

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

Forskere bak rapporten:

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

Rapport

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

EMNEORD:

Psykisk helsearbeid
Årsverksstatistikk
Tiltak
Utdanningsgrupper
Kommunale tjenester
Dokumentasjon
Deskriptiv statistikk
Kommunetall
Målgrupper

VERSJON

2

DATO

2015-02-16

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose
Silje Kaspersen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.

Thor Hallgeir Johansen

PROSJEKTNR

102001067

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

206+ vedlegg

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres de årlige tallene for ressursinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Data ble samlet inn våren 2014 og denne gangen var det kun to av 428 kommuner som ikke rapporterte. Dette gir en rapporteringsandel på 99,5 prosent.

Vi finner at antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt er stabilt på nasjonalt nivå og ligger omtrent på samme nivå som ved utgangen av Opptreppingsplanen for psykisk helse i 2008. Men befolkningen vokser, og trenden er dermed at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid i kommunene. Befolkningsveksten følges altså ikke opp med flere årsverk.

Årets kartlegging har vist at kommunalt psykisk helsearbeid er mye mer enn en tjeneste til mennesker med psykiske lidelser, og det er stor variasjon i hvordan kommunene definerer målgruppen for tjenestene. Mens noen kommuner har et relativt spesialisert tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som nærmest likner et DPS-tilbud, har andre kommuner bygget opp mer generelle tjenester som i større grad nærmer seg sosialtjenestefeltet.

Kartleggingen viser at mange kommuner fortsatt sliter særlig med å gi gode tilbud til mennesker med psykiske lidelser som samtidig har ruslidelser (ROP-pasienter). Dette handler både om manglende utbygde boligtilbud, men også at mange kommuner i liten grad har oppsøkende tjenester eller tilbud utenfor kontortid. Mer satsing i denne retningen kan bidra til at kommunene i større grad kommer i hjelpeposisjon i forhold til målgruppen i følge kommunene.

PROSJEKTLEDER

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes, forskningsleder

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

RAPPORTNR

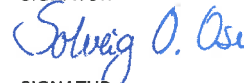
SINTEF A26582

ISBN

978-82-14-05796-6

GRADERING

Åpen

SIGNATUR**SIGNATUR****SIGNATUR****GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

Forord

Rapporten er en av flere leveranser i prosjektet *Kvalitetssikring, sammenstilling og analyser av data fra kommunenes rapportering på kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid*. Dette er et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten inneholder beskrivelser og analyser av data som er rapportert fra landets kommuner, jf. tidligere rundskriv IS-24: Psykisk helsearbeid i kommunene. Dette er den sjuende rapporten i rekken. Egne rapporter finnes for rapporteringene fra 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 og 2012. Vi presenterer utvikling i hele perioden, men 2013-tallene presenteres detaljert på samme måte som for de forutgående årene.

SINTEF har siden 2006 hatt ansvaret for å gjennomføre datakontroll av innsamlet materiale, sammenstille tallene og gjøre nødvendige analyser. SINTEF har i hele perioden bidratt til skjema utvikling og gitt faglige innspill til Helsedirektoratet i ulike faser i prosjektet. Skjemagrunnlaget for 2013-rapporteringen er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet.

I 2012 gikk vi over til å samle inn data gjennom et eget kartleggingsverktøy utviklet i samarbeid med Sentio AS. Den tekniske løsningen har bidratt til at rådgiverne hos Fylkesmannen i mindre grad har vært belastet med rundene med kvalitetssikring enn tidligere. Rådgiverne er fortsatt viktige aktører i innsamlingsfasen og alle har fått tilgang på data innsamlet i kommunene i eget fylke. Vi takker for et godt samarbeid med Sentio og med flinke fagfolk hos Fylkesmannen.


I 2012 rapporterte 95 prosent av kommunene, og i 2013 var det kun to av 428 kommuner som ikke rapporterte. Dette gir en rapporteringsandel på 99,5 prosent.

Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helsearbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering. Over åtte hundre fagfolk har deltatt i utfyllingen fra kommunene og vi er ydmyk 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.

Rapporten er i helhet utarbeidet av SINTEF.

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

Trondheim 23. februar 2015


Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	7
1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAGGRUNN	17
1.1 Utbygging av kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser	17
1.2 Funn fra tidligere rapporter i serien	19
1.2.1 Overgang fra øremerking til rammefinansiering	19
1.2.2 Pasienter i psykisk helsevern og brukere i kommunalt psykisk helse arbeid	19
1.2.3 Hovedutfordringer i kommunalt psykisk helsearbeid	20
1.2.4 Individuell plan	26
1.2.5 Uføre med psykiske lidelser	26
1.2.6 Avgrensninger til rusfeltet	27
1.2.7 Samarbeid med fastlegene	27
1.2.8 Kjøp av tjenester fra private/andre aktører	28
1.2.9 Behov for flere årsverk	29
1.2.10 Støttetilbud som støttekontakt, dagsenter og annet	29
1.2.11 Hva forklarer variasjon i årsverksinnsats mellom kommunene	30
1.2.12 Personell i kommuner og i spesialisthelsetjenesten	31
1.2.13 Konklusjon fra forrige rapport	31
2 DATAGRUNNLAG	33
2.1 Innledning	33
2.2 Datainnsamling	34
2.3 Om respondentene – 831 involverte fagpersoner	35
2.4 Innhold i kartleggingen	37
3 NASJONALE TALL	39
3.1 Brukermedvirkning	39
3.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	40
3.3 Årsverksinnsats – Fordelt på tiltak	42
3.3.1 Tiltak og tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker	42
3.3.2 Tiltak og tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker	44
3.4 Årsverksinnsats – Fordelt på utdanning	45
3.4.1 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til voksne	45
3.4.2 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til barn og unge	47
3.5 Organisering av tjenestene	48
3.5.1 Organisering av rus og psykisk helse	49
3.5.2 Organiseringsmodell	49
3.6 Annet	51
3.7 Oppsummering	51
4 MÅLGRUPPE OG BRUKERE AV KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID	53
4.1 Bakgrunn	53
4.2 Datagrunnlag	54
4.3 Metodisk tilnærming	54
4.4 Tjenester og tiltak til voksne	55
4.4.1 Tydelige brukergrupper	55
4.4.2 Kommuner med god oversikt	56
4.4.3 Naturlig variasjon i målgruppen	57
4.4.4 Lav terskel og Forebygging	59
4.4.5 Alvorlig syke prioriteres	60

4.4.6	Endringer fra alvorlige lidelser til mestringsproblematikk?	61
4.4.7	Unge som faller utenfor	62
4.4.8	Type tjenester	63
4.4.9	Nye tilbud vokser frem	64
4.4.10	Ulike tema inkluderes	65
4.4.11	Forhold til spesialisthelsetjenestene	66
4.4.12	Sammensatt målgruppe	67
4.4.13	Små kommuner	68
4.4.14	Storbykommuner	69
4.5	Tjenester og tiltak til barn og unge	70
4.5.1	Type tilbud og verktøy	71
4.5.2	Brukergrupper	73
4.5.3	Fokus på forebygging, lavterskel og tidlig intervensjon	76
4.5.4	Unge som faller utenfor	77
4.5.5	Spesialiserte eller generelle tjenester	77
4.5.6	Ungdomsproblem, mestringsproblem eller sosiale problemer	79
4.5.7	Organisering	80
4.5.8	Hvordan de fanges de unge opp	82
4.5.9	Små kommuner	83
4.5.10	Storby	84
4.6	Oppsummering	86
5	BRUKERE SOM KOMMUNENE HAR VANSKELIGHETER MED Å GI ET GODT TILBUD	89
5.1	Voksne	89
5.1.1	Brukere med ROP-lidelser	90
5.1.2	Alvorlig psykisk syke som ikke ønsker tilbud	96
5.1.3	Alvorlige psykiske lidelser	97
5.1.4	Brukere som har problemer med utagering eller vold	98
5.1.5	Personlighetsforstyrrelser	99
5.1.6	Sammensatte utfordringer som krever mange aktører	100
5.1.7	Svake nettverk	103
5.1.8	Ønsker ikke hjelp	104
5.1.9	Små kommuner	104
5.1.10	Annet:	107
5.2	Barn og unge	110
5.2.1	Uklart grensesnitt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen	111
5.2.2	Utfordringer i familier	111
5.2.3	Mangler kommunalt behandlingstilbud	112
5.2.4	Lang Ventetid og høy terskel i spesialisthelsetjenesten	112
5.2.5	Ressursmangel	112
5.2.6	Unge	113
5.2.7	Tar ikke imot hjelp	113
5.3	Oppsummering	114
6	INNBYGGERNES TJENESTEBEHOV	117
6.1	Oversikt	117
6.2	Hvordan er informasjonen fremskaffet?	118
6.3	Beregning av antall innbyggere med behov	120
6.4	Oppsummering	123
7	VOLD I NÆRE RELASJONER	125

7.1	Handlingsplan og bruk av veileder	125
7.2	Oversikt av Henvendelser om vold i nære relasjoner til helse- og omsorgspersonell	128
7.3	Er tilbudet tilfredsstillende i følge kommunene?	130
7.4	Hvordan er samhandlingen internt i kommunene?	131
7.5	Har kommunen kompetanseplan for de ansatte?	131
7.6	Hvor er det behov for økte ressurser?	132
7.7	Oppsummering	134
8	VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2013	137
8.1	Hvordan sammenlikne kommuner	137
8.2	Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	139
8.2.1	Fylkesvise forskjeller	139
8.2.2	KOMMUNESTØRRELSE	141
8.2.3	KOSTRA-Gruppe	142
8.2.4	Helseregion	144
8.3	Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge	146
8.3.1	Fylkesforskjeller	146
8.3.2	Kommunestørrelse	147
8.3.3	KOSTRAgruppe	147
8.3.4	Helseregion	148
8.4	Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester	149
8.4.1	Årsverk til voksne fordelt på ulike tiltak	149
8.4.2	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak	155
8.5	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper	160
8.5.1	Årsverk totalt	160
8.5.2	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne	171
8.5.3	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	181
8.6	Oppsummering	191
	REFERANSER	193
	VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2013	197

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Dette forskningsprosjektet følger utviklingen i psykisk helsearbeid i kommunene gjennom en årlig kartlegging i landets kommuner. Sintef utfører oppdraget på vegne av Helsedirektoratet. I tillegg til å følge utviklingen i årsverksinnsatsen på feltet, er dette en dynamisk kartlegging der det varierer hva som kartlegges fra år til år. Sintef utvikler hvert år kartleggingsskjemaet i tråd med helsepolitiske informasjonsbehov. Det er fagfolk fra psykisk helsearbeid som svarer på vegne av kommunene. Kartleggingen gjøres i samarbeid med fylkesmannsembetene i alle fylkene. Sentio AS har ansvaret for den tekniske delen av datainnsamlingen. Sintef tar i mot datagrunnlaget og kvalitetssikrer, analyserer og presenterer resultatene i rapportform hvert år. Dette er den sjettede rapporten i rekken.

Datainnsamlingen ble gjennomført første halvdel av 2014, og kommunene rapporterte situasjonen ved utgangen av 2013. I denne runden har alle unntatt to kommuner rapportert. Prosjektet representerer en direktekanal for fagfolk i kommunene opp til Helsedirektoratet.

I kartleggingen både for 2012 og for 2013 spurte vi kommunene om hvem som har fylt ut skjemaet. Det er sjelden det er én person som har gjort dette alene. I 2012 var det totalt 538 fagpersoner som hadde deltatt i utfyllingen (navn og stilling oppgitt) for de 95 prosent av kommunene som da rapporterte. I 2013 var det totalt 831 personer som ble oppgitt å ha vært involvert i datainnsamlingen. 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 anslag på årsverksinnsatsen. Det er fortsatt ikke mulig å skille ut disse årsverkene fra registrene i SSB.

Årets rapport er omfattende, og dette har sammenheng med at det er tatt med en del kvalitative spørsmål i skjemaet. Det har tidligere eksistert lite kunnskap om brukerne av det kommunale psykiske helsearbeidet, og vi har i denne runden lagt vekt på å fremskaffe mer kunnskap om målgruppen for tjenestene. I tillegg er det kartlagt kjennetegn ved brukergrupper som kommunene opplever det er vanskelig å gi gode tjenester til.

I det følgende gjengis oppsummeringen fra de enkelte kapitlene i rapporten.

Nasjonale tall

Nasjonale tall er sammenstilt for perioden 2007-2013. Det var vekst i årsverksinnsatsen gjennom hele Opptrappingsplanen for psykisk helse, og en utflating frem mot 2010 og deretter en svak reduksjon. Når vi tar hensyn til veksten i befolkningen, er det tydelig at trenden er at årsverksinnsatsen svekkes, både i tjenester til voksne og i tjenester til barn/unge. Fordi det er lite informasjon om brukerne av tjenestene, er det vanskelig å si noe om utviklingen i antall personer som får tilbud.

Av årsverkene som går til tjenester og tiltak til voksne med psykiske lidelser, er det 46 prosent som går til boliger med fast personell. 21 prosent går til hjemmetjenester, mens 19 prosent går til behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse. Åtte prosent går til dagsenter, mens fire prosent går til arbeidstiltak. Samlet sett bruker kommunene tre prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid til aktivitetstiltak.

Antall årsverk som går til bolig med fast personell har økt siden 2009, men vi ser en utflating i veksten fra 2012 til 2013. Nedgangen vi har observert i årsverksinnsatsen knyttet til hjemmetjenester, har også flatet ut det siste året. Årsverk rettet mot arbeidstiltak er lavt, men stabilt, mens årsverk knyttet til dagsenter fortsetter den negative trenden vi har observert siden siste del av Opptappingsplanen for psykisk helse.

I tjenester og tiltak til barn og unge med psykiske helseproblemer, går halvparten av årsverkene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 42 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Ni prosent av årsverkene til barn og unge går til aktivitet og kultur- og fritidstiltak.

Antall årsverk som går til tjenester til barn og unge er på nasjonalt nivå redusert med fire prosent fra 2012 til 2013 og det er særlig færre årsverk rapportert i kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid". Det er særlig nedgang i høyskoleårsverk uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Vi observerer en vekst i årsverk til psykisk helse i helsestasjoner og skolehelsetjenester, men dette utgjør ikke mer enn 18 årsverk på landsbasis siste år (2 prosent). For landet samlet er det 1 078 årsverk som nå brukes til psykisk helse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Antall psykologer og psykologspesialister i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne brukere er nå 57 årsverk på nasjonalt nivå. Dette er en økning på 11 årsverk fra 2012 (24 prosent). Dette er små tall og antallet varierer noe fra år til år. I 2011 ble det rapportert om 53 årsverk, og økningen fra 2011 til 2013 er 7,5 prosent.

Psykologene innen kommunalt psykisk helsearbeid er fortsatt i stor grad å finne i tjenester til barn og unge. I 2013 ble det rapportert 236 årsverk utført av psykologer (184) og psykologspesialister (52), og dette utgjør en økning på 23 årsverk fra 2012 til 2013 (11 prosent).

59 prosent av kommunene oppgir at de har felles organisering av rus og psykisk helsearbeid i 2013, og dette er en betydelig vekst fra 2012 da rundt 30 prosent av kommunen oppgav at de hadde en form for felles organisering. Spørsmålene er ulikt formulert de to årene, så de er ikke direkte sammenliknbare, men det kan konstateres en betydelig økning i andel kommuner som har fellestjenester for psykisk helse og rus.

I tjenester til voksne er det ti prosent av kommune som har integrerte tjenester (psykisk helsearbeid ytes i mange tjenester), mens 46 prosent av kommunene har integrerte tjenester til barn og unge med psykiske helseproblemer. 26 prosent av kommunene rapporterer at de har en egen tjeneste/enhet for barn og unge med psykiske helseproblemer.

Målgruppe og brukere av kommunalt psykisk helsearbeid

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse og gjennom samhandlingsreformen forventes det at kommunene i større grad skal gi et helhetlig tilbud til mennesker med kroniske og alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk. Å forebygge behov for spesialisthelsetjenester er en av oppgavene til kommunene. Samtidig skal kommunene gjennom folkehelsearbeidet arbeide bredt helsefremmende og forebyggende mot hele befolkningen for fremme god psykisk helse og forebygge psykiske helseproblemer. Noe av dette arbeidet er tatt inn i det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette har ført til at tjenester som tidligere var innrettet mot mennesker med alvorlige og kroniske psykiske lidelser, nå også i større grad skal dekke behovene blant de med lettere eller moderate psykiske lidelser. Mange trenger mestringstiltak og mange kommuner beskriver det utvikles nye tilbud for de nye brukergruppene

som KiD-kurs og bistand til å opprette selvhjelpsgrupper. Andre kommuner beskriver at ressursituasjonen er slik at de kun kan gi et tilbud til de med de største hjelpebehovene.

Fra myndighetene er målgruppen for tjenesten beskrevet som:

- Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet
- Personer med psykiske vansker/lidelser
- Personer med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser)

Gjennomgangen av åpne svar på spørsmål om målgruppen viser at den voksne brukergruppen er svært heterogen, og i mange tilfeller omfatter den mange flere brukere enn målgruppen som beskrives fra myndighetene. Tilbud som omfatter akutt- og krisetilbud uten at det nødvendigvis er snakk om psykiske lidelser, forebygging av fødselsdepresjoner, flyktninghjelp, livsmestringstiltak, unge som faller utenfor skole og arbeidsliv er eksempler på utvidet målgruppe.

Mens noen kommuner har et relativt spesialisert tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som nærmest likner et DPS-tilbud, har andre kommuner bygget opp mer generelle tjenester som i større grad nærmer seg sosialtjenestefeltet.

Mange kommuner har gradvis vridd innsatsen mot forebygging, men uten økt ressurstilgang er mange bekymret for hva en slik vridning vil bety for dem med alvorlige psykiske lidelser. De forventes kanskje ikke å ha et stort rehabiliteringspotensial, men har behov for habiliteringstjenester.

Med 428 ulike kommuner, er det nesten like mange beskrivelser av målgruppen. Dette er naturlig, og det ser ut som mange kommuner utvider det psykiske helsetilbudet til å omfatte stadig flere brukergrupper som ellers ikke ville hatt et kommunalt tilbud. Tiltak for å hindre at folk utvikler psykiske lidelser, innebærer at også personer med "lettere" diagnoser som angst og depresjoner eller symptomdiagnoser må få et tilbud. Mange kommuner opplever at det er disse gruppene som har den største økningen i etterspørselen etter tjenester.

Mange kommuner vil være enig i at det er en god beskrivelse av tilbudet til voksne:

I boliger med bemanning er det hovedsakelig mennesker med kronisk psykisk lidelse som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, men som har omfattende bistandsbehov. De øvrige tjenesteytes til mange ulike grupper av mennesker med psykiske plager og lidelser. Det gis tilbud om f.eks. KID kurs til personer med lettere og moderate depresjoner, innbyggere kan selv ta kontakt å få samtale uten henvisning eller vedtak. Samtidig ytes det oppfølging til alvorlig psykisk syke som bor i leiligheter uten bemanning (Mellomstør kommune i Øst).

Målgruppen for psykiske helsetjenester blant barn og unge inkluderer i de fleste kommuner både de som har utviklet psykiske lidelser og de som står i fare for å utvikle psykiske lidelser. Arbeidsområdet er bredt, og mange kommuner arbeider med alt fra gravides psykiske helse til unge som har falt utenfor skole og arbeidsliv. Kommunale psykiske helsetjenester rettet mot barn og unge kan kanskje sies å være en kombinasjon av innsats rettet mot mestringsproblematikk, ungdomsproblematikk og sosiale problemer. Skilsmisseproblematikk, selvskading, lav selvtillit, kropp og utseende, selvmordsproblematikk og skolevegring nevnes av mange kommuner som sentrale arbeidsområder i tjenestene til barn og unge. Systematisk forebyggende arbeid ser ut til å være målet i mange kommuner.

Beskrivelsen fra denne mellomstore kommunen på Vestlandet kan illustrere omfanget av problematikken som inkluderes i tjenestene til barn og unge i noen kommuner:

Psykososial kriseintervensjon (akutt alvorleg, traume, vald og krenkingar). Lågterskel kartlegging, behandling og/eller los vidare i system - for barn/ unge/ familiar med psykiske vanskar og psykisk sjukdom (engstelse/angst, tristhet/ depresjon, ptsd, sjølvskading, spiseproblem, tvang, avhengighet, rop, prodromalteikn på alvorleg sjukdom, atferdsforstyrningar, mm). Kurs for Barn som Pårørande. Tilgang på veiledning for føresette, og andre som er viktige i barna sitt nettverk, eller på barna sin arena (bhg/ skole/fritid osv.).

Flere kommuner organiserer tjenestene til barn og unge med psykiske helseproblemer rundt familier, for eksempel Familiens hus, familietjenester og liknende. Helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnevern og PP-tjenester er de mest relevante tjenestene til barn og unge med psykiske helseproblemer i kommunene, og barnehagene og skolene er viktige arenaer for arbeidet.

Arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten varierer fra kommune til kommune. Noen kommuner har et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten som tar seg av all behandling og oppfølging av barn og unge med mer alvorlige psykiske helseutfordringer, mens andre kommuner erfarer at arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er uklar når det gjelder barn og unge, og at terskelen for å få behandling i BUP er for høy og ventetiden for lang.

Brukere som kommunene har vanskeligheter med å gi et godt tilbud

Vi har spurt kommunene hvilke brukere de har vanskeligheter med å gi et godt tilbud og hva som er årsaken til at disse brukerne er spesielt utfordrende for kommunen. Det ble ikke oppgitt noen alternativer, så kommunene sto helt fritt til å svare ut i fra egne erfaringer.

Gjennomgang av svarene viser at kommunene opplever følgende brukergrupper, eller kjennetegn ved brukerne, som er vanskelige å gi et godt tilbud:

- Brukere med ROP-lidelser
- Mennesker med alvorlig psykiske lidelser uten innsikt
- Alvorlige psykiske lidelser
- Utagerende eller voldelige brukere
- Brukere med personlighetsforstyrrelser
- De som ikke møter til avtaler
- De som har behov utenfor kontortid
- De som ikke ønsker tjenester
- Brukere med sammensatte utfordringer som krever mange aktører
- Annet (unge, eldre, flykninger, asylsøkere, brukere med autismelidelser, voldsutsatte)

Det kan være betydelige overlapp mellom noen av disse gruppene, og det er ikke gjort noen forsøk på å konstruere utelukkende kategorier da dette ville gitt et svært kunstig skille mellom ulike brukergrupper.

Årsakene til at det er vanskelig å gi disse gruppene et tilbud er mange, og bildet er svært sammensatt. Når det gjelder brukere med ROP-lidelser handler dette i stor grad om konsekvensene av rusmiddelbruken. Mange sier at disse brukerne fortsatt faller mellom to stoler i spesialisthelsetjenesten (for psykisk syk for rusbehandling og for store rusmiddelproblemer for psykisk helsevern), men også at mange avslutter

behandlingen i spesialisthelsetjenesten uten å være ferdigbehandlet. Kommunene forklarer at de sliter med å følge dem opp fordi de ofte ikke møter til avtaler, har generelt en så ustabil livssituasjon og er så lite motivert for endring at det er vanskelig for kommunene å komme i hjelpeposisjon. Mange kommuner opplever også at tjenestene de har, ikke er godt nok tilpasset denne brukergruppen. Dette handler særlig om mangel på egnede boliger og at de ikke har nok ressurser til å drive oppsøkende virksomhet.

Brukere med alvorlige psykiske lidelser som ikke innser at de trenger hjelp er også en brukergruppe en del kommuner sier de sliter med å gi et godt tilbud. Kommunene sier at de ikke kan tvinge noen som ikke ønsker hjelp til å ta i mot tjenester. Resultatet er i mange tilfeller at de går lenge uten kontakt med tjenestene, og at politiet til slutt kobles inn og at det ofte ender med tvangsinnleggelse. Flere kommuner opplever at det er etiske utfordringer rundt disse pasientene. De mener de må respektere brukerens ønske om å ikke ta i mot tilbud, men at dette er vanskelig når brukerne tydelig har alvorlige psykiske problemer. Dersom disse tilfellene ender med tvangsinnleggelse, burde det vært diskutert om kommunene skulle fått tilgang til virkemidler som gjorde at de lettere kunne komme i inngripen med denne målgruppen før det ender med tvangsinnleggelse.

Mange kommuner sier også at de har problemer med å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser fordi de mangler den nødvendige kompetansen. Noen steder bidrar spesialisthelsetjenesten betydelig, mens pasientene andre steder avvises fordi de ikke antas å ha utbytte av behandlingen som tilbys. Da blir kommunene stående alene med å følge opp alvorlig syke mennesker, uten at de har den nødvendige kompetansen eller ressursene. Kommunene sier at det i mange tilfeller er behov for heldøgnsbemannede omsorgsboliger, men at de ikke har ressurser til å bygge opp et slikt tilbud. I de små kommunene har de få brukere med slike behov, og noen kjøper plasser ved behov i nabokommunen eller hos private aktører. Mange gir uttrykk for at det ikke er realistisk at en liten kommune kan ha slike tilbud.

Flere kommuner nevner utagerende eller voldelige brukere som utfordrende. Svært ofte nevnes dette i sammenheng ROP-lidelser. Denne gruppen er det vanskelig å arbeide med, og kommunene sier de sliter både med å skaffe boliger og personell til denne gruppen. Tilbudene til denne gruppen beskrives å være mangelfulle både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Flere kommuner trekker frem brukere med personlighetsforstyrrelser som en krevende brukergruppe som de har vanskeligheter med å gi et godt tilbud. Denne gruppen beskrives å ha urimelige reaksjoner og en atferd som gjør at de er krevende å hjelpe både for kommunale tjenester, fastlegen og spesialisthelsetjenestene. For denne gruppen antas viktige årsaksfaktorer å være ustabile oppvekstforhold, omsorgssvikt og manglende gode voksne rollemodeller. For å redusere antall personer som utvikler personlighetsforstyrrelser, må sannsynligvis kommunen arbeide mer forebyggende blant barn og unge. Mange kommuner legger vekt på denne innsatsen, men det kan være vanskelig å komme i god nok inngripen med familier som sliter. Det samarbeides en del med barnevernet, men det virker i noen kommuner å være vanskelige samarbeidsforhold mellom tjenestene.

Det som kommer frem her er hva som kjennetegner brukerne det er vanskelig å gi et godt tilbud, og årsakene til dette. Det er ikke nødvendigvis brukerne som er problemet, men heller at kommunene ikke har godt nok tilpassede tjenester til disse brukerne, og derfor opplever dem som utfordrende. Dette kommer også mange kommuner inn på når de beskriver årsakene til at disse brukerne er vanskelige å hjelpe.

Innbyggernes tjenestebehov

Det er for første gang i prosjektet forsøkt å gjøre en kartlegging av innbyggernes behov for psykiske helsetjenester gjennom å spørre alle kommunene om de kjenner innbyggernes behov for bistand. Det er forsøkt kartlagt antall med behov for bistand grunnet rusmiddelproblematikk, antall brukere med behov for IP, ansvarsgruppe, behandling i spesialisthelsetjenesten og bolig.

En del kommuner begynner etter hvert å få god oversikt over innbyggernes behov, men i mange tilfeller setter de likhetstegn mellom det å ha behov og det å motta tjenester. Derfor oppgir de antall brukere heller enn antall innbyggere med behov. Dette kan være samme tall dersom det ikke er udekkede behov i befolkningen, men mest sannsynlig vil resultatet være underestimert av antall innbyggere med behov.

Av alle kommunene er det 53 prosent (211 kommuner) som oppgir at de har oversikt over innbyggernes behov for psykiske helsetjenester. Når vi spør hvordan denne informasjonen er fremskaffet, kommer det frem følgende kilder til informasjon:

- Fastlegene og kommunelege
- Kommunens egne lavterskeltak, hjemmetjenesten og andre kommunale tjenester
- Levekårsstatistikk fra SSB (herunder KOSTRA/IPLOS) og Folkehelseinstituttet (folkehelseprofil), UngData, egne brukerundersøkelser og folkehelseundersøkelser i kommunen
- NAV
- Brukerplan
- Folkehelsekoordinator i kommunen
- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, PPT, barnevern, samarbeid med skolen og familiesentre/familiens hus
- Spesialisthelsetjenesten – herunder VOP, BUP og distriktpsykiatriske senter
- Politiet
- Flyktningetjenesten
- Brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner, brukerdrevne tiltak

Mange svarer at oversikten skaffes gjennom tverrfaglig samarbeid med de øvrige instansene i kommunen.

Disse svarene viser hvor komplekst og sammensatt kommunalt psykisk helsearbeid er. Det er svært mange aktører som kommer i kontakt med mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. I noen tilfeller har brukeren kontakt med flere av tjenestene, mens i andre tilfeller bare sporadisk kontakt med en tjeneste. De som ingen har kontakt med, er sannsynligvis ikke med i oversikten. Hvor mange dette utgjør, kan kanskje estimeres ut i fra komparative analyser av datagrunnlag fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten.

Det varierer hvor mange kommuner som har oppgitt et tallanslag på de ulike variablene, fra 150 til 300 kommuner. Om vi antar at kommunene som har oppgitt anslag er representativt også for de kommunene som ikke har gjort egne anslag eller skaffet seg oversikt, finner vi svært lave nasjonale brukerrater. Vi beregner at 0,6 prosent av den voksne befolkningen har rusproblematikk (eller heller har tjenester fra kommunen fordi de har rusproblemer, jf diskusjon over). Vi beregner at 0,3 prosent av de voksne innbyggerne har behov for Individuell plan, mens 0,4 prosent har behov for ansvarsgruppe eller koordinator. Vi beregner at 0,2 prosent av de voksne innbyggerne har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, mens nærmere én prosent kun har behov for poliklinisk kontakt med psykisk

helsevern. 0,2 prosent av de voksne innbyggerne har behov for bolig med tilsyn, mens 0,3 prosent har behov for bolig uten tilsyn. Vi beregner også at 0,1 prosent av den voksne befolkningen har behov for oppsøkende behandling som (ACT/FACT/ROP-team). Tallene ser ut til å være for lave og det må mer forskning til for å utvikle bedre metoder for å estimere behovsrater for psykisk helse tjenester i befolkningen.

Vold i nære relasjoner

Helsedirektoratet ønsket å kartlegge kommunens arbeid med vold i nære relasjoner, og utviklet spørsmål som ble tatt med i kartleggingen. Vi har sett på om kommunene har handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner, om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner, om kvaliteten på samarbeidet mellom kommunale tjenester rundt denne målgruppen, om de har en kompetanseplan på området, og hvor det er størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner.

Hver femte kommune har oppgitt at de har en handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato. Åtte prosent av kommunene har ikke oppgitt om de har en slik plan eller ikke. Det er færrest kommuner i Oppland og Nordland som oppgir at de har en slik plan og sannsynligheten for å ha en slik plan øker betydelig med størrelsen på kommunen. Det er kommunene i Midt-Norge som i størst grad har en slik handlingsplan, men det er likevel ikke mer enn hver fjerde kommune som har det i regionen.

Av de 87 kommunene som har svart at de har utarbeidet en handlingsplan som er gjeldende på registreringstidspunktet, er det 76 kommuner (86 prosent) som svarer at de har benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Det er ikke systematiske forskjeller i bruk av veilederen mellom kommuner i ulike fylker, etter størrelse, kostragrunder eller helseregion.

Mange av kommunene som ikke har en handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner, svarer at de er i gang med arbeidet og at planen er under utarbeidelse og noen kommuner gjør det i samarbeid med andre kommuner. Andre kommuner svarer at barnevernet har rutiner for å håndtere voldsproblematikk når det er barn inne i bildet, eller at barnevernet har hovedansvaret for dette området. I andre kommuner foregår arbeidet ved at barnevernet, politi, kriminalforebyggende og andre konsulteres eller trekkes inn i arbeidet med planene. Det er likevel 270 kommuner som ikke har en slik plan, eller som oppgir å være i gang med arbeidet.

Av kommunene som svarer på hvorvidt tilbudet som gis på dette området er tilfredsstillende, er det 24 prosent som sier det i stor eller svært stor grad er et tilfredsstillende tilbud. 11 prosent oppgir at de ikke gir et tilfredsstillende tilbud, mens resten av kommunene oppgir at tilbudet "i noen grad" er tilfredsstillende. De største kommunene svarer i størst grad at tilbudet er tilfredsstillende.

Samhandlingen mellom tjenestene om vold i nære relasjoner har et forbedringspotensial i mange kommuner, og 42 prosent av kommunene har svart sier at samhandlingen er god.

