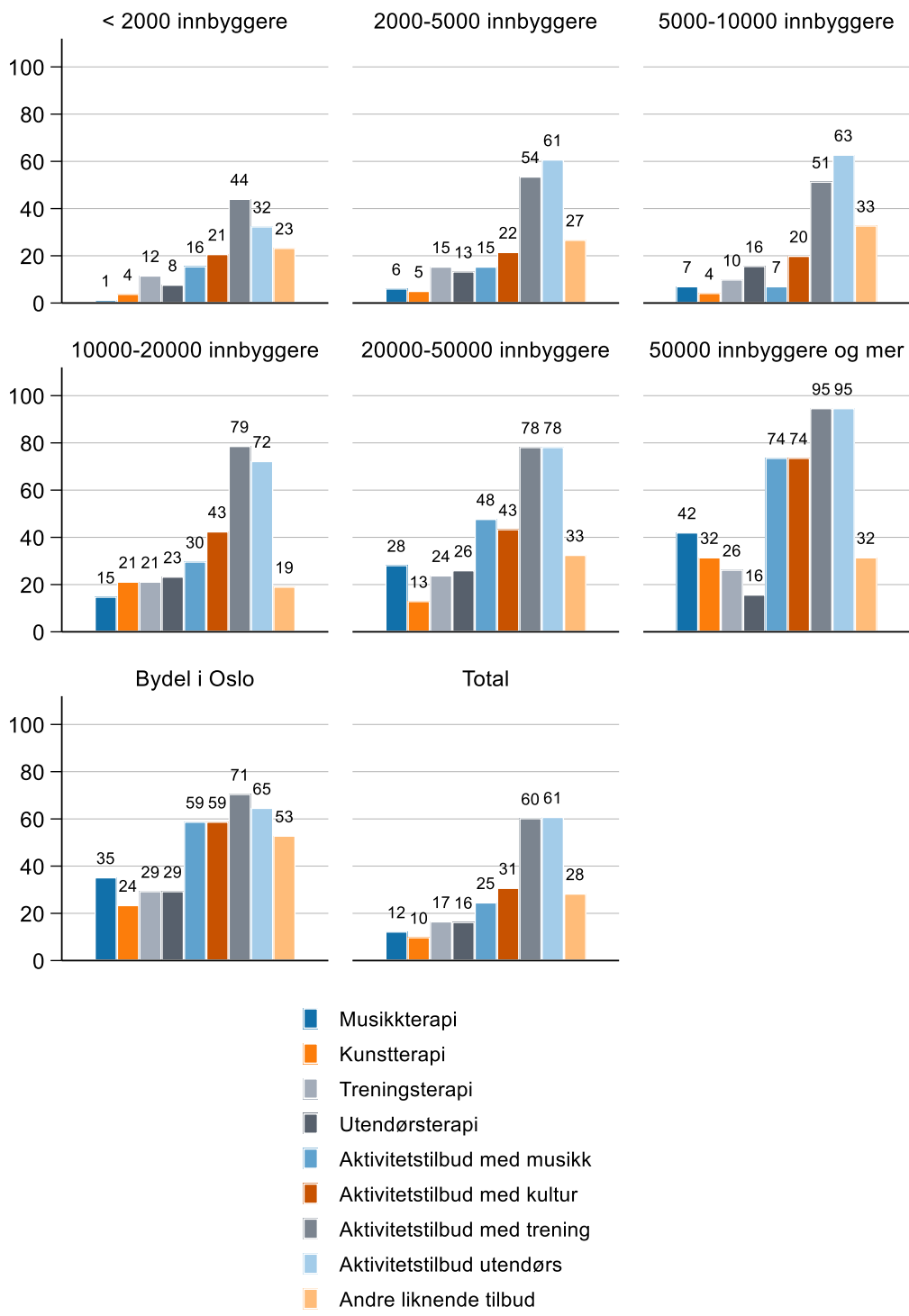
**Tabell 25.9** Antall og prosent av kommunene/bydelene som har ulike tilbud til målgruppen, 2024.

	Antall	Prosent av de som har svart	Prosent av alle
Musikkterapi	46	15	12
Kunstterapi	37	12	10
Treningsterapi	62	21	17
Utendørsterapi	61	20	16
Aktivitetstilbud med musikk	92	31	25
Aktivitetstilbud med kultur	115	38	31
Aktivitetstilbud med trening	225	75	60
Aktivitetstilbud utendørs	227	76	61
Andre liknende tilbud, hva (åpent)	106	35	28
Antall svar	300	100	80

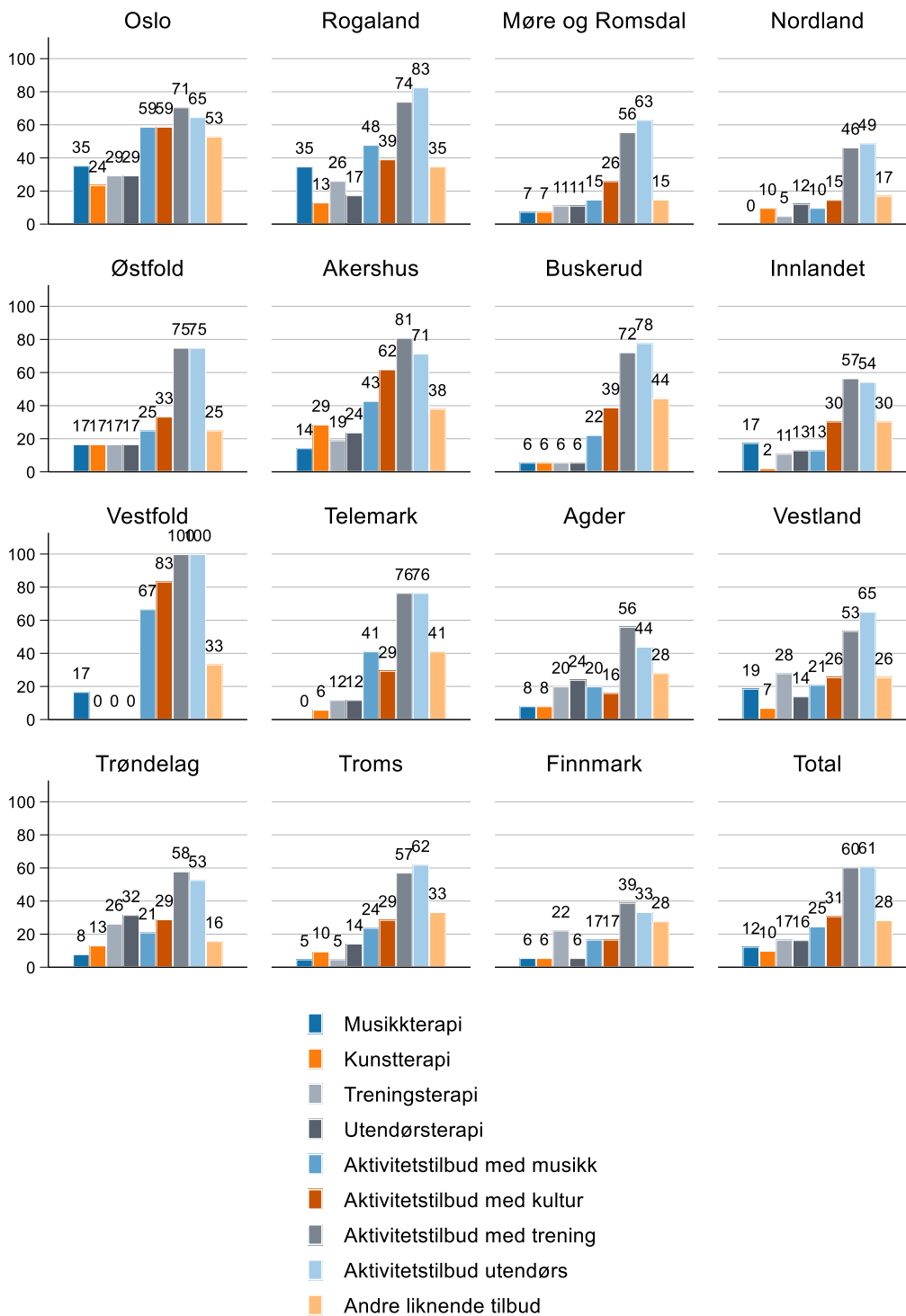
Det er naturlig nok en økende andel etter kommunistørrelse som har tilgang på ulike tilbud. en høyere andel blant de store kommunene som har slike tilbud enn mindre kommuner med færre brukere, se figur 25.8.

Det er også forskjeller mellom fylker, se figur 25.9. Det er for eksempel størst andel kommuner i Vestfold og Rogaland som oppgir at målgruppen har tilgang til aktivitetstilbud utendørs, og i Oslo og Rogaland flest har tilgang til musikkterapi.

Det er størst andel kommuner i Trøndelag, Agder og bydeler i Oslo som oppgir at målgruppen har tilgang til utendørsterapi, mens aktivitetstilbud med kultur ligger høyest i Vestfold og Akershus, men dette har trolig mest sammenheng med at de har store kommuner, se siste figur i kapittel 6.



Figur 25.8 Prosent som oppgir at målgruppen har tilgang til ulike tilbud. Kommunestørrelse, 2024.



Figur 25.9 Prosent som oppgir at målgruppen har tilgang til ulike tilbud. Fylke, 2024.

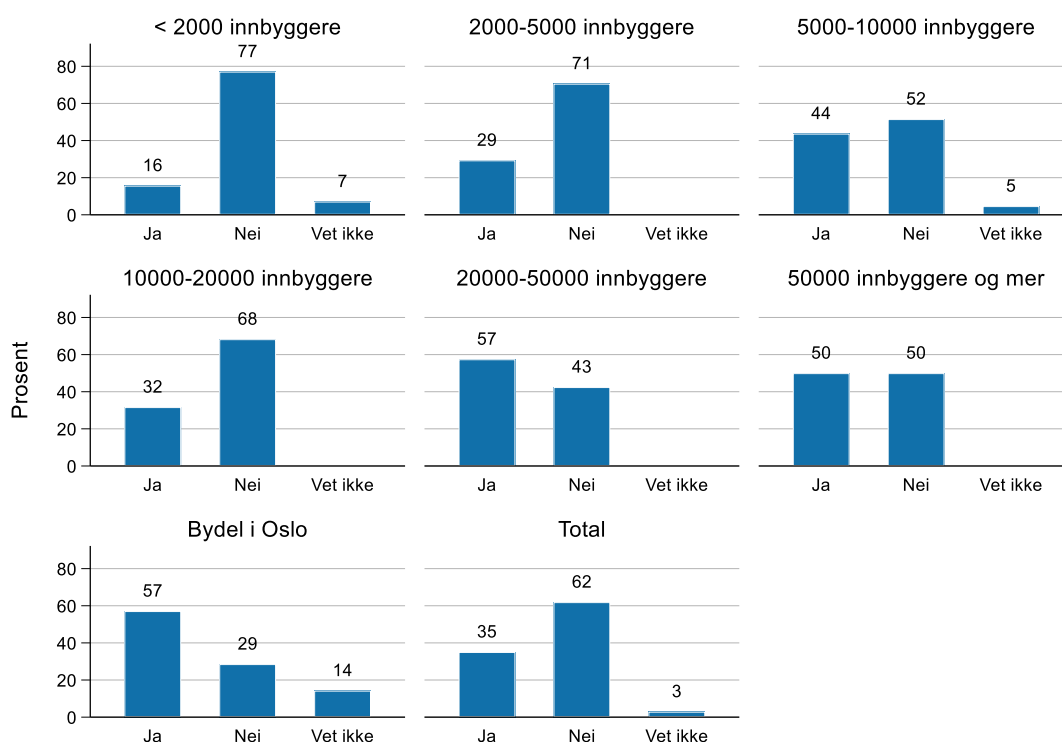
## 25.8 Bruk av teknologi

35 prosent av kommunene/bydelene oppgir at det har vært endringer i bruk av teknologi i tjenestene det siste året (tabell 25.10). Det er forskjeller etter kommunistørrelse, men det er ikke en lineær sammenheng, se figur 25.10.

