

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016:

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose og
Silje L. Kaspersen

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall innen psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. I 2015 ble rapporteringen for kommunalt rusarbeid (IS-8) slått sammen med rapporteringen for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24). Den nye rapporteringen kalles IS-24/8 og dette er andre rapport i denne nye serien.

Det er én kommune som ikke har levert data i 2016. I tillegg har vi benyttet fjorårstall for en del kommuner som har oppgitt at det ikke har vært endringer.

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


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

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

Fra SINTEF har forskningsleder Marian Ådnanes og Jorid Kalseth bidratt med gitt gode innspill i prosjektet, Hanne Kvam og Mona Eidem har lest korrektur og Mona har laget omslaget til rapporten.

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

Trondheim 5. desember 2016


Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Innhold

<u>SAMMENDRAG OG KONKLUSJON</u>	7
<u>1 INNLEDNING</u>	19
1.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	19
1.2 KUNNSKAPSGRUNNLAG	20
1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	23
1.4 INNHOLD I KARTLEGGINGEN.....	24
1.5 RAPPORTENS INNHOLD OG OPPBYGGING	28
<u>2 DATAGRUNNLAG</u>	29
2.1 INNLEDNING	29
2.2 DATAINNSAMLING	32
2.3 OM RESPONDENTENE – OVER 1000 INVOLVERTE FAGPERSONER.....	33
2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET	34
2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL.....	37
2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR	37
2.7 FORKORTELSER	38
<u>3 NASJONALE TALL</u>	41
3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	42
3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK.....	42
3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	47
3.4 OPPSUMMERING	51
<u>4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK</u>	53
4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE	53
4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE.....	54
4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE.....	57
4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION	61
4.5 OPPSUMMERING	62
<u>5 HOVEDFORLØP</u>	63
5.1 DATAGRUNNLAG	64
5.2 RESPONS.....	65
5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE).....	65
5.4 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR BARN OG UNGE)	66

5.5	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER	66
5.6	VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE	69
6.7	KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)	72
6.8	KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)	74
5.7	OPPSUMMERING	75
6	<u>BRUKERMEDVIRKNING</u>	<u>77</u>
6.1	BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM	79
6.2	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARINGER SISTE 12 MÅNEDER	80
6.3	BRUKERERFARINGER SOM GRUNNLAG FOR KVALITETSFORBEDRING I TJENESTEN.....	81
7	<u>INDIVIDUELL PLAN</u>	<u>83</u>
7.1	FÅR DE MED BEHOV FOR IP TILBUD OM IP?.....	84
7.2	PRIORITERER KOMMUNEN ARBEIDET MED INDIVIDUELL PLAN?	85
7.3	HVA GJØR KOMMUNER SOM PRIORITERER IP?	86
7.4	ÅRSAKER TIL AT NOEN KOMMUNER IKKE PRIORITERER IP.....	92
7.5	HELHETLIG OG KOORDINERT OPPFØLGING – BIDRAG.....	93
7.6	HVORDAN FUNGERER KOORDINERENDE ENHET I KOMMUNEN NÅR DET GJELDER TILRETTELEGGING FOR INDIVIDUELL PLAN?	95
7.7	OPPSUMMERING	96
8	<u>OPPFØLGNING AV BARN OG UNGE</u>	<u>97</u>
8.1	TILRETTELEGGING AV KOMMUNEN SLIK AT BARN OG UNGE FÅR OPPFØLGING	97
8.2	RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIETT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE	100
8.3	TYPEN SAMARBEIDSMODELLER/RUTINER	101
8.4	OPPSUMMERING	102
9	<u>SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN</u>	<u>103</u>
9.1	BAKGRUNN.....	103
9.2	KOMMUNENES ERFARING MED SAMTIDIGE OG HELHETLIGE TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN	104
9.3	KOMMUNENES ERFARING MED SAMTIDIGE OG HELHETLIGE TJENESTER I TSB	109
9.4	ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE 12 MÅNEDER PSYKISK HELSEVERN	114
9.5	ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE 12 MÅNEDER TSB	116
9.6	ERFARING MED SAMARBEIDSAVTALER PÅ ULIKE OMRÅDER	118
9.7	OPPSUMMERING	120
10	<u>SAMARBEID MED POLITIET</u>	<u>121</u>
10.1	SLT-MODELLEN	121

10.2	ANDRE TYPER SAMARBEID.....	123
10.3	OPPSUMMERING	124
11	<u>BOLIGSITUASJON I MÅLGRUPPEN</u>	127
11.1	GIR KOMMUNENE ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG?	129
11.2	HAR KOMMUNEN SØKT TILSKUDD HOS HUSBANKEN FOR Å GI FLERE ET TILBUD?.....	129
11.3	ENDRINGER I BOLIGSITUASJONEN TIL MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID.....	130
11.4	ENDRINGER I BOLIGSITUASJONEN TIL MÅLGRUPPEN FOR RUSARBEID	131
11.5	VARIASJON MELLOM KOMMUNER MED ULIK STØRRELSE, FYLKER OG HELSEFORETAK	133
11.6	OPPSUMMERING	139
12	<u>KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPASSER) FRA PRIVATE.141</u>	
12.1	KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER	142
12.2	ENDRINGER I KJØP FRA PRIVATE AKTØRER	142
12.3	VARIASJON MELLOM KOMMUNER ETTER STØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK	143
12.4	OPPSUMMERING	147
13	<u>PSYKOSOSIALE KRISETEAM</u>	149
13.1	PSYKOSOSIALT KRISETEAM	149
13.2	AKTIVT KRISETEAM	150
13.3	PLAN FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING ETTER KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER.....	150
13.4	FORMALISERTE RUTINER FOR SAMARBEIDE MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER 151	
13.5	OPPSUMMERING	152
14	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET.....</u>	153
14.1	BAKGRUNN.....	153
14.2	UTEKONTAKTER	153
14.3	OPPSØKENDE TEAM.....	154
14.4	KOMMUNENS ERFARINGER MED OPSPØKENDE TEAM	156
14.5	OPPSUMMERING	157
15	<u>ARBEIDSTILTAK.....</u>	159
15.1	IPS OG SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID	160
15.2	IPS OG SE INNEN RUSARBEID.....	161
15.3	SAMARBEID MED NAV	162
15.4	HVA SKAL TIL?	164
15.5	OPPSUMMERING	170

<u>16</u>	<u>FLYKTNINGER</u>	<u>171</u>
16.1	ULIKE TYPER TILBUD.....	171
16.2	PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID HAR VÆRT INVOLVERT I TJENESTETILBUDET	172
16.3	OPPSUMMERING	173
<u>17</u>	<u>OPPFØLGING ETTER SELVMORDSFORSØK OG OVERDOSE</u>	<u>175</u>
17.1	OPPFØLGING I KOMMUNEN ETTER SELVMORDSFORSØK OG OVERDOSE	176
17.2	VARIASJON MELLOM KOMMUNER MED ULIK STØRRELSE, FYLKER OG HELSEFORETAK	177
17.3	OPPSUMMERING	180
<u>18</u>	<u>KONTAKT MED OG NYTTE AV KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS</u>	<u>181</u>
18.1	NAPHA.....	182
18.2	KORUS	183
18.3	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)	184
18.4	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING).....	185
18.5	ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	186
18.6	OPPSUMMERING	187
<u>19</u>	<u>FORVENTNINGER TIL OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016–2020)</u>	<u>189</u>
19.1	BAKGRUNN.....	189
19.2	FORVENTNINGER TIL PLANEN	189
19.3	OPPSUMMERING	194
	<u>REFERANSER</u>	<u>195</u>
	<u>VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2016</u>	<u>197</u>

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

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

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

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

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

NASJONALE ÅRSVERKSTALL

I tabellen under vises årsverkene som er rapportert inn i 2015 og 2016. Den siste kolonnen viser reell endring og vi beregner denne til å være en økning på 5,2 prosent i totalt antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2015 til 2016. Årsverk til voksne har en økning på 4,7 prosent, mens årsverk til barn og unge har økt med 7,3 prosent.

Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2015 til 2016

	2015 Antall	2015 Prosent	2016 Antall	2016 Prosent	Endring i antall årsverk	Endring prosent	Reell endring
Voksne	10 429	79	11 063	79	634	6,1	4,7
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	171	6,3	7,3
Totalt	13 131	100	13 936	100	805	6,1	5,2

Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2015 til 2016, finner vi at i tjenester til voksne er det en økning fra 26 årsverk per 10 000 innbygger til 27 (4 prosent), og for barn og unge fra 24 årsverk per 10 000 innbygger til 25 (4 prosent). Det er altså en noe sterkere økning i årsverksinnsatsen enn det befolkningsøkningen skulle tilsi både i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

ÅRSVERK FORDELT PÅ TILTAK

I tjenester og tiltak til voksne finner vi særlig økning i årsverk i kategorien «Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse» (14 prosent økning), mens det er en liten nedgang i årsverk til aktivitetssenter/dagsenter. Samtidig øker årsverkene i kategorien «Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud» med 10 prosent fra 2015 til 2016, mens hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende pasienter økte med seks prosent.

I tjenester og tiltak for barn og unge finner vi økning i årsverkene i «Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid» på 8 prosent, mens helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en økning i antall årsverk på syv prosent. Samtidig er det en nedgang på fem prosent i kategorien «Aktiviteter, kultur og fritidstiltak».

ÅRSVERK FORDELT PÅ UTDANNING

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om 6 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere i 2016. Totalt er det rapportert 122 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2016 og dette utgjør en økning på 67 prosent fra 2015. Det er 82 prosent flere psykologårsverk og 34 prosent flere psykologspesialistårsverk i 2016 sammenliknet med 2015. En liten del av økningen går på bekostning av andre høyskole- og universitetsutdannede årsverk uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, men nedgangen er kun på fem prosent.

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det ene årsverket med psykiater fra 2015 er borte, men det er en sterk økning i psykologspesialister og psykologer på hhv 25 og 16 prosent.

ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE, HELSEFORETAK OG HELSEREGION

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

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

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

ÅRSVERK FORDELT PÅ FORLØP

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

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

For andre gang har alle norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor de tre hovedforløpene. Kommunene skulle også vurdere sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp.

I 2015 hadde få kommuner praktisk erfaring med å kategorisere brukere og ressursbruk i henhold til hovedforløpene, og det var store mangler i rapporteringen. I rapporteringen for 2016 var det fortsatt en del kommuner som gav tilbakemelding om at dette var utfordrende, men det var i år flere kommuner som rapporterte noe på dette spørsmålet, og det er gjort en mer presis fordeling av årsverkene på de ulike hovedforløpene sammenliknet med 2015. 92 prosent av kommunene/bydelene oppgav ressursbruk (årsverk) i henhold til hovedforløp i tjenester til voksne, mens 75 prosent gjorde det samme i tjenester for barn og unge.

Det ble ikke rapportert om store endringer i fordelingen i tjenester for voksne, fortsatt går majoriteten av årsverkene i tjenester til voksne til brukere med alvorlige og langvarige lidelser. Kun 11 prosent gikk til brukere i hovedforløp 1. Antall årsverk som går med til brukergruppen i hovedforløp 2 har steget med fire prosentpoeng (fra 24 til 28 prosent), på bekostning av brukergruppen i hovedforløp 3 (ned fra 66 til 61 prosent). I tjenester til barn og unge er fordelingen av årsverk på ulike hovedforløp omtrent uendret fra 2015, med en to prosentpoengs økning i hovedforløp 1, og en tilsvarende reduksjon i hovedforløp 3. Hovedforløp 1 er den største brukergruppen i tjenester for barn og unge med 47 prosent av årsverkene. Brukere i hovedforløp 2 benytter omtrent 33 prosent av årsverkene, mens brukere i hovedforløp 3 benytter omtrent 20 % av årsverkene.

Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene og bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. Det er også en framgang i vurderingene fra 2015, særlig når det gjelder hovedforløp 1 og 2 for både voksne og barn og unge. Den prosentvise andelen kommuner som mener de har et dårlig eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige problemer har sunket fra 20 prosent i 2015 til 16 prosent i 2016 (for de som har gitt en felles vurdering av psykisk helse- og rustilbud). Til sammenlikning vurderte 8 prosent av kommunene/bydelene tilbudene til voksne å være dårlige eller svært dårlige.

Kommentarfeltet til spørsmålene om hovedforløp viser kort oppsummert at:

- Ikke alle kommuner tenker forløp i henhold til veilederen og flere synes fortsatt denne rapporteringen er utfordrende.
- De største manglene i tilbudet til voksne synes spesielt å gjelde voksne (særlig rusavhengige) i hovedforløp 3, mens mange svarer at de har gode tilbud til de i hovedforløp 1 med lettere og kortvarige psykiske problemer og rusproblemer. Mangel på bolig, tilrettelagte aktivitetstilbud og tilbud på kveld/natt er en utfordring i mange kommuner.
- Flere kommuner opplever at pasienter blir skrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, og at kommunen ikke er rustet til å ta imot, men det er også flere kommuner som beskriver et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Ut fra kommentarene kan det synes som det er mindre vanlig å tenke hovedforløp i tjenester for barn unge, og at barn og unge tilhørende hovedforløp 3 i stor grad behandles i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med barnevernet. Mange nevner forebygging og tidlig intervensjon som fokus i tjenestene til barn og unge.

BRUKERMEDVIRKNING

Rundt halvparten av kommunene oppgir at de bevilger penger til brukermedvirkning. Totalt ble det rapportert om nær 57 millioner kroner til slike formål i 2015, noe som representerte en reell økning på rundt 6 prosent fra 2014. Sammenliknet med fjorårets rapportering, svarte en høyere andel kommuner at de har hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid siste 12 måneder i 2016. Av de kommunene som besvarte spørsmålet, svarte 42 prosent av kommunene ja på dette, mot 34 prosent i fjor. Når kommunene først henter inn brukererfaringer på en systematisk måte, blir disse benyttet til kvalitetsforbedring av tjenestene; 95 prosent av kommunene som innhentet brukererfaringer på en systematisk måte, svarte at de benytter erfaringene til kvalitetsforbedring. De mest vanlige formene for systematisk brukermedvirkning som nevnes er brukerundersøkelser, brukerråd/forum, ansettelse av egne erfaringskonsulenter, Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), BrukerPlan, Bruker-spør-bruker, samt bruk av resultater fra Ungdata.

INDIVIDUELL PLAN

Totalt har 414 kommuner (97 prosent) svart på spørsmålet om de med behov for IP får tilbud om IP. På landsbasis svarer 76 prosent av kommunene at de som har behov for IP får tilbud om IP, 16 prosent svarer «nei» og 8 prosent svarer «vet ikke». Den hyppigste nevnte årsaken til at ikke alle har IP, er at mange brukere ikke ønsker IP. Den nest hyppigst beskrevne årsaken, er at tjenestene ikke har kapasitet til å følge opp kravet om IP. Som tredje hyppigste årsak finner vi at det er for lite kunnskap blant de ansatte om IP og på fjerde at brukerne ikke har behov, fordi de får til godt samarbeid rundt brukerne uten IP.

Blant kommunene som prioriterer IP, er det mange ulike årsaker som er oppgitt. Det at de har etablert en koordinerende enhet har vært viktig mange steder, at de har innført elektronisk IP har vært nyttig og at de har drevet med opplæring og kompetanseheving. Mange har definert ansvarlig fagperson på IP og det arbeides systematisk med prosedyrer, rutiner og mal mange steder. I noen kommuner er det fokus på systemnivå, mens det andre steder handler om innsats for å motivere enkeltbrukere.

Vi finner at barrierer for IP for flest handler om samhandling internt i kommunen og hvordan planen «selges» inn til brukere, også at det i relativt liten grad varsles om behov for IP fra spesialisthelsetjenesten.

I litt over halvparten av kommunene (55 prosent), svarer respondentene at koordineringsenheten har fungert godt når det gjelder tilrettelegging for individuell plan. Det er altså mange kommuner som potensielt kan oppnå bedre arbeid med IP om de etablerer enheten på en fungerende måte, med faste personer med fast ansvar for IP.

Fra BrukerPlan vet vi at bare åtte prosent av brukerne har individuell plan og 21 prosent har ansvarsgruppe blant brukere med psykiske helseproblem. En andel på 48 prosent har ingen planer eller ansvarsgruppe. Blant brukere med rusproblem er situasjonen noe bedre, med 14 prosent med IP og 42 prosent med ansvarsgruppe. Blant brukere med rusproblem er det 38 prosent som ikke IP eller ansvarsgruppe.

OPPFØLGING BARN OG UNGE

Oppfølging av barn og unge er en prioritert oppgave for de aller fleste kommunene. Åtti prosent av kommunene svarer at de i stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Like mange svarer at de i stor grad har etablerte rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser.

Mange kommuner har gitt en beskrivelse av måten de samarbeider på. Gjennom koding av åpne svar fra 226 kommuner, finner vi at dette samarbeidet ofte foregår i form av tverrfaglige møter/samarbeidsmøter og tverrfaglige/flerfaglige team/ressursgrupper/samordningsteam. Mange har etablert tjenestene rundt barnehager og skoler, mens andre har etablert tjenestene rundt familien gjennom Families hus/familiesenter/familieteam. Andre samarbeider gjennom ansvarsgrupper, ulike former for samlokaliseringer og faste møter blant annet med koordinerende enhet og ulike forum.

SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Vi har kartlagt både samarbeid mot psykisk helsevern og mot TSB. Halvparten av kommunene har gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene har et betydelig potensial i samhandlingen med psykisk helsevern. Rundt halvparten av kommunene har ikke opplevd noen endring i samarbeidet med psykisk helsevern de siste 12 månedene. Én av tre kommuner har opplevd en bedring, mens 19 prosent av kommunene har opplevd en forverring av samarbeidet.

Noen færre (44 prosent) av kommunene svarer at de har gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene har et betydelig potensial for forbedring i samhandlingen med TSB. Innen TSB er det to av tre kommuner som ikke har opplevd noen endring i samarbeidet de siste 12 månedene, 36 prosent har opplevd bedring, mens 8 prosent har opplevd forverring.

I forhold til samhandlingsavtalene med helseforetakene finner vi at det er noen flere kommuner som mener at samarbeidsavtalene med helseforetaket fungerer bedre for voksne enn for barn og unge. Dette gjelder både psykisk helsevern og TSB. Generelt sett ser samarbeidsavtalen for voksne med psykiske vansker/lidelser ut til å fungere bedre i flere kommuner enn samarbeidsavtalen for voksne

med rusmiddelproblemer. Dette kan reflektere noen av de store utfordringene en del kommuner fortsatt har rundt ROP-pasienter.

Fra BrukerPlan vet vi at funksjonsområdene for brukere med psykisk helseproblem stort sett er betydelig bedre enn for rusbrukere. Kun én prosent er uten fast bolig og 19 prosent skårer rødt på arbeid/aktivitet. På samlet funksjonsnivå skårer 26 prosent rødt og to prosent blodrødt. En andel på 19 prosent hadde en alvorlig og langvarig lidelse mot 24 prosent blant rusbrukerne.

SAMARBEID MED POLITIET

SLT står for «Samordning av Lokale rus og kriminalitetsforebyggende Tiltak». Målet er at barn og unge i kommunene skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper. Modellen skal sørge for å koordinere kunnskap og ressurser mellom politi og relevante kommunale enheter. Også næringsliv og frivillige organisasjoner hører med i dette nettverket.

I 2016 oppgav 170 kommuner (40 prosent) at de har innført SLT-modellen og det er betydelig variasjon både etter kommunestørrelse og fylke/helseforetak. I de største kommunene er det nærmest alle som har innført SLT-modellen (inkludert fjorten av femten bydeler i Oslo), mens kun hver femte kommune blant de aller minste har innført modellen. Men selv når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det likevel betydelig variasjon mellom fylker og helseforetak i andel kommuner som har innført SLT. Færrest kommuner i Finnmark og Møre og Romsdal har innført SLT, mens Agderfylkene og Oslo har flest kommuner med SLT.

Det er likevel kun ni prosent av kommunene som ikke samarbeider med politiet, fordi de øvrige 51 prosent av kommunene har funnet andre metoder for samarbeid enn SLT-modellen. Dette er typisk gjennom faste møter og avtaler, eller gjennom enkeltsaker der kommunene har behov for politiassistanse.

BOLIGSITUASJONEN FOR MÅLGRUPPEN

Storparten av kommunene rapporterer at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til sine brukere. Kun 8 prosent av kommunene svarte at de i liten eller svært liten grad evner å gi et godt tilbud om oppfølging.

43 prosent av kommunene sier at de har søkt om tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få et egnet botilbud, mens 39 prosent svarer at de ikke har søkt. Omtrent én av fire kommuner som ikke hadde søkt, svarte at det ikke har vært behov for flere boliger til denne gruppen. Andre har søkt tidligere, men ikke i det siste, mens flere kommuner svarte at de nylig har igangsatt arbeid med boligsosial handlingsplan og skal søke i årene som kommer. Noen kommuner nevner også at boliger til flyktninger blir høyt prioritert for tiden. Det er en klar tendens til at det er de største kommunene som har søkt Husbanken om midler, og en høy andel av kommunene i Vestfold og Agder-fylkene hadde søkt om tilskudd.

På spørsmål om hvordan boligsituasjonen i målgruppen har utviklet seg det siste året, svarte 64 prosent at situasjonen var uendret for brukere i psykisk helsearbeid, mens 61 prosent svarte at situasjonen var uendret for brukere i kommunalt rusarbeid. 27-28 prosent rapporterte om bedring eller stor bedring av boligsituasjonen til disse målgruppene. Det var en noe høyere andel kommuner som svarte at det hadde vært en forverring for brukere av kommunalt rusarbeid, sammenliknet med

psykisk helsearbeid. På fylkesnivå var det særlig kommunene i Akershus og Telemark som rapporterte om bedring i boligtilbudet til brukere i kommunalt psykisk helsearbeid, mens kommunene i Akershus og Rogaland i stor grad rapporterte om bedring i botilbudet til brukere med rusproblemer.

Fra BrukerPlan vet vi at ni prosent av brukerne med rusproblem er bostedsløse, og at andelen har gått litt ned de siste årene. Blant brukere med psykiske helseproblem, beregnes det at kun én prosent er uten fast bolig.

KJØP AV HELDØGNS – BO OG OMSORGSTJENESTER

44 prosent av kommunene svarte at de kjøper private heldøgns bo- og omsorgstjenester. De aller fleste av disse plassene kjøpes som enkeltplasser, ikke gjennom rammeavtale. 26 prosent av kommunene kjøper enkeltplasser hos private kommersielle aktører, mens 20 prosent av kommunene kjøper plasser hos private ideelle organisasjoner. For de aller fleste kommunene (84 prosent) har det ikke vært endringer i kjøp av private tjenester sammenliknet med situasjonen ett år tilbake i tid. Det er særlig de mest folkerike kommunene som svarer at det har vært endringer. For mange av disse handler det om at man har bygget ut egne tjenester eller samarbeider med nabokommuner, og dermed i mindre grad trenger å kjøpe private tjenester, mens andre kommuner rapporterer om økt behov for døgnbemanning på én eller flere brukere.

Å kjøpe tjenester fra private ideelle er mer vanlig i store kommuner med over 10 000 innbyggere, sammenliknet med de små kommunene. Dette handler sannsynligvis om tilgjengelighet til slike tjenester. På fylkes- og helseforetaksnivå er det systematisk mer kjøp av tjenester på Østlandet og Sørlandet, sammenliknet med Midt-Norge og de nordligste fylkene.

PSYKOSOSIALE KRISETEAM

Det er kun fire kommuner i landet som ikke har etablert et psykososialt kriseteam. Å ha etablert et kriseteam betyr ikke nødvendigvis at det er et aktivt kriseteam. Men kommunenes svar på om innbyggerne i kommunen/bydelen tilbys psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer tyder på at det i nesten alle kommuner er et aktivt team som rykker ut ved behov.

Det er 35 kommuner og to bydeler som oppgir at de ikke har utarbeidet en egen plan for oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer. Det er også 13 kommuner som oppgir at de ikke vet om det finnes en slik plan. Resten av kommunene og bydelene, dvs. 85 prosent av kommunene oppgir at de har en slik plan.

Når det gjelder formaliserte rutiner for kriseteamets samarbeid med andre utenfor kommunen, synes det å være stort potensial for forbedringer i mange kommuner. Under halvparten av kommunene (47 prosent) svarer at de har laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Forbedringspotensialet finnes å være størst i kommuner i Akershus og i Finnmark, mens Oppland og Hedmark ser ut til å ha kommet lengst.

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Det er 17 prosent av kommunene som har utekontakter. I Oslo er det tre bydeler som oppgir at de ikke har utekontakter. Andel kommuner med utekontakter øker systematisk med kommunestørrelse. Det store flertallet av kommunene svarer at ungdom er målgruppen for utekontakten. Noen få svarer

at de har utekontakter målrettet mot psykisk helse- og rus, eller at det er ruskonsulenter som følger opp kjente rusmiljø. Flertallet av utekontaktene ser ut til å være innrettet mot ungdom generelt, med et forebyggende perspektiv. Alder på målgruppen varierer, i noen kommuner har de alle fra 8 til 25 år i målgruppen, mens i andre kommuner er det spesielt ungdomsskoleelever som oppsøkes. Det vanligste ser ut til å være målretting mot unge i alderen 13-25 år, det vil si hele ungdomspopulasjonen.

Det er 106 kommuner som oppgir at de har oppsøkende team (25 prosent). I Oslo er det 13 av 15 bydeler som svarer at de har oppsøkende team. Andelen med oppfølgende team stiger systematisk med kommunestørrelse.

Det er netto noen færre kommuner som oppgir at de har oppsøkende team i 2016 sammenliknet med 2015, noen team er etablert, mens andre er nedlagt.

Erfaringene fra kommunene når det gjelder oppsøkende team, er i all hovedsak gode. De opplever at brukerne er positive til at de kommer til deres arena, og at de gjennom dette arbeidet får til å gi tettere og bedre tjenester. Involveringen og bidragene fra spesialisthelsetjenesten synes å være veldig ulikt fra team til team, og spesialisthelsetjenesten er involvert i bare halvparten av oppfølgingsteamene.

ARBEIDSTILTAK

Det er totalt 48 kommuner og 8 bydeler i Oslo som rapporterer at de har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er 18 kommuner og 8 bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helsearbeid.

Innen rusarbeid er det 36 kommuner og 5 bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS og 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo om oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

Vi har beregnet at omlag 1 014 personer med psykiske helseproblemer og 637 personer med rusproblemer har tilbud om IPS og SE der kommunene er involvert. Det er usikkert hvor godt dette anslaget er, og dette bør heller kartlegges gjennom BrukerPlan.

Fra BrukerPlan vet vi at «Arbeid, aktivitet og utdanning» er et område med mange brukere med svært dårlig funksjonsnivå. Blant brukere med psykiske helseproblemer har 19 prosent svært dårlig funksjonsnivå, mens andelen blant rusbrukere er 38 prosent.

Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV beskrives å være god for seksti prosent av kommunene. Det betyr at minst 40 prosent av kommunene har forbedringspotensial på dette området.

Det gjenstår fortsatt et stort arbeid for å få på plass gode arbeidstiltak for målgruppen. Dette arbeidet kan ikke overlates til NAV alene, men må gjøres i tett samarbeid med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og øvrige kommunale tjenester. Kompleksiteten i livssituasjonen for mange i målgruppen og behovet for individuell tilpasning og recovery-tenkning, tilsier at tilbudene må ha et bredt design og stor fleksibilitet.

FLYKTNINGER

Det er 391 kommuner (91 prosent) som har svart på spørsmålene om flyktninger. Vi antar at kommuner som ikke har svart, ikke har etablert noe tilbud til flyktninger.

Det er 79 prosent av kommunene som bosetter voksne flyktninger, 45 prosent har flyktninghelsetjeneste/team, mens 32 prosent har mottak for enslige mindreårige asylsøkere. Hver fjerde kommune har ordinært mottak for asylsøkere, mens ni prosent har omsorgssenter for unge flyktninger. Åtte prosent av kommunene har etablert akutt/transittmottak for asylsøkere.

Det ser ut til at de fleste kommunene (70 prosent) har involvert psykisk helse- og rusarbeid i tjenestetilbudet. Dette handler for det meste om samtaler, veiledning og oppfølging rettet mot enkeltmennesker. Både helsesøstre, psykologer og leger er involvert. I noen kommuner har tjenestene innen psykisk helse og rus en mer omfattende rolle, og flyktningetjenesten kan også være i samme enhet eller i organisatorisk nærhet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

SELMORDSPROBLEMATIKK

Omtrent fire av ti kommuner rapporterte at det er etablert rutiner for at sykehuset varsler kommunen når pasienter utskrives etter å ha vært innlagt for selvmordsforsøk, eller mistanke om selvmordsforsøk. Fire av ti kommuner svarer også at de har etablert rutiner internt i kommunen for oppfølging etter selvmordsforsøk. Kun to av ti kommuner rapporterer at de har etablert rutiner for oppfølging etter overdose.

Både når det gjelder rutiner for at sykehuset varsler kommunen ved utskrivning av pasienter etter innleggelse for selvmordsforsøk og kommunenes interne rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk, svarer de største kommunene (mest folkerike) i større grad enn de små at dette er på plass. Kommunene i Østfold HF-område og Vestre Viken-området har oftest rutiner for varsling fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. På spørsmålene om interne rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk scorer Akershus, Oslo og Buskerud høyest av fylkene, men kun Oslo skilte seg systematisk fra referansekategori. Også når det gjaldt rutiner for oppfølging etter overdose var det kommunegruppene med mer enn 20 000 innbyggere som skilte seg signifikant positivt fra referansekategori, men her var det ingen systematiske forskjeller mellom fylkene eller helseforetakene.

KONTAKT OG NYTTE AV KOMPETANSE – OG RESSURSENTRENE

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

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

FORVENTNINGER TIL OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET

Noen kommuner har store forventninger til Opptrappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i april 2016. Totalt har 84 prosent av kommunene sagt noe om hvilke forventninger de har til planen.

Aller flest, 81 kommuner, nevner eksplisitt at det er behov for øremerking av midlene og at de forventer at dette kommer som en del av Opptrappingsplanen. Dette handler om at rustjenetene er små tjenester i kommunene, og at det er behov for å sikre at midlene som kommer når ut til de riktige brukerne. Like mange sier at de forventer at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning.

I tråd med planen, er det nå mange kommuner som forventer at de får til mer arbeid rettet mot forebygging, særlig for barn og unge. Mange har forventninger til at boligtilbudet skal bedres, men også generelt bedre og mer koordinerte tilbud til målgruppen. Mange forventer også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal bli bedre, men også at det interne samarbeidet skal bli bedre.

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

Kommunene ber om klare føringer fra myndighetene, tilstrekkelig med midler som når frem til målgruppen og en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det kan bli utfordrende med en opptrappingsplan som tilhører kun rusfeltet når de fleste kommuner har felles tjenester rundt psykisk helse og rus.

KONKLUSJON

Det er en økning i årsverksinnsatsen fra 2015 til 2016 på 5,2 prosent totalt i årsverkene, fordelt på en økning på 4,7 prosent i tjenester til voksne og 7,3 prosent i tjenester til barn og unge.

Fra 2015 til 2016 er det en liten dreining av årsverk fra hovedforløp 3 til hovedforløp 1 og 2. Dette er usikre tall, da det innebærer en ny måte å tenke på for kommunene. Men denne dreiningen er også synlig i det kvalitative datagrunnlaget, og kommer også frem i vår kontakt med kommunene. Om denne dreiningen fortsetter, vil det bety at både kommunene og spesialisthelsetjenesten dreier tjenestene bort fra de med mest alvorlige problemer/lidelser fordi nedbyggingen av døgntilbudet i spesialisthelsetjenesten vedvarer. Med fokus på forebygging og tidlig intervensjon kan en risikere å vri tilbudet over mot lettere pasientgrupper på bekostning av de med mer alvorlige og langvarige lidelser.

For å forebygge alvorlige helsemessige og sosiale konsekvenser av traumer og negative livserfaringer, er det viktig med tidlig intervensjon blant barn og unge. Det kan være vanskelig å få prioritert dette i en trang kommuneøkonomi, og mange kommuner etterlyser derfor øremerkede midler til dette arbeidet.

Målgruppen har behov for tjenester som møter dem der de er. Oppbygging av oppfølgingsteam og behandlingsteam går sakte. Erfaringene fra kommunene med oppsøkende team er gjennomgående gode, men noen steder etablerer kommunene egne team uten å inkludere spesialisthelsetjenesten. Det er spesialisthelsetjenesten som har det faglige spesialistansvaret, og det er betenkelig om kommunale team arbeider uten å inkludere denne kompetansen.

Det vi vet fra nyere internasjonal forskning, er blant annet at tjenestene som ytes må bygge på konkrete mål for hver enkelt og den iboende styrken som ligger i personer med rus- og/eller psykiske problemer/lidelser og at tjenestene både må være evidensbaserte og recovery-orienterte.

Opptappingsplanen for rusfeltet bør sannsynligvis dekke både rusarbeid og psykisk helsearbeid innen de kommunale satsningene. For kommunene er det naturlig å se disse tjenestene i sammenheng, og mange har valgt felles organisering. Dette er små tjenester i en kommunal sammenheng, og i de minste kommunene er det snakk om svært få eller ingen egne årsverk.

Ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenestene og kommunen er på dette området fortsatt uklar, og beslutningen om hvem som skal ha ansvaret tas i stor grad fortsatt av spesialisthelsetjenesten.

1 INNLEDNING

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

1.1 FELLES RAPPORTERING FOR PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

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

I 2016 ble data samlet inn felles for psykisk helse og rus for andre gang. Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder situasjonen i kommunene i våren 2016.

Kommunene har i år, som i fjor, hatt mulighet til å velge om de vil rapportere felles for psykisk helse og rus, eller separat. Dette valget har de hatt både for årsverk rettet mot voksne og for årsverk rettet mot barn og unge. Dette betyr at det er fire alternative rapporteringsmuligheter (separat voksne/felles barn og unge, felles voksne/felles barn og unge, separat voksne/separat barn og unge, felles voksne/separat barn og unge).

I 2016 har 90 prosent av kommunene valgt felles rapportering for voksne, og 87 prosent for barn og unge. Dette er en stor økning fra 2015, da 75 prosent valgte felles rapportering av årsverk til voksne, mens 61 prosent valgte felles rapportering av årsverk til barn og unge.

Tabell 1.1 Antall kommuner etter valgt rapporteringsmåter, 2015 og 2016.

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

Det er kun Oslo som leverer data på bydelsnivå, og alle de 15 bydelene har rapportert. I tillegg leverer den sentrale Velferdsetaten og Helseetaten egne data på noen årsverk. Bydeler i Oslo velger ulikt. To bydeler og Helseetaten har i 2016 valgt å rapportere separat for voksne, mens for barn og unge er det en bydel og Helseetaten som har valgt å rapportere separat.

EN INTERNASJONAL RAMME

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

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

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

- 1) Tjenestene må baseres på at opphavet til psykiske lidelser i størst grad er sosialt betinget.
- 2) Tjenestene må erstatte "diagnoser" med rendyrkede beskrivelser av problemer.
- 3) Tjenestene bør radikalt redusere medisinbruken, og bruke den pragmatisk heller enn å presentere medisiner som "behandling".

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

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

- 4) Tjenestene må skreddersy hjelpen til den enkeltes unike og komplekse behov.
- 5) Tjenestene må tilby omsorg, ikke tvang.
- 6) Tjenestene må bli radikalt annerledes, må være multidisiplinære, demokratiske og basert på en psykososial modell.
- 7) Tjenestene må være under lokal kontroll (lokale og felleskapsbaserte tjenester må være kommunale).
- 8) Vi må etablere sosiale forutsetninger for ekte mental helse og velvære (beskyttelse fra mobbing, omsorgssvikt, avvising og mishandling som er årsaken til mange psykologiske problemer).

NASJONALE FØRINGER

Under det siste punktet kommenterer Kinderman at psykiske helsetjenester i større grad må dreie seg om sosialt arbeid og at vi trenger et større fokus på å utdanne personell innen psykososiale tilnærminger til psykisk helse. I så måte kan vi se Regjeringens satsning på Bolig for velferd (nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)³) som et svar på både Aarres og Kindermans etterlysning etter psykososialt fokus. Boligstrategien regnes som en milepæl i norsk velferdspolitik. Den har et ekstra blikk på barnefamilier og unge som ikke bor bra, skal gi positive konsekvenser for måloppnåelse innen arbeid, helse, utdanning og integrering og har definert følgende tre hovedmål:

- Alle skal ha et godt sted å bo
 - hjelp fra midlertidig til varig bolig
 - hjelp til å skaffe en egnet bolig
- Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet
 - forhindre utkastelser
 - gi oppfølging og tjenester i hjemmet
- Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv
 - sikre god styring og målretting av arbeidet
 - stimulere til nytenkning og sosial innovasjon
 - planlegge for gode bomiljø

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

I Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Helse-, og, & omsorgsdepartementet, 2014) står det at for å sikre en framtidrettet og pasientorientert tjeneste må man i sterkere grad enn i dag vektlegge brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Tjenestene må i større grad forutsettes å ha et mer aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for, heller enn å bare respondere på individuell etterspørsel. Slik skal de også nå folk

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Bolig-for-velferd/id753950/>

som i liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot de som har de største behovene. Det er også et mål at psykisk helse og rus løftes tydeligere fram.

FORSKNING

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

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

Forskningsgruppen i SINTEF publiserte i samarbeid med NTNU tidligere i år en artikkel som ser på pasienter i psykisk helsevern som har behov får tjenester fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten (S. O. Ose, Kaspersen, & Pettersen, 2016). Bakgrunnen var å få mer kunnskap om pasientene som ville bli omfattet av en eventuell overføring av DPS-ene til kommunene. Konklusjonen i denne studien er at mange av pasientene i psykisk helsevern har behov for tjenester fra begge nivå, og at dette først og fremst gjelder pasienter med de mest alvorlige diagnosene og de største sosiale problemene. En sterkere integrasjon av tjenestenivåene vil potensielt først og fremst komme disse pasientene til gode.

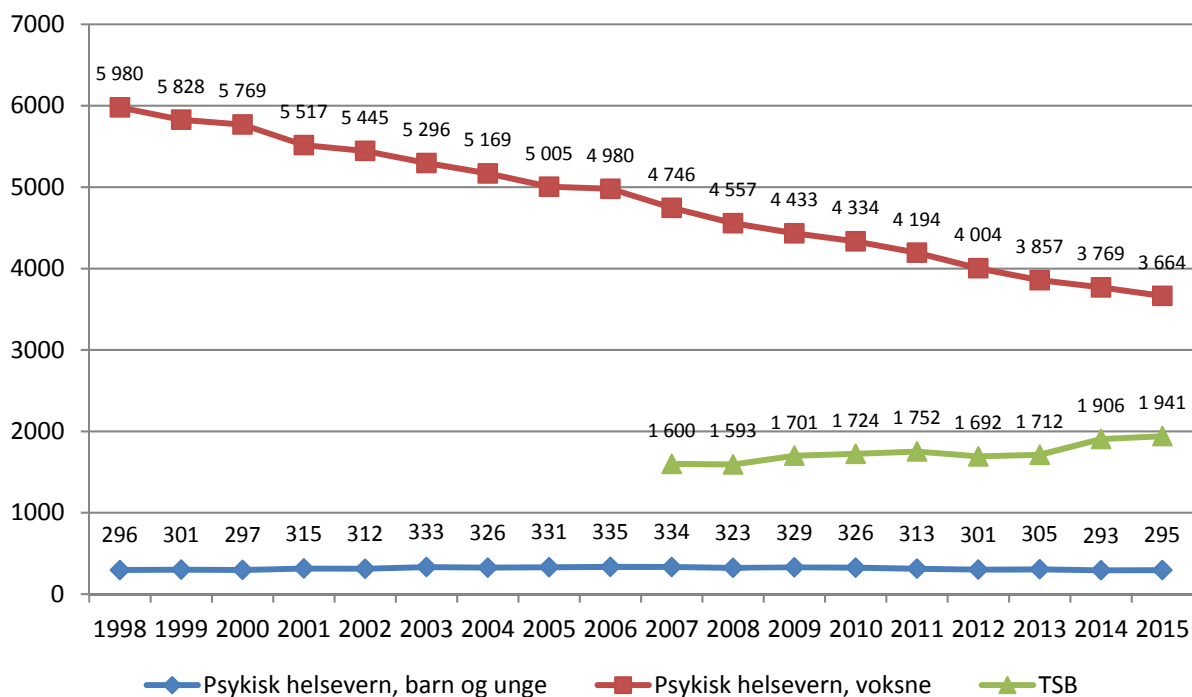
Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Suicidiologi (utgis av Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging og Universitetet i Oslo), samt Rusfag (artikkelsamlinger fra Nasjonale Kompetansesentre Rus (KoRus)) har alle relevante artikler for fagfeltet psykisk helse- og rusarbeid. De senere årene har det blitt publisert en god del om brukermedvirkning i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, noe vi kommer nærmere inn på i kapitlet om brukermedvirkning under.

De årlige SINTEF-rapportene basert på IS24/8-rapporteringen er ment som et styringsverktøy for sentrale myndigheter og har en såpass bred tematikk at det ligger utenfor rammene til prosjektet å gi noen overordnet litteraturoppsummering på alle felt. Det vil imidlertid refereres til forskning der det er relevant i de enkelte kapittel.

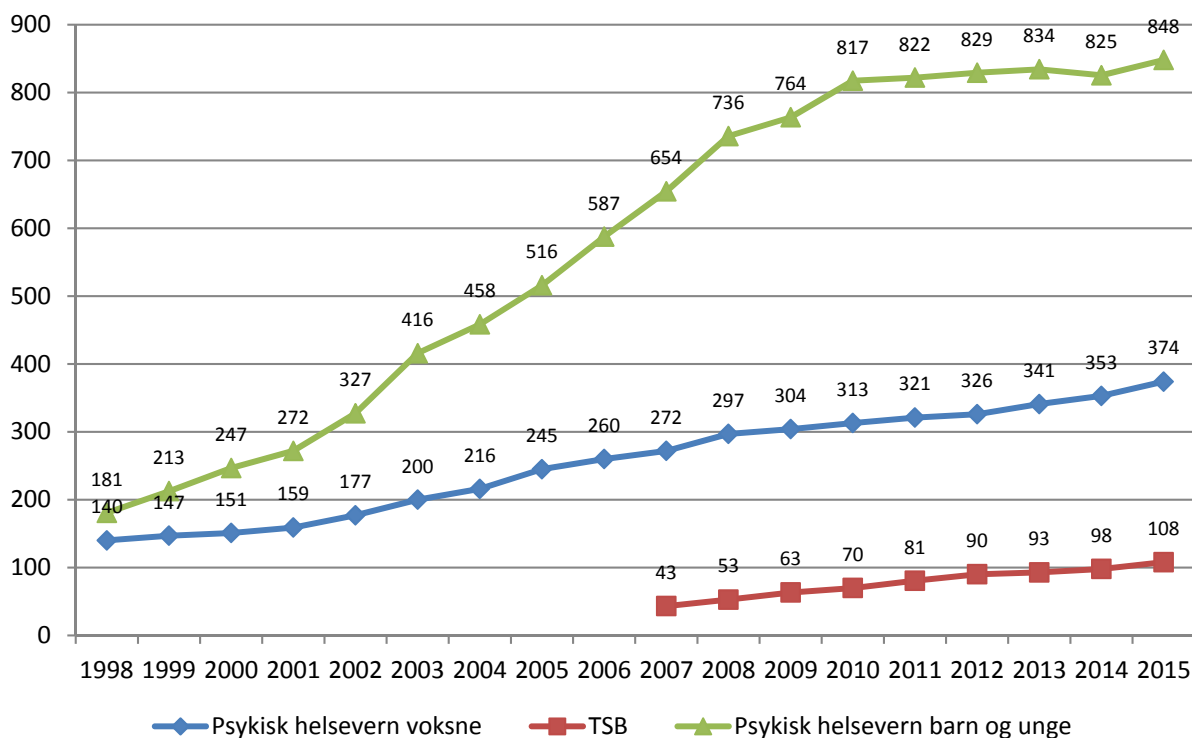
1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

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



Figur 1.1 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2015. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.



Figur 1.2 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: Samdata 2015 (og tidligere Samdata-rapporter).

Det er altså en sterk nedadgående trend i døgnplasser i psykisk helsevern, men en økning i døgnplasser i TSB siste tre år, mens omfanget av poliklinisk behandling øker både i psykisk helsevern og i TSB.

1.4 INNHOLD I KARTLEGGINGEN

Innhold i kartleggingen våren 2016 er vist i tabell 1.2.

Tabell 1.2 Innhold i IS-24/8 skjema i 2016

Del 1:	Årsverk etter tiltak og utdanning
Årsverksinn-sats tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rus-problemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 2. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 3. Hvor mange årsverk ytes til behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 4. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 5. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 6. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser <p>Kommentarer</p>
Årsverksinn-sats tjenester for barn og unge (under 18 år) med psykiske vansker/lidelser og/eller rus-problemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser og rusproblemer hos barn og unge? 2. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid? 3. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser og/eller rusproblemer <p>Kommentarer</p>
Årsverk fordelt på utdannings-grupper - separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge	<p>Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med...(separat for voksne og barn/unge)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ... helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 2. ... helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 3. ... helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 4. ... helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 5. ... psykiatere? 6. ... psykologer? 7. ... psykologspesialister? 8. ... annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 9. ... annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 10. ... annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning? 11. Har noen av årsverkene rapportert over brukererfaring? Hvis ja, hvor mange? <p>Kommentarer</p>
	Årsverk etter hovedforløp
Årsverksinn-sats fordelt etter hovedforløp (separat voksne og barn)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 2. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) <p>Kommentarer</p>
Del 2:	Samhandling, samarbeid og brukermedvirkning
Individuell plan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Får alle som burde ha Individuell Plan, tilbud om det? (Ja, Nei, Vet ikke) Hvis nei, hva tror dere er årsaken til dette? (åpent) 2. Prioriterer kommunen arbeidet med Individuell Plan? Hvis ja, på hvilken måte? Hvis nei, hvorfor ikke? 3. I hvilken grad: <ul style="list-style-type: none"> - bidrar individuell plan til at brukere/pasienter får helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten?

	<ul style="list-style-type: none"> - er individuell plan viktig for at brukere skal få helhetlig og koordinert oppfølging mellom aktører internt i kommunen? - varsler helseforetaket kommunen raskt når en pasient som skal motta tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, har behov for individuell plan? <p>4. Hvordan fungerer koordinerende enhet i kommunen når det gjelder tilrettelegging for Individuell Plan?</p>
Oppfølging av barn og unge	<p>1. Tilrettelegger kommunen for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov?</p> <p>2. I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)? Beskriv gjerne kortfattet deres samarbeidsmodell/rutiner for samarbeid.</p>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<p>1. Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester)?</p> <p>2. Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB (samtidige og helhetlige tjenester)?</p> <p>3. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?</p> <p>4. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?</p> <p>5. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene? Voksne med rusmiddelproblemer Voksne med psykiske vansker/lidelser Barn og unge med psykiske vansker/lidelser Unge med rusmiddelproblemer</p>
Samarbeid med politiet	<p>1. Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid systematisk samarbeid med politiet? (Flere kryss mulig) Ja, vi har innført SLT-modellen Ja, gjennom faste møter og avtaler Ja, men kun i enkeltsaker der kommunen har behov for politiassistanse Nei Annet, hva?</p>
Bruker-medvirkning	<p>1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2015? Vennligst oppgi svaret i hele kroner?</p> <p>2. Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene? Hvis ja, benyttes dette som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene? Hvis ja, på hvilken måte?</p>
Del 3:	Annet
Boligsituasjon	<p>1. I hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig?</p> <p>2. Har kommunen søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud? Hvis Nei, hvorfor ikke?</p> <p>3. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år?</p> <p>4. Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?</p>
Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester (institusjonsplasser) fra private (ideelle eller kommersielle aktører)	<p>1. Kjøper (evt. benytter) kommunene heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid? (Flere kryss mulig) Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler Ja, private ideelle gjennom enkeltplasser Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler Ja, private kommersielle gjennom enkeltplasser Nei - Hvis ja, hvilke tjenester er dette? - Hvis nei, hvorfor ikke?</p> <p>2. Har det vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året? Hvis ja, hva består endringen av?</p>

Psykososial oppfølging	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen etablert psykososialt kriseteam? 2. Tilbys innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer? 3. Har kommunen/bydelen utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer? 4. Er det laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner?
Oppsøkende virksomhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen utekontakter? 2. Har kommunen oppsøkende team? Hvis ja, hvilken type team? - Utekontakter el.l. - Behandlingsteam, spesifiser nærmere: - Oppfølgingsteam, spesifiser nærmere: - Andre typer team, spesifiser nærmere: 3. Hvis ja, er dette et samarbeid med spesialisthelsetjenesten? 4. Hva er kommunens erfaringer med oppsøkende team?
Arbeidstiltak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid? 2. Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS)/Supported Employment (SE) innen rusarbeid? 3. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV 4. Hva mener dere skal til for å kunne jobbe tilstrekkelig med å gi personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer et tilbud om arbeidsrettede tiltak der målet er ordinært, lønnet arbeid?
Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)	Hvilke forventninger har dere til Opptappingsplanen for rusfeltet i deres kommune? (åpent)
Flyktninger	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen følgende tilbud for flykninger/asylsøkere (flere kryss mulig) Akutt/transittmottak for asylsøkere Ordinært mottak for asylsøkere Mottak av enslige mindreårige asylsøkere (under 18 år) Bosetting av voksne flykninger Omsorgssenter for unge flykninger Flyktninghelsetjeneste/team Annet, hva 2. Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vært involvert i tjenestetilbudet?
Kommunens arbeid med selvmord, selvmords-forsøk og selvsykdom	<ol style="list-style-type: none"> 1. Er det etablert rutiner for at sykehuset ved utskrivning, etter innleggelse på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk, varsler og avtaler videre oppfølging i kommunen? (ved utskrivning fra somatisk avdeling eller fra psykisk helsevern) 2. Har kommunen etablert rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk? (Ja, Nei) 3. Har kommunen etablert rutiner for oppfølging av personer etter overdose? (Ja, Nei)
Kontakt og nytte: ulike kompetanse- og ressurs-senter for psykisk helse og rus..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt: NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) KORUS (regionale kompetansesenter for rusproblemer) RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern) RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse) 2. Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig) Besøkt nettsiden Telefonkontakt Konkret samarbeid E-læringstilbud Lest fagartikler Deltatt på kurs Deltatt på kompetansehevede program/tiltak Annet, hva 3. Hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått fra kompetanse- og ressurs-senteret?

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

1.5 RAPPORTENS INNHOLD OG OPPBYGGING

I neste kapittel går vi gjennom datainnsamlingen og kvalitetskontrollen av datagrunnlaget. I kapittel 3 presenteres de nasjonale tallene og utvikling i tid der årsverksinnsats fordeles på ulike tiltak og utdanningsgrupper. Kapittel 4 viser fordeling av årsverk etter kommunestørrelse, fylke, helseforetak og helseregion. Hovedforløp vises i kapittel fem, mens brukermedvirkning og tilbud til pårørende er tema i kapittel seks. Kapittel syv handler om Individuell plan og kapittel åtte om oppfølging av barn og unge.

Kapittel 9 handler om samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens kapittel 10 handler om samarbeid med politiet. Kapittel 11 tar for seg boligsituasjonen til målgruppen, mens kapittel 12 handler om kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester. Kapittel 13 handler om Psykososiale kriseteam, mens kapittel 14 handler om Oppsøkende virksomhet. I kapittel 15 ser vi på arbeidstiltak.

Kapittel 16 er et kort kapittel om flyktnings situasjonen i kommunene og hvilken rolle kommunalt psykisk helse- og rusarbeid eventuelt har hatt i dette arbeidet. Kapittel 17 handler om kommunenes arbeid med selvmordsproblematikk og kapittel 18 er viet kommunenes kontakt og nytte med kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus.

Til slutt, i kapittel 19, analyserer vi hvilke forventninger kommunene har til Opptappingsplanen for rusfeltet.

Sammendrag og konklusjon er lagt før første kapittel.

2 DATAGRUNNLAG

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

2.1 INNLEDNING

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

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en liste, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor ikke mulig å ta ut dette fra tallene som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men nå i 2016 var det kun en liten kommune som ikke fikk levert data. De har lovet å komme sterkere tilbake neste år.

Alle kommunene og fylkesmannsembetene fikk tilsendt trykket utgave 2015-rapporten for å øke motivasjonen for videre rapportering.

I veiledningen til skjemaet for 2016 ble følgende definisjoner gitt:

Hvem skal fylle ut?

Det er ikke tilfeldige enkeltansatte som skal fylle ut kartleggingen. Det er fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid som er ansvarlig for utfyllingen, men de vil ha behov for innspill fra andre fagpersoner.

Vi anbefaler at kommunene uavhengig av hvilken rapporteringsløsning som velges for Del 1, samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å organisere rapporteringen på.

Dersom dere som er ansvarlig for kommunens psykisk helse- og rusarbeid ikke vet svaret på det vi spør om (pga. måten tjenestene er organisert på, ansvarsfordeling etc.), ber vi om at dere tar kontakt med rette vedkommende i kommunen for å få svar.

Hvem skal bruke rapporteringen?

IS-24/8 gjennomføres som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Fylkesmannsembetet, Sentio AS og SINTEF. Det er SINTEF som er ansvarlig for innsamling, kvalitetssikring og analyse av datagrunnlaget. SINTEF utfører prosjektet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Alle kommunene mottar den årlige forskningsrapporten fra SINTEF. Informasjon om antall årsverk og fordeling av disse på tiltak, utdanning og forløp er offentlig informasjon som både

Helsedirektoratet og Fylkesmennene får tilgang på. De øvrige svarene deres, inkludert kommentarer om årsverkene, blir ikke tilgjengelig for andre enn SINTEF.

Hva skal inkluderes i rapporteringen?

Beregning av årsverk skal gjøres med å ta utgangspunkt i en representativ uke. Velg uke 5 i 2016 for å beregne årsverk for 2016. Dersom denne uken ikke er representativ, velg en representativ uke.

Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele befolkningen eller store grupper i et område med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.

Tjenester til mennesker med demens skal ikke inkluderes i rapporteringen, da demens i utgangspunktet ikke regnes som en psykisk lidelse.

Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming skal heller ikke inkluderes.

Psykiske helseproblemer og rusrelatert problematikk kan opptre i kombinasjon med andre problemer/funksjons-/utviklingshemninger. Noen vil ha psykiske vansker og/eller rusrelaterte problemer på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på skole- og arbeidsplass. For disse skal bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser eller rusproblematikk regnes med.

Årsverk skal telles med dersom hovedårsaken til at brukerne mottar tjenesten er psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer.

Alle årsverk skal inkluderes, uavhengig av hvordan de er finansiert (tilskudd, ramme etc.)

Hvorfor rapportere?

Vi vet kommunene utsettes for mye rapportering, og at det er vanskelig å rapportere på komplekse kommunale tjenester. Det er likevel dere som kan gjøre de beste anslagene. Vi håper derfor at dere rapporterer og bidrar til et komplett datagrunnlag. Den årlige forskningsrapporten fra prosjektet sendes til alle kommuner og fylkesmannsembeter. Rapporten gir viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene. Årsverkstallene legges også ut på www.ressursportal.no.

Helsedirektoratet er opptatt av å følge utviklingen i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Fordi dette er komplekse tjenester som utføres av ulike tjenestesteder, er det i dag ikke mulig å følge utviklingen basert på KOSTRA-tall eller andre datagrunnlag for dette området. Denne rapporteringen er derfor nødvendig for å kunne følge fagfeltet i kommunene.

Mange kommuner har tatt i bruk BrukerPlan i rusarbeid og/eller i psykisk helsearbeid. Alle kommuner som benytter BrukerPlan, mottar rapporter fra kartleggingene.

For å publisere et ferskere datagrunnlag, vil nå datainnsamlingen som gjøres om våren gjelde situasjonen på datainnsamlingstidspunktet. Forskningsrapporten skal foreligge høsten samme år.

Tekniske opplysninger

I starten av skjemaet skal dere svare på to obligatoriske spørsmål om hvordan kommunen ønsker å rapportere. Når dette er gjort, er det mulig å bla seg fram og tilbake gjennom hele skjemaet ved å benytte de blå knappene NESTE og FORRIGE nederst på siden.

Du kan når som helst gå ut av nettsiden og fortsette utfyllingen på et senere tidspunkt. Når du trykker på NESTE lagres det du har fylt inn automatisk.

Der det står "Kommentar" kan dere skrive inn ytterligere informasjon eller kommentarer om tallene dere har rapportert.

Årsverkene summeres automatisk.

Ved behov finner dere et hjelpeskjema til bruk for utfylling av årsverk her >> (link i nettvrsjon)

Veiledning gis gjennom klikkbare bokser underveis i skjemaet.

Du kan skrive ut utfylt skjema etter at du har trykket «Ferdig» på siste side.

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

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra fagpersonene i tjenestene. Det er likevel ikke hvem som helst som gjør disse anslagene, se kapittel 2.3. Det er mange personer fra hver kommune som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er opplagt at ikke alle 428 kommuner tolker veiledningen og praktiserer rapporteringen likt. Dette må vi være bevisst på i enhver tolkning av resultatene. Gjennom datakontrollen har vi opplevd at flere kommuner ønsker seg et skjema med større rom for å beskrive nyanser når kategoriene ikke passer. Det er også behov for å innhente informasjon knyttet til kvalitet i tjenestene – ikke bare kvantitet. Mange kommuner har meldt tilbake at de har behov for å formidle noe mer fra tjenestene enn kun årsverksinnsatsen. I revideringen av rapporteringsskjema for 2011 ble disse behovene hensyntatt, og skjemaet ble utvidet til å kunne fange opp mer av det kvalitative innholdet i tjenestene. Etter dette har det vært ulike åpne spørsmål som har inngått i rapporteringen hvert år. Vi har fått mange gode tilbakemeldinger fra kommunene om at det er viktig informasjon som nå rapporteres i IS-24/8. Å kun følge årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering.

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

At det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og at det argumenteres for at dette er viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene i vår kommunikasjon

med kommunene, er sannsynligvis det som gjør at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos Fylkesmannen, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår elektroniske løsning og har purreansvar overfor kommunene.

2.2 DATAINNSAMLING

10. mars 2016 sendte vi informasjonsepost til alle kommunene om at de ville motta skjema rett etter påske. Vi mottok nye elektroniske postmottaklister fra Kommuneregisteret via Kommuneforlaget og innholdet i informasjonseposten var som følger:

Til postmottak. Denne eposten er sendt på vegne av Helsedirektoratet og skal sendes til de som har faglig ansvar for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen. Eposten inneholder viktig informasjon i forbindelse med den årlige kartleggingen som skal gjennomføres i alle kommuner (IS-24/8) og det er viktig at eposten havner hos rette vedkommende. Dette kan være rådmann, kommunalsjef eller enhetsledere/virksomhetsleder. I enkelte kommuner ble ikke tilsvarende epost i 2015 videresendt fra postmottak til rette vedkommende. Dette førte til at rapporteringsfristen ikke ble overholdt, og at de ansvarlige fikk svært kort tid på å svare.

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

Informasjon om IS-24/8 rapporteringen 2016.

Den årlige rapporteringen på IS-24/8 fra Helsedirektoratet sendes til kommunene rett etter påske. Svarfrist er satt til 4. mai og vi håper dette er tilstrekkelig tid. Rapporteringen inneholder tre deler:

Del 1: Årsverk. Årsverkene skal fordeles på tiltak, utdanningsgrupper og forløp (som i 2015)

Del 2: Samhandling, samarbeid og brukermedvirkning

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

Del 1 fylles ut separat for psykisk helse- og rusarbeid dersom dette er mulig, men kommunen kan velge å fylle ut felles for psykisk helse og rusarbeid. Del 2 og Del 3 inneholder spørsmål om både om psykisk helsearbeid og om rusarbeid og fordi fagfeltene skal ses i sammenheng, er det viktig at kartleggingen gjøres i fellesskap mellom ansvarlige for psykisk helse- og rusarbeid dersom dette er organisert i ulike tjenester og har ulik ledelse.

Hvem skal fylle ut?

Det er ikke tilfeldige enkeltansatte som skal fylle ut kartleggingen. Det er fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid som er ansvarlig for utfyllingen, men de vil ha behov for innspill fra andre fagpersoner.

Vi anbefaler at kommunene uavhengig av hvilken rapporteringsløsning som velges for Del 1, samler seg til et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, og fyller ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Mange kommuner har gitt tilbakemelding på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å gjennomføre rapporteringen på.

Vi sender dere denne informasjonen nå slik at dere får tid til å planlegge et fagmøte eller en fagsamling der sentrale fagpersoner innen psykisk helse og rus samles for felles utfylling. Dette må gjennomføres i perioden etter påske og frem til 4. mai. Vi håper dere får til dette.

I år vil dere også få en word-versjon av skjemaet som dere kan benytte i arbeidet. Svarene skal fylles inn i den elektroniske løsningen som er den samme som i 2015.

Kommunene mottok link til rapporteringen 5. april, altså rett etter påske. I denne eposten inkluderte vi også kontakinformasjon:

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

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

Rapporteringsfristen ble satt til 4. mai.

En del kommuner ba om utsatt frist, og vi gav dem frist til 13. mai. Innen den tid var det 77 kommuner som ikke hadde svart. Etter purring på epost og på telefon, var det 30. mai fortsatt 22 kommuner som ikke hadde svart. Da koblet vi inn rådgiverne hos fylkesmennene og 8. juni var det kun tre kommuner som ikke hadde svart. Vi lykkes med å få svar fra alle kommuner, med unntak av en kommune.

I midten av juni sendte vi ut kontrollspørsmål til 103 kommuner. Vi beregnet årsverk per innbygger for hhv barn/unge og voksne og sendte spørsmål til de som lå høyt (det er ikke vits å sende til de som ligger lavt, fordi mange små kommuner har 0 årsverk). Vi undersøkte også bakgrunnen for store positive eller negative endringer i antall årsverk fra 2015 til 2016. De fleste meldte som nevnt tilbake at endringene ikke var reelle, men handlet om endret måte å rapportere tallene på sammenliknet med fjoråret. Disse ble identifisert i datagrunnlaget og denne informasjonen er benyttet for å beregne reell endring, se tabell 3.3.

2.3 OM RESPONDENTENE – OVER 1000 INVOLVERTE FAGPERSONER

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

På slutten av skjemaet spør vi: "Hvem har fylt ut skjemaet? (Stilling, ansvarsområde – en eller flere personer)". Det er sjelden det er én person som har fylt ut alene. I 2012 var det totalt 538 fagpersoner som hadde deltatt i utfyllingen (navn og stilling oppgitt) for de 95 prosent av kommunene som rapporterte. I 2013 var det totalt 831 personer som ble oppgitt å ha vært involvert i datainnsamlingen. I 2015 var det 965, og i 2016 var det 1004 personer som hadde deltatt.

At så mange er involvert viser også hvor komplekst dette feltet er. Brukerne finnes i ulike tjenester og det er bare kommunene selv som kan gjøre et anslag på årsverksinnsatsen.

Det er en omfattende jobb å fylle ut skjemaet. De må ta kontakt med flere tjenester, enheter, avdelinger som gir bistand og hjelp til personer som har psykiske helseproblemer eller lidelser og/eller ruslidelser eller problematikk.