Noen kommuner, 11 prosent, svarer at de har kompetanseplan for ansatte som i sitt arbeid møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Mange sier at dette inngår i kommunens hovedkompetanseplan, men at de ikke har en egen for dette arbeidet. Det er særlig de store kommunene som har egen kompetanseplan på dette fagområdet.

345 kommuner har svart på hvor det er størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner. Mange kommuner svarer at det er flere tjenester som har behov for økt ressurstilførsel, og når vi går gjennom svarene og kategoriserer dem etter hvilke tjenester de har ramset opp, er det psykisk helse/psykiatritjenesten som forekommer oftest (182 kommuner, eller i 53 prosent av svarene). Deretter barnevern (28 prosent), så helsestasjon (22 prosent), rustjenester (17 prosent), skoler (15 prosent) og NAV (11 prosent). I tillegg nevner mange familietjenester, barnehager, krisesenter, psykologtjeneste, helsesøster og skolehelsetjenesten. Om vi ser helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsesøster under ett, utgjør dette omtrent en av tre kommuner.

Variasjon i rapporterte årsverk mellom kommuner i 2013

I dette deskriptive kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene for 2013 varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), Kostragruppe og helseregion. Kort oppsummert finner vi følgende:

Like mange årsverk per innbygger i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge

På slutten av 2013 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,3 årsverk per 1 000 innbyggere både for voksne og barn og unge (hhv innbyggere over og under 18 år). Dette utgjør en reduksjon på 0,1 årsverk i tjenester både for voksne og barn/unge fra 2012.

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,6 årsverk per 1 000 innbyggere (totalt antall årsverk sett i forhold til totalbefolkningen) til Finnmark med 3,7 årsverk per 1 000 innbyggere. Dette bildet har vært rimelig stabilt siden 2008.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk i de minste kommunene. Hovedtendensen er at jo flere innbyggere en kommune har, jo færre årsverk i psykisk helsearbeid per innbygger. I Kostragruppene finner vi igjen dette mønsteret; små kommuner i Kostragruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. Kostragruppe 4 (Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter) ligger høyest med 4,0 årsverk per 1 000 innbyggere.

På helseregionnivå ligger Helse Midt høyest i forhold til antall årsverk til voksne med 3,1 årsverk per 1 000 innbyggere. I tjenester og tiltak til barn og unge, ligger kommunene i Helse Midt høyest med 3 årsverk per 1 000 innbyggere under atten år. Kommunene i Helse Vest har lavest antall årsverk samlet for voksne og barn/unge, med 2,1 årsverk per 1000 innbyggere.

22 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2013. Dette har vært stabilt siden 2010, men er lavere enn de 25 prosentene som ble innrapportert i 2007. Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 12 prosent (Vestfold) til 31 prosent (Nordland). Det er lite variasjon i forhold til kommunestørrelse, men kommuner med mellom tjue og femti tusen innbyggere bruker to prosentpoeng mer av årsverkene til barn og unge enn resten av kommunene. Andelen av årsverkene som går til barn og unge er lavest i kommunene som ligger i helseregion Vest (18 prosent) og høyest i Nord (24 prosent).

Flest årsverk i bolig med fast personell. På landsbasis går i gjennomsnitt 46 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for voksne til boliger med fast personell. 40 prosent går til hjemmetjenester og behandling, det øvrige (15 prosent) til aktivitetstilbud. Dette er stabilt med nivåene i de tre foregående årene.

Flere årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I 2013 gikk 42 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og dette er en økning på 38 prosent fra 2012. At kommunene bør prioritere forebyggende tiltak og skolehelsetjeneste har vært et uttalt mål fra sentrale myndigheter i flere år. Halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge går til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid.

Over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid har høyskole/ universitetsutdanning. 64 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid hadde i 2013 utdanning fra høyskole eller universitet. I kommunene i Vest-Agder og Oslo lå andelene på hhv. 73 og 74 prosent. Differensierer vi på tiltak og tjenester for hhv. voksne og barn og unge, ser vi at andelen høyt utdannede er høyest i tjenester for de yngste - her har hele 88 prosent av årsverkene slik utdanning på landsbasis, mot 57 prosent for voksne. Når det gjelder årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, er trenden motsatt – her har en større andel årsverk i tjenestene for voksne (39 prosent) slik utdanning, sammenliknet med tjenester for barn og unge (27 prosent).

Konklusjon

Selv om antall årsverk i kommunene er relativt stabilt på nasjonalt nivå, er trenden at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid. Befolkningsveksten følges altså ikke opp med flere årsverk.

Når kommunene forventes både å skulle ta seg av pasienter som skrives ut av spesialisthelsetjenesten etter kort tid og samtidig lykkes i et systematisk forebyggingsarbeid, er det i dag for lite ressurser i kommunene til å møte disse forventningene. Organiseringen av tjenestene er utfordrende fordi hjelpen gis av ulike tjenester. Når kommunene oppretter egne team eller avdelinger til psykisk helse, ofte i kombinasjon med rustjenester, ser det ut til at målgruppen blir veldig stor og heterogen slik at kompetansebehovene blir store. Samtidig er det slik at problematikken som mange sliter med er i skjæringspunktet mellom psykiske helseproblemer, sosiale problemer og ulike former for mestringsproblematikk. I noen kommuner beskrives tjenestene på en slik måte at det høres ut som sosiale tjenester heller enn psykiske helsetjenester. Kanskje er dette en god utvikling som tyder på at kommunene arbeider mer helhetlig. Faren er at tjenestene "vannes ut" på en slik måte at de med alvorlige psykiske helseproblemer ikke blir prioritert. Samtidig, å prioritere andre grupper, for eksempel ensomme barn, kan bety at kommunene dreier innsatsen mot forebyggende psykisk helsearbeid.

Vi er bekymret for de med alvorlige psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenesten tilbyr korttidsbehandling og poliklinisk behandling. Det er lite kunnskap om hvem som ikke klarer å nyttiggjøre seg dette tilbudet. Samtidig høres ofte fra kommunene at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke får behandling i spesialisthelsetjenesten fordi de ikke antas å ha utbytte av behandlingen. Det er også flere kommuner som sier de vil prioritere brukere med rehabiliteringspotensial. Hvem som skal ta seg av mennesker med langvarige kroniske lidelser uten gode utsikter til bedring, er derfor et viktig tema å følge opp. Dersom pasienter med alvorlige psykiske lidelser ikke antas å ha utbytte av behandlingen i spesialisthelsetjenesten, bør fagfolk fra ulike tjenestenivå sette seg sammen for å finne ut hva denne pasienten kan ha utbytte av. Kanskje er det nye behandlingsmetoder som må tas i bruk, eller kanskje må kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap utvikle noe nytt som pasienten har utbytte av på lang sikt. Aktivitetstiltak i kommunene for denne brukergruppen er alt for lite prioritert, men det er også store mangler på egnede botilbud. Det er særlig brukere med ROP-lidelser som trekkes frem når det gjelder mangel på boliger, og denne svake og ustabile brukergruppen er den gruppen kommunene oftest oppgir

som dem som er vanskeligst å hjelpe. I tillegg til bolig, ser oppsøkende team som arbeider utenfor kontortid ut til å være et viktig enkelttiltak med stort potensial.

1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

Dette er siste rapport i denne serien fordi videre datainnsamlinger på IS-24 og IS-8 (kommunalt rusarbeid) slås sammen i videre rapporteringer. I dette kapitlet går vi derfor gjennom historikken i psykisk helsearbeid i tillegg til å oppsummere funn fra våre tidligere rapporter i serien.

1.1 UTBYGGING AV KOMMUNALE TJENESTER TIL PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr. 63 (1997-98)) har disponering og effekt av øremerkede midler, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, vært fulgt nøye av myndighetene (Norges forskningsråd, 2009). Det ble ansatt egne rådgivere i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen som skulle bidra med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet, og tilrettelegge for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Stillingene skulle videreføres etter Opptrappingsplanen. Evalueringer viser at opptrappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Norges forskningsråd, 2009; Kaspersen og Ose, 2010; Ådnanes og Halsteinli, 2009). De som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene har generelt høy utdanning (Ose og Slettebak, 2014; Ådnanes og Sitter, 2007), noe som bør være en indikasjon på at kvaliteten i tjenestene har blitt bedre. Men Opptrappingsplanen har også høstet kritikk, bl.a. for et ensrettet fokus på kvantitet foran faglig kvalitet og effekt (Legeforeningen, 2004), for å ha utelatt eldre i målgruppen (Dagens Medisin, 2009), for å operere med usikre tall (Gjertsen, 2007) og for ikke å ha endret kunnskapssyn, ukulturer og maktforhold i psykisk helsearbeid (Ørstavik, 2008).

Behovet for økt satsing i kommunene var hovedargument for utvidelse av opptrappingsplanperioden fra 2006 til 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)), og fokuset på kommunehelsetjenester har økt ytterligere de siste årene. Veksten i bruk av sykehustjenester skal dempes gjennom økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og utbygging av kommunehelsetjenesten. I Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), og gjennom ny folkehelselov (LOV 2011-06-24-29; HOD, 2010a) og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV 2011-06-24-30; HOD, 2010b), løftes kommunene fram som den viktigste arenaen for forebygging, oppfølging og behandling av mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Også internasjonalt anbefales utbygging av primærhelsetjenesten (McDaid og Thornicroft, 2005). I WHO's World Health Report 2001 oppfordres verdens land til å bygge ned institusjonene og bygge ut primærhelsetjenesten. Grunnen til dette er at denne typen omsorg gir bedre livskvalitet hos pasientene, bedre ivaretagelse av menneskerettighetene og er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten (WHO, 2001). I 2001 hadde 17 av landene i Europa, nær 40 prosent, fortsatt ingen kommunebaserte helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer (ibid.). Vi kjenner ikke til oppdaterte statusrapporter på total innsats i kommunebasert psykisk helsearbeid i Europa. Mangelen på data generelt, og sammenliknbare tall spesielt, påpekes bl.a. i Braddick et al. (2009).

I Norge arbeides det aktivt med kvalitetsutvikling: I perioden 2005-2015 pågår en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten i regi av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2005), og Kunnskapssenteret arbeider med utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten

(Kunnskapssenteret, 2010). I 2008 ble Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) etablert, med mål om å hente inn, systematisere og formidle forsknings- og erfaringsbasert kunnskap som produseres ute i kommunene. Flere av landene i Europa som nå oppfordres til å bygge ut primærhelsetjenesten, har et utgangspunkt som er betydelig verre enn den situasjonen som ble beskrevet for Norge i St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet.

Siste året i Opptrappingsplanen (2008) mottok kommunene 3,4 milliarder kroner i øremerkede midler til psykisk helsearbeid, en realvekst på 2,7 milliarder kroner fra 1998 (Kaspersen og Ose, 2010). I følge statsbudsjettet (Prop. 1 S 2010-2011) ble det i 2009 innlemmet øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid på om lag 3,5 milliarder kroner i kommunenes frie inntekter. Rapportering fra kommunene de to siste årene av Opptrappingsplanen, viste at opptrappingsplanmidlene finansierte ca. 50 prosent av stillingene i psykisk helsearbeid, den andre halvparten finansierte kommunene selv. Kommunene med mest egenfinansiering hadde en over gjennomsnittlig andel utføre med psykiske lidelser og høyere skatteinntekter per innbygger, men ellers var det vanskelig å finne forhold i kommunene som systematisk var assosiert med høy egenfinansiering (Ose et al., 2009).

En fordel med øremerking av statlige midler er at det stilles krav til detaljert rapportering på bruk av midlene. Dermed kan innsatsen styres i retning målene med øremerkingen, og sentrale myndigheters anbefalinger. Et godt eksempel er da myndighetene i 2001 formulerte et (nytt) opptrappingsplanmål om at minst 20 prosent av den øremerkede innsatsen skulle gå til tjenester for barn og unge (St. prp. nr. 1 (2000-2001) og Rundskriv IS-1/03). Formuleringen hadde effekt; mens ca. 13 prosent av de øremerkede ressursene ble brukt til tiltak for barn og unge i 2000, var målet om 20 prosent nådd i 2004 (på landsbasis). I 2008 var landsgjennomsnittet 23 prosent, og det var få kommuner som ikke nådde målet i løpet av opptrappingsplanperioden (Kaspersen og Ose, 2010).

Øremerking av statlige midler kan også ha negative effekter. Det er ofte krav om kommunal medfinansiering når øremerkede midler fordeles, og dette kan både forsterke inntektsforskjeller kommunene imellom, og føre til at kommuner velger å prioritere områder som utløser øremerkede midler - framfor andre områder som burde vært prioritert. I følge Kommuneproposisjonen 2011 (Prop. 124 S (2009-2010)) er finansiering gjennom skatteinntekter og rammetilskudd (frie inntekter) den mest kostnadseffektive måten å utnytte ressursene på; dersom en kommune effektiviserer en del av tjenesteområdet sitt, vil gevinsten forbli i kommunen. Slik stimulerer rammefinansiering til effektiv ressursutnyttelse; mest mulig tjenester for hver krone brukt. Lokalpolitikerne gis dessuten mulighet til selv å vurdere innbyggernes behov, og nærhet til beslutningsprosessen gir innbyggerne mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og prioriteringene lokalt. Rammefinansiering er også mindre administrativt krevende enn f.eks. øremerkede tilskudd.

Selv om de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid f.o.m. 2009 ble innlemmet i kommunenes frie inntekter, fortsetter årsverksrapporteringen i psykisk helsearbeid gjennom IS-24. SINTEF har siden 2007 hatt ansvaret for å kvalitetssikre, sammenstille og analysere det som rapporteres fra psykisk helsearbeid. I neste avsnitt beskriver vi noen av analysene og funnene fra tidligere rapporter.

1.2 FUNN FRA TIDLIGERE RAPPORTER I SERIEN

De tidligere rapportene har på ulike måter utnyttet datamaterialet som samles inn gjennom IS-24 rapporteringen. I dette delkapittelet tar vi med en kort oppsummering av tidligere analyser for å synliggjøre hva som har kommet ut av denne rapporteringen.

1.2.1 OVERGANG FRA ØREMERKING TIL RAMMEFINANSIERING

Fra 2008 til 2009 observerte vi på nasjonalt nivå marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene. Totalt var reduksjonen på 0,2 prosent fordelt på en økning på 0,3 prosent i tilbudet til voksne og en reduksjon på 1,8 prosent i tilbudet for barn. Bak de beskjedne endringene på nasjonalt nivå skjuler det seg imidlertid forskjeller i utviklingen etter kommunistørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjon i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller. I tilbudet rettet mot barn og unge varierer utviklingen fra en reduksjon på 16 prosent til en økning på 12 prosent. Regresjonsanalysene viser at det er lite systematikk i endringer i forhold til kommunale kjennetegn. Enkelte sosiale indikatorer slår ut som signifikante, men viktigst for utviklingen er nivået i utgangspunktet.

Kommunenes egne forventninger til utviklingen i ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid etter Opptappingsplanen for psykisk helse, er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt. Resultatene fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2008 viste at flertallet mente at tilbudet kom til å være uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterte også at satsingen på tjenester og tiltak til barn og unge vil øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel trodde satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt. Når vi ser på hva som faktisk skjedde fra 2008 til 2009 ser det heller ut som tjenester til barn og unge nedprioriteres. Vi har fulgt utviklingen videre i nyere rapporter, og det ser ut til å være relativt stabil årsverksinnsats på nasjonalt nivå frem til i dag.

1.2.2 PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN OG BRUKERE I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

I rapporten fra 2009 hadde vi også med en analyse der vi koblet antall pasienter i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) med årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Basert på ulike datakilder beregnet vi at 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker, også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor i stor grad behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester innen psykiske helsetjenester. Vi fant ingen generell systematisk sammenheng mellom årsverksinnsats i kommunene og relativt antall pasienter i psykisk helsevern som er bosatt i kommunen. I de 15 største kommunene fant vi imidlertid en relativt klar sammenheng. Kommuner med mange voksne innbyggere som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, har også relativt mange årsverk knyttet til det kommunale psykiske helsearbeidet. Kommuner med relativt færre pasienter bosatt i kommunen relativt til innbyggertall, har relativt færre årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette kan bety at de store kommunene tilpasser tjenestene til etterspørselen, noe vi også har funnet indikasjoner på i tidligere analyser.

1.2.3 HOVEDUTFORDRINGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

I datainnsamlingen (IS-24/2011) ba vi kommunene besvare følgende spørsmål:

Hva er de viktigste utfordringene i psykisk helsearbeid i din kommune i forhold til fag, brukere, organisering, lovverk og lignende?

Feltet de skulle skrive i ga rom for mye tekst og vi fikk mange svar. Nesten alle kommunene svarte på spørsmålet og det forelå derfor et godt grunnlag for å gi en oppsummering av tilbakemeldingene.

Vi gikk igjennom alle svarene og kodet de etter hva de handlet om. Det var i alt nærmere 40 koder, som i neste runde ble redusert til rundt 20 koder. Disse er igjen samlet i følgende fire hovedkoder:

- Brukerne/pasientene
- Ansatte
- Oppgavene
- Rammebetingelsene

De viktigste punktene under hver av hovedkategoriene er gjengitt i det følgende.

Brukerne/pasientene – økt etterspørsel og krevende brukergrupper

Mange kommuner meldte om en sterk økning i antall henvisninger til psykisk helsearbeid. Dette kan ha mange årsaker:

- Befolkningen generelt har lavere terskel for å søke hjelp for sine psykiske lidelser
- Tjenestene begynner nå å bli kjent for mange aktører og etterspørselen øker
- Raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og dermed flere pasienter tidligere til kommunene

Fra 2010 til 2011 ble det rapportert om en svak nedgang i antall behandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten (Samdatarapport, 2012, IS-2009). Antall oppholdsdøgn fortsatte å synke og fra 2010 til 2011 var nedgangen på tre prosent. Gitt en fortsatt vekst i antall innbyggere 18 år og eldre holder bare den polikliniske virksomheten tritt med befolkningsveksten (ibid). Det ser altså ut som kommunene har rett når de melder om at det er færre som får hjelp fra spesialisthelsetjenesten og at de dermed har behov for et omfattende kommunalt tilbud. Samdatarapporten konkluderte også med at:

Det er fortsatt store forskjeller i behandlingstilbudet mellom ulike områder, både målt ved rater for utskrivninger, oppholdsdøgn, konsultasjoner ved offentlige poliklinikker, konsultasjoner hos avtalespesialistene, og antall behandlede pasienter innenfor hver av tjenestene.

Vi observerte at dette stemte godt med tilbakemeldingene fra kommunene – det ble gitt inntrykk av store problemer i noen kommuner, mindre i andre. De kommunale tjenestene må forholde seg til at det er ulik tilgang til spesialisthelsetjenestene, og må sørge for å hjelpe særlig de som ikke får annen hjelp.

I tillegg til at kommunene opplevde en sterk økning i etterspørselen etter tjenestene, rapporterte de om spesielle utfordringer knyttet til følgende bruker/pasientgrupper:

- Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)
- De med alvorlige og omfattende lidelser som kommunene mener spesialisthelsetjenesten i større grad må hjelpe eller beholde lenger
- Unge mennesker med svært sammensatte behov

- Personer som ikke er i stand til å ta i mot tilbud (dårlige pasienter som takker nei til tilbud i spesialisthelsetjenesten og som ikke fyller kriteriene for tvangsinnleggelse, de som er for dårlig til selv å ta kontakt)
- Ressurssvake familier, fattigdom og sosial ulikhetsforsterkninger gjennom helse
- Flyktninger, asylsøkere og bosatte fra krigsherjede land
- Barn og unge (overgang grunnskole til videregående skole, adferdsvansker etc., ungdom som faller mellom barne- og voksentjenester, tidlig nok inn i saken og gi langvarig oppfølging til unge).

Selv om mange kommuner erfarte at det var en økning i noen brukergrupper, var ikke datagrunnlaget av en slik art at vi kunne si hvilke brukergrupper som økte mest i kommunene. Det finnes foreløpig ikke et godt nasjonalt datagrunnlag for å følge med på utviklingen av denne gruppen brukere i kommunene.

Den aller hyppigste kommenterte gruppen var likevel de med samtidige ruslidelser og psykisk lidelse, en kommune sa det slik:

"De største utfordringene er økning av alvorlige saker med sammensatt problematikk, økonomi, rus, psykiske plager m.m. Dette gjelder barn og unge hvor antall nye henvendelser øker. Dette krever tett oppfølging, koordinering og bruk av ressurser i mange avdelinger. Metodevalg, ressurser og riktige tiltak for å skape mestring og endring er utfordrende. Det er faglige utfordringer i alvorlige saker der spesialisthelsetjenesten (rus og psykisk helsevern) ikke blir enige om hvem som er ansvarlig for tjenestetilbud, behandling og avklaringer, og saken havner tilbake i kommunene." (Relativt stor kommune i Midt-Norge).

Som vi skal se i kapittel fem i denne rapporten, er det fortsatt denne brukergruppen kommunene i oftest rapporterer utfordringer med å hjelpe.

Utfordringer for kvaliteten i tjenestetilbudet

Selv om mange mente det hadde skjedd mye bra med tjenestene til personer med psykiske lidelser gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, opplevde kommunene relativt store utfordringer knyttet til kvaliteten i tjenestene. Noen henviste direkte til kvalitetsbegrepet, mens andre var mer indirekte og nevnte de reelle manglene i tilbudet:

- Mangelfull boligsituasjon (meldes om økende behov for heldøgns omsorgsbolig, andre boliger med eller i nærhet til døgnbemanning, botilbud til mennesker med ROP-lidelser, bofellesskap)
- Mangelfullt samarbeid og felles forståelse av lovverk, roller og ansvar med spesialisthelsetjenesten
- Vanskelig å få til god brukermedvirkning
- Vanskelig å få til et godt nok dag- /aktiviseringstilbud og en meningsfull hverdag
- Manglende kompetanse knyttet til ROP-lidelser
- Mangler kartleggingsverktøy for å utvikle gode handlingsplaner knyttet til flere grupper
- Mangler ressurser nok til å følge økningen i etterspørselen

Det var svært ulikt hvor langt ulike kommunene hadde kommet på disse punktene, men det synes som de fleste kommunene har kvalitetsutfordringer knyttet til disse punktene i større eller mindre grad. Det siste punktet med manglende ressurser gikk igjen i svært mange kommuner.

En kommune illustrerte problematikken på en god måte med følgende utsagn:

"Brukernes problemstilling er ofte omfattende og en ser at den første tiden av oppfølgingen må brukes til å få ordnet opp i boligforhold, økonomi og aktivitet i hverdagen. Først når det er på plass kan enn begynne å fokusere på den psykiske helsen". (Middels stor kommune i Nord-Norge).

Utfordrende samhandling

Svært mange kommuner pekte på generelle utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og det virker som dette var vanskelig på flere måter. En kommune sa det slik:

"Vi har noen utfordringer med samhandlingsreformen, som fører til at spesialisthelsetjenesten skriver ut flere brukere til kommunen, og at kommunen må ha tettere oppfølging og høyere faglig kompetanse på brukeren. Opplever også ofte manglende informasjon og informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten til kommunen på brukeren. Våre viktigste utfordringer er også å få hjelp av spesialisthelsetjenesten og fastlegene når brukerne blir så dårlige at de trenger akutt innleggelse eller behandling i institusjon eller poliklinikk" (Relativt stor kommune i nærheten av Oslo).

Andre så litt andre utfordringer:

"Stor usikkerhet i forhold til samhandlingsreformen og psykisk helse. Utfordringer når det gjelder nedleggelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten - døgnplasser på DPS, ettervernshjem". (Bydel i stor kommune).

Noen nevnte videreutviklingen knyttet til dagens samarbeid som utfordrende:

"Videreutvikling av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er en utfordring for tjenestene både i forhold til barn og unge og i forhold til voksne" (Bydel i stor kommune).

Andre skrev bare at de hadde utfordringer i samhandling med DPS og sykehus, at ventetiden ved poliklinikkene skapte problemer. Noen kommuner spesifiserte hva de har behov for:

"Kommunen har størst faglige utfordringer i forhold til unge alvorlig syke, med behov for mye hjelp og behandling. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i slike tilfeller kunne vært bedre." (Relativt liten innlandskommune)

En kommune langt nord beskrev hovedutfordringen sin med at det er:

"Vanskelig å få til et godt likeverdig samarbeid med spesialisthelsetjenesten" (Relativt liten kommune i Nord-Norge).

En stor kommune i nærheten av hovedstaden var opptatt av følgende:

"Finansieringen/kostnadene/oppmerksomheten knyttet til liggedøgn under behandling og liggedøgn etter behandling i sykehus, kan overskygge psykisk helsearbeid i kommunen i vid forstand." (Stor kommune i nærheten av Oslo).

En stor kommune lenger sør sa det slik:

"Samarbeid og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er en utfordring. Å finne gode systemer sammen med spesialisthelsetjenesten for å ivareta barn av psykisk syke er en utfordring".

Noen kommuner trakk også frem at samhandlingen internt i kommunen kan også være utfordrende:

"Hovedutfordringen i forhold til organisering er samhandlingen på tvers av virksomhetene. Det arbeides med å få til god samhandling, koordinering og ressursutnyttelse mellom tjenester rettet direkte mot brukergruppen, som bo-tjenester, dagsenter og ambulant team." (Middels stor kommune sentralt på Østlandet).

Behov for mer/annen kompetanse

Mange kommuner meldte om behov for mer kompetanse i tjenestene. I noen kommuner var det behov for psykiatrisk sykepleier, mens andre hadde behov for flere personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Aller flest kommuner meldte om behov for psykologkompetanse. Det er flere årsaker til at kommunene så, og fortsatt ser, stort behov for å få ansatt psykologer:

- Utredning og behandling av både barn, unge og voksne
- Veiledning og bistand inn i tverrfaglige team

Det kan også se ut som behovet for psykologer i kommunene er økende mange steder av ulike årsaker. Noen årsaker er at:

- Brukere får stadig større behandlingsbehov fordi de skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere
- Det er uenighet med spesialisthelsetjenesten i forhold til behovsvurdering, kommunen må få styrket kompetanse for å kunne argumentere i mot
- Flere påpeker at dette behovet har økt fordi kommunene bør være i stand til tidlig diagnostisering for å få til tidlig oppfølging og godt forebyggingsarbeid.

En kommune oppsummerte det slik:

"Det er et økende behov for å styrke kompetansen i kommunene med psykologstillinger, slik at barn og unge kan få tidlig og rask utredning og hjelp, før problemene utvikler seg til alvorlige lidelser som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Med samhandlingsreformen er dette et klart mål. Det skal forebygges mer for å behandles mindre, og mer skal gjøres ute i kommunene. Psykologene har høy kompetanse på psykisk helse og myndighet til å utrede, vurdere, diagnostisere og behandle psykiske lidelser og er derfor en viktig samarbeidspartner i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjeneste" (Relativt stor innlandskommune, sentralt).

I tillegg til mangel på psykologer, var det flere kommuner, og kanskje særlig mindre kommuner som rapporterte at brukergruppen er så heterogen at det er vanskelig å ha god nok kompetanse på alle områder. Det er et bredt spekter av mange ulike komplekse behov som skal møtes fra mange brukere. Mange kommuner meldte at den største utfordringen deres var å skaffe og holde på kompetanse.

En del av respondentene var inne på dette med kompetanseutvikling, og utfordringen er kanskje større jo mindre sentralt kommunen ligger:

"Ofte er større kurs lagt til Sør-Norge og det blir vanskelig å delta da utgiftene blir for høye." (Relativt liten kommune i nord).

Det var mange kommuner som gav uttrykk for noe tilsvarende, og de ønsket flere regionale samlinger i regi av Helsedirektoratet for å få mer informasjon om hva som forventes i forbindelse med Samhandlingsreformen, hva lovendringene som kom innebærer og hva som finnes av sentrale hjelpe- og virkemidler (som for eksempel kartleggingsverktøy, kurs i bruk av veiledere etc.).

Ønske om å få til økt fokus på forebygging

Kommunene har fått nye oppgaver i forbindelse med Samhandlingsreformen og folkehelseloven. Kommunene signaliserer gjennom tidligere rapporteringer at forebygging er en riktig prioritering, og tjenestene innen psykisk helsearbeid opplever at de har fått et stort ansvar. Samtidig oppleves det som vanskelig å få til denne vridningen.

En relativt liten kommune på Nord-Vestlandet sa det slik:

"Lettere å ta vekk stillinger i forebyggende arb./terapi enn fast personell i boliger."

Enkelte kommuner sa at det er utfordrende å få til tidlig intervensjon og forebyggende helsearbeid generelt, mens andre fremhevet at tidlig forebyggende innsats rettet mot barn og unge og sekundærforebygging/hjelp til selvhjelp var utfordrende.

Andre kommuner var mer opptatt av å få til forebyggende gruppebehandling, gjerne med påfølgende selvhjelpsgrupper. Individrettede og gruppebaserte dag- og fritidstilbud ble beskrevet som viktige forebyggingstiltak, men samtidig var dette noe av det som var utfordrende å få til med de tilgjengelige ressursene.

Mange meldte også om stort behov for å styrke tjenestene rettet mot skolene:

"Det er også stort behov for å styrke skolehelsetjenesten, som er dårlig bemannet i forhold til å ivareta både lovpålagte oppgaver og elevenes behov for et lavterskeltilbud." (Relativt stor innlandskommune, sentralt).

Når kommunene beskriver utfordringene med å få til forebygging, knyttes det relativt sterkt opp mot manglende ressurser:

"Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid er en utfordring når det ikke er øremerkede midler til dette". (Stor kommune i Sør-Norge).

Utfordringer for små kommuner

Mer enn halvparten av kommunene i landet har under 5000 innbyggere. Dette betyr at det er mange kommuner som har utfordringer som ikke er så relevante for de større kommunene. Vi samlet innspillene som kom fra de små kommunene og grupperte de i noen hovedpunkter:

- Kombinasjonen stort areal og få innbyggere gir store utfordringer i forhold til utbyggingsmuligheter, reisetid med mer
- Små enheter og små fagmiljø er utfordrende på alle måter, rekrutteringsproblemer og sårbarhet
- For få til å bygge opp gode heldøgntilbud
- Krevende å få på plass et godt tilbud til de med alvorlige lidelser
- Lang vei til spesialisthelsetjenesten gir store krav til små kommuner
- Kan være utfordrende for brukerne å bo i små, gjennomsiktige kommuner
- Utfordringer i å utvikle og tilby aktivitetstilbud/variasjon i en liten kommune
- Små kommuner kan ha begrenset med forebyggende tiltak å sette inn

En liten kommune i Midt-Norge beskrev det slik:

"Liten brukergruppe med stort spenn i alder og funksjonsnivå gir begrensede muligheter til å bygge opp ulike sosiale tilbud/ aktivitetstiltak på gruppenivå. Må tenke mye mer individuelt".

Den høye graden av gjennomsiktighet i småkommuner byr også på utfordringer:

"I små kommunar vil og taushetsbelagte opplysningar være ei utfordring når ein skal fremme tenesta. Det er vanskeleg å anonymisere problemstillingar i forhold til veiledning, fremming av politiske saker m.m." (Liten kommune i Sør-Norge).

Både små og store kommuner uttrykte frustrasjon over omfattende rapportering og kontroll:

"Videre kunne jeg ønske en verden av mindre papir; kontroller/rapporteringer og målinger på skjema, og større fokus på ideologi, etikk og verdier." (Relativt liten kommune langt sør).

Det mangler ressurser

Knappe økonomiske rammer gikk igjen i forbindelse med de fleste av utfordringene som kommunene beskrev. Innspillene handlet i hovedsak om følgende forhold:

- Mange komplekse arbeidsoppgaver fordelt på få ansatte
- Ressursknapphet i forhold til registrerte behov og etterspørsel i befolkningen
- Voksende brukergruppe, men ikke økte ressurser
- Arbeidet er vanskelig å måle og kan lett bli en salderingspost ved budsjettforhandlinger
- Dårlig kommuneøkonomi gir nedskjæringer

Vi oppsummerte derfor funnene basert på kartleggingen gjennomført våren 2012 på følgende måte:

Knappe ressurser gjør at det er vanskelig å få prioritert forebyggende arbeid innen kommunalt psykisk helsearbeid. Dette har tydelig sammenheng med at kommunene må bruke det meste av ressursene sine på svært syke pasienter som kun får korte opphold i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke øremerkede midler til forebyggende arbeid, det mangler psykologer som kan gå tidlig inn å diagnostisere og det er vanskelig å synliggjøre aktiviteten slik at tiltakene rammes hardt ved budsjettkutt.