**Tabell 25.10** Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om det er endring i bruk av teknologi innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid det siste året, 2024.

	Antall	Prosent
Ja	119	35
Nei	210	62
Vet ikke	10	3
Total	339	100
Ikke oppgitt	34	

Det er ikke signifikante geografiske forskjeller når vi kontrollerer for kommunistørrelse.



**Figur 25.10** Prosent som svarer på om det er endring i bruk av teknologi innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid det siste året. Kommunestørrelse, 2024.

Det som nevnes hyppigst er elektroniske medisindispensere, som sikrer at brukerne tar medisiner til rett tid og reduserer risikoen for feilmedisinering. Assistert selvhjelp er også hyppig nevnt, hvor digitale selvhjelpsverktøy og apper skal støtte brukerne i egenomsorg og mestring.

Digitale samarbeidsmøter, ofte gjennom plattformer som Teams, har også blitt mer utbredt, noe som gjør det enklere å koordinere med brukere og behandlingsapparatet. Velferdsteknologi, som brannsensorer og trygghetsalarmer, dørsensorer og GPS kan bidra til økt sikkerhet og trygghet for brukerne.

Feedbackverktøy som FIT brukes for å evaluere og forbedre tjenestene basert på brukernes tilbakemeldinger. Digitale kurs og konsultasjoner gjør det lettere for brukerne å få tilgang til hjelp og støtte, mens elektroniske pasientjournaler som Helseplattformen forbedrer dokumentasjon og deling av pasientinformasjon. Tre kommuner nevner VR-teknologi, en for opplæring i vold og trusler og en annen svarer at de bruker VR i kursing, men ikke om dette gjelder ansatte eller brukere.

Som vist i tabell 25.11, er det 63 prosent som svarer at de har tilgang på digitale kartleggings- og behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene i 2024, og dette er en økning fra 53 prosent i 2023.

**Tabell 25.11** Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har tilgang på digitale kartleggings- og behandlingsverktøy for milde til moderate psykiske lidelser og begynnende rusmiddelproblem som gjennomføres med oppfølging fra ansatte i tjenestene. 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	180	53	212	63
Nei	145	43	110	33
Vet ikke	15	4	16	5
Total	340	100	338	100

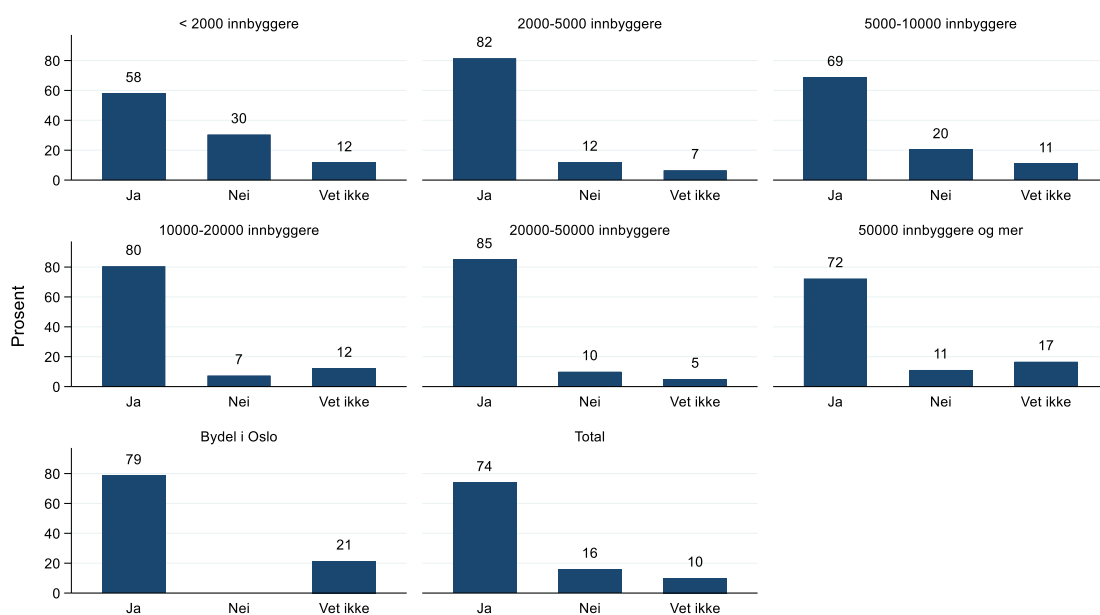
## 25.9 Informasjon om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no

På spørsmålet om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorge.no, bekreftet 74 prosent av kommunene dette i 2024 (tabell 25.12). 16 prosent svarte at de ikke gir slik informasjon, mens 10 prosent svarte "Vet ikke". Det er dermed en økning fra 66 til 74 prosent som informerer innbyggerne om disse selvhjelpsverktøyene fra 2023 til 2024.

Tabell 25.12 Antall og prosent etter hvorvidt tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorger.no. 2023 og 2024.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	225	66	250	74
Nei	70	21	54	16
Vet ikke	44	13	34	10
Total	339	100	338	100

Det er noen signifikante ikke-lineære forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 25.11. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ikke signifikante geografiske forskjeller på fylkesnivå.



Figur 25.11 Om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på Helsenorger.no. Kommunestørrelse, 2024.



## 25.10 Aktører som kan bidra med kunnskap og kompetanse

I årets kartlegging har vi spurt om hvilke aktører kommunene har vært i kontakt med de siste 12 månedene for å få økt kunnskap og kompetanse på fagområder innen psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Som vist i tabell 25.13, er det 93 prosent av kommunene som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten og 92 prosent som har vært i kontakt med KORUS de siste 12 månedene. 88 prosent har vært i kontakt med RVTS. Det er også mange som har vært i kontakt med statsforvalteren (79 prosent) og med NAPHA (78 prosent).

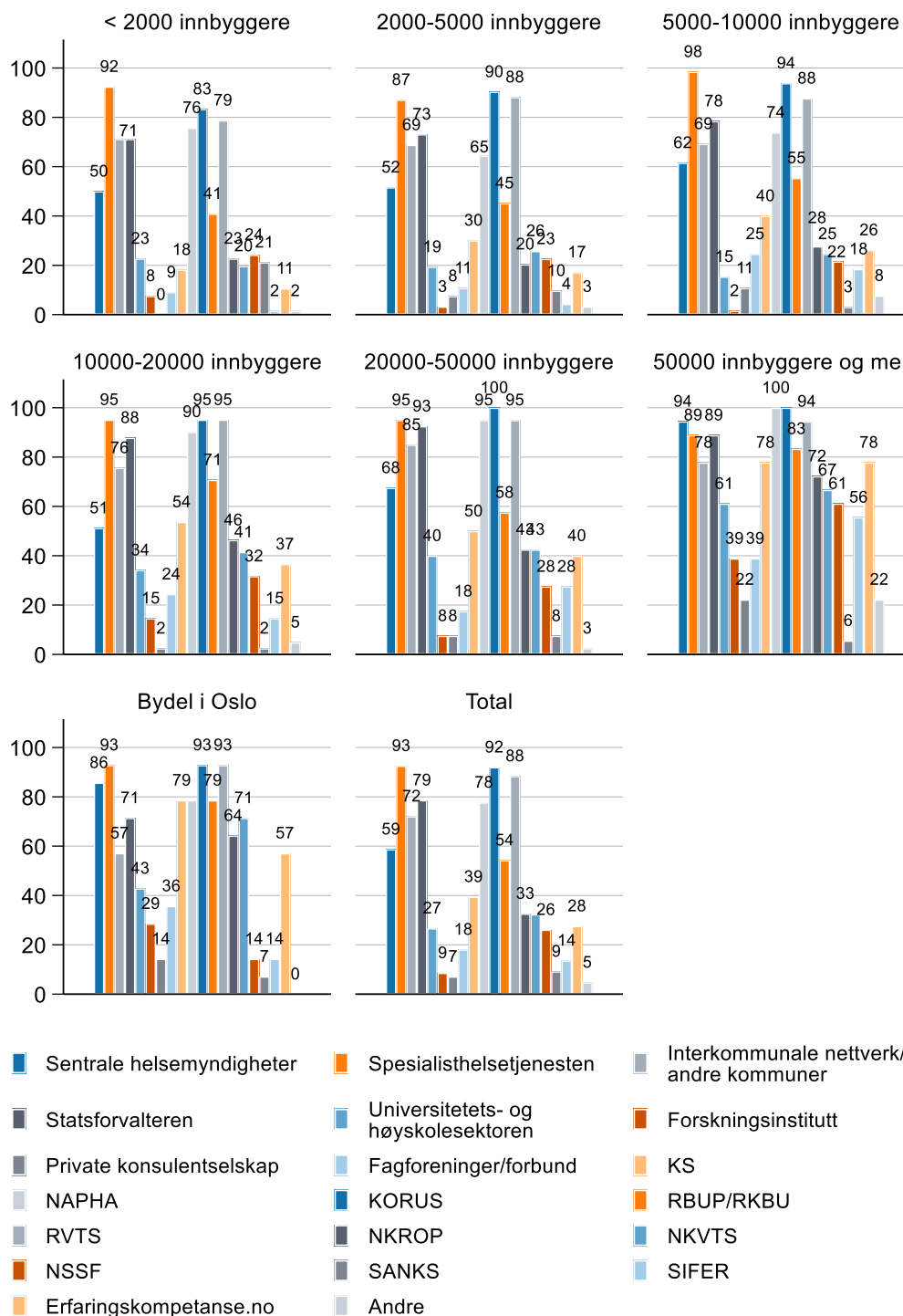
**Tabell 25.13** Antall og prosent som har vært i kontakt med ulike aktører de siste 12 månedene, 2024.