Det er en imponerende samling med fagfolk som har bidratt til kunnskapsgrunnlaget som fremkommer fra IS-24/8 rapporteringen og i det tilhørende forskningsprosjektet. Datagrunnlaget er svært verdifullt, og det er ikke slik at kommunene gjør helt tilfeldige anslag. Flere kommuner forteller at de har fagsamlinger i forbindelse med kartleggingen og flere kommuner ser ut til å planlegge å gjøre dette til neste år.

Samtidig er det ikke alle kommuner som har fått i stand et felles fagmøte i år, og det har kun vært en person som har fylt ut. I denne typen datainnsamling er det nødvendig at fagfolkene samarbeider om utfyllingen. Om for eksempel noen med ansvar for tjenester til barn og unge, skal svare på spørsmål om voksne, blir kvaliteten lav fordi de ikke har nødvendig kunnskap. Det er altså fortsatt rom for forbedringer i rapporteringsarbeidet.

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

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

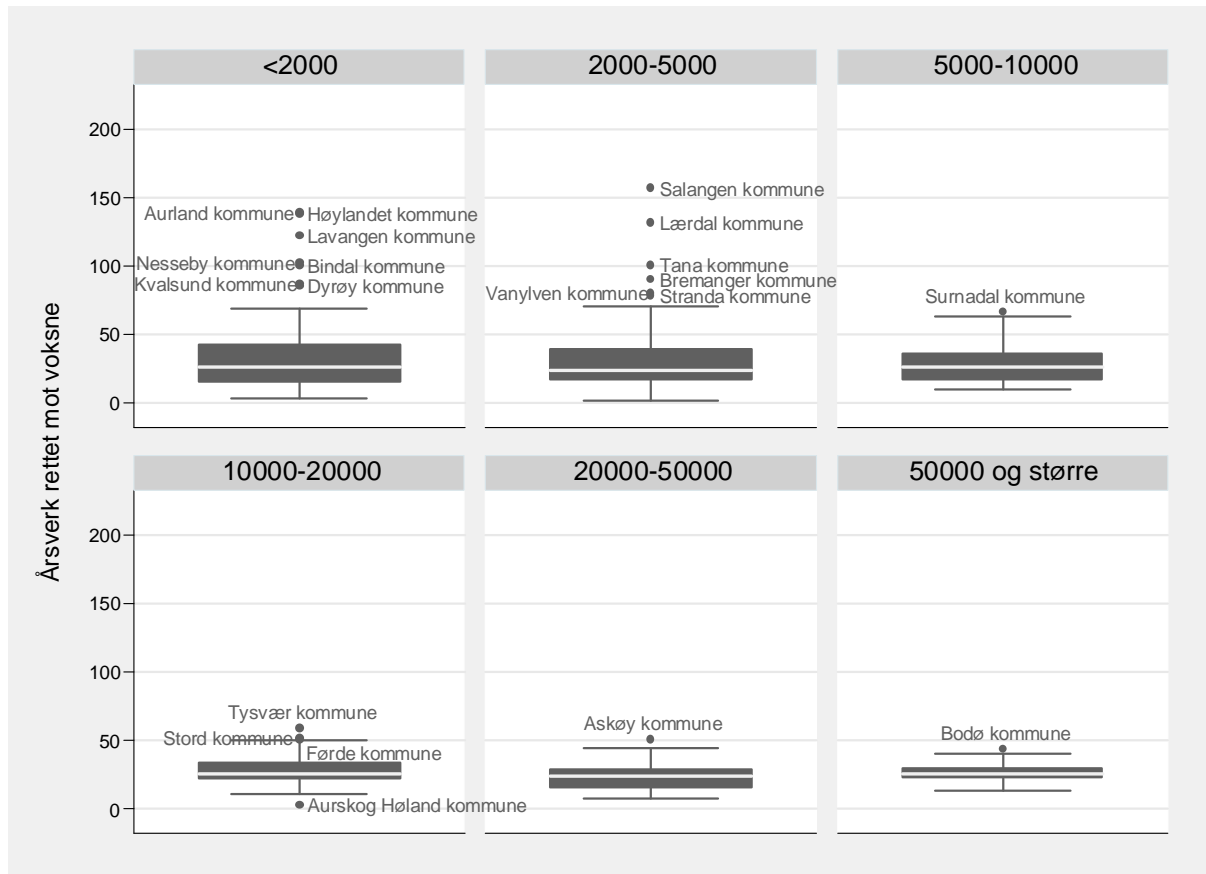
Bak de fleste statistiske analyser ligger forutsetningen om at hvert datapunkt gir presis informasjon (standardavviket av restleddet er konstant over alle verdier). Når noe vurderes som ekstremt, bør ikke disse observasjonene telle like mye som observasjoner som anses mer "normale". Vi kan derfor velge å gi mindre vekt til observasjoner som ligger langt fra gjennomsnittet (relativt til størrelsen på kommunene), eller å se bort fra observasjoner som er ekstreme.

Når vi bruker tallene i regresjonsanalyser for å se hva som kjennetegner kommuner med ulike nivå på årsverksinnsatsen, er det viktig å finne om ekstremverdien påvirker regresjonslinjen eller ikke. Om den gjør det, vil dette kunne ha stor betydning for resultatene man finner. Om ekstremverdiene har lite å si for resultatene er det ikke nødvendig å gjøre korrigeringer for dette.

En ekstremverdi er altså ikke nødvendigvis et problem. En ekstremverdi bare på venstresiden av regresjonen har liten betydning, så fremt den ikke predikeres av de inkluderte forklaringsvariablene. Da vil restleddet fange opp ekstremverdien i den avhengige variabelen, og tilsvarende variasjon i restleddet, og man får økt restleddsvarians. Vi snakker da om heteroskedastisitet. Dette er et

inferensproblem og skaper problemer i forhold til å teste hypoteser basert på estimatene, men har ingen betydning for estimatenes forventningsretthet.

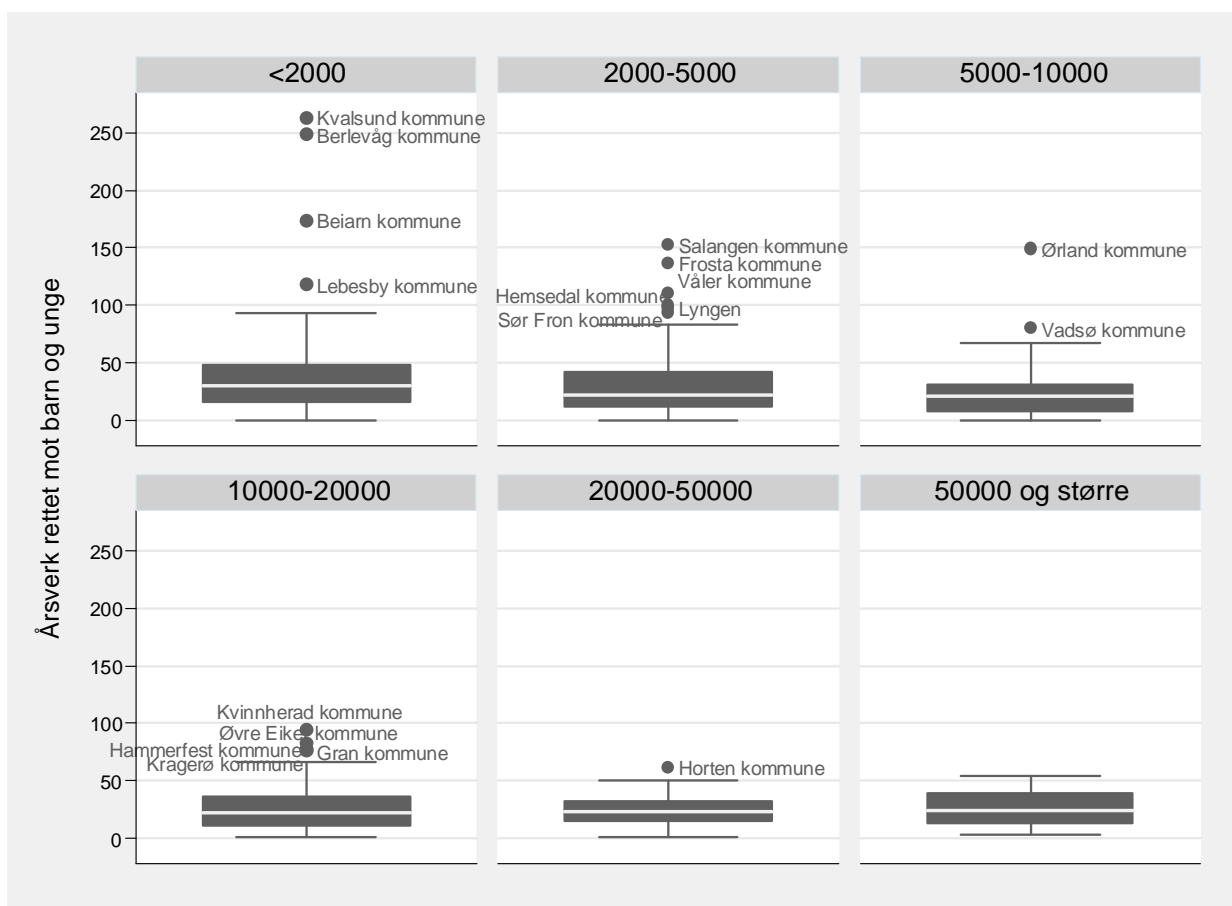
På neste side vises boksplott for årsverk til voksne per innbygger for å se på fordelingen. Den hvite linjen mellom boksene viser medianen og ligger mellom nedre kvartil og øvre kvartil. Datapunktene over øvre grense er ekstremverdier. Figuren viser hvilke kommuner dette er i de ulike kommunestørrelsegruppene.



Figur 2.1 Boksplott for årsverk per 1 000 voksne innbygger til psykisk helse- og rusarbeid, 2016.

Disse kommunene får lavere vekt i de ulike analysene i rapporten. Jo større avstand fra øvre og nedre grense (eller medianen) disse observasjonene har, jo lavere vekt/jo mindre teller de.

Tilsvarende er gjort for årsverk til barn og unge i neste figur.



Figur 2.2 Boksplokk for årsverk per 1 000 innbygger <18 år til psykisk helse- og rusarbeid, 2016.

Flere av kommunene er de samme som lå høyt i 2015.

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

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

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

I denne rapporten presenteres både veide og uveide gjennomsnitt etter faglige vurderinger.

PRIORITET I KVALITETSKONTROLLEN I 2016

Vi har fulgt opp kommuner med store endringer fra 2015 til 2016. Vi har også fulgt opp de som har svart at de vil rapportere separat, men bare har levert for enten psykisk helse eller rus. Inntrykket er at flere kommuner nå samarbeider bedre om rapporteringen internt, noe felles rapportering på psykisk- helse og rus legger til rette for. Vi beregner at det har vært en økning på nasjonalt nivå både i tjenester til barn og unge og i tjenester til voksne. Det er svært mange prosjektstillinger i fagfeltet, og når det er endringer fra år til år, er det ofte prosjektstillinger som opprettes eller avsluttes.

Men det er fortsatt noen kommuner som ikke har rapportert noen årsverk for barn og unge, selv om vi vet at de har årsverk. Disse kommunene vil følges opp tettere til neste år. Det er også noen kommuner som ikke har etablert en fagsamling rundt rapporteringen, og da er det heller en person som har fylt ut "på egne vegne". Dette er typisk de minste kommunene som har svært lite ressurser rettet mot målgruppen.

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

Anonymiseringen er gjort gjennom å karakterisere kommunene kun ut i fra størrelse.

2.6 ANALYSER AV KVALITATIVE SVAR

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

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

Fullkoding av kvalitative data betyr at alle sitater er kodet etter en kodeliste som genereres parallelt med kodingen. Metoden er utviklet av SINTEF og er tilpasset prosjekt med bredt definerte problemstillinger. Dette er en tematisk koding på detaljert nivå som gjøres ved hjelp av standard Office-program. Teksten kodes og sorteres etter ulike tema. Deretter sorteres teksten i hovedtema og undertema.

Metoden sørger for at datagrunnlaget utnyttes godt, og at det ikke er tilfeldig hva som tas med innenfor samme tema. På noen av spørsmålene får vi til en kvantitativ kartlegging av de åpne svarene, og kan vise fordelingen i en tabell eller i en figur. Det varierer i hvilke tilfeller vi velger å gjøre hva, og beslutningen styres av kompleksitet i svarene og vurderinger som for eksempel om det er det mulig å sammenlikne svarene med det andre har svart. Noe er typisk småkommuneproblematikk, mens annet er mer generelle funn. Noen ganger kommer det frem noe nytt, mens andre ganger bekrefter funnene tidligere funn.

2.7 FORKORTELSER

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

Tabell 2.1 Vanlige forkortelser i fagfeltet.

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt, samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
AKAN	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktpsykiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De Utrolige Årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)
FRIENDS-kurs	Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge
HAP-kurs	Hasjavvenningsprogrammet
ICDP	International Child Development Programme
IMR	Illness management recovery
IPS	Individual placement and support, hjelpe folk med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb
KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling
KAT	Kognitiv atferdsterapi
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring.
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse 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.
LOS-prosjektet	
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen m.v.

Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse).
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 18 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad.
SE	Supported employment
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet. 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.
SMIL-grupper	
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko - program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
VIP	Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært ungdom i alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

3 NASJONALE TALL

Summen av årsverk rapportert under hver av rapporteringsformene, er vist i tabell 3.1. Totalt er det rapportert 13 936 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i landets kommuner og situasjonen gjelder våren 2016.

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

	Voksne		Barn og unge		Totalt	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Felles psykisk helse og rus	7 598	9 490	1 834	2 446	9 432	11 936
Psykisk helsearbeid	2 129	1 151	798	372	2 927	1 523
Rusarbeid	702	422	69	55	771	477
Totalt	10 429	11 063	2 702	2 873	13 131	13 936

Basert på de rapporterte tallene, er det en økning på 805 årsverk (6,1 prosent) fra 2015 til 2016. For voksne er det en tilsvarende økning, mens for barn og unge er økningen på 6,3 prosent. Fordelingen av årsverk mellom voksne og barn/unge er den samme i 2016 som i 2015, med 21 prosent av årsverkene fordelt til barn og unge.

Gjennom datakontrollen får vi informasjon om hvilke kommuner som har endret rapporteringspraksis, og derfor ikke har en reell endring i årsverksinnsatsen slik de har rapportert. I 2016 var rapporteringspraksis årsak til en relativt stor endring i 29 kommuner. Når vi tar ut kommuner uten reell endring, finner vi prosentvis estimert økning i årsverkene som vist i siste kolonne i tabell 3.2. Det utgjør ikke svært mye, men for voksne nedskalerer vi økningen fra 6,1 prosent til 4,7 prosent og oppskalerer for barn og unge fra 6,3 prosent til 7,3 prosent. Totalt er det en reell økning på 5,2 prosent årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2015 til 2016.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert for voksne, barn og unge og totalt i psykisk helse- og rusarbeid, endring i antall og prosent fra 2015 til 2016

	2015 Antall	2015 Prosent	2016 Antall	2016 Prosent	Endring i antall årsverk	Endring i prosent	Reell endring
Voksne	10 429	79	11 063	79	634	6.1	4.7
Barn og unge	2 702	21	2 873	21	171	6.3	7.3
Totalt	13 131	100	13 936	100	805	6.1	5.2

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.3 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015 og 2016 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid. Det vil ikke være riktig å inkludere årsverkene for rusarbeid i årene før 2015 grunnet en betydelig overrapportering av rusårsverk.

Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2013/2014, og psykisk helse og rus 2015-2016.

	Antall årsverk fra tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid							Ny tidsserie, inkluderer også årsverk til rusarbeid	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429	11 063
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	2 702	2 873
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955	11 728	13 131	13 936

3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

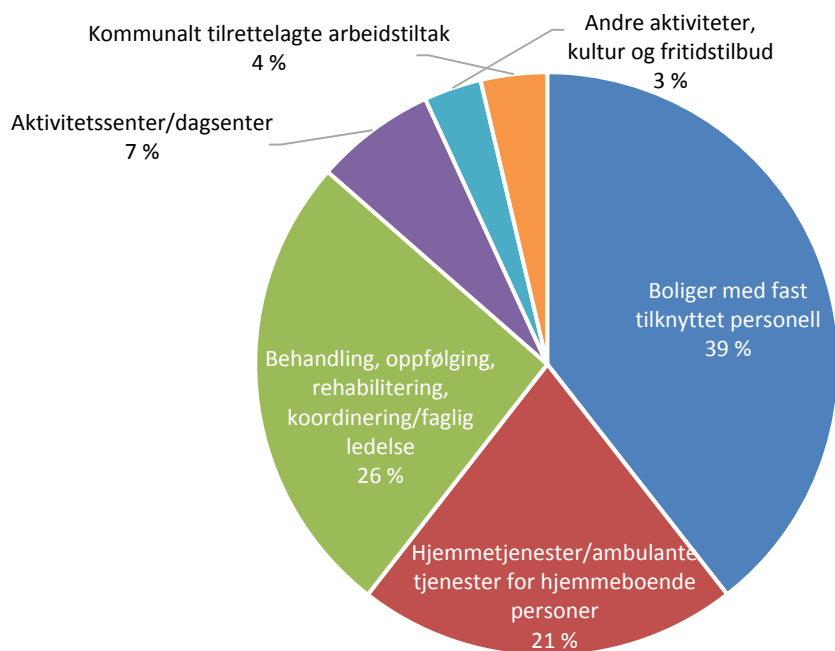
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.4 presenteres total årsverksinnsats på landsbasis fordelt på ulike tiltak og tjenester for voksne. Det er størst økning i kategorien «Behandling etc.», men også innen bolig og hjemmetjenester etc. Det er også en økning på 10 prosent i årsverk som går til aktivitet, kultur og fritidstilbud.

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert for voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2015 og 2016.

	2015	2016	Endring	%
Boliger med fast tilknyttet personell	4 231	4 363	132	3
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 205	2 334	129	6
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 524	2 868	344	14
Aktivitetssenter/dagsenter	745	739	-6	-1
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	321	353	32	10
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	403	406	3	1
Totalt	10 429	11 063	634	6

Som vist i figur 3.1, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (39 prosent). 26 prosent av årsverkene går til behandling etc., mens 21 prosent går til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 14 prosent av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak.



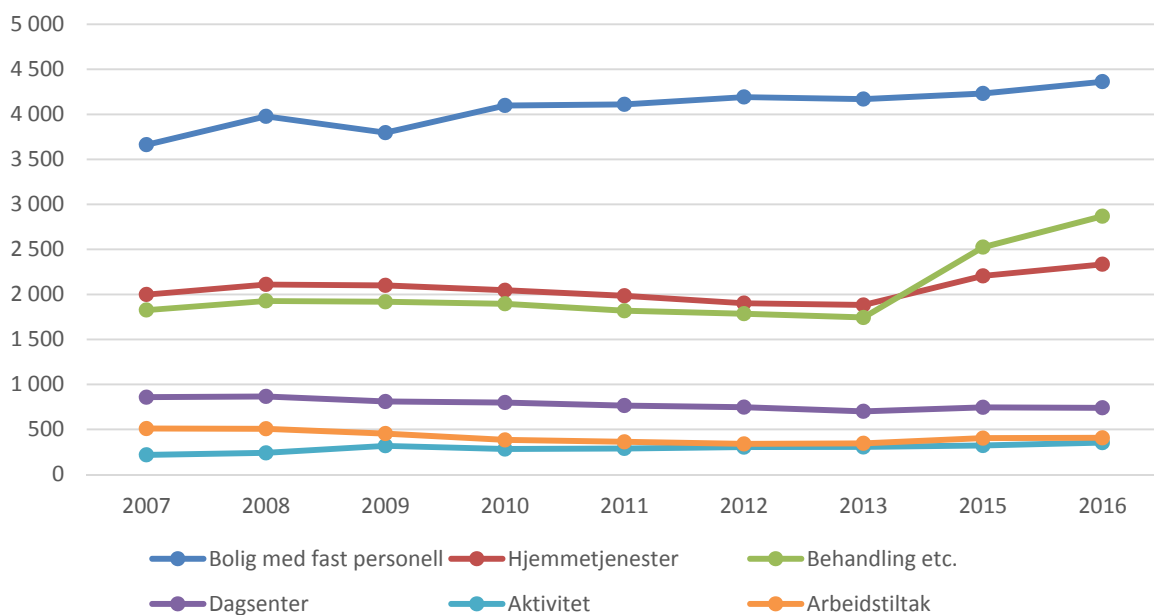
Figur 3.1 Andel (prosent) årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2016.

Med bruddet i dataserien i 2014, er det vanskelig å sammenlikne tallene med tidligere år, men tiltakskategoriene fra IS-24 er videreført slik at sammenstilling er mulig, se tabell 3.6.

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert for voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015, 2016, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

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

Som vist i figur 3.2, utgjør inkludering av rusfeltet i rapporteringen en økning i årsverk særlig knyttet til behandling etc. og til hjemmetjenester. Denne økningen fortsatte i 2016 og noe av forklaringen kan være at flere rusårsverk er rapportert inn i 2016 enn i 2015 fordi kommunene har blitt flinkere å identifisere og telle årsverk.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2016. Brudd i tidsserien i 2014.

Andelsmessig er det nå færre årsverk som går til bolig med fast personell enn tidligere, se tabell 3.6. Mens Hjemmetjenester utgjør 21-22 prosent av årsverkene hele perioden, utgjør nå Behandling etc. over hvert fjerde årsverk til voksne. Andel årsverk til Dagsenter og Arbeidstiltak, har gått ned i perioden, men Arbeidstiltak har utgjort en stabil andel av årsverkene siden 2009. Disse årsverkene ligger både i NAV og i de øvrige kommunale tjenestene.

Tabell 3.6 Prosent av årsverk rapportert for voksne innen psykisk helsearbeid 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid i 2015, 2016, fordelt på ulike tiltak og tjenester.

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

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

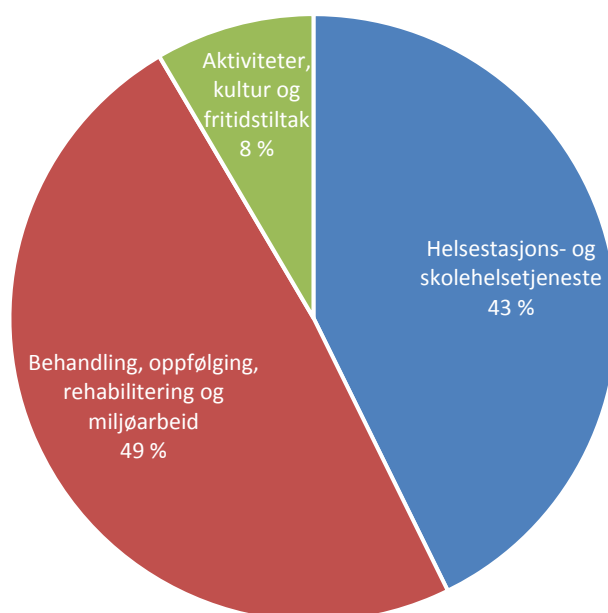
Det er totalt rapportert 2 873 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer. Dette utgjør 171 flere årsverk enn det som ble rapportert i 2015. Antall årsverk har økt med 7 prosent i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, men årsverk til aktiviteter, kultur

og fritidstiltak har gått ned med fem prosent. Den største kategorien (Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid) har økt med åtte prosent det siste året.⁴

Tabell 3.7 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid 2015, 2016

	2015	2016	Endring	Prosent
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	1 227	80	7
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	1 300	1 402	102	8
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	255	243	-12	-5
Totalt	2 702	2 873	171	6

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



Figur 3.3 Andel (prosent) årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2016.

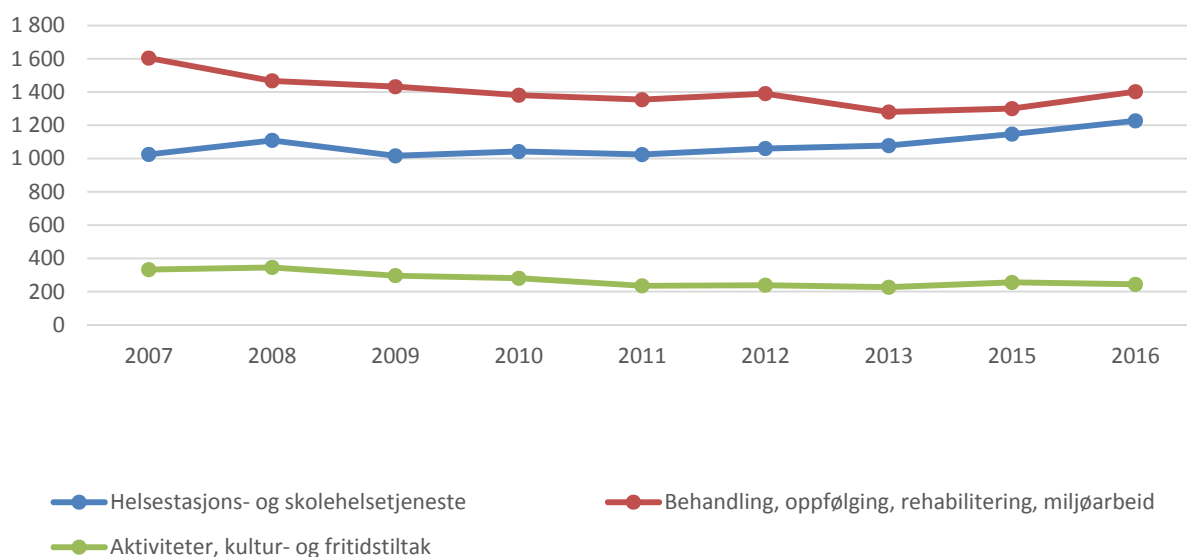
I tabell 3.8 har vi satt sammen tidsserien for IS-24 for barn og unge med den samlede rapporteringen for 2015 og 2016.

⁴ Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele befolkningen eller store grupper i et område med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.

Tabell 3.8 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse 2007-2013 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid 2015, 2016.

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

Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid øker i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og siden 2011 har det kommet 203 flere årsverk, og dette utgjør en økning på 17 prosent. Innen aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har antall årsverk ligget stabilt i samme periode.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2016. Brudd i tidsserien i 2014.

Andelsmessig er det stort sett gjennom hele perioden en økning i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og en tilsvarende nedgang innen de to andre kategoriene, se tabell 3.9.

Tabell 3.9 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2016. Brudd i tidsserien i 2014.

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

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

Kommunene blir først bedt om å rapportere årsverkene sine på tiltak (presentert over), deretter på ulike utdanningskategorier. I dette kapitlet presenterer vi årsverkene etter utdanningsgrupper, først for voksne og så for barn og unge.

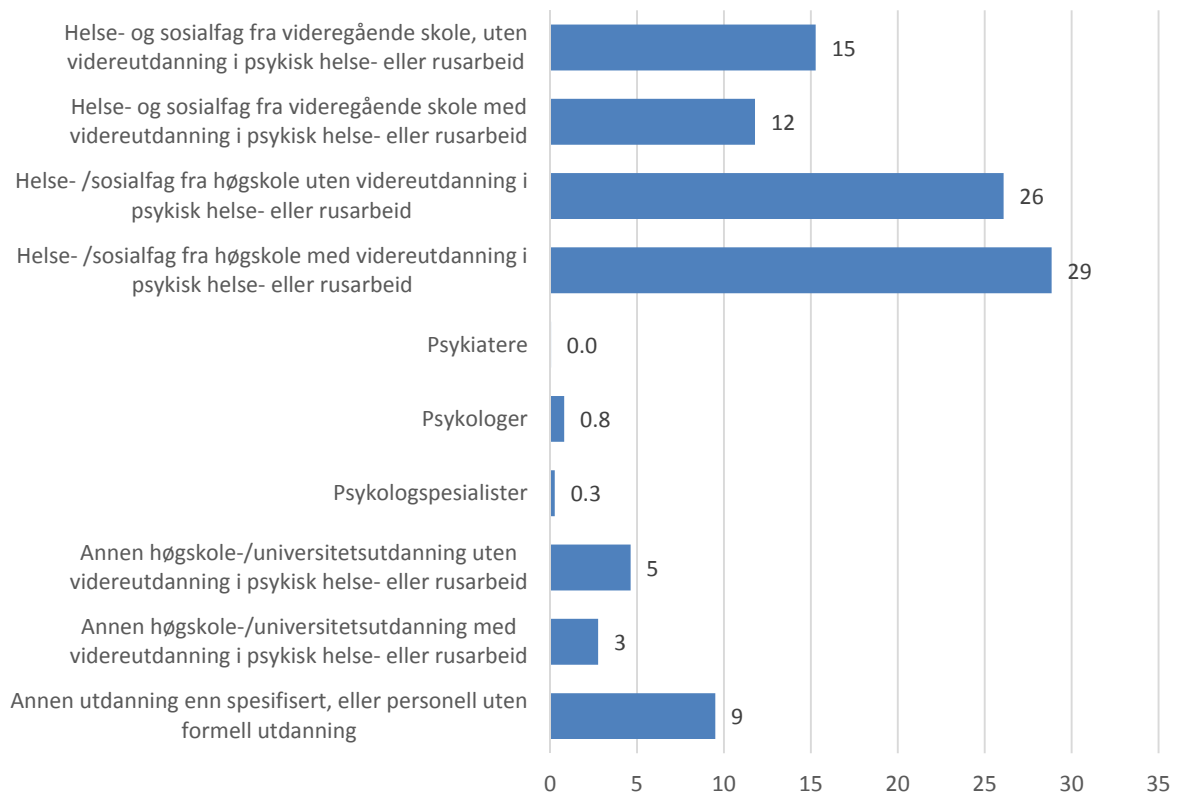
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole, se tabell 3.10. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om 6 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert 122 psykologårsverk med og uten spesialisering i 2016, og dette utgjør en økning på 67 prosent fra 2015. En liten del av økningen går på bekostning av andre høyskole- og universitetsutdannede årsverk uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, men nedgangen er kun på fem prosent.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015 og 2016.

	2015	2016	Endring	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 586	1 670	84	5
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 257	1 293	36	3
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 815	2 882	67	2
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 987	3 166	179	6
Psykiatere	7	6	-1	-19
Psykologer	50	91	41	82
Psykologspesialister	23	31	8	34
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	525	500	-25	-5
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	248	299	51	20
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	931	1 126	195	21
Totalt	10 429	11 063	634	6

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier fremkommer i figur 3.5. Psykiatere og psykologer utfører i 2016 samlet 1,2 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot den voksne målgruppen.



Figur 3.5 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2016.

Det er gjort endringer i utdanningskategoriene, men vi har sammenstilt 2015 og 2016 med tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid i tabell 3.11. Bruddet i 2014 innebærer særlig relativt færre årsverk med utdanning på videregående skolenivå og flere med høyskoleutdannelse. Det er stabil fordeling på ulike utdanningsgrupper fra 2015 til 2016.

Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015, 2016, voksne.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	22	21	20	20	15	15
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	13	12	13	13	12	12	12
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	24	24	24	24	25	27	26
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	22	23	24	24	24	29	29
Psykiatere	*	*	*	*	*	*	*	0	0.0
Psykologer	0	0	0	0	0	0	0	0	0.8
Psykologspesialister	*	*	*	*	0	0	0	0	0.3
Annen høgskole- /universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	6	6	6	6	5	5	5
Annen høgskole- /universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	9	9
Andre	12	11	11	10	10	10	10	*	*
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

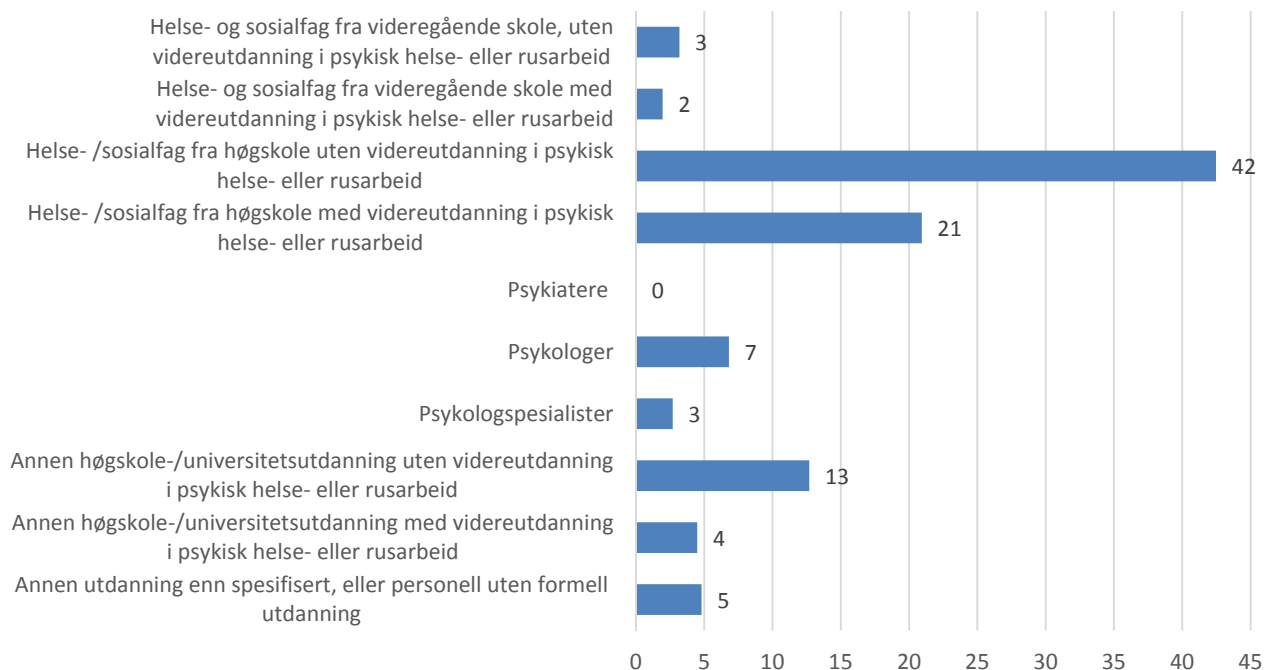
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det ene årsverket med psykiateren fra 2015 er borte, men det er en sterk økning i psykologspesialister og psykologer på hhv 25 og 16 prosent.

Tabell 3.12 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015 og 2016.

	2015	2016	Endring	%
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	91	-21	-18
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	56	-2	-3
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	1220	157	15
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	601	49	9
Psykiatere	1	0	-1	-100
Psykologer	169	196	27	16
Psykologspesialister	62	77	15	25
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	365	-6	-2
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	129	-20	-14
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	165	138	-27	-16
Totalt	2 702	2873	171	6

Psykologer utgjør nå nesten ti prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge, hvorav tre prosent er psykologspesialister, se figur 3.6.



Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2016.

Tabell 3.13 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015, 2016, barn og unge.

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

Trenden med å ansette helse og sosialfaglig personell med høyskoleutdanning heller enn utdanning på videregående skolenivå fortsetter, men det er også tydelige tendenser til at andelen med annen høyere utdanning reduseres i tjenester til barn og unge.

3.4 OPPSUMMERING

Det er en økning i antall årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid på 5,2 prosent. Årsverk til voksne har en økning på 4,7 prosent, mens årsverk til barn og unge har økt med 7,3 prosent. Når vi også tar hensyn til befolkningsutviklingen fra 2015 til 2016, finner vi at i tjenester til voksne er det en økning fra 26 årsverk per 10 000 innbygger til 27, og for barn og unge fra 24 årsverk per 10 000 innbygger til 25. Det er altså en marginalt sterkere økning i årsverksinnsatsen enn det befolkningsøkningen skulle tilsi.

4 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

I dette kapittelet fordeler vi årsverkene først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter på fylke og til slutt grupperer vi kommunene etter HF-opptaksområde.

4.1 ÅRSVERK FORDELT ETTER KOMMUNESTØRRELSE

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

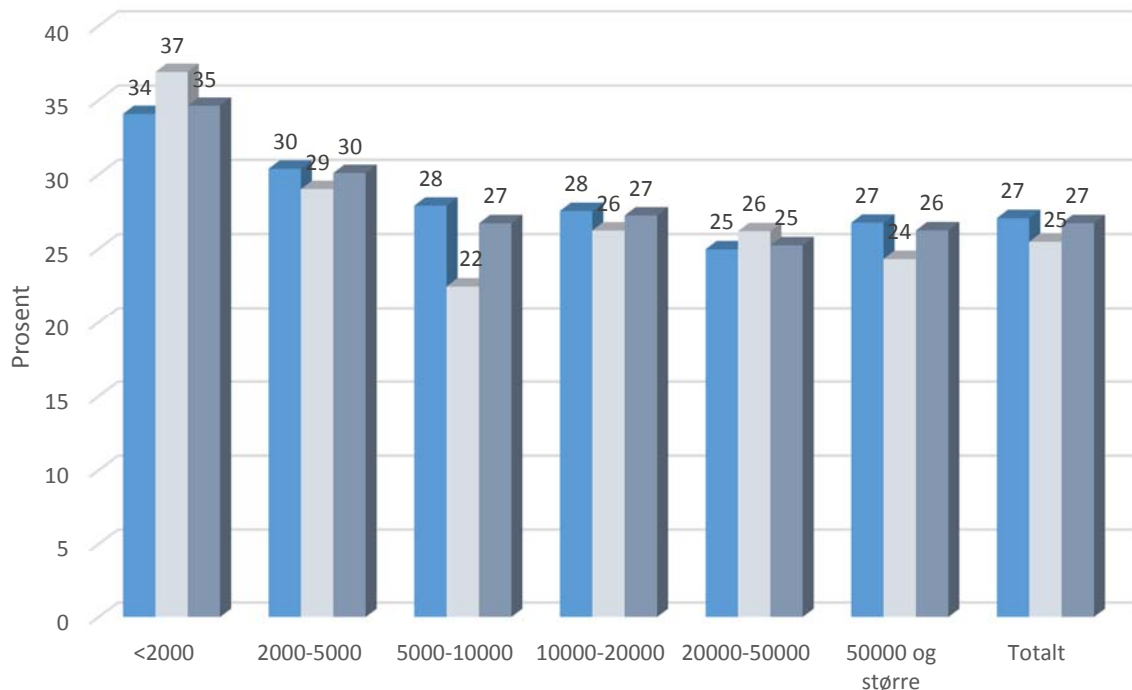
Tabell 4.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, kommunestørrelse pr 1. januar 2016. Kilde: SSB.

	Kommuner		Innbyggere <18 år		Innbyggere >18 år		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<2000	94	22	22 635	2	93 075	2	115 710	2
2000-5000	131	31	87 866	8	335 155	8	423 021	8
5000-10000	89	21	134 300	12	480 650	12	614 950	12
10000-20000	58	14	188 862	17	633 238	15	822 100	16
20000-50000	41	10	264 944	24	939 779	23	1 204 723	23
50000 og større	15	4	428 795	38	1 604 686	39	2 033 481	39
Totalt	428	100	1 127 402	100	4 086 583	100	5 213 985	100

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

Tabell 4.2 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, kommunestørrelse pr 1. januar 2016.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
<2000	317	84	401	34	37	35
2000-5000	1 019	255	1 274	30	29	30
5000-10000	1 341	302	1 643	28	22	27
10000-20000	1 745	496	2 240	28	26	27
20000-50000	2 347	694	3 041	25	26	25
50000 og større	4 294	1 043	5 337	27	24	26
Totalt	11 063	2 873	13 936	27	25	27



Figur 4.1 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, kommunestørrelse, 2016.

Det er helt klart flest årsverk i forhold til antall innbyggere i de små kommunene og slik har det vært siden Helsedirektoratet startet å måle årsverksinnsatsen i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse tidlig på 2000-tallet. Det er ett avvik, og det er kommuner med 5 000-10 000 innbyggere, som ligger lavere enn de andre kommunene når det gjelder barn og unge, med 22 årsverk per 10 000 innbygger yngre enn 18 år.

4.2 ÅRSVERK FORDELT ETTER FYLKE

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

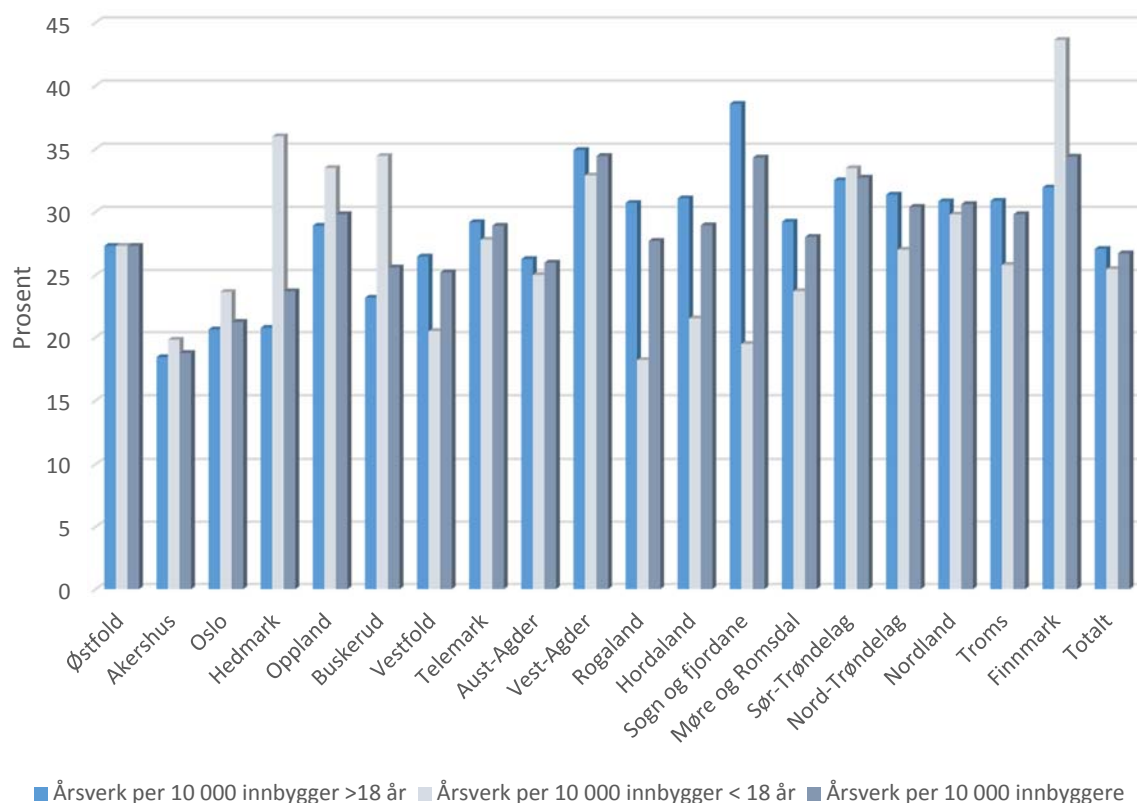
Tabell 4.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, fylke pr 1. januar 2016. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/bydeler		Innbyggere < 18 år		Innbyggere > 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	18	4	61 291	5	228 576	6	289 867	6
Akershus	22	5	140 465	12	454 068	11	594 533	11
Oslo	15	3	129 466	11	528 924	13	658 390	13
Hedmark	22	5	38 086	3	157 270	4	195 356	4
Oppland	26	6	37 501	3	151 452	4	188 953	4
Buskerud	21	5	59 399	5	218 285	5	277 684	5
Vestfold	14	3	51 493	5	193 474	5	244 967	5
Telemark	18	4	35 020	3	137 474	3	172 494	3
Aust-Agder	15	3	25 807	2	89 978	2	115 785	2
Vest-Agder	15	3	42 161	4	140 540	3	182 701	4
Rogaland	26	6	113 011	10	357 164	9	470 175	9
Hordaland	33	7	114 853	10	401 644	10	516 497	10
Sogn og Fjordane	26	6	24 417	2	85 113	2	109 530	2
Møre og Romsdal	36	8	57 863	5	207 427	5	265 290	5
Sør-Trøndelag	25	6	66 275	6	247 095	6	313 370	6
Nord-Trøndelag	23	5	30 211	3	106 188	3	136 399	3
Nordland	44	10	49 961	4	191 945	5	241 906	5
Troms	24	5	34 289	3	130 041	3	164 330	3
Finnmark	19	4	15 833	1	59 925	1	75 758	1
Totalt	442	100	1 127 402	100	4 086 583	100	5 213 985	100

Tabell 4.4 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, fylke pr 1. januar 2016.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	624	167	792	27	27	27
Akershus	836	278	1 115	18	20	19
Oslo	1 090	306	1 397	21	24	21
Hedmark	326	137	463	21	36	24
Oppland	438	126	563	29	33	30
Buskerud	507	205	711	23	34	26
Vestfold	512	106	618	26	20	25
Telemark	401	97	499	29	28	29
Aust-Agder	236	65	301	26	25	26
Vest-Agder	490	139	629	35	33	34
Rogaland	1 097	206	1 303	31	18	28
Hordaland	1 248	247	1 495	31	21	29
Sogn og Fjordane	328	48	376	39	19	34
Møre og Romsdal	606	137	743	29	24	28
Sør-Trøndelag	803	222	1 025	33	33	33
Nord-Trøndelag	333	82	415	31	27	30
Nordland	592	149	741	31	30	31
Troms	401	89	490	31	26	30
Finnmark	191	69	260	32	44	34
Totalt	11 063	2 873	13 936	27	25	27

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



Figur 4.2 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, fylke, 2016.

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

4.3 ÅRSVERK FORDELT ETTER HF-OMRÅDE

Kommunene er gruppert etter opptaksområde i Helseforetak.⁵ Årsverkene i Helsestaten og Velferdsetaten er plassert i Lovisenberg-området.

Fra tabell 4.5 ser vi at Ahus-området tar opp 10 prosent av befolkningen, mens Vestre-Viken og Helse-Bergenområdet tar opp ni prosent. Det minste helseforetaket, Helse Finnmark med 19 kommuner, har en prosent av befolkningen i sitt opptaksområde, mens Helse Sogn og Fjordane og Helse Helgeland, har to prosent av befolkningen hver. Fordi Nordland er delt i Helgeland og Nordland-området, er det Helse Innlandet som desidert har flest kommuner i sitt opptaksområde, med hele 47

⁵ Takk til seniorrådgiverne Per Bernhard Pedersen og Solfrid E. Lilleeng i Helsedirektoratet som har lånt oss syntaksen sine og forklart endringer fra forrige år.

kommuner (11 prosent av alle kommunene). Befolkningen i disse kommunene utgjør 7 prosent av totalbefolkningen.

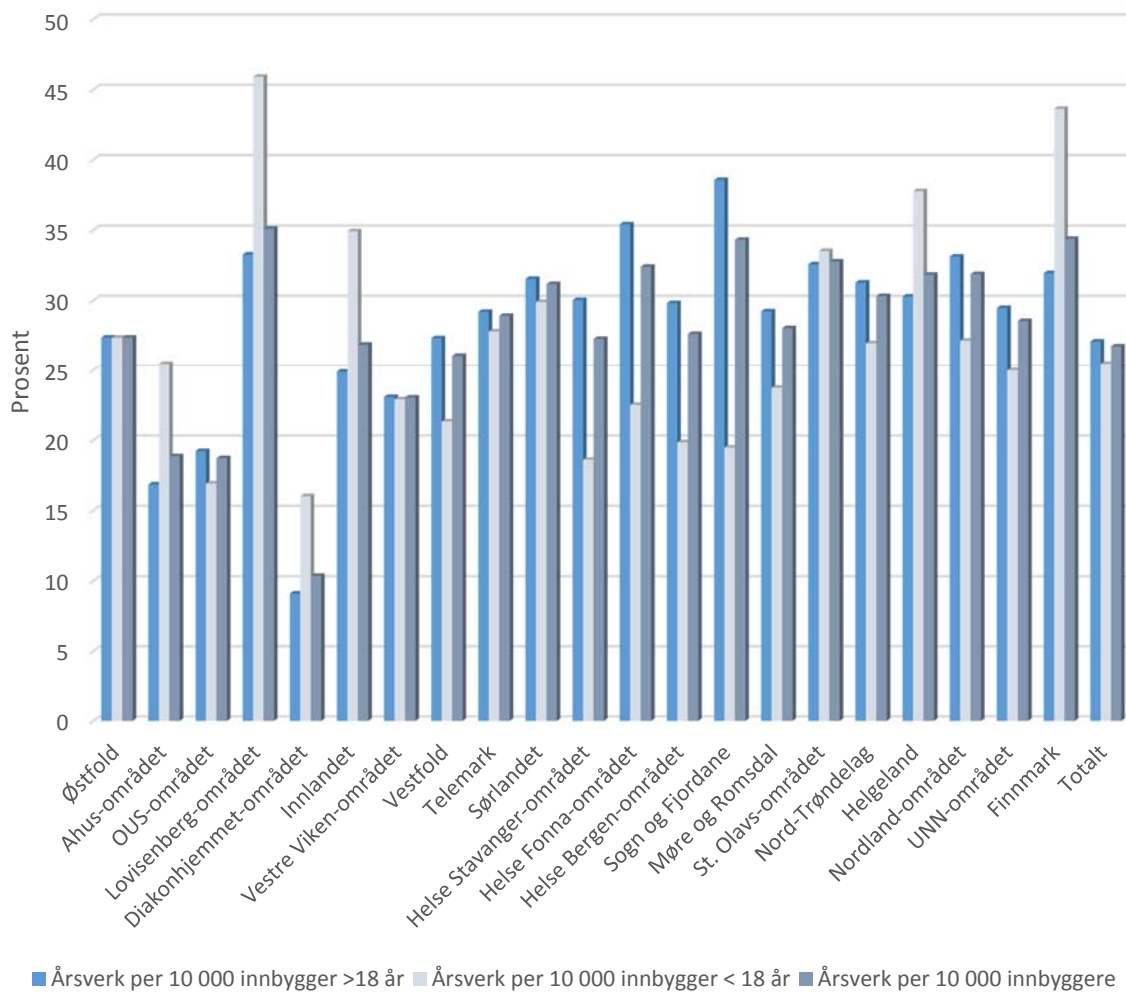
Tabell 4.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, HF-område pr 1. januar 2016. Kilde: SSB.

	Antall kommuner/ bydeler		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	17	4	228 029	6	61 166	5	289 195	6
Ahus-området	24	5	399 936	10	121 611	11	521 547	10
OUS-området	6	1	203 058	5	57 534	5	260 592	5
Lovisenberg-området	5	1	129 343	3	22 007	2	151 350	3
Diakonhjemmet-området	3	1	112 733	3	24 919	2	137 652	3
Innlandet	47	11	303 478	7	74 202	7	377 680	7
Vestre Viken-området	26	6	374 459	9	108 209	10	482 668	9
Vestfold	12	3	181 013	4	48 053	4	229 066	4
Telemark	18	4	137 474	3	35 020	3	172 494	3
Sørlandet	30	7	230 518	6	67 968	6	298 486	6
Helse Stavanger-området	18	4	273 950	7	87 696	8	361 646	7
Helse Fonna-området	19	4	138 300	3	42 049	4	180 349	3
Helse Bergen-området	22	5	346 558	8	98 119	9	444 677	9
Sogn og Fjordane	26	6	85 113	2	24 417	2	109 530	2
Møre og Romsdal	36	8	207 427	5	57 863	5	265 290	5
St. Olavs-området	24	5	246 305	6	66 089	6	312 394	6
Nord-Trøndelag	24	5	106 978	3	30 397	3	137 375	3
Helgeland	18	4	62 136	2	16 257	1	78 393	2
Nordland-området	21	5	108 704	3	28 639	3	137 343	3
UNN-området	29	7	151 146	4	39 354	3	190 500	4
Finnmark	19	4	59 925	1	15 833	1	75 758	1
Totalt	444	100	4 086 583	100	1 127 402	100	5 213 985	100

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

Tabell 4.6 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, HF-område pr 1. januar 2016.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Østfold	624	167	791	27	27	27
Ahus-området	674	310	984	17	25	19
OUS-området	390	97	488	19	17	19
Lovisenberg-området	430	101	531	33	46	35
Diakonhjemmet-området	103	40	142	9	16	10
Innlandet	755	259	1 014	25	35	27
Vestre Viken-området	864	248	1 112	23	23	23
Vestfold	494	103	597	27	21	26
Telemark	401	97	499	29	28	29
Sørlandet	727	203	930	32	30	31
Helse Stavanger-området	823	163	986	30	19	27
Helse Fonna-området	490	95	584	35	23	32
Helse Bergen-området	1 033	195	1 228	30	20	28
Sogn og Fjordane	328	48	376	39	19	34
Møre og Romsdal	606	137	743	29	24	28
St. Olavs-området	802	221	1 024	33	34	33
Nord-Trøndelag	334	82	416	31	27	30
Helgeland	188	61	250	30	38	32
Nordland-området	360	78	438	33	27	32
UNN-området	445	98	544	29	25	29
Finnmark	191	69	260	32	44	34
Totalt	11 063	2 873	13 936	27	25	27



Figur 4.3 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, HF-område, 2016.

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

4.4 ÅRSVERK FORDELT ETTER HELSEREGION

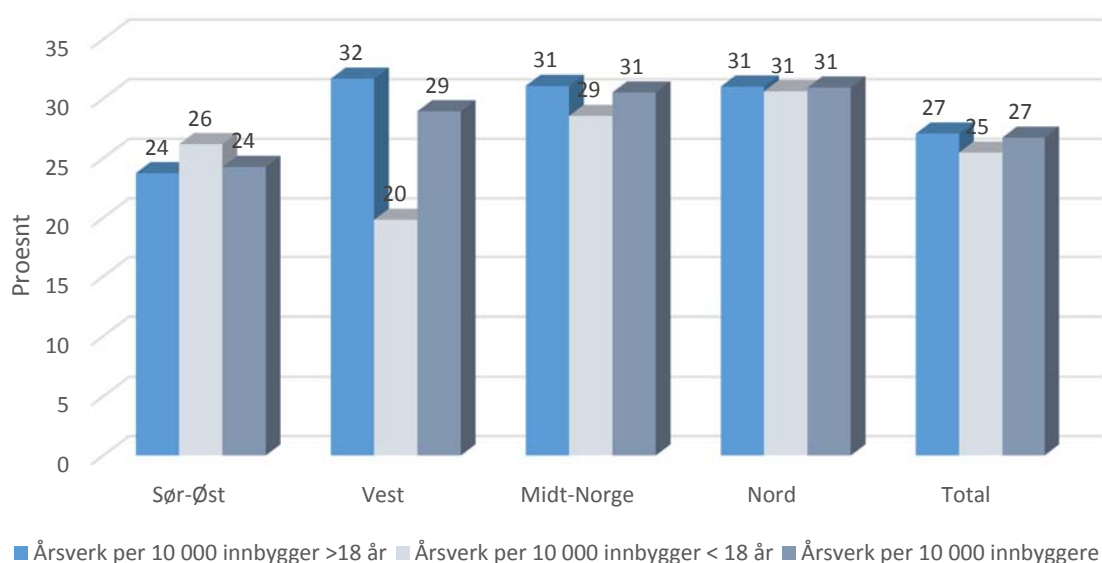
Som vist i tabell 4.1 har helseregion Sør-Øst 56 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har ni prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent. Fordelingen på antall kommuner er svært lik i Vest, Midt-Norge og i Nord. Det er ingen tydelige skjevheter i innbyggere over og under 18 år i noen av helseregionene.

Tabell 4.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent, Helseregion pr 1. januar 2016. Kilde: SSB.

	Antall kommuner		Innbyggere > 18 år		Innbyggere < 18 år		Innbyggere totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sør-Øst	172	40	2 300 041	56	620 689	55	2 920 730	56
Vest	85	20	843 921	21	252 281	22	1 096 202	21
Midt-Norge	84	20	560 710	14	154 349	14	715 059	14
Nord	87	20	381 911	9	100 083	9	481 994	9
Total	428	100	4 086 583	100	1 127 402	100	5 213 985	100

Tabell 4.8 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere, Helseregion pr 1. januar 2016.

	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Årsverk totalt	Årsverk per 10 000 innbygger >18 år	Årsverk per 10 000 innbygger < 18 år	Årsverk per 10 000 innbyggere
Sør-Øst	5 462	1 625	7 087	24	26	24
Vest	2 674	500	3 174	32	20	29
Midt-Norge	1 743	441	2 183	31	29	31
Nord	1 185	306	1 491	31	31	31
Total	11 063	2 873	13 936	27	25	27



Figur 4.4 Årsverk per 10 000 innbygger, voksne og barn/unge, Helseregion, 2016.

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

4.5 OPPSUMMERING

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

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

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

5 HOVEDFORLØP

Helsedirektoratet ønsker å benytte IS 24/8-rapporteringen til å følge utviklingen i sammensetning av brukere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dette gjøres basert på en kategorisering av brukere i tre ulike bruker- og pasientforløp, beskrevet i veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; "Sammen om mestring" (Helsedirektoratet, 2014)⁶. Veilederen definerer tre bruker- og pasientforløp basert på problemenes art, alvorlighetsgrad og varighet, og det gis veiledende forslag til forebyggende tiltak, kartlegging og utredning, samt behandling og oppfølging:

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

Eksempler:

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

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

Eksempler:

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Eksempler:

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

⁶<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Rapporteringen for 2015 (fjoråret) var den første som inkluderte fordeling av årsverk på hovedforløp og ba om en vurdering av tjenestene kommunen gir til brukere og pasienter i de respektive forløpene. Siden mange av kommunene tidlig i 2015 var uvant med å tenke brukergrupper i henhold til hovedforløp, var det som forventet, flere kommuner som sleit med å gjøre en fordeling av årsverkene sine på hovedforløp. Ca. 70 kommuner valgte å ikke svare på dette spørsmålet i 2015, og mange hadde svært store avvik mellom de årsverkene de hadde fordelt på tiltak/utdanningskategorier og årsverk fordelt på hovedforløp. I rapporteringen for 2016 var det fortsatt tilbakemeldinger fra kommunene på at dette er vanskelig å anslå, men i år hadde hele 92 prosent av kommunene/bydelene gjort en fordeling av årsverk i tjenester til voksne. I tjenester til barn og unge var det tilsvarende tallet 75 prosent.

I dette kapitlet har vi valgt å inkludere svarene fra de enkelte bydelene i Oslo på lik linje med en kommune, slik at antallet kommuner/bydeler potensielt utgjør totalt 444 (i stedet for 428 som er antallet kommuner i Norge i 2016). Helse- og velferdsetaten i Oslo bidrar også med svar i rapporteringen, og inngår i de 444 kommune/bydelene.

I det følgende presenterer vi først årsverk fordelt på hovedforløp på nasjonalt nivå, der vi gjør en sensitivetsanalyse av materialet med bare de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom det som var rapportert på ulike tiltak og det som var rapportert på hovedforløp. Videre presenteres kommunenes vurdering av tilbudet de gir til brukere i de ulike forløpene. Her har vi i år valgt å presentere separate figurer for de kommunene/bydelene som rapporterte hhv. felles og separat for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Vi kommenterer også utviklingen fra 2015 til 2016.

5.1 DATAGRUNNLAG

Spørsmålene som gjaldt fordeling av tiltak på hovedforløp skilte mellom årsverk i tjenester til voksne og barn/unge, og hadde noe ulik ordlyd avhengig av om kommunen valgte å rapportere felles eller separat for psykisk helse og rusarbeid.

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

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

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

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

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

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

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

5.2 RESPONS

Responser på spørsmålet om fordeling av tiltak på hovedforløp presenteres i tabell 5.1. 407 av 444 kommuner og bydeler (92 prosent) hadde gjort en fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester til voksne. 334 kommuner og bydeler (75 prosent) hadde gjort en fordeling på hovedforløp i tjenester til barn og unge. I tjenester for voksne var 92 prosent av de 11 063 årsverkene rapportert på tiltak også fordelt på hovedforløp. Dette var en klar forbedring fra 2015, da kun 79 prosent av årsverkene var fordelt på hovedforløp. Også i tjenester for barn og unge var det en forbedring fra 77 prosent i 2015 til 84 prosent av årsverkene fordelt på hovedforløp i 2016.

Feilmargin

Ideelt sett skulle kommunene og bydelene fordele nøyaktig samme antall årsverk på hovedforløp som på tiltak og utdanningskategorier. Vi fikk noen spørsmål om hvordan administrativt personell skulle fordeles. Her ble respondentene oppfordret til å fordele dette med en tredjedel på hver kategori, med mindre de selv vurderte ressursbruken som annerledes. I fjorårets rapportering var det relativt store avvik her; 198 kommuner (46 prosent) hadde klart å fordele årsverkene på hovedforløp med en feilmargin på +/- ett årsverk i tjenester i 2015. I rapporteringen for 2016 ble det presisert i skjemaet at de som rapporterte måtte sjekke at antall årsverk rapportert på tiltak/utdanning og hovedforløp stemte. Feilmarginen gikk også betraktelig ned i 2016; i tjenester for voksne hadde 78 prosent av kommunene/bydelene en feilmargin på kun +/- ett årsverk, det tilsvarende tallet i tjenester for barn og unge var 71 prosent.

Tabell 5.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, rapporteringsåret 2016

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall kommuner/bydeler (voksne)	Antall kommuner/bydeler (barn/unge)
Årsverk tiltak	11 063	2 873	13 936	444	444
Årsverk hovedforløp	10 199	2 405	12 603	407	334
Prosent fordelt på hovedforløp	92	84	90	92	75

5.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (TJENESTER FOR VOKSNE)

Tabell 5.2 presenterer fordeling av årsverk i tjenester for voksne i absolutte tall og i prosent på de tre forløpskategoriene for 2015 og 2016.

Tabell 5.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, absolutte tall og prosentvis fordeling, 2015 og 2016

	Tjenester for voksne			
	2015	Prosent	2016	Prosent
Hovedforløp 1	833	10	1 144	11
Hovedforløp 2	2 009	24	2 814	28
Hovedforløp 3	5 404	66	6 241	61
Totalt	8 246	100	10 199	100

En sensitivitetanalyse som inkluderte kun kommuner og bydeler som hadde fordelt like mange årsverk på tiltak som på hovedforløp (78 prosent av kommunene med avvik +/- ett årsverk), viste at det ikke var forskjeller i fordelingen på nasjonalt nivå, og vi antar at den prosentvise fordelingen gir et representativt bilde på situasjonen.

Utviklingen mellom 2015 og 2016 viser at det i 2016 ble rapportert om noe flere årsverk benyttet på bruker/pasient-gruppen tilhørende hovedforløp 2, hovedsakelig fordi det rapporteres om færre årsverk til brukere med alvorlige og langvarige problemer og lidelser i hovedforløp 3.