Med en null-økning i ressursinnsatsen målt med antall årsverk fra 2008 til 2012 er det sannsynlig at tjenestene opplever økonomiske utfordringer når de samtidig opplever sterk økning i etterspørselen og krevende brukergrupper med behov for omfattende tjenester. Dette gir et dårlig grunnlag for å få til satsing på forebyggende helsearbeid og det er sannsynligvis nødvendig å vurdere å øremerke midler til forebygging om det skal være mulig for kommunene å prioritere dette arbeidet. De som arbeider i tjenestene og ser store behov hos brukerne, opplever i mange kommuner at de må slåss for å beholde ressursene de har og at de kommer til å tape ressurskampen mot økende behov i eldreomsorgen og sterke økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen for å få kommunene til å prioritere utskrivningsklare pasienter i somatikken.

1.2.4 INDIVIDUELL PLAN

I rapporten fra 2010 gjorde vi beregninger på antall personer med psykiske lidelser som har rett til, eller har fått, utarbeidet Individuell Plan (IP). Der beregnet vi at det var i underkant av 21 000 mennesker med psykiske lidelser som av kommunene blir vurdert å ha rett til Individuell plan (IP). Dette betyr at rundt 21 000 mennesker i kommunene ble vurdert å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Om lag 5 300 av disse var barn og unge (25 prosent). Dette betyr at nesten 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og i overkant av 0,4 prosent av voksenbefolkningen ble vurdert å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker. Basert på disse tallene og andre beregninger anslo vi at omtrent 14 prosent av voksne mennesker som mottar kommunale tjenester og tiltak, hadde fått utarbeidet IP med tiltak som var under gjennomføring i 2008. Blant barn og unge mennesker med psykiske lidelser og vansker som mottar kommunale tjenester og tiltak, anslo vi at ni prosent hadde fått utarbeidet IP der tiltak var under gjennomføring. Vi fant videre at 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som hadde fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, hadde fått angitt en koordinator. Vi beregnet også at 45 prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som ble vurdert å ha rett til IP, ikke hadde fått utarbeidet en plan med tiltak som var under gjennomføring. Vi mente at årsaken til dette burde undersøkes videre. En forklaring kommunene oppgav, var at svært mange brukere ikke ønsker å få utarbeidet IP. Andre forklaringer kunne være usikkerhet rundt hvem som hadde ansvaret for å igangsette arbeidet og på hvilket tidspunkt i kontaktforløpet arbeidet med å utvikle IP skulle iverksettes.

83 prosent av kommunene svarte at de hadde skriftlige rutiner for hvordan aktuelle brukere skulle informeres om IP. Flere av de 17 prosentene som ikke hadde skriftlige rutiner, oppgav at de arbeidet med å nedfelle rutinene skriftlig.

Det var helt klart fokus på Individuell plan i kommunenes psykiske helsearbeid. God informasjon til ulike brukergrupper og motivering av brukerne ble konkludert med å være viktige stikkord i forhold til bruk av individuelle planer. Vi mente da at det var viktig med videre forskning på dette feltet.

Senere funn har bekreftet funnene fra 2010-rapporten og i pasientkartleggingen som ble gjennomført i spesialisthelsetjenesten i 2012 og 2013 identifiserte vi en sterk nedgang i andel pasienter med individuell plan, se Ose et al., 2014a og Ose et al., 2014b.

1.2.5 UUFØRE MED PSYKISKE LIDELSER

I rapporten basert på 2008-tallene gjorde vi også en grundig analyse på andel uføre med psykiske lidelser, eller som det er definert i datagrunnlaget "andel uføre med psykiatrisk diagnose". Vi undersøkte om det var noen systematisk sammenheng mellom andel uføretrygdede med psykiske lidelser og årsverksinnsats i det kommunale psykiske helsearbeidet. Vi så også på andre sosiale indikatorer og annen kommunal ressursinnsats. Resultatene viste at flere forklaringsmodeller er relevante i forhold til å forstå variasjonene. Årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid er korrelert med ressursinnsats innenfor andre kommunale tjenestoområder, så deler av forklaringen på variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner kan ligge i ulik størrelse på kommunal sektor. Størrelsen på kommunal sektor kan ses på som en funksjon av arbeidsmarked, historiske og politiske preferanser. Noe ser ut til å være drevet av etterspørsel. Andel uføre med psykiske lidelser er positivt korrelert med årsverksinnsatsen. I tillegg fant vi at andre sosiale indikatorer, som andel arbeidsledige og andel sosialhjelpsmottakere, er positivt korrelert med årsverksinnsatsen. I regresjonsanalysene var det kun andel uføretrygdede som var signifikant i forhold til antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne. Andel arbeidsledige og andel

sosialhjelpsmottakere viste ingen systematisk sammenheng. Både korrelasjonsmatriser og delvis regresjonsanalysene viste systematiske sammenhenger mellom årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge og sosiale indikatorer. Resultatet ble tolket i retning av at innsats i forhold til foreldre med psykiske lidelser bør suppleres med tiltak rettet mot barna.

1.2.6 AVGRENSNINGER TIL RUSFELTET

Vi har i tidligere rapporter i denne serien vært opptatt av avgrensninger i forhold til rusfeltet. Dette er komplekst og uavklart i mange kommuner. Basert på rapporteringen for 2008 fant vi at 30 prosent av kommunene oppgav at ingen av årsverkene de rapporterer innen psykisk helsearbeid falt inn under kommunalt rusarbeid. 70 prosent av kommunene oppgav at noen av årsverkene faller inn under rusfeltet, men totalt utgjorde dette kun tre prosent av årsverkene. At dette ikke utgjorde flere på det tidspunktet skyldes nok delvis at kommunene gjennom en lang opptrappingsplan på psykisk helsearbeid skjønnsmessig hadde trukket ut det som var knyttet til rusarbeid før de rapporterer på psykisk helsearbeid. Vi bemerket at det var usikkert om de vil fortsette å gjøre dette i tiden fremover. Flere og flere kommuner har etter dette etterspurt en felles rapportering på rus og psykisk helse og vi anslår i denne rapporten at i begynnelsen av 2014 har nærmere seksti prosent av kommunene felles tjenester for psykisk helse og rus (se kapittel 3.5.1). Fra neste års rapportering er det besluttet at det skal være felles rapportering for kommunalt psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid.

1.2.7 SAMARBEID MED FASTLEGENE

I rapporten fra 2011 startet vi de første analysene av fastlegens rolle i psykisk helsearbeid. Hovedinntrykket fra de første kvalitative analysene basert på åpne spørsmål i IS-24 skjemaet, var at de fleste representantene fra kommunalt psykisk helsearbeid hadde et godt samarbeid med fastlegene. Det var relativt få kritiske innspill i forhold til fastlegens involvering, fastlegens tilgjengelighet og fastlegens kompetanse.

Selv om dette kvalitative datagrunnlaget ikke var tilstrekkelig for å si noe om utviklingen i samarbeidet om pasienter med psykiske lidelser og vansker i kommunene, tydet datagrunnlaget på at fastlegene er godt involvert i denne pasientgruppen og at de bidrar mye i kommunens psykiske helsearbeid. Basert på disse svarene satte vi opp en liste over hva representantene fra psykisk helsearbeid mener at fastlegen bidrar med:

- Deltar på ansvarsgruppemøter
- Deltar på faste samarbeidsmøter (ukentlig, hver 14. dag, hver måned etc)
- Medisinsk oppfølging
- Deltar i utviklingsarbeid av tjenestene
- Deltar i veiledning med spesialisthelsetjenesten
- Veileder selv ansatte i psykisk helsearbeid
- Følger opp arbeid i spesialisthelsetjenesten (BUP og VOP)
- Følger opp familiene til psykisk syke
- Deltar i felles behandlingsmøter
- Deltar i psykisk helseteam
- Deltar/leder i kriseteam
- Deltar/leder psykisk støtteteam
- Har faste møter med DPS-ene

- Deltar i omsorgsteam
- Deltar i inntaksteam
- Er tilsynsleger i boliger
- Oppfølging av individuell plan
- Deltar i fagforum for psykisk helse
- Plan- og systemarbeid innen psykisk helse
- Gir råd i rehabiliteringsarbeid
- Deltar i tverrfaglig team for barn
- Er ofte alene med behandlingsansvar
- Gjennomfører hjemmebesøk

I rapporteringen for 2011 fikk vi frem en bredde i innsatsen til fastlegen i kommunalt psykisk helsearbeid. Basert på denne kvalitative kartleggingen, utviklet vi i 2012 nye spørsmål med ulike avkrysningsmuligheter.

Vi fikk da bekreftet at et stort flertall av kommunene mener at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (83 prosent). Det ble likevel uttrykt stor variasjon fra fastlege til fastlege i hvor god kompetanse de hadde på psykisk helse og hvor interessert de var i problemstillinger rundt psykisk helse. Fastlegene ble bekreftet å være mindre involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid, enn i arbeid med enkeltpersoner. En del små kommuner oppgav at de hadde utfordringer med at fastlegene ble skiftet ut hyppig og at dette gikk ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud.

Faste samarbeidsmøter med fastlegene var et ønske fra mange kommuner og de som hadde etablert et slikt samarbeid, var i større grad fornøyd med legens involvering.

Den største utfordringen i fastlegesamarbeidet så ut til å være å få de legene som ikke opplevdes å være interessert i problemstillinger rundt psykisk helse på banen. Noen fastleger ble beskrevet ofte å bare gjøre et minimum av innsats før de involverer spesialisthelsetjenesten. Der kommunene hadde fått til avtaler om fast andel tid fra fastlegene som brukes på ansvarsgruppemøter og faglige diskusjoner, så ut til å ha kommet lenger i samarbeidet. Kommunalt ansatte leger så også ut til å gi større legeinnsats i det kommunale psykiske helsearbeidet.

1.2.8 KJØP AV TJENESTER FRA PRIVATE/ANDRE AKTØRER

I forrige rapport (situasjon i begynnelsen av 2013) undersøkte vi kommunenes bruk av private aktører innen psykisk helsearbeid. Vi fant at 44 prosent av kommunene kjøpte tjenester fra private eller fra andre aktører innen psykisk helsearbeid. Sannsynligheten for å kjøpe tjenester økte med kommunestørrelse og blant de største kommunene (med over 50 000 innbyggere) var det 71 prosent av kommunene som kjøpte tjenester i begynnelsen av 2013. Det var i Oslo, Oppland, Buskerud og Akershus flest kommuner (eller bydeler) kjøpte tjenester. Til voksne var det særlig bo- og omsorgstjenester som ble kjøpt (23 prosent av kommunene på landsbasis kjøpte slike tjenester til brukergruppen), mens 10 prosent av kommunene kjøpte aktivitetstjenester/tilbud. Noen få kommuner (2 prosent) kjøpte avlastningstilbud for voksne og litt flere kjøpte veiledningstjenester og private arbeidstreningstilbud.

Det var lite omfang av kjøp av tjenester fra private eller andre aktører til barn og unge. Det vanligste var å kjøpe et avlastningstilbud, og 6 prosent av landets kommuner gjorde dette. Noen færre (4 prosent) kjøpte

bo og omsorgstjenester og avlastningstiltak. Det var relativt få personer i hver kommune det ble kjøpt tjenester til i de kommunene som kjøpte tjenester.

1.2.9 BEHOV FOR FLERE ÅRSVERK

Mange kommuner har i åpne svar i tidligere rapporteringer gitt uttrykk for lav bemanning i tjenestene. I forrige rapport forsøkte vi derfor å kartlegge omfanget av behovet med utgangspunkt i kommunene som hadde gjort en systematisk vurdering av kompetansebehovet.

Vi spurte "Har kommunen gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helse-området?" Dersom ja, skulle de fylle ut informasjon om hvor mange årsverk dette utgjorde (i tillegg til dagens), og hvilken kompetanse det var behov for.

Det var 127 kommuner som oppgav at de hadde gjort en slik vurdering. Basert på svarene fra disse kommunene, med en antakelse om at alle kommuner i samme kommunestørrelsegruppe har samme behov, beregnet vi at det var behov for 1780 flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid i begynnelsen av 2013. Det ble estimert behov for 275 psykologer og dette utgjør 17 prosent av de manglende årsverkene. Det ble derfor avdekt behov for flere årsverk i tillegg til psykologene. Vi konkluderte med at psykologene ikke ville dekke behovet for personell i boliger og i andre tjenester til voksne, men var særlig etterspurt i tjenester til barn og unge.

Vi fant også en sterk trend i retning av å bytte ut ufaglærte med faglært personell, både i boliger og i andre tjenester. Ufaglærte fikk i mange kommuner mulighet til å ta utdanning. Kommunene ønsket særlig å rekruttere flere med høyskoleutdanning, helst med videreutdanning i psykisk helsearbeid og rus.

Kompetansen som det ble meldt om behov for, var svært mangfoldig. Særlig handlet det om dobbeltdiagnoseproblematikk (rus og psykisk helse), ulik terapeutisk kompetanse (kognitiv, psykomotorisk, motiverende intervju osv). Mange ønsket også mer kompetanse på nettverksarbeid/samhandling/tverrfaglig samarbeid og åpen dialog. Deler av kompetansen det ble meldt om behov for, går over i spesialisthelsetjenestenes område, og flere var opptatt av at kommunene ikke skulle "konkurrere" med spesialisthelsetjenesten på kompetanseområdet, men heller ha fokus på samarbeidskompetanse slik at nivåene kunne spille bedre "på lag". Mange kommuner hadde allerede en sterk og mangfoldig kompetanse, og erfarte at de stadig utvikler tjenestene til å bli bedre. Mange kommuner oppgav at de satser på økt kompetanse særlig blant de som jobber i boliger der personene har store sammensatte behov.

1.2.10 STØTTETILBUD SOM STØTTEKONTAKT, DAGSENTER OG ANNET

I forrige rapport hadde vi også med et eget kapittel om ulike støttetilbud. Vi fant at antall mottakere av individuell støttekontakt blant personer med psykiske lidelser og vansker gikk ned, men at dette kunne skyldes at gruppebaserte tilbud erstatter tidligere individuelle støttekontakter. Flere kommuner oppgav at de hadde gode erfaringer med slike gruppetilbud.

Nesten 80 prosent av kommunene oppgav at de hadde dagsentertilbud og to av tre kommuner hadde arbeidstreningstilbud og treffsteder brukergruppen fikk tilbud om.

Mange færre kommuner hadde et tilbud til brukergruppen på kveldstid og i helgene. 36 prosent av kommunene oppgav at de har fysisk aktivitet (trim, turer, "Aktiv på dagtid") og dette ble flere steder gitt i samarbeid med idrettsforeninger eller treningssentre. Omtrent hver fjerde kommune hadde et

kulturtilbud som brukergruppen hadde tilgang på. Dette var teatergrupper, film, fotokurs og annet. 15 prosent av kommunene oppgav at de hadde bakegrupper eller liknende.

Vi fant at brukerorganisasjonene og ideelle aktører innen psykisk helse var aktive i mange kommuner, og flere kommuner oppgav at de gir tilbud både på dagtid, om kvelden og i helgene.

I små kommuner ble det oppgitt å være krevende å legge opp aktivitetstilbud fordi det ofte var få brukere i hver gruppe. Noen kommuner svarte også at de la vekt på å inkludere mennesker med psykiske lidelser og problemer i de ordinære tiltakene fordi det ble ansett som viktig at brukerne ble integrert i "det normale livet".

Vi mente at dette er en viktig diskusjon å følge opp og at det er argumenter både for og i mot at tilbudet spesielt skal tilpasses brukergruppen. Argument mot særtilbud er kanskje særlig at psykiske lidelser normaliseres når tilbud gis sammen med andre. Argument for særtilbud er at dette ofte er sårbare brukere som ofte har sosiale problemer og trekker seg tilbake når det blir for mange ukjente folk å forholde seg til. Men det er stor individuell variasjon, for noen vil et generelt tilbud fungere godt, mens andre vil velge å ikke delta.

1.2.11 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNENE

Hvert år har vi gjort analyser av variasjonen mellom kommuner, og etter hvert begynner det å bli et omfattende paneldatasett. Analysene er basert på kommunaløkonomisk teori. Teorien gjør oss i stand til å vite hvilke variabler som skal brukes og til å tolke resultatene på en fornuftig måte. Vi har både utført tverrsnittsanalyser (inkludert sensitivitetstesting) og panelregresjoner. Resultatene viser først og fremst at det er mye av variasjonen som ikke kan forklares med en økonomisk modell. Årsverksinnsatsen styres i stor grad av uobserverbare forhold i kommunene. Dette kan være beslutninger tatt av kommunestyrene, det kan være ildsjeler som over tid har sørget for et godt tilbud og mye annet. Av variasjonen som kan forklares med observerbare kjennetegn ved kommunene, finner vi at det er ulike faktorer som forklarer årsverksinnsatsen i kommunalt organisert psykisk helsearbeid til voksne og i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Store kommuner har en lavere årsverksinnsats i forhold til innbyggertallet for barn og unge, men det ser ikke ut til å være noen sammenheng mellom antall innbyggere og årsverksinnsats rettet mot voksne når vi har kontrollert for ulike behovs- og etterspørselsforhold. Det samme gjelder andel av befolkningen i alderen 0-5 år, hvor vi ser en tilsvarende tendens som for antall innbyggere. En stor andel eldre, høye uføreandeler og mange kommunale legeårsværk i forhold til innbyggertallet er systematisk korrelert med flere årsværk rettet mot voksne.

Disse analysene gir noen pekepinner, men resultatene er åpne for flere tolkninger. En utfordring ved å analysere årsverksinnsats er å skille mellom ulike mekanismer som påvirker årsverksinnsatsen. I en kommune kan høy innsats komme av høyt behov, i en annen at politikerne prioriterer psykisk helsehjelp spesielt høyt, eller at smådriftsulempen fører til at det går med mange årsværk i forhold til befolkningsstørrelsen. I tillegg er små kommuner mer utsatt for svingninger i årsverksinnsatsen som følge av enkeltbrukere med store behov. Dette er faktorer som det bare delvis kan kontrolleres for i analyser på kommunenivå, med mindre svært detaljerte data er tilgjengelige.

Resultatene er relativt stabile fra år til år og de er ikke gjentatt i denne rapporten. I fremtidige analyser ønsker vi blant annet å inkludere informasjon fra BrukerPlan fordi vil undersøke sammenhengen mellom behov og ressursinnsats.

1.2.12 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

I 2011 gjorde vi for første gang grafiske fremstillinger av nivå og utvikling i årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten (VOP og BUP) og i kommunalt psykisk helsearbeid (for voksne og for barn og unge).

Bakgrunnen for disse analysene var fokuset som er satt på sammenhengen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom Samhandlingsreformen. Ett av målene med samhandlingsreformen er å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen legger derfor opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Endringene i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester forpliktet de to sektorene til et felles ansvar for å ivareta pasientene på en best mulig måte. Det er derfor viktig å følge med på ressursutviklingen både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Vi fant stor variasjon i nivå og utvikling mellom ulike helseregioner og helseforetaksområder.

I årets rapport er ikke dette tatt med fordi dette nå inngår Helsedirektoratets rapport Samhandlingsstatistikk 2013–14, se kapittel 5.

1.2.13 KONKLUSJON FRA FORRIGE RAPPORT

Vi har estimert at det er behov for 1780 nye årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, der 275 av årsverkene i følge fagpersonene i kommunene bør være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig å kun satse på psykologer i kommunene, det er behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for mennesker med psykiske lidelser og vansker.

Det er vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeidet i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden er at det blir færre og færre årsverk i disse tjenestene i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefaler derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

Det er i en del kommuner behov for å få på plass et godt system for fastlegens involvering i det kommunale psykiske helsearbeidet. Det bør utvikles kunnskap om hvilken måte samarbeidet med fastlegene best kan ivaretas og hvordan deres kompetanse kan utnyttes på en mest mulig effektiv måte for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Generelt bygges døgnplassene i psykisk helsevern ned alt for raskt, uten at kommunene har økt ressursinnsatsen. Med en nullvekst i årsverksinnsatsen i kommunene fra 2008 og færre døgnplasser i psykisk helsevern og kortere oppholdstid, er det vanskelig å forvente at kvaliteten i tilbudet til brukergruppen har økt. Det er kommunene som forventes å bygge tilbudet ut ytterligere, og løsningen er sannsynligvis ikke å bygge opp igjen døgntilbudene i psykisk helsevern. Vi advarer mot ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern. I alle fall ikke før kommunene har fått tid og ressurser til å bygge ut tjenestene videre. Man må også se på kostnadsdelen i overføring av oppgaver til kommunene. Samme tjenester utført av samme kompetanse vil sannsynligvis koste det samme uansett på hvilket nivå

tjenesten ytes på. Det kan også bli vesentlig dyrere om hver kommune skal bygge ut tjenester som ligger innholdsmessig nært et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stor forskjell på somatiske pasienter som ofte trenger en rask og effektiv behandling i sykehus, og mennesker med psykiske lidelser som ofte trenger et omfattende og kontinuerlig tjenestetilbud. Det er ulike virkemidler som er effektive for å få til gode tjenester for ulike brukergrupper. Vi har tidligere advart mot innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB. Det handler fortsatt om å få til et godt faglig samarbeid rundt hver enkelt pasient, og til det må både spesialisthelsetjenesten og kommunene bidra. Mange har kommet langt i dette arbeidet, mens potensialet andre steder ikke utnyttes, fordi det mangler kapasitet i de kommunale tjenestene.

Kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene - ser fortsatt ut til å være riktig vei å gå. Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/2013, og inneholder til sammen 48 kvantitative og kvalitative variabler. 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 de enkelte år, 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 i 2013 var det 426 av 428 kommuner som rapporterte. Alle kommunene får tilsendt rapporten for å vise at tallene og informasjonen brukes på en systematisk måte og alle Fylkesmannsembetene får tilsendt data for kommunene i sitt fylke.

Psykisk helsearbeid i kommunene er rettet mot mennesker med psykiske vansker og lidelser uavhengig av alder. Hensikten med tiltakene i det psykiske helsearbeidet er å bidra til mestring og bedring for den enkelte, deres familier og nettverk. Tiltakene skal være rettet mot konsekvensene av de psykiske vanskene/lidelsene. Årsverk skal kun telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser. Denne avgrensingen ble gjort første gang i 2008-rapporteringen.

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.

Tiltak og årsverk rettet mot beboere med psykiske vansker/lidelser i institusjon skal ikke telles med. Tjenester til mennesker med demens skal heller ikke inkluderes i rapporteringen.

Enkelte brukere har psykiske vansker i kombinasjon med andre problemer, som funksjons-/utviklingshemninger, rusmiddelproblemer eller psykisk utviklingshemming. Andre har psykiske vansker på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på skole- og arbeidsplass. For disse er det bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser som skal regnes med.

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 heller å omfatte brukergrupper enn tjenester, eller psykisk helsearbeid blir egne definerte enheter i kommunenes system, vil det være naturlig å integrere IS-24-rapporteringen i KOSTRA.

Når data skal brukes til å gjøre nasjonale anslag er det viktig å undersøke de store kommunene først fordi de står for den største andelen av data og dermed den største potensielle feilkilden. For at det skal være mulig å gjøre analyser av data på kommunalt nivå er det viktig å prioritere alle kommunene like høyt i kvalitetskontrollen. Målefeil i data kan bidra til feilaktige slutninger om årsverksinnsats og kommunale kjennetegn, og resultater fra tverrsnittsanalyser er spesielt følsom for ekstreme observasjoner. Dette er grundig gjennomgått i tidligere rapporter.

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra flere hundre kommuneansatte. 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. Å kun følge årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering.

Skjemaet revideres årlig av SINTEF i samarbeid med Helsedirektoratet for at datagrunnlaget som hentes inn skal være så oppdatert og anvendbart som mulig. Gjennom egen og andres forskning på feltet fremkommer det stadig nye problemstillinger 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 FM, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår elektroniske løsning og har purreansvar til kommunene.

2.2 DATAINNSAMLING

I perioden 2000-2008 rapporterte kommunene på bruk av øremerkede midler i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Fra og med 2007 har de også rapportert på totalinnsatsen innen psykisk helsearbeid, altså uavhengig av finansieringen. Da inneholdt IS-24 rapportering både på bruk av øremerkede midler (Rapporteringsskjema 1) og på totalinnsatsen (Rapporteringsskjema 2). 2008 var siste året kommunene rapporterte på begge skjemaene. Dette betyr at vi nå har tilgjengelig en tidsserie fra 2007 til 2013.

Tidligere skjedde rapporteringen i form av Rundskriv IS-24. Dette rundskrivet finnes ikke lenger, men rapporteringen kalles fortsatt IS-24 rapporteringen. Det er SINTEF som sender ut skjemaet direkte til kommunene, men med kopi til Fylkesmannen. Skjemaet ble sendt ut i slutten av januar 2014 og fristen for rapporteringen ble satt til 15. mars. Da fristen gikk ut, hadde 255 kommuner og bydeler komplette svar. 33 hadde ikke komplette besvarelser, mens 157 har ikke hadde startet utfylling. Etter purreunder

manglet 75 kommuner per 2. april 2014, og per 21. mai manglet kun 3 kommuner. Etter oppringing til Rådmannen i kommunene, fikk vi overtalt én av disse tre kommunene til å rapportere. I de to siste kommunene så vi oss nødt til å benytte fjorårstall.

6. juni sendte vi ut kontrollspørsmålene til kommunene. Disse er basert på både automatiske og manuelle kontroller av tallene, der vi benytter tidligere års rapporteringer til å avdekke avvikende utvikling i den enkelte kommune. Totalt ble det ved hjelp av e-post sendt ut 143 spørsmål til 96 kommuner. Det mest vanlige spørsmålet handler om at antall årsverk rapportert på ulike tilbud og tjenester, ikke samsvarer med antall årsverk fordelt på utdanning. I disse tilfellene fikk kommunene tilsendt en enkel tabell som kunne fylles ut og returneres på e-post. Alle utsendte spørsmål og mottatte svar blir logget i et eget skjema. Korrigeringer av datamaterialet gjøres syntaksbasert, slik at man hele tiden har logg over de endringer som er gjort i den enkelte kommune. Vi benytter den statistiske programvaren Stata til korrigeringer og analyser av datamaterialet.

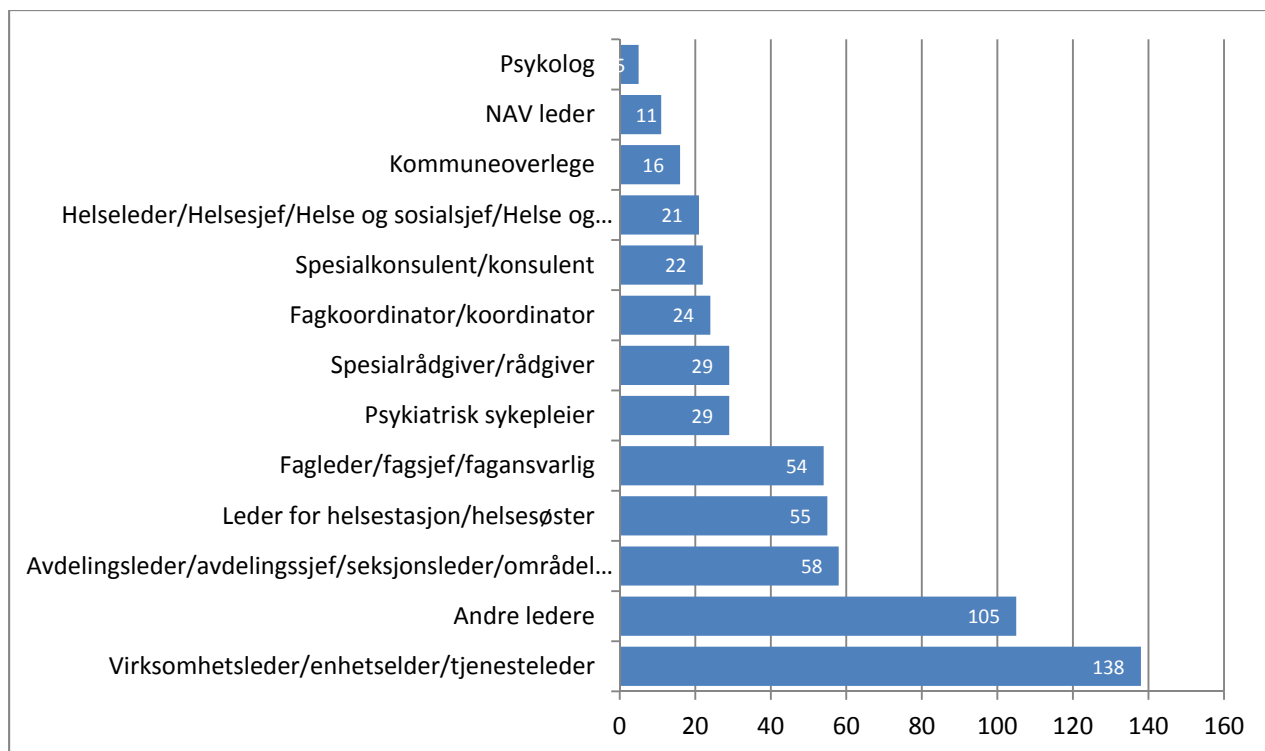
2.3 OM RESPONDENTENE – 831 INVOLVERTE FAGPERSONER

De som fyller ut IS-24 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.

I 2012 og i 2013 har vi spurt hvem som har fylt ut skjemaet, og det er sjelden det er én person som har gjort dette 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. 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 og tjenester som gir bistand og hjelp til personer som har psykiske helseproblemer eller lidelser.

Vi har gått gjennom listen over hvem som har deltatt i utfyllingen fra alle kommunene og telt opp hvem som har deltatt. For en del kun navn oppgitt og ikke stilling. Disse er ikke tatt med i figuren. Fordelingen er av antall personer i ulike stillinger er vist i figuren under:



Figur 2.1 Antall personer som har deltatt i utfyllingen av IS-24 skjema i de 99,5 prosent av kommunene som har svart.

Det er altså en imponerende samling med fagfolk som har bidratt til kunnskapsgrunnlaget som fremkommer fra IS-24 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 for rapporteringsåret 2013 er det altså 426 av 428 kommuner som har rapportert.

2.4 INNHOLD I KARTLEGGINGEN

Tabell 2.1 Innhold i IS-24 skjema i 2013

Bruker- medvirkning	1. Brukermedvirkning i organisert form - oppgis i hele kroner
Årsverk i tjenester til voksne med psykiske vansker/ lidelser	2. Tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser 3. Hjemmetjenester / ambulante tjenester (med enkeltvedtak) 4. Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse 5. Aktivitetssenter og/eller dagsenter 6. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud 7. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/ lidelser	8. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 9. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid 10. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Årsverk fordelt på utdanningsgrup per -separat for tjenester til voksne (11-18) og tjenester til barn og unge (19-26).	11/19. Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid 12/20. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid 13/21 Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid 14/22 Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid 15a/23a. Psykologer 15b/23b. Psykologspesialister 16/24 Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid 17/25 Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid 18/26 Andre <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Målgruppe	27. Hvem vil dere beskrive som målgruppen for det kommunale psykiske helsearbeidet? a) Voksne b) Barn og unge
Innbyggernes behov	28. Har dere oversikt over innbyggernes behov for psykisk helsetjenester? Om ja, hvordan har dere skaffet denne informasjonen? Antall voksne/barn unge ...med rusmiddelproblematikk? ...med behov for IP i 2013? ...med behov for ansvarsgruppe/koordinator i 2013? ...med innleggelse i psykisk helsevern i 2013? ...med kun poliklinisk kontakt med psykisk helsevern 2013? ...med kommunalt botilbud med tilsyn? ...med kommunalt botilbud uten tilsyn? ...oppsøkende behandling (ACT/FACT/ROP-team)?
Annet	30. Antall kommunale døgnplasser/kommunalt botilbud per 31.12.2013? 31. Antall kommunale årsverk innen oppsøkende behandling (ACT/FACT/ROP-team?) 32. Er det annen informasjon dere har kartlagt om brukergruppen?
Brukergrupper	33. Hva kjennetegner brukere/pasienter dere som dere har vanskeligheter med å gi et godt tilbud? 34. Hva er i så fall årsakene til at disse/denne gruppen er spesielt utfordrende for kommunen?
Endringer	35. Har det vært endringer i kommunens tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser det siste året?
Organisering	36. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for voksne? (Egen enhet/tjeneste, Integreerte tjenester, Ansvar hos rådmann/helsesjef, Annen organisering). 37. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for barn og unge? (Egen enhet/tjeneste, Integreerte tjenester, Ansvar hos rådmann/helsesjef, Annen organisering). 38. Er tjenestene til rus og psykisk helse organisert i samme enhet/avdeling/team?
Kjøp av tjenester	39a. Kjøper dere følgende tjenester i psykisk helsearbeid for hhv. voksne og barn og unge (sett kryss): Bo og omsorgstjenester Avlastning Aktivitetstilbud Arbeidstilbud/arbeidstrening privat Privatpraktiserende psykolog Veiledningstjenester Annet:

	39b. Har det vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner) i psykisk helsearbeid det siste året?
Støttekontakt	40a. Hvor mange voksne med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt? 40b. Hvor mange barn og unge med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt? Hvis annen aldersinndeling enn 0-17 år for barn/unge gjelder, vennligst oppgi aldersintervallet dere bruker, her: 41. Har kommunen tilbud om gruppebasert støttekontakt til mennesker med psykiske vansker/lidelser? (sett kryss under, og skriv evt. kommentar)
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	42a. Helt konkret, hvordan samarbeider kommunen med spesialisthelsetjenesten om pasienter/brukere med psykiske lidelser og vansker? Gi eksempler på hvordan dere samarbeider med spesialisthelsetjenesten: 42b. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten det siste året? (sett kryss under)
Kommunens arbeid med vold i nære relasjoner (Direkte fra Helsedirektoratet)	43a. Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato? 43b. Om JA, har utarbeiding av handlingsplan tatt utgangspunkt i "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)"? 44. Har kommunen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013? 45. I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner? 46. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen i kommunen om personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner? 47. Har kommunen en kompetanseplan for ansatte som i sitt arbeid møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner? 48. Hvilken eller hvilke tjenester/tilbud i kommunen vurderer dere at har størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner?