	Antall	Prosent
Sentrale helsemyndigheter	198	59
Spesialisthelsetjenesten	312	93
Interkommunale nettverk/andre kommuner	243	72
Statsforvalteren	265	79
Universitetets- og høyskolesektoren	90	27
Forskningsinstitutt	29	9
Private konsulentselskap	24	7
Fagforeninger/forbund	61	18
KS	133	39
NAPHA	262	78
KORUS	310	92
RBUP/RKBU	183	54
RVTS	298	88
NKROP	110	33
NKVTS	109	32
NSSF	88	26
SANKS	31	9
SIFER	46	14
Erfaringskompetanse.no	93	28
Andre	16	5
Antall som har svart	337	100

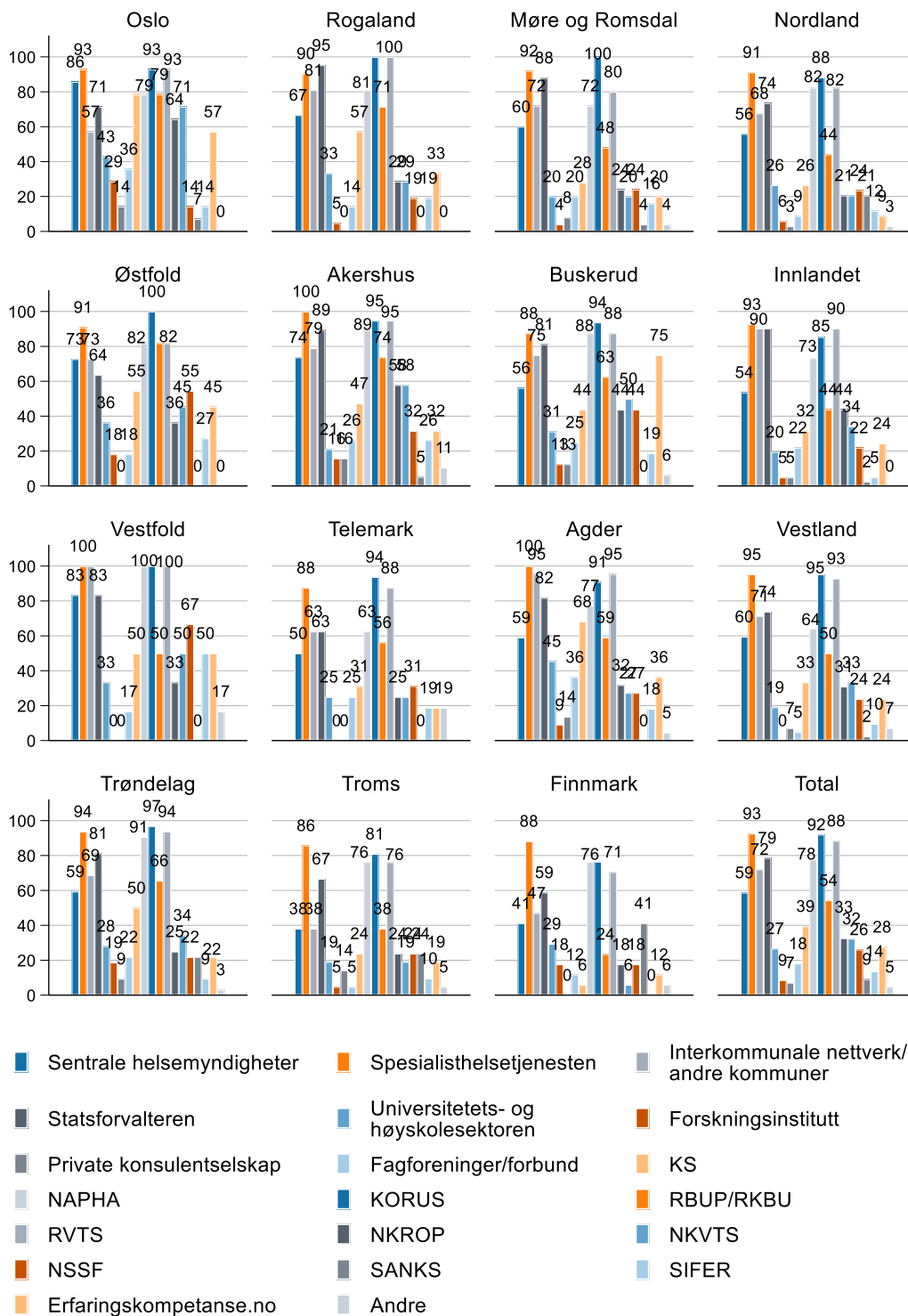
De 16 som har svart «Andre» har oppgitt følgende aktører ATV, Familievernkontoret, Barnehuset, Assistert selvhjelp, Alternativ til vold, DIGIPRO, Fagfokus, IMDI, KBT, NAKU, NKS Veiledningssenter for pårørende, NUBU, Norsk kognitiv forening, Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Rosa kompetanse, Vivat, kompetansbroen, veilederen.no.

Figur 25.12 og 25.13 viser prosent som har hatt kontakt fordelt etter hhv. kommunestørrelse og fylke. Fra 25.13 kan vi for eksempel se at i fylkene Vestfold og

Finmark har like mange hatt kontakt med NAPHA som med KORUS, og at det er færrest som har hatt kontakt med NAPHA blant kommunene i Telemark og at færrest har hatt kontakt med KORUS i Finnmark og i Agder.



Figur 25.12 Prosent som oppgir at de har kontakt med de ulike aktørene siste 12 måneder. Kommunestørrelse, 2024.



Figur 25.13 Prosent som oppgir at de har hatt kontakt med de siste 12 mnd. Fylke, 2024.

## 25.10.1 Forslag til endringer for å få mer nytte av disse aktørene for å få økt kunnskap og kompetanse

Vi har spurt om de har forslag til endringer som kunne gitt de mer nytte av disse aktørene for å få økt kunnskap og kompetanse. Forslagene handler om:

- Mer/hyppigere veiledning fra spesialisthelsetjenesten, bør bli lettere å komme i kontakt, flere digitale støttesamtaler
- Kurs, kompetanseheving og veiledning må være gratis for kommunene
- Digitale arrangementer gjør kompetanseheving tilgjengelig for mange
- Det er for mange aktører å forholde seg til, kanskje de bør samles ett sted, for eksempel en felles nettside, bedre samordning
- Behov for flere gode e-læringsverktøy
- Kommunene vet ikke nok om hva de ulike aktørene kan tilby
- Noen bør kunne anbefale kommunene hvilke kartleggingsverktøy de bør bruke
- Nasjonale kompetanseaktører må være tilgjengelig for alle kommuner
- Flere korte webinarer/lunsj-foredrag. Korte, informative brosjyrer
- Trenger mer kunnskap om ulike tema som kjønnsinkongruens og kombinasjoner av tema, for eksempel rus/psykisk utviklingshemming
- Statsforvalterenes nettverksmøter er veldig bra

Det er også noen som har skrevet litt mer utfyllende forslag:

*Ønske om database med felles utviklingsmuligheter slik at det er mulig å søke på utviklingsprosjekter andre kommuner har gjennomført, som kan gi tips både til ting som fungerer bra og hva som ikke er anbefalt.*

*Mulig noen av kompetansesentrene kunne vært samlet - tror ressursene kunne vært brukt bedre. Veldig god hjelp spesielt fra KORUS, som er flink til å komme ut.*

*Bør være mindre kostnader knyttet til deltakelse. Digitale kurs begynner å koste mer en fysiske kurs kostet tidligere.*

*Det er i ferd med å bli så mange ulike aktører å forholde seg til. Det begynner å bli vanskelig for en enkelt ansatt ute i tjenesten å orientere seg i jungelen av nyhetsbrev og kursoversikter. Kanskje økt samkjøring mellom disse hadde gjort det mer oversiktlig hva som finnes av tilbud og tjenester.*

*Velferdsetaten i Oslo tilbyr mange kompetansetiltak til rus- og boligsosialt arbeid. Psykisk helse ligger i Helseetaten, som med fordel kunne nyttiggjort seg samme organisering knyttet til kompetansetiltak som VEL tilbyr. Det ville for øvrig vært en fordel om psykisk helse- og rusetat var samordnet i Oslo kommune.*

*Kompetansesentrene må i større grad bidra i kommuner som ikke ligger i deres umiddelbare nærhet.  
Har de særkompetanse og en funksjon for hele landet, bør dette vise seg i praksis.*

## 25.11 Oppsummering

Det er 54 prosent som oppgir at de har gjennomført tiltak for å forebygge psykiske plager/lidelser og/eller rusproblemer på befolkningsnivå, 65 oppgir at de har tiltak for å forebygge på gruppenivå og 74 prosent at de har tiltak på individnivå i 2024.

Det er 91 prosent av kommunene som har svart som oppgir at de har bosetting av voksne flyktninger i kommunen/bydelen, og 67 prosent oppgir at de har flyktninghelsetjeneste eller flyktninghelseteam. 20 prosent som har ordinært mottak for asylsøkere og 16 prosent har mottak av enslige mindreårige asylsøkere. Det er 59 prosent av kommunene som rapporterer at tjenestene innen psykisk helse og rusarbeid er involvert i kommunens arbeid med bosetting og integrering av flyktninger. 93 prosent oppgir at tjenestene innen psykisk helse- og rusarbeid kontaktes av flyktningstjenesten eller lignende om flyktninger som har behov for samtale eller oppfølging. 44 prosent av kommunene har ansatte innen psykisk helse- og rusarbeid som arbeider med flyktninger og 65 prosent gir bistand eller veiledning til andre ansatte som arbeider med flyktninger. 53 prosent har ansatte som deltar i tverrfaglige team eller grupper knyttet til oppfølging av flyktninger og 42 prosent av kommunene deltar i oppfølging av barn av flyktninger. Det er betydelig involvering av psykisk helse- og rustjenester i arbeidet med flyktninger, spesielt når det gjelder kontakt og veiledning. Det er også noen kommuner som har egne tilbud for flyktninger innen psykisk helse (18 prosent) og innen rus (3 prosent).

Det er 44 prosent av kommunene/bydelen som svarer at de har implementert nasjonalt forløp for barnevern i 2024.

I 12 prosent av kommune har målgruppen tilgang til musikkterapi. Det flest synes å ha tilgang på, er aktivitetstilbud utendørs (61 prosent) og aktivitetstilbud med trening (60 prosent).

93 prosent av kommunene som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten siste 12 månedene for å få økt kunnskap og kompetanse på fagområder innen psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, 92 prosent som har vært i kontakt med KORUS de siste 12 månedene. 88 prosent har vært i kontakt med RVTS. Det er også mange som har vært i kontakt med statsforvalteren (79 prosent) og med NAPHA (78 prosent).