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

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

Tabell 5.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for barn og unge, absolutte tall og prosentvis fordeling 2015 og 2016

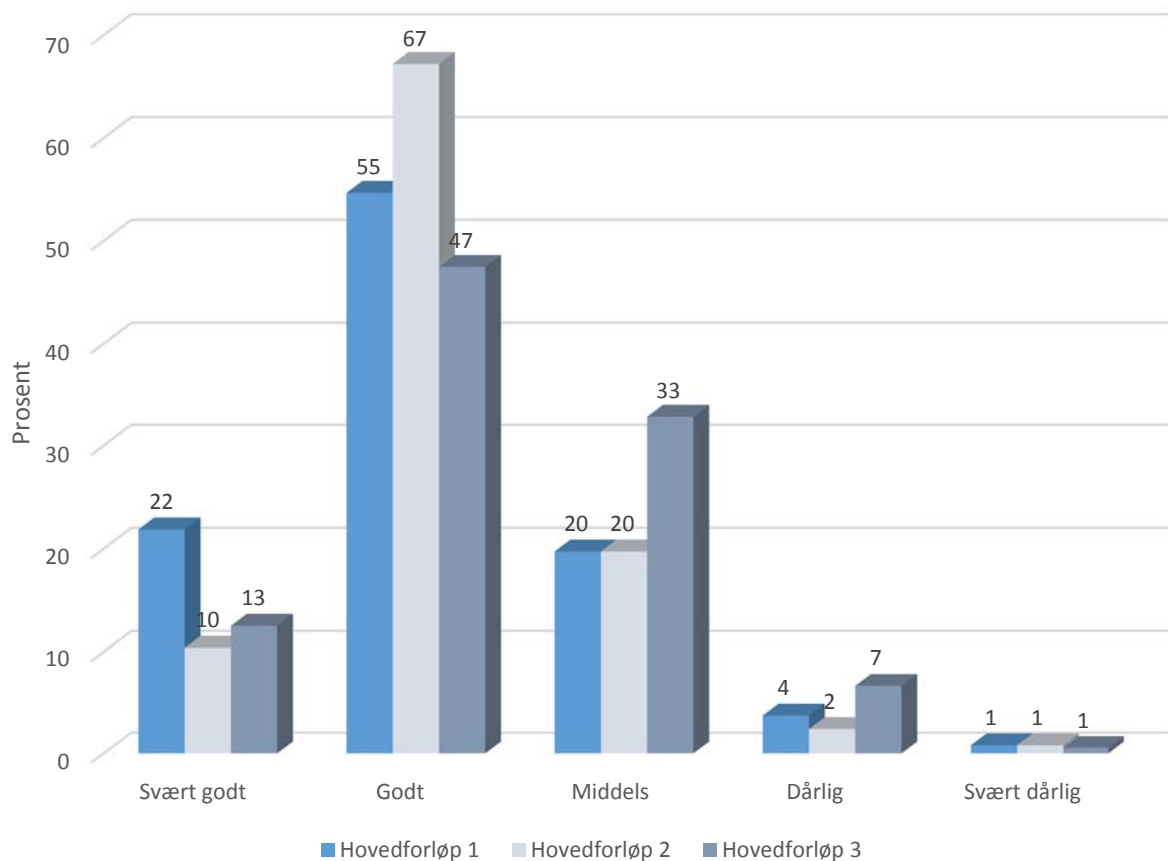
	Barn og unge			
	2015	Prosent	2016	Prosent
Hovedforløp 1	938	45	1 133	47
Hovedforløp 2	682	33	796	33
Hovedforløp 3	463	22	475	20
Totalt	2 083	100	2 405	100

Fordelingen på hovedforløp i tjenestene for barn og unge er omtrent uendret mellom 2015 og 2016, men det rapporteres om 2 prosentpoeng høyere andel av årsverkene benyttet til barn og unge brukere med milde og kortvarige problemer i hovedforløp 1, og tilsvarende lavere andel i hovedforløp 3.

5.5 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL VOKSNE BRUKERE/PASIENTER

I år som i fjor gav storparten av kommunene og bydelene (ca. 87 prosent) en vurdering av tilbudet fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne. 378 kommuner/bydeler som gav en vurdering hadde valgt å rapportere felles for psykisk helsearbeid og rusarbeid. 35 kommuner/bydeler gav en vurdering av tilbudet for psykisk helsearbeid og 26 kommuner/bydeler gav en vurdering for kommunalt rusarbeid.

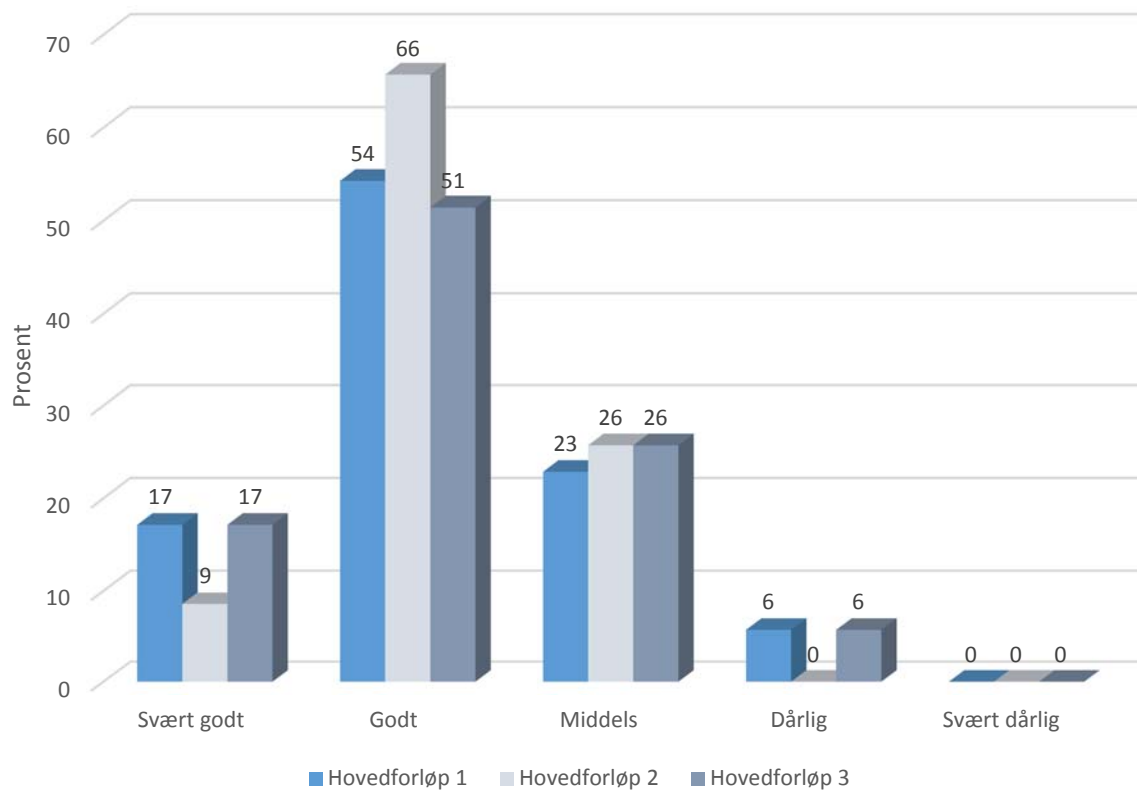
I det følgende presenteres figurer som viser den prosentvise fordelingen på de ulike svarkategoriene for hvert av forløpene.



Figur 5.1 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 375, Hovedforløp 2: n= 377, Hovedforløp 3: n = 378.

Det samlede tilbudet i tjenester til voksne i hovedforløp 1 og 2 vurderes som godt eller svært godt av ca. 77 prosent av respondentene (sammenliknet med 70 prosent i 2015), mens hovedforløp 3 vurderes som godt eller svært godt av 60 prosent av kommunene/bydelene i 2016 (58 prosent i 2015). Svært få kommuner vurderer tjenestene sine rettet mot voksne som svært dårlige. 27 kommuner/bydeler (8 prosent) vurderte tilbudet til brukere/pasienter i hovedforløp 3 som dårlige eller svært dårlige.

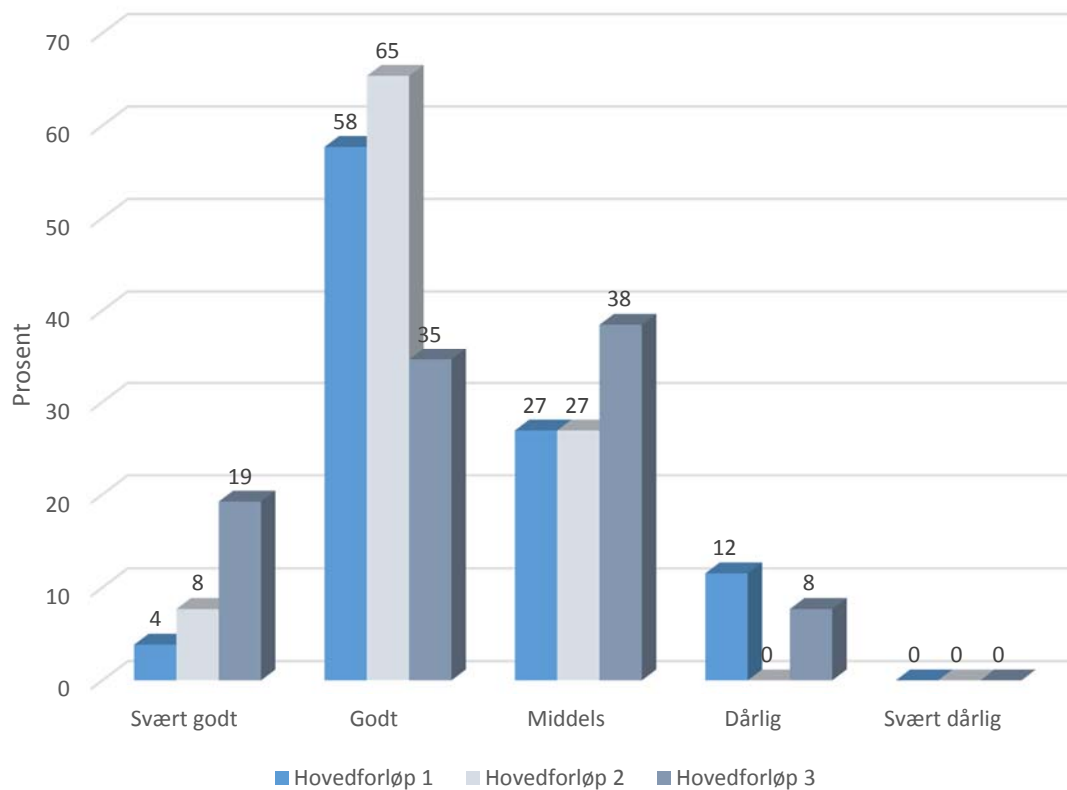
Figur 5.2 presenterer en tilsvarende oversikt for de 35 kommunene som rapporterte separat på psykisk helsearbeid.



Figur 5.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i psykisk helsearbeid for voksne fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 35, Hovedforløp 2: n = 35, Hovedforløp 3: n = 35.

Hvis vi legger sammen svarene i kategoriene godt og svært godt, rapporterer i overkant av 70 prosent av kommunene at de er fornøyd med psykisk helsearbeid sine tjenester til brukere/pasienter i hovedforløp 1 og 2. Rundt 25 prosent er middels godt fornøyd med tjenestene i alle tre forløpene, mens 2 kommuner/bydeler rapporterte at de vurderte tjenestene til brukere i hovedforløp 1 og 3 som dårlige. Ingen rapporterte om svært dårlige tjenester.

Figur 5.3 presenterer en oversikt over vurderingen av tjenester gitt av kommunalt rusarbeid fra de 26 kommunen som valgte å rapportere separat på dette.

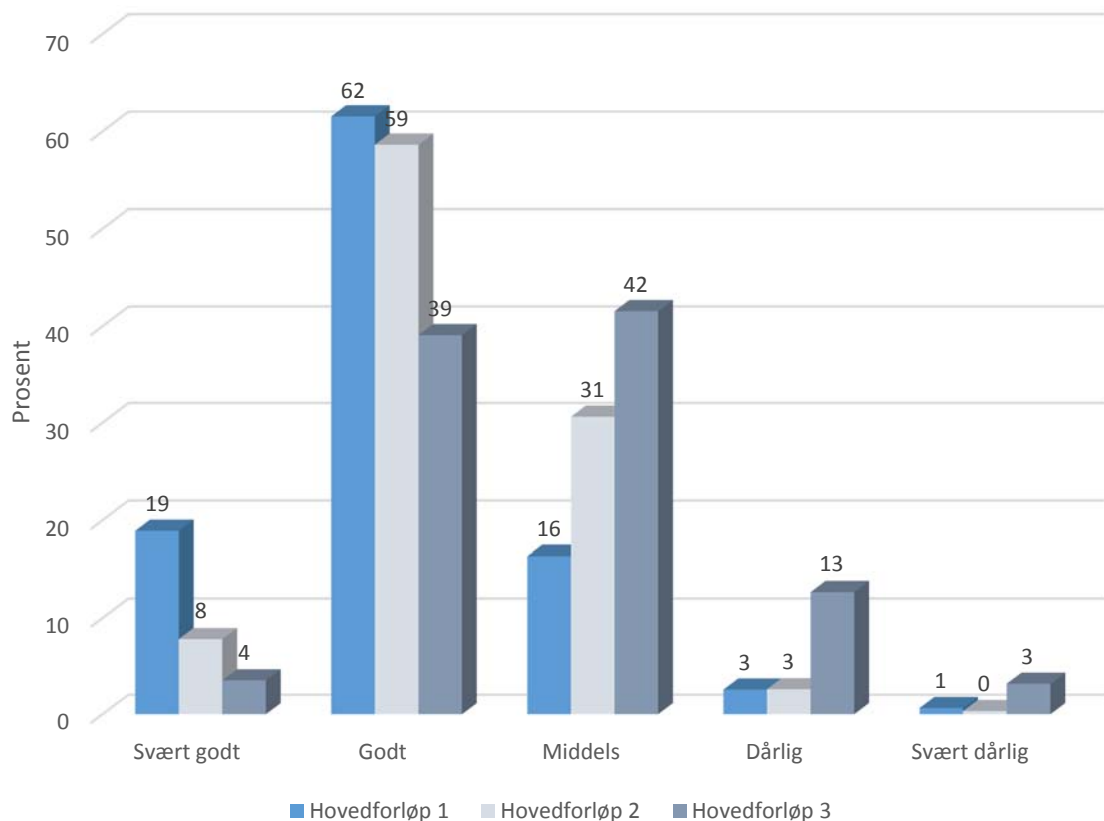


Figur 5.3 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for voksne fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 26, Hovedforløp 2: n = 26, Hovedforløp 3: n = 26.

62 prosent av de 26 kommunene/bydelene som rapporterte separat på rusarbeid er svært godt eller godt fornøyd med det samlede tilbudet til brukergruppen i hovedforløp 1. Tilsvarende var hele 73 prosent av kommunene svært godt eller godt fornøyd med tiltakene til brukere/pasienter i hovedforløp 2, mens 54 prosent er fornøyd med tjenestene til de som befinner seg i kategorien hovedforløp 3. 27 prosent rapporterte å være middels fornøyd med tiltak i hovedforløp 1 og 2, mens 38 prosent var middels fornøyd med tilbudet til brukere/pasienter i hovedforløp 3. Ingen vurderte tilbudet som svært dårlig, men 2-3 kommuner/bydelere vurderte tilbudet i hovedforløp 1 og 3 som dårlig.

5.6 VURDERING AV DET SAMLEDE TILBUDET TIL BARN OG UNGE

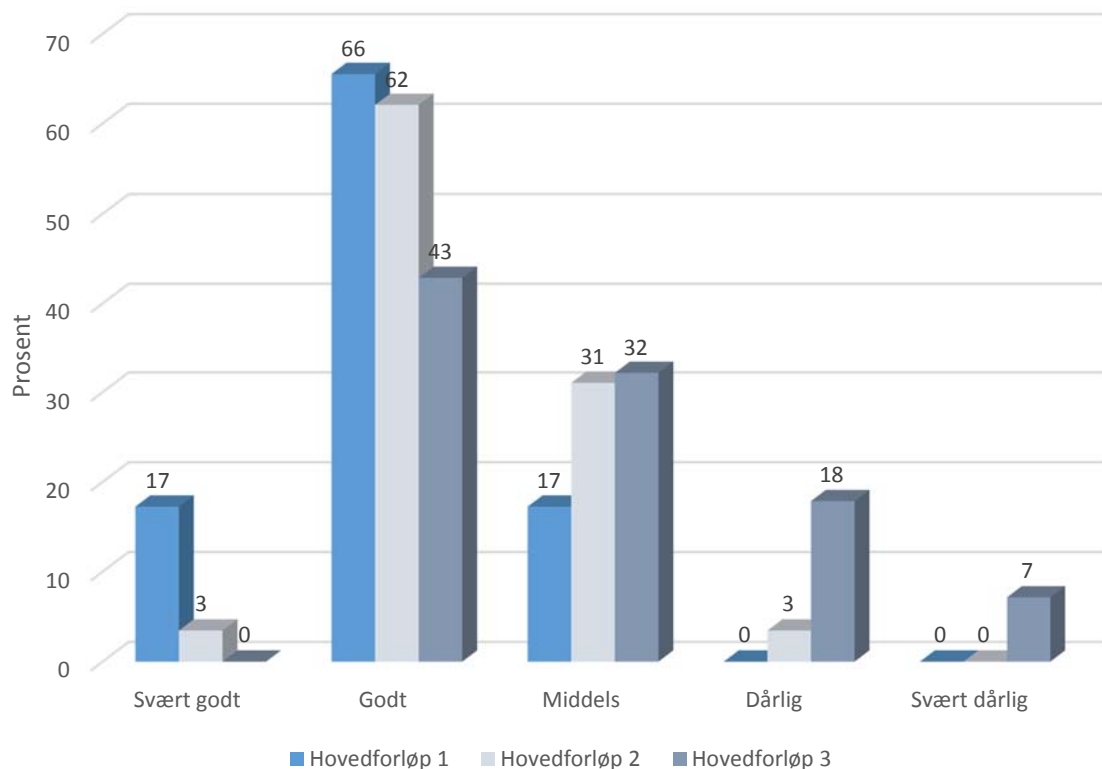
I det følgende presenteres vurderingen av det samlede tilbudet innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge. Av de kommunene/bydelene som svarte felles for psykisk helse og rusarbeid, svarte 312 for hovedforløp 1, 307 for hovedforløp 2 og 284 for hovedforløp 3. Den prosentvise fordelingen på hvert svaralternativ for de som rapporterte felles på psykisk helse/rus er vist i figur 5.4.



Figur 5.4 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har rapportert felles på psykisk helse/rus og svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 312, Hovedforløp 2: n= 307, Hovedforløp 3: n = 284.

Tjenestene til barn og unge i hovedforløp 1 vurderes generelt som gode (80 prosent av kommunene/bydelene svarte svært godt eller godt her i 2016, mot 73 prosent i 2015). For de i hovedforløp 2 vurderes tjenestene som svært gode eller gode av 66 prosent av respondentene (mot 59 prosent i 2015). Svarkategorien "middels" brukes av over 40 prosent av kommunene/bydelene om hovedforløp 3, mens rundt 30 prosent og 16 prosent bruker denne betegnelsen om hhv. hovedforløp 2 og 1. Dette er nesten nøyaktig samme fordeling som i 2015. Få kommuner vurderer tilbudene til brukere/pasienter i hovedforløp 1 og 2 som dårlige, men det er fortsatt 16prosent av kommunene/bydelene som mener de har et dårlig eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige psykisk helse- og rusproblemer. I 2015 var dette tallet 20 prosent, så det gis en noe bedre vurdering i 2016.

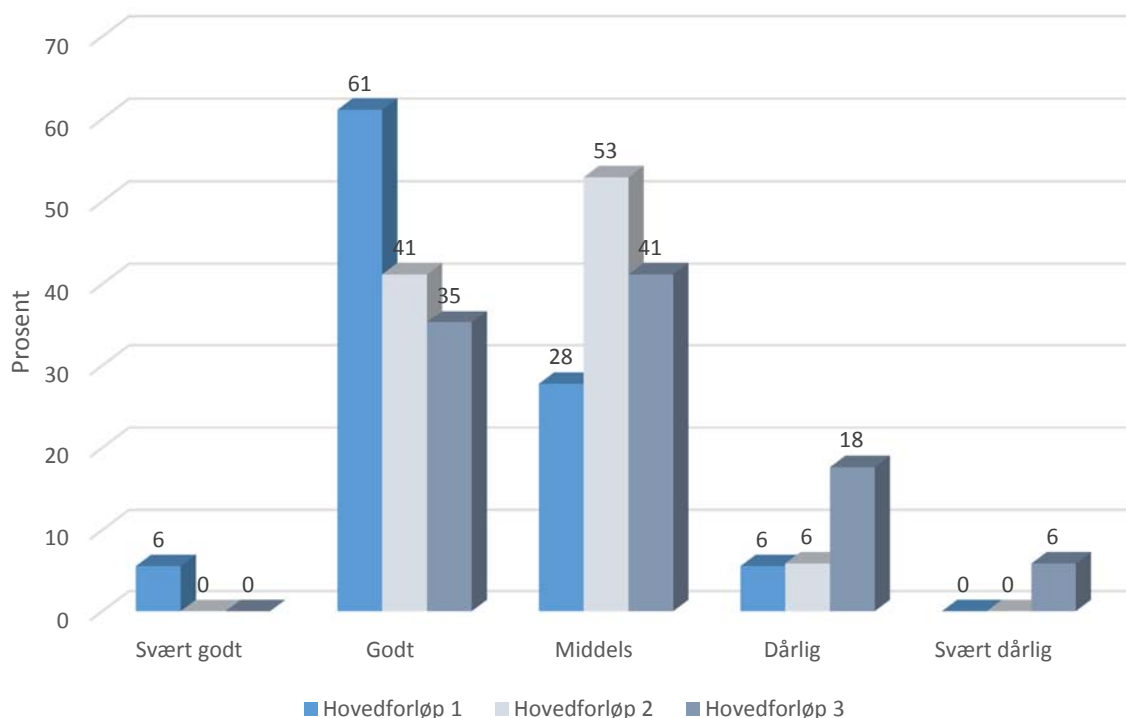
Figur 5.5 presenterer en tilsvarende oversikt for de 29 kommunene som rapporterte separat på psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge.



Figur 5.5 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i psykisk helsearbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 29, Hovedforløp 2: n = 29, Hovedforløp 3: n = 28.

Totalt rapporterte 83 prosent av kommunene/bydelene at de er svært godt eller godt fornøyd med tilbudet som gis til de unge med milde og kortvarige psykiske problemer. Også de i hovedforløp 2 er kommunene/bydelene godt fornøyd med tilbudet til, mens ca. 40 prosent av kommunene sier seg godt fornøyd (ingen svært godt fornøyd) med tilbudet til brukere/pasienter i hovedforløp 3. Sju av de 28 kommunene/bydelene (25 prosent) som besvarte dette spørsmålet for psykisk helsearbeid mener at tilbudet til barn og unge med alvorlige og langvarige lidelser er dårlig eller svært dårlig.

I figur 5.6 presenteres vurderinger av det samlede tilbudet til barn og unge. 17-18 kommuner hadde besvart spørsmålene separat for kommunale rustjenester.



Figur 5.6 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 18, Hovedforløp 2: n = 17, Hovedforløp 3: n = 17.

12 av 18 kommuner (67 prosent) rapporterte om svært godt eller godt tilbud i kommunalt rusarbeid for barn og unge med milde og kortvarige rusproblemer (hovedforløp 1), mens de i hovedforløp 3 kommer dårligere ut. 4 av 17 kommuner (24 prosent) mener tilbudet til barn og unge i hovedforløp tre er dårlig eller svært dårlig. Generelt ser vi at vurderingene som gis er relativt likt fordelt i hhv. psykisk helsearbeid og rusarbeid.

6.7 KOMMENTARER (TJENESTER TIL VOKSNE)

Fagpersonellet som rapporterer fra kommunene og bydelene gis anledning til å legge inn kommentarer i skjemaet til de fleste av spørsmålene. Mange benytter seg av denne muligheten, hvilket gir et nyttig innblikk i problemstillinger som er relevante i tjenestene for tiden. Etter å ha gått gjennom kommentarene som ble gitt i forbindelse med rapportering av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, er det noen tema som går igjen. Det er fortsatt en del kommuner som oppgir at de ikke "tenker" i forløp:

"Denne oppdelingen som vi finner i veilederen er ikke slik kommunen har tenkt når en har årsverk. Dette er derfor et anslag ikke et konkret årsverkstall. Årsverkene jobber mye på tvers av disse hovedforløp. Noen brukere lettere, noen tyngre. Vi tenker at det hever det faglige nivået og gjør arbeidsdagen mer faglig spennende." (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

"Tjenesten psykisk helse- og rusarbeid gir tjenester til alle 3 pasientgrupper og vi har ingen fordeling i forhold til hovedforløpene." (Kommune med mellom 5000-10000 innbyggere)

"Vi har nylig fordelt brukerne etter denne modellen og har ikke fått noe erfaringsgrunnlag for å kunne evaluere" (Kommune med under 2000 innbyggere)

Videre er en kommentar som går igjen at det er mangel på tilbud til de med alvorlige og langvarige lidelser – særlig de med rusproblematikk og ROP-lidelser:

"Vanskelig å få til gode dagtilbud for de med alvorlig psykisk lidelse, de som ikke klarer å stå i opplegg over tid. Kunne ønske at NAV hadde mer muligheter til å stille opp med varig tilrettelagte plasser. Noen kommer ikke i arbeid, men har ikke godt av å gå hjemme. Ressurskrevende brukere som vil trenge mye fra kommunen i perioder. Disse trenger og innleggelse på døgnpost i perioder, selv om de kan bo i egen bolig i lange perioder. Vanskelig å få inn på sjukehus fordi det er lite bedringspotensial, og få sengeplasser." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

"Vedr. hovedforløp 3: noen har et veldig godt tilbud, mens for enkelte brukere, spes. de m/ROP utfordringer, kan det være vanskelig å få til et godt tilbud." (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere kommuner rapporterer derimot om gode tilbud til de med lettere og kortvarige psykiske problemer og rusproblemer i hovedforløp 1:

"Vi synes vi har et svært godt tilbud til gruppen milde og kortvarige problemer. Tilbudet er bra fordi vi er tidlig i kontakt med brukere ved behov for kortvarig hjelp. Vi går inn med mye hjelp til å begynne med og erfarer at vi kan trekke oss ut etter hvert. God erfaring med dette. Vi har kort/ingen ventetid på rus og psykisk helsehjelp. Vi har nok et litt dårligere tilbud til de med alvorligere lidelser. Da ser vi spesielt rettet mot de med alvorlige rusproblematikk." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

"Hovedforløp 1: Kommunen kan tilby samtalemetodar som kognitiv terapi og Motiverande samtale. Rask psykisk helsehjelp til dei som vert meldt til tenesta. Lite aktivt informasjonsarbeid. Kan bli bedre i å gjere tenesta kjent for kommunen sine innbyggjarar. Hovedforløp 3: Ikkje tilfredsstillande tilbod innan aktivitet, arbeid og sosiale møtepunkt. For få bustader." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

"Kommunen har et godt tilbud til hovedforløp 1. Når det gjelder brukerguppen med rusproblemer, så har vi et dårlig tilbud til de som trenger bemannede boliger, ergo trekker dette ned til middels." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Selv om nær én av fire kommuner rapporterer om en bedring i heldøgns botilbud til sine brukere det siste året, er det fortsatt en del kommuner som rapporterer om manglende døgnbemannede tilbud/botilbud:

"Kommunen har ikke noe døgnbemannet botilbud hverken for personer med rusproblem eller psykiske problem. Vi har et godt lavterskeltilbud for personer med rusproblematikk men dårlig aktivitets-/dagtilbud for personer med psykiske lidelser." (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

"Hovedsatsingen til kommunen har vært å bygge opp tilbud for hele brukergruppen. Utfordringene ligger fortsatt på brukergruppen med alvorlige og langvarige problemer/lidelser da det mangler gode botilbud/bemannede boliger." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Også manglende aktivitetstilbud (særlig på kveld og helg) til brukergruppen er en utfordring i mange kommuner:

"Mangler tilfredsstillende botilbud, mangler ift støttekontakttjenesten, mangler lavterskel aktivitetstilbud" (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

"Kommunen mangler aktivitetstilbud til alle grupper, men det får størst konsekvenser for gruppe 3. De er ofte ikke i et aktivitetsløp gjennom Nav heller, slik at de må aktiviseres gjennom kommunale tilbud." (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

En tilbakevendende kommentar er at pasienter blir skrevet for raskt ut fra spesialisthelsetjenesten:

"Spesialisthelsetjenestens nedbygging skjer raskere enn hva kommunen makter å bygge opp av tjenester og kompetanse hos ansatte" (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

"Vi opplever at pasienter i boligene innenfor rus- og psykiatri får et godt tilbud. Psykiatriteamet får svært mange søknader og pasienter fra spesialisthelsetjenesten i hovedforløp to, noe som medfører for liten kapasitet til å ivareta pasienter i hovedforløp tre optimalt." (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er imidlertid også kommuner/bydeler som rapporterer om et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegene:

"Stor grad av tverrfaglighet rundt alvorlige og langvarige problemer, tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten." (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

"Forløp 1: Vert ofte ivareteke av fastlege i samarbeid med psykiatrisk sjukepleiar (legeressurs er ikkje rekna med her) Forløp 2: Ivareteke av fastlege og psykiatrisk sjukepleiar samt miljøarbeidar Forløp 3: Ivareteke av fastlege og psykiatrisk sjukepleiar samt miljøarbeidar, og i samarbeid med spesialisthelsetenesta. Vi har eit betre tilbod for psykiske lidingar enn for rusproblematikk." (Kommune med under 2000 innbyggere)

"Milde og kortvarige forløp har tilbod om tenester, men det er terskel for å ta dei i bruk førebels. Kortvarige lidingar har god oppfølging samarbeid nav, heimeteneste, lege og psykisk helse/rus frå kommunalt nivå. Noko interkommunalt samarbeid med nabokommune i komplekse saker. Alvorlege og langvarige forløp har eit godt tilbod i samarbeid med spesialisthelsetenesta" (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

6.8 KOMMENTARER (TJENESTER TIL BARN OG UNGE)

I det tilsvarende kommentarfeltet til fordeling av årsverk på hovedforløp for tjenester rettet mot barn og unge, er det mange som bare henviser til kommentarene som ble gitt i tjenester til voksne. Flere svarer at de ikke tenker hovedforløp på samme måte i tjenester for barn og unge som for voksne, at de synes det er vanskelig å besvare disse spørsmålene (særlig små kommuner der "alle

jobber med alt"), samt at barn og unge med alvorlige og langvarige helseproblemer i stor grad følges opp i spesialisthelsetjenesten og gjennom barnevernet:

"Vanskelig å si noe på Hovedforløp 3: er ikke så mange av dem i kommunens tilbud, de henvises til spesialisthelsetjenesten" (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

"Barn og unge i kat 2 og 3 er vanskelig å gi en vurdering på. Disse jobbes det mest med i spesialisthelsetjenesten. Barnevernet har tiltak, men dei tiltaka har me ikkje opplysningar om. Barnevernet har eige rapporteringssystem." (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

"Vanskelig med indeling da vi har så liten samlet ressurs. Jobber fleksibelt. Mangler psykologressurs. Samarbeider med BUP og barnevern." (Kommune med under 2000 innbyggere)

En kommune med i overkant av 20 000 innbyggere beskriver kompleksiteten i å jobbe med barn og unge med psykiske problemer eller rusproblemer:

"Dette synes jeg var vanskelig å besvare. Når barn og unge får psykiske helseutfordringer og/eller rus er det kommunale tilbudet bare en liten brikke i det tilbudet familien får. Det er mange aktører inne i et barn/ungdommens liv og det er kanskje den største utfordringen når en skal jobbe med så store utfordringer. Ofte er det jo ikke slik at det er et barn eller en ungdom med utfordringer, det er jo oftest en hel familie som er rammet av at et barn eller en ungdom er syk. Når en skal vurdere dette spørsmålet må en jo se både hva skole, helsesøster, kommunepsykolog, kulturenheten og BUP tilbyr. Ikke enkelt å gi en samlet besvarelse på. Men barnevernet ser at mange familier som har barn med alvorlige psykiske helselidelser strever i sin hverdag og fra tid til annen erfarer vi foreldre som «gir opp» å ha omsorgen for sine barn fordi utfordringene blir for store." (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

En annen kommune poengterer at det samarbeides stadig bedre om denne målgruppen:

"Hovedfokus for tjenestene som gis til barn og unge er tidlig intervensjon. Familiesenteret (Barnevern, PPT og Familiehelsetjenester) har mange tiltak og mye samarbeid. Vi har mye å gå på implementering. Vi ser konturene av bra samarbeid, men vi har lengre å gå i forhold til de med langvarige og sammensatte vansker." (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det er også behov for økt kompetanse og mer spesialiserte tiltak når kommunene skal hjelpe barn og unge som også har tilbud i spesialisthelsetjenesten.

"Kommunalt nivå har god erfaring på å kartlegge/avdekke, men har et lite tilfredsstillende tilbud til direkte tiltak, oppfølging. For mange barn/unge er det et behov for tettere oppfølging/behandling, både i forhold til tilbud og kompetanse etter at spesialisthelsetjenesten har trukket seg tilbake/ut." (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

5.7 OPPSUMMERING

For andre gang har alle norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor tre hovedforløp definert i veilederen

«Sammen om mestring». Kommunene skulle også vurdere sine samlede tilbud til hhv. voksne og barn og unge innenfor hvert forløp.

I 2015 hadde få kommuner praktisk erfaring med å kategorisere brukere og ressursbruk i henhold til hovedforløpene, og det var store mangler i rapporteringen. I rapporteringen for 2016 var det fortsatt en del kommuner som gav tilbakemelding om at dette var utfordrende, men det var i år flere kommuner som rapporterte noe på dette spørsmålet, og det er gjort en mer presis fordeling av årsverkene på de ulike hovedforløpene sammenliknet med 2015. 92 prosent av kommunene/bydelene oppgav ressursbruk (årsverk) i henhold til hovedforløp i tjenester til voksne, mens 75 prosent gjorde det samme i tjenester for barn og unge.

Det ble ikke rapportert om store endringer i fordelingen i tjenester for voksne, fortsatt går majoriteten av årsverkene til voksne brukere med alvorlige og langvarige lidelser. Antall årsverk som går med til brukergruppen i hovedforløp 2 har steget med fire prosentpoeng (fra 24 til 28 prosent), på bekostning av brukergruppen i hovedforløp 3 (ned fra 66 til 61 prosent). I tjenester til barn og unge er fordelingen av årsverk på ulike hovedforløp omtrent uendret fra 2015, med en to prosentpoengs økning i hovedforløp 1, og en tilsvarende reduksjon i hovedforløp 3. Hovedforløp 1 er den største brukergruppen i tjenester for barn og unge med 47 prosent av årsverkene.

Alt i alt vurderer fagpersonell i kommunene/bydelene det samlede tilbudet til alle brukere av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid til å være godt. Det er også en framgang i vurderingene fra 2015, særlig når det gjelder hovedforløp 1 og 2 for både voksne og barn og unge. Den prosentvise andelen kommuner som mener de har et dårlig eller svært dårlig tilbud til barn og unge med alvorlige og langvarige problemer har sunket fra 20 prosent i 2015 til 16 prosent i 2016 (for de som har gitt en felles vurdering av psykisk helse- og rustilbud). Til sammenlikning vurderte 8 prosent av kommunene/bydelene tilbudene til voksne å være dårlige eller svært dårlige.

Kommentarfeltet til spørsmålene om hovedforløp viser kort oppsummert at:

- Ikke alle kommuner tenker i forløp i henhold til veilederen og synes denne rapporteringen er utfordrende.
- De største manglene i tilbudet synes å gjelde voksne (særlig rusavhengige) i hovedforløp 3, mens mange svarer at de har gode tilbud til de i hovedforløp 1 med lettere og kortvarige psykiske problemer og rusproblemer. Mangel på bolig, tilrettelagte aktivitetstilbud og tilbud på kveld/natt er en utfordring i mange kommuner.
- Flere kommuner opplever at pasienter blir skrevet for tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, og at kommunen ikke er rustet til å ta imot, men det er også flere kommuner som beskriver et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Ut fra kommentarene kan det synes som det er mindre vanlig å tenke hovedforløp i tjenester for barn og unge, og at barn og unge tilhørende hovedforløp 3 i stor grad behandles i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med barnevernet. Mange nevner forebygging og tidlig intervensjon som fokus i tjenestene til barn og unge.

6 BRUKERMEDVIRKNING

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.meld.nr. 63, 1997-1998) og i årene etter at planen var gjennomført i 2008, har brukerperspektivet fått en stadig større rolle i helsetjenestene. Også Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009) og Folkehelsemeldingen – "Mestring og muligheter" (Meld. St. 19 (2014-2015)) framhever brukermidvirkning som et viktig aspekt i utviklingen av tjenestene. En gjennomgang av *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* de siste tre årene, viser at brukermidvirkning er diskutert i de aller fleste nummer av tidsskriftet i denne perioden. (Husøy, 2015) tok for seg brukerperspektivet i psykisk helsevern i et historisk lys og peker på at det fortsatt er mangler når det gjelder systematisk bruk av brukererfaringer på dette feltet. I artikkelen "Brukermidvirkning og samarbeid – vanskelige mål å kombinere?" konkluderer (G. Hansen & Ramsdal, 2015) med at brukerne fortsatt ikke er representert der de faktiske beslutningene i tiltak og tjenester på psykisk helsefeltet tas. Rusfag 2/2016 har også brukermidvirkning som hovedtema for utgivelsen.

(Slettebø, Brodtkorp, & Dalen, 2012) studerte brukernes egne erfaringer med kollektiv brukermidvirkning i sosialtjenesten (HUSK-prosjektet, 2007-2011). Undersøkelsen oppsummerte med følgende sentrale aspekter for vellykket brukermidvirkning:

- faktiske erfaringer med midvirkning
- fagfolkernes relasjonelle kvaliteter
- verdien av å anerkjenne brukernes erfaringsbaserte kompetanse
- at brukerne involveres i starten av prosjektet
- opplæring i brukermidvirkning
- organisasjonstilknytning
- personlige kvalifikasjoner hos brukeren

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter og brukere en nedfelt rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Midvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014)⁷ framhever brukermidvirkning og legger til grunn at brukeren skal betraktes som en likeverdige partner i diskusjoner og beslutninger som angår dem.

Årsverksrapporteringen (IS24/8) har over flere år samlet informasjon om kommunenes bevilgninger til brukermidvirkning. I ledeteksten til spørsmålet står det at bevilgningene kan omfatte støtte til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og/eller deres pårørende som skal sikre brukermidvirkning på systemnivå. Det er også spesifisert at midlene

⁷ Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

omfatter brukerråd o.l. I 2016 ble det i tillegg spurt om kommunene har drevet systematisk kartlegging av brukererfaringer det siste året.

Vi har gått gjennom kommentarfeltet til spørsmålet om bevilgning av midler til brukermedvirkning. Dette er noen av tiltakene som får tilskudd fra kommunene:

- Fontenehusene
- Frivillighetssentraler
- BlåKors
- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Marborg
- Anonyme alkoholikere
- A-larm
- Mental Helse
- Rådet for psykisk helse
- Verdensdagen for psykisk helse
- Angstringen
- LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
- Sorg og Omsorg
- Incestsenteret /Senter for incest og seksuelle overgrep
- Amathea
- Voksne for barn
- Kirkens SOS
- Brukerforum/brukerråd/brukerutvalg (også i NAV)
- Redningsvesten - etterverngruppe
- Redningsplanken - pårørendegruppe
- Lokale aktivitetssenter
- Treningskontakt med brukererfaring
- Gratis lokaler til brukerorganisasjoners lokallag (indirekte bevilgning)

En del kommuner oppgir at de ikke har aktive bruker- eller pårørendeorganisasjoner. For 2014 oppga 243 kommuner (57 prosent) 0 kr til brukermedvirkning. Antallet som rapporterte 0 kr ble redusert til 223 (52 prosent) i 2015. Gjennom kvalitetskontrollen sjekker vi opp kommuner som har en avvikende rapportering fra året før, men for de som ikke oppgir noe beløp på dette spørsmålet år etter år, er vi prisgitt at de har vurdert spørsmålet og svarer korrekt. I 12 av kommunene har respondentene kommentert at de ikke vet om kommunen har bevilget penger til dette formålet. Vi antar at beløpet på nasjonalt nivå gir et minsteestimat på hvor mye som gis til brukermedvirkning til denne målgruppen i kommunene. I dette kapittelet ser vi på svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2015? (det spørres alltid for året før på dette spørsmålet, slik at man får summen for hele året)
 - Her presenteres en tidsserie tilbake til 2007
- Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene (Ja/Nei)

- Hvis ja, benyttes dette som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene?

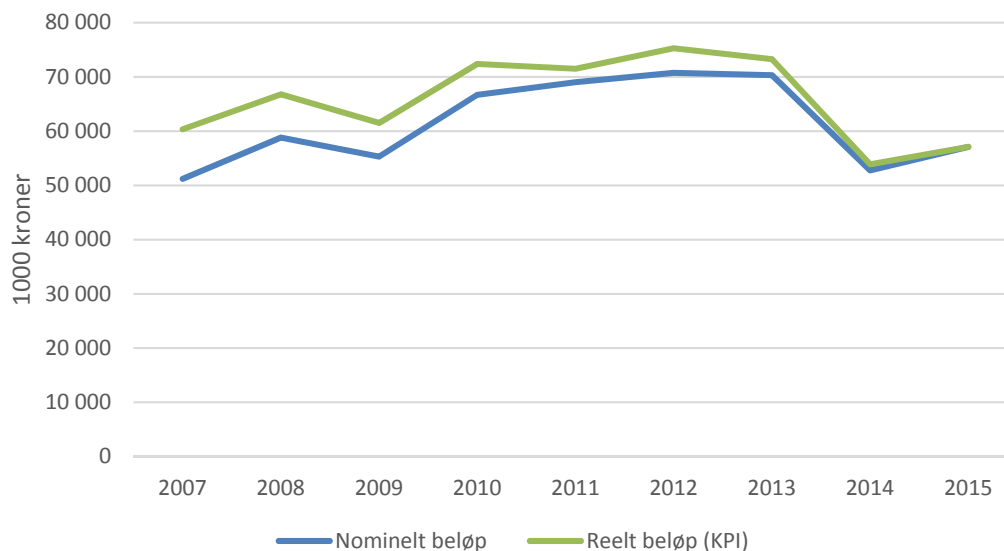
6.1 BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM

Totalt har kommunene rapportert at de har bevilget i overkant av 57 millioner kroner til brukermedvirkning i 2015 (se tabell 6.1 og figur 6.1). I 2014 var tallet nær 53 millioner, noe som representerte en kraftig nedgang fra 2013.

Tabell 6.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2015 (i 1 000 kroner)

År	Nominelle beløp	Endring i prosent	Reelle beløp (KPI)	Endring i prosent
2007	51 200	-	60 352	-
2008	58 800	15	66 777	11
2009	55 300	-6	61 503	-8
2010	66 695	21	72 391	18
2011	69 036	4	71 503	-1
2012	70 747	2	75 270	5
2013	70 328	-1	73 263	-3
2014	52 776	-25	53 894	-26
2015	56 861	8	56 861	6

*Inflasjonsjustert til 2015-kroner basert på konsumprisindeksen (KPI) beregnet av Statistisk sentralbyrå (SSB).



Figur 6.1 Beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form fra kommunene samlet, 2007-2015.

Tabellen under viser fordelingen etter kommunistørrelse, der de største kommunene gir mest per innbygger, etterfulgt av kommuner med mellom fem og ti tusen innbyggere.

Tabell 6.2 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2015 (i 1 000 kroner)

Antall innbyggere	Beløp	Antall innbyggere	Kr. per innbygger (vektet)
<2000	441	115 710	3.8
2000-5000	1 639	423 021	3.9
5000-10000	11 613	621 310	18.7
10000-20000	2 951	822 100	3.6
20000-50000	4 361	1 641 934	2.7
50000 og større	35 856	1 589 910	22.6
Totalt	56 861	5 213 985	11.0

På landsbasis ble det rapportert om ca. 11 kr per innbygger til brukermedvirkning i psykisk helse og rus-tjenester i kommunene. Oslo ligger i gjennomsnitt på ca. 16 kr per innbygger til brukermedvirkning. I tillegg til at bydelene bevilger midler til brukerorganisasjoner o.l., forvalter Velferdsetaten den kommunale tilskuddsordningen til bl.a. brukerorganisasjoner, ideelle organisasjoner og stiftelser som har fokus på brukermedvirkning.

6.2 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARINGER SISTE 12 MÅNEDER

I fjorårets rapportering var det fokus på om kommunene hadde ansatt eller engasjert erfaringskonsulent eller hadde en medarbeider med brukererfaring innen psykisk helse og rus. For 2015 svarte kun 16 prosent av kommunene at de hadde ansatte med brukererfaring eller hadde engasjert erfaringskonsulent. I årets rapportering ble det ikke spurt om erfaringskonsulenter, men om kommunen på en systematisk måte hadde hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene. Dette spørsmålet ble også stilt i 2015. Resultatene for 2015 og 2016 er presentert i tabell 6.3. Flere av kommunene har besvart spørsmålet i 2016 og en betydelig andel flere kommuner sier de har innhentet brukererfaringer på en systematisk måte i 2016, sammenliknet med 2015. Fortsatt har majoriteten av kommunene (58 prosent) ikke innhentet brukererfaringer på en systematisk måte.

Tabell 6.3 Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene?

	Antall 2015	Prosent	Antall 2016	Prosent
Ja	132	34	171	42
Nei	253	66	239	58
Total	385	100	410	100
Ikke oppgitt	43		18	
Antall kommuner	428		428	

6.3 BRUKERERFARINGER SOM GRUNNLAG FOR KVALITETSFORBEDRING I TJENESTEN

Blant de som svarte at de hadde hentet inn brukererfaringer i løpet av de siste 12 månedene ble det også spurt om de hadde benyttet brukererfaringene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Av de 171 kommunene som hadde oppgitt å ha hentet inn brukererfaringer, svarer 162 (95 prosent) at de har benyttet erfaringene til kvalitetsforbedring. To kommuner svarer at de ikke har brukt erfaringene, mens sju kommuner har unnlatt å svare.

I et åpent spørsmål om på hvilken måte kommunen benytter brukererfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, viser svarene at det mest vanlige er å etablere brukerråd og å gjennomføre brukerundersøkelser i målgruppen. De kommunene som har ansatt egne erfaringskonsulenter, oppgir disse som eksempel på hvordan kommunen bedriver systematisk brukermedvirkning. Ellers nevnes blant annet Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), Brukerplan, Bruker-spør-bruker, bruk av Ungdata og egne kartleggingsverktøy fra KS som verktøy for å drive brukermedvirkning. Flere kommuner sier at de ikke har direkte systematisk innhenting av brukererfaringer, men at brukere inviteres til å delta i møter eller fagdager i forbindelse med plan- og organisasjonsarbeid, og at brukernes ønsker og innspill generelt blir lyttet til i møtet med de ansatte.

For øvrig er det få forskjeller å spore i svarene fra 2015 til 2016, og det henvises til kapittel fem i fjorårets rapport for en mer detaljert gjennomgang av eksempler på hvordan kommunene driver brukermedvirkning i praksis.

7 INDIVIDUELL PLAN

Formålet med individuell plan og koordinator, jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1, er å:

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan. Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan.

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern jf § 2-5. Rett til individuell plan i pasient- og brukerrettighetsloven.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Individuell plan, skal Helseforetaket utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

I dette kapittelet analyserer vi svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- Får alle som burde ha Individuell Plan, tilbud om det? (Ja, Nei, Vet ikke)
 - Hvis nei, hva tror dere er årsaken til dette? (åpent)
- Prioriterer kommunen arbeidet med Individuell Plan?
 - Hvis ja, på hvilken måte?
 - Hvis nei, hvorfor ikke?
- I hvilken grad:
 - bidrar individuell plan til at brukere/pasienter får helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten?
 - er individuell plan viktig for at brukere skal få helhetlig og koordinert oppfølging mellom aktører internt i kommunen?
 - varsler helseforetaket kommunen raskt når en pasient som skal motta tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, har behov for individuell plan?

- Hvordan fungerer koordinerende enhet i kommunen når det gjelder tilrettelegging for Individuell Plan?

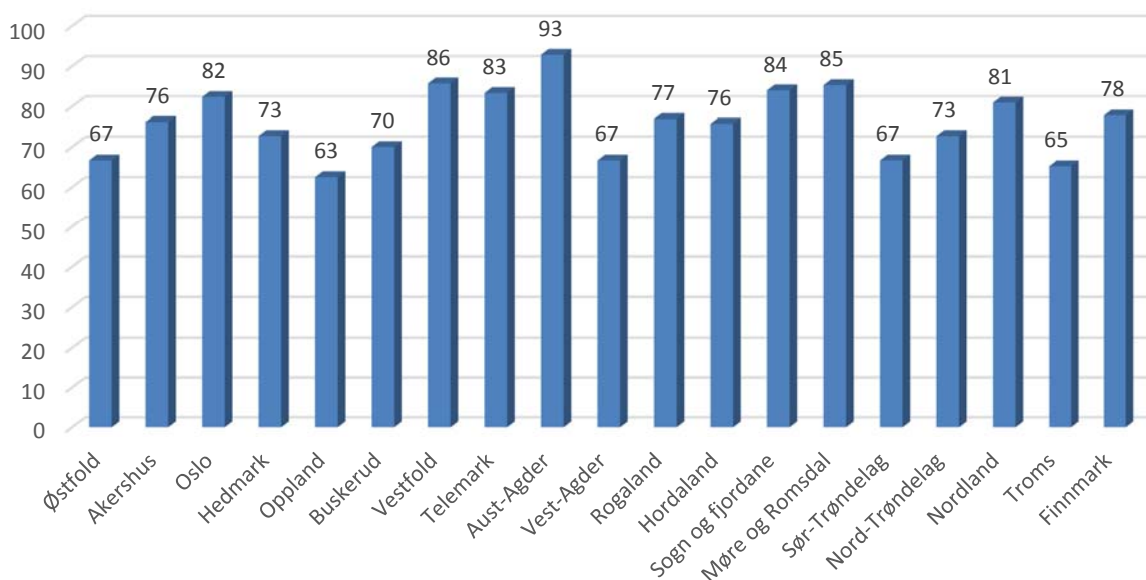
7.1 FÅR DE MED BEHOV FOR IP TILBUD OM IP?

Totalt har 414 kommuner (97 prosent) svart på spørsmålet om de med behov for IP får tilbud om IP. På landsbasis svarer 76 prosent av kommunene at de som har behov for IP får tilbud om IP, 16 prosent svarer nei og 8 prosent svarer vet ikke. Andelen som svarer nei, er høyest blant kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere, men det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse ($P>0.05$).

Tabell 7.1 Prosent av kommunene som har svart de ulike alternativene. N=414 (97 prosent).

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt
<2000	85	10	5	100
2000-5000	79	11	11	100
5000-10000	71	19	10	100
10000-20000	68	23	9	100
20000-50000	66	29	5	100
50000 og større	80	13	7	100
Landet	76	16	8	100

Det er variasjon i andel kommuner som svarer bekreftende når vi grupperer kommunene etter fylke. Oppland har lavest andel (63 prosent), mens Aust-Agder har høyest andel (93 prosent).



Figur 7.1 Andel kommuner i hvert fylke som svarer at alle som har behov for IP får tilbud om IP. N=414.

Av de 65 kommunene som svarer at ikke alle med behov for IP får tilbud om IP (de som svarer nei), er det det 63 kommuner som oppgir en begrunnelse.

Vi har gått gjennom de 63 svarene og kodet de etter metoden beskrevet i kapittel 2.6. Dersom flere årsaker er oppgitt, er årsakene kodet i alle relevante kategorier. Tabell 5.2 viser at den hyppigste nevnte årsaken til at ikke alle har IP, er at mange brukere ikke ønsker IP. Den nest hyppigst beskrevne årsaken, er at tjenestene ikke har kapasitet til å følge opp kravet om IP.

Tabell 7.2 Koding av åpne svar på hvorfor ikke alle med behov for IP får IP. Antall og andel i ulike kategorier. N=63

	Antall	Prosent
Bruker ønsker ikke	16	25
Ikke kapasitet	13	21
For lite kunnskap blant de ansatte	12	19
Ikke behov, har godt samarbeid rundt brukerne	11	17
Gir ikke informasjon til brukerne	10	16
Mangel på rutiner	8	13
Har ikke effektive system, tungvint	5	8
Erfarer at det ikke fungerer så godt, selger ikke inn	4	6
Lav nytte	3	5
Er ikke i posisjon	1	2

Disse svarene utdypes videre i kapittelet.

7.2 PRIORITERER KOMMUNEN ARBEIDET MED INDIVIDUELL PLAN?

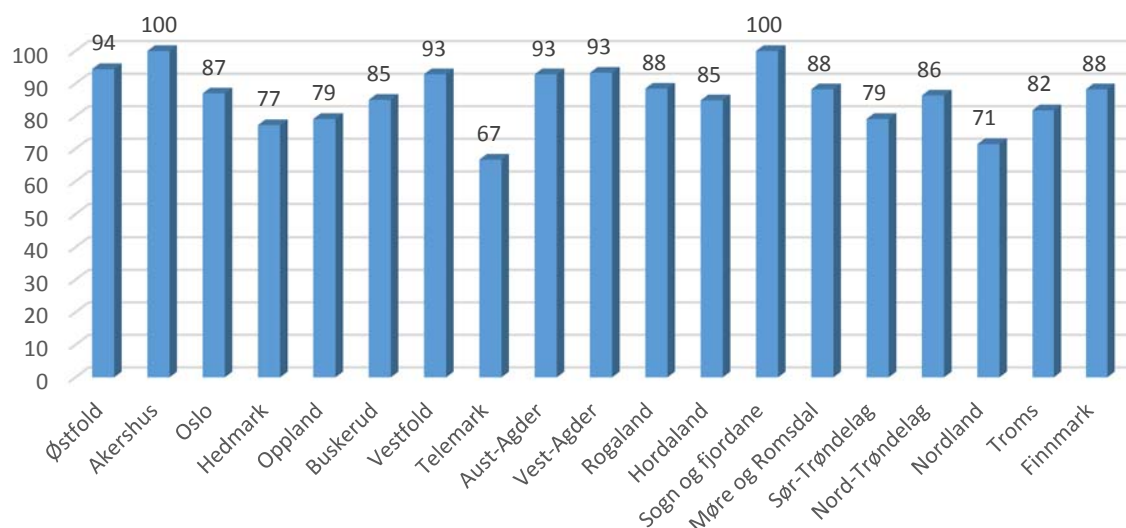
Det er forskjell på om brukere med behov for IP får IP, og om kommunene prioriterer arbeidet med IP. Selv om det vil være sammenfall, er det mulig at kommunen prioriterer IP selv om tjenestene kan ha mange brukere med behov for en plan, uten at de har det. For eksempel at de har mange brukere som ikke ønsker IP. Av de som svarer at ikke alle med behov for IP får det, er det 60prosent som svarer at de prioriterer arbeidet med individuell plan.

Totalt svarer 85prosent av kommunene at de prioriterer arbeidet med IP, mens 15prosent sier at de ikke gjør det. I de største kommunene svarer samtlige kommuner at de prioriterer dette arbeidet, med unntak av to bydeler i Oslo.

Tabell 7.3 Prioriterer kommunen arbeidet med IP. N=412 (96prosent)

	Ja	Nei	Total
<2000	81	19	100
2000-5000	80	20	100
5000-10000	87	13	100
10000-20000	95	5	100
20000-50000	88	12	100
50000 og større	100	0	100
Landet	85	15	100

Det er også noen fylkesvise forskjeller, se figur 7.2. Lavest andel kommuner som prioriterer IP-arbeid finnes i Telemark, der to av tre kommuner svarer at de prioriterer arbeid med IP. I Oslo er det 87prosent av bydelene (13 av 15) som svarer at de prioriterer dette arbeidet. Kommunene i Nordland og Telemark ligger systematisk lavere enn kommuner i de andre fylkene ($P < 0.1$).



Figur 7.2 Andel kommuner i hvert fylke som svarer at de prioriterer arbeidet med IP. N=412.

7.3 HVA GJØR KOMMUNER SOM PRIORITERER IP?

Totalt har 345 kommuner og bydeler svart på hvilken måte de prioriterer IP. Vi har brukt samme metode som i kapittel 7.1 og fordelingen er vist i tabell 7.4.

Tabell 7.4 Koding av åpne svar på hvorfor ikke alle med behov for IP får IP

	Antall	Prosent
Etablert koordinerende enhet	80	23
Tatt i bruk nettbasert IP/planlegges innført	59	17
Alle med behov får tilbud om IP, men ikke alle ønsker IP	58	17
Opplæring av ansatte	51	15
Opplæring og veiledning av koordinatorene	47	14
Definert ansvarlig fagperson/system koordinator	35	10
Bedre rutiner, mal og prosedyrer	29	8
Fokus på systemnivå	18	5
Informerer/tilbyr IP til nye brukere	17	5
Tilbyr IP til alle som mottar tjenester	16	5
Tildelings-kontor/tjenestetteam/forvaltningsenhet	11	3
Tverrfaglige møter/ressursgruppe	10	3
Ansatt eget koordinator team/nettverk/arbeidsgruppe	7	2
Bedre informasjon til brukere	4	1
Antall aktive IP er en av flere kvalitetsindikatorer for mål og resultatstyring	3	1
Forenklinger i planen	3	1
Fortsetter å spørre om de sier nei først	3	1

Vi ser nærmere på noen av de hyppigst oppgitte måtene IP blir prioritert på.

KOORDINERENDE ENHET

Mange kommuner nevner koordinerende enhet som en viktig årsak til at de får prioritert arbeidet med IP. Alle kommuner og regionale helseforetak er gjennom lov og forskrift pålagt å ha en koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering. Plikten til å etablere koordinerende enhet i kommunene er utdypet slik i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6:

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

Åtti av de 345 kommunene har nevnt koordinerende enhet (KE). Flere beskriver hvilken rolle KE har i arbeidet med IP:

Det er etablert en koordinerende enhet i kommunen. Denne har register over IP, samt mottar henvendelser vedr personer som kan være i behov av IP. Det er praksis å informere om, og tilby, IP innen psykisk helse- og rus, rehabilitering, funksjonshemmede og helsestasjon (kommune med 5000-10 000 innbyggere).

Noen kommuner nevner at etablering av KE kan ha ført til at arbeidet med IP har blitt mer systematisk:

Etablert Koordinerende Enhet og utdannet koordinatører. Vi ser at tjenestene til brukerne blir bedre når vi jobber systematisk (kommune med < 2000 innbyggere).

Men flere kommuner svarer at IP brukes for andre målgrupper, men ikke for brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer:

Kommunen har opprettet Koordinerende enhet. IP er i utstrakt bruk f. eks. i Miljøterapeutisk avdeling. Denne avdeling yter tjenester til funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede (kommune med 20000-50000 innbyggere).

Ved at alle som har behov for det/har en diagnose får utarbeidet en IP. Gjennomgående innenfor oppvekst og introduksjonsprogrammet. På rus og psykisk helse har vi ingen for tiden (liten kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Det er derfor vanskelig å si om kommunene har svart på spørsmålene om IP for brukere generelt eller om svarene gjelder målgruppen. Vi kommer tilbake til erfaringene med KE når det gjelder IP i slutten av kapittelet.

ELEKTRONISK IP

Mange kommuner har implementert elektroniske IP, og en del er i startfasen på å ta det i bruk, men 80prosent nevner ikke elektronisk eller nettbasert IP. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke har det, men at de ikke har trukket det frem fordi vi ikke har spurt eksplisitt om det.

Av elektroniske løsninger nevnes Visma Flyt SamPro og ACOS Individuell Plan:

Det arrangeres kurs og egne fagmøter for koordinatorene. Benytter SamPro som samarbeids- og koordineringsverktøy (kommune med 10000-20000 innbyggere)

ACOS IP er innført. Informasjon skriftlig og muntlig til bruker, først og fremst de som har sammensatte behov og flere tjenester (Bydel)

Men det er ingen som eksplisitt beskriver hvordan de elektroniske løsningene fungerer for brukerne. SamPro skal gjøre brukerne mer aktive:

Man har nå elektronisk tilgang, som gjør at det er mer tilgjengelig for bruker, og lettere å følge opp for apparatet rundt. Det tilbys egne opplæringsprogram for alle ansatte samt brukere som har vedtak i tjenestene (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men ikke alle i målgruppen oppleves å ha forutsetninger for denne aktive deltakelsen eller har tilgang til PC:

Pasienter med langvarige sammensatte tjenester blir rutinemessig spurt om de ønsker individuell plan. Utfordringen er at innenfor denne gruppen er det mange som mangler tilgang til pc og mangler datakunnskap og kommunen har elektronisk individuell plan (Sampro) (kommune med 5000-10000 innbyggere).

ALLE MED BEHOV FÅR TILBUD OM IP, MEN IKKE ALLE ØNSKER IP

Svært mange kommuner sier at alle som ønsker en individuell plan, får utarbeidet en plan. At brukeren selv ikke ønsker IP, kan være hovedforklaringen på at mange ikke har IP. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17 sier at Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende.

Det samme gjelder ved oppnevning av koordinator.

Alle får tilbud, men mange ønsker ikke IP (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Vi har fokus på dette arbeidet ved oppstart av tjenester, samtidig opplever vi at flere brukere med sammensatte behov takker nei til IP (kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Vi informerer om og tilbyr aktuelle tjenestemottakere koordinator og IP. Opplever at mange sier nei (kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Dersom ikke brukeren ser nytten av IP, hjelper det ikke at hjelpeapparatet ønsker det:

Vi brukte en del ressurser i 2015 på å få til gode rutiner rundt det å tilby og opprette IP for de som ville ha dette. Prøver nå å bruke IP bevisst sammen med pasienten; i individuelle samtaler, i ansvarsgrupper osv. Imidlertid opplever vi i noen tilfeller at pasienten ikke ønsker IP, selv om hjelpeapparatet absolutt ser nytten av det (kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen få kommuner sier at de forsøker å motivere brukerne til å ta imot tilbud om IP:

Har fokus på dette hele tiden. Alle blir spurt om de vil ha dette, og hva som er fordelene (kommune med 5000-10000 innbyggere)

Vi tar det opp md den enkelte bruker og motiverer til dette (kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen kommuner nevner også at de spør ikke bare en gang, men gjentatte ganger:

Alle blir tilbudt IP, og vi fortsetter å tilby selv om de først sier nei. Etter hvert ser man nytten av den og ber om IP (liten kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Alle bruker som ikke ha plan blir spurt minimum årlig om de ønsker. Det drives opplæring av koordinatorene (kommune med mellom 10000 og 20000 innbyggere).

Barn og unge: Gjelder helsestasjon/skolehelsetjeneste - har dette som målsetting i sitt styringskort at ansatte 2 ganger pr år skal vurdere og tilby IP (stor kommune med over 50000 innbyggere).

De aller fleste kommuner gjør sannsynligvis ikke det, selv om det nok er flere enn de som har nevnt det i begrunnelsen.

Noen respondenter svarer et det er mange barn og unge som har individuell plan, men at mange voksne ikke ønsker det:

Alle får tilbud om å søkje på individuell plan. Om dei takkar ja vert arbeidet med denne prioritert. Opplever dog at mange vaksne er skeptiske til å motta tilbudet om individuell plan. I forhold til barn og unge er individuell plan mykje nytta (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

OPPLÆRING AV ANSATTE OG KOORDINATORER

Mange oppgir at de driver opplæring av ansatte i bruk av IP:

Bydelen holder jevnlig kurs for ansatte i bruk av Individuell Plan.

Egen ansatt i tildelingsenheten jobber med dette og kommunen har tatt i bruk elektronisk IP; Sampro. Alle ansatte i tjenesten har fått opplæring i dette (kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen inkluderer også brukerne i opplæringsarbeidet:

Man har nå elektronisk tilgang, som gjør at det er mer tilgjengelig for bruker, og lettere å følge opp for apparatet rundt. Det tilbys egne opplæringsprogram for alle ansatte samt brukere som har vedtak i tjenestene (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Andre har opprettet en egen gruppe knyttet til elektronisk IP:

Vi har eiga SAMPRO gruppe som lærer opp alle ansatte som nyttar IP plan til sine pasientar/brukarar (kommune med 2000-5000 innbyggere).

Det kan se ut som det er særlig kommuner som har innført elektronisk IP som driver med opplæring av ansatte. Det antas da at opplæringen i stor grad handler om bruk av det elektroniske verktøyet.