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er tatt med i rapporten om Samhandlingsstatistikk til Helsedirektoratet. I denne rapporten har vi valgt å særlig se grundig på målgruppe for tjenestetene (kapittel 4) og hvilke brukergrupper kommunene har vanskelig med å gi et tilbud (kapittel 5). Innbyggernes behov er analysert i kapittel 6, mens vold i nære relasjoner gjennomgås i kapittel 7. Kapittel 8 omhandler variasjon i årsverksinnsatsen mellom kommunene, både i forhold til kommunestørrelse, fylker, kostragupper og helseregioner.

I neste kapittel vises de nasjonale tallene i og utvikling i tid i de faste variablene der årsverksinnsats fordeles på ulike tiltak og utdanningsgrupper.

3 NASJONALE TALL

I dette kapitlet ser vi på de nasjonale tallene for de enkelte variablene vist i tabell 2.1 på forrige side. Der det er mulig, sammenliknes tallene med tall fra tidligere år. Kapitlet inneholder følgende variabelgrupper:

- Beløp bevilget til brukermedvirkning
- Årsverk i tjenester til voksne
- Årsverk i tjenester til barn og unge
- Årsverk fordelt på utdanningsgrupper
- Antall mottakere av støttekontakt
- Kommunenes organisering av tjenestene

Under hvert av punktene gis en kort kommentar, mens forskjeller mellom ulike kommuner (størrelse, fylke, KOSTRA-gruppe og helseregion) presenteres i kapittel 8.

3.1 BRUKERMEDVIRKNING

IS-24 starter med et spørsmål om hvor mye penger kommunene har bevilget til brukermedvirkning¹. I 2012 bevilget kommunene 70 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form, en økning på 1,7 millioner fra 2011. Hvis vi tar hensyn til prisveksten, var den reelle nedgang i bevilgninger til brukermedvirkning på fire prosent fra 2011 til 2012.

Tabell 3.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2012 (i 1 000 kroner)

År	Nominelt beløp	Nominell endring	Reelle tall*	Reell endring*
2007	51 200	-	58 624	-
2008	58 800	15	66 562	14
2009	55 300	-6	59 779	-10
2010	66 695	21	73 765	23
2011	69 036	4	73 523	0
2012	70 747	2	70 747	-4
2013	70 328	0	-	-

*Inflasjonsjustert til 2012-kroner basert på prisindeks for kommunalt helsekonsum (Statistisk sentralbyrå (SSB)). Denne deflatoren er ikke lenger tilgjengelig hos SSB, og vi velger derfor kun å presentere nominelle tall for 2013.

¹ Jf. veiledningen: "Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd o.l.".

3.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Beregning av årsverk skal gjøres med å ta utgangspunkt i en representativ uke. I rapporteringen for 2014 ble kommunene bedt om å ta utgangspunkt i uke 4 i 2014 for å beregne årsverk for 2013.² Fra og med rapporteringen for 2008 ble det spesifisert at årsverk kun skal telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser. Denne avgrensningen ble ikke gjort første året denne rapporteringen ble gjennomført i 2007, og tallene for 2007 er derfor ikke nødvendigvis sammenliknbare med senere år. Om kommunene i 2007 har inkludert alle årsverk knyttet til brukere med psykiske lidelser og problemer som primært mottar tjenester av andre grunner, vil denne endringen kunne gi relativt store utslag. I perioden 2008-2013 er det derimot ikke endringer i veiledningen annet enn språklige forbedringer.

Tabell 3.2 viser at kommunene for 2013 rapporterte om totalt 11 729 årsverk i psykisk helsearbeid. Dette representerer en nedgang på nær 2 prosent på landsbasis fra 2012, og den prosentvise nedgangen er størst i tjenester for barn og unge (3,9 prosent). Nedgangen i årsverk for voksne er 1,3 prosent fra 2012 til 2013.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955	11 729

Fra og med 2009 har de øremerkede midlene vært lagt inn i rammeoverføringene til kommunene. Det har derfor vært spesielt viktig å følge utviklingen fra 2008 og framover. Figuren på neste side viser at veksten flatet ut fram mot 2010, men har siden avtatt svakt. På kommunenivå er det selvfølgelig noe variasjon, men på nasjonalt nivå er det relativt stabile tall i perioden.

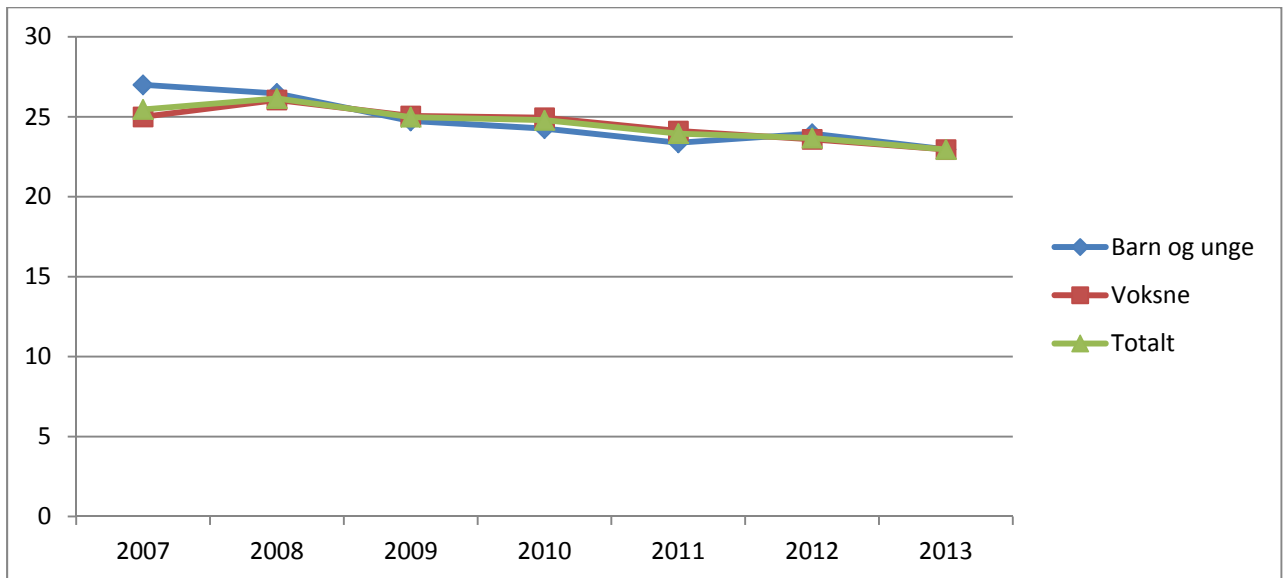
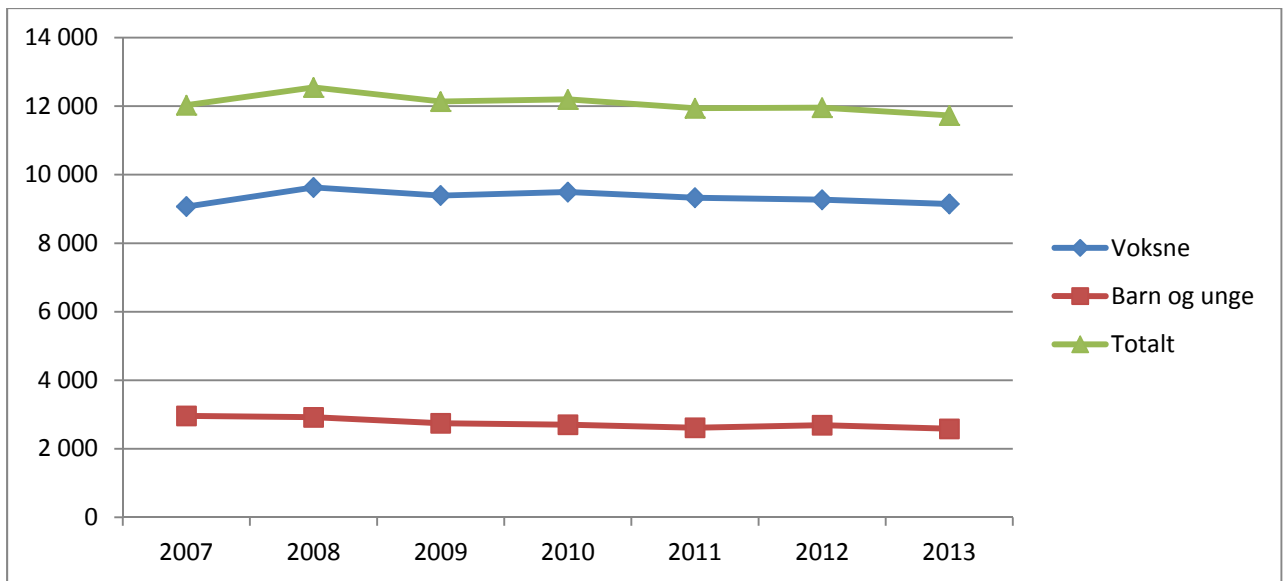
² Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

- Faste ansatte
- Ansatte i engasjementer
- Ekstrahjelper og vikarer, hvis over 4 måneders varighet for hver enkelt.

Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid



Figur 3.1 Rapporterte årsverk 2007-2013 i tjenester for voksne, barn/unge og totalt. Antall øverst og antall per 10 000 innbyggere nederst.

Det er altså en tydelig nedgang i årsverksinnsatsen per innbygger pga. befolkningsvekst, mens antall årsverk altså er relativt stabilt.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

Som det fremgår av tabell 2.1 inngår følgende kategorier av tjenester og tiltak

Årsverk i tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser (kapittel 3.3.1)	{	1. Tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser 2. Hjemmetjenester (med enkeltvedtak) 3. Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse 4. Aktivitetssenter og/eller dagsenter 5. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud 6. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser (kapittel 3.3.2)	{	7. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 8. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid 9. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

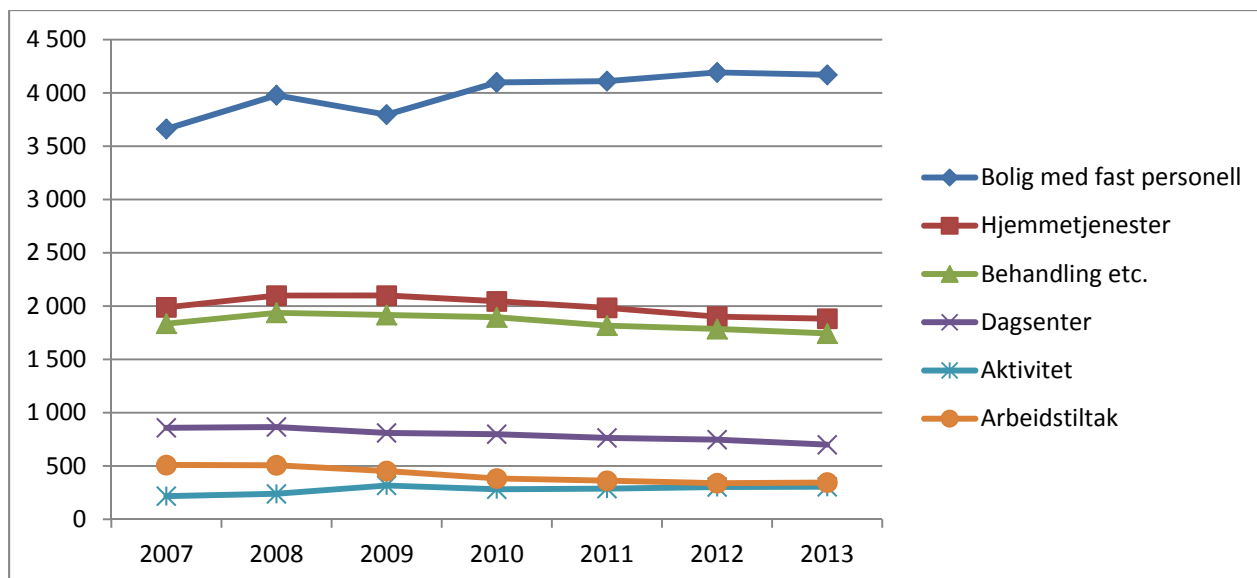
3.3.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Fra og med 2009 ble hjemmetjenester skilt ut som en egen variabel i skjema. Disse årsverkene ble tidligere regnet enten under bolig eller behandling.

Tabell 3.3 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2012-2013 (%)
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796	4 089	4 110	4 192	4 169	-1
Hjemmetjenester	*	*	2 099	2 045	1 984	1 902	1 882	-1
Behandling etc.	3 824	4 037	1 917	1 895	1 818	1 785	1 743	-2
Dagsenter	858	866	810	798	764	747	700	-6
Aktivitet	217	239	318	282	288	303	305	1
Arbeidstiltak	509	507	453	383	362	339	345	2
Sum voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	-1

Utviklingen er vist i neste figur. Her har vi estimert fordeling til hjemmetjenester og behandling etc. for 2007 og 2008 basert på faktisk fordeling i 2009.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2013

I tabellen under ser vi på den prosentvise fordelingen på ulike tiltak.

Tabell 3.4 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bolig med fast personell	40	41	40	43	44	45	46
Hjemmetjenester	.	.	22	22	21	21	21
Behandling etc.	42	42	20	20	19	19	19
Dagsenter	9	9	9	8	8	8	8
Aktivitet	2	2	3	3	3	3	3
Arbeidstiltak	6	5	5	4	4	4	4
Sum voksne	100	100	100	100	100	100	100

Tabellen viser at den andelsmessige fordelingen på type tiltak i tjenester for voksne har holdt seg svært stabil i disse årene. Bolig med fast personell har endret seg mest de siste årene, og dette er helt klart en tendens som stemmer med kommunenes erfaringer. Boligtjenester med fast personell er arbeidskraftintensive tjenester. Én bruker med døgkontinuerlig oppfølging kan f.eks. ha behov for sju årsverk. Dette slår kraftig ut i de minste kommunene. Når pasientene generelt skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten, er det flere som har behov for døg- eller dagbemannet bolig. At flere av årsverkene kanaliseres til bolig og i 2013 utgjør 46 prosent av årsverkene, er derfor naturlig.

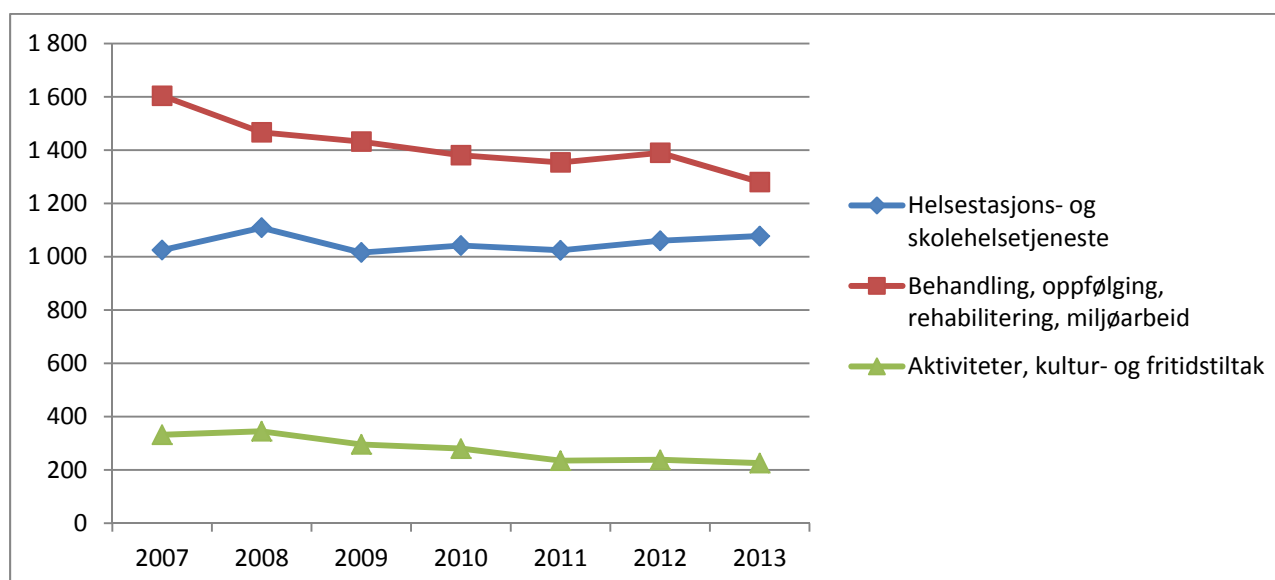
3.3.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

I tabell 3.5 presenteres antall årsverk fordelt på tjenester for barn og unge. Vi kommenterer tallene til slutt i delkapitlet.

Tabell 3.5 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2012- 2013 (%)
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016	1 042	1 024	1 060	1 078	2
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432	1 381	1 354	1 390	1 280	-8
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296	280	235	238	226	-5
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	-4

Utviklingen er vist i neste figur.



Figur 3.3 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2013

Andel årsverk på ulike tiltak er vist i neste tabell. Der ser vi at andel av årsverkene som går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har gått gradvis ned siden opptrappingsplanperioden var over. Tendensen som kan observeres nå er en økning i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Dette stemmer også med nasjonale tall i tjenestene. Andelsmessig fordeler årsverkene seg likt på ulike tjenester i 2011 og i 2012.

Tabell 3.6 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	35	38	37	39	39	39	42
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	54	50	52	51	52	52	50
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	11	12	11	10	9	9	9
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584

I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen³ i Helsedirektoratet bekymring for kapasiteten i skolehelsetjenesten, og påpekte at bemanningen minst bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende. Han oppfordret også landets kommuner til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid når man gikk over fra øremerking til rammefinansiering i 2009. I mai 2014 meldte Regjeringen at de vil styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 200 millioner kroner, noe som skal kunne gi over 300 nye helsesøsterstillinger. Et av hovedargumentene for denne satsningen er erkjennelsen av skolen som viktig arena for forebygging av psykisk uhelse blant barn og unge⁴.

3.4 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

Årsverkene som rapporteres skal også fordeles ut i fra hvilken utdanningsbakgrunn de ansatte har. I dette delkapitlet presenteres årsverk fordelt på utdanning i tjenester for hhv. voksne og barn og unge. Vi minner om at fastlegene kommer i tillegg til de som er rapportert gjennom IS-24.

3.4.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

Tabell 3.7 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2008-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 074	1 082	1 174	1 130	1 175	1 180	1 138
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 973	2 213	2 069	2 119	1 967	1 874	1 838
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 796	2 017	2 024	2 150	2 200	2 205	2 233
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	2 287	2 466	2 299	2 317	2 206	2 261	2 261
Psykologer	23	19	22	31	41	37	41
Psykologspesialister	*	*	*	*	12	9	16
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	207	188	208	229	215	194	208
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	603	565	605	557	585	543	489
Andre	1 083	1 077	993	957	927	954	921
Totalt	9 048	9 627	9 392	9 492	9 328	9 258	9 145

Den prosentvise fordelingen i perioden 2007–2013 er vist i tabellen under, og vi ser også her at andelen i de ulike kategoriene er relativt konstant, tydelig slik at det blir færre årsverk både blant

³ Se: http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/fagnytt/styrk_skolehelsetjenesten_317244
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Publikasjoner/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf

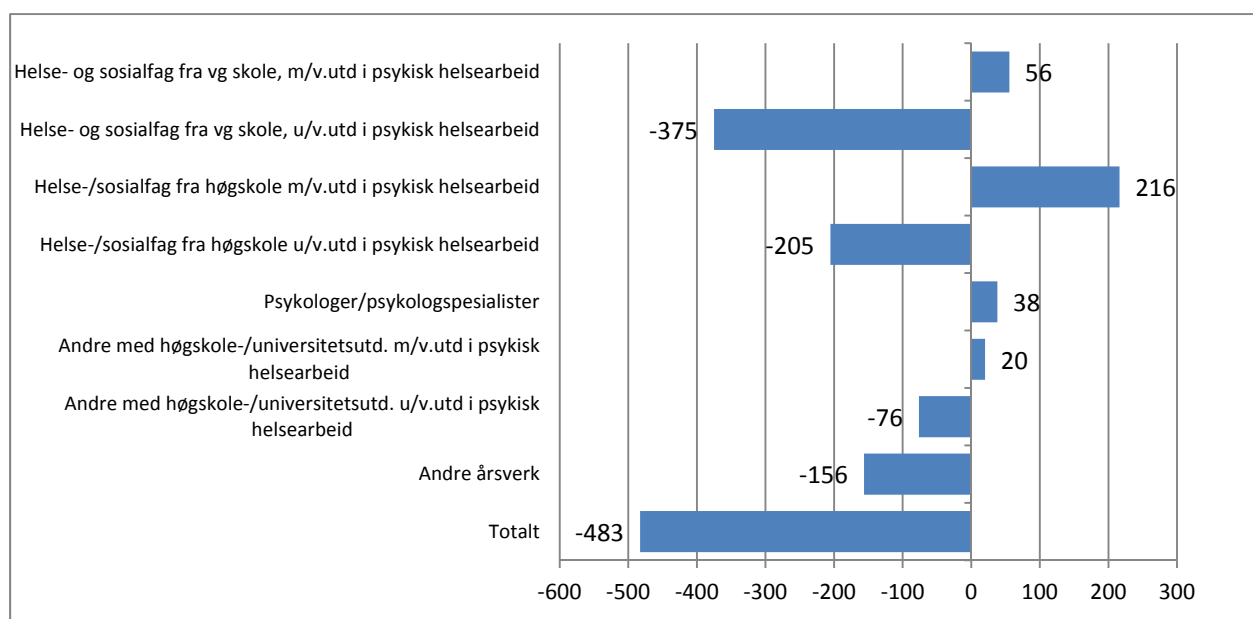
⁴ Se: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Skolen-er-en-viktig-arena-for-forebygging-av-psykiske-vansker/id761123/>

høgskoleutdannende og blant de med videregående utdanning som ikke har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tendensen er også at personell med kompetanse på videregående skolenivå, erstattes av høyskolepersonell.

Tabell 3.8 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	12	11	13	12	13	13	12
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	22	23	22	22	21	20	20
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	20	21	22	23	24	24	24
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	25	26	24	24	24	24	25
Psykologer	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4
Psykologspesialister					0,1	0,1	0,2
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2	2	2	2
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v. utd i psykisk helsearbeid	7	6	6	6	6	6	5
Andre	12	11	11	10	10	10	10
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Vi ser også at det fortsatt er en svært liten andel psykologer og psykologspesialister i kommunalt psykisk helsearbeid. Fra forrige tabell ser vi at det er en økning fra 2012 til 2013 fra 46 årsverk til 57 årsverk.



Figur 3.4 Endring i antall årsverk i ulike utdanningskategorier i tjenester og tiltak for voksne fra 2008 til 2013.

Figur 3.4 viser at i tjenester og tiltak for voksne er det fra 2008 til 2013 en reduksjon i 483 årsverk. Men det er også tydelig at kompetansen har blitt høyere ved at den sterkeste økningen har kommet i form av flere årsverk med helse- og sosialfaglig høyskolekompetanse med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

3.4.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

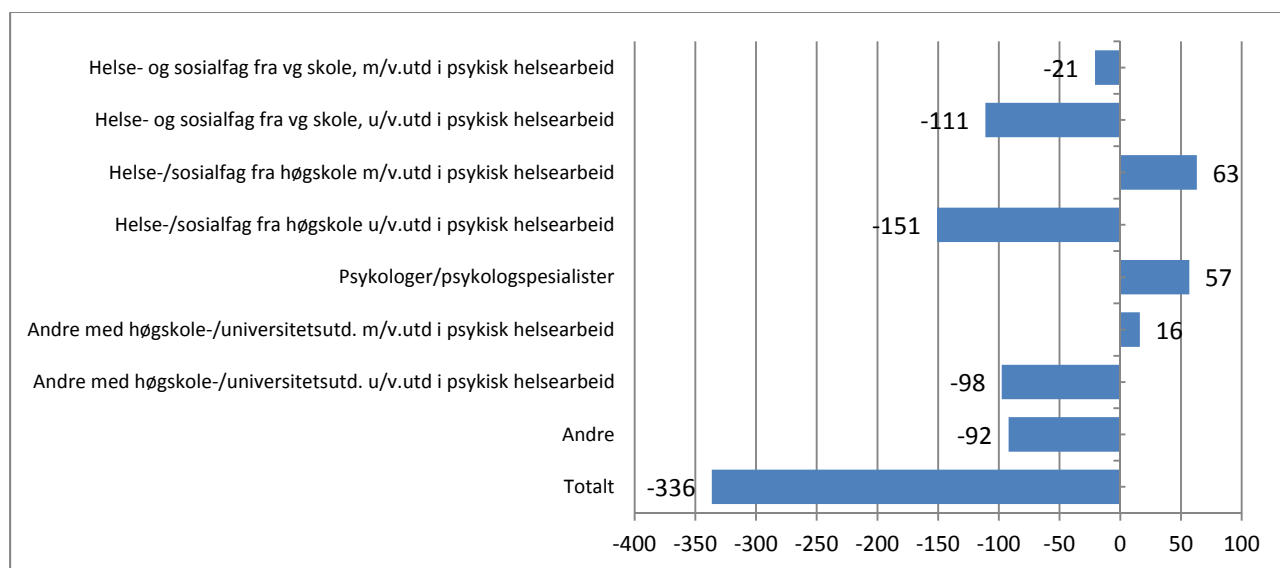
Årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på ulike utdanningsgrupper på følgende måte:

Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	55	55	51	63	55	65	34
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	243	257	216	183	189	201	146
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	344	412	432	438	449	454	475
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 099	1 144	1 080	1 078	948	1013	993
Psykologer	156	179	183	181	173	168	184
Psykologspesialister	*	*	*	*	50	45	52
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	150	172	142	139	153	158	188
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	603	471	438	417	409	409	373
Andre	287	230	202	207	188	175	138
Totalt	2 937	2 920	2 744	2 703	2 615	2 688	2 584

Tabell 3.10 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2013. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2	2	2	1
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	8	9	8	7	7	7	6
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	12	14	16	16	17	17	18
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	37	39	39	40	36	38	38
Psykologer	5	6	7	7	7	6	7
Psykologspesialister					2	2	2
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	5	6	5	5	6	6	7
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	21	16	16	15	16	15	14
Andre	10	8	7	8	7	7	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100



Figur 3.5 Endring i antall årsverk i ulike utdanningskategorier i tjenester og tiltak for barn og unge fra 2008 til 2013.

Fra tabell 3.11 ser vi at både andel med høgskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid øker gradvis både innen tjenester/tiltak rettet mot barn og unge og mot voksne gjennom perioden.

I tjenester for barn og unge er det færre årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid sammenliknet med tjenester for voksne, men det er betydelig flere årsverk med høyskole- eller universitetsutdanning. Det er også mange flere psykologer som arbeider med barn og unge innen kommunalt psykisk helsearbeid enn innen tjenester til voksne. 81 prosent av de tilsammen 293 psykologårsverkene rapportert for 2013, jobbet med barn og unge. Fra 2012 til 2013 er det rapportert om en økning på 34 psykologårsverk innen psykisk helsearbeid. 11 av disse kom i tjenester til voksne, mens 23 kom i tjenester til barn og unge.

Tabell 3.11 Andel årsverk med høgskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2013.

	Voksne		Barn og unge	
	Andel med høgskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	Andel med høgskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)
2007	54	34	80	19
2008	55	34	81	22
2009	55	36	83	23
2010	56	37	83	24
2011	56	38	83	25
2012	57	39	84	25
2013	57	39	88	27

3.5 ORGANISERING AV TJENESTENE

Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan man vil organisere tjenestene innen psykisk helsearbeid. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det ikke uventet at det finnes mange mulige organiseringsformer. Myrvold og Helgesen (2009) oppsummerer utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunen gjennom opptrappingsplanperioden, og anbefalte at det psykiske helsearbeidet har en klar forankring i kommunen i form av enhetsledelse eller koordinator. Rapporten pekte også på at det er et potensial for bedre samarbeid med tjenester utenfor kommunal sektor, samt at særlig små kommuner bør vurdere interkommunalt samarbeid på psykisk helsefeltet. I 2012 ble denne studien gjentatt for å se om det har foregått endringer etter at opptrappingsplanen var gjennomført (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012). De konkluderer med at kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet ikke ser ut til å ha endret seg vesentlig siden 2008.

Man kan lese mer om forskning, praksiseksempler og evalueringer av organisering av psykisk helsearbeid på <http://psykiskhelsearbeid.no/content/198/Organisering-av-tjenester>

I dette delkapittelet undersøker vi to forhold:

- Er rus og psykisk helse organisert i en felles tjeneste?
- Hvilken organisasjonsmodell velger kommunene for tjenestene til voksne og til barn/unge?

3.5.1 ORGANISERING AV RUS OG PSYKISK HELSE

I 2013 er har om lag 60 prosent av kommunene valgt å organisere rus og psykisk helse i samme enhet/avdeling eller team, se tabell 3.12. Dette har vært en sterk trend de siste årene og vi har sett at flere og flere kommuner slår sammen tjenestene for rus og psykisk helse.

Tabell 3.12 Antall og andel kommuner der tjenestene til rus og psykisk helse er organisert i samme enhet/avdeling/team? 2013.

	Antall	Andel
Ja	238	59
Nei	166	41
Totalt	404	100
Ikke informasjon	24	

I Oslo har fem av 15 bydeler valgt å organisere tjenestene i samme enhet.

3.5.2 ORGANISERINGSMODELL

I rapporteringen for 2007 og 2008 kunne kommunene velge mellom fire ulike modeller:

- Modell 1: Egen enhet med eget budsjett
- Modell 2: Integreert i øvrige tjenester
- Modell 3: Integreert med klar plassering av ansvaret
- Modell 4: Egen spesialisert tjeneste

I 2009 ble antallet redusert til tre modelltyper, som også gjelder for rapporteringen i 2010. Fra 2011 har kommunene i tillegg kunnet krysse av for en kategori "Annen organisering":

Modell 1 Egen enhet/tjeneste

Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter for eksempel pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell.

Modell 2 Integreerte tjenester:

Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert egen enhet for psykisk helsearbeid.

Modell 3 Ansvar hos rådmann/helsesjef:

Det er plassert et klart ansvar for arbeid med psykisk helsearbeid for voksne i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.