# Referanser

1. HOD. St. prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. (1997).
2. Andersson (Red.), HW., Ose, SO., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M. og Ådnanes, M. Kunnskapsstatus Om Det Samlede Tjenestetilbudet for Barn Og Unge. SINTEF-Rapport A055025. (2005).
3. Helgesen, M., Arnesen, C. & Ådnanes, M. Utdanning, kompetanseheving og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid-Syntese av funn fra evalueringen av Opptrappingsplanen for Psykisk helse per desember 2005. SINTEF Rapport (2006).
4. Kalseth, J. Psykisk helsearbeid i kommunene-variasjoner i tiltak og tjenester. SINTEF-rapport STF78 A035006 (2003).
5. Kalseth, J. & Martinussen, P. E. Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse-resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene. SINTEF Rapport (2003).
6. Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Lilleeng, S. & Kalseth, J. Kommunale Tiltak i Psykisk Helsearbeid 2008: Årsverksstatistikk Og Analyser Av Kommunal Variasjon. SINTEF-Rapport A14167. (2010).
7. Røhme, K., Hatling, T. & Andersson, H. W. Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge- Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2 i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. SINTEF Rapport A2428 (2005).
8. Sitter, M. & Andersson, H. Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sintef: rapport A **5204**, (2008).
9. Ose, S. O., Kaspersen, S. L. & Pettersen, I. Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. Tidsskrift for psykisk helsearbeid **9**, 226–239 (2012).
10. Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. Kommunalt Psykiskhelse-Og Rusarbeid 2023: Årsverk, Kompetanse Og Innhold i Tjenestene. SINTEF-Rapport 2023:01333. (2023).
11. HOD. Opptrappingsplan for rusfeltet. (2007).
12. HOD. Prop. 15 S (2015-2016), Innst. 240 S (2015-2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). (2015).
13. Ramsdal, H. Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige? in Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse (Cappelen Damm Akademisk, 2021).
14. Ramsdal, H. & Bjørkquist, C. En ny tid for tjenesteutvikling i rus- og psykiske helsetjenester? Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) i perspektiv. Tidsskrift for psykisk helsearbeid **21**, 150–161 (2024).
15. Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Hjort, H. & Ose, S. O. Lavterskel Helsetiltak for Rusmiddelavhengige - Skadereduserende Bindeledd Mellom Bruker Og Øvrig Hjelpeapparat. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/sintef\\_rapport\\_a4638\\_lavterskel\\_helsetiltak\\_for\\_rusmiddelavhengige.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/sintef_rapport_a4638_lavterskel_helsetiltak_for_rusmiddelavhengige.pdf) (2008).
16. Kaspersen, S. L., Lassemø, E., Kroken, A., Ose, S. O. & Ådnanes, M. Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse-og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020, pp 212. (2018).

17. Ådnanes, M., Husum, T. L., Kaspersen, S. L. & Helse, S. Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid? *tidsskrift for norsk psykologforening* **50**, 1066–1073 (2013).
18. HOD. Meld. St. 23 (2022 –2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). (2022).
19. HOD. Meld. St. 5 (2024-2025): Trygghet, Fellesskap Og Verdighet Forebyggings- Og Behandlingsreformen for Rusfeltet Del I – En Ny Politikk for Forebygging, Skadereduksjon Og Behandling. (2024).
20. KD. Meld. St. 13 (2023 –2024) Bustadmeldinga Ein heilskapleg og aktiv bustadpolitikk for heile landet. (2023).
21. HOD. Meld. St. 9 (2023–2024) Særtrykk. En god start på livet En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. (2023).
22. Bjerk, M., Førland, O., Langøien, L. J., Moldøen, H. & Sevid, C. Mot et Kunnskapsstøttesystem for Kommunene - Beskrivelse Og Erfaringer Med Modellutprøvinger. <https://www.fhi.no/contentassets/160945f77cab4c6eb167b5dc52b45368/mot-et-kunnskapsstottesystem-for-kommunene-rapport-2023.pdf> (2023).
23. Almvik, A. & Ørjasæter, K. B. «Noe vi aldri kommer til å slutte med – det er å gi hverandre en klem». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 93–104 (2024).
24. Almås, E. et al. Behandling av traumatisert seksualitet via PLISSIT-modellen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 147–158 (2023).
25. Anthun, K. S. & Hope, S. Virksomme Faktorer i Bryggamodellen. En Kvalitativ Evalueringstudie Av Brygga – et Rehabiliteringstilbud for Personer Som Mottar Rusbehandling i Døgnet Eller Poliklinikk.
26. Baklien, B. Psykisk helsearbeid: Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 284–288 (2024).
27. Bendixen, A. Inngripende vilkårsstilling i tilrettelagt, kommunal bolig. *Kritisk juss* **50**, 1–27 (2024).
28. Bergman, P. et al. Arts on Prescription's influence on Sense of Coherence: A one-year follow up controlled study with people having mental health problems. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health* **6**, 1–19 (2024).
29. Beyene, L. S. & Rørtveit, K. Samvalg som helsefremmende relasjonsarbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 4–14 (2023).
30. Beyene, L. S. & Ueland, V. I. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Kan begrepet samvalg gi brukermedvirkning et tydeligere innhold? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 282–289 (2023).
31. Birkeland, M. B. & Vogt, K. C. Youth Debt in a Life-Course Context: Young People's Ways into and out of Debt in Norway. *Nordisk velfærdsforskning | Nordic Welfare Research* **9**, 238–251 (2024).
32. Bjørlykhaug, K. I. & Johannessen, A. Hvilke konsekvenser har naturtap for psykisk helse, sosialt liv og relasjonsarbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 77–92 (2024).
33. Bratland-Sanda, S. Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid blant barn og unge: en narrativ litteraturstudie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 105–116 (2024).
34. Briseid, K. M. & Madsen, L. Problemer, taushet og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. *Norsk antropologisk tidsskrift* **34**, 24–44 (2023).
35. Bye, V. H., Skjong, A., Bjønness, S. & Grønnestad, T. E. The Pursuit of Dignity: A Qualitative Study of People Using Drugs' Experiences of the Relocation and Reopening of a Public

- Gathering Place (“Open Drug Scene”). *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* **3**, 38–52 (2024).
36. Dahl, H. Ser vi en økning i antallet utilregnelige drapspersoner? *Kritisk juss* **49**, 165–184 (2023).
  37. Dankertsen, A. 3. Seeing sameness and difference: Meetings between mental health care workers and Sámi patients in the Norwegian universal health care system. in *The End of Norwegian Egalitarianism?* 43–61 (Universitetsforlaget). doi:10.18261/9788215059839-23-03.
  38. Disch, P. G. Aktuelle offentlige dokumenter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* **10**, 1–5 (2024).
  39. Durovic-Andic, M. De jugoslaviske helsearbeiderne i Norge 1967–1990: En historie nedenfra. *Arbeiderhistorie* **38**, 132–149 (2024).
  40. Fasting, M. L., Høyem, J., Neresen, C. F. & Johansen, B. T. Friluftsliv og psykisk helsearbeid: Hvordan sosialt friluftsliv, bevegelsesglede og naturnærvær kan bidra til livsmestring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 174–186 (2023).
  41. Fläder, T. & Mellgren, C. Citizens’ Views on the Importance of Different Areas of Police Work. *Nordic Journal of Studies in Policing* **11**, 1–19 (2024).
  42. Folvåg, B.-M., Dale, G. E., Udberg, E. & Selseng, L. B. Samarbeid om brukarmedverknad. Refleksjonar frå deltakarar i ein forskingssirkel. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 258–268 (2023).
  43. Gjermestad, A., Selseng, L. B. & Aaslund, H. En annerledes samtale om brukervedvirkning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 235–239 (2023).
  44. Grander, M. Two Contradictions and the Shape of Public Housing to Come. A Review of the Current State of the Municipal Public Housing Sector in Sweden. *Tidsskrift for boligforskning* **7**, 64–83 (2024).
  45. Guldåker, N. et al. Fear of crime, crime and living conditions – a case study of Uppsala, Sweden. *Nordic Journal of Criminology* **25**, 1–23 (2024).
  46. Hagen, J., Lindvig, G. R., Hem, M. H., Almvik, A. & Ørjasæter, K. B. Recoveryorienterte praksiser – mer enn individuell selvutvikling? En dokumentanalyse av recoveryveiledere for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 117–128 (2024).
  47. Hansen, I. L. S. Når svikt i tilgang til helsetjenester blir et boligproblem for personer med alvorlig psykisk helse og rusproblemer. *Nordisk velfærdsforskning | Nordic Welfare Research* **8**, 127–140 (2023).
  48. Hansen, I. L. S. & Olsen, T. 12. Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. in *Ulikhetens drivere og dilemmaer* 211–225 (Universitetsforlaget). doi:10.18261/9788215065403-23-12.
  49. Haukelien, H. & Aaltvedt, V. En nødvendighet uten alternativer? En teoretisk analyse av mekanismer for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. *Tidsskrift for omsorgsforskning* **10**, 15–27 (2024).
  50. Hofmann, S., Sæbø, Ø. & Rydén, H. H. Implications of Digitalised Welfare Services from a Vulnerable Citizens’ Perspective. *Nordisk velfærdsforskning | Nordic Welfare Research* **9**, 127–141 (2024).
  51. Holmås, T. H. & Kaarbøe, O. Hvilke forhold påvirker om en henvisning til BUP avvises? *Tidsskrift for velferdsforskning* **26**, 1–16 (2023).
  52. Holtar, L. & Sjursgard, K. V. Rekrutteringsmønstre til bachelor-og masterprogrammene ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet–storbyuniversitetet. *Skriftserien* (2023).