DEFINERT ANSVARLIG FAGPERSON/SYSTEM KOORDINATOR

En del kommuner oppgir at de har en definert ansvarlig fagperson for IP, og at dette bidrar til at de prioriterer arbeidet med IP i større grad enn tidligere.

Tema på fagmøter, egen IP-ansvarlig i bydelen, Web basert IP, koordineringsansvar ut i de forskjellige enhetene.

Systemmøter kva 14.dag. Kjøpt nettbasert ip. Frikjøpt 20prosent stilling til systemarbeid rundt IP (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Noen har jevnlig fagsamlinger for opplæring:

To fagsamlinger pr år for opplæring i ansvarsgrupper og individuell plan. To personar som har ansvar for individuell plan og opplæring av tilsette. Har kjøpt inn verktøyet Sampro (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Tema på fagmøter, egen IP-ansvarlig i bydelen, Web basert IP, koordineringsansvar ut i de forskjellige enhetene.

Det kan være ulikt hvordan kommunene arbeider med IP for voksne og for barn og unge:

Utarbeidet felles rutiner. Det er kjøpt inn et nytt web-basert verktøy, og det er avsatt tid/ressurs til opplæring av ressurspersoner i hver enhet/virksomhet som skal drifte opplæring. Egen habiliteringskoordinator i Helse og omsorg som har ansvar for IP-koordinering/opplæring. Voksne: Det blir dokumentert i pasientjournal hvem som har fått tilbud om IP og evt takket nei (kommune med 10000-20000 innbyggere).

Typisk tilhører systemkoordinatoren KE:

Vi har en systemkoordinator i Koordinerende enhet. Koordinerende enhet er tverrfaglig sammensatt (kommune med 20000-50000 innbyggere).

Vi har KE (koordinerende enhet for barn og unge) + opplæring i ACOS IP + opplæring til ansatte vedr. koordinatorrollen, årlig. Vi har kompetente nøkkelpersoner avsatt for utdanning og oppfølging i tjenesten (kommune med 10000-20000 innbyggere).

ARBEID MED PROSEDYRER, RUTINER OG MAL

I noen kommuner pågår det forbedringsarbeid rundt IP:

Vi er i en prosess med å styrke både kompetanse og utvikle rutiner (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Mens andre har utarbeidet forslag til rutiner:

Vi har utarbeidet forslag til rutiner mtp koordinerende enhet og IP-arbeid, samt at vi har fått økte ressurser til å gjøre arbeidet (liten kommune med færre enn 2000 innbyggere).

I noen kommuner er IP inkludert som en kvalitetsindikator i kvalitetssystemet til kommunen:

Antall aktive IP er en av flere kvalitetsindikatorer som fremkommer i kommunens system for mål og resultatstyring. Rutinebeskrivelser er utarbeidet for å kvalitetssikre kommunens arbeide i praksis som følges opp av de ulike virksomhetene. Kommunen benytter Sampro, der bruker er aktiv deltaker (stor kommune med mer enn 50000 innbyggere).

I minst én region er det satt et tydelig fokus på IP og kommunene samarbeider om å utvikle gode systemer:

Del av et prosjekt for bedring av psykisk helse og rus i regionen. Fokus på felles mal, opplæring i bruk av IP og koordinatorrollen (liten kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Flere kommuner oppgir at de har arbeidet med forenklinger av planen for brukerne:

Alle får informasjon og tilbud om IP på kartleggings samtalen. Det har blitt jobbet med selve planen slik at den er enklest mulig for brukeren. Mal er også lagt inn i fagsystemet (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Flere nevner at de har laget en ny og enklere mal for IP, eller at de prøver ut en forenklet utgave av IP.

FOKUS PÅ SYSTEMNIVÅ

Noen kommuner oppgir at IP er løftet opp i kommunen, og at dette gjør at arbeidet prioriteres:

Individuell plan er eit fokusområde i kommunen. Koordinerende eining har gjennomgang av brukarar med individuell plan og etterspør bruk av individuell plan. Det er årleg opplæring for leiarar og koordinatorar (kommune med 2000-5000 innbyggere).

Kommunen har fokus på individuell plan, og har i disse dager fått opplæring på elektronisk IP, som er et nyttig verktøy for at IP ikkje skal ligge en skrivebordsskuff (kommune med 5000-10000 innbyggere).

At kommunens ledelse løfter opp IP og tilfører nødvendige ressurser, kan være viktig for å få prioritert arbeidet:

Kommunen har koordinerende enhet. Fokus og satsning på å jobbe med IP er implementert i ledelsen i kommunen, det bidrar til at det settes av tid og ressurser til arbeidet. Det er en god del brukere innenfor rus/psykiatri som ikke ønsker IP, disse får allikevel samme tjenestetilbud

og en kontaktperson som hjelper dem til å koordinere/samordne tjenester. Disse får ikke mindre helhetlig oppfølging enn om de hadde IP (kommune med 5000-10000 innbyggere).

SYNLIG I PLANER OG KVALITETSARBEID

En effektiv måte for å få prioritert IP-arbeid kan være at IP er synlig på et overordnet nivå:

Mål om at 50 prosent av brukerne skal ha IP innen utgangen av 2016. Dette er nedfelt i Overordnet tiltaksplan for psykisk helse- og rustjenesten (stor kommune med mer enn 50000 innbyggere)

Det rapporteres månedlig på antall brukere med planer. Ledere har prioritert dette som et innsatsområde (stor kommune med mer enn 50000 innbyggere).

Men for å få til en totalitet i arbeidet, har flere kommuner gjennomført mange tiltak i hele kommunen:

Kommunen har egen stilling for systemansvarlig IP, ansatt er person med tilleggsutdanning i rehab. Holdes jevnlig interne kurs, jobbes mot samarbeidspartnere eksternt, nye veiledere mm implementeres fortløpende i interne prosedyrer. Prosedyrene er gjennomgripende, gjelder for hele kommunen, plassert i kvalitetssystemet Compilo (kommune med 10000-20000 innbyggere).

ANNET

Under annet, er det oppgitt årsaker som at de presenterer planen for brukerne på en litt annen måte enn tidligere og at de bruker tid på å motivere brukerne. En kommune oppgir at de har inngått avtale med NAV om bruk av IP, kanskje fordi IP kan bli en konkurrent til aktivitetsplanen som NAV utarbeider i samarbeid med sine brukere. En kommune oppgir at de har IP koordinator i hver avdeling. En kommune oppgir at de journalfører om bruker har fått tilbud om IP og om de har takket nei. En annen kommune sier at det er klare føringer fra politikerne i kommunene om at IP skal prioriteres. Vi ser litt nærmere på noen av disse punktene.

7.4 ÅRSAKER TIL AT NOEN KOMMUNER IKKE PRIORITERER IP

De 61 kommunene og de to bydelene som svarer at de ikke prioriterer IP, har alle oppgitt minst én årsak og mange har oppgitt flere årsaker. Vi har kodet disse svarene og listen av årsaker er vist i tabell 7.5.

Den vanligste oppgitte årsaken er altså manglende ressurser og kapasitet. Dette kan handle om både ubesatte stillinger og at budsjettsituasjonen ikke tilsier at dette arbeidet kan prioriteres. Ti av kommunene som oppgir at de ikke prioriterer arbeidet med IP, opplever at det fungerer godt med ansvarsgrupper og at IP er overflødig. Like mange kommuner oppgir at mange av brukerne ikke ønsker IP, eller at det er en liten kommune med få brukere generelt. At ikke IP oppleves som viktig nok til å prioriteres, kan både skyldes ressursituasjonen og at nytteeffekten for brukerne oppleves som usikker. Blant de små kommunene som oppgir at de ikke prioriterer IP, er en av hovedårsakene at samarbeidet fungerer godt uten, slik at IP er overflødig.

Tabell 7.5 Hvis kommunen ikke prioriterer IP-arbeid, hva er årsaken?

	Antall	Prosent
Mangler ressurser/kapasitet	12	19
Bedre med ansvarsgrupper	10	16
Få brukere som ønsker	10	16
Ikke viktig nok/prioriteres ikke	8	13
Mangler kompetanse	7	11
Ikke et godt verktøy for mange, usikker nytteeffekt	7	11
Samarbeidet fungerer godt uten IP	6	10
Bedre med koordinator	4	6
Manglende ansvarsplassering	3	5
Få brukere som har behov	3	5
At det er internettbasert	3	5
IP overflødig, finnes annen plan	3	5
Bedre med behandlingsplan	2	3
Mangler system/IP-mal	2	3
Mangler KE	2	3
Skal prioriteres fremover	2	3
For omfattende og krevende for bruker	2	3
Mangler overordnet forankring	2	3

En av kommunene og de to bydelene som oppgir at de ikke prioriterer IP, svarer at det at IP er internettbasert er en ulempe.

Kommunen har kjøpt ett verktøy ACOS IP (Nettbasert og ikke en del av journal) som skal brukes for alle som har behov for IP. Dette verktøyet oppleves som vanskelig å bruke (bydel)

Verktøyet oppleves som lite nyttig, og tungvint å bruke (kommune med 2000-5000 innbyggere)

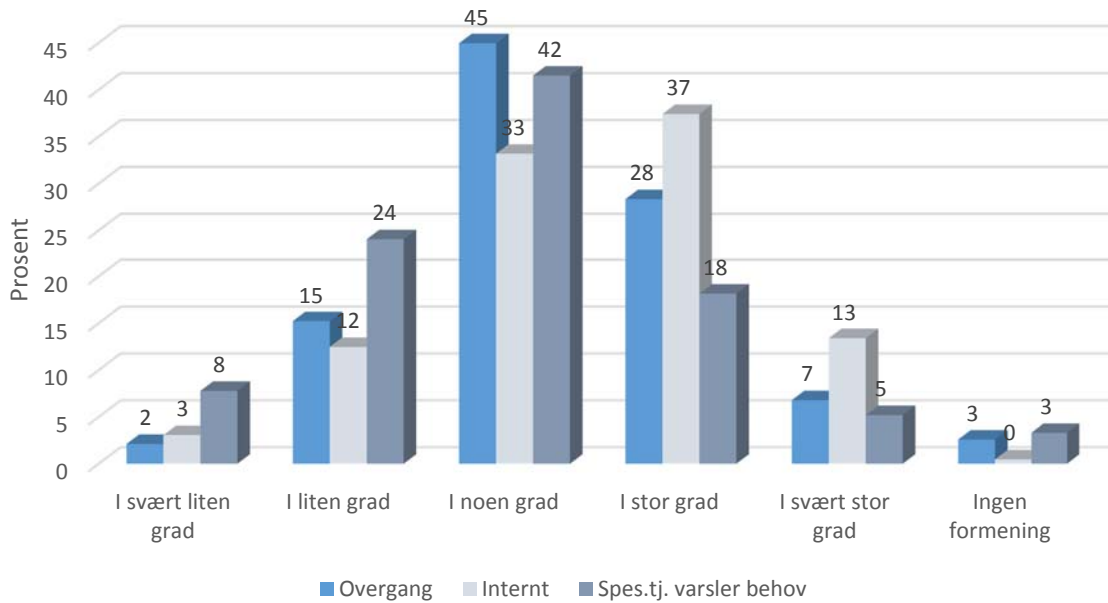
Mangler koordinering av opplæring og rutiner i de aktuelle enhetene. Uklarhet rundt web basert IP (bydel)

Det er også en kommune som oppgir at det er for dyrt å kjøpe elektronisk IP som årsak til at IP-arbeidet ikke prioriteres. En kommune oppgir at det handler om ansattes holdninger til IP.

7.5 HELHETLIG OG KOORDINERT OPPFØLGING – BIDRAG

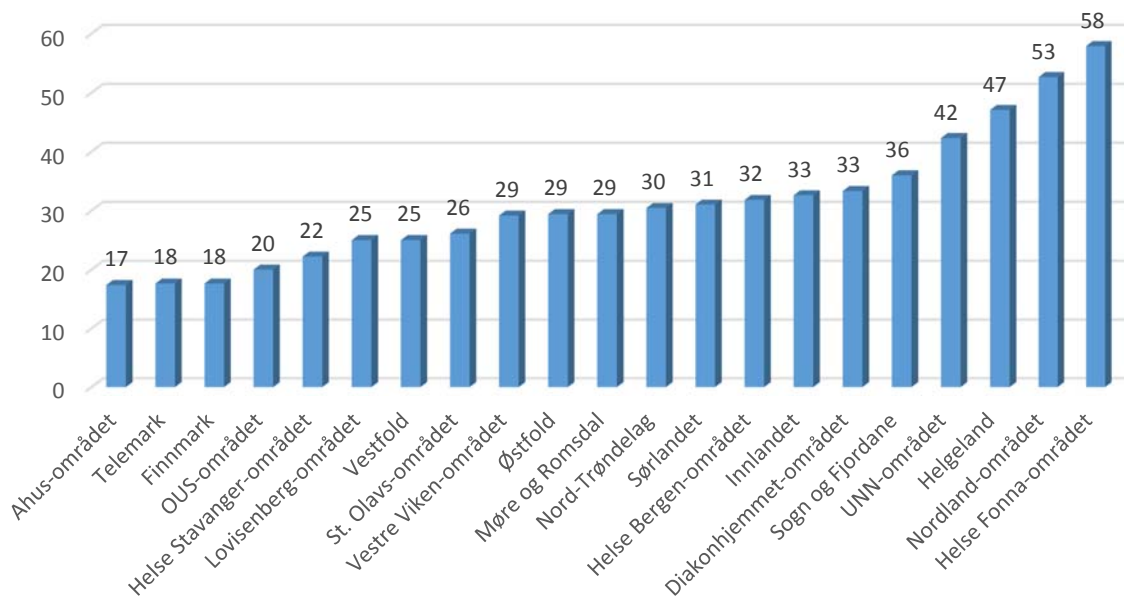
I dette delkapittelet har kommunene svart på i hvilken grad individuell plan bidrar til at brukere/pasienter får helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (overgang) og om IP er viktig for at brukere skal få helhetlig og koordinert oppfølging mellom aktører internt i kommunen (internt). I tillegg har vi spurt om i hvilken grad helseforetaket varsler kommunen raskt når en pasient, som skal motta tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, har behov for individuell plan (Spes.tj. varsler behov). Fordelingen av svarene fra kommunene er vist i figur 7.3. Denne viser at IP for flest handler om

samhandling internt i kommunen og at det i relativt liten grad varsles om behov for IP fra spesialisthelsetjenesten.



Figur 7.3 I hvilken grad bidrar IP til bedre overgang mellom tjenestenivå, internt samarbeid i kommunen og om det varsles om behov for IP fra helseforetak.

Vi finner svært lite systematikk i svarene i alle tre variablene. Det er små forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse og i ulike fylker og vi finner ingen signifikante forskjeller. På spørsmålet om kommunen varsles om behov for IP av HF, er det derimot betydelig variasjon mellom kommuner i ulike helseforetak, se figur 7.4.



Figur 7.4 Andel kommuner i HF-områder som mener at HF i svært liten eller liten grad varsler kommunen om en bruker har behov for individuell plan.

Det er færrest kommuner (andel av alle kommuner i opptaksområdet til HF-et) som oppgir at HF i liten grad varsler om behov i Ahus-området, i Telemark og Finnmark. Det er flest kommuner som oppgir at HF varsler i liten grad i Helse Fonna, Nordland og Helgeland. Her synes det å være størst potensial for bedring på dette området.

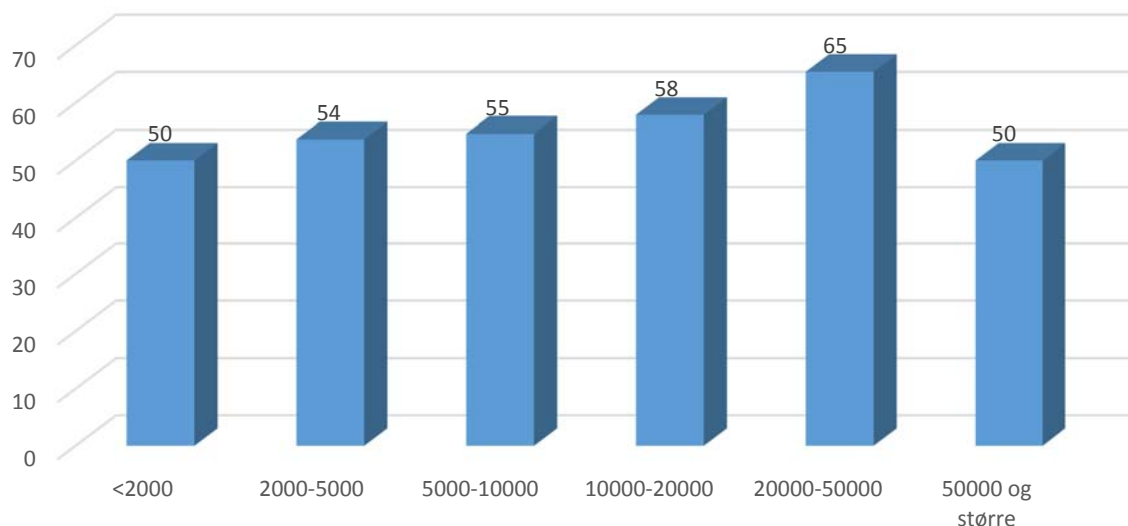
7.6 HVORDAN FUNGERER KOORDINERENDE ENHET I KOMMUNEN NÅR DET GJELDER TILRETTELEGGING FOR INDIVIDUELL PLAN?

Tabell 7.6 Hvordan fungerer koordinerende enhet i kommunen når det gjelder tilrettelegging for Individuell Plan?

	Antall	Andel
Svært godt	47	11
Godt	182	44
Verken god eller dårlig	107	26
Mindre godt	28	7
Dårlig	16	4
Vet ikke	33	8
Totalt	413	100

Det er altså stor variasjon i hvordan koordinerende enhet (KE) fungerer når det gjelder tilrettelegging for individuell plan. De som har svart Vet ikke, har typisk ikke etablert en KE.

Vi finner lite systematisk variasjon mellom ulike fylker eller helseforetak, men det er noe variasjon etter kommunistørrelse, se figur 7.5. Men det er heller ikke her statistisk signifikante forskjeller.



Figur 7.5 Andel kommuner som svarer at KE fungerer Svært godt eller Godt når det gjelder tilrettelegging for Individuell Plan.

7.7 OPPSUMMERING

Totalt har 414 kommuner (97 prosent) svart på spørsmålet om de med behov for IP får tilbud om IP. På landsbasis svarer 76 prosent av kommunene at de som har behov for IP får tilbud om IP, 16 prosent svarer nei og 8 prosent svarer vet ikke. Den hyppigste nevnte årsakene til at ikke alle har IP, er at mange brukere ikke ønsker IP. Den nest hyppigst beskrevne årsaken, er at tjenestene ikke har kapasitet til å følge opp kravet om IP. Som tredje hyppigste årsak finner vi at det er for lite kunnskap blant de ansatte om IP og på fjerde at brukerne ikke har behov, fordi de får til godt samarbeid rundt brukerne uten IP.

Blant kommunene som prioriterer IP, er det mange årsaker som er oppgitt. Det at de har etablert en koordinerende enhet har vært viktig mange steder, at de har innført elektronisk IP har vært nyttig og at de har drevet med opplæring og kompetanseheving. Mange har definert ansvarlig fagperson på IP og det arbeides systematisk med prosedyrer, rutiner og mal mange steder. I noen kommuner er det fokus på systemnivå, mens det andre steder handler om innsats for å motivere enkeltbrukere.

Vi finner at barrierer for IP for flest handler om samhandling internt i kommunen og hvordan planen "selges" inn til brukere, også at det i relativt liten grad varsles om behov for IP fra spesialisthelsetjenesten.

I litt over halvparten av kommunene (55 prosent), svarer respondentene at koordineringsenheten har fungert godt når det gjelder tilrettelegging for individuell plan. Det er altså mange kommuner som potensielt kan oppnå bedre arbeid med IP om de etablerer enheten på en fungerende måte, med faste personer med fast ansvar for IP.

8 OPPFØLGING AV BARN OG UNGE

I dette kapitlet analyserer vi svarene fra kommunene på følgende spørsmål:

- Tilrettelegger kommunen for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov?
- I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)?
- Beskriv gjerne kortfattet deres samarbeidsmodell/rutiner for samarbeid.

Det er færre som har svart på disse spørsmålene (87prosent av kommunene) enn i de forutgående kapitlene. Dette kan skyldes at de som har ansvaret for tjenester til barn og unge i en del kommuner ikke har deltatt i utfyllingen av skjemaets del 3. En analyse av missing-verdier (55 kommuner) viser ingen systematiske forskjeller mellom kommuner etter kommunestørrelse, fylke eller HF. Det vil si at missing-kommuner er spredt tilfeldig rundt om i landet eller i henhold til andre variabler.

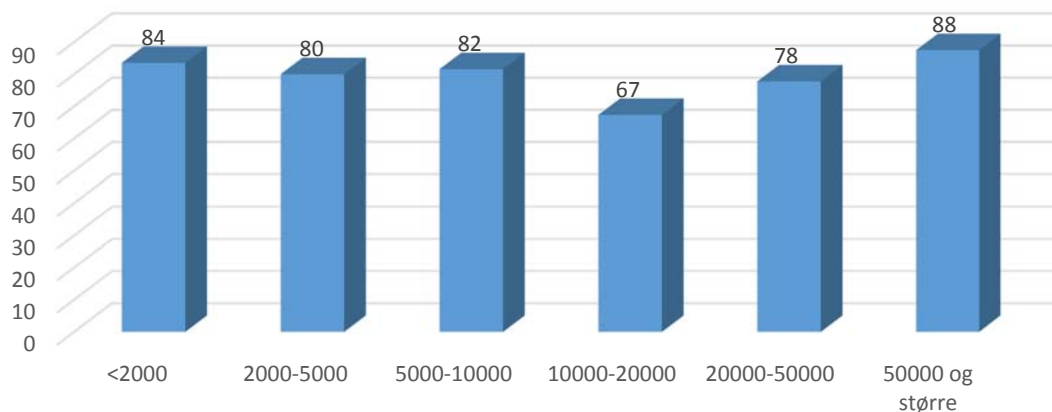
8.1 TILRETTELEGGING AV KOMMUNEN SLIK AT BARN OG UNGE FÅR OPPFØLGING

De aller fleste kommunene svarer at de i stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov.

Tabell 8.1 Tilrettelegger kommunen for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov? N=373 (87 prosent).

	Antall	Prosent
I svært stor grad	66	18
I stor grad	231	62
I noen grad	67	18
I liten grad	7	2
I svært liten grad	2	1
Totalt	373	100

Vi har kodet de som svarer "I svært stor grad" eller "I stor grad" antas å tilrettelegge i stor grad. Vi finner små forskjeller mellom kommuner i ulike fylker og HF-områder, men det er noe variasjon etter kommunestørrelse, se figur 8.1.



Figur 8.1 Andel kommuner som svarer at de tilrettelegger i stor grad.

Det er gitt 93 kommentarer til spørsmålet. I kommentarene bekreftes det at de som har ansvaret for tjenestene til barn og unge, i mange tilfeller ikke har vært med på å fylle ut del 3. Da oppgis typisk følgende kommentarer:

Vi registrerer kun for tjenester for de over 18 år og velger å ikke svare på dette (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Vi kommenterer ikke her, har krysset av for at vi fyller ut for voksne over 18 år. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Andre er opptatt av at det gjenstår en del arbeid før tilbudet til barn og unge er tilfredsstillende. Dette kan for eksempel skyldes økte behov:

Kommunen har lagt til rette for dette, men behovet har vært større en det vi har mulighet for å følge opp. Behovet har økt betydelig mot slutten av året. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Det er pr dags dato for liten ressurs mtp tidlig hjelp ved behov. Det er et stort og økende behov for psykolog, familierapeut og psykisk helseressurser i kommunen. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Dette er en stor utfordring. Det er økende forekomst, økende behov. Enkeltpersoner er gode i enkeltsaker, vi strever med å finne gode nok tiltak, oppfølging over tid. Helsestasjon med tilstedeværelse i skolene er svært viktige, samt familiesenter, men vi strever med de aller dårligste med stort behov for tiltak og omfattende helsehjelp i ung alder. Tyngre diagnoser med alvorlige forløp settes allerede i ungdomsårene. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

For få årsverk (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Eller at lovverket og ansvaret er uklart:

Det er noe utfordring i forhold ansvarsavklaring (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Vansker med å iverksette tiltak, med bakgrunn i ulikt lovverk i høve Barne og ungdomstenestene, helsestasjon og barnevern (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere kommuner oppgir at de har stort fokus på barn og unge og tidlig intervensjon:

Stort fokus på utsatte barn og unge (Ny handlingsplan Psykisk helsearbeid hvor dette er hovedfokus, ny Folkehelseplan hvor barn og unge har hovedfokus. Ny Byåd Inga Marte Torkildsen som løfter fokus og krever innsats spesielt utsatte barn 0-6 år. Ny Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, høyt fokus på barn og unge (Kommune med over 50000 innbyggere).

Familietjenesten som består av tjenestene rus, psykisk helse, helsestasjon/skolehelsetjenesten og koordinator for funksjonshemmede. Vi har etablert møtearenaer med skolene og barnehagene. Kommunen har fokus på tidlig intervensjon. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Fanger opp problemer tidlig i barnehage og skole og kobler inn helsetjenester. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Grunnskolen er en sentral arena som alle barn og unge har kontakt med. Mange kommuner bygger derfor tjenestene rundt skolene:

Alle skoler i kommunen har sosialfaglig personell som samarbeider med skolehelsetjenesten og barneverntjenesten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Har økt innsats rettet mot barn i skolene, samtidig leger (20 prosent stilling) er knyttet opp mot barn og unges psykiske helse, i samarbeid med helsestasjonene. (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Helsestasjon for ungdom (og gutter), psykologer. Helsesøster i tverrfaglig team på alle skoler Familiesentra med tverrfaglighet. Egen enhet rus/psyk med tiltak. Samarbeid med BUP, men liten kapasitet p.t. (Kommune med over 50000 innbyggere)

Helsestasjon og skolehelsetjenesten samarbeider tett med barnehager og skoler for planer og tilrettelegging. Skolehelsetjenesten i ungdom- og videregående skoler er tverrfaglig og styrket med psykolog/klinisk pedagog for å ivareta elever med psykiske lidelser. Det er stort fokus på tilgjengelighet, og lav terskel for tidlig hjelp på et lavest mulig nivå. Lokal BUP møter i utvidet ressursteam på ungdom- og videregående skoler. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Helsestasjonen, skolehelsetjenesten og barnevernet gir et godt tilbud. Eget prosjekt inn i skolen med miljøterapeut. Helsesøster daglig kontor på både ungdomsskole og vg skole. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Andre har samlet tjenestene til barn og unge i en enhet, men det er ulikt hva som er inkludert:

Har etablert eget Fagsenter barn/unge med ulike tilbud, individuelt og grupper. I tillegg til tilbudene i barnevern og helsestasjonstjenesten, og samarbeid mellom tjenestene. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Noen kommuner har egen koordinator for barn og unge:

Har egen koordinator for barn og unge med sammensatte vansker - og eller barn/unge i risiko. "En dør inn" funksjon som sikrer at foreldre får den informasjon og hjelp de trenger samt at foresatte slipper å springe fra kontor til kontor. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere snakker om Bedre Tverrfaglig Innsats, BTI-modellen, som er en samhandlingsmodell som beskriver den sammenhengende innsatsen i og mellom tjenestene rettet mot barn, unge og familier som bekymrer. Modellen beskriver en samhandlingsstruktur, handlingsveiledere og verktøy. BTI-modellen skal bidra til tidlig innsats, samordnede tjenester og foreldreinvolvering.

Brukar modellen: BTI (betre tverrfagleg innsats), som sikrar barnet oppfølging, nettverksbygging og opplæring (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Andre trekker frem Program for foreldreveiledning/International Child Development Programme (ICDP) som implementeres som et forebyggende tiltak med det formål å støtte omsorgspersoner og gjennom det bidra til gode oppvekstvilkår for barn og ungdommer.

Det satses på ICDP, foreldreveiledning. Kommunen har Familiesenter med psykiatrisk sykepleier, foreldreveiledere, foreldrestøttekoordinator. Det jobbes for å øke tilgjengeligheten av helsesøstre i skolene. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Etablert forebyggende team med psykolog og familieveileder. Utdannes flere ICDP veiledere. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Flere kommuner er i gang med å bygge opp et bedre tilbud:

Det ønskes et bedre tilbud, planlegger Familiehus. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Fortsatt behov for mer kompetanseheving. Noe har skjedd, men implementering av egne tiltak er ikke ferdigstilt (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Mens andre kommuner trekker frem lange ventelister som en utfordring:

En utfordring er at det er lange ventelister både i barnevern og BUP. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

8.2 RUTINER OG PRAKSIS FOR TVERRSEKTORIELT SAMARBEID FOR BARN OG UNGE

De aller fleste kommuner svarer at de i svært stor grad eller i stor grad har etablerte rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser.

Tabell 8.2 I hvilken grad er det etablert rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser (eksempelvis samarbeid mellom skolehelsetjenesten, helsestasjon, barnevern, skole, barnehage)? N=375 (88 prosent)

	Antall	Prosent
I svært stor grad	85	23
I stor grad	212	57
I noen grad	67	18
I liten grad	9	2
I svært liten grad	2	1
Totalt	375	100

Det er ingen systematikk i svarene etter kommunestørrelse, fylkestilhørighet eller HF-område.

Det er 126 kommuner/bydeler som har kommentert svaret sitt og det er stor spredning blant disse kommentarene. Noen oppgir at det er utfordrende å få til slike rutiner grunnet stort press i PPT og barnevern, mens andre sier de har etablert faste samarbeidsrutiner som foreløpig ser ut til å fungere godt. Mange ser ut til å ha faste samarbeidsmøter, men ikke nødvendigvis skrevne rutiner for samarbeid.

8.3 TYPER SAMARBEIDSMODELLER/RUTINER

Det er 226 kommuner (53 prosent) som har valgt å beskrive sin samarbeidsmodell eller rutiner for samarbeid. Vi har kodet alle svarene, og mange kommuner har oppgitt flere metoder for samarbeid. Det vanligste er tverrfaglige møter eller samarbeidsmøter mellom ulike etater/tjenester, se tabell 8.3. Det er ulikt om det beskrives om dette er faste møter som foregår uavhengig av pågående saker, eller om dette er møter som holdes rundt enkeltindivid.

Tabell 8.3 Beskrivelse av samarbeidsmodell/rutiner for samarbeid N=226.

	Antall	Prosent
Tverrfaglige møter/samarbeidsmøter	87	38
Tverrfaglige/flerfaglige team/ressursgruppe/samordningsteam	75	33
Etablert rundt barnehage/skole	31	14
Familiens hus/familiesenter/familieteam	27	12
Ansvarsgruppe	22	10
Samlokalisering	19	8
Samarbeidsavtaler/rutiner	16	7
Faste møter KE/KT	14	6
Tverrfaglig forum/oppvekst forum	13	6
SLT	12	5
BTI	10	4

Mange kommuner har opprettet tverrfaglige eller flerfaglige team. I noen tilfeller kalles det ressursgrupper rundt brukeren på individnivå, mens det i andre tilfeller er team som er satt sammen av ledere i de ulike enhetene. Mange beskriver ulike ressursteam rundt skoler og barnehager, men det er ulikt om de arbeider på systemnivå med anonyme saker eller om de arbeider på individnivå rundt hver enkelte bruker. Samlokalisering i feks Familiens hus, familiesenter eller familieteam er også en måte å organisere samarbeidet på, men det er ulikt hvem som inngår i samarbeidet.

Store kommuner kan ha et omfattende samarbeid på flere nivå:

STRATEGISK NIVÅ: Tverrsektoriell styringsgruppe: Vedtar, følger opp og beslutter målene, organiseringen og innsatsområdene. Medlemmer: Kommunaldirektør for utdanning (leder), kommunaldirektør for kultur, kommunaldirektør for helse og sosial, ass. kommunaldirektør for utdanning, avdelingssjef for fritid og ungdom og avdelingssjef for avdeling barn og familier.

KOORDINERENDE NIVÅ: Tverrsektorielt samarbeidsforum: Samordner tjenestene i kultur, utdanning og helse og sosial. Utfører enkeltoppdrag gitt av tverrsektoriell styringsgruppe. Medlemmer: Avdelingssjef for fritid og ungdom (leder), avdelingssjef for avdeling barn og

familier, avdelingssjef for pedagogisk-psykologisk avdeling, avdelingssjef for psykisk helse og rus, NAV leder og representant fra forebyggende avsnitt i politiet.

OPERATIVT NIVÅ: Operative forum/arbeidsgrupper: Koordinerer og igangsetter arbeid med å løse spesifikke utfordringer/oppgaver. Medlemmer: Tverrsektorielle koordinatører: En koordinator fra helse- og sosial som arbeider spesifikt med aldersgruppa 0 – 6 år. En koordinator fra utdanning som arbeider spesifikt med aldersgruppa 6 – 16 år og en koordinator fra kultur som arbeider spesifikt med aldersgruppa 16 – 24 år. I tillegg fungerer denne koordinatøren som SLT koordinator (Samordning av lokale kriminalitets- og rusforebyggende tiltak). Representanter fra barnehage, skole og alle andre kommunale tjenester for barn og unge. De tverrsektorielle koordinatørene arbeider både på koordinerende og operativt nivå. Koordinatørene skal være pådrivere og sørge for at det er fremdrift og utvikling i oppdragene. (Kommune med over 50000 innbyggere).

Mens de minste kommunene ofte samarbeider uten faste planer eller prosedyrer:

Det er korte fysiske avstander og lett å ta kontakt med de andre instanser i våre små forhold. Det gjør at det er en del muntlig og i mindre grad prosedyrer for alt. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Det er naturlig nok stor variasjon i hvordan samarbeidet mellom tjenester til barn og unge er organisert og formalisert.

8.4 OPPSUMMERING

Oppfølging av barn og unge er en prioritert oppgave for de aller fleste kommunene. Åtti prosent av kommunene svarer at de i stor grad tilrettelegger for at barn og unge som har vansker eller lidelser får hjelp og oppfølging etter behov. Like mange svarer at de i stor grad har etablerte rutiner og praksis for tverrsektorielt samarbeid for barn og unge med vansker eller lidelser.

Mange kommuner har gitt en beskrivelse av måten de samarbeider på. Gjennom koding av åpne svar fra 226 kommuner, finner vi at dette samarbeidet ofte foregår i form av tverrfaglige møter/samarbeidsmøter og tverrfaglige/flerfaglige team/ressursgrupper/samordningsteam. Mange har etablert tjenestene rundt barnehager og skoler, mens andre har etablert tjenestene rundt familien gjennom Families Hus, familiesenter eller familieteam. Andre samarbeider gjennom ansvarsgrupper, ulike former for samlokaliseringer og faste møter blant annet med koordinerende enhet og ulike forum.

9 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

I dette kapitlet analyserer vi svarene på følgende spørsmål:

- Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester)?
- Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB (samtidige og helhetlige tjenester)?
- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?
 - Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?
- Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?
 - Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?
- Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene?
 - Voksne med rusmiddelproblemer
 - Voksne med psykiske vansker/lidelser
 - Barn og unge med psykiske vansker/lidelser
 - Unge med rusmiddelproblemer

9.1 BAKGRUNN

Også i 2015 ble spørsmål om samarbeid med spesialisthelsetjenesten inkludert. Da konkluderte vi med at mange kommuner opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten generelt fungerer godt, men at det i enkelttilfeller oppstår utfordringer. Men en del kommuner opplever også at kapasitetsreduksjonen særlig innen psykisk helsevern går alt for raskt, og at pasienter har korte opphold og skrives ut for raskt. Det alvorligste er når svært syke pasienter blir vurdert som "behandlingsresistent" eller "ikke mottakelig for behandling" og de skrives ut til et kommunalt tilbud uten spesialistkompetanse. Dette er betenkelig praksis, fordi kommunene er dårligere rustet til å klare dette enn spesialisthelsetjenesten.

For høy terskel for innleggelse og for lav terskel for utskrivning i spesialisthelsetjenesten er det som skaper mest frustrasjon i kommunene. Kommunene opplever at spesialisthelsetjenesten bygger ned tilbud uten at kommunene har fått rammer til å bygge opp egne tjenester. Dette har kommunene meldt tilbake i flere år, men døgnplasser fortsettes å legges ned mens det polikliniske tilbudet får økt kapasitet. Det er ingen som har definert et minimums antall døgnplasser i psykisk helse og i TSB, men kommunene må rustes opp for å kunne kompensere for tilbud som legges ned. Spesialisthelsetjenesten må støtte kommunene og bidra til at de sykeste pasientene får tilstrekkelig oppfølging. Mange kommuner er ikke rustet til dette i dag.

9.2 KOMMUNENES ERFARING MED SAMTIDIGE OG HELHETLIGE TJENESTER I PSYKISK HELSEVERN

Dette er spørsmål der kommunen skal gi et kvalitativt svar, og det er 404 kommuner inkludert Oslo (94 prosent) og alle bydelene i Oslo som har svart.

Spørsmålene er analysert som beskrevet i kapittel 2.6, men her har vi valgt å kode svarene i kategoriene: Svært gode, Gode, Varierende, Dårlige og Svært dårlige for å kunne analysere svarene nærmere kvantitativt. Fordelingen er vist i tabell 9.1.

Tabell 9.1 Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester)?

	Andel kommuner
Svært gode	4
Gode	45
Varierende	39
Dårlige	9
Svært dårlige	0
Ingen erfaring siste år	3
Totalt	100

Det er stor variasjon i svarene, men totalt er det 49 prosent av kommunene som svarer "Svært gode" eller "Gode". Her er det mest relevant å gruppere kommunene etter helseforetak, og andel som har svart "Svært gode" eller "Gode" er vist i figur 9.1.

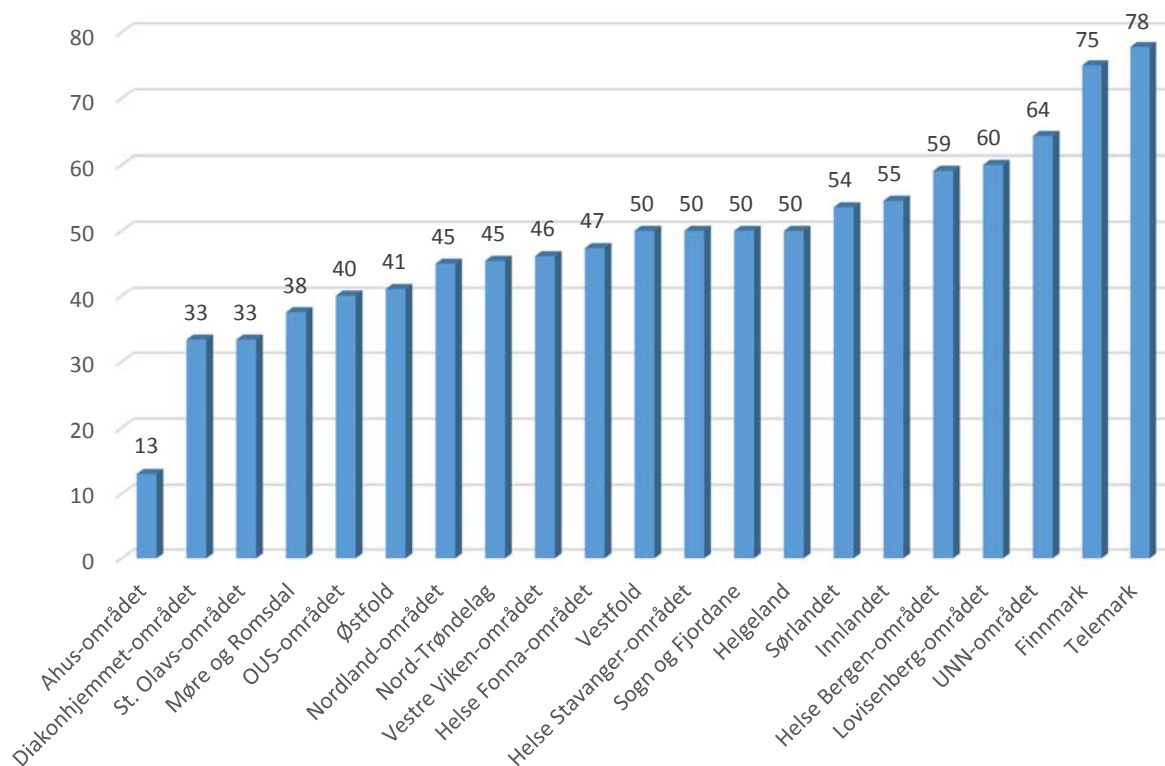
Det ser ut til å være størst potensial for forbedringer i samarbeidet mellom kommuner og psykisk helsevern i Ahus-området, Diakonhjemmet-området og i St.Olavs området, der færrest kommuner har svart at de har gode erfaringer. Det er størst andel kommuner som har gode erfaringer med psykisk helsevern i Helse Telemark og i Helse Finnmark.

Når vi grupperer svarene på helseregion, finner vi følgende fordeling:

Tabell 9.2 Andel av kommunene som svarer at de har "Svært gode" eller "Gode" erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester), Helseregion, 2016.

	Andel kommuner med gode erfaringer
Sør-Øst	48
Vest	52
Midt-Norge	39
Nord	59

Det er ifølge disse funnene, Helseregion Midt-Norge som har det største potensialet for forbedringer i samarbeidet med kommunene innen psykisk helsevern.



Figur 9.1 Andel av kommunene som svarer at de har "Svært gode" eller "Gode" erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester), HF-område, 2016.

Vi ser nærmere på noen av svarene som er gitt av respondentene i kommunene. Blant de 16 kommunene som svarer at de har et svært godt samarbeid, finner vi blant annet følgende forklaringer:

Med Kongsberg DPS er det etablert faste "Sømløse" samhandling møter 1 gg pr mnd, drøfte felles brukere/pasienter. Samarbeidsavtale med konkretisering av samarbeidet. Meget godt. (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

Vi hører inn under ansvarsområdet til Stjørdal DPS. Vi opplever svært god oppfølging fra Stjørdal DPS i pasientsaker, både i forkant, under og etter innleggelse der. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Det er også en del små kommuner som opplever godt samarbeid, men de har ofte få innleggelse:

Meget godt samarbeid med Mandal poliklinikk. Vi har hatt lite innleggelse, samarbeidet har fungert bra på disse. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Gode erfaringer med god og oppdatert informasjon om pasienten, ved innleggelse og tilbakemelding ved utskrivelse. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

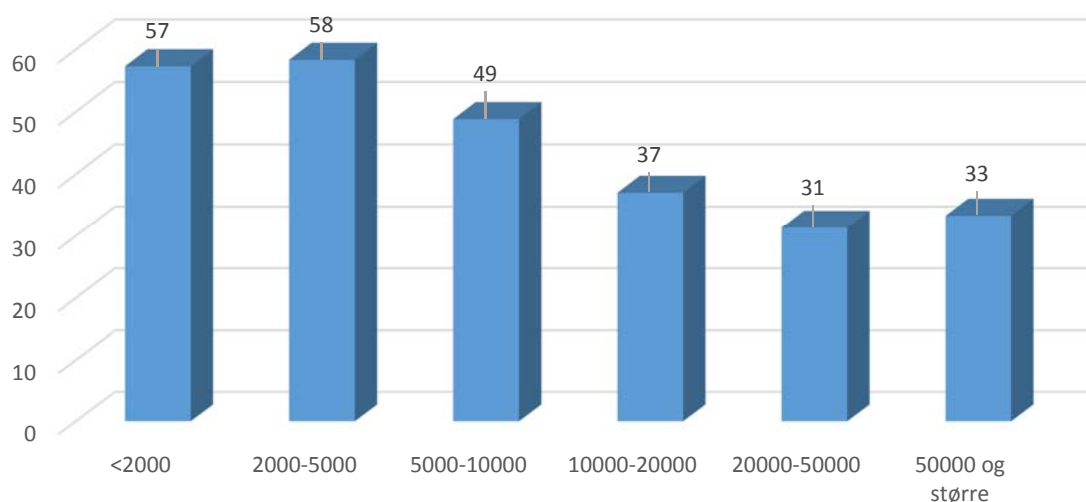
Veldig godt samarbeid, føler oss godt orientert i de fleste tilfeller. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Som vi har sett tendenser til tidligere i dette prosjektet, kan det se ut som det er typisk små kommuner som er fornøyd med samarbeidet med psykisk helsevern. Når vi tester dette, finner vi sammenhengen vist i tabell 9.3.

Tabell 9.3 Logit regresjon på sannsynlighet for å ha gode erfaringer med psykisk helsevern.

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95prosent Conf.	Interval]
<2000 (base)						
2000-5000	1.0	0.3	0.2	0.9	0.6	1.8
5000-10000	0.7	0.2	-1.1	0.3	0.4	1.3
10000-20000	0.4	0.2	-2.3	0.0	0.2	0.9
20000-50000	0.3	0.1	-2.9	0.0	0.2	0.7
50000 og større	0.4	0.2	-1.8	0.1	0.1	1.1

Det er altså ikke en entydig lineær sammenheng, men tydelige tendenser til at flest små kommuner opplever godt samarbeidet, se også figur 9.2.



Figur 9.2 Andel kommuner som opplever godt samarbeid med psykisk helsevern, kommunestørrelse, 2016.

Mange kommuner opplever at PLO-meldinger⁸ og elektronisk melding har bidratt til at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre:

Dette er krevende, og varierende erfaringer. Voksne: Elektroniske "PLO-meldinger" har bedret samarbeidet. Fastlegesamarbeid er bedret av samme årsak, men fortsatt og økende synes fastleger det er vanskelig å få psykisk syke personer innlagt i psykisk helsevern. Det er økt/bedret bruk av samarbeidsmøter under og etter innleggelse. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Med nye pasienter begynner samarbeidet med psykisk helsevern som oftest først ved utskrivelsen. Etter PLO-meldinger startet har dette blitt noe bedre. Ved behandling av allerede kjente pasienter er kommunikasjonen noe bedre, men da og er det som oftest vi i kommunen

⁸ Pleie og omsorgsmeldinger som brukes i samhandling rundt enkeltpasienter mellom ulike nivå i helsetjenesten.

som ringer for å høre hvordan pasienten har det/for å gi tilleggsopplysninger. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Varierende. Etter PLO system får me tidlegare melding om innskrevet pasient og når denne er utskrivningsklar. Varierer ift. møte undervegs i forløpet. Får sjukepleiersamanfatning som beskriv kva som er gjort under opphald og kva ein tenker vidare. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Det er ingen som er direkte negative til PLO-meldinger, men det er nok noen som har forbedringspotensial:

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er varierende. PLO meldingene kan være mangelfulle og vi kan få svært sen beskjed før utskrivning til bydel. Det kan også være liten kapasitet på DPS ved vurderinger for innleggelser, kun frem til kl. 14.00 på dagtid og pasienter kan bli henvist til "vanlig" legevakt i påvente av åpning på psykiatrisk legevakt. (Bydel)

Mange sliter fortsatt med å få til samhandling før utskrivning, og trenger også møter i tillegg til PLO-meldinger:

Ønsker å få til tidlig samhandling før utskrivning, har erfaring med at dette reduserer reinnleggelser. PLO-meldinger er ok, men trenger også samarbeidsmøter/samtaler der pasienten er deltagende. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere).

Elektroniske meldinger oppleves generelt som en god løsning for kommunikasjon, men de mer strukturelle eller kulturmessige utfordringene løses ikke nødvendigvis av den grunn:

Dette samarbeidet oppleves utfordrende og ikke reelt, da spesialisthelsetjenesten ikke ser ut til å oppfatte kommunens ansatte som likeverdige samarbeidspartnere. Man oppfatter at spes.helsetjenesten ønsker å styre hvilke tiltak kommunen setter inn og ønsker ikke innblanding i sin yrkesutøvelse motsatt vei. Elektronisk meldingssystem mellom kommune og helseforetak gjør at en raskere får informasjon og kan potensielt bedre samarbeid. (Kommuner med 10000-20000 innbyggere).

Men ikke alle har så lang erfaring med elektroniske meldinger fra psykisk helsevern:

Blandet erfaring. Det psykiske helsevernet (helseforetaket) har ikke benyttet elektronisk meldingsutveksling før nå. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Eller at innholdet i meldingene ikke er tilfredsstillende:

Mangelfull tilbakemelding/ epikriser ved utskrivelse av brukere etter innleggelse, både når det dreier seg om planlagt innleggelse og akutt innleggelse. Vi opplever at det blir vanskelig å følge opp brukere da vi ikke vet om tiltak som skal settes i verk, verken medisinerendringer eller andre tiltak. Vi må selv ringe å etterspørre opplysninger. Elektronisk melding om innleggelse/ utskrivelse får vi heller ikke alltid. I de tilfeller vi mottar dette, inneholder den lite informasjon, bare tidspunkt for innleggelse eller utskrivelse. Lite samarbeid underveis i innleggelsen. Jeg opplever at dersom jeg tar kontakt, klarer vi å samarbeide, men sjelden spesialisthelsetjenesten tar den første kontakten. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Det er det mange som sier, det er ofte opp til kommunene hvor tett samhandlingen blir.

De kommunene som svarer at det er direkte dårlig samarbeid, beskriver situasjonen blant annet slik:

Samarbeidsutfordringer med spes.helsetjenesten. Hva er forsvarlig utskrivingspraksis? Vanskelig å jobbe skulder ved skulder. Stadig flere oppgaver som forventes gjennomført av 1. linjen uten tilførte midler. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Utfordring til tider med samarbeidet DPS, avslutter pasienter raskt, kommunen blir sittende med mye ansvar. Ambulerende team, utfordrende å få tak i hva slags bistand de kan yte kommunen. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

At spesialisthelsetjenesten har feil, og for store forventninger til kommunene oppleves fortsatt av noen kommuner:

Det oppleves til tider at spesialisthelsetjenesten har for store og feil forventninger til hva kommunen kan bistå med i forhold til videre oppfølging og behandling, uten at spesialisthelsetjenesten har nok kunnskap aktuell kommune og dens tilbud. (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

Det er vanskelig og ha tett oppfølging når pasienter er innlagt. Sykehuset kommer med bestilling og lite samarbeid rundt hva som er mulig for den enkelte. Det kunne vært mere samarbeid rundt hva det skal jobbes med videre og legge opp til etter innleggelse (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Vi opplever det som komplisert og få innlagt alvorlige psykisk syke pass (ikke psykotiske) ved den DPS vår kommune tilhører. For et samarbeid med spesialisthelsetjenesten må kommunen ta mye av initiativet både før under og etter innleggelse. Dette gjelder spesielt de alvorlige / kronikere psykisk syke. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Voksne: Kommunen opplever at hovedansvaret for pasienten blir overlatt til kommunen både før og etter innleggelse. Det oppleves at spesialisthelsetjenesten ikke prioriterer "samtidige tjenester" - DPS`ene bør prioritere å dele på ansvaret også når pasienten er utskrevet. Det oppleves at Ambulant team er mer tilgjengelige for kommunen. (Kommuner med 10000-20000 innbyggere).

Når oppholdstiden i psykisk helsevern stadig går ned, får kommunene dårligere tid til å legge til rette for et godt kommunalt tilbud:

På grunn av få elektive innleggelser kan dette være vanskelig. Det er nå samhandlingsprosjekt med Enhet for avgiftning for å få til flere planlagte innleggelser. Behandlingsforløpet i rusbehandling er også blitt mye kortere og det er kortere tid for bydel å finne løsninger. Terskelen for innleggelse er blitt høyere, pas. skrives ut hurtigere, og det er flere reinnleggelser. (Bydel)

Det er altså fortsatt en del å ta tak i, og dette er det samme som mange kommuner har meldt tilbake i flere år. I noen kommuner er det også utfordringer med at det er kun fastlegene som kan henvise og ikke psykisk helsearbeid:

Den aller største utfordringen er når pasienten søkes inn fra fastlegen uten at kommunen er orientert om søknaden. Da er det vanskelig å følge opp tilbudet. Det burde vært mulig for andre aktører å søke pasienter inn i behandling for psykisk helse på lik linje med TSB. Det tenker jeg kan være med på å få til et bedre pasientforløp (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

Når det gjelder dette temaet med samtidig og helhetlige tjenester er dette i bedring, men ønsker en ambulerende tjeneste som kan være mer tilstede der bruker/pasient lever sitt liv. Fastlegen er ofte den det er vanskeligst å få til et godt samarbeid med. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Vi bruker PLO, får alltid melding om pas som blir innlagt, og om når pas skal utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Opplever godt samarbeid. Jobber rundt pas i ansvarsgruppemøte der det er behov for det. Epikrise blir ikke sendt direkte til Avdeling for Psykisk helse i kommunen, men til fastlege, så da må vi hente den ut der med samtykke fra pasient. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Dette er krevende, og varierende erfaringer. Voksne: Elektroniske "PLO-meldinger" har bedret samarbeidet. Fastlegesamarbeid er bedret av samme årsak, men fortsatt og økende synes fastleger det er vanskelig å få psykisk syke personer innlagt i psykisk helsevern. Det er økt/bedret bruk av samarbeidsmøter under og etter innleggelse. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Det er vanskelig å ha en klar oversikt, da informasjon somregel blir gitt lege. Ønskelig at kommunen kan henvise også innen psykisk helsevern (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Andre har utfordringer med BUP:

For voksne: Ganske bra. Av og til utfordringer knyttet til "hvem gjør hva" av kommune/spesialisthelsetjenesten (mtp dobbeltarbeid). Lange avstander til konsultasjoner. For barn: Vanskelig å få tak i saksbehandlere på BUP. Høyere terskel for å henvise til spesialisthelsetjenesten, krav om at mer skal prøves ut i kommunen. Virker som det er knappere ressurser/tid i BUP enn tidligere. Savner tilbakemelding vedr felles pas/brukere mens de er i behandling hos BUP. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

9.3 KOMMUNENES ERFARING MED SAMTIDIGE OG HELHETLIGE TJENESTER I TSB

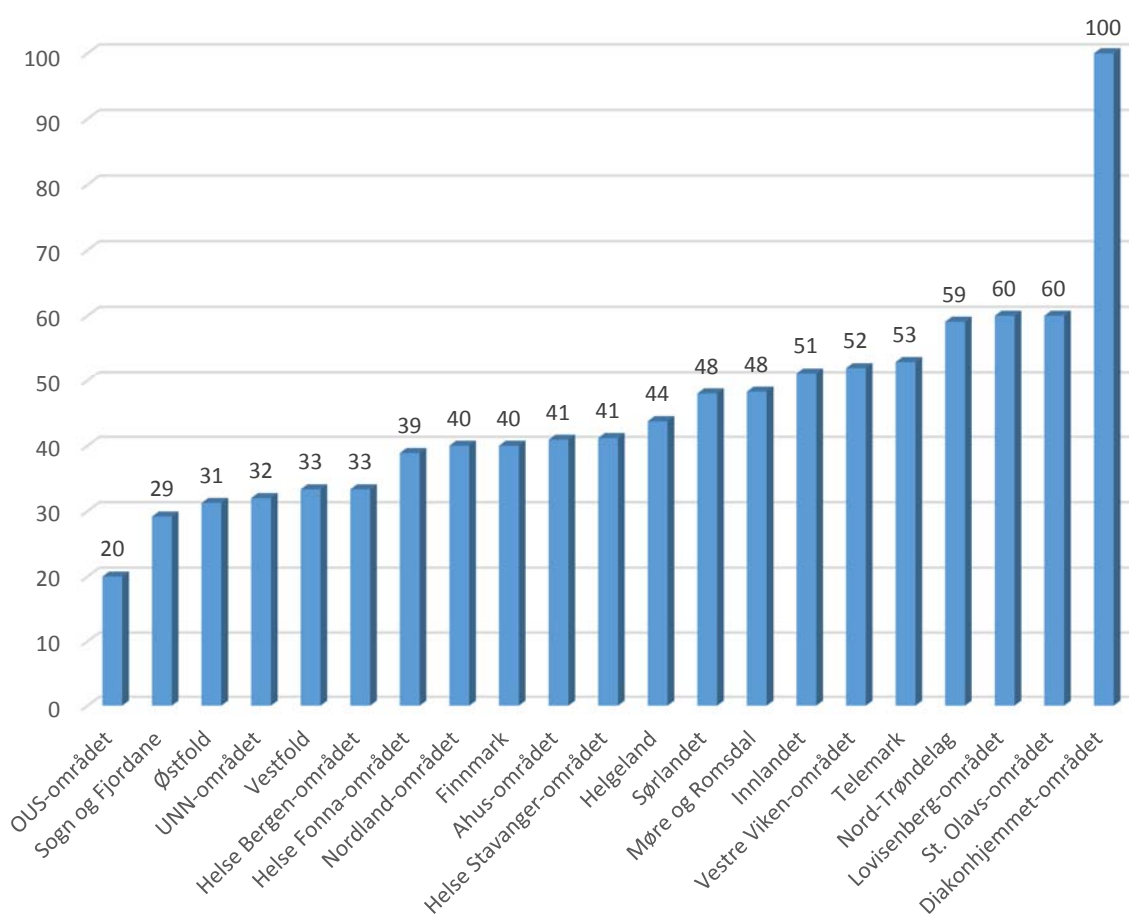
Dette er et åpent spørsmål og det er 401 kommuner inkludert bydeler i Oslo (94 prosent) og alle unntatt en bydel i Oslo har svart. Vi har gått gjennom svarene og kodet de på samme måte som for psykisk helsevern.

Det er relativt likt fordelingen som for psykisk helsevern, men noen færre som svarer "Svært gode" eller "Gode", 44 prosent. Se tabell 9.4.

Tabell 9.4 Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB (samtidige og helhetlige tjenester)?

	Andel kommuner
Svært gode	2
Gode	42
Variierende	30
Dårlige	7
Svært dårlige	0
Ingen erfaring siste år	18

Det ser ut til å være stort potensial for forbedringer i samarbeidet mellom kommunale tjenester og TSB, særlig i OUS-området, i Sogn og Fjordane, Østfold, UNN, Vestfold og i Helse Bergen. Diakonhjemmet-området kommer best ut her, men lå lavt på psykisk helsevern.



Figur 9.3 Andel av kommunene som svarer at de har "Svært gode" eller "Gode" erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB (samtidige og helhetlige tjenester), HF-område, 2016.

Det er en del kommuner som erfarer at samarbeidet er bedre innen TSB enn innen psykisk helsevern:

Langt bedre enn innenfor psykisk helsevern. Samtidig har vi forbedringspotensial. Blant annet via elektronisk meldingsutveksling (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

Det er bedre erfaringer innen TSB enn psykisk helsevern. (Store kommuner med over 50000 innbyggere)

På rusfeltet ser vi en annen situasjon. Pasienter med rusmiddelproblemer har bedre tilgang på kvalitetsmessig god behandling. Dette står i kontrast til psykiatrien. Imidlertid burde rusbehandlingen oftere kunne foregå lengre. Ved utskrivelse har kommunen flere tiltak å tilby den det gjelder. Dagtilbud, hjemmetjeneste kontorsamtaler, arbeidsgruppe, fra 2016 Dagsverk. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

En del kommuner sier også at det vanskeligste i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten handler om ROP-pasientene:

Ulik erfaring. Vi følger opp brukerne tett under opphold i institusjon, men opplever at ROP pasienter skrives ut tidlig og uten at dette er planlagt. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Særlig i rus/psyk kan dette være vanskelig. Opplever ofte at disse pasientene detter mellom to stoler. De mangler motivasjon til behandling og får derfor ikke tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen blir sittende med ansvaret. Også en del diskusjon rundt ansvaret psyk/eller rus? LAR pasienter kan være en stor utfordringer for kommunen. De har rett på tjenester, men følger ikke opp, sidemisbruk og rusing får lite eller ingen konsekvenser. LAR blir langt borte i de daglige vurderingene. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Opplever fortsatt noe skyvning mellom rus og psykisk helse internt i spesialisthelsetjenesten. Kommer mest til uttrykk ved alvorlig psykisk lidelse. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Kommunen har varierende erfaringer på dette. I tilfeller der pasientene har samtidige og alvorlige lidelser, viser koordineringen seg å være vanskeligere enn ved mindre sammensatte lidelser. Behandling og samhandling i tjenester mellom psykisk helse og rus virker å være vanskelig og koordinere både innad i spesialisthelsetjenesten og i samarbeid med kommunen. Det er høy terskel for å bli innlagt, og det fremkommer at fagfeltet på de ulike nivåene ser ulikt på pasientenes funksjonsnivå. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

I de fleste saker er det bra samhandling, men kan være utfordrende å få på plass tilbud for svært sårbare pasienter i forkant av evt. sprekk. Samhandling foregår før, underveis og etter utskrivning. Kan være utfordringer knyttet til hvor pasienter "hører hjemme": Rus eller psykisk helsevern? Mangler tilpasset tilbud til avrusning/nedtrapping på medikament ift f.eks. førerkort, lite egnet på LADE BHS. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Mange svarer at de har lite erfaring med TSB, og derfor ikke kan uttale seg. En av årsakene er at mange kommuner er små og har få eller ingen pasienter i TSB. Men store avstander til behandlingstilbud er også et problem:

Vi har også her svært få pasienter som faktisk mottar behandling. Geografi må ta noe av skylden, da avstander gjør at pasienter dropper raskt ut pga store praktiske utfordringer med å møte og gjennomføre behandling. De pasientene som faktisk er under TSB, opplever vi at vi samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten rundt. Særlig når de er i behandling, mindre før og etter. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere).

Lite erfaring. Virker litt langt unna - i tillegg har rus blitt nedprioritert siste 2 årene. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Ikke erfaring med dette siste 5 år. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Flere sier at ikke alle deler av TSB har tatt i bruk elektronisk kommunikasjon:

Vi har gode erfaringer med samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fordel med mulighet for elektronisk kommunikasjon, men dessverre er deler av spesialisthelsetjenesten innenfor rus ikke koblet på dette. Vi opplever lite kontakt mellom rus- og psykiatritjenestene innen sykehuset. Det er et prioritert område for kommunen og "delta" i hele behandlingsforløpet. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Krevende. Siden det er kun døgn-avdelinger som har tatt i bruk elektroniske meldingsutvekslingssystemer(PLO) så er det vanskeligere å samhandle rundt personer i polikliniske tjenester innenfor TSB. Omorganisering av tjenestene for personer med rusproblemer i helse og omsorg fra 2015/16 mener vi skal bidra til mere helhetlige tjenester. Tidligere lå den kommunale rustjenesten i NAV, og nå er den overført HO. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Også innen TSB påpekes det som utfordrende at kommunen ikke kan henvise:

Til dels god erfaring. Da kommunen ikkje kan henvise pasient direkte til behandlingsinstitusjon, oppleves det komplisert for både hjelper og pasient å gjennom et ekstra ledd (Ruskonsulent ved DPS) for vurdering om behandlingsplass. Tidkrevende og vanskelig for pasient. Det er særs viktig med godt samarbeid med behandlingsinstitusjon når pasienten er innlagt. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Men sosialtjenesten/NAV kan henvise, og da er det kanskje lettere å få til samarbeid:

I saker der sosialtjenesten henviser til TSB er det et tett samarbeid både før under og etter TSB. (Store kommuner med over 50000 innbyggere)

Har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten i enkeltsaker der kommunen kjenner pasienten. I de tilfeller kommunen/ sosialtjenesten ikke kjenner pasienten og der vedkommende er henvist fra lege, får bydelen informasjon sent i prosessen, selv når det er behov for ettervern og oppfølging etter behandling. Her fungerer PLO-meldinger dårlig da kommunen ikke bruker Gerica i sosialtjenesten (Bydel)

Erfaring at hvis fastlegen har henvist til rusbehandling, så får vi ikke alltid beskjed om det og da kan ettervern/oppfølging være sviktende. Når vi selv henviser har vi god samarbeid med rusinstitusjoner. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Variasjonen handler sannsynligvis om hvordan rustjenestene er organisert i kommunene. Noen steder er de fortsatt en del av NAV-kontoret, mens andre steder er rusarbeidet samorganisert med psykisk helsearbeid.