Modell 4 Annen organisering:

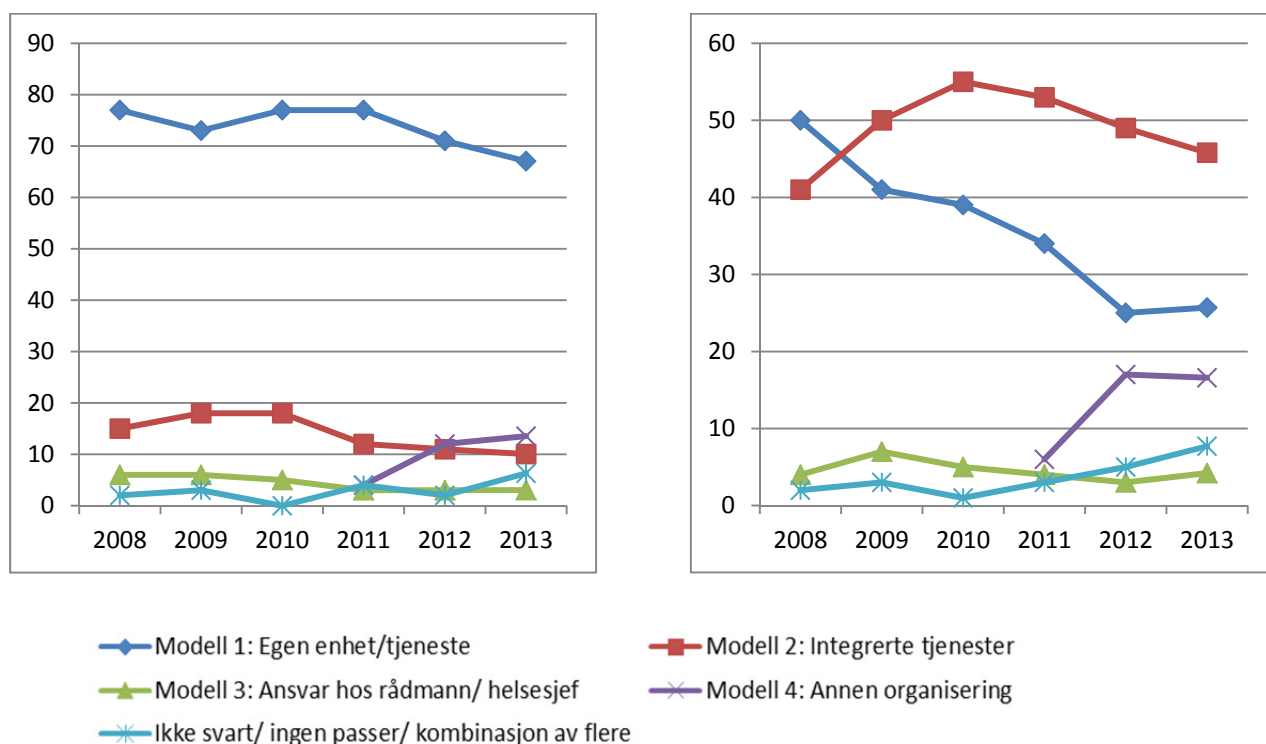
Hvis ingen av kategoriene over passer, kan man krysse av for annen organisering, og beskrive denne i et åpent spørsmål.

Fordelingen av kommunene på de ulike modellene er vist i neste tabell.

Tabell 3.13 Andel kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2013.

	Voksne						Barn og unge					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	77	73	77	77	71	67	50	41	39	34	25	26
Modell 2: Integrerte tjenester	15	18	18	12	11	10	41	50	55	53	49	46
Modell 3: Ansvar hos rådmann/ helsesjef	6	6	5	3	3	3	4	7	5	4	3	4
Modell 4: Annen organisering				4	12	14				6	17	17
Ikke svart/ ingen passer/ kombinasjon av flere	2	3	0	4	2	6	2	3	1	3	5	8
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	430	430	430	429	429	428	430	430	430	429	429	428

Det kan være lettere å se utviklingen tydeligere i en figur, se under. Nå blir det tydelig at det som fortsatt er vanligst i tjenester til voksne, er å ha en egen enhet eller tjeneste. Det er stadig færre kommuner som beholder tjenestene til voksne med psykiske lidelser og vansker integrert i øvrige tjenester. Det er flere kommuner som har ulike kombinasjoner av de ulike modellene (annen organisering).



Figur 3.6 Andel kommuner med ulike organiseringsmodeller for tjenester til voksne (venstre side) og tjenester til barn og unge (høyre side).

3.6 ANNET

Det er totalt rapportert om 3712 kommunale døgnplasser/kommunalt botilbud per 31.12.2013 fra kommunene. Hva som er inkludert her er vanskelig å vurdere uten mer informasjon enn det som her er innhentet, men dette var ett av spørsmålene Helsedirektoratet ønsket svar på gjennom kartleggingen.

Antall kommunale årsverk innen oppsøkende behandling (ACT/FACT/ROP-team) er også kartlagt og vi finner at dette på nasjonalt nivå i begynnelsen av 2014 utgjorde 414 årsverk.

3.7 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på nasjonale tall sammenstilt for perioden 2007-2013. Tallene viser at det har vært marginale endringer i utviklingen på nasjonalt nivå de siste fire årene, men noen tendenser spores:

- Antall årsverk for voksne som går til bolig med fast personell har økt siden 2009, men vi ser en utflating i veksten fra 2012 til 2013. Nedgangen vi har observert i årsverksinnsatsen knyttet til hjemmetjenester, har også flatet ut det siste året. Årsverk rettet mot arbeidstiltak er lavt, mens stabilt, mens årsverk knyttet til dagsenter fortsetter den negative trenden vi har observert siden slutten av Opptappingsplanen for psykisk helse.
- Antall årsverk som går til tjenester til barn og unge er på nasjonalt nivå redusert med fire prosent fra 2012 til 2013 og det er særlig færre årsverk rapportert i kategorien "Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid). Det er en vekst i årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste i forbindelse med barn og unge med psykiske helseproblemer, men dette utgjør ikke mer enn 18 årsverk på landsbasis.
- Antall psykologer og psykologspesialister i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne brukere er nå 57 årsverk på nasjonalt nivå. Dette er en økning på 11 årsverk fra 2012.
- Psykologene innen kommunalt psykisk helsearbeid er fortsatt i stor grad å finne i tjenester til barn og unge. I 2013 ble det rapportert 236 årsverk utført av psykologer (184) og psykologspesialister (52) og dette utgjør en økning på 23 årsverk fra 2012 til 2013.
- Veksten i befolkningen tilsier økt ressursinnsats for å opprettholde kapasiteten. Veksten i befolkningen tilsvares ikke med vekst i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene. Det observeres en stabil innsats målt i antall årsverk.
- 59 prosent av kommunene oppgir at de har felles organisering av rus og psykisk helsearbeid i 2013 og dette er en betydelig vekst fra 2012
- I tjenester til voksne er det ti prosent av kommune som har integrerte tjenester (psykisk helsearbeid ytes i mange tjenester), mens 46 prosent av kommunen har integrerte tjenester til barn og unge med psykiske helseproblemer. 26 prosent av kommunen rapporterer at de har en egen tjeneste/enhet for barn og unge med psykiske helseproblemer.

4 MÅLGRUPPE OG BRUKERE AV KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

IS-24 rapporteringen har primært handlet om årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Det har derfor vært et tjenestefokus heller enn et brukerfokus i denne datainnsamlingen. Generelt foreligger det svært lite kunnskap om brukerne av kommunalt psykisk helsearbeid og det er få alternative datakilder.

Formålet med kapittelet er å fremskaffe mer kunnskap om brukerne av kommunalt psykisk helsearbeid. Målet er ikke å gi en omfattende analyse av målgruppen, men heller å vise bredden i det arbeidet som gjøres. Det er også skrevet på en slik måte at kommunene skal få innblikk i hvordan andre kommuner arbeider på dette området.

4.1 BAKGRUNN

I spesialisthelsetjenesten samles det systematisk inn pasientdata gjennom Norsk pasientregister (NPR), men det er ikke noe tilsvarende rapportering av brukere av kommunale tjenester. IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) gir informasjon om brukere av kommunale tjenester, men det er foreløpig vanskelig å skille ut brukere med psykiske lidelser. Dette skyldes både at diagnoseinformasjonen ikke er obligatorisk og at det er uklart hvor komplett rapporteringen fra kommunalt psykisk helsearbeid er i IPLOS. BrukerPlan⁵ er utviklet for å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmisbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester, men er også tatt i bruk for å kartlegge brukere med psykiske lidelser. BrukerPlan gir en kartlegging som går mer i dybden innen områder som har stor betydning for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Verktøyet er utviklet av rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) og kartleggingsverktøyet skal nå tilbys alle kommuner.

I følge Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005), kunne tjenestene defineres på denne måten:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (Veileder psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, 2005).

Samtidig som datainnsamlingen pågikk våren 2014, kom den nye veilederen – da som en felles veileder for psykisk helsearbeid og rusarbeid.⁶

⁵ <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kartlegger-rusmiddelmisbruk-i-kommuner.aspx>

⁶ Helsedirektoratet 2014: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076.

I den nye veilederen ble målgruppen for de kommunale tjenestene (Enhet/avdeling for psykisk helse- og rusarbeid, Enhet/avdeling for rusarbeid, Enhet/avdeling for psykisk helsearbeid) definert som:

- Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet
- Personer med psykiske vansker/lidelser
- Personer med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser)

Kommunene er svært ulike, både i forhold til befolkningens behov, avstander intern i kommunen og avstand til spesialisthelsetjenester, organisering av tjenestene etc. Det er derfor naturlig å forvente at det er variasjon mellom kommunene i tjenestetilbudet og i hvordan de definerer målgruppen for tjenestene.

4.2 DATAGRUNNLAG

Kapittelet bygger på kommunenes svar på følgende spørsmål:

27. Hvem vil dere beskrive som målgruppen for det kommunale psykiske helsearbeidet? Her ønsker vi at dere skiller mellom a) voksne og b) barn/unge

Over 400 av de 428 kommunene har gitt en beskrivelse av målgruppen. Noen har skrevet et helt avsnitt, mens andre har beskrevet målgruppen mer i stikkordsform. Begge deler gir nyttig informasjon

Vi gjengir ikke her navnet på kommunen, men oppgir hvilken helseregion kommunen ligger i og størrelsen på kommunen.⁷ Små kommuner defineres her som kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, mellomstore kommuner har mellom 5 000 og 20 000 innbyggere, store kommuner 20 000 – 60 000 innbyggere og storbykommuner som kommuner med mer enn 60 000 innbyggere (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Sandnes, Tromsø og Drammen).

4.3 METODISK TILNÆRMING

Metoden som er brukt for å formidle svarene fra kommunene, bygger på en detaljert gjennomgang alle de kvalitative svarene og en fullkoding etter hovedinnhold. En slik åpen kodingsrutine sørger for nært samsvar mellom måten kommunen formidler målgruppen på, og det som fremstilles i rapporten. Dette er vektlagt heller enn å definere strenge utelukkende kategorier basert på en teoretisk tilnærming. Datagrunnlaget er ikke egnet til denne typen analyser, og det ville gitt et kunstig bilde av målgruppen.

Mange av tekstene er lange og inneholder mange elementer som på ulike måter beskriver målgruppen. Datagrunnlaget er derfor heller ikke egnet til å kvantifiseres i ulike kategorier. Datagrunnlaget er godt egnet til å fremskaffe et bilde av hvem brukerne av kommunalt psykisk helsearbeid er, beskrevet av fagfolkene i tjenestene.

Vi har valgt å ta med et rikt utvalg sitater for å illustrere hva som ligger i de ulike overskriftene/kodene. Det er i mange tilfeller uklare grenser mellom de ulike overskriftene, og det blir naturlig ofte overlapp mellom kategoriene. Formålet er å få frem en bredde i målgruppen og på den måten få mer kunnskap om hvordan kommunene innretter tjenestene.

⁷ I videre kartlegginger bør kommunens navn oppgis i rapportene for at kunnskap skal deles mer effektivt. Dette krever en godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og det må gis tydelig informasjon til respondentene at kommunen ikke er anonym i datainnsamlingen.

Kapittel 4.4 beskriver tjenester og tiltak til voksne, mens kapittel 4.5 beskriver tjenestene til barn og unge.

4.4 TJENESTER OG TILTAK TIL VOKSNE

Noen kommuner beskriver målgruppen kort og greit ved å henvise til lovteksten:

Målgruppen er de som har rett til helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. (Mellomstor kommune i Øst).

Andre kommuner opplever at det settes sterke føringer på tjenestene, slik at det er vanskelig å definere en målgruppe:

Kommunen opplever at lover, forskrifter, veiledere og anbefalinger ivaretar kjønn, alder, etnisk opprinnelse, diagnostikk og andre kjennetegn på en måte som gjør at det er vanskelig å definere en målgruppe. Målgruppen blir i så fall de av kommunens innbyggere som opplever psykiske plager eller lidelser på en måte som forstyrrer eller vanskeliggjør hverdagen for egen del, i relasjon til andre eller i forhold til systemer. (Mellomstor kommune i Øst).

Flere kommuner har beskrevet hvem brukerne faktisk er, heller enn å beskrive målgruppen. Dette viser at de har god oversikt over tjenestemottakerne, og beskrivelsen bidrar til et tydeligere bilde av brukergruppen. Vi starter med disse svarene.

4.4.1 TYDELIGE BRUKERGRUPPER

Noen kommuner har oppgitt en nummerert punktliste av brukere, og dette kan tolkes som en form for prioritering av ulike brukere:

- 1. Alvorlig psykisk syke med psykoseproblematikk (bipolare lidelser og Schizofreni)*
- 2. Angst/depresjon*
- 3. Tidvis en del krisehåndtering for enkeltindivider som har møtt "veggen" eller samlivsbrudd o.l.*
(Liten kommune i Nord).

- 1. Personer med kjent psykisk lidelse, psykoser og personlighetsforstyrrelser med behov for langvarig oppfølging*
- 2. Personer med samtidig rusproblem og psykisk sykdom*
- 3. Personer med angst og depresjon*
- 4. Personer i livskriser*
(Liten kommune i Øst)

Fra disse to små kommunene ser vi allerede en viss variasjon. Den første kommunen omtaler ikke personlighetsforstyrrelser eksplisitt, og har kanskje ikke personer med denne typen lidelser bosatt i kommunen. Begge kommunene trekker frem psykoser, angst, depresjoner og begge nevner personer i livskriser.

En større kommune har flere brukere og kan dermed ha behov, eller mulighet for, å differensiere ytterligere:

1. ROP-pasienter
 2. Personer med alvorlig psykisk lidelse som har behov for oppfølging/koordinering
 3. Personer med depresjon
 4. Personer med angst / tvang som gir begrensninger i livskvalitet og selvhjulpenhet
 5. Personer med psykososiale problemer som gir begrensninger i livskvalitet og selvhjulpenhet.
- (Mellomstor kommune i Øst)

Andre differensierer brukerne mer etter hvor langvarige hjelpebehov de har:

1. Voksne med kroniske psykiske lidinger som treng hjelp til mestring av dagleg liv. Støttesamtaler, medikamenthåndtering, veiledning av annen personell, deltaking i ansvarsgrupper og koordinere ansvarsgrupper.
2. Voksne som treng behandling for psykiske plager/sjukdom, ei oppfølging som varer over kortare tid. Låg terskel for å kome til. Oftast henvisning frå lege eller annen helsepersonell.
3. Voksne som opplever alvorlege livskriser. (Liten kommune i Vest)

Her fremkommer også litt informasjon om hvilket tilbud som gis. For eksempel ser vi at tjenesten gir veiledning til annen personell, og at de koordinerer ansvarsgruppene for brukerne. I denne kommunen virker tjenesten å være mer spesialisert på psykisk helse, særlig ved at de veileder annen personell i kommunen. Liknende beskrivelser er gitt av flere kommuner:

Tjenestemottakere er mennesker med psykiske lidelser/plager, rusavhengighet, livskriseproblematikk, pårørende, personer og andre instanser som ber om hjelp i akutte kriser, veiledning, undervisning, kompetanseheving, forebyggende tiltak, informasjon, psykososial helsehjelp ved sorg, traumer (Mellomstor kommune i Midt).

4.4.2 KOMMUNER MED GOD OVERSIKT

Noen kommuner ser ut til å ha god oversikt over brukerne, og oppgir presise fordelingsstall:

67 % kvinner - 32 % menn. Flest brukere opptil 70 år. Andelen unge er økende. Alderen 18 - 26 år = 13, 3% av total brukermasse. (T.B). 27 - 30 år = 18% av T.B. 31 - 40 år = 18, 6% av T.B. 41 - 50 år = 16,6% av T.B. 51 - 60 år = 24,6% av T.B. 61 - 70 år = 5,3% av T.B. 71 - 79 år = 7,3% av T.B. 80 - 90 år = 1,3 % av T.B. Angst/ depr = 42 % av T.B. Schizofreni = 17,3 % av T.B. Bipolare Lid. = 12, 6 % av T.B. Personlighetsforstyrrelser = 10 % av T.B. Dobbeldiagn = 4 % av T.B. ADHD = 5,3 % av T.B. Andre = 8,8 %. (Liten kommune i Nord).

Her fremkommer det at de fleste brukerne av tjenestene har angst og depresjoner (42 prosent) og flere har personlighetsforstyrrelser enn dobbeltdiagnoser. Kommunen har også en god del eldre brukere innen tjenesten, og dette er det flere småkommuner som har:

Flest middelaldrende og eldre er brukerne i vår kommune. Det er noen få yngre brukere mellom 20-30 år. (Liten kommune i Nord).

En litt større kommune, som totalt har 202 brukere, beskriver målgruppen slik:

Voksne brukere, menn og kvinner i aldersgruppen 18- 49 år er den største målgruppen med sammensatte psykiske lidelser (flest kvinner, totalt 156 brukere). Nest største gruppe er menn og kvinner i alder 50- 66 år, totalt 61 brukere. Barn/unge 0-17 år 4 brukere. Brukergruppen 67-74, totalt 13 brukere, 75-79 år 2, 80-84 3 brukere, 85-90 år 0 brukere, over 90 år 1 bruker. Totalt brukere med psykiske lidelser 202. Resterende tilhører rustjenesten, hvorav mange har dobbeltdiagnose rus og psykiske lidelser. Vi har i 2013 hatt kun 4 brukere under 18 år. (Mellomstor kommune i Nord).

Liknende oversikt er gitt av en annen kommune av tilsvarende størrelse:

Ut frå kartlegging me nyleg har gjort i kommunen av 155 brukarar som har vedtak om rus og psykiske helsetenster, har 2/3 av brukarane alvorlege langvarige problem som; schizofreni, medikament/rusmiddelavhengighet, alvorlige personleghetsforstyrningar, alvorlige bipolare lidingar. Opp mot 1/3 har kortvarige alvorlige problem, langvarige milde problem som; akutte psykosar med god prognose, tidsbegrensa skadleg bruk av alkohol, illegale rusmidlar utan avhengighet, langvarige depresjonar/angstlidelsar, mindre alvorlige personlegdomsforstyrrelsar/spiseforstyrrelsar. Under 10 % av brukarane har kortvarige milde problem som; nyoppstått angst/depresjonar - milde/moderat, sjølvskading utan personlegdomsforstyrrelse, bruk av rusmidlar utan avhengighet/nedsett funksjonsnivå. (Mellomstor kommune i Vest)

En liten kommune i Midt-Norge beskriver målgruppen slik:

Det er vaksne med ulike diagnosar som angst, depresjon og psykoselidningar. Ca. 11 brukarar har rusproblem saman med psykisk lidning. 4 av desse har Legemiddel assistert rehabilitering (LAR). ROP-pasientar. Totalt ca. 41 brukarar har vi kontakt med. Vi har fått fleire pasientar frå flyktingemottak i kommunen. Denne pasientgruppen har samansette problem. Dette er ei krevjande gruppe å arbeide med på grunn av kulturforskjeller og språkvanskar. (Liten kommune i Midt).

Fra dette kan vi beregne at 27 prosent av brukerne har samtidig rusproblem og psykiske lidelser.

4.4.3 NATURLIG VARIASJON I MÅLGRUPPEN

Forrige sitat viser at kommunen nevner flykninger, og det er flere kommuner som oppgir flykninger og asylsøkere som en del av målgruppen:

Pasienter med alvorlige psykiske diagnose, aldersgruppe ca 55-65 år. Pasienter med lettere diagnose, eller ingen diagnose, aldersgruppe ca 40-85 år. Vi har noen flykninger som har behov for psykisk støtte. (Liten kommune i Nord).

Målgruppen for det kommunale psykiske helsearbeidet er voksne som har kommet i en livskrise, kronisk syke, mennesker med rusrelaterte problem, eldre. I heradet har vi også et asylmottak, vi har og flykninger, disse utgjør en stor del av vår målgruppe. Forøvrig bruker vi mye tid på forebyggende arbeid. Personar i kommunen som slit med å meistra livet pga psykisk sjukdom; psykose, depresjon, angst og tvang. Mest depresjon og angst. Det er også nokre som slit med ROP- diagnose og skader etter langvarig rus. Men også livskriser og andre hendingar som gjer at dei ikkje meistrar livet kortare eller lengre periode. Pårørandearbeid. Menneske med traumer, t.d etter krig, flukt. (Liten kommune i Vest).

I kommuner som ikke bosetter flykninger eller som ikke har asylmottak, vil dette i liten grad være en del av arbeidsområdet til tjenestene. Dette er ett eksempel på naturlig variasjon i brukergruppen mellom kommunene.

Mange nevner pårørende som en viktig målgruppe, mens andre kommuner tar med mennesker med traumelidelser og fødselsdepresjoner i målgruppen. Noen beskriver også målgruppen som de med behov for koordinerte tjenester, mens andre beskriver brukere med sosiale problemer:

Kjennetegn er at de har angst, depresjoner, livskriser og alvorlige psykiske diagnoser, rusproblematikk. Brukerne er i de fleste tilfeller 35 - 50 år. Lik fordeling på kjønn. Hovedtyngden har en uførestønad, eller uten arbeid (sykemeldt). De har lav inntekt. (Liten kommune i Nord).

De med alvorlig psykiske lidelser. Samtidig rus og psykisk lidelse. Livskriser i form av; mistet jobben, sykmeldt over lengre tid, droppet ut av vg. skole, angst og depresjon. (Mellomstor kommune i Øst).

I følgende kommune ser det ut som de tar et viktig koordinerende ansvar:

De med angstproblematikk, depresjoner, personlighetsforstyrrelser. De med sorgreaksjoner, essensielle kriser, de som er i behov av samtaler etter innleggelse. Det gis støttesamtaler, med bruk av MI og kognitive metoder. De som trenger praktisk bistand og opplæring ift ADL, økonomi, lege, tannlege, NAV-saker. Vi følger de i systemene, hjelper til med "å rydde" Systematiserer - IP - ansvarsgrupper - koordinerer tjenester. (Mellomstor kommune i Øst).

I tillegg til å gi tilbud til innbyggere med langvarige psykiske helseproblemer, samt tilby samtaler, bruker tjenestene også ressurser til praktisk hjelp i hjemmene:

Voksne med ROP lidelser, folk som har et langvarig psykisk helseproblem, mer habilitering enn rehabilitering. Folk som er ferdig behandlet i spes. helsetjenesten. Folk som blir henvist lokalt til samtaler av fastlegen sin enten samtaleoppfølging av psykisk helsetjeneste/ROP- tjeneste. Folk som får et KID-kurs. Også folk som ikke mestrer den praktiske hverdagen pga. sin psykiske helse, blir brukt en del ressurser til praktisk hjelp i hjemmene. (Mellomstor kommune i Øst).

I tillegg til psykiske lidelser, er det mange kommuner som kommer inn på sosiale problemer, mestringsproblemer og livskriser som årsaker til at brukerne har behov for tjenester:

Målgruppen er mennesker med psykiske lidelser som trenger oppfølging i lengre eller kortere tid for å mestre livet og dets utfordringer. Mennesker i sorg og krise. Mennesker med livsbelastninger som gjør at de trenger hjelp til sortering og bearbeiding i en periode i livet. (Liten kommune i Nord).

Det er naturlig at målgruppen kommunene beskriver for det kommunale psykiske helsearbeidet vil variere i forhold til hvilke andre tjenester som er godt utbygd i kommunene. Der NAV bruker mye ressurser på aktivitetstiltak og gjør mye praktisk sosialt arbeid, kan det være mindre behov for at kommunalt psykisk helsearbeid innretter seg sterkt i forhold til sosialt arbeid. I kommuner der det brukes mye ressurser på skolehelsetjenesten, kan det være mindre behov for at kommunalt psykisk helsearbeid utvikler spesialiserte tiltak for unge. Målgruppen til tjenestene må derfor ses i sammenheng med hvilke andre tilbud som eksisterer i kommunene, og fordi det er stor variasjon mellom kommunene i hvilke andre tilbud som gis, vil det være stor variasjon i hvordan det kommunale psykiske helsearbeidet innrettes.

4.4.4 LAV TERSKEL OG FOREBYGGING

En god del kommuner definerer målgruppen som mer omfattende enn det som er beskrevet innledningsvis i forhold til veilederen. Disse kommunene vektlegger ofte forebygging:

Målgruppen er:

1: Hele lokalsamfunnet ved primærforebyggende tiltak. eks: markering av verdensdagen for psykisk helse, "folkeopplysning" gjennom foredrag med brukere o.l.

2: Utsatte grupper ved sekundærforebyggende tiltak. eks: samlivskurs for førstegangsførelse, dagsenter.

3: Personer med psykiske vansker eller lidelser. eks: miljøarbeid, oppfølging eller behandling i form av samtaler. (Liten kommune i Øst).

Denne kommunen ser ut til å prioritere forebygging innen psykisk helse høyt og definerer målgruppen veldig bredt. Det er det også en del andre kommuner som gjør:

Vi definerer målgruppen bredt. Tilstreber lav terskel for kontakt slik at både det forebyggende, behandlende, samt også det rehabiliterende fokus opprettholdes. Tjenestene tar sikte på å nå enhver innbygger som opplever psykiske og eller rusrelaterte vansker. (Mellomstor kommune i Øst).

Vi ser på hele befolkningen som målgruppen vår, selv om vi primært skal være et tilbud til de som har psykiske vansker, en psykisk sykdom og/eller rusproblemer og deres pårørende. Alle som henvender seg til oss får et tilbud, da vi tenker at det er god forebygging. I tillegg driver vi andre former for forebygging og opplysningsarbeid. (Liten kommune i Nord).

Fra 18 år og oppover - uten begrensning i alder oppad. Med innført samhandlingsreform sees et mangfold i ulike utfordringer og komplekse problemstillinger som blant annet gjelder depresjon - og angstlidelser hos begge kjønn. Psykisk helsetjeneste representerer et lavterskeltilbud med det forebyggende arbeid i fokus med den hensikt å yte bistand før eksempelvis en krise i livet får utvikle seg til å bli sykdom. (Mellomstor kommune i Øst).

Det kan se ut som det generelt er en dreining mot forebygging i mange kommuner, men det er med noen unntak vanskelig å se hvor eksplisitt denne endringen er i den enkelte kommune:

For 2013: Brukere med tydelig definerte psykiske lidelser og problemstillinger. Kronikere. Fra 2014: tjenesten omorganiseres og innrettes med fokus på forebygging, tidlig intervensjon og korttidsbehandling og retter seg mot innbyggerne generelt. (Liten kommune i Sør).

Når kommunene med gitte ressurser i større grad skal prioritere forebyggende arbeid, må noen prioriteres mindre, og flere kommuner beskriver en slik utvikling:

Målgruppen for det psykiske helsearbeidet i kommunen har vært voksne med etablerte, og kronisk psykisk lidelse. Disse skal også i fremtiden få tjenester, men innsatsen skal dreies mot nysyke, og tidlig innsats. Frem til nå har en liten gruppe med langvarige kroniske lidelser brukt alle ressursene. Psykisk helsetjeneste i kommunen skal øke fokuset mot tidlig intervensjon og pasienter med størst rehabiliteringspotensial dvs. mennesker med milde og moderate psykiske lidelser, og en større del av oppfølging kan gjøres av den ordinære pleie- og omsorgstjenesten. (Liten kommune i Sør).

Denne kommunen har valgt å dreie ressursene mot mennesker med "størst rehabiliteringspotensial". Hvorvidt dette betyr at mennesker med alvorlige psykiske lidelser får et dårligere tilbud, er vanskelig å

vurdere. Her ser det ut til at de skal øke ressurstilgangen ved at pleie- og omsorgstjenesten tar mer av oppfølgingen.

4.4.5 ALVORLIG SYKE PRIORITERES

Det fleste kommuner oppgir, er at de prioriterer mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Vi tar med en del av beskrivelsene for å illustrere variasjonen:

De med alvorlige psykiske lidelser/rusproblematikk er hovedmålgruppen. Deretter kommer de med lettere psykiske utfordringer. Krisegrupperarbeid. Forebyggende arbeid som å drive kurs i depresjonsmestring, trimgruppe. Informasjonsarbeid ift. verdensdagen for psykisk helse, for å redusere tabuer og alminneliggjøre psykisk helse. (Liten kommune i Øst).

Dei med mest alvorlege psykiske lidingar blir prioritert med dei ressursane ein har no. Ein prioriterer og dei som er ramma av kriser. (Liten kommune i Midt).

Voksne med alvorlig psykiske lidelser som bipolar lidelse, schizofreni og alvorlig depresjon. Også voksne med angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, rusproblem og hjelp i akutte kriser til alle med akutt behov. (Liten kommune i Midt).

Hovedsaklig mennesker med alvorlige psykiske lidelser og /eller vansker relatert til rus, med behov for helhetlig og koordinerte tjenester. Dette er brukere med behov for døgnbasert omsorgstjeneste. De siste årene har psykisk helsearbeid fått flere oppgaver innen tidlig intervensjon knyttet til kriser, suicidalproblematikk og depresjon- og angstlidelser. (Mellomstor kommune i Vest).

De med alvorlige psykiske lidelser/rusproblematikk er hovedmålgruppen. Deretter kommer de med lettere psykiske utfordringer. Krisegrupperarbeid. Forebyggende arbeid som å drive kurs i depresjonsmestring, trimgruppe. Informasjonsarbeid ift. verdensdagen for psykisk helse, for å redusere tabuer og alminneliggjøre psykisk helse. (Liten kommune i Øst).

Psykisk helsearbeid for voksne er i hovedsak rettet mot kronisk syke som trenger et heldøgns botilbud. I tillegg er det personer med varierende funksjonsnedsettelse på grunn av sin psykiske lidelse som trenger oppfølging rundt koordinering av tjenestetilbudet og støtte i form av samtaler, oppfølging i kriser m.m. (Liten kommune i Sør).

Hovedfokus på alvorlig/ kroniske lidelse, men ingen får avslag. (Mellomstor kommune i Øst)

Psykosar, depresjoner/angst, rusproblematikk, sorg som fører til lengre sykdom, traumebehandling, personlighetsforstyrrelser. (Mellomstor kommune i Øst).

Målgruppen er mennesker med psykiske lidelser. psykose, schizofreni, manisk/ depressive lidelser, depresjon, angst, tvangslidelser og livskriser. (Stor kommune i Øst).

Målgruppen er primært voksne mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Sekundært oppfølging av mennesker i fare for å utvikle alvorlige lidelser. (Mellomstor kommune i Nord).

Hovedgruppa er brukarar med "tunge" diagnosar (schizofreni, bipolar). I tillegg personar med lette depressive lidelsar, angst- og tvangslidelsar. (Liten kommune i Sør).

Personer med alvorlige psykiatriske diagnoser, som schizofreni, ROP lidelser, Bipolare lidelser, langvarige angst og psykososiale plager. (Liten kommune i Nord).

Målgruppen er voksne med psykiske lidelser som har behov for sammensatte tjenester. (Mellomstor kommune i Nord).

Det er kanskje slik at de med alvorlige psykiske lidelser henvises fra spesialisthelsetjenesten, mens fastlegen henviser de som ikke er syke nok til å få behandling i spesialisthelsetjenesten. De som selv tar kontakt med tjenestene, har kanskje ikke alvorlige psykiske lidelser men trenger hjelp med andre forhold:

Målgruppen er de som selv søker om tjenester eller henvises til kommunale tjenester fra andre. Dette er ofte mennesker som har en diagnose knyttet til psykisk helse. En mindre gruppe er mennesker som selv søker hjelp for en kortere eller lengere periode, støttesamtaler, ut fra personlige kriser eller påkjenninger. Disse har ingen diagnose, men trenger hjelp for å komme videre. (Liten kommune i Midt).

Her er vi kanskje igjen inne på grensegangen mellom psykiske helsetjenester og sosiale tjenester.

4.4.6 ENDRINGER FRA ALVORLIGE LIDELSER TIL MESTRINGSPROBLEMATIKK?

At målgruppen for psykisk helsearbeid er i endring, er det mange kommuner som kommenterer:

Søkermassen har endret seg i form av at det i stadig større grad dreier seg om konsekvenser av livshendelser, mer enn tunge psykiatriske diagnoser. Dette medfører at tidsbruken i førstelinjetjenesten er vridd fra tunge diagnoser til utfordringer knyttet til livets svingninger. Svingninger som folk tidligere tilsynelatende i større grad håndterte på egen hånd. Dette medfører ett dilemma rundt prioritering, da man opplever at endring i søknadsmassen går ut over de dårligste. Hvilket betyr at presset på tjenestene øker, samtidig som ressursene ikke er økende. (Mellomstor kommune i Øst)

Flere kommuner uttrykker bekymring for hvilket tilbud mennesker med kroniske og alvorlige psykiske lidelser skal prioriteres når det uten økte ressurser får mange nye brukere.