53. Horn, S. A., Norheim, O. F. & Barra, M. An Alternative Approach to Measuring Health Inequality in Norway and Implications for Municipal Priority Setting. *Tidsskrift for omsorgsforskning* **10**, 65–89 (2024).
54. Horverak, M. O. & Helmersen, M. Helsefremmende kompetanser og helsefremming i skolen. *Norsk pedagogisk tidsskrift* **107**, 152–165 (2023).
55. Huby, G. 9. Caught in Wicked System-Produced Problems: The Case of Informal Carers in Service Provision for People with Addictions and Mental Illness. in *The Political Economy of Care* 210–230 (Scandinavian University Press). doi:10.18261/9788215057880-24-09.
56. Hummelvoll, J. K. Spor i utvikling av psykisk helsearbeid: Synspunkter på fag og kunnskapsdannelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 139–149 (2024).
57. Hybholt, L. et al. Psykosocial rehabilitering af ældre selvmordsefterladte: Et handlingsorienteret forskningsamarbejde. *Klinisk Sygepleje* **37**, 213–229 (2023).
58. Jensen, G. & Kjæmpenes, W. M. Den vanskelige samskapingen – et avbrutt prosjekt mellom rusbehandling og reiseliv i nord. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 352–359 (2023).
59. Kaspersen, S. L. & Ådnanes, M. ForFrøya. Utvikling av tiltak rettet mot ungdom og unge voksne i Frøya kommunes forebyggende team. 87.
60. Kongensgaard, R., Skriver, C., Gregersen, M. & Bæksted Jørgensen, B. K. Can physiotherapists and occupational therapists help mitigate understaffing in nursing care? A qualitative explorative study from Denmark. *Nordisk sygeplejeforskning* **14**, 1–17 (2024).
61. Levin, K. & Monrad, C. Guided Slow Looking for Young Psychiatric Service Users: A phenomenological approach to arts and mental health recovery. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health* **6**, 1–8 (2024).
62. Lilledrange, S., Lockertsen, Ø. & Beyene, L. Møte med aggresjonsproblematikk i psykisk helsevern – instruktørers erfaringer med selvregulering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 30–41 (2024).
63. Lundeberg, I. R. & Smith, P. S. Kjønn, soningsforhold og helseutfordringer i fengsel. *Kritisk juss* **49**, 27–50 (2023).
64. Løken, T. D. & Vike, H. Thinking and acting outside the box: The co-existence of formal bureaucratic integration and informal street-level integration in municipal health and social care services. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* **3**, 53–67 (2024).
65. Magnusson, M.-M. Preventing Relapse into Drug Crime through Motivational Talks at a Drug Scene in Stockholm. *Nordic Journal of Studies in Policing* **10**, 1–17 (2023).
66. Manskow, U. S., Mebust, T. H., Muravez, M. S. & Trondsen, M. V. Unge som har foreldre med rusproblemer: En brukerundersøkelse om erfaringer med videobasert samtalerapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 15–27 (2023).
67. Markowitz, F. E. Community-Level Relationships Between Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes in Finland. *Nordic Journal of Criminology* **24**, 1–21 (2023).
68. Moe, C. F., Karlstad, J. L. & Donovan, R. M. S. ABC for helsekompetanse og helsefremming i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 129–138 (2024).
69. Maagerø-Bangstad, E. R. Recoveryorientert forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 225–237 (2024).
70. Maagerø-Bangstad, E. R. Brukermedvirkning i forebygging og håndtering av trusler og vold i psykisk helsetjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 290–300 (2023).
71. Nord-Baade, S. & Rowe, M. Homeless at heart, and in mind: Exploring Citizenship and Mattering. *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* **2**, 34–41 (2023).

72. Palma, P. D. Substansbrukssyndrom och oral hälsa. *Aktuel Nordisk Odontologi* **49**, 148–162 (2024).
73. Pettersson, T. & Vogel, M. A. Compulsory care placements among unaccompanied male refugee minors. *Nordic Journal of Criminology* **24**, 1–22 (2023).
74. Pinto, A. F. & Pinto, D. N. F. Pasientsikkerhet for sårbare grupper i psykisk helsevern: En utfordring som krever mer oppmerksomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 199–209 (2023).
75. Rød, D., Stensen, V. & Krane, M. S. Theoretical Underpinnings of the Political Priorities of Municipal Healthcare Services in Norway. *Tidsskrift for omsorgsforskning* **10**, 28–45 (2024).
76. Rørvik, J. M. & Lorentzen, K. E. A. Kultur, kropp og bevegelse – Supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 39–51 (2023).
77. Schwencke, E. O., Berger, E. J. & Pedersen, W. «Vi er jo ikke stonere»: bruk av cannabis og symbolske grenser blant ungdommer vest i Oslo. *Norsk sosiologisk tidsskrift* **8**, 1–15 (2024).
78. Seip, H. M. T., Kerlefsen, R. E. & Poulsen, G. A. K. Hjelpesamtaler gjennom skjermen – maktutjevner psykisk helsehjelp? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 315–329 (2023).
79. Shanks, E. & Lundström, T. Social workers in private sector employment: The case of Sweden. *Nordic Journal of Social Research* **14**, 1–15 (2023).
80. Skjærpe, J. N., Iakovleva, T. A. & Storm, M. Responsible coordination of municipal health and care services for individuals with serious mental illness: a participatory qualitative study with service users and professionals. *BMC Health Services Research* **24**, 633 (2024).
81. Sterri, A. B. Ruspolitikens etikk. *Nytt Norsk Tidsskrift* **40**, 56–68 (2023).
82. Sæterstrand, T. M. & Bjørge, H. Simulering er utfordrende, men det er lærerikt å diskutere etterpå! *Klinisk Sygepleje* **37**, 164–174 (2023).
83. Sørvoll, J., Osnes, S. M. & Brattbakk, I. Needs-Tested and Market-Based Social Rented Housing: The Extreme Case of Norway? *Tidsskrift for boligforskning* **7**, 84–104 (2024).
84. Tofte, H., Fernee, C. R. & Vikene, O. L. Ein relasjonell kurs med eit mål om anerkjenning – utforskning av utandørsterapeutisk praksis frå ein friluftsfagleg ståstad. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 16–29 (2024).
85. Topor, A. Vad är det för fel med total recovery? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 192–195 (2024).
86. Vamstad, J. Leaving no one behind – from ideal to a complex reality? *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development* **3**, 1–3 (2024).
87. Vatnøy, I. Veiledning og kultur for samarbeid i samarbeidsbasert forskning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 77–85 (2023).
88. Volden, O. Psykisk helsearbeid i trange sko. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 174–180 (2024).
89. Weimand, B., Hem, M. H. & Jerpseth, H. Fra individfokus til familiefokusert praksis i psykisk helse- og rustjenester – med vekt på relasjonenes betydning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **21**, 162–173 (2024).
90. Witsø, A. E., Røsten, L. S. & Gjermestad, A. Verdiskaping i praksisnær forskning i samspill mellom utdanning, brukere, tjenesteutøvere og forskere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 269–281 (2023).
91. Ørjasæter, K. B. Når Illness Management and Recovery møter norsk psykisk helsevern: Fagpersoners erfaringer med Illness Management and Recovery-manualen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 187–198 (2023).

92. Ådnanes, M. et al. Helsehjelp Til Barn i Barnevernet - Behov, Barrierer Og Helsetjenestebruk. (2024).
93. Aaslund, H., Bakkeli, V., Johannessen, D. A. & Klevan, T. Møte mellom meningsfylte liv og manualer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* **20**, 171–173 (2023).
94. Ackerman, A., Afzal, N., Lautarescu, A., Wilson, C. A. & Nadkarni, A. Non-specialist delivered psycho-social interventions for women with perinatal depression living in rural communities: A systematic review. *PLOS Glob Public Health* **4**, e0003031 (2024).
95. Ahmed, H., Bendall, C., Anwar, F., Al-Janabi, M. & Wood, L. A Systematic Review and Narrative Synthesis Examining the Facilitators and Barriers of Psychological Intervention Delivery in Crisis Resolution Home Treatment Teams. *Clin Psychol Psychother* **31**, e3032 (2024).
96. Alqarawi, N. & Alhalal, E. Factors affecting family-centered care practice by nurses: A systematic review. *J Pediatr Nurs* **78**, 158–171 (2024).
97. Aust, B. et al. The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* **97**, 485–522 (2024).
98. Beadle, E. S. et al. Triggers and factors associated with moral distress and moral injury in health and social care workers: A systematic review of qualitative studies. *PLoS One* **19**, e0303013 (2024).
99. Blázquez-González, P. et al. Impact of virtual reality-based therapy on post-stroke depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs* **21**, 194–201 (2024).
100. Brattmyr, M. et al. Clinically representative therapy for Nordic adult outpatients with common mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Psychol* **65**, 311–320 (2024).
101. Butura, A.-M. et al. Community-based rehabilitation for people with psychosocial disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review of the grey literature. *Int J Ment Health Syst* **18**, 13 (2024).
102. Cassola, E. G. et al. Systematic Review of Music Therapy and Musical Interventions for Patients with Moderate and Severe Mental Disorders. *J Integr Complement Med* **30**, 819–831 (2024).
103. Černe Kolarič, J. et al. Long-Term Impact of Community Psychiatric Care on Quality of Life amongst People Living with Schizophrenia: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* **12**, (2024).
104. Chatwiriyaiphong, R., Moxham, L., Bosworth, R. & Kinghorn, G. The experience of healthcare professionals implementing recovery-oriented practice in mental health inpatient units: A qualitative evidence synthesis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* **31**, 287–302 (2024).
105. Chen, M. et al. A global perspective on risk factors for social isolation in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* **116**, 105211 (2024).
106. Chow, J. Y. A., Yeo, Y. T. T. & Goh, Y. S. Effects of Psychoeducation on Caregivers of Individuals Experiencing Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Ment Health Nurs* (2024) doi:10.1111/inm.13421.
107. Chukwuma, O. V. et al. A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes. *Cureus* **16**, e62642 (2024).
108. Cossu, G. et al. The long-term adherence following the end of Community Treatment Order: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* **150**, 78–90 (2024).