At ikke spesialisthelsetjenesten gir beskjed i forkant av en utskrivelse, er fortsatt et problem flere steder:

Samarbeid under innleggelse fungerer bra. Derimot får kommunen svært lite eller ingen informasjon når pasienten utskrives. Epikrise sendes enten SMP og/eller fastlege, men ikke til kommunens rustjeneste. Vi vet derfor svært lite om hva videre oppfølging/behandling skal bestå av. Vi får eksempelvis utskrivningsrapporter (e-link/plo) på de fleste pasienter. Disse rapportene inneholder i svært liten grad informasjon om status. Det er også oftest kommunen som må etterspørre utfyllende informasjon. Samarbeidet oppleves som vanskelig i de tilfellene hvor kommunen har pasienter som kvalifiserer for §10.2 og §10.4 etter HOTL. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Ofte frustrasjoner ved at brukere ikke får tilbud om behandling når de er motivert for det selv og lite samsvar når de har vært til avrusing og skal videre til behandling. Godt samarbeid under innleggelse. Etter innleggelse er det lite samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Kommunen overtar oppfølgingen og det er krevende å finne gode ettervernstiltak i form av bolig, arbeid, aktivitet og etablering av nytt sosialt nettverk. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Mange sier at samarbeidet går greit for de personene de har kontakt med før innleggelse, men at problemene oppstår når det kommer beskjed om utskrivning av personer som er ukjente for kommunen:

Dersom det gjelder personer som har kontakt med oss før innleggelse har vi kontakt hele veien. Dersom det er personer som ikke har hatt kontakt før innleggelse kommer henvendelsen til kommunen ofte like før utskrivning (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Der vi er inne i saken får vi dette til i svært stor grad. Når det gjelder pasienter som er ukjente forsøker vi, men mangel på ressurser gjør at vi ikke alltid kommer tidlig nok inn på nye pasienter (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

Mange kommuner svarer at de har ikke gode nok tjenester for brukere med rusproblemer, men at det nå kan være ting på gang, jf Opptrappingsplanen for rusfeltet:

Metodikken er den same som i psykiske helsetenester. Men kommunen er ikkje så godt rusta til å fange opp og følgje opp ruspasientar. Dette er no eit sentralt tema i kommunen og i planarbeid. Jfr søknad om midlar til stilling. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

En kommune har hatt et ambulant tilbud som de var i gang med, men som nå er nedlagt:

Har ingen erfaringer med det. Vi begynte med et bra opplegg på russiden med ambulant team fra DPS'et. De kom ut i kommunene og hjem til brukerne, noe som var et bra tilbud. Ambulant team ble nedlagt ca mars-16. (Kommuner med < 2000 innbyggere)

Mens en annen opplever forbedringer fordi de har gjennomført relevant prosjekt:

Dette samarbeidet har blitt bedre etter at tenesta var med i eit prosjekt for å styrke samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Der vart det utarbeida felles prosedyrar/rutiner, som viser kva ansvar/plikter som kommunar eller spesialisthelsetenesta har før/under og etter innleggelse. (Kommuner med 2000-5000 innbyggere)

Andre har fortsatt boligproblemer i forhold til målgruppen:

Kommunene har både positive og negative erfaringer. Enkelte pasienter har vi positive erfaringer med. Negative erfaringer er at kommunen mangler boliger, noe som gjør samarbeidet utfordrende. Vi ser også at det er store forventinger til kommunen både fra spesialisthelsetjenesten, bruker og pårørende. Dette er en utfordring når brukeren selv ikke er motivert til en rusfri tilværelse (Kommuner med 10000-20000 innbyggere)

En kommune beskriver også hva som mangler for deres brukere, og det er et tilbud mellom avrusning og mer langvarig behandling:

Har hatt nokså lite samarbeid med TSB, men det som har vært har fungert godt. Noe komplisert er det at det ikke finnes et godt tilbud i rusbehandlingen mellom avrusning og den mer langvarige behandlingen, hvor det kan være mange måneder som brukerne må vente mellom endt avrusning og start på reell behandling. Ventetiden kan by på mange utfordringer for oss som hjelpere, men mest for brukerne som der og da er motivert for hjelp. Innen de kommer inn til rusbehandling må de som oftest inntreffe avrusningen på nytt - før oppstart av behandling kan skje. Enkelte har i ventetiden mistet motivasjonen de hadde for rusbehandling og kan således "falle mellom stoler". Veldig uheldig. (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

Selv om mange kommuner har god erfaring med samarbeidet med TSB, er det likevel et utfordrende fagfelt på mange måter:

Gode erfaringer, men vanskeligere her med tanke på brukers motivasjon for endring og behandling (Kommuner med 5000-10000 innbyggere)

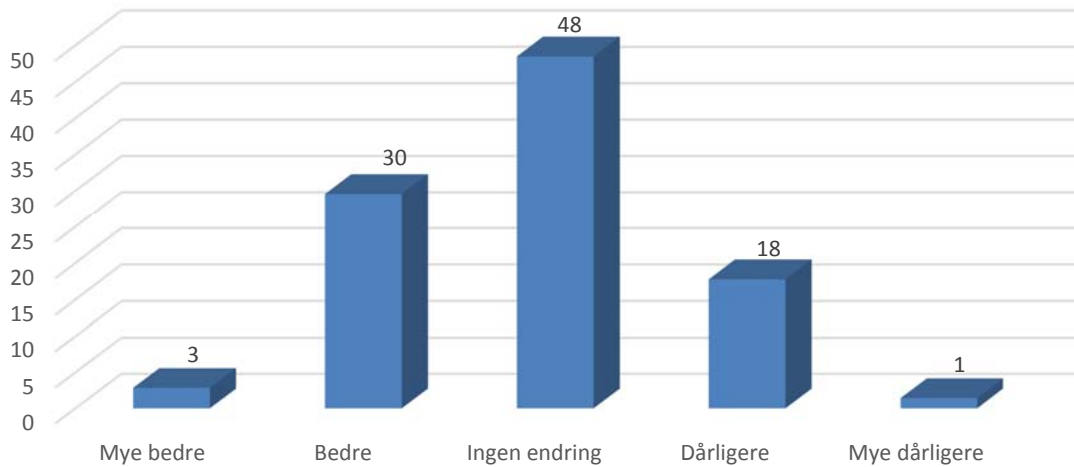
Bedre enn psykisk helsevern, men utfordringer knyttet til brukere som ikke nyttiggjør seg ordinære tjenester og for lite ressurser til 1. linjen. (Kommuner med 20000-50000 innbyggere)

Og kanskje fortsatt særlig i forhold til ROP-pasientene:

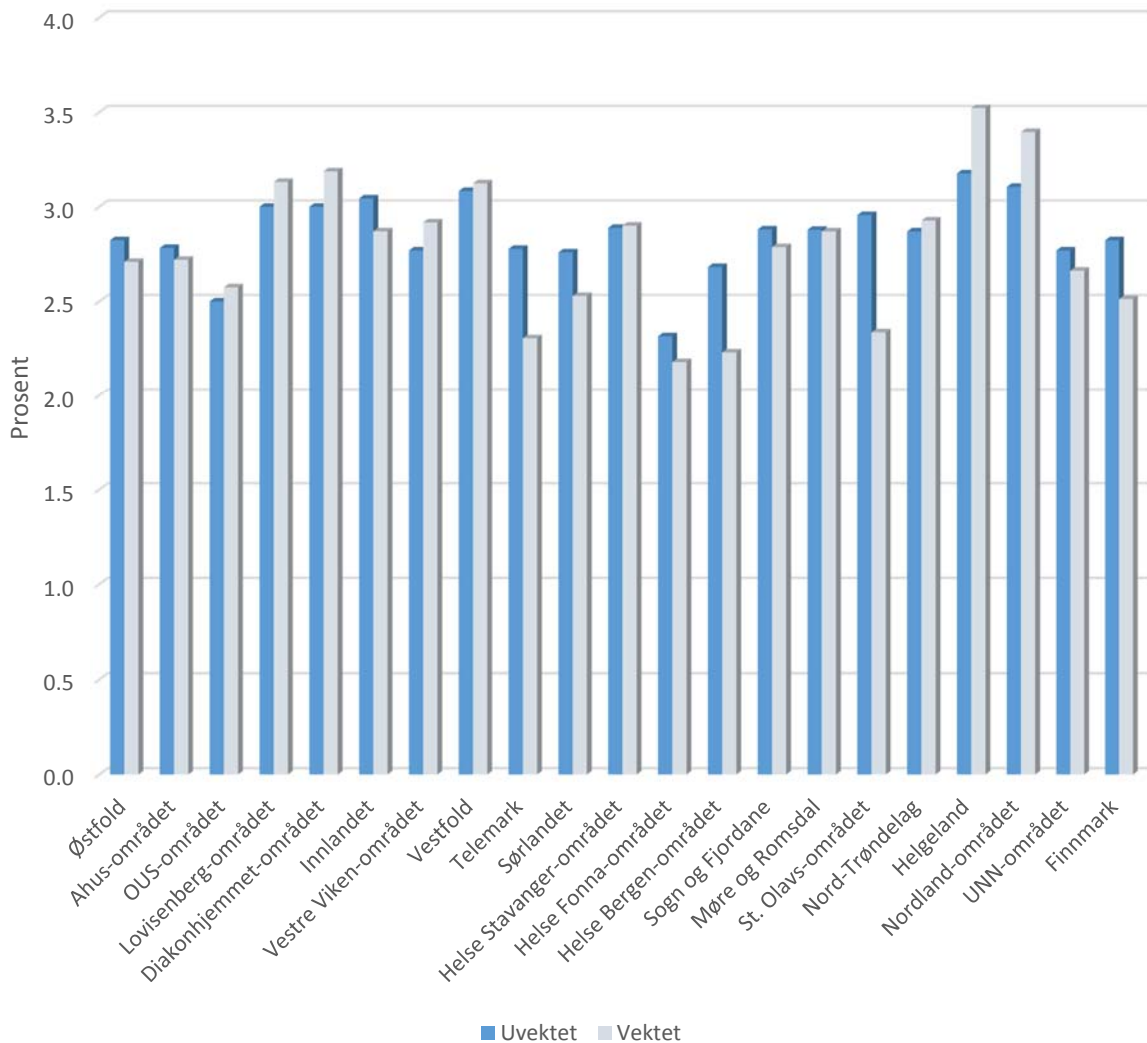
Dette er til tider en vanskelig målgruppe å hjelpe og å få adekvat hjelp til. Når det gjelder ROP-pasienter opplever bydelen at det ofte er ansvarsfraskrivelse både i akuttpsykiatrien og i rusomsorgen. Bydelen må altfor ofte ta ansvar for alvorlig psykisk syke med rusproblemer. Noen faller mellom alle stoler, og verken politi eller 2.linjen tar det ansvaret de er satt til i enkelte saker. Bydelen rapporterte det samme i fjor. (Bydel)

9.4 ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE 12 MÅNEDER PSYKISK HELSEVERN

Det er totalt 413 kommuner (96 prosent) som har svart på disse spørsmålene. Som vist i figur 9.4, er det rundt halvpartene av kommunene som ikke har opplevd noen endring i samarbeidet med psykisk helsevern de siste 12 månedene. En av tre kommuner har opplevd en bedring, mens 19 prosent av kommunene har opplevd en forverring av samarbeidet.



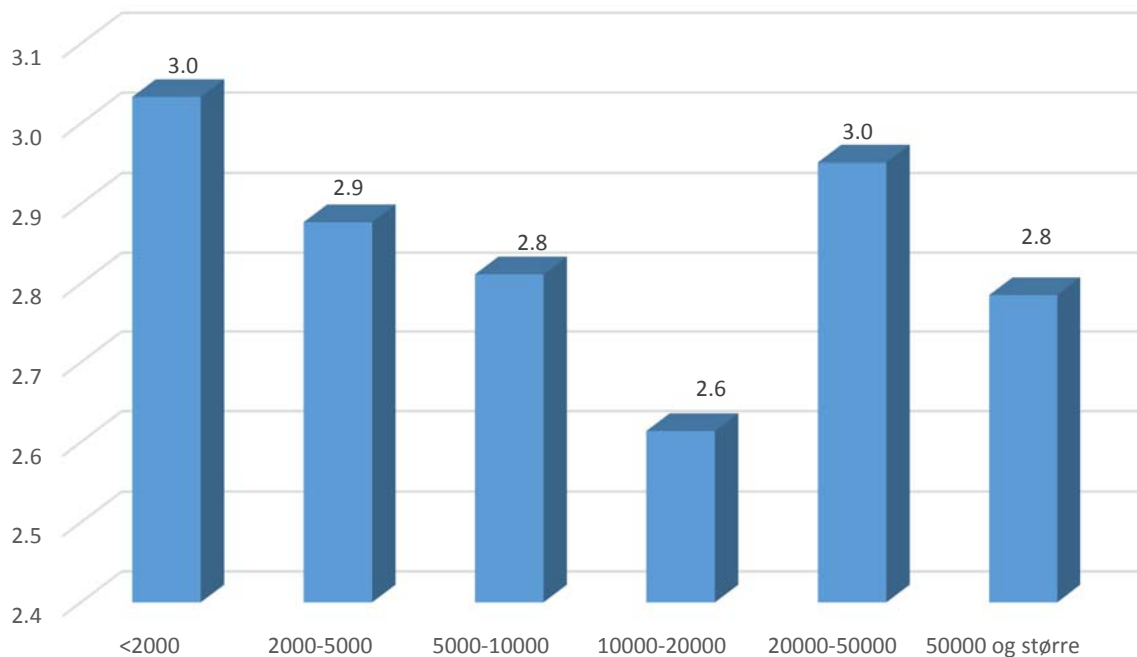
Figur 9.4 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?



Figur 9.5 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Helseforetak. 1=Mye bedre, 5=Mye dårligere.

Jo høyere tall, jo mer negativ endring i samarbeidet. For å se om det er forskjell mellom kommuner av ulik størrelse, har vi tatt med både vektete og uvektede tall, se figur 9.5. Når de vektete søylene er høyere enn de uvektede, betyr det at store kommuner opplever endringen i negativ retning enn små kommuner. I rundt halvparten av helseforetakene ligger vektete søyler lavere enn de uvektede, noe som betyr at det er de store kommunene som opplever minst bedring.

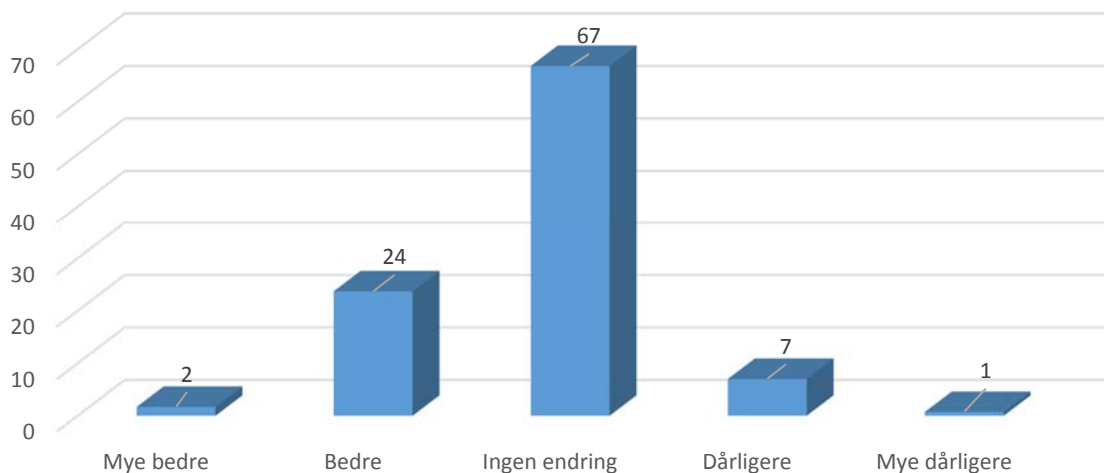
På nasjonalt nivå finner vi forklaringen på denne variasjonen, se figur 9.6. Laveste tall, altså mest bedring, finner vi i kommuner med 10000-20000 innbyggere. Den største forverringen finner vi i de minste og de nest største kommunene.



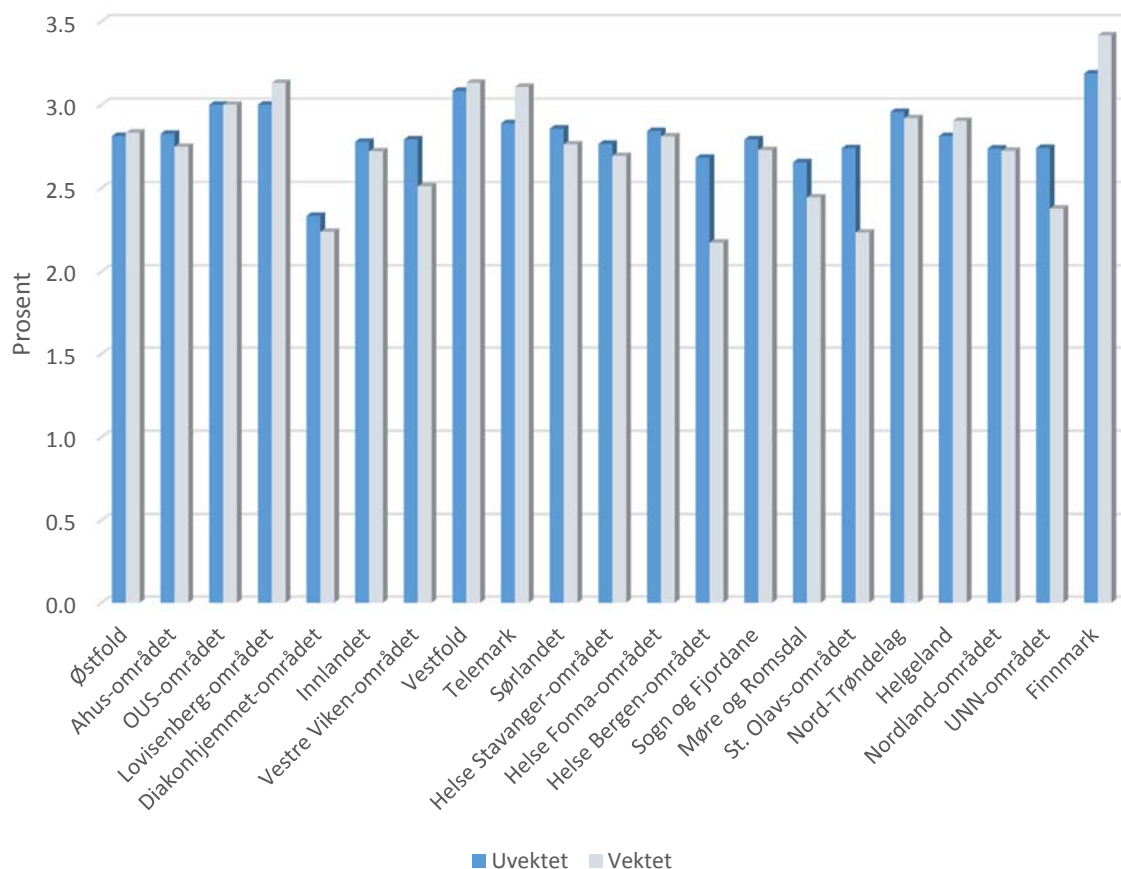
Figur 9.6 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Kommunestørrelse. 1=Mye bedre, 5=Mye dårligere.

9.5 ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE 12 MÅNEDER TSB

Det er totalt 401 kommuner (94 prosent) som har svart på disse spørsmålene. Som vist i figur 9.7, har to av tre kommuner ikke erfart noen endring i samarbeidet med TSB de siste 12 månedene, 26 prosent har opplevd bedring, mens 8 prosent har opplevd forverring.



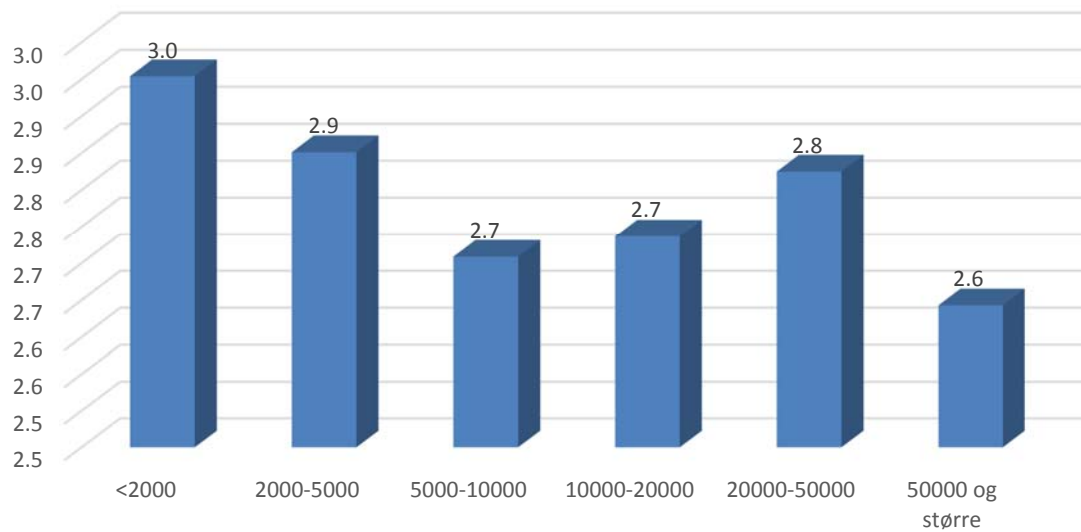
Figur 9.7 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med TSB (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene?



Figur 9.8 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med TSB (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Helseforetak. 1=Mye bedre, 5=Mye dårligere.

Forbedringspotensialet innen TSB når det gjelder samarbeid med kommunene, ser ut til å være størst i Helse Finnmark, Helse Vestfold, OUS-området og Lovisenberg-området. Det beste samarbeidet mellom TSB og kommunene finnes i Diakonhjemmet-området og i store kommuner i Helse-Bergen og i St.Olavs-området.

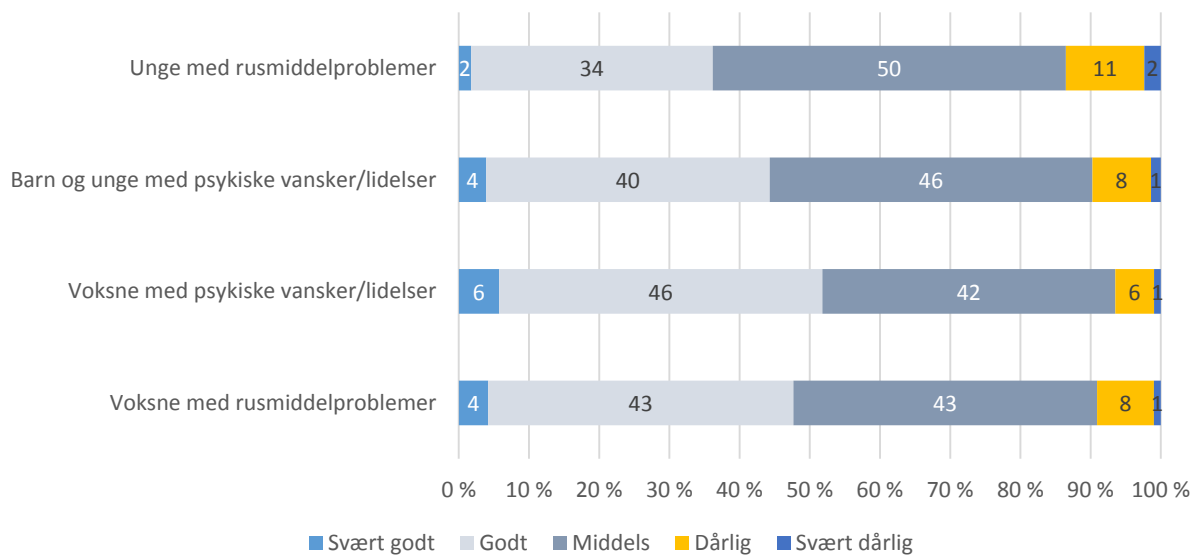
Det er heller ikke her systematiske lineære sammenhenger med kommunestørrelse, men potensialet ser ut til å være høyest for de minste kommunene og lavest for de største kommunene.



Figur 9.9 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med TSB (spesialisthelsetjenesten) de siste 12 månedene? Kommunestørrelse. 1=Mye bedre, 5=Mye dårligere.

9.6 ERFARING MED SAMARBEIDSAVTALER PÅ ULIKE OMRÅDER

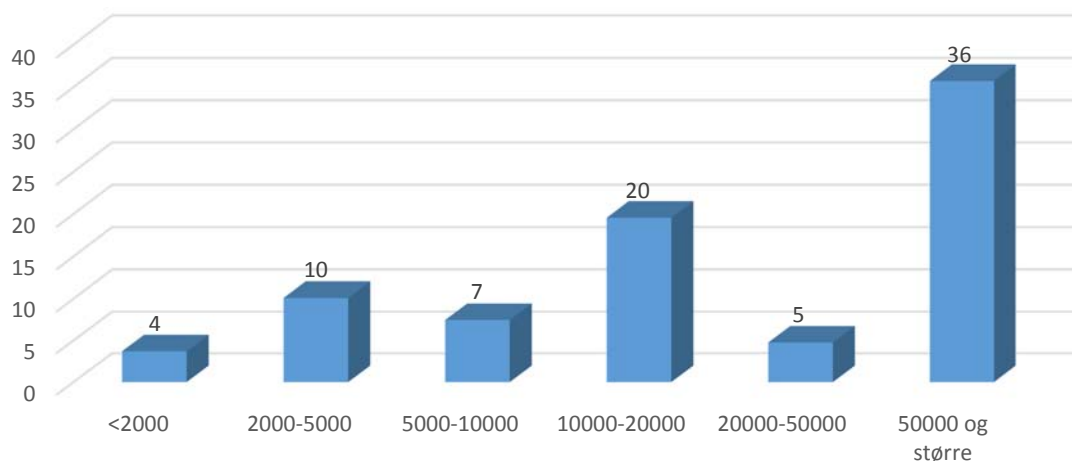
Som vist i figur 9.10 er det noen flere kommuner som mener at samarbeidsavtalene med helseforetaket fungerer bedre for voksne enn for barn og unge. Dette gjelder både psykisk helsevern og TSB. Generelt sett ser samarbeidsavtalen for voksne med psykiske vansker/lidelser ut til å fungere noe bedre enn for voksne med rusmiddelproblemer.



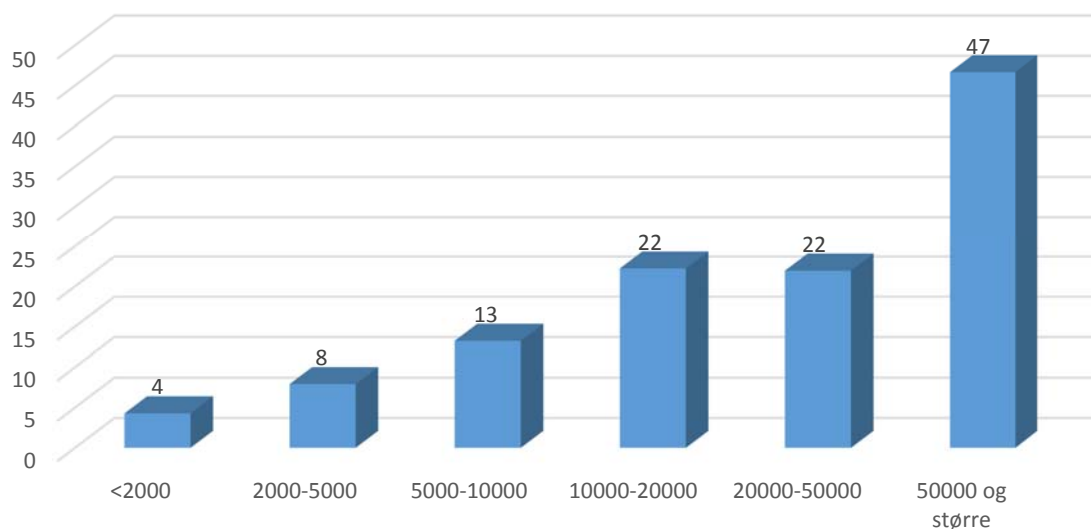
Figur 9.10 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene?

Vi ser nærmere på de kommunene som svarer dårlig eller svært dårlig, for å se om det er noen systematikk i forhold til kommunestørrelse eller HF-område.

Vi finner ingen systematisk variasjon mellom dårlig fungerende samarbeidsavtaler for voksne, hverken innen psykisk helsevern eller innen TSB. Men det er betydelige forskjeller når det gjelder barn og unge, både innen psykisk helsevern (se figur 9.11) og TSB (se figur 9.12). Det er helt klart flest av de største kommunene som har problemer med samarbeidsavtalene med helseforetakene for barn og unge, både innen psykisk helsevern og innen TSB.



Figur 9.11 Andel kommuner som mener samarbeidsavtalene med helseforetakene for barn og unge med psykiske vansker og lidelser fungerer dårlig.



Figur 9.12 Andel kommuner som mener samarbeidsavtalene med helseforetakene for barn og unge med rusmiddelproblemer fungerer dårlig.

Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, finner vi få systematiske forskjeller mellom helseforetaksområder. Dette tyder på at arbeidet med samarbeidsavtalene bør forsterkes mellom helseforetakene og de største kommunene. Igjen kan dette være en tegn på at spesialisthelse-

tjenesten prioriterer de små kommunene som har lite ressurser selv og overlater mer, og forventer mer av de store kommunene.

9.7 OPPSUMMERING

Vi har kartlagt kommunenes erfaring med samarbeidet med psykisk helsevern og med TSB.

Halvparten av kommunene har gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene har et betydelig potensial i samhandlingen med psykisk helsevern.

Rundt halvpartene av kommunene har ikke opplevd noen endring i samarbeidet med psykisk helsevern de siste 12 månedene. En av tre kommuner har opplevd en bedring, mens 19 prosent av kommunene har opplevd en forverring av samarbeidet.

Noen færre (44 prosent) av kommunene svarer at de har gode erfaringer med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB for å oppnå samtidige og helhetlige tjenester. Resten av kommunene har et betydelig potensial i samhandlingen med TSB.

Innen TSB er det to av tre kommuner som ikke har opplevd noen endring i samarbeidet de siste 12 månedene, 36 prosent har opplevd bedring, mens 8 prosent har opplevd en forverring.

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

10 SAMARBEID MED POLITIET

I dette kapitlet ser vi på hvordan kommunalt psykisk helse- og rusarbeid samarbeider med politiet. Dette har tidligere ikke vært inkludert i kartleggingen. Vi analyserer svarene på følgende overordnede spørsmål:

- Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid systematisk samarbeid med politiet? (Flere kryss mulig)
- Ja, vi har innført SLT-modellen
 - Ja, gjennom faste møter og avtaler
 - Ja, men kun i enkeltsaker der kommunen har behov for politiassistanse
 - Nei
- Annet, hva?

Det er 414 kommuner (97 prosent) som har svart på disse spørsmålene.

10.1 SLT-MODELLEN

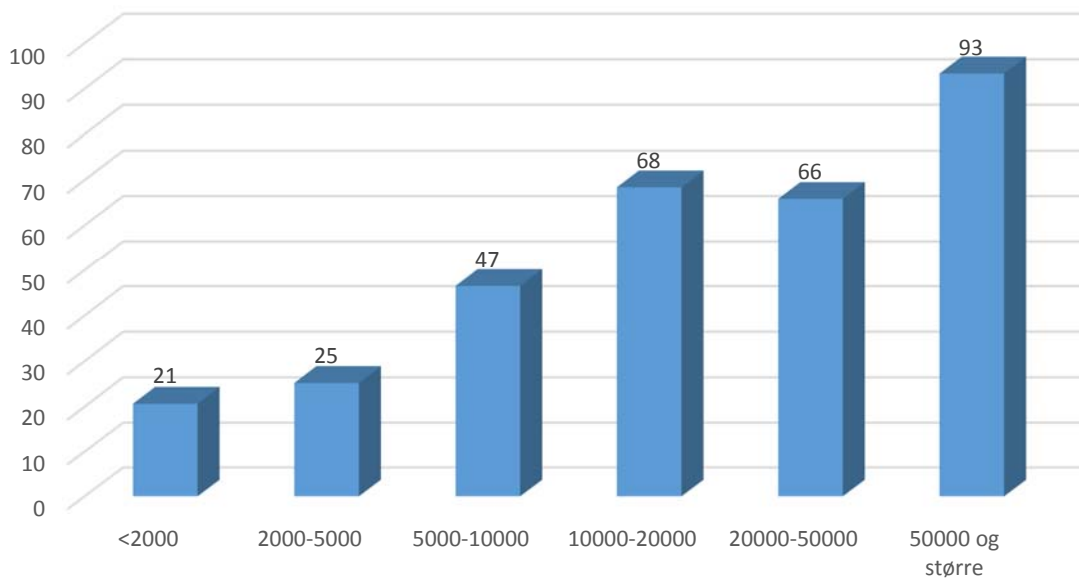
SLT står for «Samordning av Lokale rus og kriminalitetsforebyggende Tiltak»

SLT-modellen skal samordne rus og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge. Målet er at kommunens barn og unge skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper. Modellen skal sørge for å koordinere kunnskap og ressurser mellom politi og relevante kommunale enheter. Også næringsliv og frivillige organisasjoner hører med i dette nettverket.

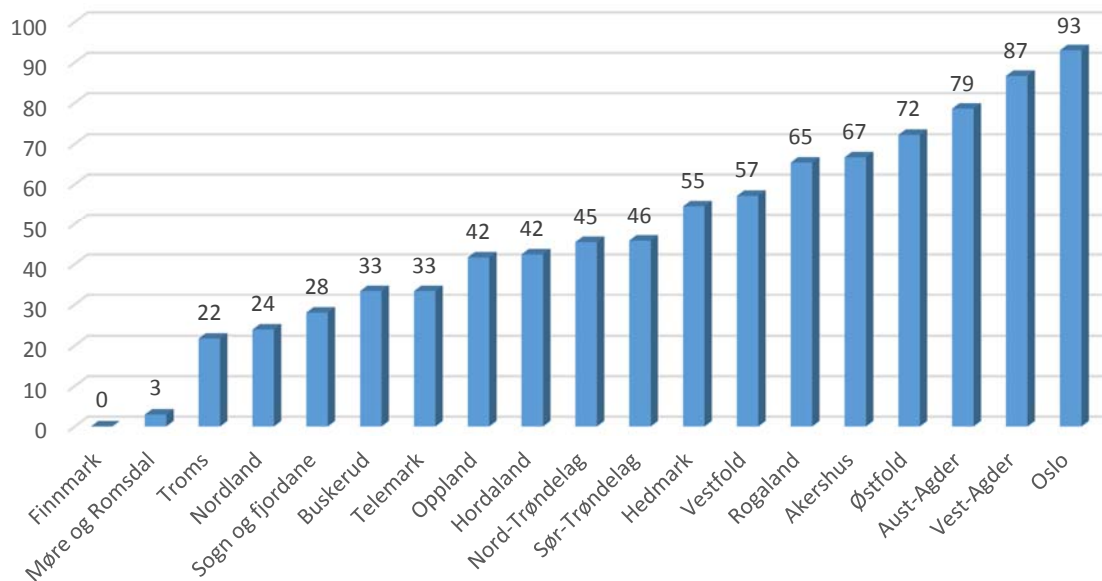
Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (Kfk) ble etablert 1. november 2015 og er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet. Et bredt sammensatt departementsutvalg skal gi oppgaver til sentere, blant andre Helse- og omsorgsdepartementet. Kfk overtar mange av oppgavene til Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD) som nå er nedlagt. Kfk skal blant annet stimulere til lokalt kriminalitetsforebyggende arbeid i kommunene gjennom SLT.

Det er 170 kommuner (40 prosent) av kommunene som oppgir at de har innført SLT-modellen, men det er betydelig variasjon både etter kommunestørrelse og fylke/helseforetak.

I de største kommunene er det nærmest alle som har innført SLT-modellen (inkludert alle bydeler i Oslo utenom en), mens hver femte kommune blant de aller minste har innført modellen.

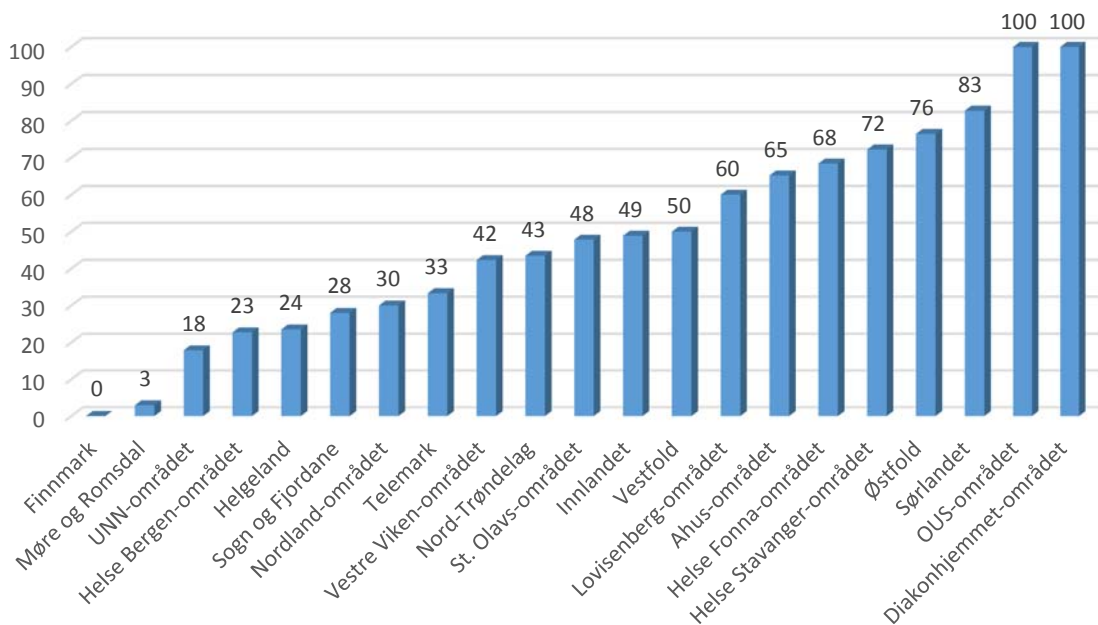


Figur 10.1 Andel kommuner som har innført SLT-modellen etter kommunestørrelse (N=414, 97 prosent).



Figur 10.2 Andel kommuner som har innført SLT-modellen etter fylke (N=414, 97 prosent).

Noe av variasjonen mellom fylker, skyldes ulik sammensetning av kommuner av ulik størrelse. Fylker med mange små kommuner vil dermed ha lavere andel med kommuner med SLT. Men selv når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det betydelig variasjon mellom fylker (figur 10.2) og Helseforetak (figur 10.3).



Figur 10.3 Andel kommuner som har innført SLT-modellen etter helseforetaksområde (N=414).

10.2 ANDRE TYPER SAMARBEID

Noen kommuner har faste møter og avtaler med politiet selv om de ikke har innført SLT-modellen, og dette gjelder 13 prosent av kommunene som har svart, se tabell 10.1. Ni prosent av kommunene svarer at de ikke har samarbeid med politiet, og 26 prosent at de samarbeider i enkeltsaker om behov.

Tabell 10.1 Antall og andel kommuner etter samarbeid med politiet (M=414, 97prosent)

	Antall	Prosent
Ja, vi har innført SLT-modellen	170	41
Ja, gjennom faste møter og avtaler (men ikke SLT)	54	13
Ja, men kun i enkeltsaker der kommunen har behov for politiassistanse	106	26
Ja, både gjennom enkeltsaker der det er behov og annet	20	5
Nei	39	9
Annet, hva?	18	4

Blant de kommunene som svarer at de ikke har samarbeid med politiet, er 80 prosent kommuner med færre enn 5 000 innbyggere.

Under "Annet" har kommunene for eksempel oppgitt at det er ulikt hvordan samarbeidet er etablert innen psykisk helse og rus:

Etablert fast samarbeid mellom politi og rusavd, kun i enkeltsaker innen psykisk helse (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Andre har innført ruskontrakter blant unge:

Helsesøstertjenesten samarbeider med forebyggende enhet i politiet om ruskontrakter (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Noen steder foregår samarbeidet på administrativt nivå i kommunen:

Kommunen har på ledernivå etablert faste møtepunkter med politiet. Hvor bl. annet rådmann deltar (kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Flere kommuner har politiråd, mens andre samarbeider med politiet gjennom kriseteam eller andre støtteteam:

Gjennom Tverrfagleg Støtteteam der helse, oppvekst, barnevern, kyrkje, Nav og politiet deltek. (kommune med færre enn 2000 innbyggere)

Noen kommuner sier de har forsøkt, men at politiet har vært lite responsivt:

Psykisk helse har prøvd å få til samarbeid med politiet, men liten respons hos politiet. (kommune med 2000-5000 innbyggere)

Noen steder er lensmannskontoret lagt ned:

Hadde faste møter før når kommunen hadde egen lensmann, som var en god ordning og samarbeid, men ikke etter at lensmannskontoret ble nedlagt i kommunen og sentralisert. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Når det nå forventes at mange lensmannskontor legges ned, vil det få konsekvenser for målgruppen innen psykisk helse- og rusarbeid. Noen steder har de allerede gjennomført omorganisering til større politidistrikt:

Store endringer i samarbeidet med politiet etter at det ble større politidistrikt. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

Bydelene i Oslo har SaLTo som er samarbeidsmodellen til Oslo kommune og Oslo politidistrikt for å forebygge kriminalitet og rusmisbruk blant barn og unge. SaLTo skal samordne ressursene i arbeidet for å sikre barn og unge et koordinert tilbud, redusere barne- og ungdomskriminaliteten og redusere rusmisbruket blant barn og unge.

10.3 OPPSUMMERING

Samarbeid med politiet kan være viktig innen psykisk helse- og rusarbeid. I 2016 var det 170 kommuner (40 prosent) som oppgir at de har innført SLT-modellen, men det er betydelig variasjon både etter kommunestørrelse og fylke/helseforetak.

SLT står for "Samordning av Lokale rus og kriminalitetsforebyggende Tiltak". Målet er at kommunens barn og unge skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper. Modellen skal sørge for å koordinere kunnskap og ressurser mellom politi og relevante kommunale enheter. Også næringsliv og frivillige organisasjoner hører med i dette nettverket.

Nærmest alle de største kommunene har innført SLT-modellen (inkludert alle bydeler i Oslo med ett unntak), mens hver femte kommune blant de aller minste har innført modellen. Men selv når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det likevel betydelig variasjon mellom fylker og helseforetaksområder i andel kommuner som har innført SLT. Finnmark og Møre og Romsdal har i minst grad innført SLT.

Det er likevel kun ni prosent av kommunene som svarer at de ikke samarbeider med politiet, fordi de øvrige 51 prosent av kommunene har funnet andre metoder for samarbeid utenfor en SLT-modell. Dette kan være gjennom faste møter og avtaler, eller gjennom enkeltsaker der kommunene har behov for politiassistanse.

11 BOLIGSITUASJON I MÅLGRUPPEN

I NOU 'en *Rom for alle* beskriver Jardar Sørvoll utviklingen i norsk boligpolitikk fra 1990-tallet og fram til i dag (Sørvoll, 2011). Han bruker begrepet "boligsosial vending" om det som skjedde på 90'-tallet da statens boligsosiale virkemidler gikk fra å være selektive låne- og støtteordninger (i Husbanken) til i økt grad å vektlegge oppfølgingstjenester og boligfeltet som del av velferdspolitikken og fattigdomsbekjempelsen. Det ble også et større fokus på utfordringer i bestemte grupper av befolkningen (ungdom, eldre, flyktninger, vanskeligstilte og bostedsløse). Både lov om sosiale tjenester i NAV og helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunenes ansvar for bolig til sine innbyggere.

I følge Hansen, Nordvik og Grønningsæter (2014) har det fra tidlig på 2000-tallet vært et sterkt statlig engasjement for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. "Prosjekt bostedsløse" var et fireåring nasjonalt forsøksprosjekt (2000-2004) i de sju største byene, særlig rettet mot rusavhengige og personer med ROP-lidelser. Gjennom prosjektet ble det klart at mange vanskeligstilte på boligmarkedet trenger hjelp for å få stabilt sted å bo. Med vanskeligstilte menes de som er uten egen bolig, står i fare for å miste boligen sin eller bor i uegnet bolig eller bomiljø (I. Hansen, Nordvik, & Grønningsæter, 2014). I 2006 fulgte Regjeringen opp med strategien "På vei til egen bolig"⁹, samt at Husbanken de senere årene har hatt fokus på boligsosialt arbeid i form av bosetting av flyktninger og vanskeligstilte på boligmarkedet.

I 2014 trådte den siste boligsosiale strategien i kraft i form av *Bolig for velferd*¹⁰. Strategien er et samarbeid mellom fem departementer med strategiperiode fram til og med 2020. Den definerer boligsosialt arbeid slik:

"Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet. Arbeidet kan deles inn i operative og strategiske oppgaver. De operative oppgavene handler om å gi råd og veiledning, skaffe egnede boliger, tildele økonomisk støtte, iverksette bo- og nærmiljøtiltak, og å gi oppfølging og tjenester i hjemmet. De strategiske oppgavene handler om å sette langsiktige mål, utvikle tiltak og virkemidler for å nå disse målene, sette av økonomiske og faglige ressurser til arbeidet, og avgjøre hvor og av hvem de ulike operative oppgavene skal løses."

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-vei-til-egen-bolig/id423935/>

¹⁰

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

Strategien *Bolig for velferd* har fastsatt følgende nasjonale mål:

- Alle skal ha et godt sted å bo (hjelp fra midlertidig til varig bolig, hjelp til å skaffe en egnet bolig)
- Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet (forhindre utkastelser, gi oppfølging og tjenester i hjemmet)
- Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (sikre god styring og målretting av arbeidet, stimulere til nytenkning og sosial innovasjon, planlegge for gode bomiljø)

1. november 2016 ble en egen veiviser i forbindelse med *Bolig for velferd* publisert (se <http://www.veiviseren.no/>). Denne skal være et tverrfaglig verktøy for kommunene og gi en samlet framstilling av lovverk, aktuelle hjelpemidler, konkrete arbeidsprosesser, kompetanse og gi gode eksempler på resultat, metoder og tiltak. Den har særlig fokus på barn og unge (barnefamilier). Også veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (s. 26-27) peker på bolig som avgjørende for helse, selvstendighet og mestring, og at bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel (Helsedirektoratet, 2014)¹¹.

Rapporteringen (IS-24/8) på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har hatt bolig som tema siden tidlig på 2000-tallet, da fokuset var på antall ferdigstilte boliger subsidiert av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98))¹². I fjorårets rapportering var hovedtemaet overgangen mellom midlertidig og varig bolig. I overkant av hundre kommuner oppgav eksplisitt at de hadde døgnbaserte tilbud til målgruppen i 2015. Dette gjaldt hovedsakelig heldøgnsbemannede boliger eller bofellesskap med personalbase. Tilbakemeldingen fra kommunene indikerte at økt gjennomstrømming i de kommunale boligene kan oppnås med tettere oppfølging og mer ressurser til botrening og bomestring.

I kartleggingen for 2016 var følgende spørsmål inkludert:

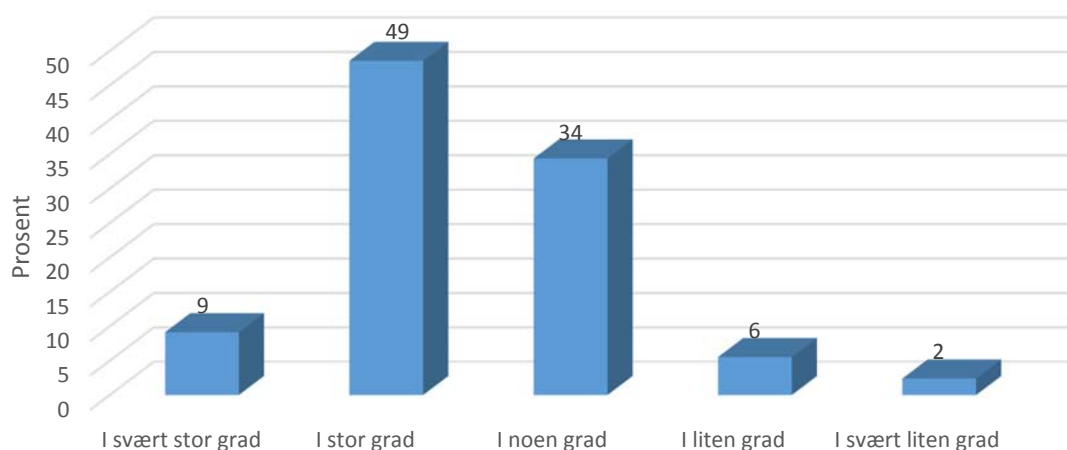
- I hvilken grad gir kommunen et godt tilbud om oppfølging i bolig?
 - I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad
- Har kommunen søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud?
 - Ja, Nei, Vet ikke – Hvis "Nei", hvorfor ikke?
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år?
 - Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring
- Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år?
 - Stor bedring, bedring, ingen endring, forverring, stor forverring

¹¹<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

¹² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

11.1 GIR KOMMUNENE ET GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG?

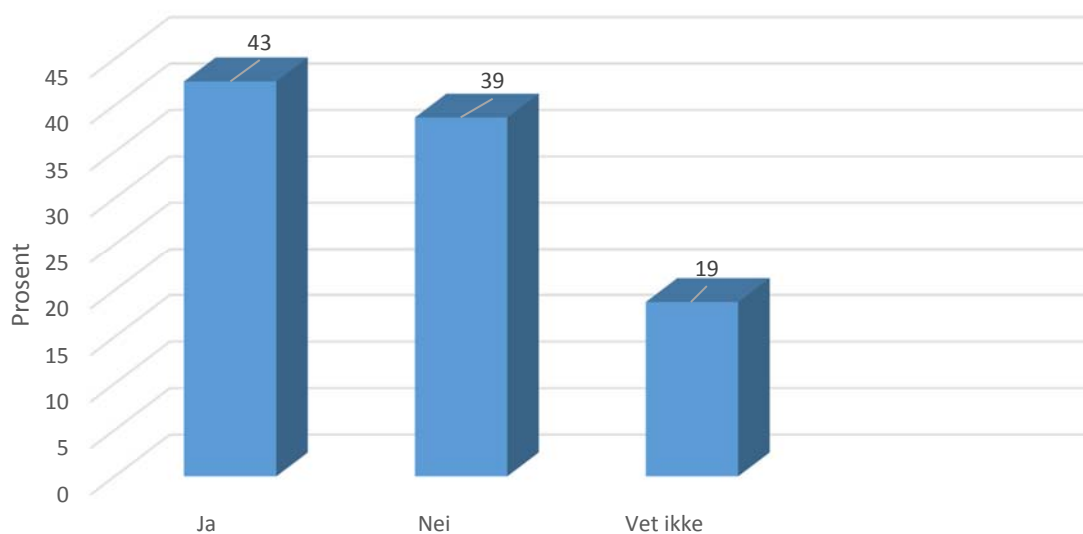
416 kommuner hadde valgt å besvare spørsmålet om kommunene gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. Majoriteten av kommunene (58 prosent) svarer at de i svært stor grad eller i stor grad gir et godt tilbud om oppfølging. 34 prosent svarer "I noen grad" mens 8 prosent av kommunene svarer i liten, eller svært liten grad. Av de 15 bydelene i Oslo svarte 8 "I stor grad" og 7 "i noen grad".



Figur 11.1 Prosentandel av kommunene som oppgir at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig. N = 416.

11.2 HAR KOMMUNEN SØKT TILSKUDD HOS HUSBANKEN FOR Å GI FLERE ET TILBUD?

På landsbasis besvarte 411 kommuner spørsmålet som omhandlet søknad om tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig eller botilbud. 175 kommuner (43 prosent) svarte "Ja", 159 kommuner (39 prosent) svarte "Nei", mens 77 kommuner (19 prosent) svarte "Vet ikke". Blant de 15 bydelene i Oslo svarte 7 "Ja", 5 "Nei" og 3 "Vet ikke".



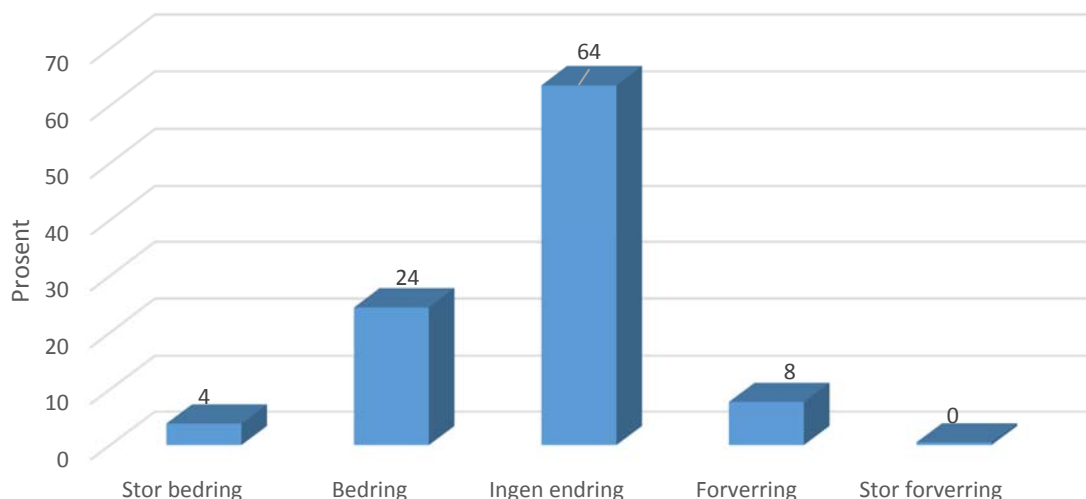
Figur 11.2 Prosentandel av kommunene som oppgir at de har søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud. N = 411.

For de som svarte "Nei" på dette spørsmålet ble det også spurt et åpent spørsmål om hvorfor de ikke har søkt Husbanken om tilskudd. Her har 118 kommuner valgt å svare. Én av fire kommuner svarer at de ikke har søkt fordi det ikke er behov for flere boliger til denne målgruppen. Andre kommuner svarer at de har søkt tidligere, men ikke det siste året, eller at det nylig er igangsatt arbeid med boligsosial handlingsplan, og at de har planer om å søke i tiden framover. Enkelte kommuner svarer at gruppen med psykisk helse og/eller rusproblemer ikke prioriteres spesifikt:

"Har søkt om tilskott hos Husbanken til oppføring av bustadar for flyktingar og andre vanskelegstilte. Kommunen har ikkje prioritert eigne bustadar for personar med psykisk helse- og/eller rusproblem." (Liten kommune på Vestlandet)

11.3 ENDRINGER I BOLIGSITUASJONEN TIL MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID

På spørsmål om boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid har endret seg i løpet av det siste året, svarer majoriteten av de 414 kommunene som besvarte spørsmålet at det ikke har vært noen endring (64 prosent). 28 prosent av kommunene rapporterer om bedring/stor bedring, mens 8 prosent av kommunene sier det har vært en forverring av tilbudet.



Figur 11.3 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? N = 414.

I et åpent kommentarfelt til dette spørsmålet er det typisk de som har opplevd bedring eller forverring som har gitt en kommentar (108 kommuner har svart her). Flere av kommunene som har hatt ei positiv utvikling, sier dette skyldes økt tilgjengelighet til kommunale boliger de siste årene:

Situasjonen har bedret seg fordi kommunen har bygd flere kommunale boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. (Psykisk syke, rus, funksjonshemmede, flyktinger osv.). (Kommune med under 2000 innbyggere)

"Boliger tilgjengelig, bred innsats av boligkontakter. Færre bostedsløse, bedre rutiner for oppfølging." (Kommune med over 50000 innbyggere)

Flere av kommunene har også kommentert at denne målgruppen prioriteres, at de er i gang med Housing first, eller at bedre tilbud til andre målgrupper (f.eks. eldre) frigjør boliger til gruppen med psykiske og/eller rusproblemer:

Kommunen har ikke bygget flere boliger til formålet, men vi ser at andelen som innvilges kommunale boliger i nokså stor grad prioriteres til de med psykiske lidelser og rusproblematikk. Denne gruppen har som oftest større utfordringer enn gjennomsnittet med å skaffe til veie leiligheter på det private markedet. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

På grunn av bedre utbygging av leiligheter i sentrum som blir benyttet av eldre, er andre kommunale boliger nå mer i bruk til rus/psykisk helse (Kommune med 2000-5000 innbyggere)

Dette handler om en større sirkulasjon i våre bofellesskap bl.a. startlån og boligtilskudd. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Blant kommunene som rapporterer om en forverring av situasjonen handler det typisk om at det er et behov for flere bemannede boliger, og at det stadig kommer nye brukere med behov for bolig og/eller tilrettelegging:

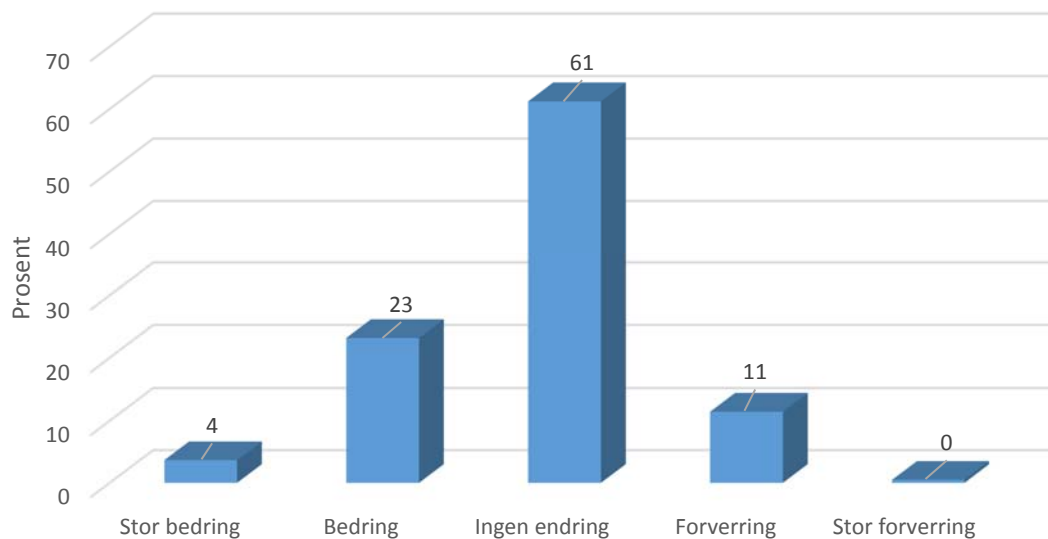
Kommunen har jobbet intensivt med at vanskeligstilte skal få bistand til å kjøpe selv og ikke leie. Mange brukere har derfor kjøpt egen leilighet. Vi har mange alternative boformer for rus/psykisk syke som ikke trenger heldøgns omsorg, men vi har alt for få bemannede boliger - derfor skal det bygges i 2016. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Våre bemannede botiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er fulle. Mens denne situasjonen vedvarer kommer det stadig nye til med store omsorgsbehov som ikke får et godt nok tilbud. (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Bosetting av flyktninger nevnes også av flere kommuner som en konkurrerende faktor i det kommunale boligtilbudet for brukergruppen med psykiske problemer og/eller rusproblemer.

11.4 ENDRINGER I BOLIGSITUASJONEN TIL MÅLGRUPPEN FOR RUSARBEID

På spørsmål om boligsituasjonen i målgruppen for rusarbeid har endret seg i løpet av det siste året, ser situasjonen relativt lik ut som for psykisk helse. Majoriteten av de 410 kommunene som besvarte spørsmålet sier at det ikke har vært noen endring (61 prosent). 27 prosent av kommunene rapporterer om bedring/stor bedring, mens 11 prosent av kommunene sier det har vært en forverring av tilbudet, altså tre prosentpoeng mer enn for brukergruppen med psykiske problemer.



Figur 11.4 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid utviklet seg siste år? N = 410.

I kommentarfeltet er det mye av de samme problemstillingene som gjaldt for brukergruppen med psykiske problemer og lidelser presentert over, men det kan tyde på at rusproblematikk bidrar til ekstra utfordringer:

Kommunen sliter med å finne egnende boliger til disse brukergrupper, da de ofte har vært i det åpne bolig marked tidligere, og ikke er ønsket tilbake, selv om de er rehabilitert kan det være problematisk. Også problemer med nærmiljø/ naboer o.l. Fortsatt ønskelig med heldøgnsbolig, boliger med fellesareal og noen få hybler. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Vi har fått flere rusmisbrukere og sliter litt med å finne bolig spesielt innen det private markedet. Vi har flere kommunale leiligheter, som det også bor en del med psykiske problemer, men de ligger samlet og der ønsker vi ikke å ha rus, det har vi dårlig erfaring med. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

På dette området har kommunen fortsatt store utfordringer når det gjelder utvikling av differensierte botilbud. Spesielt til gruppen som er i aktiv rus og har en utfordrende adferd og vansker med å bo. Videre er det en aldrende gruppe rusavhengige med kognitiv svikt (demenslignende problematikk) og store omsorgsbehov som ikke passer inn i eksisterende sykehjemstilbud. (Kommune med over 50000 innbyggere)

Men 27 prosent av kommunene har altså opplevd en bedring i løpet av det siste året, og flere kommenterer at det er økt fokus på bolig for denne målgruppa:

Har fått saksbehandlerkontor og bedre saksbehandling av boligsøknader. Kommunene har mere fokus på bosetting, og hvilke miljø inn byggere bosettes i. Har et godt samarbeid med Husbanken. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

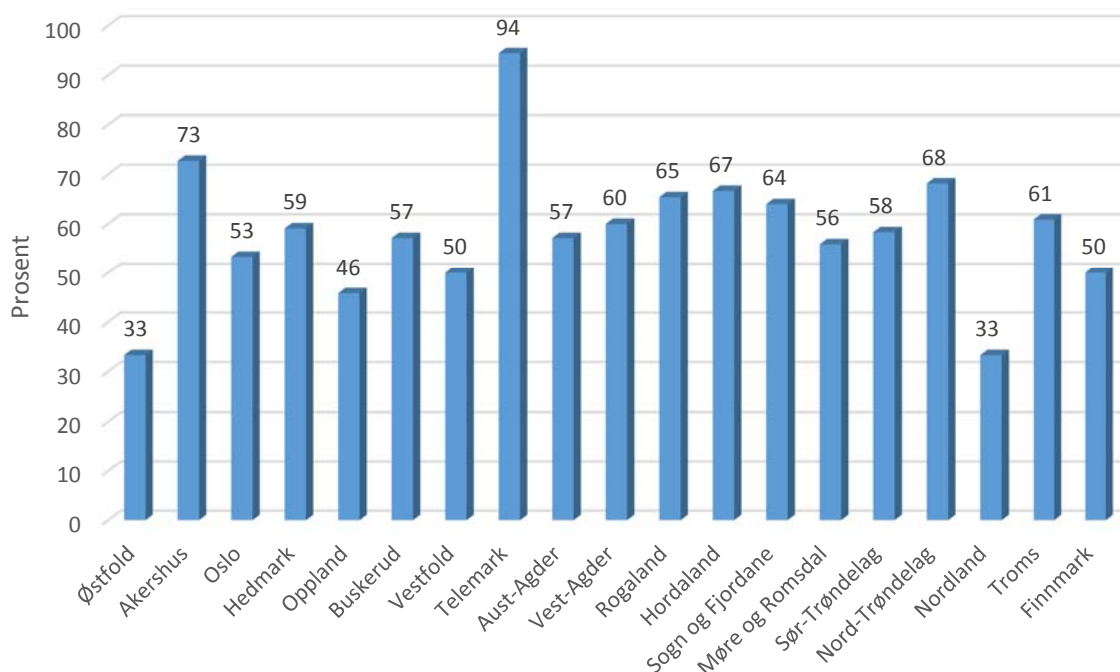
Innsats i tilrettelagte boliger, bred innsats av boligkontakter. Eget hus for rusfrie. Færre bostedsløse, bedre rutiner for oppfølging. (Kommune med over 50000 innbyggere)

11.5 VARIASJON MELLOM KOMMUNER MED ULIK STØRRELSE, FYLKER OG HELSEFORETAK

Vi benyttet logistisk regresjonsanalyse for å undersøke variasjon i svarene i henhold til kommunestørrelse, fylke og helseforetak (HF). Vi presenterer figurer i de tilfellene vi fant systematiske forskjeller innad i de tre nivåene. Vi har forholdt oss til et signifikansnivå på 10 prosent¹³. Referansekategori i analysene var hhv. kommuner med færre enn 2000 innbyggere, Østfold fylke og Østfold HF.