Mange kommuner oppgir at de erfarer en økning i antall unge brukere:

Kronisk psykisk syke med ulike diagnoser. Personer med ROP - lidelser, nysyke, akutte saker og en økende gruppe unge mennesker med kognitiv svikt og psykisk lidelse. (Liten kommune i Nord).

Personer med psykiske problemer og psykiatriske lidelser. Et økende antall unge 18-30 år som har utfordringer med å takle voksenlivet. Pårørende som ønsker hjelp, støtte og veiledning. (Liten kommune i Midt).

Kvinner og menn mellom 25- 30 år opp til 70 ++ Ser også en økende tendens blant yngre Flere kvinner enn menn. Depresjon, angst og stemningslidelser dominerer. (Liten kommune i Nord).

Andre kommuner sier eksplisitt at de har økning i småbarnsforeldre, men sier også at det kan komme av bedre kartlegging og oversikt:

Voksne fra 18 - 100 år. Økning i småbarnsforeldre. Også blant eldre aleneboende. (Liten kommune i Midt).

Alle i aldersgruppen 18+, vi arbeider med alle diagnosegrupper. Opplever flere tyngre saker og flere har alvorlig depresjon BO Selv - tidlig intervensjon. Kartlegger alle brukere i forhold til om de har egne barn. (Mellomstor kommune i Vest).

Mange kommuner opplever at de nye gruppene ikke har en varig psykisk diagnose, eller at det er mer sosiale forhold enn psykiske problemer som ligger bak:

Tradisjonelt har målgruppen vært de mennesker med kjente diagnoser, men vi ser en økning av mennesker som har behov for oppfølging i perioder i sitt liv, uten noen varig psykisk diagnose. (Liten kommune i Øst).

Brukere med ROP-lidelser, brukere med psykiske lidelser, økning av brukere som er deprimerte og som trenger støttesamtaler/oppfølging for en periode og personer med alvorlig fysisk/kronisk lidelse som har behov for støttesamtaler. (Liten kommune i Nord).

Det er økende antall henvendelser som skyldes psykisk uhelse i forbindelse med livsbetingelser som dårlig økonomi, arbeidsledighet, samlivsbrudd. Enkelte med rus som tilleggsproblematikk. Angst og depresjon er de diagnoser som benyttes mest. (Mellomstor kommune i Øst).

Generelt er det mange kommuner som erfarer at den nye delen av målgruppen er mennesker med et mildere symptombilde:

Målgruppen har frem til nå vært de med alvorlige lidelser og en bredde i symptombilde. Gjerne i behov av sammensatte tjenester. Vi ser at målgruppen er i ferd med å endres. Målgruppen er i større grad også de med moderate og milde lidelser med et mildere symptombilde. Mange i den nye målgruppen er i utdanning, jobb og lever et selvstendig liv. (Stor kommune i Øst).

Hovedmålgruppen er mennesker med moderat til alvorlig psykisk lidelse, samt de med psykisk lidelse og funksjonssvikt på flere områder. De med lettere til moderat psykisk lidelse får tilbud om tjenester primært i grupper eller ved ledig kapasitet. (Mellomstor kommune i Vest).

Det kan noen steder være slik som den siste kommunen erfarer, at de med alvorlige psykiske lidelser prioriteres og at de med mindre alvorlige lidelser og problemer får tilbud om de har ledig kapasitet.

4.4.7 UNGE SOM FALLER UTENFOR

Mange kommuner nevner at de prioriterer unge som havner utenfor skole og arbeidsliv:

Voksne i alle aldersgrupper, depresjon og angstproblematikk. Ungdommer med mye fravær fra videregående skole, angst, søvnvansker, dårlig selvbilde. Mange sliter pga en problematisk oppvekst med voksne som har rusproblemer og eller psykiske problemer. Unge voksne som ikke kommer i arbeid, dårlig utredet i oppveksten og har gått gjennom skolesystemet uten tilrettelegging, dette blir det psykiske problemer av etter hvert. Voksne med langvarige psykisk sykdom. (Mellomstor kommune i Nord).

Målgruppen er fra 16 år og oppover. Satser på forebygging blant ungdom. Kjører bla DU-kurs. (Mellomstor kommune i Midt).

Det er flere kommuner som nevner depresjonsmestringskurs for ungdom (DU kurs). Med fokus på forebygging og tidlig intervensjon er det kanskje også naturlig om det trekker psykisk helsearbeid nærmer sosialtjenestearbeidet:

Personer med sammensatte hjelpebehov knyttet til å leve og bo, samt å fungere i dagliglivet. Skoledropouts fra videregående skole. (Mellomstor kommune i Nord).

Noen kommuner nevner unge voksne som prioritert gruppe etter de som er alvorlig syke:

Alvorlig langvarige syke.

Unge voksne som faller ut av skole/arbeid.

Voksne som trenger hjelp til å henvises videre innen rus/psykiatri.

Samarbeid mellom helse/NAV/VG skole/ASVO/spesialisthelsetjenesten. (Mellomstor kommune i Nord).

Andre nevner ikke nødvendigvis de som faller ut av skolen og arbeidsliv, selv om dette sannsynligvis er en konsekvens av den problematikken mange unge sliter med:

Hovudmålgruppa er dei med langvarige kroniske lidningar, alvorlege diagnosar som schizofreni, depresjon, personlegdomsforstyrningar etc. Ei anna gruppe vi vil trekkje fram er unge vaksne med kronisk suicidalitet, sjølvskading og spiseforstyrningar (Liten kommune i Vest)

Vi har i et annet prosjekt gått nærmere inn på unge som faller utenfor skole og arbeidsliv og som får behov for tilbud fra NAV (se Ose et. al, 2014). Mange har psykiske helseproblemer som ofte er relatert til mestringsproblematikk (ibid). Det er helt klare sammenhenger mellom utfordringene som NAV opplever med unge brukere og det som kommunalt psykisk helsearbeid erfarer.

Arbeidsdelingen mellom NAV og de kommunale tjenestene når det gjelder de unge kan være uklar. Dersom det er slik at kommunalt psykisk helsearbeid i hovedsak prioriterer mennesker med alvorlige psykiske lidelser, men gir tilbud til andre om de har kapasitet, er det naturlig at det blir variasjon i hvem som får tilbud hvor. Dersom kommunalt psykisk helsearbeid har dårlig kapasitet, vil dette kunne medføre større krav til NAV.

4.4.8 TYPE TJENESTER

Kommunene driver både veiledning av brukere, rehabilitering, habilitering og oppfølging i det daglige. En av kommunene beskriver godt tjenestetilbudet på ulike nivå:

Butilbod: personar med kroniske lidningar og behov for oppfølging av miljøpersonal i ulik grad; varierar frå 1 til 1-kontakt 24/7/365 i samlokaliserte bustader til personar som bur i vanleg bustad og får heimebesøk eit par gongar i veka.

Dagtilbod: målgruppa har etter kvart blitt personar med kronisk lidning, der arbeidstrening ikkje er så aktuelt. Målsetting aktivitet og sosialt fellesskap.

Psykiatriske sjukepleiarar: målgruppa er svært variert, berre omlag 10% med kroniske lidningar, samtaleterapi, eksponeringstrening, enkelte i påvente av eller i stadenfor poliklinikk i 2.lina, henvisingane kjem frå sjukehus (ved utskrivning), fastlege og helsestasjon/jordmor. (Mellomstor kommune i Midt).

Denne kommunen viser at tjenestetilbudet i kommunen har tre nivåer, botilbud, dagtilbud og samtaletilbud. De viser også at henvisningene både kommer fra spesialisthelsetjenesten og fra fastlegene, men også fra andre kommunale tjenester.

En annen kommune beskriver enda mer detaljert innholdet i tjenestetilbudet:

Psykososial kriseintervensjon (akutt alvorleg, traume, vald og krenkingar).

Lågterskel kartlegging, behandling og eller los vidare i system - for vaksne med psykiske vanskar og psykisk sjukdom (angst, depresjon, ptsd, sjølvskading, spiseprobem, tvang, avhengighet, rop, prodromalteikn på alvorleg sjukdom, adhd, mm).

I tillegg lett tilgang på meistringskurs i t.d. KID, KIB, SMARTE foreldre og kurs for Barn som pårørnde (og deira foreldre). Vaksne med foreldreansvar blir prioriterte. ViP (very important person-pasient'ar) oppfølging og behandling ved alvorleg psykisk sjukdom (art/grad/varighet/sårbarhet/nettverk) med nedsett funksjon, lengre varighet, lite nettverk, auka sårbarhet). (Mellomstor kommune i Vest).

Denne beskrivelsen viser igjen hvor bredt disse tjenestene arbeider. Andre kommuner har ikke kommet så langt i tjenesteutviklingen, men det ser ut som flere kommuner er på vei til å bygge opp et mer omfattende tilbud og kan ta i mot nye brukergrupper.

4.4.9 NYE TILBUD VOKSER FREM

En del kommuner henviser til endringer de har gjort og flere kommuner opplever at det prøves ulike modeller for å finne riktig organiseringsform:

Vi har alle fra 18 år og oppover. Her er alle i vår målgruppe, men vi ser at hovedtyngden er yngre og småbarnsfamilier. Fra 1. januar i år har vi også fått ansvaret for alt som har med rus og gjøre. Det ble fra april 2014 bestemt at vårt hovedfokus skal være innen behandling og forebygging. Da skulle miljøterapi skilles ut og bygges opp ved en annen avdeling, dette ble gjort om på høsten og miljøterapi med arbeid i hjemmene kom tilbake til vår avdeling. (Mellomstor kommune i Øst).

Andre kommuner har også kommet i gang med å etablere selvhjelpsgrupper:

Alvorlig psykisk syke og mennesker i akutt krise. Tilbudet er redusert/endret til åpne dagsentertilbud for mennesker med lettere psykiske lidelser. Eller bistand til å etablere selvhjelpsgrupper. (Stor kommune i Øst).

Flere kommuner nevner Rask Psykisk helsehjelp:⁸

Blant de som er beboere er langt de fleste kronikere. Tilbudet er ment å gi botrening og noen få har flyttet over i en mer selvstendig boform. Noe av utfordringen er å kunne gi et tilpasset tilbud til de som i tillegg har et større rusproblem. Det tradisjonelle psykiatritilbudet til hjemmeboende når i liten grad eldre og yngre aldersgrupper (svært få under 25 år). Det er en stor overvekt av kvinnelige brukere og gjennomsnittsalderen er 44 år. Tilbudet Rask Psykisk helsehjelp har nådd ut til en litt annen pasientgruppe, både yngre og menn. (Mellomstor kommune i Øst).

⁸ Flere kommuner har mottatt tilskudd knyttet til etablering av Rask psykisk helsehjelp. Det skal være et tilbud til personer over 18 med lettere til moderate problemer med angst og depresjon.

Som denne kommunen er inne på, vil kanskje ikke det tradisjonelle kommunale tilbudet til hjemmeboende nå alle brukergrupper, og det er derfor behov for å utvikle tilbudet i ulike retninger.

4.4.10 ULIKE TEMA INKLUDERES

Noen av kommunene har spesielle satsninger eller fokusområder. Mange har særlig fokus på dobbeltdiagnoser, mens andre nevner livsstilsproblematikk som en del av arbeidsområdet:

Brukere med psykiske lidelser av ulike årsaker. Viktig her er brukere med dobbeltdiagnoser. (Liten kommune i Nord).

Hele spekteret av problematikk fra livskriser til schizofreni, + blandingsproblematikk med rus og psykiatri. Noe forebyggende arbeid. Har hatt fokus på overvektsproblematikk og livsstilsendring. (Mellomstor kommune i Vest).

Noen kommuner sier også at de har fokus på blant annet Individuell Plan:

Innbyggere som etter kommunal helse- og sosiallovgivning har rett på tjenester. Prioriterer unge voksne, lette til moderate depresjoner og innbyggere som har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten. Velger også å ha et forebyggende perspektiv og involvere andre kommunale tjenester. Fokus på IP, samhandling og god dokumentasjon. (Stor kommune i Øst).

Fokus på IP er sannsynligvis ikke like høyt i alle kommunene siden andel pasienter med IP ser ut til å gå ned som tidligere nevnt.

Noen kommuner inkluderer flere i målgruppen enn andre kommuner, og flere nevner psykisk utviklingshemmede som en del av målgruppen:

Mennesker som har søkt hjelp for psykiske lidelser eller rusproblematikk. Mennesker med kjent diagnose. Psykisk utviklingshemmede. Forebyggende tiltak rettet mot mennesker i risikogrupper. (Liten kommune i Nord).

Noen inkluderer for eksempel eldre brukere med overforbruk av medisiner som en del av målgruppen:

I hovedsak voksne med moderate depresjoner og angstlidelser. Personlighetsforstyrrelser. Enkelte i målgruppen har bipolare lidelser eller post traumer som egen diagnose eller tilleggdiagnoser. Brukere av dagsenteret/psykiatri: De fleste har en uførhetstrygd og mangler aktivitetstilbud og nettverk på hverdagene. Brukere med rus og psykiske lidelser oppleves som en stadig større del av målgruppen. Når det gjelder eldre brukere er målgruppen de som har behov for medisinbehandling pga overforbruk. (Liten kommune i Øst).

Andre bygger opp kompetanse og tilbud til mennesker i krisesituasjoner:

Kommunen har siste året hatt fokus på kompetanseheving til psykososial kriseteam. Sistnevnte yter tjenester til mennesker i akutt krise/traume. (Stor kommune i Vest).

Flere kommuner trekker frem KiD-kurs⁹:

Tung psykiatri og rus. Trenger oppfølging, støttesamtaler og veiledning/hjelp mot andre kommunale etater herunder NAV. Lettere psykiatri nedstemthet kjøres det KID kurs for, og vi har 2 kurs pr år. (Liten kommune i Nord).

Brukere med tyngre lidelser og problematikk. Gjennomfører KID-kurs (fokus på forebyggende). Økt fokus på "gråsoneproblematikk" (unge, voksne med atferdsproblemer / psykiske lidelser). Lettere angst og depresjoner henvises tilbake til fastlege. (Mellomstor kommune i Sør).

Når mennesker med depresjoner utgjør relativt store grupper av brukergruppen, vil det være nødvendig å få til effektive tjenestetilbud som kan gis til mange samtidig. KiD-kurs og liknende tilbud vil kanskje derfor fremover kanskje i enda større grad bli tatt i bruk i kommune.

4.4.11 FORHOLD TIL SPESIALISTHELSETJENESTENE

Mange av kommunene er opptatt av endringene i spesialisthelsetjenesten som gjør at kommunene får ansvaret for flere "tunge" pasienter. Noen kommuner opplever at de arbeider på en måte som tilsvarer det de gjør på de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene):

Pasienter med kroniske alvorlige lidelser som schizofreni mv. pasienter med behandlingspotensiale, som angst og depresjonsdiagnoser. ROP-lidelser. Alvorlige personlighetsforstyrrelser. Vi jobber med "orntlige" psykiatriske diagnoser, på linje med DPS. Vi diagnostiserer, behandler og hab/rehabiliterer i samarbeid med legetjenesten. (Mellomstor kommune i Nord).

Andre nevner ambulante team som en måte å samarbeide med spesialisthelsetjenesten på:

Vi har egen seksjon for psykisk helse som har ansvaret for å følge opp voksne personar over 18 år som bur eller oppholder seg i kommunen og som har psykiske problem, vi har mange kronikere, men også en del "nysjuka" og vi prioriterer de yngste brukerne. Vi tar ansvar for for- og ettervern, men i større utstrekning enn før også stabilisering da de psykisk syke som har svært korte sykehusopphold. Vi samarbeider med de ambulante teama om dette. Vår kommunepsykolog har et lavterskeltilbud til både voksne og barn og unge. (Mellomstor kommune i Midt).

Det er også en gruppe pasienter som ikke klarer å følge opp behandlingstilbudet som gis av spesialisthelsetjenestene:

Alvorlig psykisk syke med kronisk sykdom. Personer i livskrise. Personer som ikke klarer å etablere kontakt med spesialisthelsetjenesten selv om de har fått tilbud der. Personer med alvorlige adferdsforstyrrelser som ikke passer inn i noen andre system. (Mellomstor kommune i Vest).

Eller de som ikke er syke nok til å få behandling i spesialisthelsetjenesten:

⁹ Kurs i mestring av depresjon er lagt opp som undervisning hvor deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og tilhørende teknikker og metoder rettet mot å endre tanke og handlingsmønsteret som vedlikeholder og forsterker nedstemtheten/depresjonen. Kurset bygger på kognitiv sosial læringsteori og målet er å bidra til økt mestring av depresjon samt redusere risikoen for tilbakefall (Rådet for psykisk helse).

Voksne med milde og moderate psykiske plager som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten, personer med alvorlige og kroniske psykiske lidelser i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Personer med omsorgen for barn prioriteres. (Mellomstor kommune i Øst).

I kapittel fem kommer vi nærmere inn på forholdet til spesialisthelsetjenesten.

4.4.12 SAMMENSATT MÅLGRUPPE

De store kommunene, med 20 000-60 000 innbyggere, har naturlig nok en svært sammensatt målgruppe:

En variert målgruppe, der kommunen jobber i spekteret mellom lavterskel psykisk helsehjelp og tidlig inn til langvarig psykisk helsehjelp med alvorlig psykisk psyke pasienter. (Stor kommune i Øst).

Variierende aldersgrupper, med og uten diagnose. Flere med ressurskrevende atferd og diagnose ute i kommunen. Avhengig av tett dialog med spesialisthelsetjenesten for å sikre forsvarlig oppfølging. (Stor kommune i Øst).

Andre er inne på at brukergruppen er lite ensartet, men at de ser endringer:

Det er en svært differensiert og lite ensartet brukergruppe. Fra personer som har opplevd livskriser eller hendelser som kan gi utslag i lettere depresjoner og/eller angstlidelser og påvirker en fungering i kortere perioder eller av mindre alvorlighetsgrad. (Mestringsamtaler/støttesamtaler kan da være tiltak). Til alvorlig psykisk syke, med alvorlige kroniske lidelser som schizofreni, psykoseproblematikk, borderline, suicidalitet, etc som gir alt fra moderate til omfattende bistandsbehov delvis eller helt gjennom uken/døgnet. Stadig mere komplekse og sammensatte behov. ROP-lidelser tiltagende problematikk. (Stor kommune i Øst).

Det er personer med alvorlig eller moderate psykiske vansker. Målgruppen varierer fra personer som trenger mye hjelp hele døgnet, inkludert tilrettelagt botilbud, til personer som er i arbeid og får ned til 1-3 samtaler over en kort periode (lett tilgjengelig, lavterskel psykisk helsehjelp). Personer som trenger tilrettelagt hjelp for aktivt meningsfull hverdag. Personer som har nytte av gruppetilbud (aktivitet) eller mestringskurs (psykoeducativt). (Stor kommune i Vest).

Alle diagnosegrupper, pasienter som har en psykisk lidelse / vanske av en viss alvorlighetsgrad og/ eller klart forebyggende. Mye fokus på funksjonsnivå. Stor gruppe angst / depresjon. (Stor kommune i Øst).

Hvordan målgruppen eller brukergruppen skal differensieres vil variere fra kommune til kommune. I følgende kommune er tjenestene separat for rus og psykisk helse, men beskrivelsen viser at kompleksiteten i rapporteringen på psykisk helse ikke bare handler om å skille mellom rus og psykisk helse:

Alle innbyggere som har funksjonsvansker i forhold til mestring, strukturering og beslutning av dagliglivets gjøremål, manglende ADL ferdigheter og boferdigheter - som følge av relasjonelle, kognitive og atferdsmessige belastninger/lidelser og/eller som følge av ruslidelse (skiller ren rus og rus/psykisk helse i rapporteringen). Psykiske lidelser sees også i sammenheng med andre tilleggsdiagnoser som f.eks psykisk utviklingshemming - her skiller vi også på andel ressursbruk rettet mot psykiske lidelser vs andre utfordringer rundt utviklingshemmingen. Ellers mer spesifikt til

personer med diagnostiske lidelser som Schizofreni, psykose-problematikk, depresjon, vrangforestillinger/avvikende virkelighetsoppfatning, angst m.m. (Stor kommune i Øst).

Jo bredere målgruppen defineres, jo vanskeligere vil det kunne være å rapportere ressursinnsats avgrenset til psykisk helse og rus. Det er høyst relevant å vite hvem kommunene definerer inn i målgruppen når ressursinnsats i tjenestene diskuteres. Dette store spennet i målgruppe viser kompleksiteten i feltet, og det er mye som tyder på bildet blir enda mer komplekst når tjenestene videreutvikles og nye brukergrupper kommer inn i målgruppen for tjenestene.

4.4.13 SMÅ KOMMUNER

Å være en liten kommune har både fordeler og ulemper for det kommunale psykiske helsearbeidet. Små kommuner har gjerne god oversikt over innbyggernes behov, men samtidig kan det bli for lite anonymt å motta tjenester for psykiske helseproblemer. De aller minste kommunene har kanskje bare støttekontakt og hjemmetjenester som de inkluderer i psykiske helsetjenester, men opplever likevel at de gir et godt tilbud til de som ønsker det. Andre, gjerne litt større kommuner (flere enn 2000 innbyggere), har typisk en mer omfattende tjeneste som dekker en heterogen brukergruppe:

De med behov for IP, kroniske tilstander, alvorlige diagnoser som trenger forebygging av tilbakefall, og ha rask tilgang til psyk. helsepersonell om krise. Utbrenthet, depresjon, angst. Mennesker i krise (POSOM). Personer med rusproblematikk, og dobbel diagnoser. Vold i nære relasjoner. Ellers de som ønsker og føler behov. (Liten kommune i Øst).

Dette illustrerer kompetansebredden en liten kommune har behov for på dette området og at det er svært mange ulike behov som skal dekkes selv om det ikke er så mange brukere i hver gruppe:

Voksne med psykiatriske diagnoser, livsproblemer (skilsmisser, problemer på jobb eller hjemme, voksne i kriser, med rusproblemer, ensomhet, mestringsproblemer, personlighetsforstyrrelser, og angst og depresjon, (stort sett alt mulig). (Liten kommune i Vest).

Mange små kommuner oppgir at de sliter med å ha nok kompetanse som dekker et så bredt arbeidsområde, men andre små kommuner opplever at de har lav terskel og at de dekker behovene:

Vi er en liten kommune, målgruppen er de som har behov og ønsker kontakt med psykisk helse. Terskelen er lav. (Liten kommune i Sør).

Alle med behov for hjelp skal fanges opp og få eit tilbod. (Liten kommune i Vest).

Noen få personer med en diagnose som trenger oppfølging og IP. Største arbeid er forebyggende hvor mange kommer for et sted å møtes i vårt aktivitetssenter. Har "åpent hus" for dem som bare vil prate som sliter. Mange tar kontakt. (Liten kommune i Vest).

Generelt vet vi fra undersøkelser i spesialisthelsetjenesten at mange pasienter ikke ønsker kontakt med de kommunale tjenestene og en av grunnene er manglende opplevd anonymitet, se for eksempel Ose og Slettebak (2013).

4.4.14 STORBYKOMMUNER

Det er også fordeler og ulemper i de store kommunene. I svarene fra storbykommunene er innholdet delvis det samme som vi ser i andre kommuner. Alvorlighetsgraden varierer mye blant brukerne. Det kan også være slik at det i storbyene er vanskeligere å finne frem til hvem som kan hjelpe, slik at koordinering og "manøvrering" er viktige oppgaver for tjenestene:

Målgruppen er et tverrsnitt av befolkningen. Alt fra lettere og moderate lidelser til alvorlige lidelser med stort hjelpebehov. Mange har behov for hjelp til koordinering og manøvrering i de offentlige tjenestetilbudene. Spekteret av diagnoser er stort. De som har størst hjelpebehov er de som har dårlig eller manglende boevne og de med stort rusbruk. (Storby).

Det er både lavterskeltiltak uten vedtak og tjenester som krever vedtak. Det virker som differensieringen kanskje i større grad gjøres mellom lettere/moderate lidelser og alvorlige lidelser i storbykommune, men det er vanskelig å vurdere om det systematisk er slik. Noen bydeler/kommuner har med også de med lettere og moderate lidelser, mens andre ikke nevner disse. Det kan i sistnevnte tilfelle være fordi de får hjelp i andre deler av det kommunale tjenestetilbudet eller fra NAV:

Personer med psykiske vansker og/eller lidelser. Dette gjelder både lettere og moderate former for psykiske vansker (psykologer i kommunen) og alvorlige psykiske lidelser (enhet psykisk helse). Gir tilbud både lavterskel og til personer som søker om psykisk helsearbeid (vedtak). (Storby).

Målgruppen er personer med langvarige psykiske lidelser ofte i kombinasjon med rus. Mottakerne av tjenestene er i de fleste tilfeller i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Hovedtyngden av brukerne er mellom 40 og 55 år. (Storby).

Personer som har en moderat eller alvorlig psykisk lidelse ofte i kombinasjon med rusproblemer. Personene mottar periodevis spesialistbehandling i form av institusjonsopphold(sykehus/DPS) eller poliklinisk behandling. I tillegg mottar ca 200 brukere hjelp fra Oppsøkende behandlingsteam som ACT og PART (psykiatrisk ambulans rehabiliteringsteam). Begge team består av ansatte i spesialisthelsetjenesten og i kommunen - teamene er organisatorisk tilknyttet DPS. Ca 120 brukere bor i tilrettelagte boliger med tilgang til personell 24/7. Ca 30 brukere bor i "nærhet til base" med tilbud om rask hjelp. Ca 1500 brukere mottar punktvis hjelp fra Oppfølgingstjenesten. Disse bor i private eller kommunale boliger. (Storby).

Andre ser ut til å ha mer sammensatte brukergrupper som likner mer tilbudet i mindre kommuner:

Det er en variert gruppe med hovedvekt for bistand ifht voksne med angst, depresjon og rus. Også voksne med langvarige og sammensatte behov med en alvorlig psykiatrisk diagnose. En tredje gruppe er voksne som trenger støtte og veiledning i kortere perioder av livet knyttet opp til ulike livskriser. (Storby).

Voksne mennesker med psykiske lidelser, mange med alvorlig psykisk lidelse, mange av disse også med rusproblemer/-avhengighet. Noen har lettere/moderate psykiske lidelser (angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser) men likevel tildels stort behov for bistand. I økende grad skrives det ut pasienter fra psykisk helsevern med mer omfattende behov for tjenester enn tidligere, noen også med behov for skjermingstiltak/skadeavvergende tiltak. (Storby).

En av storbykommunene beskriver tjenesten slik:

Kjernemålgruppen for botilbud og individuell oppfølging er personer med alvorlige psykiske lidelser, med eller uten rusproblemer. I tillegg er det noen brukere med angst og depresjonslidelser som har stor funksjonssvikt i hverdagen. Når det gjelder åpne aktivitetstilbud er det mer opp til hver enkelt bruker å definere seg i målgruppen, her føres ingen dokumentasjon om diagnoser og funksjonssvikt. I tillegg til dette kommer tjenestene rettet mot personer i psykososiale kriser, som har en mer forebyggende karakter, og der de fleste ikke har noen psykisk lidelse i det hele tatt. (Storby).

Her vises det at tjenestene er innrettet og differensiert for å dekke mange ulike brukergrupper, også de som ikke nødvendigvis har en psykisk lidelse. Ett av svarene fra en av storbykommunene illustrerer igjen at i mange tilfeller rommer tjenesten mer enn spesialiserte psykisk helsetjenester, i retning av også å være sosialtjenester:

Mennesker med psykiske plager av varierende grad, alt fra lette til moderate, til alvorlige lidelser. Faller ofte ut av arbeidslivet, mange mottar stønad fra NAV. Mennesker som opplever manglende mestring i hverdagen. Alle som bor i kommunale bofellesskap, innen psykisk helse. (Storby).

Vi ser i neste delkapittel på målgruppen i psykisk helsearbeid i forhold til barn og unge.

4.5 TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Som vi så i kapittel 3.5, er det langt vanligere med integrerte tjenester til barn og unge enn til voksne. En del kommuner definerer kommunalt psykisk helsearbeid til barn og unge som det tilbudet som gis fra helsestasjon og skolehelsetjeneste:

Alle barn får tjenester fra lovpålagte tjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste. (Stor kommune i Øst).

Følges opp av skole og helsesøster. (Liten kommune i Øst).

Barn og unge på helsestasjonen. I hovedsak friske. (Stor kommune i Øst).

Andre kommuner inkluderer også barnevern og PPT:

Helsestasjon, Barnevern og PPT har mest ansvar for disse. (Mellomstor kommune i Midt).

Noen kommuner har forsterket helsestasjon og inkluderer også brukere av åpen barnehage i målgruppen:

Brukere av forsterket helsestasjon, åpen barnehage, PPT og barnevern. (Stor kommune i Øst.)

Som for tjenester til voksne, er det noen kommuner som beskriver målgruppen ved å henvise til lovverket:

Unge innbyggere som etter kommunal helse- og sosiallovgivning og andre særlover har rett på tjenester. Velger også å ha et forebyggende perspektiv og involvere andre kommunale tjenester. Fokus på IP, samhandling og god dokumentasjon. Sikre felles prosedyrer for hele området som berører barn og unge. (Stor kommune i Øst).

Innbyggere som fyller vilkår etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forebyggende psykososiale tjenester gjennom helsestasjon (medberegnet svangerskapsomsorg og HFU) og skolehelsetjenesten. I tillegg ivaretar vi barn som pårørende. (Mellomstor kommune i Øst).

De mest relevante tjenestene i kommunene når det gjelder kommunalt psykisk helsearbeid til barn og unge er derfor helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT og barnevern. Som vi skal se i de videre beskrivelsene, er skolen ofte en sentral arena for å fange opp unge med behov og for å drive forebyggende arbeid.

4.5.1 TYPE TILBUD OG VERKTØY

Noen kommuner beskriver hvilke brukergrupper de har. Denne kommunen beskriver at de har to barnegrupper:

A) For barn av foreldre med psykiske lidelser og eller rus. B) For utsatte barn. Konsulent to dager pr. uke på ungdomsskolen. (Mellomstor kommune i Midt).

Andre beskriver mer arbeidsoppgavene som ligger i tjenestene:

Råd og veiledning ved familiesenter, bistand til henvendelser til spesialisthelsetjenesten, barnehøring ved mekling, foreldre/foresatte som tar kontakt sammen med barn og unge. Psykososial helsehjelp ved traumer, sorg, tverrfaglig team i barnehager/ skoler. (Mellomstor kommune i Midt).

Noen kommuner beskriver en del av verktøyene som brukes i arbeidet. Vi tar med noen av de verktøyene som er nevnt av kommunene og henviser til aktuelt nettsted for mer informasjon.

For å komme tidligst mulig inn har noen kommuner tatt i bruk EDPS¹⁰ for å oppdage depressive symptomer hos kvinner som nylig har fått barn:

Gravide og småbarnsmødre- Brukar EPDS Barn med atferdsproblem, engstelige barn, barn av skilte foreldre, barn med alvorleg sjukdom i familien, barn av psykisk sjuke, barn av foreldre med rusproblem, barn som har opplevd traumer av ulike slag. (Liten kommune i Vest).

Flere kommuner har satsset på psykisk helse i skolen:

Barn og unge: livets start til 20 år. Arbeider forebyggende, med undervisning i skole. Bruker verktøyene Zippys venner, Psykologisk førstehjelpsskrin og har generelt mye undervisning om psykisk helse i skolen, fokus på å implementere dette i den ordinære skoleundervisningen. Har spesielt fokus på barn/unge som har foreldre som er psykisk syke/ foreldre med rusproblemer. Og barn/unge som sliter generelt, det være seg pga mobbing, overvekt osv. Arbeider tett opp mot ungdom som faller ut av skolen og ungdom som har rusproblemer. (Mellomstor kommune i Vest).

Denne kommunen nevner Zippys venner. Dette er et program for 1.-4. års trinn i barneskolen der målet er å lære barna å identifisere og snakke om følelser, mestre dagliglivets problemer og støtte andre som har det vanskelig.¹¹ Psykologisk førstehjelpsskrin nevnes også, og dette er et verktøy utformet som et verktøy for å lære barn og ungdom enkle selvhjelpsteknikker. Det er barnepsykologspesialist Solfrid Raknes som har utviklet skrinet i samarbeid med sentrale fagfolk innen det norske psykisk-helsevernmiljøet.¹²

¹⁰ Se mer på: <http://tidsskriftet.no/article/3135402/>

¹¹ Se mer på: http://www.vfb.no/no/zippys_venner/

¹² Se mer på: http://www.vfb.no/no/vi_tilbyr/psykologisk_forstehjelp/

BAPP-grupper nevnes av mange kommuner i Midt-Norge:

Barn i skolealder som får tjenester fra skolehelsetjenesten. Barn som mottar tjenester fra barnevern (herunder tiltak i hjemmet og omsorgsovertakelse) BAPP grupper. (Mellomstor kommune i Midt).