109. Davis, R. A., Lookabaugh, M., Christnacht, K. & Stegman, R. Strategies to Reduce Frequent Emergency Department Use among Persons Experiencing Homelessness with Mental Health Conditions: a Scoping Review. *J Urban Health* **101**, 968–978 (2024).
110. Dougall, I., Vasiljevic, M., Wright, J. D. & Weick, M. How, when, and why is social class linked to mental health and wellbeing? A systematic meta-review. *Soc Sci Med* **343**, 116542 (2024).
111. Duthie, G., Reavley, N., Wright, J. & Morgan, A. The impact of media-based mental health campaigns on male help-seeking: a systematic review. *Health Promot Int* **39**, (2024).
112. El-Refaay, S. M. M., Toivanen-Atilla, K. & Crego, N. Efficacy of technology-based mental health interventions in minimizing mental health symptoms among in immigrants, asylum seekers or refugees; systematic review. *Arch Psychiatr Nurs* **51**, 38–47 (2024).
113. Kisely, S., Zirnsak, T., Corderoy, A., Ryan, C. J. & Brophy, L. The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Aust N Z J Psychiatry* **58**, 555–570 (2024).
114. Laermans, J., Scheers, H., Vandekerckhove, P. & De Buck, E. Friendly visiting by a volunteer for reducing loneliness or social isolation in older adults: A systematic review. *Campbell Syst Rev* **19**, e1359 (2023).
115. Lloyd, R. et al. Characteristics of positive feedback provided by UK health service users: content analysis of examples from two databases. *BMJ Health Care Inform* **31**, (2024).
116. Marchi, M. et al. The therapeutic relationship in community mental health services: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **59**, 731–743 (2024).
117. Mercier, O. et al. Interventions for intimate partner violence during the perinatal period: A scoping review: A systematic review. *Campbell Syst Rev* **20**, e1423 (2024).
118. Michaels, T. I., Simon-Pearson, L., Kane, J. M. & Cornblatt, B. Racial Disparities Among Clinical High-Risk and First-Episode Psychosis Multisite Research Participants: A Systematic Review. *Psychiatr Serv* **75**, 451–460 (2024).
119. O’Connell, M., Barry, J., Hartigan, I., Cornally, N. & Saab, M. M. The impact of electronic and self-rostering systems on healthcare organisations and healthcare workers: A mixed-method systematic review. *J Clin Nurs* **33**, 2374–2387 (2024).
120. Parker, S. M., Paine, K., Spooner, C. & Harris, M. Barriers and facilitators to the participation and engagement of primary care in shared-care arrangements with community mental health services for preventive care of people with serious mental illness: a scoping review. *BMC Health Services Research* **23**, 977 (2023).
121. Pedersen, H. et al. Psychoeducation for adult ADHD: a scoping review about characteristics, patient involvement, and content. *BMC Psychiatry* **24**, 73 (2024).
122. Pereira, T. L.-B. et al. Recognising the Parental Caregiver Burden of Children With Mental Disorders: A Systematic Mixed-Studies Review. *Int J Ment Health Nurs* (2024) doi:10.1111/inm.13417.
123. Peter A, S. et al. Effectiveness of interventions to prevent abuse in people living with dementia in community settings: A systematic review. *Dementia (London)* **23**, 1327–1353 (2024).
124. Purgato, M. et al. Primary-level and community worker interventions for the prevention of mental disorders and the promotion of well-being in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* **10**, CD014722 (2023).
125. Ragnarsson, E. H. et al. Effects of Training in Cognitive Behavioural Therapy and Motivational Interviewing on Mental Health Practitioner Behaviour: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Psychol Psychother* **31**, e3003 (2024).
126. Reilly, S. et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* **5**, CD009531 (2024).

127. Ricoy-Cano, A. J., Zambrano-Rodríguez, C. V., de la Fuente-Robles, Y. M. & Vásquez-Peña, G. E. Violence, Abuse and Neglect in Older Women in Rural and Remote Areas: A Scoping Review and Prevalence Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* **25**, 3037–3053 (2024).
128. Rowlandson, A. et al. The cost-effectiveness of mental health interventions amongst prison populations: a systematic review (research letter to the editor). *J Forens Psychiatry Psychol* **35**, 622–628 (2024).
129. Sato, S. et al. Rehospitalisation rates after long-term follow-up of patients with severe mental illness admitted for more than one year: a systematic review. *BMC Psychiatry* **23**, 788 (2023).
130. Scroggins, J. K. et al. A systematic review of community-based interventions to address perinatal mental health. *Semin Perinatol* **48**, 151945 (2024).
131. Shepherd-Banigan, M. et al. Health Care Team Interventions for Older Adults With Distress Behaviors: A Systematic Review. (Washington (DC), 2023).
132. Sim, C. S. L., Asharani, P. V., Subramaniam, M. & Yi, H. Roles and Dynamics within Community Mental Health Systems During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review and Meta-Ethnography. *Health Syst Reform* **10**, 2314525 (2024).
133. Skliarova, T. et al. Psychoeducational group interventions for adults diagnosed with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a scoping review of feasibility, acceptability, and outcome measures. *BMC Psychiatry* **24**, 463 (2024).
134. Stockwell, D. W., Roche, M. & Billings, J. Evaluating interventions that have improved access to community mental health care for Black men: A systematic review. *J Ment Health* 1–12 (2024) doi:10.1080/09638237.2024.2390381.
135. Thangada, M. S. & Kasoju, R. A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. *Front Psychiatry* **15**, 1440738 (2024).
136. Tsai, J., Kinney, R. L., Elbogen, E. B. & Gluff, J. Systematic Review of Financial Interventions for Adults Experiencing Behavioral Health Conditions. *Psychiatr Serv* **75**, 570–579 (2024).
137. Turi, E. et al. Primary Care Models and Depression Outcomes in Rural Adult Populations: A Systematic Review. *Rural Ment Health* **48**, 145–155 (2024).
138. Tyler, N. et al. Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *JAMA Netw Open* **6**, e2344825 (2023).
139. Volcevskaja, S., Luck, L., Elmir, R., Dickens, G. & Murphy, G. Nurses' experiences when conducting the mental state examination (MSE): A scoping review. *Int J Ment Health Nurs* **33**, 224–240 (2024).
140. White, S. J. et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* **25**, 494–511 (2024).
141. Wong, J. C. M., Chua, J. Y. X., Chan, P. Y. & Shorey, S. Effectiveness of educational interventions in reducing the stigma of healthcare professionals and healthcare students towards mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* (2024) doi:10.1111/jan.16127.
142. Yeo, G., Reich, S. M., Liaw, N. A. & Chia, E. Y. M. The Effect of Digital Mental Health Literacy Interventions on Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* **26**, e51268 (2024).
143. Adams, E. A. et al. International evidence on lived experiences of trauma during homelessness and effects on mental health including substance use: a co-produced qualitative systematic review. *Lancet* **402 Suppl 1**, S18 (2023).
144. Biswal, B. et al. A systematic review of interventions to enhance initiation of and adherence to treatment for alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* **263**, 112429 (2024).

145. Bunaciu, A. et al. Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: A systematic review. *Addict Res Theory* **32**, 225–236 (2024).
146. Côté, J. et al. Digital Interventions for Recreational Cannabis Use Among Young Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Behavior Change Technique Analysis of Randomized Controlled Studies. *J Med Internet Res* **26**, e55031 (2024).
147. Herrmann, L. et al. Systematic Review of Gender-Specific Child and Adolescent Mental Health Care. *Child Psychiatry Hum Dev* **55**, 1487–1501 (2024).
148. Hird, R., Radhakrishnan, R. & Tsai, J. A systematic review of approaches to improve medication adherence in homeless adults with psychiatric disorders. *Front Psychiatry* **14**, 1339801 (2023).
149. Johannessen, D. A., Overå, S. & Arnevik, E. A. The role of contextual factors in avenues to recover from gambling disorder: a scoping review. *Front Psychol* **15**, 1247152 (2024).
150. Mackey, K. M. et al. Effectiveness of Syringe Services Programs: A Systematic Review. (Washington (DC), 2023).
151. Ponsford, R., Melendez-Torres, G. J., Miners, A., Falconer, J. & Bonell, C. Whole-school interventions promoting student commitment to school to prevent substance use and violence, and improve educational attainment: a systematic review. *Public Health Res (Southampton)* **12**, 1–290 (2024).
152. Smith, K. R., Shah, N. K., Adamczyk, A. L., Weinstein, L. C. & Kelly, E. L. Harm reduction in undergraduate and graduate medical education: a systematic scoping review. *BMC Med Educ* **23**, 986 (2023).
153. Smith, A. et al. Barriers and facilitators experienced in delivering alcohol screening and brief interventions in community pharmacy: a qualitative evidence synthesis. *Int J Pharm Pract* **32**, 5–20 (2024).
154. Wolfe, D. M. et al. Service-level barriers to and facilitators of accessibility to treatment for problematic alcohol use: a scoping review. *Front Public Health* **11**, 1296239 (2023).
155. Yazdi-Feyzabadi, V. et al. Direct and indirect effects of economic sanctions on health: a systematic narrative literature review. *BMC Public Health* **24**, 2242 (2024).
156. Ytterhus, B. et al. Children as next of kin's experiences, practices, and voice in everyday life: a systematic review of studies with Norwegian data (2010-2022). *Scand J Public Health* 14034948241232040 (2024) doi:10.1177/14034948241232040.
157. Karlsson, B. & Borg, M. *Psykisk Helsearbeid - Medborgerskap, Menneskerettigheter Og Økologi*. (Fagbokforlaget, 2024).
158. Hem, M. H. & Aarre, T. *Relasjonens Betydning. Om Fundamentet i Psykisk Helse- Og Rusarbeid*. (Gyldendal, 2023).
159. McMillan, A. et al. *Personsentrert Helsearbeid. En Innføring*. (Gyldendal, 2023).
160. Kalseth, J., Kaspersen, S. L. & Ådnes, M. *Struktur Og Flexibilitet i Oppfølging Og Koordinering. Sluttrapport i Evaluering Av Pilot for Strukturert Tverrfaglig Oppfølgingsteam.*, (2024).
161. Hawton, K. & Pirkis, J. Preventing suicide: a call to action. *The Lancet Public Health* **9**, e825–e830 (2024).
162. Ose, S. O. *Psykisk Helsearbeid i Kommunene: Anslag På Antall Brukere, Personellinnsats Og Udekket Personellbehov*. (2007).
163. Hvorfor har det blitt færre og færre bostedsløse i Norge? Oslomet.no <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/hvorfor-blir-det-ferre-bostedsloese-i-norge>.

164. Thomas, M. J., Syse, A. & Gleditsch, R. F. Nasjonale Befolkningsframskrivinger 2020. Modeller, Forutsetninger Og Resultater. (Statistisk sentralbyrå, 2020).
165. Gerstorf, D. et al. Adult development and aging in historical context. *American Psychologist* **75**, 525 (2020).
166. 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* **79**, 1213–1226 (2021).

## 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. <b>Engelsk:</b> Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BTI	Bedre tverrfaglig innsats
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)
FIT	Feedback-informerte tjenester ( <a href="http://www.napha.no/fit/">www.napha.no/fit/</a> )
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
KI	Kunstig intelligens
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 forelderrollen 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
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
TryggEst	TryggEst skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Bufdir.
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.
ViVo	Videreutdanningen i voldsriskovurdering- og håndtering
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).
V-RISK-10	V-RISK-10 brukes til kartlegging for å identifisere de som trenger omfattende utredning av voldsrisiko. Verktøyet består av 10 ledd/utredningsdeler og kan bestilles gratis hos SIFER Sør-Øst.