GODT TILBUD OM OPPFØLGING I BOLIG?

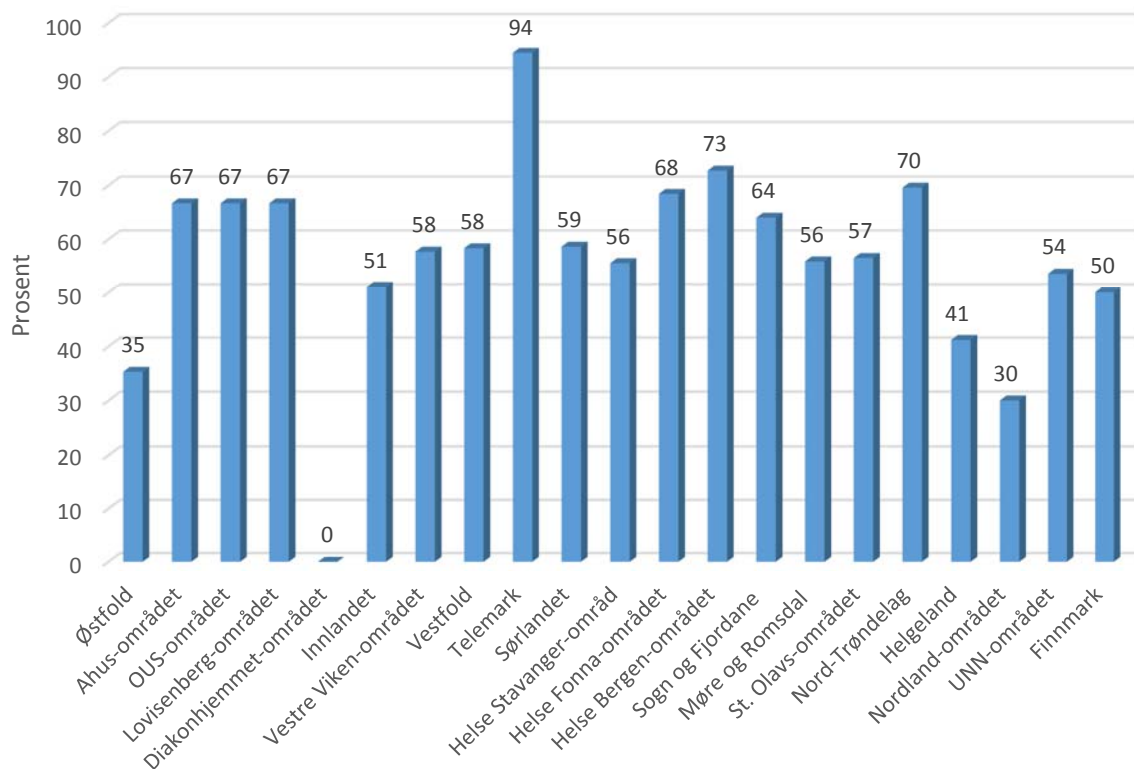
På spørsmål om i hvilken grad kommunen gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, ble svarene "I svært stor grad" og "I stor grad" slått sammen, og blir i regresjonsanalysene sammenliknet med "I noen grad", "I liten grad" og "I svært liten grad". Det var ikke systematiske forskjeller basert på kommunestørrelse. Blant fylkene er det særlig kommunene i Akershus, Telemark, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Troms som skiller seg ut med godt tilbud om oppfølging i bolig.



Figur 11.5 I hvilken grad gir kommunene et godt tilbud om oppfølging i bolig? Prosentandel av kommunene som svarte "I svært stor grad" eller "I stor grad". N = 430, inkludert bydeler i Oslo. Fylkesnivå

De samme systematiske forskjellene gjør seg gjeldene på helseforetaksnivå, der kommunene i Ahus-området, Telemark, Helse Fonna-området, Helse Bergen-området, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag skilte seg systematisk fra referansefylket Østfold (se figur under).

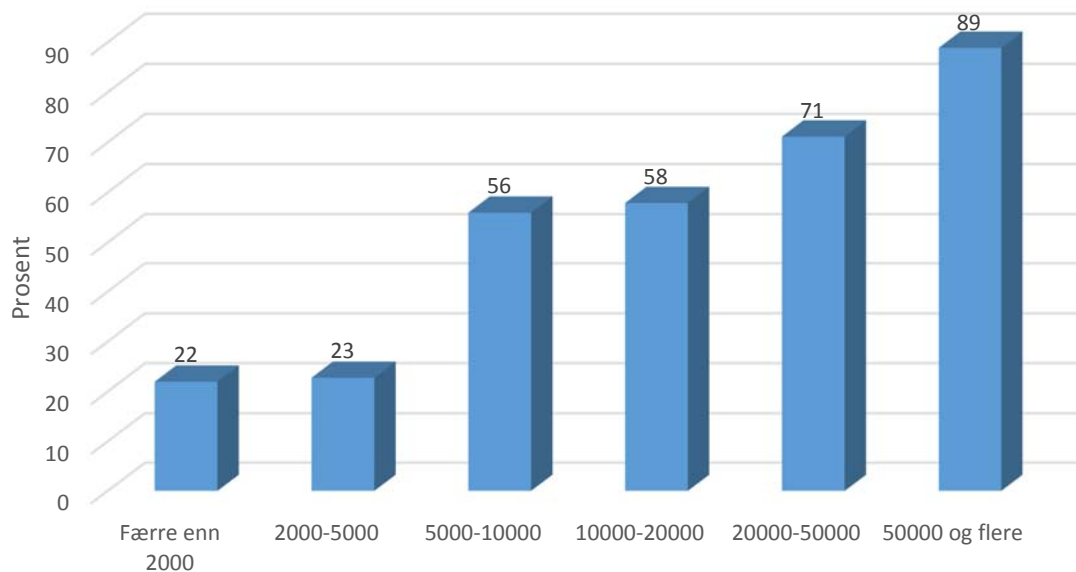
¹³ Signifikansnivået indikerer sannsynligheten for at den observerte forskjellen mellom kommunene skyldes tilfeldigheter. Gitt en nullhypotese om at det ikke er systematisk forskjell mellom de ulike gruppene vi har testet, indikerer 10 % signifikansnivå at vi er villige til å feilaktig forkaste nullhypotesen i 10 % av tilfellene.



Figur 11.6 I hvilken grad gir kommunene et godt tilbud om oppfølging i bolig? Prosentandel av kommunene som svarte "I svært stor grad" eller "I stor grad". N = 430, inkludert bydeler i Oslo. Helseforetaksnivå

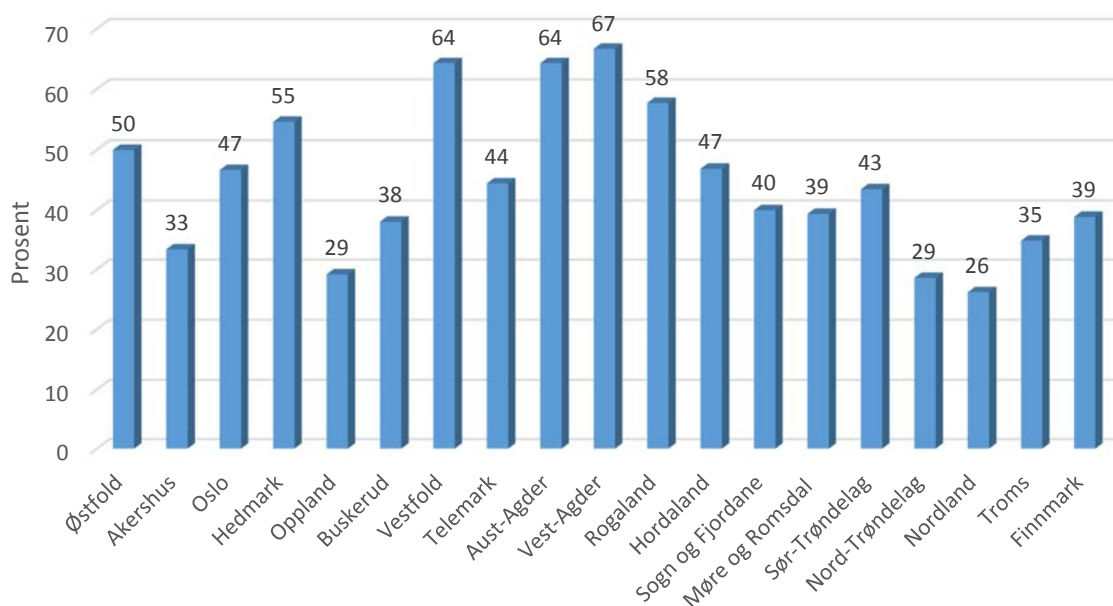
HAR KOMMUNEN SØKT TILSKUDD HOS HUSBANKEN?

På spørsmål om kommunen har søkt tilskudd hos husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblematikk skal få egnet bolig/botilbud, var det 43 prosent av kommunene som svarte ja til dette. Det var en klar positiv sammenheng mellom kommunestørrelse og søknad om tilskudd hos husbanken. Jo flere innbyggere det er i kommunen, jo mer sannsynlig var det at kommunen hadde søkt om midler hos Husbanken, og de fire største kommunegruppene skilte seg systematisk fra de minste.

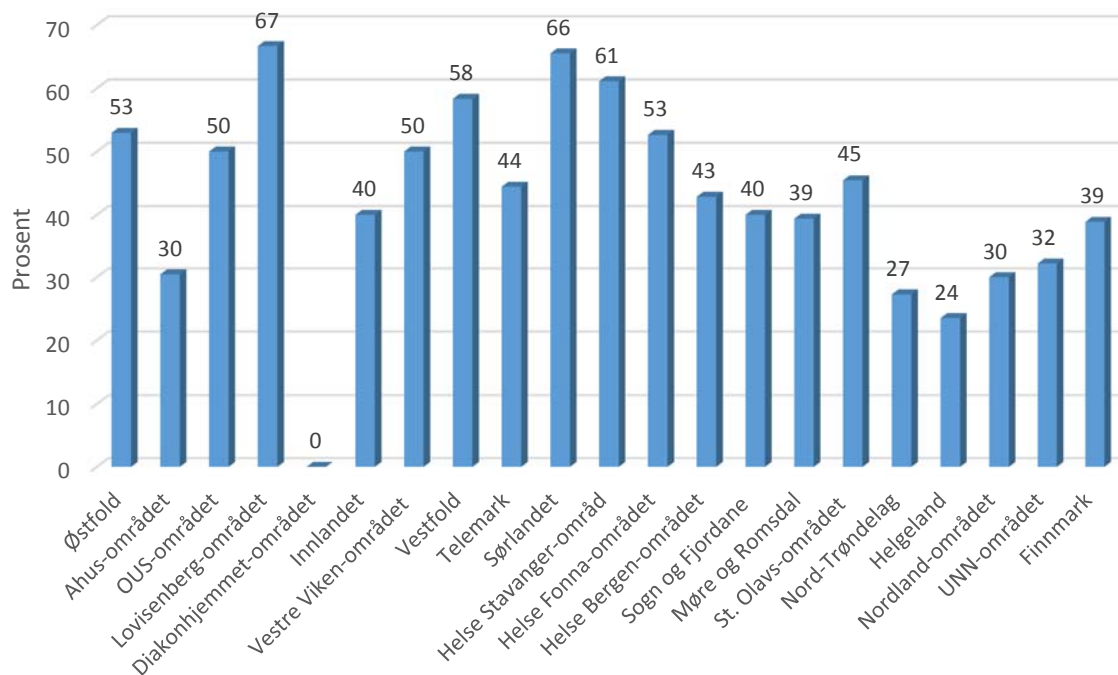


Figur 11.7 Har kommunen søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud? Prosentandel av kommunene som svarte "Ja". N = 425, inkludert bydeler i Oslo. Etter kommunistørrelse

På fylkesnivå er det ganske store variasjoner med Vestfold og Agder-fylkene på topp med 64-67 prosent av kommunene som har søkt om tilskudd hos Husbanken, mens Oppland, Nord-Trøndelag og Nordland alle har under 30 prosent av kommunene som har søkt. Regresjonsanalysene viste at det kun var Nordland fylke og Helgeland HF-område som skilte seg systematisk fra hhv. referansefylket og referanse-HF-området.



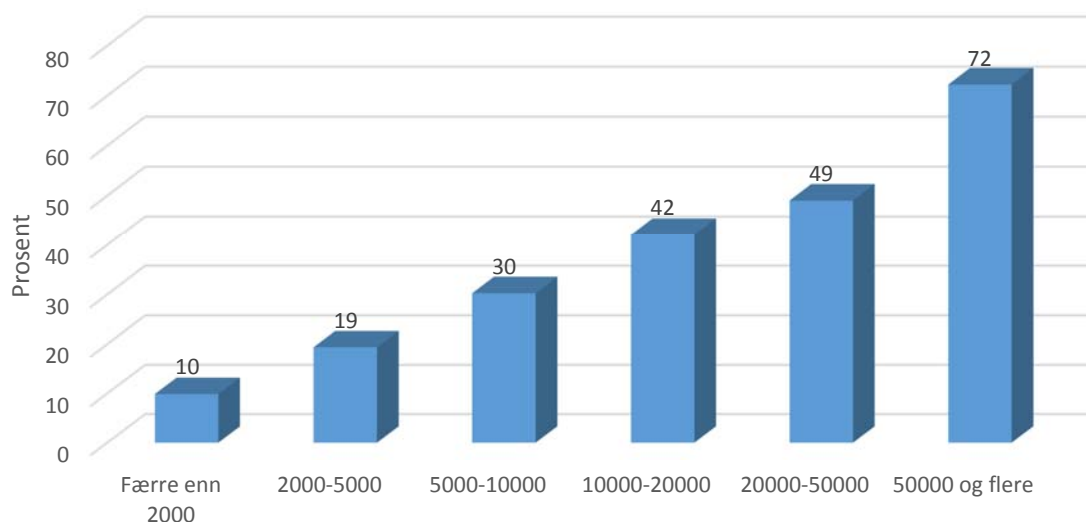
Figur 11.8 Har kommunen søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud? Prosentandel av kommunene som svarte "Ja". N = 425, inkludert bydeler i Oslo. Fylkesnivå



Figur 11.9 Har kommunen søkt tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få egnet bolig/botilbud? Prosentandel av kommunene som svarte "Ja". N = 425, inkludert bydeler i Oslo. Helseforetaksnivå.

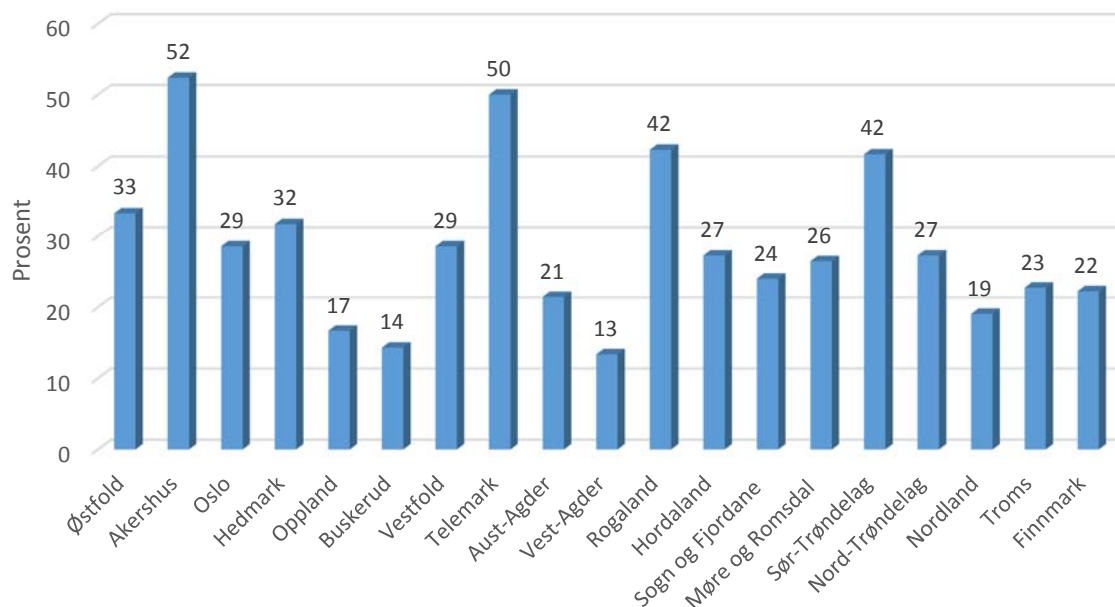
UTVIKLING I BOLIGSITUASJONEN - MÅLGRUPPEN FOR PSYKISK HELSEARBEID

På spørsmålet om endring i boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid, slo vi sammen kategoriene "Stor bedring" og "Bedring", og sammenliknet disse med "Ingen endring", "Forverring" og "Stor forverring". Regresjonsanalysene viste en systematisk og lineær sammenheng mellom økt kommunestørrelse og bedring i utvikling i boligsituasjonen til denne målgruppen.

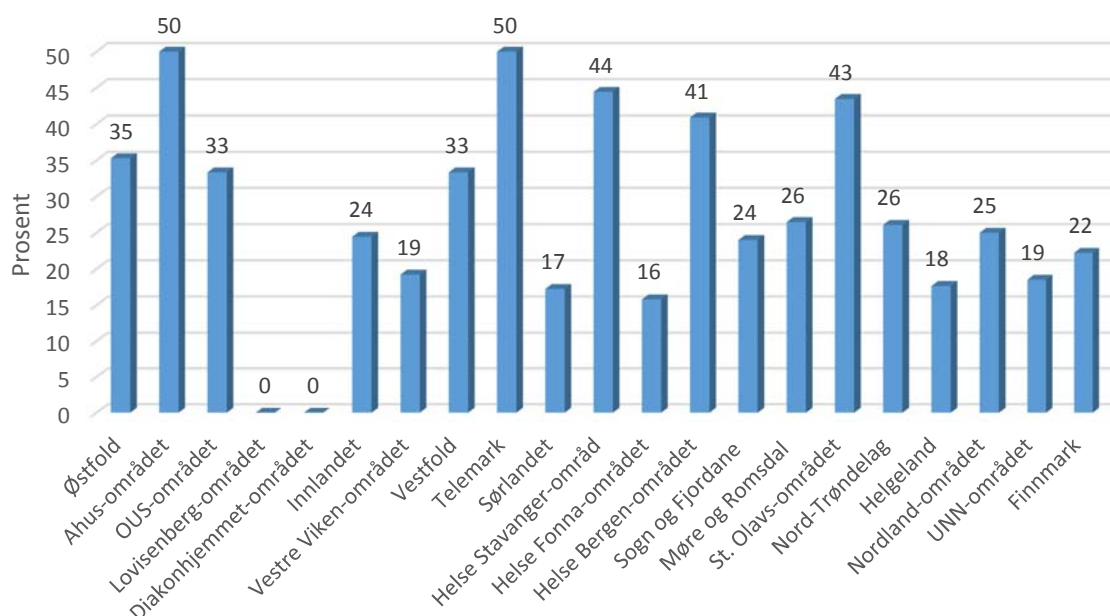


Figur 11.10 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 427, inkludert bydeler i Oslo. Kommunestørrelse

På fylkesnivå og helseforetaksnivå var det imidlertid stor variasjon og ingen systematiske forskjeller. Vi har likevel valgt å presentere figurer her for å vise den store spredningen (se neste side). I Akershus og Telemark svarte hhv. 52 og 50 prosent av kommunene at de opplever en bedring i boligsituasjonen til denne målgruppen, mens kun 13 prosent av kommunene i Vest-Agder svarte det samme.



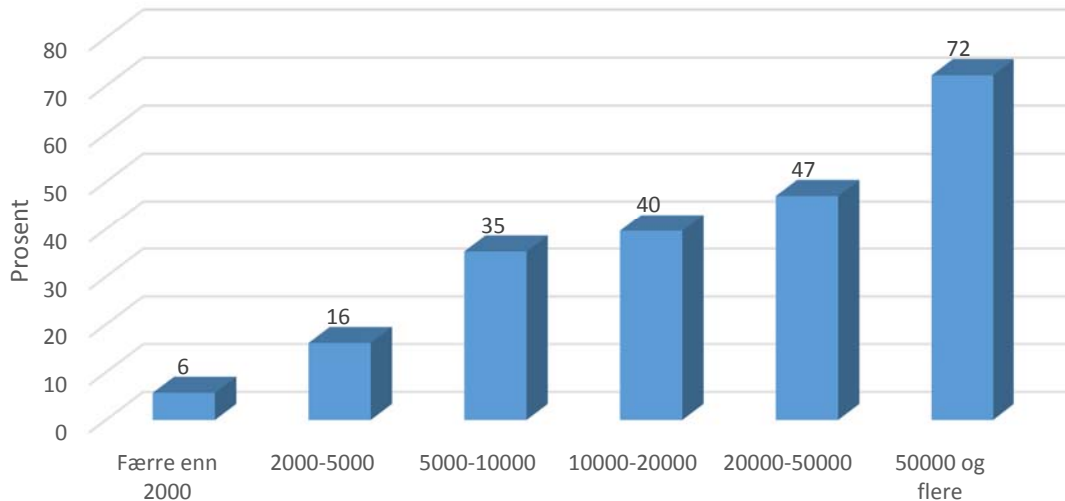
Figur 11.11 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 427, inkludert bydeler i Oslo. Fylkesnivå.



Figur 11.12 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for psykisk helsearbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 427, inkludert bydeler i Oslo. Helseforetaksnivå.

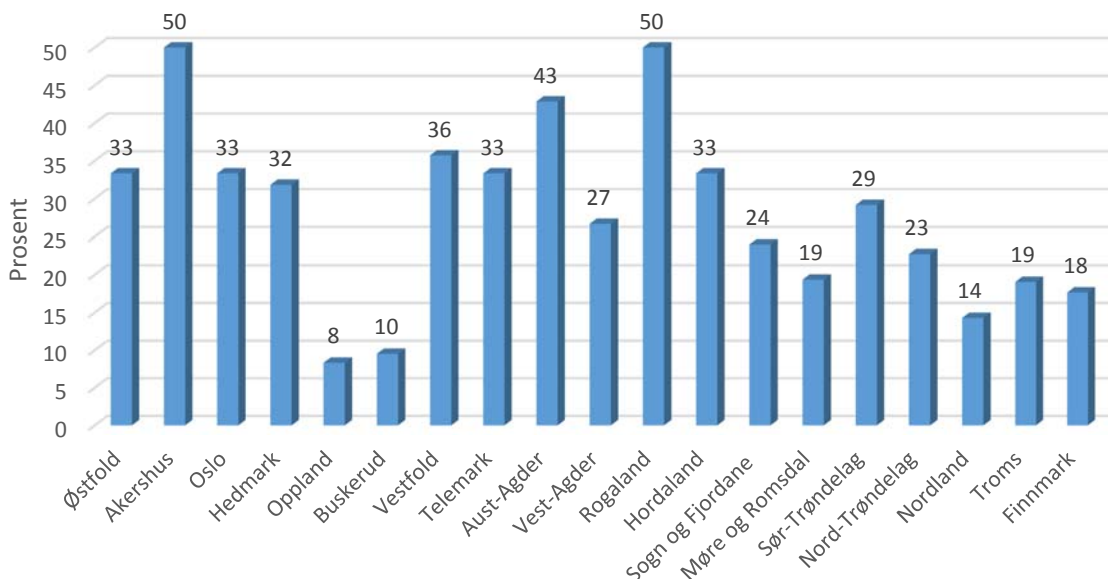
UTVIKLING I BOLIGSITUASJONEN - MÅLGRUPPEN FOR RUSARBEID

På spørsmålet om endring i boligsituasjonen i målgruppen for kommunalt rusarbeid, gjorde vi det samme som over; slo sammen kategoriene "Stor bedring" og "Bedring", og sammenliknet disse med "Ingen endring", "Forverring" og "Stor forverring". Regresjonsanalysene viste som for psykisk helsearbeid en systematisk sammenheng mellom økt kommunestørrelse og bedring i utvikling i boligsituasjonen til denne målgruppen.

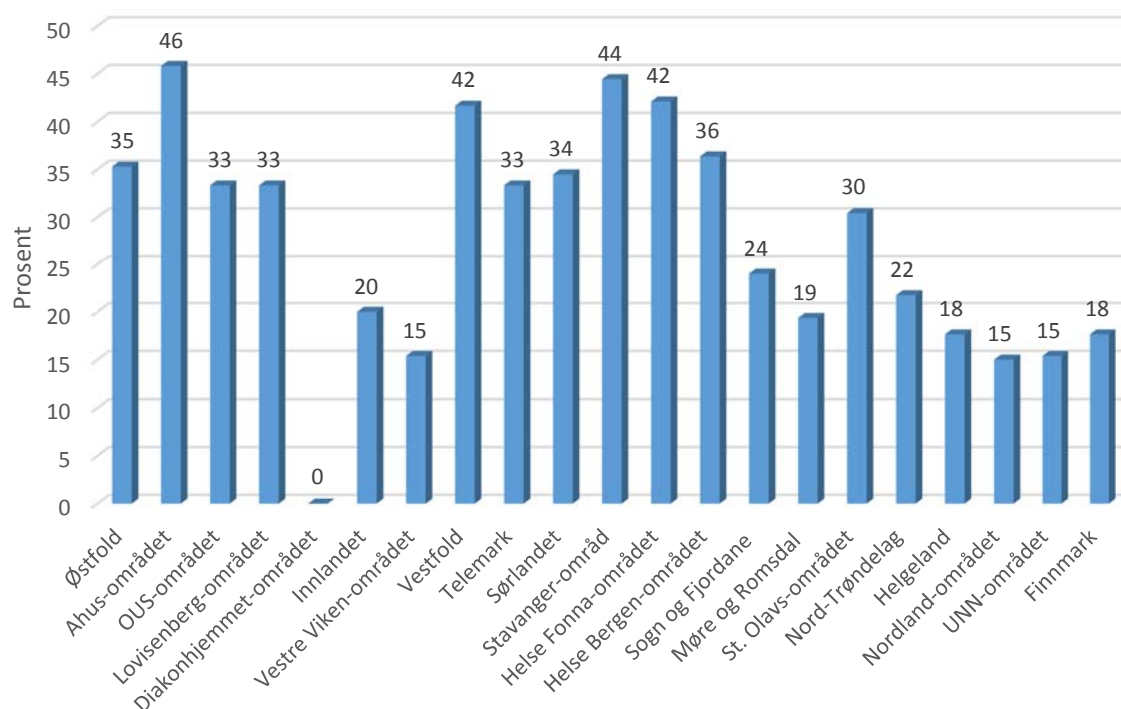


Figur 11.13 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for rusarbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 424, inkludert bydeler i Oslo. Etter kommunestørrelse.

På fylkesnivå er det store variasjoner, men Oppland, Buskerud og Nordland skiller seg systematisk fra referansefylket med svært lave andeler av kommunene som svarte at situasjonen var forbedret. Det var ingen systematiske forskjeller på helseforetaksnivå.



Figur 11.14 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for rusarbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 424, inkludert bydeler i Oslo. Fylkesnivå.



Figur 11.15 Hvordan har boligsituasjonen i målgruppen for rusarbeid utviklet seg siste år? Prosentandel av kommunene som svarte "Stor bedring" og "Bedring". N = 424, inkludert bydeler i Oslo. Helseforetaksnivå.

11.6 OPPSUMMERING

Storparten av kommunene rapporterer at de gir et godt tilbud om oppfølging i bolig til sine brukere. Kun åtte prosent av kommunene svarte at de i liten eller svært liten grad evner å gi et godt tilbud om oppfølging.

43 prosent av kommunene sier at de har søkt om tilskudd hos Husbanken for at flere vanskeligstilte med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få et egnet botilbud, mens 39 prosent svarer at de ikke har søkt. Omtrent én av fire kommuner som ikke hadde søkt, svarte at det ikke har vært behov for flere boliger til denne gruppen. Andre har søkt tidligere, men ikke i det siste, mens flere kommuner svarte at de nylig har igangsatt arbeid med boligsosial handlingsplan og skal søke i årene som kommer. Noen kommuner nevner også at boliger til flykninger blir høyt prioritert for tiden. Det er en klar tendens til at det er de største kommunene som har søkt Husbanken om midler, og en høy andel av kommunene i Vestfold og Agder-fylkene hadde søkt om tilskudd.

På spørsmål om hvordan boligsituasjonen i målgruppen har utviklet seg det siste året, svarte 64 prosent at situasjonen var uendret for brukere i psykisk helsearbeid, mens 61 prosent svarte at situasjonen var uendret for brukere i kommunalt rusarbeid. 27-28 prosent rapporterte om bedring eller stor bedring av boligsituasjonen til disse målgruppene. Det var en noe høyere andel kommuner som svarte at det hadde vært en forverring for brukere av kommunalt rusarbeid, sammenliknet med psykisk helsearbeid. På fylkesnivå var det særlig kommunene i Akershus og Telemark som rapporterte om bedring i boligtilbudet til brukere i kommunalt psykisk helsearbeid, mens kommunene i Akershus og Rogaland i stor grad rapporterte om bedring i botilbudet til brukere med rusproblemer.

12 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER (INSTITUSJONSPLASSER) FRA PRIVATE

Kommunene har i all hovedsak to valg når det kommer til å tilby heldøgns bo- og omsorgstjenester; de kan bygge og drifte tjenestene selv, eller de kan kjøpe tjenester fra private ideelle eller private kommersielle aktører. Med private ideelle aktører forstår vi aktører med mål om å gå i økonomisk balanse (f.eks. stiftelser), mens private kommersielle aktører har profitt som formål.

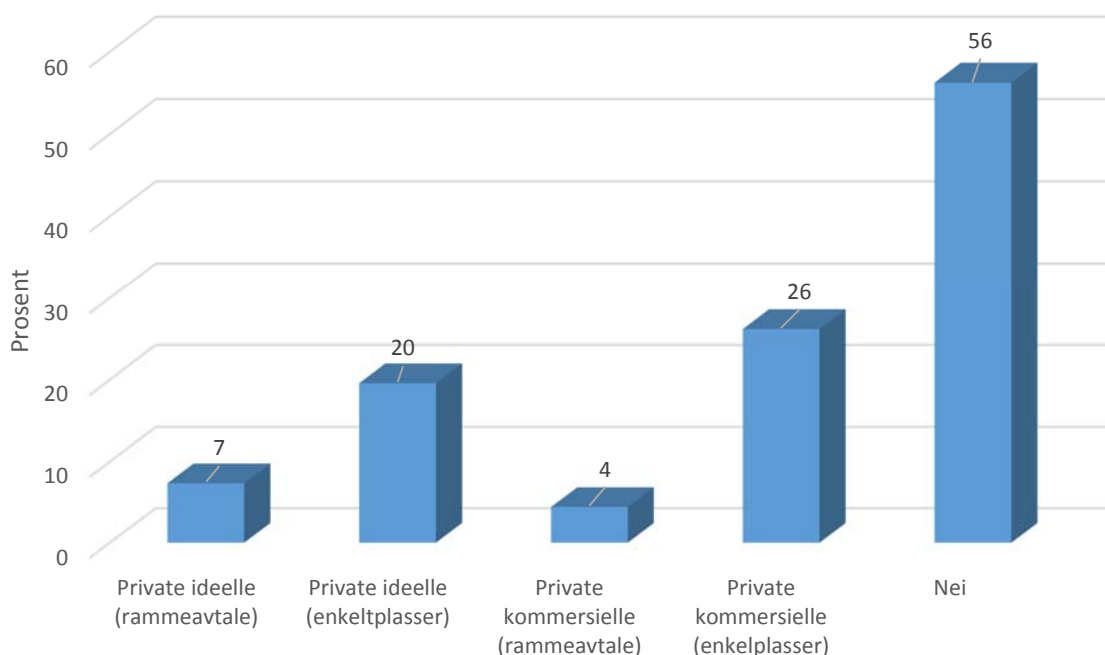
Oss bekjent er det lite systematisert kunnskap på psykisk helse- og rusfeltet om hvilke konsekvenser det har for tjenestene om kommunene velger det ene eller andre alternativet. Det er helt klart mest utbredt med kjøp av private tjenester til brukere med rusmiddelrelatert problematikk. Beddari (2013) studerte hvordan Oslo kommune har benyttet konkurranse som innkjøpsstrategi for anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige. Hun har sett på hvordan organiseringen av tjenestene og deres innhold påvirkes av å konkurranseutsette tjenestene. Informantene var ansatte i Oslo kommune med ansvar for å iverksette og gjennomføre anskaffelse av tjenester, samt private tilbydere av tjenester for rusmiddelavhengige som oppnådde kontrakt med kommunen i 2010. Konkurransutsatte tjenester til denne målgruppen i Oslo kommune utgjorde omtrent 30 prosent av kommunens tjenestetilbud i 2010. Informantenes erfaringer tilsa på den ene siden at konkurranseutsetting kan være en effektiv måte å forvalte idealer i ruspolitikken på, ettersom tilbyderne må tilpasse seg de føringer oppdragsgiver legger til grunn i utlysning og kontrakt. Samtidig kan offentlige anskaffelsesprosesser føre til mindre fleksible tjenester ved at partene bindes til kontrakten, og at bestillingen fra oppdragsgiver kan avvike fra det egentlige behovet i tjenestene. Dette kan igjen gå ut over både brukerne og tiltakenes resultatoppnåelse (Beddari, 2013).

IS24/8 for 2016 kartla følgende spørsmål vedrørende kjøp fra private aktører:

- Kjøper (ev. benytter) kommunene heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Ja, fra private ideelle gjennom rammeavtaler
 - Ja, fra private ideelle gjennom enkeltplasser
 - Ja, fra private kommersielle gjennom rammeavtaler
 - Ja, fra private kommersielle gjennom enkeltplasser
 - Nei (Hvis nei, hvorfor ikke?)
- Hvis ja, hvilke tjenester er dette?
- Har det vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året?
 - Ja (Hvis ja, hva består endringen av?)
 - Nei

12.1 KJØP AV HELDØGNS BO- OG OMSORGSTJENESTER FRA PRIVATE AKTØRER

På spørsmål om kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private (ideelle eller kommersielle) aktører, fikk vi svar fra 409 kommuner. De hadde mulighet til å krysse av på flere alternativer. 56 prosent av kommunene svarte at de per 2016 ikke kjøper slike tjenester. Omtrent én av fire kommuner kjøper enkeltplasser fra privat kommersielle aktører, mens én av fem kommuner kjøper enkeltplasser fra private ideelle aktører. De tilsvarende tallene for rammeavtaler var hhv. 4 og 7 prosent.



Figur 12.1 Kjøp av heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører. N = 409.

På det åpne spørsmålet om hvilke typer tjenester dette er, hadde 198 kommuner gitt en kommentar, der storparten ikke har spesifisert annet enn at det er heldøgns bo- og omsorgstjenester. Mange kommuner kommenterer at de kjøper denne type tjenester til rusmiddelavhengige (inkl. ettervern som flere nevner), men det er også mange som kjøper tjenester innenfor psykisk helse til brukere som krever døgnbemanning. 134 kommuner hadde svart på hvorfor de *ikke* kjøper slike tjenester, og de aller fleste svarer at det ikke er behov for dette, at det ikke finnes private tilbud i nærheten eller at de samarbeider.

12.2 ENDRINGER I KJØP FRA PRIVATE AKTØRER

På spørsmål om det har vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private aktører i psykisk helse- og rusarbeid det siste året, svarer 84 prosent av kommunene nei til dette. 67 kommuner (16 prosent) svarer at det har vært endringer. Av de 15 bydelene i Oslo svarer 7 "ja", og 8 "nei". En regresjonsanalyse viste at sammenliknet med de minste kommunene, er det kommuner med mer enn 10000 innbyggere som i størst grad rapporterer endringer. Det var ikke systematiske forskjeller på fylke eller helseforetaksnivå.

Vi spurte også om hvilke endringer som har forekommet blant de kommunene som svarte at de hadde endringer. Blant de 80 kommunene som har svart på dette, er det særlig ett tema som går

igjen i svarene: kommunene bygger ut tilbudet sitt selv, og trenger i mindre grad å kjøpe tjenester av private aktører:

I rustjenestene er antall kjøp gått ned - erstattet med egen bolig med tett oppfølging, supplert med innleggelse i TSB ved behov. En ønsket utvikling. I psykiske helsetjenester er det stabilt lavt. (Kommune med over 50000 innbyggere)

Vi gir i større grad tilbud i egen kommune og bygger opp kompetanse og kapasitet til å håndtere pasienter/brukere med store utfordringer her de hører hjemme. (Kommune med over 50000 innbyggere)

Omtrent like mange kommuner melder om et økt behov for kjøp av private plasser, selv om det i små- og mellomstore kommuner ikke trenger å omfatte mer enn noen få brukere:

Ny bruker og nytt hjelpebehov. (Kommune med 5000-10000 innbyggere)

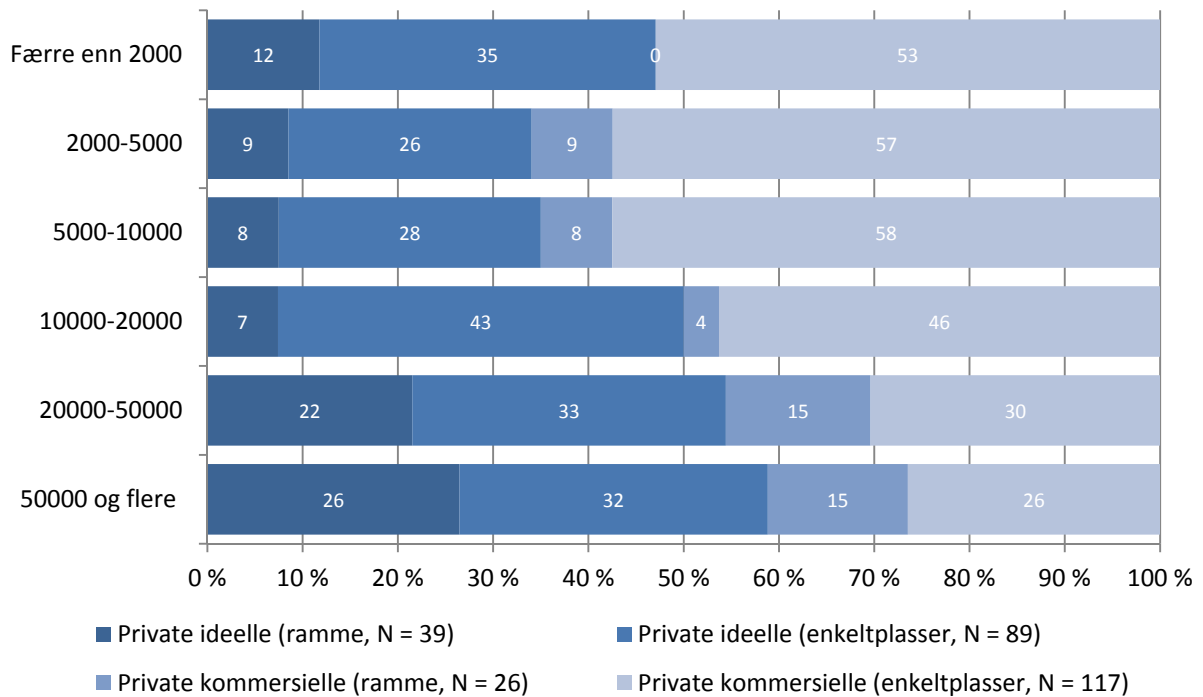
Behov for å gi tilbud om heldøgns omsorg til bruker som venter på behandling. Evaluering av tilbudet og endringer: Det har vært en reduksjon i pris med påfølgende reduksjon av bistand i tilbudet. Dette har medført en forverring av tilstanden til en bruker. Etter ny evaluering ble tilbudet om bistand økt. (Kommune med 5000-1000 innbyggere)

Har hatt behov for å kjøpe flere enkeltplasser da flere av brukerne er sykere enn tidligere når de blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Behovene har oppstått plutselig i et slik omfang at kommunen ikke har klart å rekruttere personell selv til å klare å yte hjelp på en forsvarlig måte. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

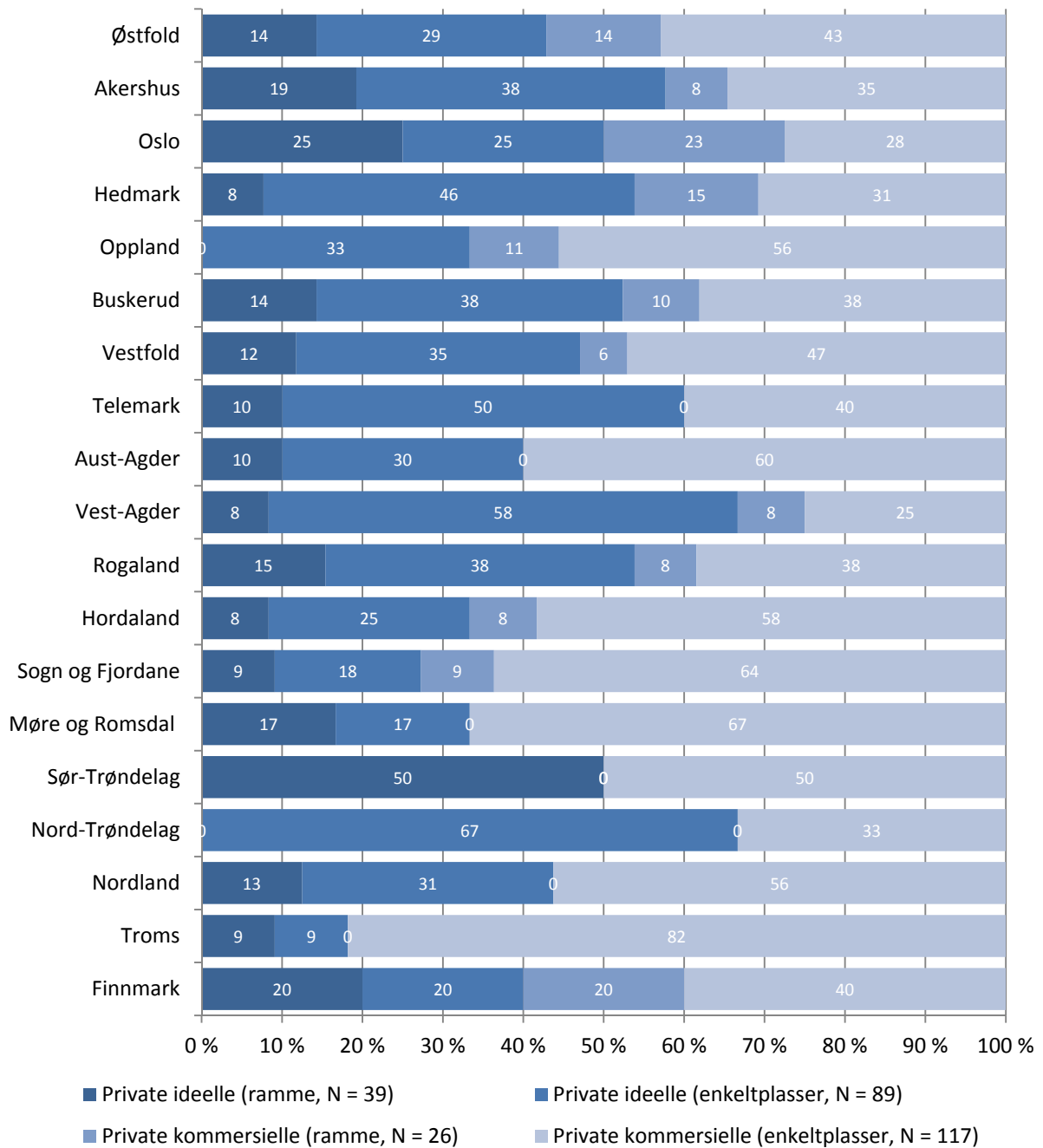
12.3 VARIASJON MELLOM KOMMUNER ETTER STØRRELSE, FYLKE OG HELSEFORETAK

Når vi bryter tallene for kjøp av private heldøgns bo- og omsorgstjenester ned etter kommunestørrelse, ser vi at det er mer utbredt med kjøp fra private ideelle i de største kommunene, mens private kommersielle (enkektplasser) er mer utbredt i de minste kommunene. Dette bekreftes i en logistisk regresjonsanalyse der vi så på sammenhengen mellom å kjøpe tjenester fra private ideelle eller private kommersielle og kommunestørrelse. At private ideelle er mest brukt i de store kommunene henger mest sannsynlig sammen med at tilgangen til slike tjenester er større i store kommuner.



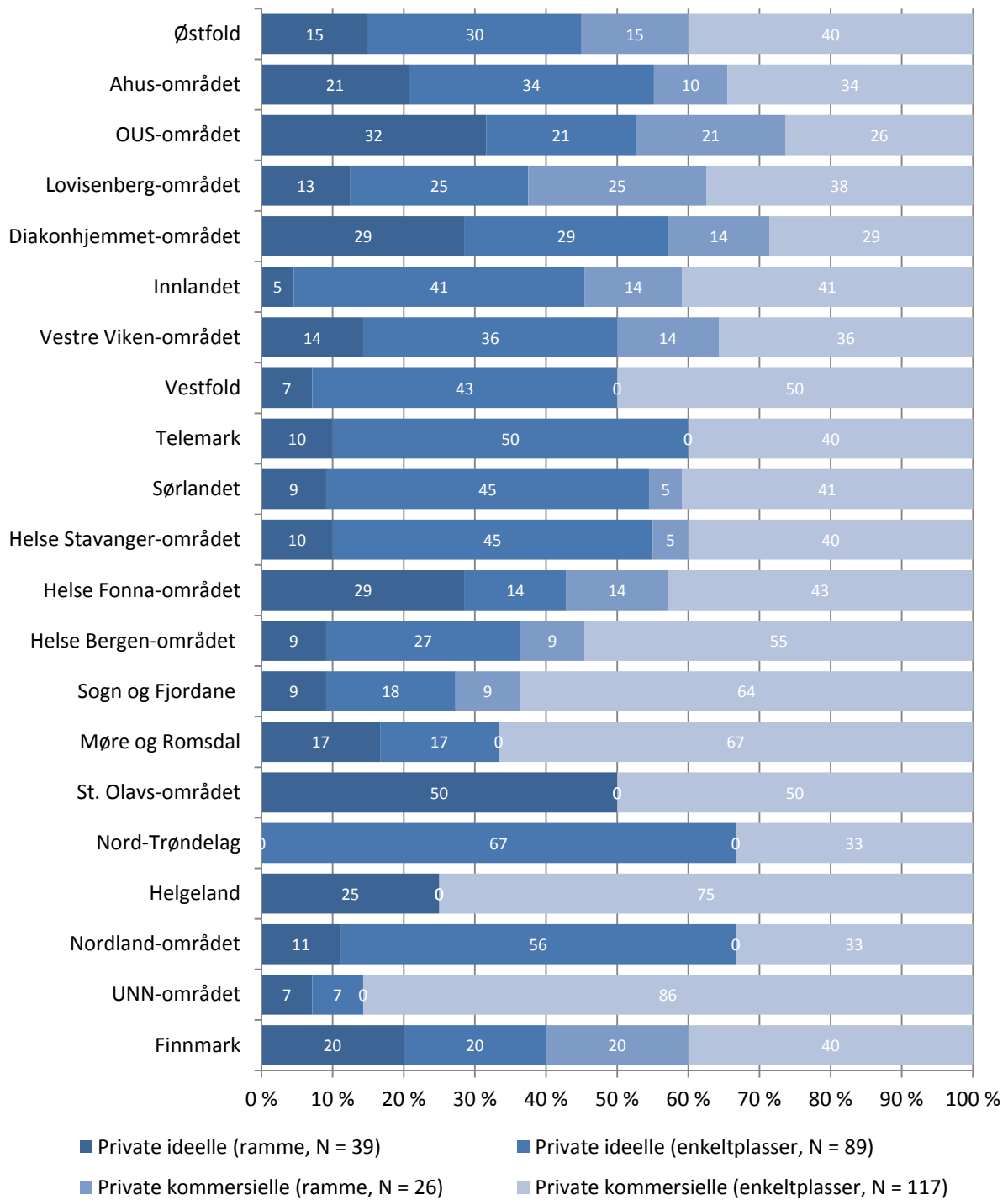
Figur 12.2 Andel av de som svarer at de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, fordelt på type privat kjøp etter kommunestørrelse. N = antall kommuner

Fordelt på fylke ser vi at kommunene i Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Troms merker seg ut ved at en høy andel av kommunene her (60 prosent eller mer) kjøper private kommersielle enkeltplasser. Regresjonsanalyser viste at når det gjaldt private ideelle aktører var det systematisk mindre bruk av slike i kommuner fra og med Hordaland og nordover, sammenliknet med referansefylket Østfold. Når det gjaldt private kommersielle aktører hadde kommunene i de aller fleste fylkene systematisk mindre kjøp hos disse, sammenliknet med Østfold.



Figur 12.3 Andel av de som svarer at de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, fordelt på type privat kjøp etter fylke. N = antall kommuner

Fordelt på helseforetaksnivå er tendensene de samme som for fylkesnivået: Sammenliknet med Østfold-området er det systematisk mindre bruk av private ideelle fra Møre- og Romsdal og nordover. For bruk av private kommersielle går skillet fra Helse Fonna-området og nordover.



Figur 12.4 Andel av de som svarer at de kjøper heldøgns bo- og omsorgstjenester fra private aktører, fordelt på type privat kjøp etter helseforetak. N = antall kommuner

12.4 OPPSUMMERING

44 prosent av kommunene svarte at de kjøper private heldøgns bo- og omsorgstjenester. De aller fleste av disse plassene kjøpes som enkeltplasser, ikke gjennom rammeavtale. 26 prosent av kommunene kjøper enkeltplasser hos private kommersielle aktører, mens 20 prosent av kommunene kjøper plasser hos private ideelle organisasjoner. For de aller fleste kommunene (84 prosent) har det ikke vært endringer i kjøp av private tjenester sammenliknet med situasjonen ett år tilbake i tid. Det er særlig de mest folkerike kommunene som svarer at det har vært endringer. For mange av disse handler det om at man har bygget ut egne tjenester eller samarbeider med nabokommuner, og dermed i mindre grad trenger å kjøpe private tjenester, mens andre kommuner rapporterer om økt behov for døgnbemanning på én eller flere brukere.

Når vi studerte tallene fordelt på kommunestørrelse, fylke og helseforetak, var det å kjøpe tjenester fra private ideelle mer vanlig i store kommuner med over 10 000 innbyggere, sammenliknet med de små kommunene. Dette handler sannsynligvis om tilgjengelighet til slike tjenester. På fylkes- og helseforetaksnivå er det systematisk mer kjøp av tjenester på Østlandet og Sørlandet, sammenliknet med Midt-Norge og nordover.

13 PSYKOSOSIALE KRISETEAM

Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2011) gir informasjon om lovgrunnlaget og hva som forventes av kommunen. Der står det at kommunene bør etablere psykososiale kriseteam for å kunne yte tilfredsstillende psykososial omsorg og støtte ved kriser, ulykker og katastrofer.

Veilederen sier også: Kommunale psykososiale kriseteam bør medvirke til at enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunnet får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet dersom kritiske hendelser inntreffer. Det psykososiale tilbudet bør avstemmes med allerede eksisterende kommunale tilbud og tjenester. Det psykososiale kriseteamet bør etablere kontakt og samarbeid med det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

I dette kapitlet ser vi nærmere på kommunenes psykososiale oppfølging. Vi analyserer svarene på følgende spørsmål:

- Har kommunen etablert psykososialt kriseteam?
- Tilbys innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer?
- Har kommunen/bydelen utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer?
- Er det laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner?

13.1 PSYKOSOSIALT KRISETEAM

Det er kun fire kommuner som oppgir at de ikke har etablert psykososialt kriseteam. Disse kommunene fordeler seg på alle størrelseskategorier med unntak av de aller største kommunene. Det er én kommune som svarer "vet ikke" og dette er også en liten kommune, men her fant vi på nettsiden at de har psykososialt kriseteam.

Det er 11 kommuner som ikke har svart på spørsmålet. Vi har sjekket nettsidene til disse kommunene og finner at samtlige har psykososialt kriseteam.

Ut i fra dette kan vi konkludere med at det er kun fire kommuner i landet som ikke har etablert et psykososialt kriseteam.

13.2 AKTIVT KRISETEAM

Å ha etablert et kriseteam betyr ikke nødvendigvis at det er et aktivt kriseteam. Men kommunenes svar på om innbyggerne i kommunen/bydelen tilbys psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer tyder på at det i nesten alle kommuner er et aktivt team som rykker ut ved behov. Det er fem prosent som svarer "Nei" eller "Vet ikke" og de har vi sett nærmere på.

Tabell 13.1 Tilbys innbyggerne i kommunen/bydelen psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer? (n=413, 96prosent)

	Antall	Prosent
Ja	393	95
Nei	12	3
Vet ikke	8	2
Totalt	413	100

Andelen som ikke svarer "Ja", er lavest i de minste kommunene og høyest i kommuner med 10-20000 innbyggere.

Tabell 13.2 Andel kommuner som er usikker eller svarer nei på om kommunen/bydelen har utarbeidet en egen plan for psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer (n=413)

	Prosent
<2000	1
2000-5000	1
5000-10000	3
10000-20000	14
20000-50000	10
50000 og større	11
Totalt	5

Det er ingen systematisk variasjon mellom fylker eller helseforetak.

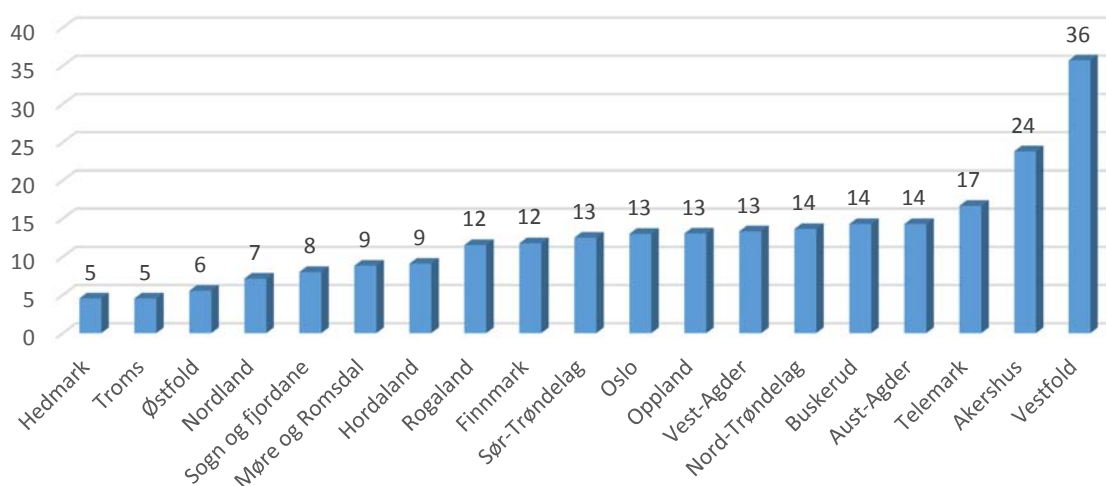
13.3 PLAN FOR PSYKOSOSIAL OPPFØLGING ETTER KRISER, ULYKKER OG KATASTROFER

Det er 35 kommuner og to bydeler som oppgir at de ikke har utarbeidet en egen plan oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer. Det er også 13 kommuner som oppgir at de ikke vet om det finnes en slik plan. Resten av kommunene og bydelene, dvs 85 prosent av kommunene, oppgir at de har en slik plan. Men det er lite variasjon etter kommunestørrelse, se tabell 13.3.

Tabell 13.3 Andel kommuner som er usikker eller svarer nei på om innbyggerne får psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer etter størrelse på kommunen (n=413, 96 prosent)

	Prosent
<2000	12
2000-5000	11
5000-10000	11
10000-20000	16
20000-50000	10
50000 og større	12
Totalt	12

Det er visse fylkesvise forskjeller i svarene på dette spørsmålet, se figur 13.1. Det er flest kommuner som svarer nei eller vet ikke i Vestfold, og færrest i Hedmark. Forbedringspotensialet, i forhold til å utarbeide planer og gjøre disse kjent blant kommunens ansatte, synes derfor å være høyest i Vestfold, men også i Akershus og i Telemark.



Figur 13.1 Andel kommuner som svarer "nei" eller "vet ikke" på om de har utarbeidet en egen plan oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer

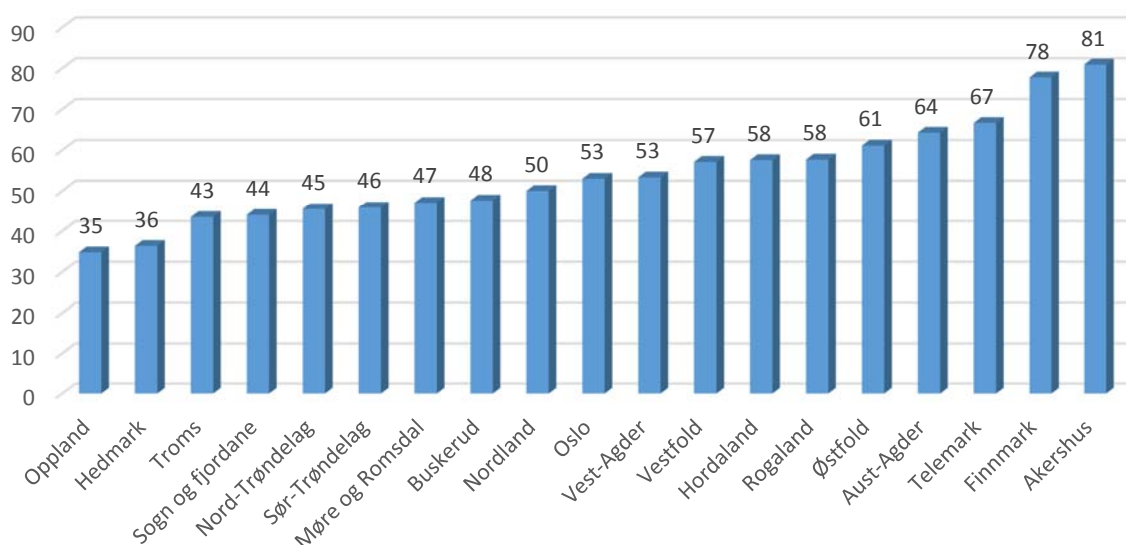
13.4 FORMALISERTE RUTINER FOR SAMARBEIDE MED SPESIALISTHELSETJENESTEN OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Når det gjelder formaliserte rutiner for kriseteamets samarbeid med andre utenfor kommunen, synes det å være stort potensial for forbedringer i mange kommuner. Blant bydelene i Oslo er det 8 bydeler (53 prosent) som svarer nei. Blant de øvrige kommunene er det 41 prosent som svarer nei, og 12 prosent som svarer "Vet ikke".

Tabell 13.4 Er det laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner

	Antall	Prosent
Ja	195	47
Nei	168	41
Vet ikke	50	12
Totalt	413	100

Det er ingen systematisk variasjon etter kommunestørrelse, men vi finner noe fylkesvariasjon, se figur 13.3.



Figur 13.2 Andel av kommunene/bydelene som svarer at det ikke er utarbeidet, eller at de ikke vet om det er utarbeidet, formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner.

13.5 OPPSUMMERING

Det er kun fire kommuner i landet som ikke har etablert et psykososialt kriseteam. Å ha etablert et kriseteam betyr ikke nødvendigvis at det er et aktivt kriseteam. Men kommunenes svar på om innbyggerne i kommunen/bydelen tilbys psykososial oppfølging proaktivt ved kriser, ulykker og katastrofer tyder på at det i nesten alle kommuner er et aktivt team som rykker ut ved behov. De 5 prosentene av kommunene som svarer "Nei" eller "Vet ikke", finnes i hovedsak i de større kommunene, men det er ingen systematiske fylkesforskjeller.

Det er 35 kommuner og to bydeler som oppgir at de ikke har utarbeidet en egen plan oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer. Det er også 13 kommuner som oppgir at de ikke vet om det finnes en slik plan. Resten av kommunene og bydelene, dvs 85 prosent av kommunene, oppgir at de har en slik plan. Her er også noen forskjeller etter kommunestørrelse.

Når det gjelder formaliserte rutiner for kriseteamets samarbeid med andre utenfor kommunen, synes det å være stort potensial for forbedringer i mange kommuner. Under halvparten (47 prosent) av kommunene svarer at de har laget formaliserte rutiner for på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Forbedringspotensialet finnes å være størst i kommuner i Akershus og i Finnmark.

14 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

I dette kapitlet analyserer vi svarene på følgende spørsmål:

- Har kommunen utekontakter?
- Hvis ja, hvem er målgruppen?
- Har kommunen oppsøkende team?
 - Hvis ja, hvilken type team?
 - Utekontakter el.l.
 - Behandlingsteam, spesifiser nærmere:
 - Oppfølgingsteam, spesifiser nærmere:
 - Andre typer team, spesifiser nærmere:
- Hvis ja, er dette et samarbeid med spesialisthelsetjenesten?
- Hva er kommunens erfaringer med oppsøkende team?

Det er 412 kommuner, dvs 96 prosent av kommunene som har svart på disse spørsmålene.

14.1 BAKGRUNN

Mange kommuner har i flere år rapportert at det er behov for oppsøkende virksomhet på fagområdet for å nå personer som ellers ikke benytter tjenestene. I 2015 kartla vi hvor mange kommuner som hadde slike team bestående av enten kun kommunalt ansatte eller både ansatte fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

28 prosent av kommunene oppgav da å ha oppsøkende team/utekontakter, og de store kommunene hadde det i større grad enn mindre kommuner. 15 prosent av kommunene hadde oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen var personer med alvorlige psykiske lidelser (psykoser) med eller uten rusproblemer. Av de som ikke allerede hadde opprettet et slikt team, var er det 41 kommuner som svarer at de ønsker å opprette et slikt team. I denne kartleggingen følges denne utviklingen.