BAPP (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) er tiltak som nå er i drift som et resultat av RKBU Midt-Norge (tidligere RBUP Midt-Norge) sitt samarbeid med kommuner og spesialisthelsetjenester. Målet med denne typen grupper er å sette i gang forebyggende tiltak i kommunene for å redusere belastningen for barn av foreldre som sliter med avhengighet eller psykiske problemer. Tilbudene gis i regi av kommunene og består av gruppesamtaler for barn og unge, familiesamtaler og foreldresamtaler med fagfolk. Tilbudene bidrar til å styrke barn og unges mestringsevne, styrke kommunikasjonen i familien og øke foreldrenes forståelse av hvordan barna opplever hverdagen.¹³

Svært mange kommuner nevner barn av skilte foreldre som en viktig målgruppe for psykisk helsehjelp:

Barn med diagnoser som angst og depresjon. Barn med psykisk syke foreldre/barn som pårørende. Barn med tilpasningsvansker. Foreldreveiledning i risikogrupper. PIS-grupper - grupper for barn med skilte foreldre. (Liten kommune i Vest).

Program for skilsmissegrupper (PIS) er et tilbud for barn i barnehage og skole (til og med videregående). Programmet møter barnas behov på deres premisser og på deres egne arenaer når mor og far går fra hverandre.¹⁴

Noen har også etablert tiltak rettet mot unge med angstsymptomer:

Friendsgruppe startet høst 2013, gruppen hadde 6 barn. Friendsprogrammet inkluderer også ivaretagelse av foreldre. Aldersgruppe 8 til 12 år. (Mellomstor kommune i Nord).

FRIENDS-programmet er et program for forebygging og behandling av angstsymptomer hos barn og ungdom som kan anvendes både i skolen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Programmet er manualbasert og basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) og finnes i en barneversjon (8-12 år) og en ungdomsversjon (12-15 år).¹⁵

En annen kommune nevner at de har tatt i bruk programmet ART:

I forhold til barn mellom 10 og 18 år gjennomfører vi sammen med helsestasjon og skole ART. Vi er og inne med en ansatt i ungdomsklubben som når ungdom mellom 13 og 18 år. Kjører egen ettermiddag hver onsdag i skoleåret mellom kl 18:00 til 21:00. som er besøkt av ca 50 ungdommer. Der det er større utfordringer planlegges det KID for ungdom med nabokommunen. (Liten kommune i Nord).

Aggression replacement training (ART) er en gruppebasert opplæringsmetode med dokumentert effekt på problematferd. Metoden retter seg hovedsakelig mot barn og unge som står i fare for å utvikle aggressiv

¹³ Se mer på: <http://www.ntnu.no/rkbu/bapp>.

¹⁴ Se mer på: http://www.vfb.no/no/vi_tilbyr/skilsmisse_i_familien/pis_skilsmissegrupper/

¹⁵ Se mer på: <http://uni.no/nb/uni-helse/friends-programmet-mot-angst-hos-barn-og-unge/>

atferd, eller som allerede har utviklet atferdsproblemer. Verktøyet benyttes også ofte innen arbeid med personer med Aspergers syndrom og autisme.¹⁶

Andre nevner MOT i skolen som et viktig verktøy i forhold til psykisk helse. Dette er et program som er en helhetlig modell for hvordan skoler og lokalsamfunn kan jobbe sammen med ungdom og involverer både fritidsarena og foreldre. MOT er også et verktøy for kulturbygging og verdibasert ledelse både på skoler og i kommuner. Ved å bruke programmet skal det skapes en positiv lagspill-kultur og en felles forståelse for ansvaret vi har for hverandre. MOT ble startet av norske toppidrettsutøvere i 1997. Initiativtakere var skøyteløperne Atle Vårvik og Johann Olav Koss.¹⁷

Andre organiserer samtalegrupper i skolen og har god erfaring med dette. VIP-prosjektet nevnes av flere:

Barn og unge som syner teikn til psykiske vanskar, som utviklar psykososiale vanskar, har samspelproblematikk, konsentrasjonsvanskar, mykje uro, dårleg trivsel eller som har foreldre med psykisk sjukdom eller rusproblem. Gjennom VIP-prosjektet er elevar i vidaregåande skule ei målgruppe. (Mellomstor kommune i Vest).

VIP-prosjektet er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot Vg1-elever i videregående skole, primært ungdom i alderen 16-17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.¹⁸

Se også beskrivelse av Osloprosjektet *Ungbo – to skritt frem*.¹⁹

4.5.2 BRUKERGRUPPER

Hva kommunene arbeider med innen psykisk helse blir enda tydeligere når de beskriver konkret ulike brukergrupper. Noen små kommuner svarer at de stort sett arbeider med adferdsproblematikk og ADHD, mens andre kommuner nevner mer spesifiserte målgrupper:

Engstelige, ensomme, mobbeofre. (Liten kommune i Nord).

Selvskading, selvmordsfare, mobbing, fysisk og psykisk sykdom hos foreldre. (Liten kommune i Øst).

Atferdsproblemer (ADHD, Asberger, Autismespektret), mobbeproblematikk, depresjoner blant barn, selvskading. (Liten kommune Midt).

Barn/unge med angst, engstelse, depresjon, tristhet, selvmordstanker, spiseforstyrrelser, selvskading, skolefravær, skolefobi, utviklingsforstyrrelser, Tourette, ME, ADHD, ADD, ASF. (Stor kommune i Øst).

Hovedandelen er barn med autisme og med utviklingshemming. (Mellomstor kommune i Nord).

Relasjonsskadede, rusflørtere og begynnende tyveri/nasking etc. (Stor kommune i Midt).

¹⁶ Se mer på: http://psykiskhelsearbeid.no/metode_problematferd/

¹⁷ Se mer på: <http://www.mot.no/om-mot/kort-om-mot/>

¹⁸ Se mer på: www.vipweb.no

¹⁹ Se mer på: http://psykiskhelsearbeid.no/to_skrutt/

Noen sier eksplisitt at det må være tegn på psykisk helsesvikt og avvikende atferd for å være i målgruppen, mens andre nevner "De stille, tilbaketrunkne barna" som en del av målgruppen.

De fleste kommunene beskriver tjenestene på en måte som likner på denne beskrivelsen av målgruppen:

1: Barn/ungdom i risiko for å utvikle psykiske vanskar. Det kan vera barn/ungdom som slit med psykososiale vanskar som skulevegring, mobbing, kriser, mistriksel og tilpasningsvanskar. Eller problem i forhold til venner, familie, fritid eller vansker i forhold til søvn, mat kropp, seksualitet eller kjærlighet.

2: Barn/ungdom av foreldre som lider av psykisk sjukdom og/eller rusproblematikk.

3: Barn/ungdom som sjølv har utvikla psykisk sjukdom. Det kan vera barn/ungdom som slit med depresjon, angst, asosial åtferd, åtferdsvanskar, spiseforstyrrelsar, rus, sjølvskading, tvang og sjølv mordstankar. (Mellomstor kommune i Vest).

Noen kommuner er mer eksplisitte på rusmiddelproblematikk og tidlig rusmiddelbruk i målgruppen:

Unge som tester ut ulike rusmidler, unge som kommer fra hjem hvor de voksne har problemer, selvskadning/suicidalitet og unge som sliter med identitet av ulike grunner, et eksempel kan være en kognitiv svikt. (Liten kommune i Nord).

Barn med lettere til alvorlige adferdsvansker, søvnevansker, nedstemthet, depresjon og selvskadning. Ungdom med begynnende rusavhengighet. Barn med en kombinasjon av utviklingshemming, ADHD o.l i kombinasjon med psykiske lidelser. Barn av psykisk syke. (Mellomstor kommune i Øst).

Andre har en litt mer generell beskrivelse av målgruppen:

Her er alt fra ungdommer fra barneskolen/videregående skole til barn som foreldre ønsker at helsestasjonen skal ha samtale med dem. (Mellomstor kommune i Nord).

Målgruppen er "alle" barn og unge som enten selv mener at de trenger hjelp, eller at foreldre/skole er bekymret for at barnet/ungdommen er i ferd med å utvikle en psykisk problematikk. Jobber både primær og sekundærforebyggende. (Mellomstor kommune i Nord).

Andre kommuner beskriver en sterkere knytting av tjenestene til skolen:

1. Barn som foreldre eller skole mener trenger spesiell oppfølging i form av samtaler eller miljøtilrettelegging 2. Samhandlingsproblem i familier eller skolesituasjon. (Liten kommune i Øst).

Flere kommuner nevner ikke skolen eksplisitt, men ser ut til å ta mer utgangspunkt i barnevernet. Dette kan illustrere ulike terskler for å ha kontakt med tjenestene, men det kan også bety at de mest utsatte prioriteres gitt at de fanges opp av barnevernet. Det kan også være forskjell på hvordan barnevernet arbeider i de ulike kommunene. Noen nevner også barn som er utsatt for seksuelle overgrep eller voldsutsatt som en viktig del av målgruppen, og da i samarbeid med barnevernet.

Mange kommuner er opptatt av å komme tidlig inn og starter før barnet blir født med å følge opp gravide:

Gravide og nybakte foreldre med psykiske vansker, samspillutfordringer. Små barn med/med økt risiko for samspillsvansker, tilknytningsvansker, språkvansker, omsorgssvikt, reguleringsvansker.

Barn og ungdom med ensomhet, mobbing, depresjoner, angst, spiseforstyrrelser, selvskading, tvang, omsorgssvikt, vold, overgrep. (Liten kommune i Øst).

Det er ikke alle kommuner som nevner gravide med psykiske vansker som en del av målgruppen for psykisk helsearbeid. Det er sannsynligvis ulikt hvorvidt denne delen av tjenestene regnes inn under det psykiske helsearbeidet.

En annen kommune beskriver på en god måte hvorfor det er viktig å ta tak i unge med angst og depresjonssymptomer:

Barn og unge utsatt for mobbing (ensomhet og utestengelse). Voldutsatte. Symptomer hos målgruppen er ofte angst og lett til moderat depresjon. Ungdom med lav selvfølelse og dårlig selvtillit. Elever med uro og konsentrasjonsvansker pga ulike årsaker. ADHD diagnoser, elever som utfører selvskading samt barn og unge som har behov for andre voksne enn lærere og foreldre å snakke med. (Liten kommune i Øst).

Både unge flyktninger og asylsøkere nevnes av flere kommuner som en del av målgruppen:

Barn av voksne som har psykisk sykdom, barn som har utvikla symptom på psykisk uhelse/sykdom. Ungdom som fell ut av vidaregåande skule pga psykisk sykdom. Elles; barn og unge med symptom på angst, tvang, depresjon. Barn som er kome til kommunen som flyktning og som utviklar vanskar som følgje av krigsopplevingar og flukt. Kontakt med barn som slit etter konflikt og skilsmisse. Fleire unge i kommunen melder om einsemd og at dei kjenner seg mobba. Særleg jentene er lite nøgde med utsjånad. Dette ser ein igjen i det kommunale psykiske helsearbeidet. (Liten kommune i Vest).

Barn som pårørende til psykisk syke, asylbarn, ungdom som oppsøker helsestasjon for ungdom, MOT i skolen. (Liten kommune i Midt).

Noen få kommuner nevner også barn og unge med ulike fysiske funksjonshemninger som en del av målgruppen.

Noen kommuner beskriver at de har spesielle satsningsområder. Tema som spiseforstyrrelser, selvskading, fedmeproblematikk og følelsesregulering nevnes av noen. Mange kommuner nevner også barn av psykisk syke foreldre og rusforebygging som egne satsningsområder. Satsningsområdene er ofte begrunnet med levevilkårsutviklingen og folkehelsesituasjonen i kommunen.

Kommuner med mange elever i videregående skole som bor på hybel, kan for eksempel ha en annen brukergruppe enn kommuner som ikke har mange tilflyttede elever:

Mest ungdom i videregående skole - vi har mange hybelbuarar. Ein del slit med depresjon, lågt sjølvbilete, angst og/eller tvang. Mange av desse slit med struktur på kvardagen - legge seg i tide, stå opp, kome seg på skulen, gjere lekser, sunn mat. Nokre få med rusproblem i tillegg. (Mellomstor kommune i Vest).

Det er i kommunen store utfordringer med yngre som trenger psykisk helsehjelp. Helsestasjonen har utfordringer med stor pågang, og har også tilbud ved videregående skole. (Mellomstor kommune i Øst).

Den siste kommunen forteller at gjennom folkehelseprofilen ser de at sosioøkonomiske utfordringene gir større utfordringer når det gjelder psykisk helse. De beskriver også en situasjon med mange fosterhjemsplasserte barn i kommunen, som sammen med og høyt frafall fra videregående skole gjør at etterspørselen etter psykiske helsetjenester øker.

4.5.3 FOKUS PÅ FOREBYGGING, LAVTERSKELE OG TIDLIG INTERVENSJON

Som i tjenester for voksne, er det mange kommuner som forsøker å vri innsatsen til å jobbe mer forebyggende:

Fra 2014 så har tjenesten en visjon om å jobbe mer forebygging, komme tidligere inn slik at man fanger opp barn og unge som er i risikogruppen. Fokus på barn som pårørende. (Liten kommune i Nord).

Noen kommuner har satt seg tydelige mål om å forebygge ensomhet og isolasjon blant innbyggere i risikogrupper, mens andre ønsker å komme tidlig i posisjon til å fange opp "skjevutvikling" for å gi tidlig hjelp.

Mange kommuner beskriver at de har et lavterskeltilbud, og dette er ofte tilbud fra helsesøster og helsestasjon:

Vi har lavterskeltilbud, dvs at alle som har behov for kontakt med f.eks. helsesøster har mulighet til dette. Så blir det vurdert om en har og skal ha noe å tilby i kommunen. (Mellomstor kommune i Midt).

Lavterskeltilbud. Alle som har behov for støttesamtaler. Born med angst / depresjon, born med to heimar, livskriser / sorg, mobbing. (Liten kommune i Vest).

Tidlig intervensjon (ingen ventetid, samarbeid med skole, foreldre osv.). Adferdsproblematikk i hjem og skole. (Mellomstor kommune i Øst).

Økning i antall barn og unge som tar kontakt. Hovedvekt i aldersgruppen 9 – 18 år. Psykiatrisk sykepleiere er på skolene slik at tilgjengeligheten for barn/unge er god. Heller ikke behov for vedtak eller ventetid. (Liten kommune i Midt).

Det er mange måter å arbeide forebyggende på:

Generelt forebyggende arbeid blant barn og unge, eks. fritidsklubb, aktivitetskort for barn og unge, arbeidsmedisinkurs for 9. klassinger, støtte til transport, fersk frokost. (Liten kommune i Nord).

Barn der vi kan ane at arv har en betydning, barn med utfordrende atferd, barn der omsorgssituasjonen ikke er optimal, kort sagt- tidlig innsats hos sårbare grupper. (Mellomstor kommune i Øst).

Generelt er kommunene opptatt av å komme i tidlig intervensjon til risikoutsatte barn, og noen kommuner ser lav terskel og tidlig intervensjon i sammenheng:

Med tanke på tidlig intervensjon bør det være lav terskel for barn og ungdom med behov for hjelp. Det vil si barn og unge med begynnende vansker i forhold til uro, angst og depresjon. Det må være et mål at hjelp settes inn hjelp i en tidlig fase. (Mellomstor kommune i Midt).

Hvorvidt lavterskeltiltak sikrer tidlig intervensjon vil blant annet være avhengig av kommunens rutiner for å følge opp de som fanges opp i lavterskeltiltakene.

4.5.4 UNGE SOM FALLER UTENFOR

Som i delkapittelet for voksne, er det flere kommuner som nevner unge som faller utenfor skole og utdanning er en viktig del av målgruppen. Det er naturlig at de inkluderes både i tiltak rettet mot voksne (18 år og over), og i tjenester til barn og unge. I mange tilfeller er utfordringene synlig allerede i barnehage og i grunnskolen:

Barn som har problemer med å innordne seg strukturen i barnehage og skole. Unge som dropper ut av videregående skole. Unge som faller utenfor utdanning og arbeid. (Liten kommune i Nord).

Unge med dårlig selvbilde som fører til angst og depresjon. Unge som faller "utenfor" i skolesammenheng og som lever i familier i små ressurser. Unge som sliter med selvskading, spiseproblemer. (Mellomstor kommune i Øst).

Noen kommuner har spesielt fokus på elever i ungdomsskolen:

Her er hovedgruppen ungdommer fra 15 - 16 år og opp til 18 år. Vi samarbeider mye med Jobbservice som jobber med ungdommer som faller utenfor skole og jobb. Her har vi samtalegrupper og deltar i forskjellige aktiviteter. På ungdomsskolen og videregående har vi hatt mye rollespill for å informere og vise frem hva er Psykisk Helse, og vi har også hatt bestilling fra lærere om å gjøre dette innen mobbing, utestenging. (Mellomstor kommune i Øst).

Vi deltar med Samtaletid på alle skolene i kommunen kvar 14. dag. Vi gir tilbudet til elever fra 7. – 10. klasse, og vil følge og opp elever utenom dette tilbudet. (Liten kommune i Vest).

Hovedmålgruppen elever i ungdomsskolen, selvdestruksjon. (Liten kommune i Midt).

En kommune beskriver at foreldrene er viktig frem til 12 år, og deretter er det ungdommene selv som er målgruppen:

For barn under 12 år er foreldrene primær målgruppe. For ungdom er ungdommen selv målgruppe. Flest saker i 2013 gikk på skulevegring. (Liten kommune i Vest).

Flere kommuner sier at skolevegrere er en viktig målgruppe i psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette er en viktig gruppe, og det er som nevnt tidligere behov for å se tilbudet de får fra kommunene i sammenheng med det de får fra fylkeskommunene og fra NAV.

4.5.5 SPESIALISERTE ELLER GENERELLE TJENESTER

En del kommuner har barn og unge som har utviklet psykiske lidelser og får behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse kan få oppfølging fra de kommunale tjenestene. I andre tilfeller henviser de kommunale tjenestene til BUP. Noen kommuner beskriver en mer spesialisert tjeneste enn det andre kommuner gjør:

De sakene vi håndterer er ofte "tunge"; sammensatte problemer knyttet til levekårsproblematikk - innagering/utagering. Snakker om tunge traumer (ikke minst blant flyktninger), selvskadende adferd, suicidalproblematikk, dypere depresjoner/angst. Nesten ikke "lette" saker i ungdomsgruppa.

Langvarig oppfølging; lite sirkulasjon i saker Barn: ofte knyttet til foreldreveiledning, familiesamtaler. (Liten kommune i Sør).

Vi finner ikke mange tilsvarende beskrivelser, men det er sannsynligvis differensiering av mer komplekse og sammensatte tilfeller også i andre kommuner:

Målgruppen er barn og ungdom opp til 18 år, som av ulike årsaker har behov for en nøytral og fortlølig voksen å snakke med. Differensiert tilbud hvor noen har behov for noen få støttesamtaler, mens andre har behov for mer systematisk jobbing over tid. Tilbudet innbefatter også kartlegging ift eventuelt behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Barn og ungdom i forskjellige livssituasjoner som gjør at de trenger en fortlølig voksen. Noen har alvorlig problematikk og vi kartlegger behovet for oppfølging på spesialistnivå. Andre har behov for hjelp fra kommunen. (Liten kommune i Nord).

En kommune beskriver tjenestene slik:

Kommunen har Helsestasjon for ungdom som et lavterskeltilbud. Det er knyttet helsesøster, jordmor, lege og psykolog til tilbudet. Det er i hovedsak elever fra videregående skole som benytter seg av tiltaket. Kommunen har et oppsøkende team for ungdom som faller utenfor skole. Teamet er organisert i barnevernet og er derfor begrenset til barnevernsvedtak for å gi tilbud. Kommunen har ikke opprettet tjenester spesielt rettet mot barn og unge med alvorlige psykiske vansker hvor spesialisert hjelp er nødvendig. (Stor kommune i Midt).

Hvorvidt kommunene oppretter mer spesialiserte tjenester/team rundt de mest alvorlige sakene, har sannsynligvis både sammenheng med størrelsen på kommunen og hvor tilgjengelig spesialisthelsetjenestetilbud er for kommunen.

Andre kommuner beskriver målgrupper der det kanskje mer indirekte handler om psykiske lidelser og problemer, eller kanskje mer årsaker til de psykiske problemene:

Veldig variert, barn fra marginale familienettverk, barn som sliter i skolesammenheng. Flere barn har behandler i spesialisthelsetjenesten. Det forutsetter god dialog med behandler der for å sikre forsvarlig oppfølging i kommunen. (Stor kommune i Øst).

Barn med foreldre med psykiske lidelser og eller rusproblemer, ungdom som sliter med lavt selvbilde, mobbing. Barn som er utsatt for omsorgssvikt; fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, barn i familier med store foreldrekonflikter (Stor kommune i Midt).

Barn og unge med depresjon, angst, sorg, kriser. Barn og unge som har "dårlige" oppvekstforhold. Slanking, kropp, bygging av kropp. (Mellomstor kommune i Nord).

Basert på disse beskrivelsene ser kommunene ut til å ha tjenester som er innrettet både mot årsakene til psykiske helseproblemer og mot konsekvensene av problemene. Hva som prioriteres og vektlegges har sannsynligvis sammenheng med hva innbyggerne har behov for i de ulike kommunene og hvilke andre tilbud som eksisterer.

Ut i fra det kommunene beskriver om målgruppene for tjenestene, ser vi at noen kommuner beskriver spesialiserte tjenester tydelig rettet mot psykiske helseproblemer, mens andre kommuner beskriver mer generelle tjenester som dekker mange brukergrupper.

4.5.6 UNGDOMSPROBLEM, MESTRINGSPROBLEM ELLER SOSIALE PROBLEMER

Hva som er typiske ungdomsproblemer, mestringsproblemer eller sosiale problemer kan være vanskelig å definere. En kommune definerer selvskadning, adferdsproblemer og skolevegring som generell ungdomsproblematikk:

Det jobbes med forebygging gjennom Trygg oppvekst som er et program hvor det jobbes med samarbeid skole/skolehelsetjeneste. Skilsmissegrupper, sorgarbeid blant barn og unge. Generell ungdomsproblematikk, som selvskadning, adferdsproblemer, skolevegring osv... (Liten kommune i Øst).

I tillegg kan typiske ungdomsproblemer inkludere mobbing, kroppsproblematikk og manglende selvtillit:

Samtaler med foreldre og barn i forbindelse med samlivsbrudd. Samtaler med barn og unge i forbindelse med mobbing, kroppsproblematikk/overvekt, ungdomsdepresjon, manglende selvtillit/selvbilde. (Liten kommune i Nord).

Unge som sliter med å passe inn på ulike måter nevnes også av flere, men særlig mange trekker frem problematikk relatert til samlivsbrudd:

Barn med angst, sosiale tilpasningsproblemer og depresjonssymptomer. En vesentlig del av problematikken kan relateres til samlivsbrudd. (Liten kommune i Vest).

Barn med skilte foreldre og som lever med to hjem. Flere strever med skolefravær, depresjoner, selvskadning. Det jobbes med hele familier. Ungdom: Fravær, ofte utfordringer med familierelasjoner, depresjoner, selvskadning, ADHD. (Mellomstor kommune i Midt).

Mestringsproblem, ungdomsproblem eller sosiale problem henger ofte sammen:

Strever med mestring av livet - stiller store krav til seg selv. Usikkerhet, dårlig selvbilde. Deprimerte, angstproblematikk. Skolefravær, spiseproblematikk, selvskadning. Uheldig atferd - urolige barn. Utfordringer i familien - psykisk problemer (og rus) hos omsorgspersoner. (Mellomstor kommune i Sør).

Barn og unge som selv strever med psykiske lidelser eller rusproblematikk, eller som lever under vanskelige forhold i hjemmet (knyttet til sykdom (fysisk/psykisk), rus, vold). (Mellomstor kommune i Sør).

I mange tilfeller er det kanskje ikke behov for omfattende tiltak, men de trenger noen å prate med for å få tankene over på et mer konstruktivt spor:

Barn/unge 0-18 år (også opp til 23 år) Lavterskeltilbud. Barn og unge som ønsker noen å prate med. Mest ungdom. (Liten kommune i Midt).

Målgruppen er barn og ungdom opp til 18 år, som av ulike årsaker har behov for en nøytral og fortrolig voksen å snakke med. Differensiert tilbud hvor noen har behov for noen få støttesamtaler, mens andre har behov for mer systematisk jobbing over tid. Tilbudet innbefatter også kartlegging ift eventuelt behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Barn og ungdom i forskjellige livssituasjoner som gjør at de trenger en fortrolig voksen. Noen har alvorlig problematikk og vi

kartlegger behovet for oppfølging på spesialistnivå. Andre har behov for litt hjelp. (Liten kommune i Nord).

Fra beskrivelse av målgruppen fra kommunene, ser de fleste ut til å yte tjenester til barn og unge som sliter med vanlige ungdomsproblemer, mestringsproblemer og sosiale problemer. Disse problemene er på ulike måter relatert til psykiske helseproblemer, men ikke nødvendigvis relatert til psykiske lidelser og diagnoser.

4.5.7 ORGANISERING

En del kommuner beskriver hvordan tjenestene er organisert. Dette bidrar til å forstå mer om hvordan tjenestene fungerer:

Barn og unge i alle aldre, men flest barn fra skolealder og oppover. Når det gjelder de yngste barna i barnehagen har vi organisert tjenestene i et tverrfaglig team (helsesøster, psykolog, spesialped., barnevernsped) som har faste veiledingsmøter i barnehagene for å veilede ansatte i ulike problematikk rundt barn. De yngste barna får hjelp i forhold til adferdsendringer, adferdsvansker, tilpasningsvansker, ADHD, angst og sinnemestring. Få av disse blir diagnostisert før de kommer opp i ungdomsalder i perioden ungdomsskole/ videregående skole. (Mellomstor kommune i Midt).

En annen kommune har en egen seksjon for forebygging:

Forebyggende seksjon har ansvar for de som er under 18 år. Og det er en av helsesøstrene som har spesielt ansvar for barn og unge, men alle helsesøstrene bruker en del av tida si til barn- og unge si psykiske helse, spesielt til rådgiving for foreldre. Flere har tatt flere kurs innen feltet innen psykisk helse og rådgiving. Vi har helsestasjon for ungdom og tverrfaglige team på alle skoler og barnehager, der kommunepsykolog kan være rettleiar. Bruker program for foreldreveiledning, "sammen foreldre og barn" Program som gjeld barn fra 0-4 år. Går på spesifikt på tilknytning og samspill. Han har også ein del barn- og unge som sine pasientar. (Mellomstor kommune i Midt).

Kommuner som har psykologer får styrkede tjenester ved at barn og unge kan få tidlig hjelp samtidig som det arbeides forebyggende:

Blant barn og unge er det bedre å forebygge enn å behandle!. Psykologressursen vi har i kommunen har som målgruppe barn og unge og deres familier, og fokuserer sine ressurser på denne gruppen. Fokuset er tidlig intervensjon, og forebyggende innsats sammen med skoler, barnehager mv. (Liten kommune i Sør).

Flere kommuner sier de ønsker å ansette psykologer for å styrke tjenestene til barn og unge, mens andre er i gang med å bygge opp et sterkere tilbud rundt psykologstillingen de allerede har:

Barn og unge med alvorlege og samansette problem. Ofte behov for utarbeiding av IP. Barn og unge med moderate til lettare psykiske plager. Vi har behov for å styrke tilbodet om oppfølging til begge gruppene. Målet er å bygge opp eit sterkare oppfølgingstilbod rundt psykologstillinga. (Mellomstor kommune i Midt).

Andre kommuner beskriver en situasjon der psykolog ikke er tilgjengelig, og at budsjettsituasjonen bidrar til å gjøre det vanskelig å opprette psykologstilling på tross av tilskuddsordningen.

Andre samarbeider tett med spesialisthelsetjenestene slik at behandling og oppfølging gjøres av de spesialiserte tjenestene, mens kommunen tar seg av det forebyggende arbeidet:

Alle barn og unge. Kommunen arbeider med primærforebyggende tiltak samt behandling av barn/unge som har utviklet symptomer og lidelser med unntak av de som henvises til spesialisthelsetjenesten. Vi har et prosjekt sammen med BUP hvor alle henvisninger (unntatt akutte) til BUP blir vurdert av et team bestående av kommunalt ansatte og ansatte fra BUP. (Mellomstor kommune i Sør).

Helsestasjonen fanger opp barn/unge med problemer. BUP behandler. Psyk. helse er samarbeidspartner med helsestasjonen, veilederrolle. (Liten kommune i Øst).

Opprettelse av flere team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten er også et ønske fra flere kommuner:

Den største gruppen barn og unge synes å være barn og unge som har vansker med sosialt samspill med jevnaldrende og/eller som opplever ulike vansker i familien. Vi ser også et klart behov for å kunne gi en mer omfattende bistand til barn/unge/familier som sliter med mer dyptgående problematikk som f. eks. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Det å ha hatt et ambulerende miljøterapiteam for barn/unge/familier er et sterkt ønske. (Mellomstor kommune i Sør).

Flere kommuner beskriver at tjenestene er bygget opp rundt familier:

Kommunen har utviklet Familiehjelpa. Målgruppen er alle barn og unge som er bosatt i kommunen og deres familier. Det er de voksne som er rundt barna som må definere problemet. Barna og de unge får ofte hjelp gjennom de samme voksne. (Mellomstor kommune i Øst).

Andre har organisert psykisk helsearbeid under "Familiens hus", "Familietjenesten" og andre familiesentrerte tjenester.

En del kommuner beskriver ulike organisatoriske endringer av tjenestene:

Ungdommer som er under 18 år kan bli henvist fra helsesøster eller eventuelt barnevern. (Imidlertid har psykisk helse blitt underlagt en omorganisering under leder helsestasjon - og har fått ett tettere samarbeid med helsestasjon. Psykiatriplan må tas opp for revidering). (Liten kommune i Midt).

Flere kommuner beskriver at de vil satse mer på forebyggende arbeid i forhold til barn og unge:

Målgruppa er barn og unge mellom 0-17 år som har psykiske helseplager. Helsestasjon/jordmor har også fokus på den psykiske helsa i forhold til oppfølging av gravide. Det er fokus på barn og unge av psykisk sjuke foreldre. Kommunen har generelt eit mål om å satse endå meir på førebyggande arbeid framover, der bla. informasjonsarbeid/undervisning er noko av elementa som er viktig for å nå målet. (Liten kommune i Vest).

Det er altså ulike modeller for hvordan tjenestene er organisert. Ved alvorlige psykiske problemer henviser kommunen til spesialisthelsetjenesten, men det er sannsynligvis ulikt hvordan arbeidsdelingen deretter blir mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Der det er tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging og behandling av de mest kompliserte sakene, frigjøres midler til forebyggingsarbeid i kommunene. Kommuner som ikke har en slik

tydelig arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten har trolig færre ressurser til å arbeide forebyggende, fordi ressursene brukes på relativt få brukere med store behov.

4.5.8 HVORDAN DE FANGES DE UNGE OPP

En vanlig tilnærming er at det er helsestasjonen som i størst grad er tjenesten som fanger opp unge med behov for hjelp for psykiske helseproblemer. Det er også en del unge som selv oppsøker hjelp:

Barn som har problemer av ulik art og som da velger å oppsøke hjelpeapparatet. Fokus områder: Barn til psykisk syke foreldre, barn med to hjem og målrettet arbeid mot mobbing. (Liten kommune i Øst).

Barn og unge som sjølv tar kontakt fordi dei har utfordringar heime eller på skulen. Barn og unge som skule/helsestasjon vurderer treng oppfølging. (Liten kommune i Vest).

Større kommuner kan ha mange ulike tiltak og tjenester som fanger opp barn og unge med behov for bistand:

Helsesøstertjenesten i barne- ungdom og videregående skole samt utekontakten møter mange ungdommer som strever psykisk. Mange ungdommer tar selv kontakt. Noen formidles gjennom lærer/foreldre/venner. PPT og barnevern mottar henvisninger/meldinger. Kommunen har psykologtjeneste, lavterskeltilbud for barn og unge i alder 0 - 18 år. (Stor kommune i Nord).

Både utekontakt, lærere og venner kan være viktige rundt unge som sliter. Det kan også være foreldre eller andre deler av hjelpeapparatet som tar kontakt eller som ser barn og unge med behov:

Foreldre som treng støtte for å styrke foreldrerolla, også barn der bekymring er avdekket og risikofaktorer i familiesituasjonen er kjent for hjelpeapparatet. (Mellomstor kommune i Vest).