## Vedlegg B: Grunnlagsdata 2024

		Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester		Totalt	Tjenester	
			for voksne	barn og unge		for voksne	barn og unge
1101	Eigersund kommune	80	65	16	53	54	48
1103	Stavanger kommune	601	474	127	40	40	40
1106	Haugesund kommune	125	111	15	33	36	19
1108	Sandnes kommune	201	147	54	24	23	27
1111	Sokndal kommune	8	4	4	24	16	52
1112	Lund kommune	8	8	1	26	32	7
1114	Bjerkreim kommune	4	4	0	13	17	0
1119	Hå kommune	87	76	11	44	52	21
1120	Klepp kommune	49	35	14	23	22	28
1121	Time kommune	48	43	5	24	28	9
1122	Gjesdal kommune	29	19	10	23	20	31
1124	Sola kommune	90	68	23	32	31	33
1127	Randaberg kommune	41	23	18	35	25	66
1130	Strand kommune	30	23	7	22	23	19
1133	Hjelmeland kommune	5	4	1	17	19	9
1134	Suldal kommune	13	9	3	33	31	38
1135	Sauda kommune	14	8	5	30	23	57
1144	Kvitsøy kommune	0	0	0	0	0	0
1145	Bokn kommune	1	1	1	16	12	31
1146	Tysvær kommune	28	24	4	24	27	14
1149	Karmøy kommune	152	108	44	35	32	45
1151	Utsira kommune	0	0	0	14	11	26
1160	Vindafjord kommune	37	26	12	42	37	59
1505	Kristiansund kommune	76	67	9	31	34	20
1506	Molde kommune	63	47	16	19	18	24
1508	Ålesund kommune	230	199	31	39	43	26
1511	Vanylven kommune	5	5	0	17	20	0
1514	Sande kommune	9	8	2	38	39	34
1515	Herøy kommune	12	11	1	13	15	5
1516	Ulstein kommune	21	21	0	24	31	0
1517	Hareid kommune	4	4	0	8	10	0
1520	Ørsta kommune	25	23	2	23	27	8
1525	Stranda kommune	10	10	0	23	27	0
1528	Sykkylven kommune	13	8	4	17	14	27

1531	Sula kommune	36	29	7	37	40	28
1532	Giske kommune	16	14	2	19	22	9
1535	Vestnes kommune	19	11	9	27	18	64
1539	Rauma kommune	10	7	3	13	12	19
1547	Aukra kommune	11	9	2	30	31	25
1554	Averøy kommune	27	23	4	45	48	31
1557	Gjemnes kommune	3	1	1	10	6	23
1560	Tingvoll kommune	3	2	1	11	8	26
1563	Sunnadal kommune	26	22	4	35	37	29
1566	Surnadal kommune	4	2	2	7	4	18
1573	Smøla kommune	2	2	1	9	8	13
1576	Aure kommune	3	3	0	8	9	4
1577	Volda kommune	30	30	0	27	34	0
1578	Fjord kommune	4	4	0	14	17	0
1579	Hustadvika kommune	25	19	6	19	18	21
1580	Haram kommune	41	21	20	44	28	103
1804	Bodø kommune	114	88	26	21	20	24
1806	Narvik kommune	53	46	7	24	26	18
1811	Bindal kommune	16	13	2	111	115	90
1812	Sømna kommune	0	0	0	0	0	0
1813	Brønnøy kommune	12	11	1	15	18	3
1815	Vega kommune	1	1	0	9	11	0
1816	Vevelstad kommune	2	1	1	42	26	109
1818	Herøy kommune	16	14	2	88	97	49
1820	Alstahaug kommune	16	16	0	22	27	0
1822	Leirfjord kommune	4	3	1	15	17	9
1824	Vefsn kommune	41	29	12	30	26	48
1825	Grane kommune	5	2	2	32	19	99
1826	Hattfjeldal kommune	4	3	1	32	30	42
1827	Dønna kommune	7	5	2	49	42	80
1828	Nesna kommune	22	19	3	122	128	91
1832	Hemnes kommune	15	14	1	34	39	12
1833	Rana kommune	91	76	14	35	36	29
1834	Lurøy kommune	0	0	0	0	0	0
1835	Træna kommune	0	0	0	0	0	0
1836	Rødøy kommune	2	1	1	20	12	52
1837	Meløy kommune	25	23	2	41	47	16
1838	Gildeskål kommune	6	3	3	28	18	81
1839	Beiarn kommune	3	3	0	24	29	0
1840	Saltdal kommune	9	9	0	18	23	0
1841	Fauske kommune / Fuosko suohkan	15	11	4	16	14	23

1845	Sørfold kommune	25	12	13	132	77	406
1848	Steigen kommune	10	6	4	39	27	93
1851	Lødingen kommune	3	3	1	15	14	16
1853	Evenes kommune	2	2	0	14	13	16
1856	Røst kommune	0	0	0	0	0	0
1857	Værøy kommune	5	5	0	73	90	0
1859	Flakstad kommune	2	2	0	15	17	0
1860	Vestvågøy kommune	51	34	17	44	37	70
1865	Vågan kommune	23	19	4	24	24	22
1866	Hadsel kommune	19	19	0	23	28	0
1867	Bø kommune	11	11	0	43	51	0
1868	Øksnes kommune	9	9	0	20	24	0
1870	Sortland kommune	27	23	4	25	27	18
1871	Andøy kommune	13	13	0	29	34	0
1874	Moskenes kommune	4	4	0	39	44	0
1875	Håbømerå Suohkan - Hamarøy kommune	9	7	2	33	31	46
3101	Halden kommune	46	38	7	14	15	12
3103	Moss kommune	171	155	16	33	37	16
3105	Sarpsborg kommune	174	132	42	29	28	34
3107	Fredrikstad kommune	268	221	47	31	32	28
3110	Hvaler kommune	32	26	6	67	64	83
3112	Råde kommune	26	16	10	32	25	64
3114	Våler kommune	23	20	3	37	42	20
3116	Skiptvet kommune	7	5	2	17	15	24
3118	Indre Østfold kommune	139	87	52	30	23	55
3120	Rakkestad kommune	21	17	4	24	24	25
3122	Marker kommune	7	6	1	20	20	23
3124	Åremark kommune	1	1	0	4	4	0
3201	Bærum kommune	389	306	83	30	30	28
3203	Asker kommune	278	211	66	28	28	30
3205	Lillestrøm kommune	161	132	29	17	18	15
3207	Nordre Follo kommune	209	113	96	33	23	66
3209	Ullensaker kommune	129	108	21	29	32	21
3212	Nesodden kommune	61	34	27	30	22	58
3214	Frogn kommune	39	30	10	24	22	33
3216	Vestby kommune	44	19	25	22	13	55
3218	Ås kommune	76	43	33	35	25	73
3220	Enebakk kommune	34	16	19	30	17	74
3222	Lørenskog kommune	66	54	12	14	14	12
3224	Rælingen kommune	32	25	7	16	16	15
3226	Aurskog-Høland kommune	19	16	3	10	11	8

3228	Nes kommune	33	28	5	13	14	9
3230	Gjerdrum kommune	13	10	3	18	17	21
3232	Nittedal kommune	70	45	26	27	22	42
3234	Lunner kommune	13	8	5	14	11	27
3236	Jevnaker kommune	4	4	0	5	6	0
3238	Nannestad kommune	24	18	7	15	14	18
3240	Eidsvoll kommune	65	43	22	23	20	37
3242	Hurdal kommune	5	2	3	16	9	49
3301	Drammen kommune	347	248	99	33	30	48
3303	Kongsberg kommune	54	42	12	19	18	21
3305	Ringerike kommune	51	51	0	16	20	0
3310	Hole kommune	21	15	6	30	28	37
3312	Lier kommune	75	68	7	26	31	11
3314	Øvre Eiker kommune	43	26	17	21	16	40
3316	Modum kommune	52	31	21	35	26	74
3318	Krødsherad kommune	5	3	2	20	16	39
3320	Flå kommune	4	3	1	39	34	68
3322	Nesbyen kommune	10	8	1	29	30	27
3324	Gol kommune	18	16	2	35	38	22
3326	Hemsedal kommune	15	10	5	56	47	96
3328	Ål kommune	13	8	5	26	21	47
3330	Hol kommune	21	19	2	46	51	20
3332	Sigdal kommune	16	12	3	44	42	54
3334	Flesberg kommune	7	2	5	25	9	90
3336	Rollag kommune	3	2	1	22	17	43
3338	Nore og Uvdal kommune	11	7	4	43	34	89
3401	Kongsvinger kommune	36	36	0	20	24	0
3403	Hamar kommune	98	84	14	30	31	23
3405	Lillehammer kommune	84	45	39	29	19	73
3407	Gjøvik kommune	106	86	20	34	34	35
3411	Ringsaker kommune	45	45	0	12	15	0
3412	Løten kommune	6	6	0	7	9	0
3413	Stange kommune	65	56	9	30	32	21
3414	Nord-Odal kommune	6	6	0	13	15	0
3415	Sør-Odal kommune	45	42	2	55	63	17
3416	Eidskog kommune	29	24	5	48	47	56
3417	Grue kommune	33	31	2	72	78	31
3418	Åsnes kommune	32	28	4	43	45	37
3419	Våler kommune	10	7	4	28	21	68
3420	Elverum kommune	67	51	16	31	29	38
3421	Trysil kommune	20	19	1	30	34	11

3422	Åmot kommune	7	5	2	16	15	21
3423	Stor-Elvdal kommune	3	3	0	14	16	0
3424	Rendalen kommune	2	2	0	12	14	0
3425	Engerdal kommune	3	1	2	22	9	104
3426	Tolga kommune	5	2	3	31	19	72
3427	Tynset kommune	4	4	0	7	9	0
3428	Alvdal kommune	3	2	1	14	12	18
3429	Folldal kommune	2	2	0	13	16	0
3430	Os kommune	2	2	0	13	15	0
3431	Dovre kommune	10	5	5	39	23	121
3432	Lesja kommune	6	4	3	32	22	75
3433	Skjåk kommune	2	2	0	7	9	0
3434	Lom kommune	2	2	0	7	9	0
3435	Vågå kommune	6	6	0	16	20	0
3436	Nord-Fron kommune	15	13	2	27	28	20
3437	Sel kommune	15	7	8	26	15	78
3438	Sør-Fron kommune	5	3	2	16	12	32
3439	Ringebu kommune	14	13	1	33	37	13
3440	Øyer kommune	7	7	1	14	16	8
3441	Gausdal kommune	25	25	0	40	49	0
3442	Østre Toten kommune	37	32	5	25	26	19
3443	Vestre Toten kommune	43	28	14	31	25	58
3446	Gran kommune	49	24	25	36	21	105
3447	Søndre Land kommune	30	24	6	54	51	65
3448	Nordre Land kommune	15	11	4	22	20	33
3449	Sør-Aurdal kommune	10	7	3	36	30	65
3450	Etnedal kommune	5	3	2	34	25	76
3451	Nord-Aurdal kommune	17	13	5	27	24	39
3452	Vestre Slidre kommune	11	10	2	54	55	49
3453	Øystre Slidre kommune	11	5	5	32	19	93
3454	Vang kommune	3	2	0	16	17	11
3901	Horten kommune	101	54	47	36	24	90
3903	Holmestrand kommune	50	42	8	19	20	15
3905	Tønsberg kommune	197	147	50	33	31	43
3907	Sandefjord kommune	158	119	40	24	22	30
3909	Larvik kommune	179	118	62	37	30	67
3911	Færder kommune	60	60	0	22	27	0
4001	Porsgrunn kommune	141	104	37	38	34	53
4003	Skien kommune	167	154	13	29	34	12
4005	Notodden kommune	30	30	0	22	28	0
4010	Siljan kommune	2	1	1	8	5	21