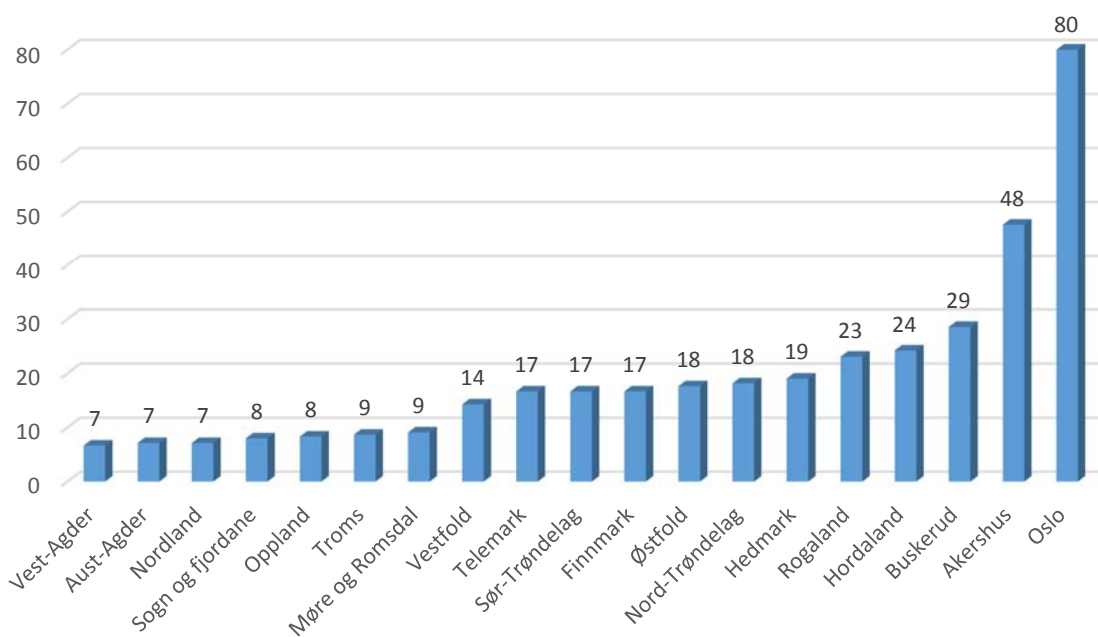
14.2 UTEKONTAKTER

Det er 17 prosent av kommunene som har utekontakter. I Oslo er det tre bydeler som oppgir at de ikke har utekontakter. Andel kommuner med utekontakter øker systematisk med kommunestørrelse, se tabell 14.1.

Det er også forskjeller mellom fylker, se figur 14.1. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, forsvinner for det meste fylkesforskjellene. Det er altså størrelsen på kommunen som er viktig og ikke geografisk beliggenhet.

Tabell 14.1 Har kommunen utekontakter? Antall og andel som svarer "Ja", N=412.

	Antall	Prosent
<2000	1	1
2000-5000	8	7
5000-10000	13	15
10000-20000	16	28
20000-50000	19	48
50000 og større	11	73
Totalt	68	17



Figur 14.1 Andel kommuner med utekontakter, fylke. N=412.

Vi har også spurt om målgruppen for utekontaktene, og alle kommunene som har svart at de har utekontakter, har oppgitt hvem som er målgruppen. Sekstifem av de 68 kommunene som har utekontakt, har oppgitt hvem som er målgruppen.

Det store flertallet av kommunene svarer at ungdom er målgruppen. Noen få svarer at de har utekontakter målrettet mot psykisk helse- og rus, eller at det er ruskonsulenter som følger opp kjente rusmiljø. Flertallet ser ut til å være innrettet mot ungdom generelt, og har et forebyggende perspektiv. Alder på målgruppen varierer, i noen kommuner har de alle fra 8 til 25 år i målgruppen, mens i andre kommuner er det spesielt ungdomsskoleelever som oppsøkes. Det vanligste ser ut til å være 13-25 år, dvs hele ungdomspopulasjonen.

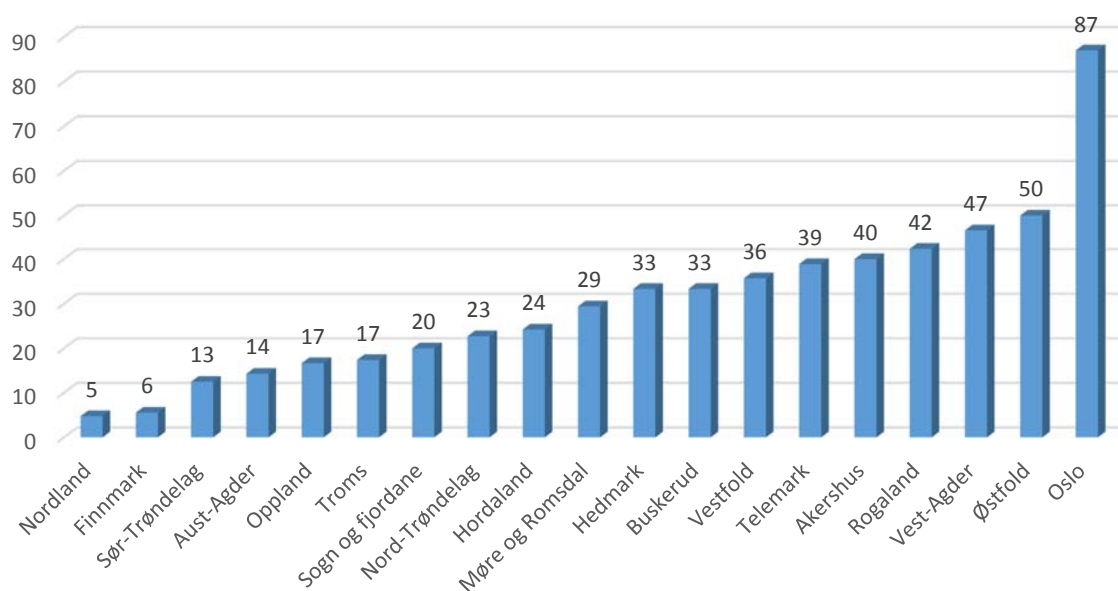
14.3 OPPSØKENDE TEAM

Det er 106 kommuner (inkludert Oslo) som oppgir at de har oppsøkende team (25 prosent). I Oslo er det 13 av 15 bydeler som svarer at de har oppsøkende team. Andelen med oppfølgende team stiger systematisk med kommunestørrelse.

Tabell 14.2 Har kommunen oppsøkende team? Antall og andel som svarer "Ja", N=413.

	Antall	Prosent
<2000	5	5
2000-5000	16	13
5000-10000	25	29
10000-20000	24	42
20000-50000	23	59
50000 og større	13	87
Totalt	106	25

Det er systematiske forskjeller etter fylke, også etter at vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 14.2 Andel kommuner som har oppsøkende team, fylke. N=413.

Men de oppsøkende teamene i kommunene er ulike, og det er stor spredning i hvilke type team de har. Noen har ACT, FACT eller ambulante og ambulerende team, mens andre har team for aktiviteter og fritid, sosial vaktjeneste, boligoppfølgingsteam eller en ruskonsulent som arbeider oppsøkende.

Vi finner at det er 47 kommuner som har etablerte behandlingsteam (11 prosent), og rundt halvparten av disse samarbeides det med spesialisthelsetjenesten om (fem prosent). I Oslo oppgis det at det er etablert behandlingsteam i seks av femten bydeler, og alle er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er 57 kommuner som oppgir at de har etablert oppfølgingsteam (13 prosent) og i 24 av kommunene er dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det betyr at seks prosent av alle kommuner har et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om et oppfølgingsteam for målgruppen. I de seks oppfølgingsteamene som er etablert i Oslo, er det fem som er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

14.4 KOMMUNENS ERFARINGER MED OPPSØKENDE TEAM

Det er 98 kommuner som har skrevet noe om hvilke erfaringer de har med oppsøkende team.

De aller fleste har gode erfaringer. De opplever at brukerne er positive til at de kommer til deres arena, og at de gjennom dette arbeidet får til å gi tettere og bedre tjenester. Noen kommuner opplever også at de får til å vri innsatsen mot det forebyggende arbeidet gjennom oppsøkende team.

Noen har hatt teamet i drift så kort tid at de ikke har så mye erfaring, mens andre sier at de har få brukere foreløpig. Flere nevner også diskusjoner om målgruppene, og hvor grensene skal settes på om brukerne skal få tilbud eller ikke.

Gir tettere og bedre tjenester til brukere som før ikke ville nyttiggjort seg offentlige tjenester i særlig grad (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Svært god erfaring med dette så langt. Ser at man når flere og får gitt bedre tjenester med den fleksibiliteten et slik team gir (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen har gode erfaringer og utvikler metodene videre til å etablere nye team:

Bra. Gir grobunn for å videreutvikle dette (spesielt rundt ROP-brukere). Svært gode erfaringer med ACT-team. Metodikken i ACT-teamet brukes i utviklingen av ROP-team (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Det kan vises til gode erfaringer med mobile team der de unge er. Dette øker tilgjengeligheten og virker forebyggende. Vi igangsatt samarbeid med SMP og DPS, prosjektmidler er søkt og det er innvilget midler til prosjektering. Det skal utvikles et samarbeidsteam (etter FACT-modell) (Stor kommune med mer enn 50000 innbyggere).

En kommune forklarer at de har valgt å integrere tjenesten igjen:

Endret fra eget rusteam og psykiatriteam til integrert tjeneste. Ekstra fokus på rask psykisk akutt hjelp. Mer fleksibelt og lettere tilgjengelig for brukere. Ergo-fysioterapi ambulerende. Utfordrende når bruker motsetter seg hjelp (Stor kommune med over 50000 innbyggere)

Men avstander er fortsatt et viktig tema som ikke er løst:

Samarbeid med ACT team har vært litt utfordrende. Kommunen opplever at ACT synes at vi ligger for langt ut, slik at de ønsker å overføre arbeidsoppgaver til kommunen (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

En kommune sliter litt med å forstå hva vi mener med oppfølgende team, og årsaken ligger i at de i stor grad arbeider på denne måten rundt flere målgrupper:

Barn og unge: Ressursteam for familier med barn og unge med omfattende psykiske vansker. Voksne: Kommunen har stor grad av ambulant virksomhet, og det er en del av vår historie. Vi har jobbet ambulant i alle år før spesialisthelsetjenesten begynte med det. Vi er derfor usikre på hva som ligger i begrepet "opsøkende team". Eksempler på tjenester som jobber oppsøkende: ROP, Housing first, barnevern og denne arbeidsmåten er en del av vårt psykisk

helse- og rusarbeid generelt. Vi har gode erfaringer. (Stor kommune med over 50000 innbyggere).

14.5 OPPSUMMERING

Det er 17 prosent av kommunene som har utekontakter. I Oslo er det tre bydeler som oppgir at de ikke har utekontakter. Andel kommuner med utekontakter øker systematisk med kommunestørrelse. Det store flertallet av kommunene svarer at ungdom er målgruppen for utekontakten. Noen få svarer at de har utekontakter målrettet mot psykisk helse- og rus, eller at det er ruskonsulenter som følger opp kjente rusmiljø. Flertallet ser ut til å være innrettet mot ungdom generelt, og har et forebyggende perspektiv. Alder på målgruppen varierer, i noen kommuner har de alle fra 8 til 25 år i målgruppen, mens i andre kommuner er det spesielt ungdomsskoleelever som oppsøkes. Det marginalt vanligste, er målretting mot unge i alderen 13-25 år, dvs hele ungdomspopulasjonen.

Vi finner at det er 47 kommuner som har etablerte behandlingsteam (11 prosent), og rundt halvparten av disse samarbeides det med spesialisthelsetjenesten om (fem prosent). I Oslo oppgis det at det er etablert behandlingsteam i seks av femten bydeler, og alle er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er 57 kommuner som oppgir at de har etablert oppfølgingsteam (13 prosent) og i 24 av kommunene er dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det betyr at seks prosent av alle kommuner har et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om et oppfølgingsteam for målgruppen. I de seks oppfølgingsteamene som er etablert i Oslo, er det fem som er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Erfaringene fra kommunene når det gjelder oppsøkende team, er i all hovedsak gode. De opplever at brukerne er positive til at de kommer til deres arena, og at de gjennom dette arbeidet får til å gi tettere og bedre tjenester. Involveringen og bidragene fra spesialisthelsetjenesten synes å variere betydelig fra kommune til kommune.

Det finnes mange ulike tilnærminger til yrkesrettet attføring og de kan deles inn i to attføringsfaglige hovedleirer (Frøyland 2006). På den ene siden er det tradisjonelle alternativet med trening og opplæring på skjermede arenaer og en gradvis tilnærming til arbeidslivet (prevocational training), og på den andre siden den integrerte tilnærmingen med trening, avklaring og rask utplassering i ordinært arbeidsliv (ibid). Den integrerte tilnærmingen er i internasjonal litteratur nært knyttet til begrepene Supported Employment (SE) og Individual Placement and Support (IPS). Forskjellene mellom skjermede og utplasserende tiltak beskrives ofte som hhv "train-and-place" og "place-and-train" modeller (Corrigan et al. 2008). I Norge har NAV tiltak som representerer begge disse modellene. "Arbeidspraksis i skjermet virksomhet" er et tiltak med yrkesrettet trening, "Arbeid med bistand" er en form for individuell plassering og bistand (Joner 2007).

Yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 15 årene, og særlig i retning av en evidensbasert tilnærming til "Supported Employment" eller IPS. Årsaken er at denne tilnærmingen i særklasse har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring (ibid). I Norge har det generelt vært en bevisst satsning på arbeidsmarkedstiltak gjennom mange år slik at flere kan komme i arbeid. Dette har også vært et viktig element i opptrappingsplanen for psykisk helse.

I 2016 spurte vi om hvilke tilbud kommunen har for at personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få muligheten til å komme ut i arbeid. De aller fleste kommunene svarte at ansvaret for dette ligger i NAV. I 2016 inkluderte vi følgende spørsmål:

- Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS) innen psykisk helsearbeid?
- Har kommunen tatt i bruk Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid??
 - Hvis IPS/SE – hvor mange personer får tilbud?
- Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS) innen rusarbeid?
- Har kommunen tatt i bruk Supported Employment (SE) innen rusarbeid?
 - Hvis IPS/SE – hvor mange personer får tilbud?
- Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV
- Hva mener dere skal til for å kunne jobbe tilstrekkelig med å gi personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer et tilbud om arbeidsrettede tiltak der målet er ordinært, lønnet arbeid?

Svarene på disse spørsmålene analyseres i det følgende.

15.1 IPS OG SE INNEN PSYKISK HELSEARBEID

Det er totalt 48 kommuner og 8 bydeler i Oslo som rapporterer at de har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er statistiske forskjeller etter kommunestørrelse og variasjonen er vist i tabell 15.1. Blant de minste kommunene er det kun to prosent som har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid, men blant kommuner med flere enn 50 000 innbyggere og i bydelene i Oslo, er det flere enn halvparten som har tatt i bruk IPS. I kommuner med 2000-20000 innbyggere, er det rundt 10 prosent av kommunene som har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid.

Tabell 15.1 Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS) innen psykisk helsearbeid? Antall og andel som svarer "Ja".

	Med IPS	Alle	Prosent
<2000	2	94	2
2000-5000	15	131	11
5000-10000	8	89	9
10000-20000	6	58	10
20000-50000	9	41	22
50000 og større	8	14	57
Bydeler i Oslo	8	15	53
Totalt	56	442	13

Det er også noen fylkesvise forskjeller, men disse forsvinner når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Det er 18 kommuner og 8 bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Også her er det store forskjeller etter kommunestørrelse, se tabell 15.2.

Tabell 15.2 Har kommunen tatt i bruk Supported Employment (SE) innen psykisk helsearbeid? Antall og andel som svarer "Ja".

	Med SE	Alle	prosent
<2000	1	94	1
2000-5000	2	131	2
5000-10000	7	89	8
10000-20000	1	58	2
20000-50000	4	41	10
50000 og større	3	14	21
Bydeler	8	15	53
Totalt	26	442	6

Det er for få kommuner som har SE til at vi kan identifisere systematiske forskjeller mellom kommuner.

Vi har også forsøkt å få et bilde over antall personer som har IPS eller SE, se tabell 15.3. Totalt beregner vi at det er 1 014 brukere som har tilbud om IPS eller SE i norske kommuner. Kommuner med få innbyggere som har IPS eller SE, har typisk flere brukere per innbygger enn større kommuner.

Tabell 15.3 Om kommunen har tatt i bruk IPS eller SE innen psykisk helsearbeid og evt. antall brukere. 48 kommuner og 8 bydeler i Oslo. Antall og andel som svarer "Ja".

	Antall brukere	Innbyggere >18 år	Per 10 000 innbygger >18 år
<2000	6	2 082	28.8
2000-5000	47	43 329	10.8
5000-10000	61	77 817	7.8
10000-20000	45	83 042	5.4
20000-50000	236	344 746	6.8
50000 og større	619	875 278	7.1
Totalt	1 014	1 426 294	7.1

15.2 IPS OG SE INNEN RUSARBEID

Innen rusarbeid er det 36 kommuner og 5 bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, se tabell 15.4.

Tabell 15.4 Har kommunen tatt i bruk individuell jobbstøtte (IPS) innen kommunalt rusarbeid? Antall og andel som svarer "Ja".

	Med IPS	Alle	Prosent
<2000	1	94	1
2000-5000	12	131	9
5000-10000	8	89	9
10000-20000	5	58	9
20000-50000	4	41	10
50000 og større	6	14	43
Bydeler	5	15	33
Totalt	41	442	9

Det er 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo som oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid, og det er også her betydelige forskjeller etter kommunestørrelse, se tabell 15.5.

Tabell 15.5 Har kommunen tatt i bruk Supported employment (SE) innen kommunalt rusarbeid? Antall og andel som svarer "Ja".

	Med SE	Alle	Prosent
<2000	0	94	0
2000-5000	3	131	2
5000-10000	6	89	7
10000-20000	2	58	3
20000-50000	4	41	10
50000 og større	3	14	21
Bydeler	2	15	13
Totalt	20	442	5

Vi har også forsøkt å få et bilde over antall personer som har IPS eller SE innen kommunalt rusarbeid, se tabell 15.6. Totalt beregner vi at det er 637 brukere som har tilbud om IPS eller SE i norske kommuner innen rusarbeid.

I 2015 fant vi at 9 prosent hadde tatt i bruk IPS, mens 5 prosent hadde tatt i bruk SE. Altså ingen endring fra 2015 til 2016.

Tabell 15.6 Om kommunen har tatt i bruk IPS eller SE innen kommunalt rusarbeid og evt. antall brukere. 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo.

	Antall brukere	Innbyggere >18 år	Per 10 000 innbygger >18 år
<2000	1	976	10
2000-5000	22	38 638	6
5000-10000	50	84 026	6
10000-20000	29	81 792	4
20000-50000	96	292 262	3
50000 og større	439	622 735	7
Totalt	637	1 120 429	6

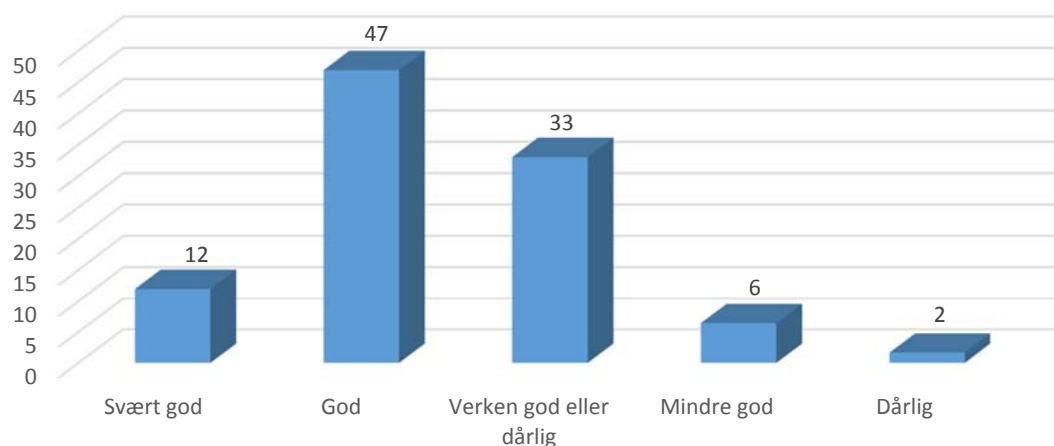
Det er betydelig overlapp mellom IPS og SE, og det er 33 kommuner og 3 bydeler som har IPS til begge målgruppene, mens 13 kommuner og 1 bydel rapporterer at de har SE til begge målgruppene.

Det er også flere som har oppgitt at det de ikke skiller mellom brukere innen psykisk helse og rus, slik at det i noen tilfeller vil være rapportert samme tall i begge spørsmål. Det kan derfor være en viss overrapportering på antall brukere.

15.3 SAMARBEID MED NAV

De fleste kommunene opplever å ha god samhandling om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV, se figur 15.1. Men det er hele 33 prosent som svarer "Verken god eller dårlig" og det kan tyde på at de ikke har etablert et samarbeid rundt målgruppen. Men det kan også bety at samhandlingen fungerer greit nok. Noen vil kanskje svare "Dårlig" dersom de ikke har

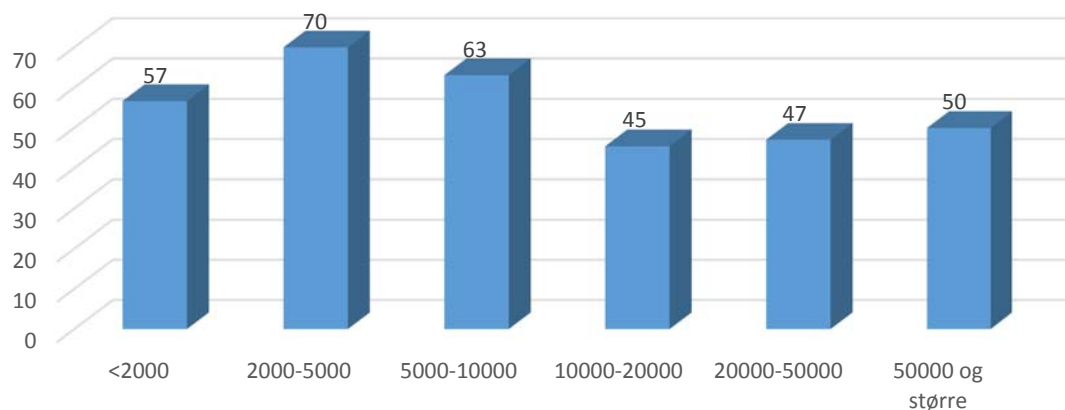
samarbeid, mens andre kanskje vil svare "Verken god eller dårlig". Vi analyserer derfor videre hva som kjennetegner kommuner som svarer "Svært god" eller "God".



Figur 15.1 Hvordan vil dere beskrive samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV?

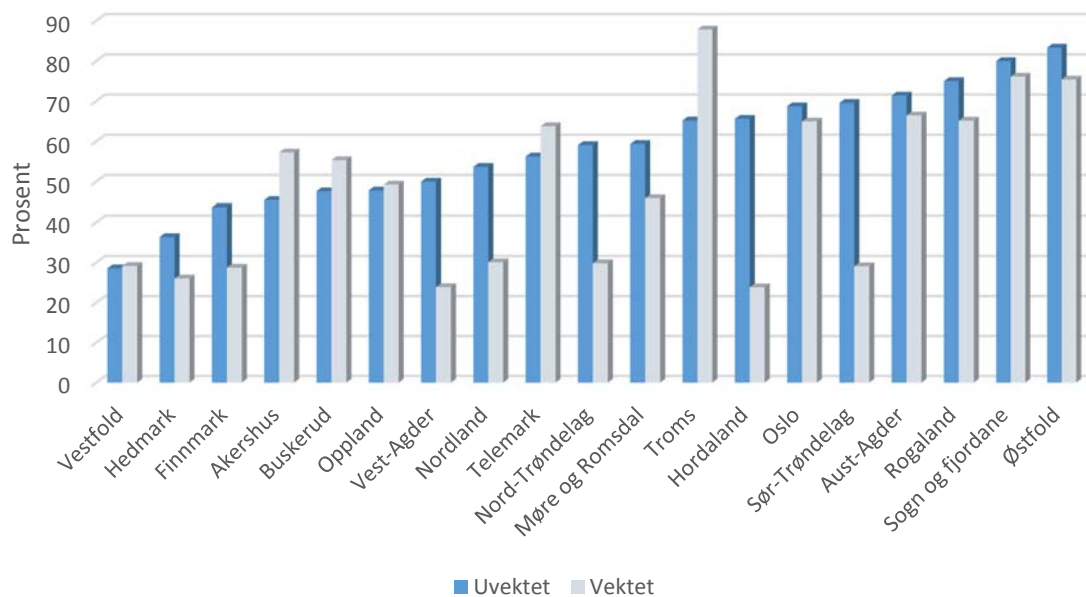
Det er systematiske forskjeller både etter kommunistørrelse og mellom fylker. Vi viser derfor fordelingen når vi grupperer kommunene etter dette.

Som vist i figur 15.2 er det ikke en lineær sammenheng i forhold til kommunistørrelse blant kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere, men tendenser til linearitet blant større kommuner kan observeres. Det er særlig mange som svarer at de har god samhandling i kommuner med mellom 2000 og 5000 innbyggere, der hele 70 prosent av kommune oppgir god samhandling.



Figur 15.2 Andel kommuner som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV, etter kommunistørrelse.

Forskjellene mellom kommuner av ulik størrelse, kommer også fram i de fylkesvise fordelingene, se figur 15.3. Når den vektete søylen er høyere enn den uvektede, betyr det at det er i større grad store kommuner som svarer at samhandlingen er god. Når den vektete søylen er lavere enn den uvektede, betyr det at det er de små kommunene som i størst grad svarer at samhandlingen er god.



Figur 15.3 Andel kommuner som svarer at samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV, etter fylke.

Hva som legges i god samhandling er her ganske usikkert. Dersom de får til et godt samarbeid rundt et par brukere, kan det tenkes at de vil rapportere om god samhandling selv om det er mange som ikke får nødvendig tilbud.

15.4 HVA SKAL TIL?

Mange av respondentene (n=323) har gitt forslag til hva som skal til for at flere i målgruppen skal være i arbeid og aktivitet. Noen har gitt omfattende svar som rommer mange viktige poeng:

Erfaringen er at det er avgjørende at en person med psykiske lidelser eller rusavhengighet får et helhetlig tilbud for å lykkes i å få et ordinært lønnet arbeid. Med helhetlig tilbud menes at vedkommende har bl.a.

1. En stabil bosituasjon eventuelt med oppfølging.
2. En forutsigbar inntekt/ytelser.
3. Oppfølging fra behandler/psykolog.
4. Et aktivitetstilbud/fritidstilbud.
5. Tilbud om arbeidsutprøving med oppfølging/arbeidstrening.
6. Oppfølging av arbeidsforholdet i ordinær bedrift over tid, etter behov hos arbeidsgiver og /eller arbeidstager.

I den kommunale arbeidstreningen møter man personer som profitterer på å starte med arbeidstrening i tilrettelagte grupper der de kan oppleve mestring og utvikling innenfor trygge og forutsigbare rammer og under kontinuerlig oppfølging og veiledning. Deretter fortsetter

mange deltakere ut i hospitering i det ordinære arbeidsmarkedet. Dette er en hospitering med oppfølging fra kommunalt arbeidstiltak. Denne hospiteringen anses som viktig utprøving av passende arbeidsplasser og yrker, en eventuell døråpner for et ordinært arbeid. Her kan lønnstilskudd fra NAV være et viktig virkemiddel for en ev. ansettelse. Det registreres at nye regler med maks-tid for å ha en arbeidspraksis for NAV- «brukere» er satt til 1, 5 år totalt.

Mange personer med utfordringer kan være til og fra ulike praksisplasser gjennom flere år, før de omsider er klare for å inneha et ordinær arbeid. Denne nye regelen om maks-tid vil kunne forhindre at de som trenger lengre tid ikke vil nå målet sitt om et ordinært arbeid like lett, da mulighetene til å få arbeidspraksis bortfaller når man har brukt opp disse 18 månedene. Det erfares at det er avgjørende at kandidaten selv (ev. med veiledning) definerer sine egne mål for arbeid og veien dit. Videre er det avgjørende at de ulike instansene/hjelperne evner å samarbeide målrettet om et helhetlig og godt tilbud for den det gjelder (Stor kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Omtrent en av tre kommuner sier fortsatt at dette handler om NAV:

At NAV er aktive pådrivere og viser større forståelse for betydningen av arbeid, enn tilfellet er nå. (Kommune med 10-20000 innbyggere).

Denne respondenten antyder at NAV ikke vet betydningen av arbeid for målgruppen. Mange respondenter ser ut til å være enige i dette, mens andre også ser at det handler om hvor godt NAV og kommunen samarbeider:

Samarbeid mellom NAV og øvrig kommunale tjenester må bedres og gjøres tettere/mer forpliktende. Man ser en økende skyvning hvor personers allmenne sosiale utfordringer oftere sykdomsforklares heller enn å møtes med en sosialfaglig forståelse. Dette synes å skyldes at vi har en arbeids- og velferdsforvaltning som i økende grad er regelstyrte og en helsetjeneste som i større grad er styrt av faglige vurderinger. En felles forståelse og løsning er ofte vanskelig å finne. Brukerne blir derfor ofte henvist til hjelp fra enten den ene eller den andre instans (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Denne respondenten er i tillegg inne på noe helt sentralt, og dette gjelder generelt brukere av NAV. At situasjoner sykdomsforklares heller at man tar tak i de sosiale utfordringene, er helt i tråd med SINTEF sine funn i flere forskningsrapporter om NAV (feks Ose et al., 2014; Ose et al., 2015). Målgruppen får sannsynligvis store utfordringer i NAV-systemet fordi de anses som for syke til å arbeide. Svært mye forskning har vist at arbeid og aktivitet er helt sentralt i rehabiliteringsarbeidet (Bond & Drake, 2014; Kilian et al., 2012) og dette må både kommunene og NAV ta innover seg. Å sende folk på ulike arbeidsmarkeds kurs og tiltak uten en tydelig plan for varig arbeid og uten nødvendig oppfølging, er ikke i tråd med anbefalingen fra forskningen. Internasjonal forskning viser at personer med alvorlige psykiske lidelser ønsker å arbeide (Bond & Drake, 2014).

En utfordring er at det er liten kapasitet til oppfølging av personer med store behov i NAV, veilederne har ofte ansvaret for oppfølging av altfor mange brukere. Som flere av respondentene påpeker, er det mange av brukerne som er uføretrygdet, og de blir i liten grad prioritert av NAV:

Uføretrygdede får ingen oppfølging fra NAV. Det bør etableres en egen kommunal "Pool" med lett tilgjengelige arbeidsoppgaver. Mangler et dagtilbud rus, som også kunne formidle slike

oppgaver. Har MAX prosjektet (Lavterskel arbeidstiltak) som nå er etablert som eget fast tiltak på Frivilligsentralen med 0,5 prosent årsverk som Arbeidsleder. NAV har ikke spesifikke tiltak opp mot disse brukergruppene, men anslår at de bruker 19 årsverk på oppfølging av disse brukergruppene... (Kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Det som denne respondenten sier på slutten av sitatet, handler sannsynligvis om ulikt syn på hvem målgruppen er. NAV har sterke tendenser til å kalle alle mulige slags symptomer og plager for psykiske lidelser (Ose et al., 2014). Dette gjør at når de beskriver målgruppen innen psykisk helse og rus, blir denne gruppen veldig stor og omfatter svært mye mer enn diagnostiserte psykiske lidelser og ruslidelser.

Flere kommenterer også at hyppige utskiftninger av kontaktpersoner i NAV er en ulempe for mange av brukerne:

Kontinuitet, ikke bytte kontaktperson når bruker bytter tjeneste/ordning. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Stabilitet på NAV er viktig så saksbehandlere og brukere får mulighet til å få en god relasjon. Det har vært store endringer av saksbehandlere i NAV i vår kommune. Dette har virket inn på oppfølging og revidering av planer for noen av våre pasienter og det virker inn på måloppnåelsen. Flere pasienter opplever at de får liten informasjon om hva som skal skje videre i AAP forløpet. Når det gjelder samhandling NAV og de kommunale tjenestene oppleves det som bra. (kommune med <2000 innbyggere).

Begge disse respondentene fremhever målgruppens behov for stabilitet i kontaktpersoner. Det handler både om at mange NAV-kontor fortsatt organiserer seg etter ytelse (en gruppe ansatte følger opp personer på samme ytelse, feks AAP, sosialhjelp, sykepenger). NAV-kontorene erfarer at de må prioritere mellom ulike brukergrupper, og det ender i stor grad med at uføretrygdede ikke prioriteres. Det er "Arbeid først" som gjelder, og dette går på bekostning av det sosialfaglige arbeidet som mange har behov for. Det er sannsynligvis først og fremst øvrige kommunale tjenester som må ta seg av dette arbeidet for sine målgrupper, og ikke NAV. Arbeid og aktivitet kan derfor ikke overlates til NAV.

Andre sier at brukerne dere ikke klarer å følge opp tiltak med for høye krav, og dette er fordi NAV ikke har tilbud som er tilpasset målgruppen:

Tilbud tilrettelagt for individet (for mange er tiltakene de får tilbud om for omfattende, med for høye krav). På alle nivåer, slik at det er mulighet for alle å oppleve mestring i aktivitetstiltaket (Kommune med 20000- 50000 innbyggere)

I mange tilfeller er "ordinært lønnet arbeid" et mantra brukeren ikke reelt klarer å forholde seg til eller tro på. Brukeren blir ledet inn i opplegg han ikke har forutsetninger til å mestre. Man må utvikle trappetrinnsmodeller med mulighet for at brukeren kan gå av på "avsatser" i trappa. Avsatsene kan innebære noe annet enn ordinært lønnet arbeid i noen tilfeller lange perioder. Slike avsatser vil for mange være avklarende og i noen tilfeller varige. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mer variert og individuelt tilrettelagte tilbud. Tenke "utenfor boksen". Dagens arbeidsrettede tiltak i Nav i dag passer ikke for mennesker med psykisk helsesvikt eller rusproblemer.

Målgruppen har ofte behov for mer varig tilrettelagte tiltak eller lengre løp:

Det må etableres flere aktivitetstiltak som "grønn omsorg", frisklivssentral (er startet opp i kommunen i år) og muligens mere varierte VTA-plasser (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

NAV i samarbeid med andre kommunale tjenester, må legge opp til lange løp for oppfølging skal dette lykkes (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Og terskelen må være lavere for å komme i gang:

Lavterskel arbeidstiltak uten for store krav, med muligheter for langvarighet (mer enn 4 år). (Liten kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Mangler fleksibilitet i systemet, fordi noen er for dårlige for arbeidsretta tiltak. Trenger flere plasser der klienter kan gå på jobb som en dagaktivitet (Kommune 2000-5000 innbyggere)

Eller et aktivitetstilbud som er noe på vei til arbeid:

Et bedre tilbud om aktiviteter som kan være en mellomstasjon fra ingenting til arbeid. Holdningsendring med tanke på tro på endring gjennom aktiviteter. Mye tettere oppfølging, eks noen som henter, følger opp, legger til rette (Kommune 5000-10000 innbyggere).

Noen kommuner har etablert et slikt tilbud:

Vi har etablert egne dagsentra og arbeidstreningstiltak med oppfølging ut i arbeidsmarkedet for å dekke dette behovet. Noko støtte frå NAV gjennom mentorordninga. Eit trangt arbeidsmarked i kommunen for målgruppa, der mange av arbeidsplassane krev høg kompetanse (skule/høgskule/sjukehus/dps, og lite sørvis og industri) (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Mange kommenterer også at det er behov for arbeidsgivere som kan tilby et sted å prøve seg ut:

Villige arbeidsgivere som kan tilby treningsplasser og som kan motta veiledning og økonomisk kompensasjon fra NAV i en overgangsperiode (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Varierte og tilstrekkelig tilgang på arbeidsplasser uten for store forventninger til den enkelte bruker (Kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Andre savner en sterkere klargjøring av samarbeidet mellom NAV og kommunen:

Større klargjøring rundt innhold i samarbeidsavtalen mellom NAV og kommunen for å få dette til (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Det må være dedikerte ansatte i NAV som jobber med denne målgruppen, som er engasjerte og som bryr seg. Dette vil da lettere bidra til bedre samarbeid mellom psykisk/rus helsetjenesten og NAV (kommune med 2000-5000 innbyggere).

Flere kommuner påpeker også at en del av pasientene har store behov:

Dette er en krevende pasientgruppe, særlig pasienter med ROP-lidelser som krever mye bistand på alle livsområder, hvilket betyr at det kreves nok personell som kan følge pasienten tett opp, samt velvillighet fra arbeidslivet privat så vel som offentlig. Krever at personell i NAV og psykisk helse- og rustjenestene er kreative i forhold til å finn rett type aktivitet. Det er for få VTA- plasser i kommunen som et mellomledd i målet om ordinær lønnet jobb. Det krever god koordinering fra alle tjenester samtidig (kommune med 5000-10000 innbyggere).

Ikke alle som har forsøkt IPS har oppnådd ønskede resultater:

IPS ble opprett som prosjekt, men det ble avsluttet for over 1 år siden. Få eller ingen pasienter fikk fast arbeid. Det oppleves at det er for lite satsning på restarbeidsevnen hos personer med alvorlige lidelser og/eller rusproblemer (Kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Det er også mange som mener at det er nettopp IPS og SE som er nødvendig:

Faste stillinger som ivaretar IPS, og tilstrekkelig kapasitet til å følge opp fra behandler. Prioritering av NAV i forhold til jobbspesialistene, og sikre forutsigbare rammer over tid (år). (Kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Må være et team rundt hver bruker der jobbspesialist (IPS) er med for og arbeider helhetlig og målrettet med å få brukeren i arbeid. (recovery tanken) (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men noen har fått avslag på søknad om midler om IPS:

Vi har behov for flere tilbud av ulik type og økt kapasitet på oppfølging for at brukere som står langt fra arbeidsmarkedet skal komme i arbeid. Vi trenger også flere VTA-plasser. Vi søkte midler til å etablere IPS, noe vi har tro på ville bidratt til en styrking, men fikk avslag. Mottakere av våre tjenester får mindre tilgang til IPS-plasser ved spesialisthelsetjenesten (Kommune med over 50000 innbyggere)

Noen kommuner tenker at de bør opprette kommunale tiltaksplasser for målgruppen:

Utvikle og videreutvikle kommunale tiltaksplasser som kan være et springbrett videre. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Tett oppfølging. Kommunen trenger midler til å sette inn ressurser til dette. Kan gjerne samarbeide med allerede eksisterende arbeidsrettede tiltak. Fordel at kommunen kan styre en del av dette og at ikke alt går gjennom NAV-stat. (kommune 2000-5000 innbyggere).

Andre kommuner har et slikt tilbud:

Kommunen er medeier i vekstbedrift, med VTA-plasser, og som i tillegg brukes som arbeidsplass for arbeidstrening (<2000 ansatte).

Vi har en arbeidsmarkedsbedrift i kommunen, som også gir utprøvningsmuligheter inn mot ordinære arbeidsplasser. Vi har også et godt samarbeid med nav lokalt. Utfordring ellers er vel grad av oppfølging (kommune med 2000-5000 ansatte).

Svært mange svarer at de trenger ressurser til tett individuell oppfølging, men også at de kan tilpasse opplegget brukerne:

Tett oppfølging av både psykiatrisk sykepleier og jobbveileder. Viktig at de jobber sammen, men at to personer har ansvar for hvert sitt ansvarsområde (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Økte rammer for å følge opp den enkelte. Tettere individuell oppfølging. Tilpassede opplegg (Kommune med 5000-1000 innbyggere).

Andre mener de må ha mer fokus på arbeid i oppfølgingen og få hevet kompetansen:

Større fokus på arbeid i oppfølgingen, kompetanseheving på området, ressursvridning, tett samarbeid med NAV (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Små kommuner med store avstander og dårlig utbygd kollektivtransport får tilleggsutfordringer som må løses:

Det må utvikles mer fleksible og lokale tilbud nær brukers bosted. Lang reisevei og manglende kollektivtilbud gjør at mange i denne gruppa ikke greier å benytte tilbudene gjennom arbeidsmarkedsbedriftene i regionen (liten kommune < 2000 innbyggere).

Det er også noen kommuner som etterlyser sterkere fokus på aktivitetsplikten:

Bedre samarbeid med nav. Økt bruk av aktivitetsplikt. Mer satsing på tiltak for personer på uførestønad. Generelt mer bruk av ulike aktivitetstiltak for flere i målgruppa (Kommune 2000-5000 innbyggere)

Det bør være enklare å søke ressurser td. IPS. Stille større krav om aktivitet for å få stønad? (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En stor kommune oppsummerer utfordringene slik:

Stor fleksibilitet og evne til å skape en god relasjon til bruker. Det er i dette arbeidet som i det meste av oppfølgingsarbeidet, vesentlig å ha nok personell til å gi hyppig og kontinuerlig oppfølging over tid, slik at behov og muligheter blir godt kartlagt. Deretter er det en utfordring å ha tilgang på de tilbud som passer for den enkelte. Pr.dd er det få av de statlige arbeidsmarkedstiltakene som er spesielt tilrettelagt for personer med rus/psykiatri utfordringer, og da blir ansvaret påført kommunene. Arbeidstrening i ordinære bedrifter, og/eller jobbstøtte i en ordinær jobb, kan være en vei å gå for enkelte, men her kreves det også personellressurser som kan følge tett opp både arbeidstaker og arbeidsgiver over tid. Samtidig er det avgjørende å ha et tett og målrettet samarbeid med behandlingsapparatet, slik at behandling og jobb skjer parallelt. Tilstrekkelig med ressurser og godt tverrfaglig samarbeid er to sentrale suksessfaktorer fra de ulike prosjekter og piloter (Kommune med 20000- 50000 innbyggere).

Og en bydel slik:

Tett samarbeid med mulige arbeidsgivere om arbeidspraksis og tilrettelegging. Ha gode tilskuddsordninger som gjør at arbeidsgivere er interessert i å bruke sin tid til tilrettelegging

Utvikle arbeidsrelaterte tiltak samtidig med kompetansetilpassing Tett oppfølging av unge som er i ferd med å droppe ut av skolen. Og sist men ikke minst - utvikle et arbeidsliv som gjør at de som ikke yter 110 prosent til enhver tid er inkludert (bydel i Oslo).

En annen bydel etablerer eget tiltak når NAV ikke viderefører eksisterende tiltak:

Bydel Stovner har hatt svært gode resultater i tiltaket Vilje Viser Vei. Tilretteleggerne i tiltaket har samarbeidet godt med NAV stat og NAV kommunal, med tjenester innen psykisk helse, spesialisthelsetjenesten og ulike bedrifter. NAV stat har varslet oppsigelse av tiltaket fra 01.10.16. Bydelen vil etablere IPS til ungdom høsten 2016

15.5 OPPSUMMERING

Det er totalt 48 kommuner og 8 bydeler i Oslo som rapporterer at de har tatt i bruk IPS innen psykisk helsearbeid. Det er 18 kommuner og 8 bydeler som rapporterer at de har tatt i bruk SE innen psykisk helsearbeid. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen psykisk helsearbeid.

Innen rusarbeid er det 36 kommuner og 5 bydeler som oppgir at de har tatt i bruk IPS og 18 kommuner og 2 bydeler i Oslo om oppgir at de har tatt i bruk SE innen kommunalt rusarbeid. Det er også her betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Det er typisk store kommuner som har tatt i bruk IPS og SE innen rusarbeid.

Vi har beregnet at omlag 1 014 personer med psykiske helseproblem og 637 personer med rusproblem har tilbud om IPS og SE der kommunene er involvert. Det er usikkert hvor godt dette anslaget er, og dette bør heller kartlegges gjennom BrukerPlan.

Samhandlingen om arbeidstiltak for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer mellom NAV (både kommunal og statlig del) og de kommunale tjenestene utenfor NAV beskrives å være god for 60 prosent av kommunene. Det betyr at minst 40 prosent av kommunene har forbedringspotensial på dette området.

Det gjenstår fortsatt et stort arbeid for å få på plass gode arbeidstiltak for målgruppen. Dette arbeidet kan ikke overlates til NAV alene, men må gjøres i tett samarbeid med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og øvrige kommunale tjenester. Kompleksiteten i livssituasjonen for mange i målgruppen og behovet for individuell tilpasning og recovery-tenkning, tilsier at tilbudene må ha et bredt design og stor fleksibilitet.

16 FLYKTNINGER

I dette kapitlet analyserer vi svarene på følgende spørsmål:

- Har kommunen følgende tilbud for flykninger/asylsøkere (flere kryss mulig)
 - Akutt/transittmottak for asylsøkere
 - Ordinært mottak for asylsøkere
 - Mottak av enslige mindreårige asylsøkere (under 18 år)
 - Bosetting av voksne flykninger
 - Omsorgssenter for unge flykninger
 - Flyktningshelsetjeneste/team
 - Annet, hva
- Har kommunalt psykisk helse- og rusarbeid vært involvert i tjenestetilbudet?

Det er 391 kommuner (91 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Vi antar at de som ikke har svart, ikke har denne typen tilbud.

16.1 ULIKE TYPER TILBUD

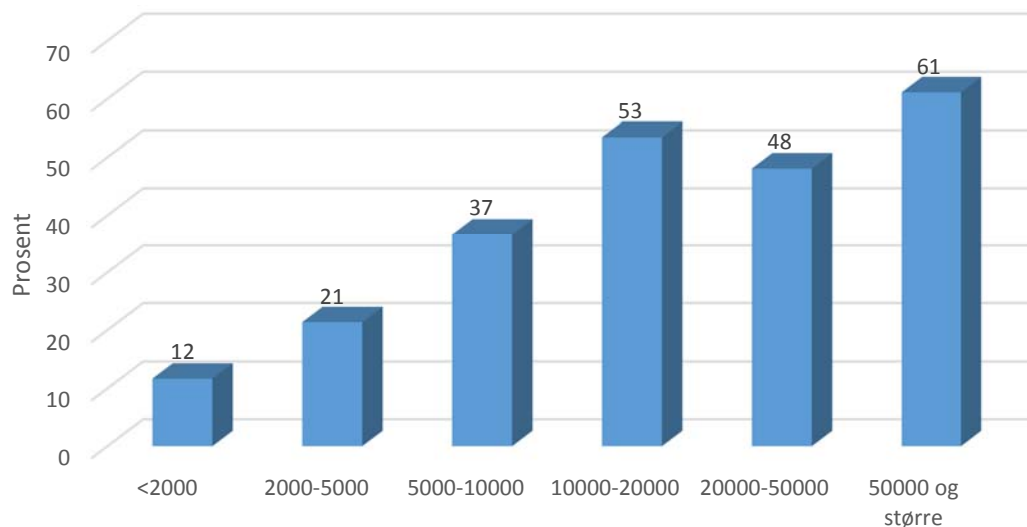
Som vist i tabell 16.1 er det 34 kommuner og to bydeler i Oslo som oppgir at de har etablert akutt/transittmottak for asylsøkere. 191 kommuner og fire bydeler i Oslo har Flyktningshelsetjeneste/team, mens 40 kommuner og to bydeler oppgir at de har omsorgssenter for unge flykninger.

Tabell 16.1 Antall kommuner med ulike tilbud for flykninger/asylsøkere, flere kryss mulig, 2016

	Kommuner	Prosent	Bydeler	Prosent
Akutt/transittmottak for asylsøkere	34	8	2	13
Ordinært mottak for asylsøkere	109	25	1	7
Mottak av enslige mindreårige asylsøkere (under 18 år)	135	32	5	33
Bosetting av voksne flykninger	336	79	15	100
Omsorgssenter for unge flykninger	40	9	2	13
Flyktningshelsetjeneste/team	191	45	4	27
Annet, hva	93	22	8	53

Vi beregner at det er 79 prosent av kommunene og alle bydelene i Oslo som bosetter voksne flykninger, mens hver tredje kommune og bydel i Oslo har etablert mottak av enslige mindreårige asylsøkere under 18 år.

Når vi ser nærmere på de 135 kommunene utenom Oslo som har etablert mottak av enslige mindreårige asylsøkere, finner vi sterk sammenheng med kommunestørrelse der andelen kommuner med tilbudet øker nesten lineært med kommunestørrelse.



Figur 16.1 Andel kommuner som har mottak av enslige mindreårige asylsøkere (under 18 år), kommunestørrelse, 2016.

Det er også forskjeller i forhold til kommunestørrelse for de andre tilbudene, men ikke så store forskjeller som for mindreårige asylsøker. Hovedpoenget med dette kapittelet er å se om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i etableringen av tilbudet.

16.2 Psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i tjenestetilbudet

Her er ikke dette spørsmålet knyttet til type tilbud, så vi kan ikke knytte involveringen til type tilbud. Men vi har 283 kvalitative svar som vi kan hente kunnskap fra. Det er 70 prosent av kommunene som svarer at psykisk helse- og rusarbeid har vært involvert i tjenestetilbudet.

Det dreier seg typisk om følgende involvering:

- Kartlegging av behov for samtale
- Veiledning og samtaler i enkeltsaker
- Støttesamtaler med personer utsatt for traumer
- Oppfølging med samtaler og veiledning
- Det fattes vedtak på tjenestene og tjenestene ytes
- Psykisk helse- og rustjenester er tilknyttet flyktningtjenesten geografisk eller på ledernivå
- Kommunens tjenestetilbud er tilgjengelig for alle, inkludert flykninger
- NAV/flyktningtjenesten/fastlegen henviser direkte til psykisk helsetjeneste
- Ressurser fra psykisk helse er mer involvert enn rus
- Psykolog gir behandling og veiledning
- Helsestasjonspsykolog er involvert
- Helsesøster er involvert
- Fastlegen er involvert

Noen kommuner har et mer omfattende og systematisk samarbeid:

Samarbeidsmøter med andre instanser (skole, flyktningkonsulent, voksenopplæring, helsestasjon) Rutine på å møte nye flyktninger sammen med andre fra helseavd. Tar hjemmebesøk for å se og høre hvordan det går med de (Liten kommune med < 2000 innbyggere).

Psyk.helse underviser alle som kjem til kommunen (som flyktning) om psykisk helse og rusproblematikk og kor dei kan få hjelp om dei treng det. Er med i flyktninghelseteam. Er tilstades ved introsenteret nokre timar kvar veke. Individuell oppfølging ved behov (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Mange kommuner fremhever at flyktninger har tilgang på samme tilbud som den øvrige befolkningen:

Vi har ansatte med dedikert kompetanse og oppgaver rettet mot flykninger/asylsøkere. Psykisk helsearbeidere i helsestasjonstjenesten, flyktingeenheten og mestringsenheten. Vi har en holdning om at alle som kan motta tjenester som innbyggerne ellers, skal få tjenester innen ordinær virksomhet (Stor kommune med over 50 000 innbyggere).

Systemarbeid i samarbeidsfora, avtale om hjelp til screening av behov, veiledning i enkeltsaker, individuell behandling/ oppfølging etter screening og samtykke til å ta imot teneste, på lik linje med alle innbyggjarar med behov. Kursing av tilsette som arbeidar i flyktingetenesta, mellom anna av psykologspesialist i kurset Meistring av belastningar/ KIB. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

16.3 OPPSUMMERING

Det er 391 kommuner (91 prosent) som har svart på dette spørsmålet. Vi antar at de som ikke har svart, ikke har etablert noe tilbud til flyktninger.

Det er 79 prosent av kommunene som bosetter voksne flykninger, 45 prosent har flyktninghelsetjeneste/team, mens 32 prosent har mottak for enslige mindreårige asylsøkere. Hver fjerde kommune har ordinært mottak for asylsøkere, mens ni prosent har omsorgssenter for unge flyktninger. Åtte prosent av kommunene har etablert akutt/transittmottak for asylsøkere.

Det ser ut til at de fleste kommunene (70 prosent) har involvert psykisk helse- og rusarbeid i tjenestetilbudet. Kommunen involveres for det meste gjennom samtaler, veiledning og oppfølging rettet mot enkeltmennesker. Både helsesøstre, psykologer og leger er involvert. I noen kommuner har tjenestene innen psykisk helse og rus en mer omfattende rolle, og flyktningetjenesten kan også være i samme enhet eller være i organisatorisk nærhet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Norge var tidlig på 1990-tallet et av de første landene internasjonalt til å utarbeide en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork, 2014)¹⁴. 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)¹⁵. I følge handlingsplanen dør i overkant av 500 mennesker (70 prosent menn) av selvmord i Norge hvert år. Man antar at mellom 3 500 og 7 500 personer forsøker å ta sine liv årlig (en høyere andel kvinner her sammenliknet med selvmord), mens tallene for selvskading med liten/ingen intensjon om å dø er mer usikre, og sannsynligvis høyere enn selvmordsforsøkestallene (ibid.). Det overordnede målet med planen er å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen.

Handlingsplanen presenterer fem målområder med konkrete tiltak som skal forebygge selvmord og selvskading:

- Delmål 1: God psykisk helse og mestring i befolkningen
- Delmål 2: Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper
- Delmål 3: God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte
- Delmål 4: Et kunnskapsbasert tjenesteapparat
- Delmål 5: Kunnskapsbaserte strategier og tiltak

Nasjonal overdosestrategi 2014-17 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve» (Helsedirektoratet, IS-0418, 2014)¹⁶ har som mål å bedre oppfølgingen etter ikke-dødelige overdoser, bedre vurderingen av selvmordsrisiko og selvmordsforebyggende tiltak i overdosesammenheng, samt å bedre hjelpetilbudet til pårørende og nærstående som har behov for bistand etter overdosedødsfall.

Helsedirektoratet ønsker å benytte IS-24/8-rapporteringen på psykisk helse- og rusarbeid til å kartlegge kommunenes arbeid med forebygging og oppfølging av selvmord, selvmordsforsøk og overdoser. Fjorårets rapport hadde fokus på forebygging av selvmord, og viste at 45 prosent av kommunene oppgav at de arbeidet systematisk med å forebygge og redusere selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i 2015. 63 prosent av kommunene svarte at de hadde svært god eller god samhandling internt i kommunen rundt personer som har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk eller selvskading. Det var særlig de største kommunene som arbeidet mest systematisk med slik forebygging, mens samarbeid internt så ut til å være lettest å få til i de små kommunene. På spørsmål om hva som skulle til for å få et bedre forebyggingsarbeid på dette feltet

¹⁴ Mork, E. (2014): Ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading – en kommentar. *Suicidologi* 2014, Årg. 19, nr. 2.

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

¹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/>

var svaret fra mange nettopp det å få til et bedre samarbeid internt i kommunen, men også med spesialisthelsetjenesten og med fastlegen. Mange etterlyste mer ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid generelt, mer kompetanse og faglig påfyll og mer systematikk i arbeidet.

I rapporteringen for 2016 ble det stilt følgende spørsmål:

- Et det etablert rutiner for at sykehuset ved utskrivning, etter innleggelse på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk, varsler og avtaler videre oppfølging i kommunen? (Ved utskrivning fra somatisk avdeling eller fra psykisk helsevern) (Ja, Nei)
- Har kommunen etablert rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk? (Ja, Nei)
- Har kommunen etablert rutiner for oppfølging av personer etter overdose? (Ja, Nei)

17.1 OPPFØLGING I KOMMUNEN ETTER SELVMORDSFORSØK OG OVERDOSE

På spørsmålet om rutiner for at sykehuset ved utskrivning, etter innleggelse på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk, varsler og avtaler videre oppfølging i kommunene, svarte 402 kommuner. 41 prosent av disse svarte at de har etablert slike rutiner, mens 59 prosent ikke har etablert slike rutiner. Nøyaktig samme fordeling kom fram på spørsmålet om kommunen har etablert rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. På spørsmålet om rutiner for oppfølging etter overdose var fordelingen annerledes. Her svarte kun 23 prosent av 406 kommuner at de har etablert slike rutiner.

Tabell 17.1 Er det etablert rutiner for at sykehuset ved utskrivning varsler og avtaler videre oppfølging i kommunen? Har kommunen etablert rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk? Har kommunen etablert rutiner for oppfølging etter overdose?

	Rutiner ved utskrivning fra spesialisthelsetjeneste		Oppfølging etter selvmordsforsøk		Oppfølging etter overdose	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	166	41	168	41	93	23
Nei	236	59	239	59	313	77
Svar totalt	402	100	407	100	406	100
Mangler svar	26	6	21	5	22	5
Total	428	100	428	100	428	100

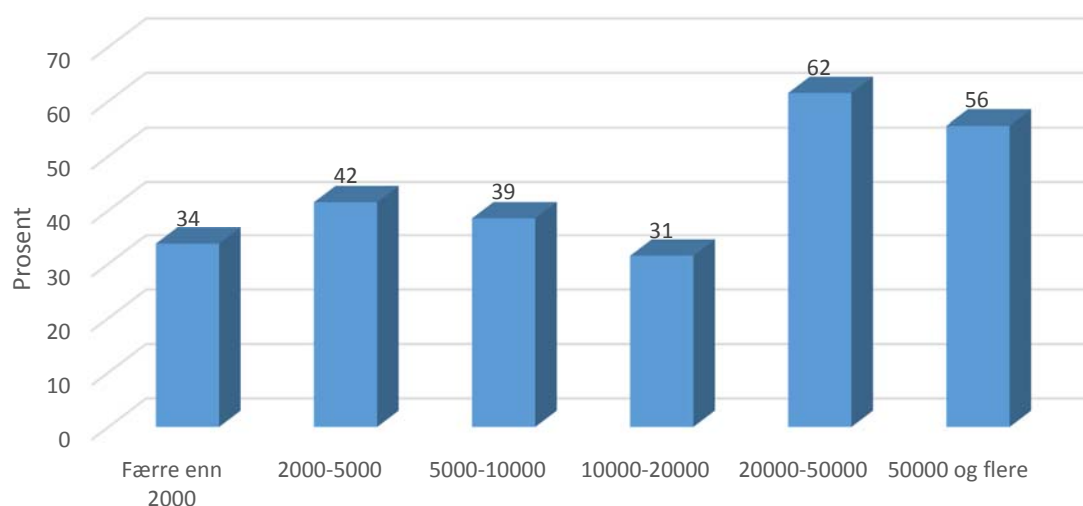
I tabellen over er svarene fra bydelene i Oslo lagt inn som ett svar i henhold til hva majoriteten av bydelene svarte på hvert spørsmål. Svarene fra de 15 bydelene i Oslo varierte en del. 6 av 15 bydeler rapporterte om rutiner for at sykehuset ved utskrivning avtaler oppfølging i kommunen, 11 av 15 bydeler hadde etablert rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk, mens 7 av 15 bydeler svarte at de har etablert rutiner for oppfølging av personer etter overdose. Det må tas høyde for at det på overordnet kommunenivå i Oslo kan foreligge slike rutiner, men at bydelene svarer for seg selv/sitt nivå.

17.2 VARIASJON MELLOM KOMMUNER MED ULIK STØRRELSE, FYLKER OG HELSEFORETAK

I dette delkapitlet har vi ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse sett på variasjon i svarene i henhold til kommunestørrelse, fylke og helseforetak (HF). Vi presenterer figurer i de tilfellene vi fant systematiske forskjeller på de tre nivåene (10 prosent signifikansnivå)¹⁷. Referansekategori i analysene var hhv. kommuner med færre enn 2000 innbyggere, Østfold fylke og Østfold HF.

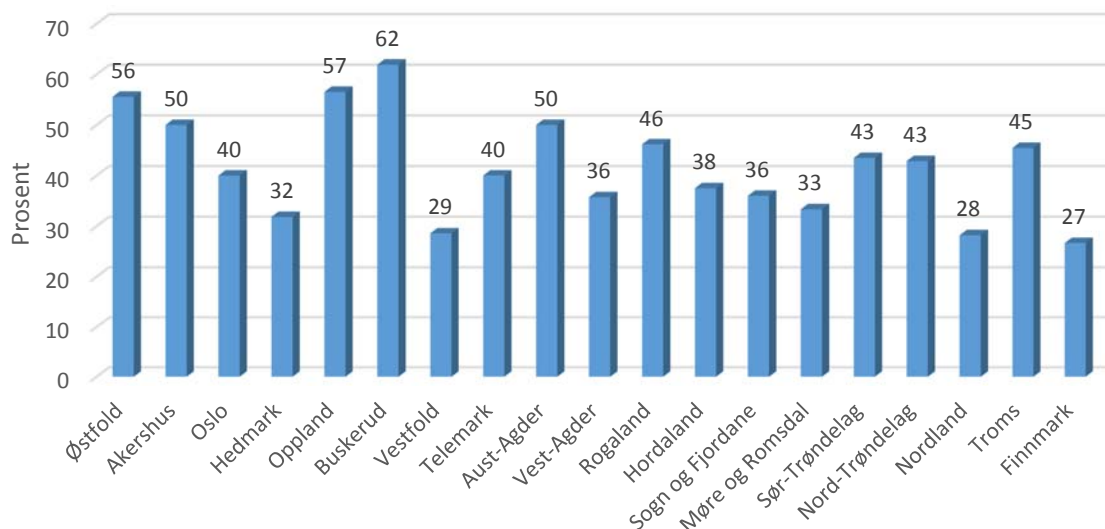
RUTINER FOR AT SYKEHUSET VED USKRIVNING AVTALER OPPFØLGING I KOMMUNEN AV PASIENTER INNLAGT I FORBINDELSE MED SELVMORDSFORSØK

Sammenliknet med de minste kommunene var det en systematisk forskjell i rutinene for at sykehuset varsler kommunen ved utskrivning i kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere. På fylkesnivå var det kun Nordland fylke som skilte seg systematisk fra referansefylket Østfold (se figur 17.2), mens det av HF-ene var Møre- og Romsdal, Nordland og Finnmark som skilte seg systematisk ut fra referanseforetaket.

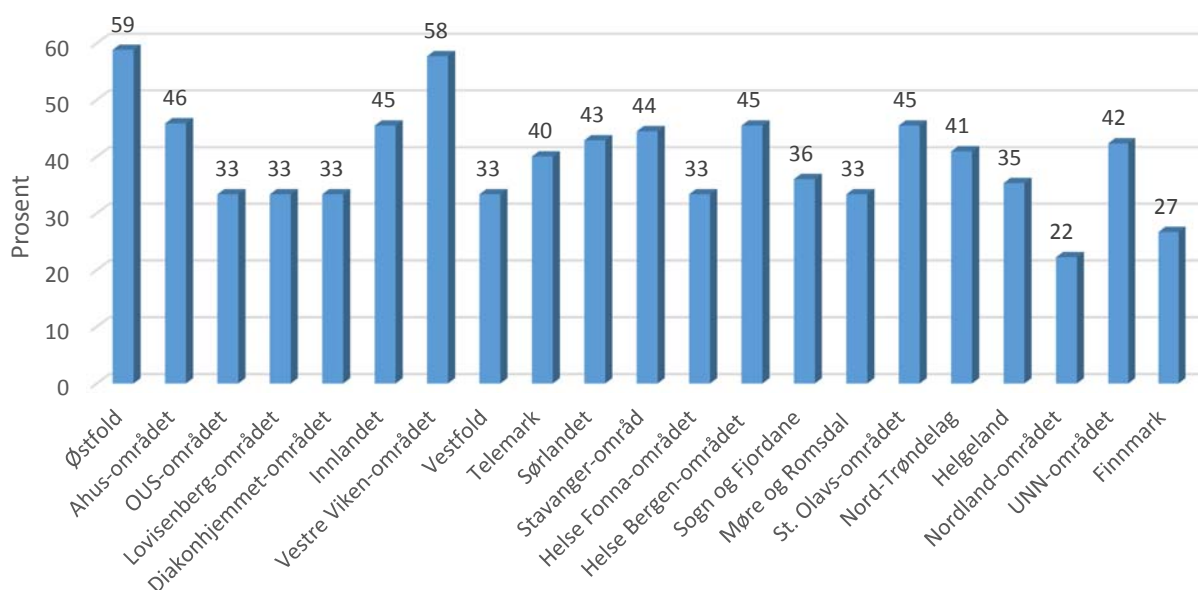


Tabell 17.2 Rutiner for at sykehuset ved utskrivning varsler kommunene om pasienter som har vært innlagt på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på kommunestørrelse.