4012	Bamble kommune	18	14	4	13	12	15
4014	Kragerø kommune	53	46	7	51	53	39
4016	Drangedal kommune	14	12	2	34	37	19
4018	Nome kommune	15	14	2	24	26	13
4020	Midt-Telemark kommune	32	25	8	30	28	35
4022	Seljord kommune	10	6	4	34	25	68
4024	Hjartdal kommune	3	1	1	16	9	44
4026	Tinn kommune	29	25	3	52	55	36
4028	Kviteseid kommune	5	3	2	21	16	46
4030	Nissedal kommune	3	2	1	22	19	38
4032	Fyresdal kommune	2	1	1	18	10	56
4034	Tokke kommune	8	5	2	35	30	58
4036	Vinje kommune	13	11	2	33	36	20
4201	Risør kommune	23	16	6	33	29	51
4202	Grimstad kommune	52	49	3	21	25	6
4203	Arendal kommune	176	136	40	38	37	43
4204	Kristiansand kommune	579	510	69	49	55	28
4205	Lindesnes kommune	52	40	12	22	21	23
4206	Farsund kommune	48	33	15	48	42	70
4207	Flekkefjord kommune	46	35	11	49	48	55
4211	Gjerstad kommune	12	12	1	51	59	12
4212	Vegårshei kommune	3	3	0	13	16	2
4213	Tvedestrand kommune	15	14	1	24	28	9
4214	Froland kommune	6	6	0	9	12	0
4215	Lillesand kommune	43	43	0	37	48	0
4216	Birkenes kommune	9	8	1	16	19	5
4217	Åmli kommune	6	6	0	31	39	0
4218	Iveland kommune	2	2	0	14	19	0
4219	Evje og Hornnes kommune	5	5	0	12	15	0
4220	Bygland kommune	1	1	0	12	14	0
4221	Valle kommune	4	2	2	36	20	106
4222	Bykle kommune	3	1	2	34	14	129
4223	Vennesla kommune	66	48	18	42	40	51
4224	Åseral kommune	4	3	1	38	37	43
4225	Lyngdal kommune	37	32	5	34	38	19
4226	Hægebostad kommune	4	2	2	24	15	51
4227	Kvinesdal kommune	39	36	3	62	73	22
4228	Sirdal kommune	3	3	1	18	20	12
4601	Bergen kommune	868	610	257	30	26	47
4602	Kinn kommune	40	22	18	23	16	49
4611	Etne kommune	6	4	2	14	12	23

4612	Sveio kommune	17	16	2	30	35	11
4613	Bømlo kommune	31	22	8	25	24	28
4614	Stord kommune	71	41	30	37	27	70
4615	Fitjar kommune	9	5	4	29	19	62
4616	Tysnes kommune	4	3	1	14	13	17
4617	Kvinnherad kommune	70	58	13	54	55	48
4618	Ullensvang kommune	50	50	0	45	56	0
4619	Eidfjord kommune	3	1	2	30	18	82
4620	Ulvik herad	2	2	0	17	17	14
4621	Voss herad	0	0	0	0	0	0
4622	Kvam herad	9	9	0	10	13	0
4623	Samnanger kommune	5	2	3	22	12	58
4624	Bjørnafjorden kommune	122	80	43	47	40	71
4625	Austevoll kommune	10	4	6	18	10	43
4626	Øygarden kommune	88	74	14	22	24	15
4627	Askøy kommune	93	60	33	31	26	45
4628	Vaksdal kommune	3	3	1	9	9	7
4629	Modalen kommune	3	2	1	78	77	80
4630	Osterøy kommune	27	18	9	33	29	51
4631	Alver kommune	88	85	3	29	37	4
4632	Austrheim kommune	11	9	3	39	37	48
4633	Fedje kommune	2	2	0	42	43	39
4634	Masfjorden kommune	0	0	0	0	0	0
4635	Gulen kommune	4	4	0	18	22	0
4636	Solund kommune	1	1	0	9	11	0
4637	Hyllestad kommune	2	2	0	19	22	0
4638	Høyanger kommune	14	12	1	35	38	19
4639	Vik kommune	5	5	0	20	25	0
4640	Sogndal kommune	37	32	5	30	33	19
4641	Aurland kommune	6	5	1	31	33	19
4642	Lærdal kommune	13	13	0	59	73	0
4643	Årdal kommune	20	18	2	39	43	21
4644	Luster kommune	24	23	1	44	55	5
4645	Askvoll kommune	5	5	0	18	22	0
4646	Fjaler kommune	5	4	1	17	17	16
4647	Sunnfjord kommune	92	57	35	41	33	69
4648	Bremanger kommune	20	20	0	59	71	0
4649	Stad kommune	64	61	3	67	80	16
4650	Gloppen kommune	15	8	7	26	18	55
4651	Stryn kommune	11	10	1	15	17	7
5001	Trondheim kommune	508	399	109	24	23	27



5006	Steinkjer kommune	86	80	6	36	41	13
5007	Namsos kommune	85	75	10	56	62	33
5014	Frøya kommune	12	12	0	21	26	0
5020	Osen kommune	1	1	0	13	13	13
5021	Oppdal kommune	10	9	1	14	16	6
5022	Rennebu kommune	5	5	1	21	22	13
5025	Rørøis kommune	10	10	0	17	20	0
5026	Holtålen kommune	3	3	0	16	20	0
5027	Midtre Gauldal kommune	9	8	1	14	16	8
5028	Melhus kommune	20	18	2	11	13	5
5029	Skaun kommune	26	17	8	30	27	38
5031	Malvik kommune	59	54	4	40	48	12
5032	Selbu kommune	9	8	0	20	24	5
5033	Tydal kommune	0	0	0	0	0	0
5034	Meråker kommune	4	3	1	14	12	22
5035	Stjørdal kommune	60	43	17	24	22	33
5036	Frosta kommune	8	2	6	30	11	110
5037	Levanger kommune	46	40	6	22	25	14
5038	Verdal kommune	27	27	0	18	22	0
5041	Snåsa kommune	5	3	2	24	18	51
5042	Lierne kommune	3	3	0	19	23	0
5043	Røyrvik kommune	1	1	1	33	20	93
5044	Namsskogan kommune	2	1	1	21	16	43
5045	Grong kommune	14	10	4	60	54	85
5046	Høylandet kommune	4	2	2	34	22	82
5047	Overhalla kommune	6	3	3	16	10	35
5049	Flatanger kommune	3	3	0	27	32	0
5052	Leka kommune	1	1	1	17	10	45
5053	Inderøy kommune	11	5	6	16	9	42
5054	Indre Fosen	26	19	7	26	24	36
5055	Heim kommune	41	34	7	67	69	61
5056	Hitra kommune	43	37	6	81	85	62
5057	Ørland kommune	46	36	10	44	43	47
5058	Åfjord kommune	33	30	3	76	85	37
5059	Orkland kommune	45	33	12	24	22	32
5060	Nærøysund kommune	73	71	3	73	91	11
5061	Rindal kommune	4	2	2	20	14	47
5501	Tromsø kommune	235	203	32	30	32	21
5503	Harstad kommune	82	61	21	33	30	43
5510	Kvæfjord kommune	31	28	3	110	122	59
5512	Tjeldsund kommune	5	3	2	12	8	31

5514	Ibestad kommune	4	4	0	27	32	0
5516	Gratangen kommune	7	5	2	63	55	102
5518	Lavangen kommune	12	12	1	123	145	31
5520	Bardu kommune	11	11	0	28	34	0
5522	Salangen kommune	9	9	0	43	53	0
5524	Målselv kommune	19	16	3	28	29	24
5526	Sørreisa kommune	10	10	0	30	37	0
5528	Dyrøy kommune	12	11	1	112	120	63
5530	Senja kommune	29	29	0	19	24	0
5532	Balsfjord kommune	19	17	2	34	36	21
5534	Karlsøy kommune	14	11	3	63	58	91
5536	Lyngen kommune	10	10	0	35	41	0
5538	Storfjord kommune	14	12	3	78	76	88
5540	Kåfjord kommune	4	3	1	20	18	33
5542	Skjervøy kommune	6	5	1	21	22	18
5544	Nordreisa kommune	9	8	1	18	19	11
5546	Kvænangen kommune	3	3	1	28	28	27
5601	Alta kommune	55	47	8	25	28	16
5603	Hammerfest kommune	35	32	3	31	34	14
5605	Sør-Varanger kommune	23	19	4	23	23	22
5607	Vadsø kommune	14	10	4	24	21	38
5610	Karasjok kommune	0	0	0	0	0	0
5612	Kautokeino kommune	6	4	2	21	18	33
5614	Loppa kommune	2	1	0	18	18	20
5616	Hasvik kommune	2	2	0	22	24	13
5618	Måsøy kommune	3	3	0	22	26	0
5620	Nordkapp kommune	9	9	0	31	36	0
5622	Porsanger kommune	23	15	8	58	45	127
5624	Lebesby kommune	2	2	0	20	23	0
5626	Gamvik kommune	5	2	3	50	26	193
5628	Deatnu - Tana kommune	5	5	0	16	19	0
5630	Berlevåg kommune	5	4	2	56	46	121
5632	Båtsfjord kommune	6	4	2	26	20	57
5634	Vardø kommune	5	4	1	23	24	17
5636	Nesseby kommune	7	2	5	81	28	370
30101	Oslo kommune Bydel 1 Gamle Oslo	141	85	56	22	16	56
30102	Oslo kommune Bydel 2 Grünerløkka	113	76	37	17	13	42
30103	Oslo kommune Bydel 3 Sagene	115	104	11	24	25	18
30104	Oslo kommune Bydel 4 St. Hanshaugen	143	78	66	35	22	150

30105	Oslo kommune Bydel 5 Frogner	121	82	39	20	15	60
30106	Oslo kommune Bydel 6 Ullern	63	38	26	18	13	36
30107	Oslo kommune Bydel 7 Vestre Aker	59	38	21	11	10	17
30108	Oslo kommune Bydel 8 Nordre Aker	111	69	42	20	16	36
30109	Oslo kommune Bydel 9 Bjerke	78	55	23	21	19	27
30110	Oslo kommune Bydel 10 Grorud	73	54	19	26	24	33
30111	Oslo kommune Bydel 11 Stovner	86	50	36	25	19	47
30112	Oslo kommune Bydel 12 Alna	79	60	19	16	15	18
30113	Oslo kommune Bydel 13 Østensjø	130	94	36	25	23	32
30114	Oslo kommune Bydel 14 Nordstrand	109	60	49	20	14	41
30115	Oslo kommune Bydel 15 Søndre Nordstrand	101	64	37	26	21	39
30116	Oslo kommune Velferdsetaten	529	487	42			
30117	Oslo kommune Helseetaten	40	40	0			