¹⁷ Signifikansnivået indikerer sannsynligheten for at den observerte forskjellen mellom kommunene skyldes tilfeldigheter. Gitt en nullhypotese om at det ikke er systematisk forskjell mellom de ulike gruppene vi har testet, indikerer 10 % signifikansnivå at vi er villige til å feilaktig forkaste nullhypotesen i 10 % av tilfellene.



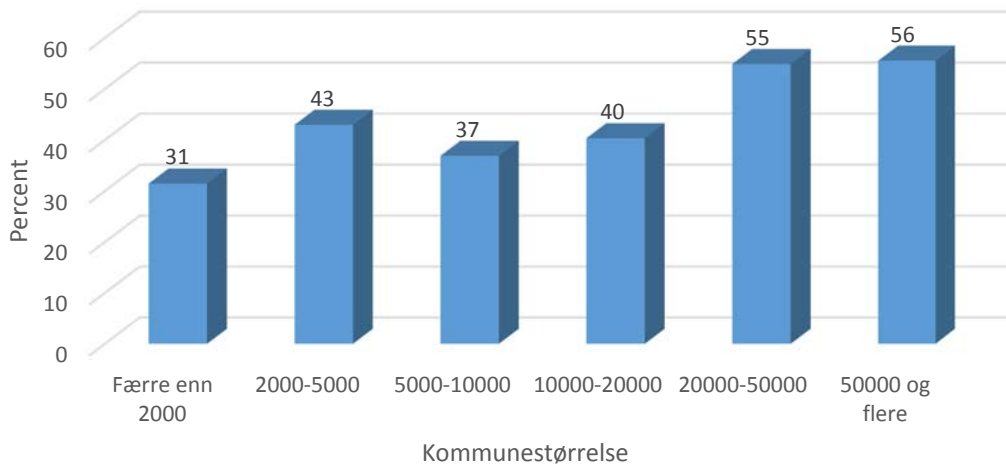
Tabell 17.3 Rutiner for at sykehuset ved utskrivning varsler kommunene om pasienter som har vært innlagt på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på fylkesnivå.



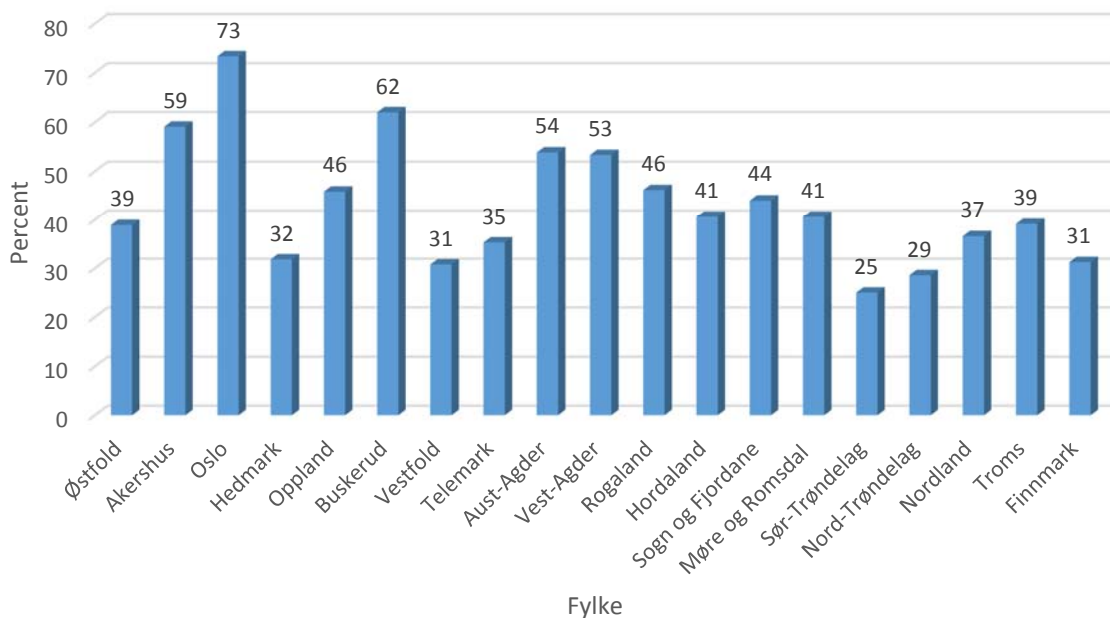
Tabell 17.4 Rutiner for at sykehuset ved utskrivning varsler kommunene om pasienter som har vært innlagt på grunn av selvmordsforsøk eller mistanke om selvmordsforsøk. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på HF-nivå.

RUTINER FOR OPPFØLGING AV PERSONER I KOMMUNEN ETTER SELVMORDSFORSØK

De mest folkerike kommunene med over 20 000 innbyggere skilte seg systematisk fra de minste kommunene på spørsmålet om rutiner i forbindelse med oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk i kommunen. På fylkesnivå var det relativt store variasjoner, men bare Oslo skilte seg systematisk fra referansefylket med sin høye andel bydeler som svarte at de har rutiner for oppfølging av selvmord. Det var ingen systematiske forskjeller på helseforetaksnivå på dette spørsmålet.



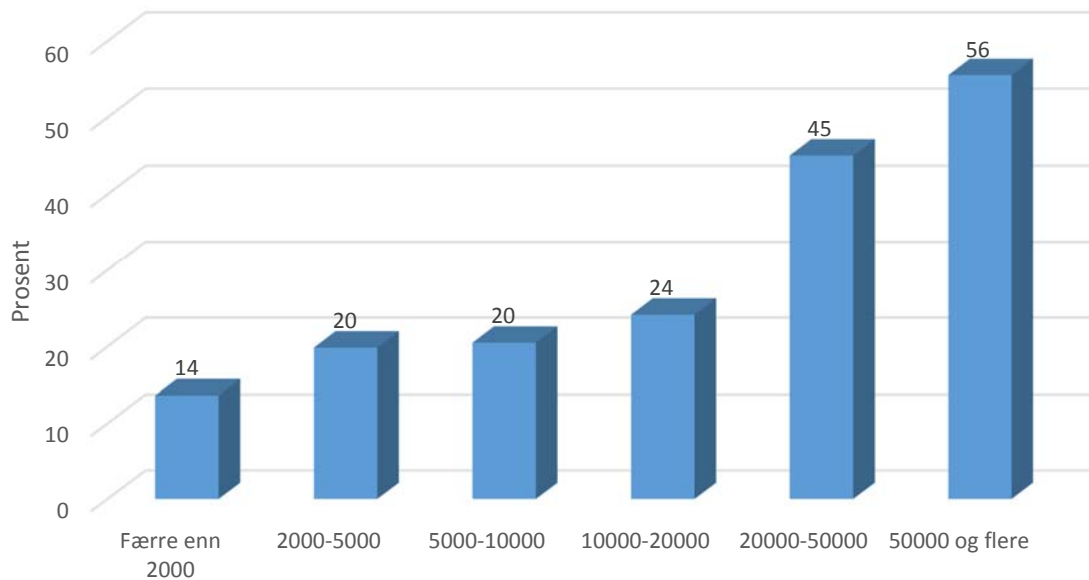
Tabell 17.5 Kommunenes rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på kommunestørrelse



Tabell 17.6 Kommunenes rutiner for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på fylke

RUTINER FOR OPPFØLGING AV PERSONER I KOMMUNEN ETTER OVERDOSE

På spørsmål om rutiner for oppfølging etter overdose husker vi at det kun var 23 prosent av kommunene på landsbasis som svarte at de hadde dette. Også på dette spørsmålet var det det systematisk variasjon mellom kommuner med over 20 000 innbyggere og de minste kommunene. Det framkom ikke systematisk variasjon på fylke- eller helseforetaksnivå.



Tabell 17.7 Kommunenes rutiner for oppfølging av personer etter overdose. Prosent av kommunene som svarte "Ja" på spørsmålet, stratifisert på kommunestørrelse

17.3 OPPSUMMERING

Omtrent fire av ti kommuner rapporterte at det er etablert rutiner for at sykehuset varsler kommunen når pasienter utskrives etter å ha vært innlagt for selvmordsforsøk, eller mistanke om selvmordsforsøk. Fire av ti kommuner svarer også at de har etablert rutiner internt i kommunen for oppfølging etter selvmordsforsøk. Kun to av ti kommuner rapporterer at de har etablert rutiner for oppfølging etter overdose.

Både når det gjelder rutiner for at sykehuset varsler kommunen ved utskrivning av pasienter etter innleggelse for selvmordsforsøk og kommunenes interne rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk, svarer de største kommunene (mest folkerike) i større grad enn de små at dette er på plass. Av fylkene var det Vestfold, Nordland og Finnmark som hadde de laveste andelene med kommuner som svarte at de hadde rutiner for at sykehusene varsler, men bare Nordland skilte seg systematisk fra referansefylket. De samme tendensene ser vi på helseforetaksnivå, med kommunene i Østfold HF-område og Vestre Viken-området som de med høyest grad av rutiner for varsling fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. På spørsmålene om interne rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk scorer Akershus, Oslo og Buskerud høyest av fylkene, men kun Oslo skilte seg systematisk fra referansekategoriene. Også når det gjaldt rutiner for oppfølging etter overdose var det kommunegruppene med mer enn 20 000 innbyggere som skilte seg signifikant positivt fra referansekategoriene, men her var det ingen systematiske forskjeller mellom fylkene eller helseforetakene.

18 KONTAKT MED OG NYTTE AV KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

I dette kapittelet analyserer vi svar på følgende spørsmål:

- Har ikke hørt om/Har hørt om, men ikke vært i kontakt/Har vært i kontakt med/Har brukt:
 - NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
 - KORUS (regionale kompetansesenter for russpørsmål)
 - RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern)
 - RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
 - ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
- Hvis vært i kontakt med/brukt – hvordan? (Flere kryss mulig)
 - Besøkt nettsiden
 - Telefonkontakt
 - Konkret samarbeid
 - E-læringstilbud
 - Lest fagartikler
 - Deltatt på kurs
 - Deltatt på kompetansehevende program/tiltak
 - Annet, hva
- Hvor fornøyd er dere med tilbudet dere har fått fra kompetanse- og ressursenteret?

Dette var også tema i forrige kartlegging, men da var andre spørsmål inkludert. Vi fant da at det var få kommuner som ikke hadde hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS, ROP-tjenesten. Det er variasjon mellom sentrene i hvor nyttig de oppleves å være i kommunene. Kommunene i Sogn og Fjordane har for eksempel særlig nytte av RVTS, men færre kommuner i fylket har hatt nytte av NAPHA og KORUS. Det er også betydelig variasjon i noen fylker mellom store og små kommuner, og det tyder på at flere av sentrene prioriterer de store kommunene eller at det er de store kommunene som tar initiativ til kontakt med kompetansesentrene.

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner som har kontakt med ressursentrene heller enn tjenestene. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra et par kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. I dette kapittelet er de som har svart "Svært nyttig" eller "Nyttig" kodet som "Nyttig".

18.1 NAPHA

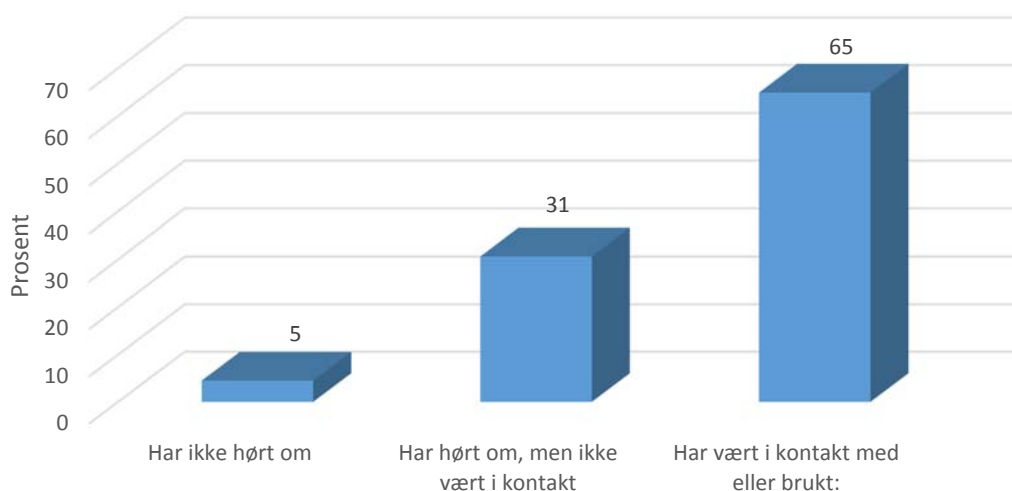
NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom oppdragsbrev og styringsmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark.
- Team Midt dekker Nord- og Sør-Trøndelag, samt Møre og Romsdal.
- Team Vest dekker Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.
- Team Sør dekker Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.
- Team Øst dekker Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland.

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Fra figur 18.1 ser vi at det er 65 prosent av kommunene som har vært i kontakt med NAPHA.



Figur 18.1 Andel kommuner som kjenner til NAPH, 2016.

Fra tabell 18.1 ser vi at 58 prosent av kommunene svarer at de har besøkt nettsiden til NAPHA, mens 51 prosent av kommunene oppgir å ha lest fagartikler fra NAPHA. 37 prosent har deltatt på kurs, mens 18 prosent har deltatt på kompetansehevende program/tiltak.

Tabell 18.1 Kontakt med NAPHA, 2016.

	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	247	58
Lest fagartikler	218	51
Deltatt på kurs	159	37
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	76	18
Telefonkontakt	60	14
Konkret samarbeid	55	13
Annet	12	3
E-læringstilbud	11	3

18.2 KORUS

Kompetansesenter rus (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Kompetansesenterets primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal skje i tett samarbeid med andre regionale aktører, og bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet (Tilskuddsbrev til de regionale kompetansesentre rus (KoRus)).

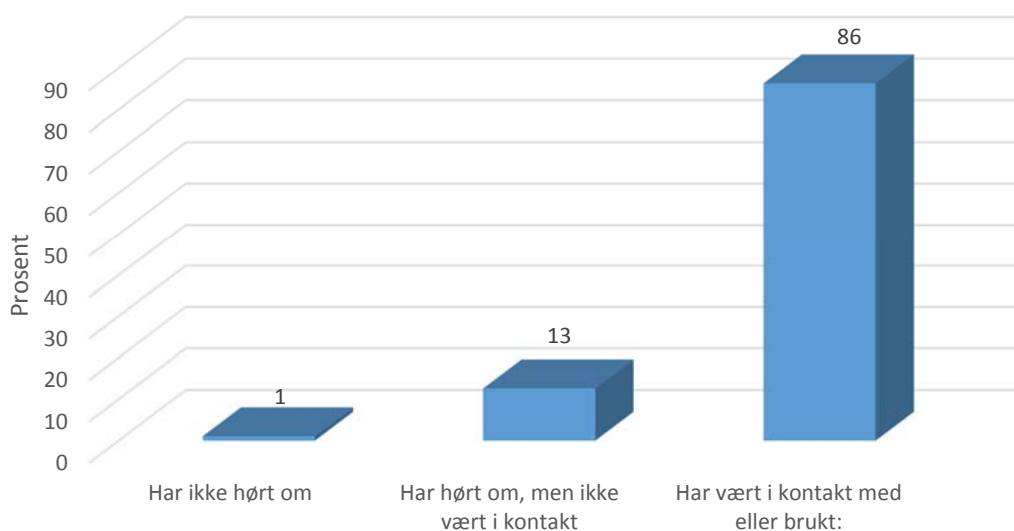
Sentrene innsats skal være konsentrert rundt følgende kjerneoppdrag:

- Rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet
- Tidlig intervensjon
- Rusbehandling (på alle nivå)

Det er 7 KoRus:

- Øst-norsk kompetansesenter/ KoRus Øst (for fylkene Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland)
- Midt-norsk kompetansesenter/ KoRus Midt (for Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag)
- Borgestadklinikken/ KoRus Sør (for fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder)
- Rogaland A-senter/ KoRus Vest Stavanger (for Rogaland)
- Stiftelsen Bergensklinikkene/ KoRus Vest Bergen (for fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane)
- Rusmiddeletatens kompetansesenter/ KoRus Oslo (for Oslo)
- Nordnorsk kompetansesenter/KoRus Nord (for fylkene Nordland, Troms og Finnmark)

Fra figur 18.2 ser vi at 86 prosent av kommunene oppgir å ha vært i kontakt med KORUS.



Figur 18.2 Andel kommuner som kjenner til KoRus, 2016.

Det er 54 prosent av landets kommuner som svarer at de har deltatt på kurs, mens 49 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 18.2. Totalt har 44 prosent av landets kommuner hatt konkret samarbeid med KORUS mens 39 prosent har deltatt på kompetansehevende tiltak.

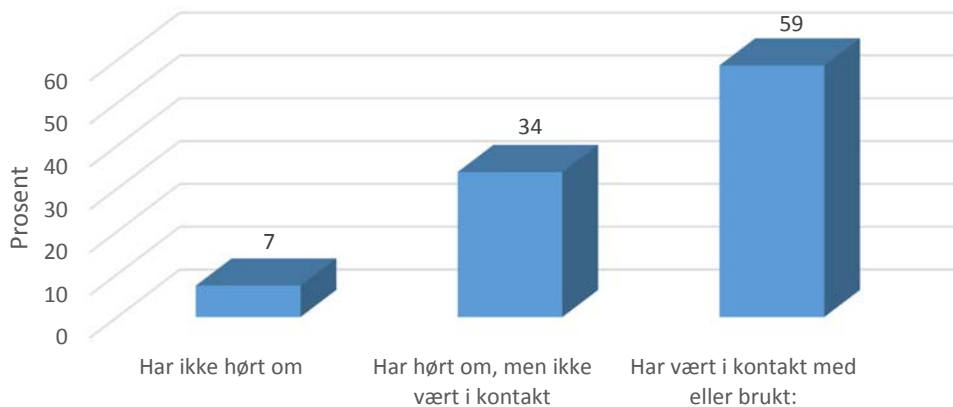
Tabell 18.2 Kontakt med KoRus, 2016

	Antall	Prosent
Deltatt på kurs	233	54
Besøkt nettsiden	208	49
Konkret samarbeid	188	44
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	165	39
Lest fagartikler	163	38
Telefonkontakt	147	34
E-læringstilbud	22	5
Annet	13	3

18.3 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

Det er fire regionale RBUP senter og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern.

Som vist i figur 18.3, er det nær seksti prosent av kommunene som har brukt RBUP.



Figur 18.3 Andel kommuner som kjenner til RBUP/RKBU, 2016.

Det er 30 prosent av kommunene som oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RBUP/RKBU, mens like mange har besøkt nettsiden, se tabell 18.3.

Tabell 18.3 Kontakt med RBUP/RKBU, 2016.

	Antall	Prosent
Deltatt på kurs	129	30
Besøkt nettsiden	127	30
Lest fagartikler	92	21
Konkret samarbeid	70	16
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	70	16
Telefonkontakt	64	15
Annet	12	3
E-læringstilbud	7	2

18.4 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFOREBYGGING)

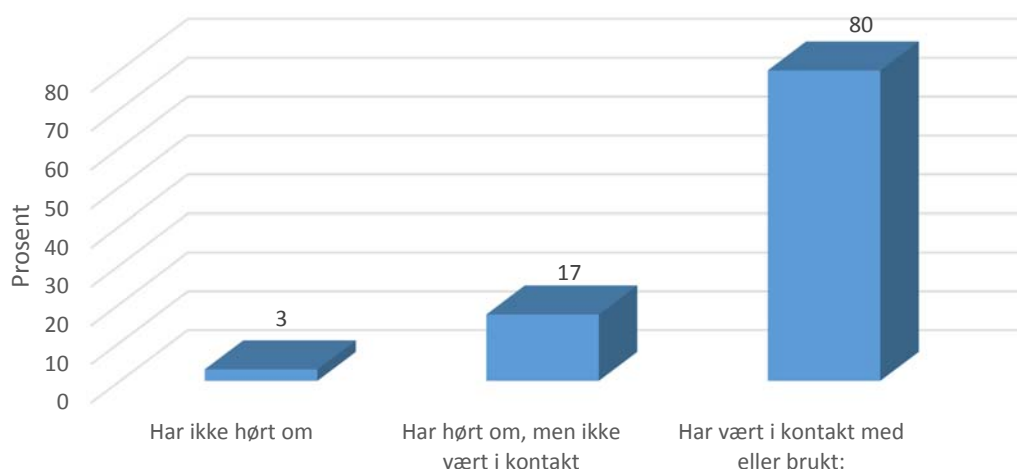
Det er fem regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet.

De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

Som vist i figur 18.4, er det 80 prosent av kommunene som våren 2016 svarer at de har vært i kontakt med RVTS.



Figur 18.4 Andel kommuner som kjenner til RVTS, 2016.

Rundt halvparten av kommunene oppgir at de har deltatt på kurs i regi av RVTS og 42 prosent har besøkt nettsiden, se tabell 18.4. Det er 23 prosent av kommunene som oppgir at de har vært i telefonisk kontakt med RVTS.

Tabell 18.4 Kontakt med RVTS, 2016.

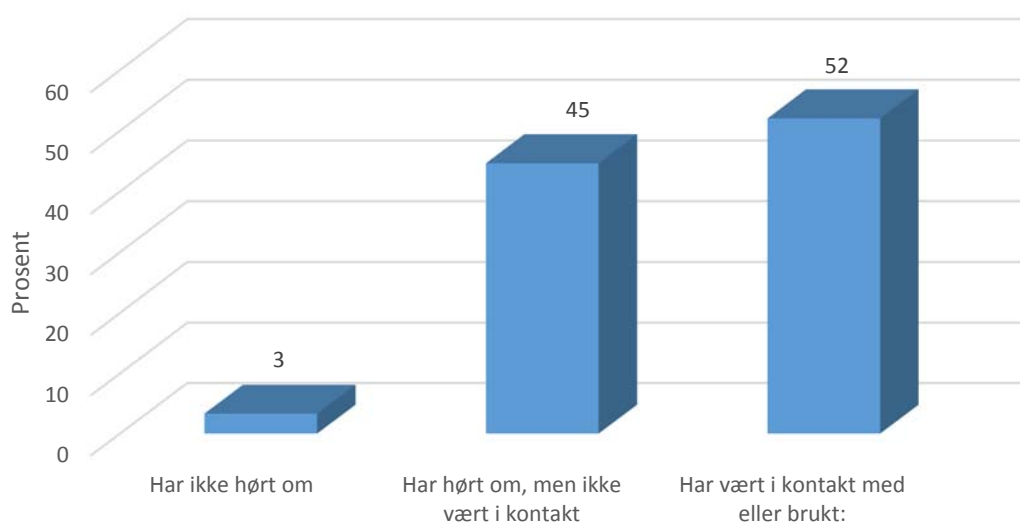
	Antall	Prosent
Deltatt på kurs	218	51
Besøkt nettsiden	181	42
Lest fagartikler	140	33
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	119	28
Konkret samarbeid	110	26
Telefonkontakt	97	23
E-læringstilbud	27	6
Annet	10	2

18.5 ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

ROP-tjenesten ble formelt etablert 1. juli 2012 og er en tjeneste sammensatt av ansatte fra tidligere Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (RKDD) og ROP- virksomheten ved Kompetansesenter Rus- Region Øst (KoRus-Øst). Tjenesten har 15 ansatte og er organisert i Divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF.

De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Totalt har 52 prosent av kommunene vært i kontakt med ROP-tjenesten, se figur 18.5.



Figur 18.5 Andel kommuner som kjenner til ROP-tjenesten, 2016.

Totalt har 38 prosent av kommunene oppgitt at de har besøkt nettsiden til ROP-tjenesten, mens 30 prosent har lest fagartikler fra ROP-tjenesten, se tabell 18.5.

Tabell 18.5 Kontakt med ROP-tjenesten, 2016.

	Antall	Prosent
Besøkt nettsiden	163	38
Lest fagartikler	127	30
Deltatt på kurs	119	28
Telefonkontakt	52	12
Konkret samarbeid	49	11
Deltatt på kompetansehevende program/tiltak	45	11
E-læringstilbud	19	4
Annet	4	1

18.6 OPPSUMMERING

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

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

Sentrene som er omtalt i dette kapitlet vil få tilsendt et notat som viser andel kommuner som svarer at de har vært i kontakt/brukt med dem i de ulike fylkene. Denne informasjonen kan være nyttig i forbedringsarbeidet.

19 FORVENTNINGER TIL OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016–2020)

Det er 357 kommuner (84 prosent) og 14 bydeler i Oslo (93 prosent) som har svart på følgende spørsmål:

- Hvilke forventninger har dere til Opptrappingsplanen for rusfeltet i deres kommune? (åpent)

Her har vi gått gjennom alle svarene og kodet de etter innhold for å få et bilde av hvilke forventninger kommune har til Opptrappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i Stortinget våren 2016.

19.1 BAKGRUNN

Det har lenge vært behov for en skikkelig satsning på rusfeltet i Norge, og 13. november 2015 fremmet Regjeringen Solberg forslag om en opptrappingsplan på rusfeltet, Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Regjeringen ønsker en helhetlig opptrappingsplan som tar for seg de tre innsatsområdene tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester, med følgende fem hovedmål:

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

Stortinget behandlet 28. april opptrappingsplanen for rusfeltet og planen ble vedtatt med en ramme på 2,4 mrd. kroner i perioden 2016-2020.

19.2 FORVENTNINGER TIL PLANEN

Vi har gått gjennom og kodet svarene fra de 357 kommunene og listen over forventninger er vist i tabell 19.1. Aller flest, 81 kommuner, nevner eksplisitt at det er behov for øremerking av midler og at de forventer at dette kommer som en del av Opptrappingsplanen. Like mange sier at de forventer at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning.

I tråd med planen, er det nå mange kommuner som forventer at de får til mer arbeid rettet mot forebygging, særlig for barn og unge. Blant de som ikke har særlige forventninger til planen, er det ofte knyttet mot manglende øremerking.

Tabell 19.1 Forventinger til planen, N=358 (84 prosent).

	Antall	Andel
Ønsker øremerking	81	22
Mer ressurser og flere faste ansatte/kapasitetsøkning	80	22
Mer forebygging	55	15
Mer kompetanse	55	15
Bedre tilbud innen arbeid og aktivitet	37	10
Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten	29	8
At vi tilføres nok ressurser og forutsigbarhet	27	7
Bedre/flere botilbud	26	7
Noe med tilskudd/fordeling av midler	25	7
Bedre omsorgstilbud, bomestring/oppfølging	20	5
Ingen/lave forventninger	19	5
Bedre koordinerte/sammenhengende tjenester	17	5
Økt fokus på området/ledelsen i kommunen	16	4
Klare føringer	16	4
Store forventninger/midler til å nå målene i planen	16	4
Stryket ettervern/rehabilitering	15	4
Mer effektive tjenester/bedre tilbud	13	4
At vi får til et ambulerende/oppsøkende tilbud	12	3
Bedre kommunalt samarbeid	12	3
Flere behandlingsplasser/kortere ventetid	10	3
Etablering av lavterskeltiltak/dagsenter	10	3
Varig effekt	9	2
Øke forståelsen for brukergruppens behov	8	2
Annet	6	2
Pårørendearbeid	5	1
Fokus på eldre	5	1
Recovery	5	1
Lønnet videreutdanning	4	1
Tverrfaglige team med spesialisthelsetjenesten	4	1
Eget institusjonstilbud	4	1
Rop pasienter	4	1
Spesialisthelsetjenesten mer inn i kommunen	3	1
Mer samarbeid med NAV	3	1
Flere akutte avrusingsplasser	2	1
Ønsker rehabiliterings -og omsorgssenter	2	1
Mer bruk av private	2	1
Mer forskning	1	0

Det er som vist i tabell 19.1, en del kommuner som forventer øremerking av midlene. Noen av argumentene er som følger:

Viktig at øremerkede midler til rusfeltet tydeliggjøres i planen. Det er viktig at det etableres gode rapporteringsrutiner. En bevisstgjøring som bidrar til refleksjon over egne tilbud, og hvordan disse skal videreutvikles. Endel av punktene i planen, er kommunen allerede i gang med å videreutvikle/utvikle (stor kommune med over 50000 innbyggere)

Vi har store forventningar til fleire øyemerka årsverk. Vi treng større kapasitet på dette området, og særleg overfor dei unge rusmisbrukarane som ein bør satse mykje på for å unngå permanent uførheit. Vi ser ein stor auke på ungdommar som fell utanfor yrkeslivet (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

At det kommer øremerkede midler direkte til feltet rus og psykisk helse slik at vi får opprettet flere stillinger til oppsøkende virksomhet og forebyggende arbeid (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Faste øremerka midler til rusfeltet. Midlane for 2016 gjekk inn i det store sluket. Kommunen satsar på psykisk helse og rusarbeid, men likevel ein stor auke i brukarar og alvorleg problematikk, som gjer at vi må satse vidare (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

På den annen side, er det noen få kommuner som presiserer at øremerking og tilskudd ikke er en god løsning:

Sikre faste midler til drift. Prosjektmidler og øremerkede midler fører til mye usikkerhet og vanskelig å lage langsiktige planer for fagfeltet. Det forventes at opptrappingen videreføres i årene fremover (stor kommune med over 50000 innbyggere).

Det er også mange som svarer at de forventer at det kommer mer ressurser med opptrappingsplanen og flere faste ansatte/kapasitetsøkning. Det er også mange som har store forventninger til planen, men presiserer at det må være tilstrekkelig med midler til å nå målene i planen.

Svært mange har forventninger om å få til økt fokus på forebygging, og da særlig for barn og unge i tråd med formuleringene i planen: "Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig." Det er noe ulikt fokus fra kommune til kommune, der en del nevner utelukkende unge:

At vi får etablert gode rutiner og samarbeidsmåter med og om ungdom som faller ut av skolen. Komme tidlig inn med hjelp (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Bedre tilbud til ungdom. Bedre sosial kompetanse (Liten kommune med <2000 innbyggere).

Økt kompetanse og fokus på tidlig innsats til barn og unge (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Det er en god del kommuner som tenker forebyggende i forhold til ungt utenforskap:

Vi har store forventningar til fleire øyemerka årsverk. Vi treng større kapasitet på dette området, og særleg overfor dei unge rusmisbrukarane som ein bør satse mykje på for å unngå

permanent uførheit. Vi ser ein stor auke på ungdommar som fell utanfor yrkeslivet (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En kommune sier de har spesielt fokus på forebyggingstiltak for unge jenter, men ønsker også å ha et opplegg for gutter:

Kompetansehevendende tiltak for alle tjenestene i kommunen. Bedre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten. I dag jobber vi forbyggende med jentegruppen "Add a friend". Vi hadde ønsket at det hadde kommet et lignende tilpasset tilbud til gutter (Liten kommune med <2000 innbyggere)

Andre sier at forebyggingsarbeidet også handler om voksne:

Generell styrking av tilbudet til denne gruppen. Innbefatter både unge med begynnende rusproblemer, og voksne som har hatt et langvarig rusproblem. Spesielt redusert ventetid på behandlingsplasser og mulighet til å gi et godt ettervern (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen beskriver godt hvilke behov det er innen kommunalt rusarbeid. En liten kommune skriver det slik:

Bredden og de ulike behovene innen Rusomsorgen krever selvsagt et vidt spekter av kompetanse. Mennesker med rusproblematikk har et vidt spekter av utfordringer. Det sosialfaglige perspektiv må derfor styrkes. Opptrappingsplanen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusproblem, og vi forventer selvsagt at innsatsen her gjenspeiler det. Krav om sosialfaglig kompetanse, med videreutdanning innen rus bør ligge inne i kommunens krav til fagansvarlig på rusfeltet. Fokus på sosial trygghet, på likestilling og likeverd, vil være viktig i rusomsorgens arbeide fremover. Forebygging av sosiale problemer. Videre tenker vi at en anerkjennelse av at personer med rusproblemer er av den gruppe brukere som har særlig behov for veiledning og styrking av sosiale relasjoner og nettverksarbeid. Det er viktig at alle kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse, og det er viktig med reel brukerinnyttelse. På fagområdet ønsker vi å utvikle et recovery orientert fokus der bedringsprosesser står sentralt (Liten kommune <2000 innbyggere)

Det er noen få kommuner som trekker frem recovery-perspektivet i svarene sine, men vi har ikke spurt eksplisitt om dette, så det kan være mange flere som arbeider etter en slik modell.

En del kommuner henviser til funn i BrukerPlan når de beskriver forventninger til planen:

Ut i fra Brukerplan kartleggingen ser vi at det er behov for å styrke tilbudet til mennesker med milde og moderate rusproblemer. Vi har også behov for flere ressurser for å kunne gi de med langvarige alvorlige rusproblemer et bedre tilbud, spesielt i forhold til arbeid og aktivitetstilbud til denne gruppen (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Det er mange kommuner som nevner kombinasjonen forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet som områder de forventer vil styrkes gjennom planen:

At det kommer øremerkede midler direkte til feltet rus og psykisk helse slik at vi får opprettet flere stillinger til oppsøkende virksomhet og forebyggende arbeid (Kommune 2000-5000 innbyggere).

Andre oppgir kombinasjonen forebygging og oppfølging hos middelaldrende og eldre:

Økt tilskudd til de utfordringene vi i kommunen har som stort sett er alkoholmisbruk/pillemisbruk hos middelaldrende og eldre. Forebyggende arbeid og kompetanseheving (Liten kommune <2000 innbyggere).

Som vist i tabell 19.1 er det mange kommuner som er opptatt av at planen kan gi et bedre tilbud innen arbeid og aktivitet:

At kommunen får tilskudd til å utvikle tjenestene i tråd med de behov målgruppen har. Tilskudd til arbeidsrettet tiltak evt aktivitetstilbud (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Forventar at det følger midlar med opptrappingsplanen til styrking av ettervern, inkludert aktivitets- og arbeidsretta tiltak (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Denne kommunen trakk frem aktivitets- og arbeidsretta tiltak som en del av ettervernsarbeidet, mens andre nevner det sammen med boligbehov:

Auke kommunal rammer - til stillingar. Tilskot til bustadar, med og utan personalbase. Større grad av tilbod om tilpassa arbeidsliknande aktivitet på dagtid (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Det er altså ulike kombinasjoner i svarene, og dette reflekterer ulike behov i ulike kommuner. Noen få kommuner sier at de ikke har noen særlige utfordringer med rus i kommunene, og derfor ikke har så store forventninger til planen. Andre sier de har lave forventninger til planen av ulike grunner:

Ingen spesielle forventninger da vi føler at ting fungerer greit slik det er (Liten kommune <2000 innbyggere).

Har ikkje store forventningar, men rusfeltet i kommunen bør styrkast i form av meir ressursar, øymerka, til tenesta (Liten kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen fremstår som mer oppgitt:

Ingen store forventninger. En vanskelig gruppe å jobbe med, lite fokus/kunnskap i feltet. Følger sjelden med nok ressurser til å få gjort en god nok jobb. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Forventninger om økt kompetanse nevnes oftest i sammenheng med økte ressurser til årsverk og generelt økt kapasitet:

Kompetanse: Håper kommunen får mulighet til å sette i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut i fra lokale behov. Skadereuserende tiltak: Velfungerende lavterskel helsetiltak eller andre skadereuserende tiltak vil kunne bidra til økt verdighet og livskvalitet for personer med et aktivt rusproblem, samtidig som det vil kunne virke positivt inn på brukerens motivasjon til å gjøre noe med selve avhengigheten på sikt. Det er viktig at

brukerne blir møtt med et tilgjengelig og variert tilbud. Frivillighet: Ensomhet bør reduseres. Her kan frivillighetsfeltet spille en sentral rolle gjennom å tilby aktivitets og nettverkstiltak. Men i forhold til de dårligst fungerende må kanskje personell (om de bor i bemannede boliger eller får tett oppfølging i leilighet) være tett på en stund med det mål at beboerne bruker tilbud fra frivillighetsfeltet på sikt. Bedre oppfølgings og etterverns tjenester: Vi må styrke våre tjenester for å bidra til en meningsfull hverdag, økonomisk sikkerhet, fremme mestringsevne og sosial inkludering. Brukerkompetanse: Systematisk bygge opp mentorordninger hvor tidligere rusavhengige veileder de som ønsker å leve rusfritt. Bosituasjon: En utrygg bosituasjon kan vanskeliggjøre integrering, og veien til kriminalitet og rusproblemer kan bli kortere. Alle skal bo godt og trygt. Boligen er ramme for et sosialt liv og gir tilhørighet til nærmiljø og lokalsamfunn. Håpet er at botilbud basert på prinsippene til Housing First fortsetter i kommunen. Det er viktig at kommunen har et bredt spekter av boliger med flere små enheter og færre store bofellesskap. Sykehjemsplasser uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnedsettelse må opprettes i kommunen for personer med rus og psykiske lidelser. KAD plasser: Opprettes ett kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud KAD for personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. KAD- bør vurderes benyttes også for mulighet for å komme inn til avrusning Aktivitet/meningsfull hverdag: Bygge opp under ressurser og der hvor de ikke kan ta grep selv må personalet være tett på og tilby, ha mulighet til å være med. Benytte individuelle planer i utstrakt grad – ansvarliggjøring og konkretisering av behov for helsetjenester og ressurser (Stor kommune med mer enn 50 000 innbyggere).

19.3 OPPSUMMERING

En del kommuner har store forventninger til Opptappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i april 2016. Totalt har 84 prosent av kommunene sagt noe om hvilke forventninger de har til planen.

Aller flest, 81 kommuner, nevner eksplisitt at det er behov for øremerking av midlene og at de forventer at dette kommer som en del av Opptappingsplanen. Dette handler om at rustjenestetene er små tjenester i kommunene, og at det er behov for å sikre at midlene kommer når de riktige brukerne. Like mange sier at de forventer at det følger med ressurser slik at de får flere faste ansatte og en betydelig kapasitetsøkning.

I tråd med planen, er det nå mange kommuner som forventer at de får til mer arbeid rettet mot forebygging, særlig for barn og unge. Mange har forventninger til at boligtilbudet skal bedres, men også generelt bedre og mer koordinerte tilbud til målgruppen. Mange forventer også at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten skal bli bedre, men også at det interne samarbeidet skal bli bedre.

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

Kommunene ber om klare føringer fra myndighetene, tilstrekkelig med midler som når frem til målgruppen og en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det kan bli utfordrende med en opptappingsplan som tilhører kun rusfeltet når de fleste kommuner har felles tjenester rundt psykisk helse og rus.

REFERANSER

- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern* Oslo: Universitetsforlaget.
- Beddari, H. (2013). *Rustiltak på anbud - idealer og realiteter. En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester til rusmiddelavhengige*. (Master), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Adm Policy Ment Health*, 41(1), 69-73. doi: 10.1007/s10488-012-0444-6
- Hansen, G., & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelig mål å kombinere? . *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 196-205.
- Hansen, I., Nordvik, V., & Grønningsæter, A. (2014). Boligsosialt arbeid og kompetanseutvikling. Evaluering i videreutdanning i metodisk boligsosialt arbeid. In FAFO (Ed.), (Vol. 2014:6). Oslo: FAFO.
- Helse-, og, & omsorgsdepartementet. (2014). *St.Meld 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. . Oslo Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>.
- Husøy, G. (2015). Brukerperspektiv i psykisk helsevern - retorisk eller reellt? Utvikling sett i et historisk lys. . *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), 317-324.
- Kilian, R., Lauber, C., Kalkan, R., Dorn, W., Rossler, W., Wiersma, D., . . . Becker, T. (2012). The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(9), 1381-1389. doi: 10.1007/s00127-011-0451-z
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and well-being*. . UK Palgrave Macmillan.
- Ose, S. O. (2016). Using Excel and Word to Structure Qualitative Data. *Journal of Applied Social Science*. doi: 10.1177/1936724416664948
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Pettersen, I. (2016). Transferring psychiatric specialist services to local authorities-Characteristics of the patients involved. *Nord J Psychiatry*, 1-8. doi: 10.1080/08039488.2016.1194468
- Skjeldal, E. (2015). En syk psykiatri.
- Slettebø, T., Brodtkorp, E., & Dalen, H. (2012). Brukernes erfaring og syn på kollektiv brukermedvirkning. In F. forskning (Ed.), (Vol. 1/12, pp. 43-55).
- Sørvoll, J. (2011). Den boligsosiale vendingen. Norsk boligpolitikk fra midten av 1990-tallet og fram til i dag. Vedlegg i NOU 2011:15 *Rom for alle*. Oslo
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286. doi: 10.1002/wps.20349
- WHO. (2008). *Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Frankrike.

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2016

Knr	Kommunenavn	Årsverk			Årsverk per 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	54	39	16	18	16	25
104	Moss	119	110	9	37	43	14
105	Sarpsborg	159	121	38	29	28	32
106	Fredrikstad	203	148	55	26	24	33
111	Hvaler	8	7	1	18	19	12
118	Åremark	2	2	0	17	20	7
119	Marker	7	5	2	20	17	34
121	Rømskog	1	1	0	12	11	16
122	Trøgstad	12	10	2	22	25	13
123	Spydeberg	13	11	2	23	25	17
124	Askim	66	58	8	42	47	24
125	Eidsberg	27	19	8	24	22	32
127	Skiptvet	10	8	2	26	29	19
128	Rakkestad	15	11	4	19	17	25
135	Råde	17	16	1	23	28	6
136	Rygge	46	31	15	30	26	45
137	Våler	23	20	3	45	52	22
138	Hobøl	8	7	1	16	16	12
211	Vestby	33	23	10	20	18	24
213	Ski	46	28	18	15	12	24
214	Ås	49	33	16	26	23	36
215	Frogn	54	31	22	34	25	67
216	Nesodden	30	25	5	16	18	11
217	Oppegård	62	44	18	23	22	28
219	Bærum	233	209	24	19	22	8
220	Asker	134	122	13	22	27	9
221	Aurskog Høland	11	4	8	7	3	23
226	Sørum	35	26	10	20	20	22
227	Fet	22	17	5	20	20	19
228	Rælingen	19	14	5	11	10	11
229	Enebakk	13	10	3	12	12	11
230	Lørenskog	82	42	40	23	15	49
231	Skedsmo	82	54	28	16	13	23
233	Nittedal	73	45	29	32	26	51
234	Gjerdrum	13	8	5	20	16	32
235	Ullensaker	49	39	10	14	15	12
236	Nes	21	15	6	10	9	12
237	Eidsvoll	35	32	3	15	17	5
238	Nannestad	15	13	2	12	14	7
239	Hurdal	4	3	0	13	15	5
301	Bydel Gamle Oslo	129	88	41	25	21	46
301	Bydel Grünerløkka	167	124	43	30	26	54
301	Bydel Sagene	132	121	12	32	34	20
301	Bydel St. Hanshaugen	67	57	10	18	17	23
301	Bydel Frogner	33	31	2	6	6	3
301	Bydel Ullern	31	18	13	9	7	18
301	Bydel Vestre Aker	78	53	25	16	15	22
301	Bydel Nordre Aker	77	44	33	15	11	29
301	Bydel Bjerke	56	44	12	18	19	16

301	Bydel Grorud	55	37	18	20	17	30
301	Bydel Stovner	86	67	19	27	28	24
301	Bydel Alna	94	63	32	19	16	28
301	Bydel Østensjø	116	93	24	23	24	21
301	Bydel Nordstrand	58	43	15	12	11	13
301	Bydel Søndre Nordstrand	48	47	2	13	17	1
301	Oslo Velferdsetaten	119	119	0	.	.	.
301	Oslo Helseetaten	50	43	7	.	.	.
301	Samlet Oslo	1 397	1 090	306	21	21	24
402	Kongsvinger	37	21	16	21	15	46
403	Hamar	86	70	16	29	29	28
412	Ringsaker	60	35	25	18	13	36
415	Løten	12	8	4	16	14	24
417	Stange	53	36	17	26	22	41
418	Nord Odal	14	11	3	27	26	33
419	Sør Odal	9	8	1	11	12	7
420	Eidskog	13	8	5	21	15	51
423	Grue	19	15	4	40	37	56
425	Åsnes	26	23	3	35	37	23
426	Våler	19	12	7	51	39	110
427	Elverum	42	25	17	20	15	39
428	Trysil	22	21	1	34	39	7
429	Åmot	8	6	2	17	15	23
430	Stor Elvdal	7	4	3	26	18	68
432	Rendalen	5	4	1	24	26	16
434	Engerdal	2	1	1	14	9	35
436	Tolga	2	2	0	15	17	6
437	Tynset	10	5	5	18	11	40
438	Alvdal	6	2	4	27	12	73
439	Folldal	8	7	1	47	51	32
441	Os	5	3	2	24	19	42
501	Lillehammer	47	33	14	17	15	26
502	Gjøvik	105	85	20	35	35	32
511	Dovre	7	5	2	27	23	43
512	Lesja	6	3	3	27	18	62
513	Skjåk	4	4	0	19	23	0
514	Lom	9	9	0	38	45	7
515	Vågå	11	9	2	30	31	28
516	Nord Fron	6	6	0	11	13	0
517	Sel	5	5	0	9	11	0
519	Sør Fron	19	13	7	62	51	100
520	Ringebu	13	9	4	28	24	46
521	Øyer	14	10	4	28	24	45
522	Gausdal	23	18	6	37	36	44
528	Østre Toten	57	47	11	39	39	36
529	Vestre Toten	44	37	7	33	35	27
532	Jevnaker	13	9	4	19	17	25
533	Lunner	28	24	4	31	34	22
534	Gran	61	40	22	45	36	75
536	Søndre Land	30	27	3	52	57	31
538	Nordre Land	17	11	6	25	21	45
540	Sør Aurdal	10	9	1	32	35	23
541	Etnedal	6	5	1	45	49	31
542	Nord Aurdal	12	7	5	18	13	36
543	Vestre Slidre	4	3	1	16	17	12
544	Øystre Slidre	10	9	1	30	33	16
545	Vang	3	3	0	18	19	14
602	Drammen	214	148	65	31	28	46

604	Kongsberg	37	31	5	14	15	9
605	Ringerike	69	58	11	23	24	19
612	Hole	17	10	7	24	19	43
615	Flå	3	3	1	31	31	31
616	Nes	14	13	1	40	45	16
617	Gol	12	7	5	26	19	51
618	Hemsedal	11	6	5	46	32	94
619	Ål	11	7	4	23	18	41
620	Hol	12	10	2	27	27	25
621	Sigdal	14	13	1	40	46	17
622	Krødsherad	5	5	0	20	25	0
623	Modum	45	34	11	33	31	38
624	Øvre Eiker	58	28	30	32	20	77
625	Nedre Eiker	64	44	19	26	23	35
626	Lier	37	28	9	14	14	15
627	Røyken	41	27	14	19	17	27
628	Hurum	29	19	10	30	26	49
631	Flesberg	12	9	3	43	42	48
632	Rollag	4	3	1	28	27	33
633	Nore og Uvdal	5	4	1	20	19	25
701	Horten	93	58	35	34	27	61
702	Holmestrand	24	21	3	22	24	14
704	Tønsberg	116	97	19	27	29	22
706	Sandefjord	82	70	12	18	19	12
709	Larvik	172	155	17	39	44	19
711	Svelvik	9	9	0	14	17	0
713	Sande	12	9	3	13	12	14
714	Hof	8	3	5	24	12	67
716	Re	21	21	0	22	29	0
719	Andebu	13	11	2	22	23	16
720	Stokke	23	21	2	20	23	9
722	Nøtterøy	30	23	7	14	13	15
723	Tjøme	13	13	0	26	32	0
728	Lardal	3	2	1	11	11	11
805	Porsgrunn	127	91	36	35	32	49
806	Skien	116	107	9	21	25	8
807	Notodden	43	36	7	33	35	28
811	Siljan	10	7	3	42	40	50
814	Bamble	40	30	10	28	27	35
815	Kragerø	38	21	16	35	25	82
817	Drangedal	10	9	1	24	28	7
819	Nome	25	24	2	39	45	13
821	Bø	19	19	0	30	38	1
822	Sauherad	7	6	1	16	18	7
826	Tinn	28	25	4	48	51	31
827	Hjartdal	3	2	1	19	15	31
828	Seljord	10	7	3	32	29	46
829	Kviteseid	3	3	0	11	13	0
830	Nissedal	2	1	1	15	12	28
831	Fyresdal	2	2	0	16	18	10
833	Tokke	5	4	1	22	20	29
834	Vinje	13	9	4	35	29	56
901	Risør	17	15	2	25	28	14
904	Grimstad	53	45	8	23	26	15
906	Arendal	143	106	37	32	30	39
911	Gjerstad	7	5	3	29	22	57
912	Vegårshei	3	3	0	15	17	8
914	Tvedestrand	10	10	1	17	21	5
919	Froland	10	10	0	18	24	0

926	Lillesand	27	21	6	26	26	24
928	Birkenes	4	4	0	7	10	0
929	Åmli	3	3	1	18	19	16
935	Iveland	3	2	1	23	20	31
937	Evje og Hornnes	7	4	3	19	16	30
938	Bygland	5	5	1	45	47	35
940	Valle	4	3	1	32	29	46
941	Bykle	3	1	2	35	19	93
1001	Kristiansand	367	277	91	42	40	46
1002	Mandal	33	26	7	21	22	20
1003	Farsund	33	27	6	34	36	27
1004	Flekkefjord	24	19	5	26	27	25
1014	Vennesla	42	38	4	29	35	10
1017	Songdalen	28	20	8	43	41	50
1018	Søgne	23	21	2	20	24	7
1021	Marnardal	5	4	1	21	21	19
1026	Åseral	5	3	1	49	47	56
1027	Audnedal	6	3	3	36	23	72
1029	Lindesnes	9	7	2	19	18	20
1032	Lyngdal	18	14	3	21	23	14
1034	Hægebostad	6	5	1	33	37	20
1037	Kvinesdal	28	24	3	46	52	25
1046	Sirdal	4	3	1	22	21	23
1101	Eigersund	62	57	5	41	50	13
1102	Sandnes	160	135	25	21	24	13
1103	Stavanger	440	367	73	33	36	25
1106	Haugesund	102	84	18	28	29	22
1111	Sokndal	3	3	0	9	11	3
1112	Lund	5	5	1	16	19	6
1114	Bjerkreim	5	4	1	17	19	13
1119	Hå	68	54	13	36	40	27
1120	Klepp	36	26	10	19	19	19
1121	Time	38	35	4	21	25	7
1122	Gjesdal	24	22	3	21	25	9
1124	Sola	63	49	14	24	25	20
1127	Randaberg	29	22	7	27	28	24
1129	Forsand	3	2	1	24	26	18
1130	Strand	25	22	4	20	24	11
1133	Hjelmeland	7	5	1	24	26	19
1134	Suldal	13	11	2	33	38	18
1135	Sauda	12	11	2	26	29	15
1141	Finnøy	9	8	2	29	32	19
1142	Rennesøy	8	6	2	17	17	17
1144	Kvitsøy	2	1	1	35	19	91
1145	Bokn	2	1	1	22	17	39
1146	Tysvær	52	47	5	47	59	16
1149	Karmøy	105	93	12	25	29	12
1151	Utsira	1	1	0	45	38	68
1160	Vindafjord	31	27	4	35	40	19
1201	Bergen	759	660	98	27	30	17
1211	Etne	6	5	1	15	16	10
1216	Sveio	24	20	4	42	49	24
1219	Bømlo	36	29	7	31	33	24
1221	Stord	79	74	5	42	52	12
1222	Fitjar	13	12	1	42	52	11
1223	Tysnes	6	5	2	22	21	29
1224	Kvinnherad	73	44	29	55	43	94
1227	Jondal	4	2	1	32	27	50
1228	Odda	16	16	0	23	28	0

1231	Ullensvang herad	9	6	3	26	23	38
1232	Eidfjord	3	3	0	30	33	18
1233	Ulvik herad	5	3	2	42	30	90
1234	Granvin herad	3	3	1	35	36	30
1235	Voss	28	27	0	19	24	1
1238	Kvam herad	25	19	6	30	29	33
1241	Fusa	4	3	1	10	11	8
1242	Samnanger	4	3	1	15	14	21
1243	Os	53	49	4	27	33	7
1244	Austevoll	9	6	3	17	16	20
1245	Sund	18	18	0	25	34	0
1246	Fjell	63	36	27	25	19	42
1247	Askøy	138	106	32	49	51	42
1251	Vaksdal	6	4	2	14	13	17
1252	Modalen	3	2	1	71	66	84
1253	Osterøy	20	20	0	25	33	0
1256	Meland	14	8	6	18	14	26
1259	Øygarden	12	8	3	24	23	28
1260	Rådøy	12	9	3	24	23	25
1263	Lindås	37	34	4	24	29	10
1264	Austrheim	8	6	1	27	29	22
1265	Fedje	2	1	0	26	27	23
1266	Masfjorden	8	8	0	48	60	6
1401	Flora	29	21	8	24	23	30
1411	Gulen	9	8	0	37	44	8
1412	Solund	2	2	0	29	31	23
1413	Hyllestad	1	1	0	9	9	8
1416	Høyanger	18	15	3	43	45	34
1417	Vik	14	13	1	51	59	15
1418	Balestrand	5	5	0	35	43	0
1419	Leikanger	2	2	0	10	11	4
1420	Sogndal	16	13	3	20	21	16
1421	Aurland	20	20	0	115	139	6
1422	Lærdal	25	23	2	113	132	36
1424	Årdal	9	8	1	17	19	10
1426	Luster	14	12	2	28	31	19
1428	Askvoll	6	6	0	20	25	0
1429	Fjaler	7	5	3	26	21	44
1430	Gaular	8	5	3	26	21	42
1431	Jølster	12	12	1	41	52	8
1432	Førde	55	50	6	43	51	17
1433	Naustdal	5	3	2	16	13	24
1438	Bremanger	28	27	0	72	90	5
1439	Vågsøy	14	11	3	23	23	22
1441	Selje	7	7	1	26	30	13
1443	Eid	24	22	2	40	47	16
1444	Hornindal	1	0	0	4	3	7
1445	Gloppen	19	15	4	32	33	31
1449	Stryn	27	24	3	37	44	16
1502	Molde	65	56	9	24	27	15
1504	Ålesund	119	91	28	25	25	28
1505	Kristiansund	77	68	9	31	35	17
1511	Vanylven	26	21	4	79	80	74
1514	Sande	6	5	1	23	24	21
1515	Herøy	44	34	10	49	49	50
1516	Ulstein	27	26	1	32	41	5
1517	Hareid	12	9	3	23	23	24
1519	Volda	27	27	0	30	38	0
1520	Ørsta	21	17	4	20	20	18

1523	Ørskog	6	4	2	25	22	37
1524	Norrdal	4	2	2	23	15	50
1525	Stranda	31	29	2	67	78	22
1526	Stordal	1	1	0	13	15	4
1528	Sykkylven	11	6	5	14	10	26
1529	Skodje	11	7	3	23	21	29
1531	Sula	15	15	0	17	22	0
1532	Giske	21	14	7	26	23	34
1534	Haram	23	21	3	25	29	12
1535	Vestnes	10	8	2	15	14	17
1539	Rauma	20	13	7	26	22	42
1543	Nesset	5	3	2	15	13	28
1545	Midsund	4	3	1	20	21	16
1546	Sandøy	2	1	1	14	13	19
1547	Aukra	3	3	0	8	11	1
1548	Fræna	36	23	13	37	31	59
1551	Eide	16	9	7	46	35	83
1554	Averøy	8	8	0	13	17	2
1557	Gjemnes	3	3	1	12	12	9
1560	Tingvoll	8	7	1	25	27	19
1563	Sunnadal	22	18	5	31	31	31
1566	Surnadal	34	32	3	58	66	23
1567	Rindal	6	5	1	31	31	30
1571	Halsa	10	9	2	65	68	55
1573	Smøla	9	8	1	42	45	26
1576	Aure	3	3	1	8	9	7
1601	Trondheim	690	545	145	37	37	38
1612	Hemne	26	20	6	61	58	70
1613	Snillfjord	2	1	1	18	10	58
1617	Hitra	1	1	0	1	1	0
1620	Frøya	16	12	4	34	32	41
1621	Ørland	31	15	16	60	37	149
1622	Agdenes	8	7	1	47	50	37
1624	Rissa	17	14	4	26	26	24
1627	Bjugn	8	6	2	16	15	22
1630	Åfjord	22	19	3	66	70	50
1632	Roan	1	1	0	15	14	18
1633	Osen	2	1	0	17	18	16
1634	Oppdal	17	14	3	24	25	22
1635	Rennebu	7	5	2	27	22	46
1636	Meldal	14	10	4	36	32	52
1638	Orkdal	53	41	13	45	45	47
1640	Røros	9	9	0	16	19	0
1644	Holtålen	8	8	0	37	46	0
1648	Midtre Gauldal	7	7	1	12	14	4
1653	Melhus	30	26	4	19	21	10
1657	Skaun	12	8	4	15	13	19
1662	Klæbu	12	9	4	20	19	21
1663	Malvik	26	23	3	19	23	9
1664	Selbu	5	4	1	11	11	11
1665	Tydal	2	2	1	27	24	44
1702	Steinkjer	58	53	5	27	31	11
1703	Namsos	46	34	12	35	34	39
1711	Meråker	9	6	3	37	30	64
1714	Stjørdal	62	44	18	27	25	33
1717	Frosta	10	2	8	39	11	137
1718	Leksvik	9	6	3	26	21	43
1719	Levanger	60	49	11	31	32	25
1721	Verdal	36	33	3	24	28	9

1724	Verran	4	4	1	16	17	11
1725	Namdalseid	10	9	1	60	69	28
1736	Snåsa	10	9	2	48	51	36
1738	Lierne	8	6	1	56	59	46
1739	Røyrvik	1	1	0	26	23	35
1740	Namsskogan	2	1	1	20	14	44
1742	Grong	7	3	3	27	17	64
1743	Høylandet	14	13	1	112	138	32
1744	Overhalla	7	4	3	19	15	30
1748	Fosnes	1	1	0	14	11	27
1749	Flatanger	3	3	0	29	34	5
1750	Vikna	17	16	1	38	48	5
1751	Nærøy	26	26	0	50	63	0
1755	Leka	1	1	0	14	17	0
1756	Inderøy	14	9	5	21	17	33
1804	Bodø	216	173	43	43	44	39
1805	Narvik	42	33	8	22	22	22
1811	Bindal	12	12	0	83	100	7
1812	Sømna	7	6	1	35	39	21
1813	Brønnøy	30	25	6	38	40	30
1815	Vega	7	5	2	55	49	78
1816	Vevelstad	1	1	0	10	12	0
1818	Herøy	8	8	1	47	52	22
1820	Alstahaug	23	17	6	31	29	39
1822	Leirfjord	4	4	1	18	20	11
1824	Vefsn	41	28	13	31	26	49
1825	Grane	6	4	2	42	37	65
1826	Hattfjelldal	5	4	1	31	30	35
1827	Dønna	4	4	0	26	33	0
1828	Nesna	2	2	0	9	12	0
1832	Hemnes	7	6	2	16	16	16
1833	Rana	84	62	22	32	30	40
1834	Lurøy	4	1	3	21	7	76
1835	Træna	1	0	1	15	5	49
1836	Rødøy	4	1	3	29	10	91
1837	Meløy	21	18	3	32	35	22
1838	Gildeskål	5	4	1	25	27	17
1839	Beiarn	6	3	3	59	38	174
1840	Saltdal	18	15	3	39	40	35
1841	Fauske	15	13	2	15	17	8
1845	Sørfold	6	3	3	33	21	79
1848	Steigen	7	4	2	27	21	55
1849	Hamarøy	3	2	1	18	15	31
1850	Tysfjord	7	6	1	35	37	28
1851	Lødingen	2	2	0	10	11	3
1852	Tjeldsund	1	1	0	9	9	9
1853	Evenes	3	2	1	20	18	30
1854	Ballangen	6	6	1	23	27	10
1856	Røst	1	1	0	18	14	35
1857	Værøy	3	3	1	39	41	31
1859	Flakstad	4	3	0	27	30	16
1860	Vestvågøy	16	11	5	15	13	21
1865	Vågan	21	21	0	22	28	0
1866	Hadsel	19	17	2	24	27	12
1867	Bø	6	6	0	24	28	5
1868	Øksnes	7	5	2	14	12	22
1870	Sortland	22	19	3	21	24	13
1871	Andøy	29	26	3	58	65	27
1874	Moskenes	6	6	0	58	65	22

1902	Tromsø	169	138	31	23	24	20
1903	Harstad	53	52	1	21	27	2
1911	Kvæfjord	18	14	4	60	57	71
1913	Skånland	15	13	2	50	53	38
1917	Ibestad	2	1	1	11	4	44
1919	Gratangen	4	4	0	38	42	19
1920	Lavangen	10	10	1	99	122	24
1922	Bardu	20	18	2	49	55	24
1923	Salangen	35	28	7	156	157	152
1924	Målselv	27	18	9	40	33	67
1925	Sørreisa	4	3	1	10	11	7
1926	Dyrøy	8	8	0	70	85	0
1927	Tranøy	1	1	0	8	7	13
1928	Torsken	3	3	1	37	39	30
1929	Berg	1	1	0	11	13	0
1931	Lenvik	40	26	14	34	29	52
1933	Balsfjord	21	19	2	37	40	21
1936	Karlsøy	3	2	1	13	10	28
1938	Lyngen	16	11	5	57	48	98
1939	Storfjord/ Omasvouna souhkan	9	7	2	50	49	52
1940	Kåfjord	4	4	0	20	24	0
1941	Skjervøy	12	11	1	40	47	14
1942	Nordreisa	13	10	3	27	27	29
1943	Kvænangen	2	2	1	18	17	23
2002	Vardø	1	1	0	6	6	9
2003	Vadsø	25	15	11	41	31	80
2004	Hammerfest	44	27	18	42	32	78
2011	Kautokeino	4	3	1	13	14	8
2012	Alta	53	39	14	26	26	28
2014	Loppa	2	2	0	24	25	16
2015	Hasvik	5	4	1	47	43	71
2017	Kvalsund	12	8	5	116	87	263
2018	Måsøy	4	4	0	32	34	21
2019	Nordkapp	9	8	1	28	30	16
2020	Porsanger	9	7	2	23	22	27
2021	Karasjok	14	12	2	54	57	38
2022	Lebesby	4	1	3	30	9	118
2023	Gamvik	1	1	0	8	9	0
2024	Berlevåg	7	4	4	74	43	248
2025	Tana	26	24	2	90	101	42
2027	Nesseby	9	8	1	94	102	56
2028	Båtsfjord	3	3	0	15	17	10
2030	Sør Varanger	26	22	4	25	27	19
	Landet	13 936	11 063	2 873	27	27	25

Rapporten inneholder sammenstillinger og analyser av kommunenes rapportering på psykisk helse- og rusarbeid til Helsedirektoratet, IS-24/8, for 2016.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er et komplekst fagfelt med bredt definerte målgrupper og uklare avgrensninger opp mot spesialisthelsetjenestene. Gjennom denne rapporteringen bidrar kommunene med kunnskap om brukernes utfordringer og behov, med informasjon om ressursbruk og kompetanse i tjenestene samt beskrivelser av det tilbudet som ytes i den enkelte kommune.

I 2016 var det kun én av 428 kommuner som ikke rapporterte, og tilsammen har over tusen fagfolk vært involvert i rapporteringen. Mange har svart utfyllende på åpne spørsmål og gitt mye informasjon som forskerne som står bak denne rapporten videreformidler til helsemyndighetene.