Barn og unge er i hovedsak sett av helsesøstertjenesten som har den primære oppfølging. Tjenestene er samlet i helsehuset, og det er et godt samarbeid på tvers med psykisk helse, jordmor, forebyggende barnevern, barnevern og konsulent for funksjonshemmede. (Liten kommune i Øst).

Forebyggende perspektiv via samhandling med skolehelsetjenesten, samt fange opp særlig utsatte barn og unge gjennom deltagelse i kommunens tverrfaglige team, behandlingslinje for gravide rusmiddelavhengige etc. (Mellomstor kommune i Øst).

Samtaler etter henvisning fra skule, barnehage, helsesystemer. (Liten kommune i Sør).

Personer under 18 år som har kontakt med barnevern, helsestasjon, fastlege eller spesialisthelsetjeneste. (Mellomstor kommune i Sør).

Noen kommuner beskriver at brukergruppen er i endring og at flere tar kontakt. Flere sier det er økning i andel unge fra oppløste hjem som har behov for tilbud. Andre sier generelt at det er økt etterspørsel fra barn og unge:

Etterspørselen etter tjenester fra psykisk helsearbeid til barn og unge er økende. Problemstillinger varierer fra selvskading, spiseproblemer, skolevegring til mobbing og utfordringer knyttet til sosiale medier. (Liten kommune i Midt).

Flere nevner at jenter oftere har problemer enn gutter. Hvorvidt dette skyldes at tjenestene er mer tilgjengelige for jenter enn for gutter eller om dette reflekterer reelle forskjeller i behov, er et viktig tema som blant annet Helsetilsynet har vært opptatt av.²⁰

4.5.9 SMÅ KOMMUNER

Noen av de minste kommunene sier at barn og unge er den viktigste målgruppen innen psykisk helsearbeid, og at det er disse som prioriteres.

I små kommuner kan det oppstå vanskelige enkeltsaker som krever mye av de kommunale tjenestene:

Alt fra lettere frustrasjoner, samtalepartner i en kanskje vanskelig hverdag til suicidalitetproblematikk, heldigvis ikke mye av det. (Liten kommune i Nord).

Generelt er det også i små kommuner stor bredde i tilbudet som gis:

Ungdom med sammensatte behov. Som vil trenge opplæring/støtte/veiledning til å klare å fungere i hverdagen, feks skal flytte hjemmefra og ha. Botrening. (Liten kommune i Nord).

Barn og unge med ulike livsbelastninger. (Liten kommune i Midt).

Alle med tilmeldt behov. (Liten kommune i Midt).

Små kommuner kan være enda mer avhengig av samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn større kommuner:

Barn av rus og psykisk syke foreldre, angstproblematikk og barn med spesielle atferdsmønstre ofte i samarbeid med oppvekst og andrelinjetjeneste. (Liten kommune i Nord).

Veldig mange av de små kommunene nevner barn av psykisk syke foreldre:

Jobber helsefremmende og forebyggende ovenfor alle barn og unge når det gjelder å fremme psykisk helse. Oppfølging av barn som har psykiske problemer og barn av psykisk syke. (Liten kommune i Midt).

Helsesøster i kommunen har ansvaret for psykisk helse for barn/unge under 18 år. Målgruppa er alle barn, men spesielt risikobarn, som barn av psykisk syke foreldre, barn som vert mobba, flyktningebarn og barn med diagnoser. I 2013 har ungdomskuleelevar i kommunen og fått tilbod om samtale hos psykiatrisk sjukepleiar i tillegg til helsesøster, om dei ynskjer det. (Liten kommune i Vest).

Mange av de små kommunene sier de har fokus på forebyggende arbeid, og at målgruppen er alle unge med behov. Noen kommuner sier at det er ikke mulig å si noe generelt om gruppen fordi det er så få brukere. Få brukere i de ulike gruppene gjør at det er vanskelig å etablere tiltak:

Forebyggende arbeid til alle. Samarbeid med skole, helsesøster og fritidsklubb. Men lite tiltak for barn. De fleste får hjelp på BUP. (Liten kommune i Øst).

²⁰ Se for eksempel: <http://old.sykepleien.no/nyhet/849897/hvor-er-det-blitt-av-alle-gutta?>

Mange unge henter informasjon fra internett og noen av de små kommunene beskriver hvordan tjenestene presenteres på kommunens nettsider:

Dette er et lavterskeltilbud i helsestasjonstjenesten og det presenteres slik på vår nettside: "Det er normalt og naturlig å ha det vanskelig med følelser og tanker i perioder. Du kan være trist og nedentor, sint eller redd! Når tanker eller følelsene forstyrrer deg så mye over lang tid at det blir vanskelig å gjøre vanlige oppgaver som skolearbeid, fritidsaktiviteter eller å være sammen med venner, bør du be om hjelp." Det vurderes også her fortløpende evt behov for videre henvisning. (Liten kommune i Øst).

Små kommuner kan ha interkommunalt samarbeid om deler av tjenestene til unge:

Vi prøver å ha fokus på alle aldersgrupper, fra de minste til de eldste. Tiltak tilpasses barn i ulike aldre. Helsestasjonen er rettet mot alle, barne- og ungdomsarbeider jobber mot barn i alderen 10-18 år. Prosjektstilling innen rus og psykiatri er rettet mot ungdom/ unge voksne. Årsverk innen PP-tjenesten er ikke tatt med da dette er en tjeneste vi ikke har kommunalt, men har interkommunalt samarbeid på. (Liten kommune i Nord).

De små kommunene har altså stor bredde i brukergruppen, og dette betyr at relativt få personer må ha kompetanse på mange områder, se forrige års rapport om kompetansebehov. Vi kommer også tilbake til dette i neste kapittel.

4.5.10 STORBY

I storbyene er det store og sammensatte målgrupper, og de har mange tilbud og tiltak på flere nivå:

Arbeid rettet mot gravide og barn/unge i alderen 0-23 år og deres foreldre. Gjennom tidlig intervensjon og forebyggende, helsefremmende arbeid skal tjenesten bidra til å forebygge psykiske helseplager blant barne- og ungdomsbefolkningen i kommunen. (Storby).

Barnevern, rusproblematikk, kriminalitet, barn utsatt for vold i nære relasjoner, barn med foreldre med psykisk lidelse og /eller rusmiddelproblemer, foreldre med barn med problemer, drop-outs. (Storby).

Noen beskriver en relativt tung brukergruppe:

Barn og unge som har vært utsatt for belastninger, gjerne flere belastningselementer på samme barn og/eller familie. Helsestasjonen jobber forebyggende ift psykisk helse hos barn og har fokus på mors helse. Tilbyr EPDS kartlegging og oppfølging ift svangerskapsdepresjon. I skolehelsetjenesten treffer man barn og unge som sliter med tunge tanker, har problemer hjemme eller i skolen og de som dropper ut av skolen. Problemene er ofte komplekse. Familierettede utfordringer som fattigdom og arbeidsledighet. Ungdom med selvskading og selvmordstanker. Skolehelsetjenesten og selvmordstanker. (Storby).

Noen bydeler/storbyer beskriver, i likhet med andre kommuner, at helsestasjon og helsesøstre har en sentral posisjon i tjenestene:

Ungdom i sårbare situasjoner, skolevegrere, ungdom med rus og psykiske lidelser. Ungdom som er i kontakt med helsesøster på grunnskole og videregående skole eller på helsestasjonen for unge. Barn og unge som blir henvist fra lærer. (Storby).

Flere av bydelene/storbyene nevner også at unge som opplever skilsmisseproblematikk er en stor gruppe:

Barn og unge med forskjellige symptomer som selvskading, angst, spiseforstyrrelser, vanskeligheter i hjemmet/psykisk syke foreldre/rus, en stor gruppe elever med skilsmisseproblematikk/ blir ikke sett. (Storby).

Andre trekker frem unge med lite nettverk og svak sosial støtte er en del av målgruppen:

Barn som viser tidlig tegn på psykiske vansker, barn av foreldre med psykiske lidelser og eller rusproblemer. Barn og unge med lite nettverk og sosial støtte. Mye av arbeidet er rettet mot forebygging i denne aldersgruppen. (Storby).

Brukere 0 - 17. Ivaretas av helsesøstre på familiesenter, helsestasjon, skolehelsetjeneste og barneverntjeneste. Barn og unge (kjennetegnes) som har opplevd omsorgssvikt, vold i familien, spiseforstyrrelser, ad/hd, tourettes, asberger, og andre utviklingsforstyrrelser. (Storby).

Mange av bydelene og byene nevner fattigdom som en del av problematikken i målgruppen:

Barn som lever i risiko og utsatthet; herunder barn av psykisk syke foreldre, rusavhengige og barn av foreldre som er i konflikt. Barn som lever i fattigdom. (Storby).

Andre beskriver hva som kjennetegner flertallet av brukerne:

Barn med psykisk sykdom og atferdsvansker. Et flertall av brukerne som mottar helse- og sosialtjenester har diagnoser innen autismespekteret. (Storby).

Ambulante ressursteam nevnes av noen som en del av tilbudet:

Barn og unge som sliter og oppsøker lavterskel helsesøster/ psykolog (helsestasjon for ungdom) Foreldre som får foreldreveiledning. Barn og unge med opptil store vansker som får ambulant hjelp fra "spesialisert" ressursteam. Barn og unge som trenger tilrettelagt hjelp for aktivt meningsfull hverdag. (Storby).

Alle bykommunene har felles brukere med BUP:

Store deler av det psykiske helsearbeidet for barn og unge retter seg mot tidlig oppdaging og tidlig intervensjon, så her kan målgruppen beskrives som barn og unge med særlig sårbarhet. I tillegg er det en del barn og unge som har psykiatriske diagnoser og til dels trenger omfattende behandling. (Storby).

Barn og unge med psykiske vansker og lidelser, fra letter/moderate psykiske vansker til mer omfattende behov for bistand. Flere barn og unge med omfattende behov for oppfølging henvises fra psykisk helsevern for barn/ungdom til kommunal oppfølging. (Storby).

Det er vanskelig å vurdere storbyene opp mot andre kommuner, og for å si noe mer om storbyutfordringene på dette området må det brukes andre metoder. De har naturlig nok flere brukere med tilsvarende problematikk og situasjon enn de små kommunene, og kan derfor trolig lettere etablere tilpassede tiltak for ulike grupper.

4.6 OPPSUMMERING

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse og gjennom samhandlingsreformen forventes det at kommunene i større grad skal gi et helhetlig tilbud til mennesker med kroniske og alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk. Å forebygge behov for spesialisthelsetjenester er en av oppgavene til kommunene. Samtidig skal kommunene gjennom folkehelsearbeidet arbeide bredt helsefremmende og forebyggende mot hele befolkningen for fremme god psykisk helse og forebygge psykiske helseproblemer. Noe av dette arbeidet er tatt inn i det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette har ført til at tjenester som tidligere var innrettet mot mennesker med alvorlige og kroniske psykiske lidelser, nå i større grad også skal dekke behovet blant de med lettere eller moderate psykiske lidelser. Mange trenger mestringstiltak og mange kommuner beskriver det utvikles nye tilbud for de nye brukergruppene som KiD-kurs og bistand til å opprette selvhjelpsgrupper. Andre kommuner beskriver at ressursituasjonen er slik at de kun kan gi et tilbud til de med de største hjelpebehovene.

Fra myndighetene er målgruppen for tjenesten beskrevet som:

- Personer med rusmiddelproblemer/avhengighet
- Personer med psykiske vansker/lidelser
- Personer med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser)

Gjennomgangen har vist at den voksne brukergruppen er svært heterogen og i mange tilfeller omfatter mange flere brukere enn det som er beskrevet som målgruppen fra sentralt hold. Tilbud som omfatter akutt- og krisetilbud (uten at det nødvendigvis er snakk om psykiske lidelser), forebygging av fødselsdepresjoner, flyktningshjelp, livsmestringstiltak, unge som faller utenfor skole og arbeidsliv er eksempler på et utvidet tilbud til brukere som mange kommuner definerer inn i målgruppen.

Mens noen kommuner har et relativt spesialisert tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som nærmest likner et DPS-tilbud, har andre kommuner bygget opp mer generelle tjenester som i større grad nærmer seg sosialtjenestefeltet.

Mange kommuner har gradvis vridt innsatsen mot forebygging, men uten økt ressurstilgang er mange bekymret for hvordan tilbudet en slik vridning vil gi til dem med alvorlige psykiske lidelser som kanskje ikke forventes å ha et stort rehabiliteringspotensial, men må nærmest betraktes som en habiliteringstjeneste.

Med 428 ulike kommuner, er det nesten like mange beskrivelser av målgruppen. Dette er naturlig og det ser ut som mange kommuner utvider det psykiske helsetilbudet til å omfatte stadig flere brukergrupper som ellers ikke ville hatt et kommunalt tilbud. De beskriver sekundærforebyggende tiltak for å hindre at de som får psykiske helseproblemer utvikler alvorlige lidelser, og dette innebærer behandling av lettere diagnoser som angst og depresjoner. Mange kommuner nevner at det er i disse gruppene økningen i etterspørselen er størst.

Mange kommuner vil være enig i at følgende tekst god beskrivelse av tilbudet til voksne:

I boliger med bemanning er det hovedsaklig mennesker med kronisk psykisk lidelse som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, men som har omfattende bistandsbehov. De øvrige tjenestene ytes til mange ulike grupper av mennesker med psykiske plager og lidelser. Det gis tilbud om f.eks. KID kurs til personer med lettere og moderate depresjoner, innbyggere kan selv ta kontakt å få samtale uten henvisning eller vedtak. Samtidig ytes det oppfølging til alvorlig psykisk syke som bor i leiligheter uten bemanning (Mellomstor kommune i Øst).

Målgruppen for psykiske helsetjenester blant barn og unge inkluderer i de fleste kommuner både unge som har utviklet psykiske lidelser, og barn som står i fare for å utvikle psykiske lidelser. Arbeidsområdene er mange, og kommunene arbeider med alt fra gravides psykiske helse til unge som har falt utenfor skole og arbeidsliv. Kommunale psykiske helsetjenester rettet mot barn og unge kan kanskje sies å være en kombinasjon av arbeid med mestringsproblematikk, ungdomsproblematikk og sosiale problemer. Skilsmisseproblematikk, selvskading, lav selvtillit, kropp og utseende, selvmordsproblematikk og skolevegring nevnes av mange kommuner som sentrale arbeidsområder i tjenestene til barn og unge. Systematisk forebyggende arbeid ser ut til å være målet i mange kommuner.

Beskrivelsen fra denne mellomstore kommunen på Vestlandet kan illustrere omfanget av problematikken som inkluderes i tjenestene til barn og unge i kommunene:

Psykososial kriseintervensjon (akutt alvorleg, traume, vald og krenkingar). Lågterskel kartlegging, behandling og/eller los vidare i system - for barn/ unge/ familiar med psykiske vanskar og psykisk sjukdom (engstelse/ angst, tristhet/ depresjon, ptsd, sjølvskading, spiseproblem, tvang, avhengighet, rop, prodromalteikn på alvorleg sjukdom, atferdsforstyrningar, mm). Kurs for Barn som Pårørande. Tilgang på veiledning for føresette, og andre som er viktige i barna sitt nettverk, eller på barna sin arena (bhg/ skole/ fritid osv.).

Arbeidsdelingen med spesialisthelsetjenesten er ulik. I noen kommuner har de et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten som tar seg av all behandling og oppfølging av de med mer alvorlige utfordringer, mens andre kommuner sier at arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er uklar når det gjelder barn og unge, og at terskelen for å få behandling i BUP er for høy og ventetiden for lang.

5 BRUKERE SOM KOMMUNENE HAR VANSKELIGHETER MED Å GI ET GODT TILBUD

I forrige kapittel gikk vi gjennom kommunenes egne beskrivelser av målgruppen for tjenestene. Mange av kommunene beskrev der hvem som er brukere av tjenestene, og gjennomgangen viste et bredt spekter av behov blant innbyggerne som dekkes av kommunale psykiske helsetjenester. Mange av brukergruppene får sannsynligvis et godt og adekvat tilbud i kommunene og tjenestene er godt organisert for å fange opp behovene.

I dette kapitlet forsøker vi å identifisere hva som kjennetegner brukere/pasienter som kommunene sliter med å gi et godt tilbud til. På denne måten kan vi avdekke hovedutfordringene til kommunene når det gjelder tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og vansker. Svarene fra kommunene beskriver også hvor behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre er størst.

Spørsmålene ble formulert på følgende måte:

- Hva kjennetegner brukere/pasienter som dere har vanskeligheter med å gi et godt tilbud?
- Hva er i så fall årsakene til at disse/denne gruppen er spesielt utfordrende for kommunen?

Vi har ikke skilt mellom voksne og barn i spørsmålsformuleringen, men svarene er kodet og gruppert etter hvilken del av målgruppen brukerne tilhører. I kapittel 5.1 ser vi på svarene som gjelder voksne brukere, mens vi i kapittel 5.2 går gjennom svarene som gjelder barn og unge. Oppsummering er gitt i kapittel 5.3.

5.1 VOKSNE

Gjennomgangen viser at de som er vanskelige å gi et godt tilbud er:

- Brukere med ROP-lidelser
- Mennesker med alvorlig psykiske lidelser som ikke ønsker tilbud
- Alvorlige psykiske lidelser
- Brukere som har problemer med utagering eller vold
- Brukere med personlighetsforstyrrelser
- De som ikke møter til avtaler
- De som har behov utenfor kontortid
- De som ikke ønsker tjenester
- Brukere med sammensatte utfordringer som krever mange aktører
- Annet (unge, eldre, flykninger, asylsøkere, brukere med autismelidelser, voldsutsatte)

Det kan være betydelige overlapp mellom noen av disse gruppene, og det er ikke gjort noen forsøk på å konstruere utelukkende kategorier da dette ville gitt et svært kunstig skille mellom ulike brukergrupper. Resultatene presenteres ut i fra det kommunene trekker frem som utfordrende.

Årsakene til at det er vanskelig å gi disse gruppene et tilbud er mange, og bildet er svært sammensatt. I det følgende ser vi nærmere på hva kommunene sier om de ulike utfordringene.

5.1.1 BRUKERE MED ROP-LIDELSER

Aller flest kommuner trekker frem pasienter med ROP-lidelser-som den brukergruppen de har vanskeligst for å hjelpe:

Først og fremst kombinasjonen psykiske lidelser og rusproblem (ROP). Mangler dagtilbud, dårlig botilbud, få ansatte, store mørketall. (Liten kommune i Nord).

Når denne kommunen beskriver årsaken til at disse menneskene er spesielt vanskelig å hjelpe, sier de at ROP-brukere har problemer med å følge opp tilbud, de dropper lett ut av planlagte aktiviteter og det er vanskelig å finne gode aktivitets- og arbeidstilbud til denne gruppen.

Andre kommuner utdyper problematikken:

Særlig de med ROP lidelser, og store sammensatte utfordringer, noen ift kriminalitet, annen selvdestruktiv handling, og mye akutte innleggelses, og bor rimelig langt fra sentrale bygder/plasser. (Mellomstor kommune i Nord).

Denne kommunen beskriver videre at årsaken til at de sliter med å gi et godt tilbud til denne brukergruppen, er at dette er ressurskrevende brukere, både i forhold til oppfølging og koordinering, og at kommunen ikke har tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet.

En annen kommune beskriver flere kjennetegn ved målgruppen:

Kombinert rus og psykisk lidelse. Disse personene er sky og tilbaketrukket. Ønsker ikke at mange ulike personer fra hjelpeapparatet skal komme på døra. De har behov for bistand i forhold til helse og egenomsorg, bolig og økonomi. Alt faller sammen rundt dem. De har ofte en adferd som andre (naboer, familie, hjelpeapparat) reagerer på. (Mellomstor kommune i Midt).

At de ikke har innsikt i egen situasjon og ikke ønsker tilbudene de får, nevnes av mange:

Dei me har vanskelegast for å gje eit godt tilbod er brukarar med rus og psykisk lidning. Dei har ofte liten innsikt i eiga situasjon og er ambivalente til å ta imot og bruke dei tilboda dei får. (Liten kommune i Vest).

Ar dei er så rusa at dei ikkje klarer å komme til avtaler eller huske kva behandlar tek opp i samtalan. (Liten kommune i Sør).

At livssituasjonen er slik at kommunen ikke kommer i hjelpeposisjon, beskrives av flere:

Sammensatte rusproblemer kombinert med psykiske lidelser. Sykdommen gjør det vanskelig å nå denne gruppen for å få til ønsket utvikling/resultat. Ustabilitet. Vanskelig å forholde seg til avtaler, svingende psykisk helse og rusinntak. Vi klarer likevel å følge opp forholdsvis mange. (Mellomstor kommune i Øst)

Sammensatte problemer med hovedtyngden på rusutfordringer. "Ikke tilgjengelig" for oppfølging. Med det menes at de lever et omflakkende liv som kjennetegnes av store rusproblemer. (Stor kommune i Øst).

Denne gruppen brukere beskrives av flere å ha nomadiske trekk og flytter mellom kommuner. På Østlandet er det flere kommuner som beskriver at målgruppen trekker seg mot Oslo, og for grensekommunene også til Sverige.

Flere trekker frem at kommunale tjenester er frivillige tilbud, og en av kommunene som svarer at ROP-pasientene er de som det er mest krevende å gi et godt tilbud forklarer årsaken slik:

Det er mangelfullt lovverk på kommunalt nivå. Det er begrensede muligheter for ivaretagelse, selv med omfattende motivasjon og samtaleteknikker. I mange tilfeller er det uklare forståelser eller tolkninger av TPH i døgnavdelinger og TPH utenfor døgnavdelinger. Det registreres en økende tendens til at det etterspørres kommunale institusjonsplasser for denne brukergruppen, men det er, selv for brukere i kommunal institusjon, ingen lovhjemmel som regulerer utagering eller alvorlig selvskadning for denne gruppen. Det er også vanskelig å nå brukere som ikke klarer å møte til avtaler eller som ikke ønsker/ klarer å ta imot kontakt med våre ambulerende tjenester. Kapasitet i tjenestene kan også være en begrensning for å kunne sette inn tilstrekkelig innsats for brukere som er avvisende i kontakten. (Stor kommune i Øst).

Flere kommuner er inne på det samme, men sier også en del om behovet for kontinuerlig oppfølging:

Mennesker med kroniske alvorlige sinnslidelser i kombinasjon med misbruk av illegale rusmidler. Ofte fremkommer det en situasjon der bruker foretrekker å ikke ha mer kontakt med hjelpesystemene enn nødvendig. I flere av disse sakene er det bare håndhevingen av det tvungne psykiatriske vernet som sikrer en viss kontakt med hjelpesystemet. Ofte ved injeksjon annen hver uke og samtale med psykiater hver 3. måned. Det er imidlertid nå kommet preparater som kan administreres via injeksjon én gang i måneden. Dette er ugunstig med tanke på at kontinuitet i kontakten i noen tilfeller kan bidra til en mer positiv utvikling på flere områder over tid. I noen tilfeller kan brukers atferd innebære at kommunalt ansatte må begrense seg i forhold til å jobbe relasjonelt med bruker. Ofte kan truende atferd og trusler bidra til dette. (Stor kommune i Nord).

Som denne kommunen er inne på, kan truende atferd og trusler vanskeliggjøre oppfølgingen av brukeren. Tvunget psykisk helsevern med og uten døgnbehandling er et viktig tema, og mange kommuner opplever at de har få virkemidler i forhold til brukere med risiko for å utøve vold:

Personer med økt voldsrisiko med dobbeltdiagnose som motsetter seg hjelp. Personer med økt voldsrisiko med dobbeltdiagnose kan ofte ha liten kontakt med spesialisthelsetjenesten. De er sjelden villig til å ta i mot hjelp fra kommunen. De skaper mye bevegelse i nærmiljøet og kan gå ubehandlet over lengre perioder. Ofte er det politi som tilslutt griper inn i disse tilfellene. (Mellomstor kommune i Øst).

Personer som periodevis søkes inn for behandling under tvang og overføres uten tvunget ettervern. Gjentakende episoder. Ikke samhandling mellom psykisk helseinstitusjon og DPS.. (Liten kommune i Øst).

Flere kommuner beskriver at de ikke får tilstrekkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder denne brukergruppen, og at når det skjærer seg for brukeren, er det kommunene som blir stående med ansvaret. I andre tilfeller opplever kommunene at dette blir politisaker, mens politiet mener det er en sak for helsevesenet:

Alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet: med behov for hyppige ikke planlagte innleggelse, nedsatt funksjonsevne fysisk og psykisk, mangler utredning for rusavhengighet og psykisk lidelse, samtidig har noen psykisk utviklingshemming, utagerende, kognitiv svikt, avviser/ ønsker ikke hjelp, mangler egnet bolig eller mangler tilpasset oppfølging i bolig. Bruker får ikke innleggelse i spesialisthelsetjenesten, noen avviser/ ønsker ikke hjelp og lovverket hindrer bruk av tvang, utageringen ansees å være ordensforstyrrelser og er dermed en politisak, mens politiet mener det er en sak for helsevesenet. (Stor kommune i Sør).

Som det fremheves av flere kommuner, inkluderer ikke det kommunale tilbudet institusjoner:

Store sammensatte problemstillinger hos den enkelte bruker (ROP). Helsetjenestetilbudet i psykisk helse inkluderer ikke institusjoner. Kommunene har velferds- og omsorgsboliger som reguleres etter husleielovens vedtekter. Store sammensatte problemstillinger kan vanskeliggjøre tilgjengelighet for å kunne gi et godt helse- og omsorgstjenestetilbud. (Storby).

Psykiske vanskar kombinert med rus. Følger ikkje opp avtaler, ekstra stort behov for oppsøkjande og koordinerande tiltak. Uavklarte ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta opplevast fragmentert i vanskelege saker der fleire avdelingar og diverse oppsøkjande team skal ha eit delansvar for oppfølging. Når vi ikkje lukkast med samarbeidet blir ansvaret overgitt til kommune. (Mellomstor kommune i Midt).

Denne kommunen beskriver også at det er behov for å bruke ressursene mer på tvers av nivåene og at tilbudet i dag er for fragmentert til at det fungerer til det beste for brukerne. Andre opplever at mange brukere med ROP-lidelser er for syke til å motta spesialisthelsetjenester og overføres derfor til kommunene:

Brukere med ROP-lidelser som er inn og ut av psyk.sykehus flere ganger i uka. For syke og vanskelige å ha på sykehuset, blir sendt til kommunen. Krevende brukere som krever heldøgnsoppfølging, mens vi bare har tilbud på dagtid.

Årsak: Manglende døgnbemanning/døgnplasser, for lite ressurser når vi skal ta sikkerhet på alvor og alltid være to på enkeltbrukere. Finnes ikke et godt og langvarig opplegg for disse i spes.linja, når de er for syke til å ta imot behandling, eller ikke er "tilgjengelig" for behandling, sendes de til kommunen. (Liten kommune i Øst).

For å møte disse utfordringene har noen kommuner etablert egne team for brukergruppen:

Personer med sammensatte problemer som ikke holder avtaler og flytter litt rundt. Kommunen har fra 2014 etablert ROP- team for å kunne gi bedre tjenester til denne gruppen. (Mellomstor kommune i Øst).

Mobile team er kanskje nødvendig for denne brukergruppen og mange forteller at de ikke møter opp til avtaler og generelt er i en ustabil situasjon:

Ustabilitet. Dobbeltdiagnose rus/ psykiatri. Rusmisbrukerproblematikk. Brukere møter ikke, tar ikke imot tilbudet. (Mellomstor kommune i Øst).

Alvorlig psykisk syke og mennesker med dobbeltdiagnose. Den kjennetegnes ved å være svært ustabil og har et stort behov for omsorgstjenester på døgnbasis, samtidig at de er dårlig utredet og/eller behandlet. (Stor kommune i Øst).

At de ikke ønsker et kommunalt tilbud eller ikke er motivert for behandling eller kommunale tjenester beskrives av mange som hovedutfordringen:

Rusbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Årsaken er rusmisbruket hos den enkelte og manglende motivasjon til å bli rusfri. (Liten kommune i Sør).

Kjennetegn er rus og/eller alvorlige psykiske lidelser, lite sykdomsinnsikt, ustabilitet, motsetter seg hjelp, mistet troen på hjelpeapparatet, lite støttende nettverk, ustabil boforhold og endringsvegring. (Mellomstor kommune i Øst).

ROP brukere. Vanskelig å motivere, lite tid til motiveringsarbeid, lite tiltak å velge i, liten fleksibilitet hos samarbeidspartnere (spesielt Nav). Rus/ruspåvirkning vanskeliggjør kontakt og evt endringsarbeid. (Liten kommune i Midt).

Dårleg sjølvinnsikt pga psykose eller misbruksproblematikk (alkohol, piller). Kjem seint i posisjon til å gje tenleg hjelp og reparasjon av denne type problematikk er vanskeleg. (Mellomstor kommune i Vest).

Flere sier også at kommunene ikke har fleksible nok tjenester i forhold til denne gruppen, både i forhold til åpningstider og det å ha tjenester tilgjengelig og parat når brukeren er mottakelig:

ROP-brukere ønsker ikke å ta i mot hjelp. De er ustabile og ambivalente ift. hjelpeapparatet. Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad fleksible tilbud (kveld/natt) i forhold til brukernes ønsker/behov. Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad meningsfylte dagaktiviteter for brukerguppen. (Liten kommune i Øst).

Mange kommuner sliter med å gi et godt botilbud til ROP-pasientene, og trekker fram dette som hovedutfordringen:

Brukere som er ferdig behandlet ved psykiatrisk institusjon og har vært innlagt over lang tid, er det kommunes ansvar for å legge dette til rette for at brukerne skal mestre å bo utenfor institusjon. Pasienter med ROP lidelser er særlig utfordrende og vanskelige å gi et godt kommunalt tilbud til. Det krever kompetanse, høybemanning, godt samkjørte kommunale tjenester og tilrettede boliger/botilbud på 24 timer som kommunen ikke har pr dags dato. Psykisk helse har ikke fått tilført nye ressurser i form av stillinger siden 2009. Det blir da vanskelig å gi brukerne et godt og forsvarlig tilbud når brukerguppen øker og bemanningen er den samme. Kommunen har de siste årene stadig fått flere brukere og større ansvar for oppfølging, tilrettelegging, botilbud og arbeid/sysselsettingstiltak, er det kommunes ansvar å legge dette til rette for brukerne skal mestre å bo utenfor institusjon. Tidligere statlige oppgaver er nå blitt kommunalt ansvar og dette krever økte ressurser i form av ansatte og kompetanse. (Liten kommune i Vest).

ROP-problematikk, manglende ressurser i spesialisthelsetjenesten. De trenger behandling, men får ikke plass. De er utagerende, voldelige, bostedsløse og ruser seg. (Stor kommune i Øst).

Brukere med ROP lidelser og personer som har behov for bolig med omfattende hjelp/tilsyn. Har ikke kommunale boliger med tilknyttet personal til denne gruppen. (Liten kommune i Sør).

ROP lidelser. Koordinering av tjenestetilbud Manglende differensiert boligtilbud. (Mellomstor kommune i Sør).

Mange trekker frem mangel på differensiert botilbud:

Til dei med ROP-lidingar har me ikkje butilbod/aktivitetstilbod til. Mange følger ikkje opp avtalar - er lite tilgjengelege. (Mellomstor kommune i Sør).

Pas. med rusproblematikk. Kommunen mangler differensierte tilbud til gruppen rus/psykiatri. (Liten kommune i Sør).

Økonomi er ofte en viktig årsak til at kommunene ikke får bygget opp gode botilbud til gruppen:

Tunge rusmisbrukere/mennesker med samtidig rusproblem og psykisk lidelse. De er vanskelig å bosette sammen med andre og de trenger bemanning. Kommunen planlegger boliger for dem, men har ikke funnet noen måte å finansiere stillinger i boligene. Selve byggeprosjektet er planlagt, men stilt i bero pga manglende bemanning. Manglende stillingsressurser og manglende kompetanse. Kommunen hadde tilsyn på tilbudet til brukergruppen med samtidig rusproblem og psykisk lidelse. Er nå i ferd med å bygge kompetanse i samarbeid med Korus øst. Skal blant annet ta i bruk Brukerplan og 4 ansatte skal ta videreutdanning i rusarbeid ved universitetet i Agder. (Mellomstor kommune i Øst).

Denne kommunen beskriver at de ikke har nødvendig kompetanse, men at flere nå skal ta videreutdanning i rusarbeid. Flere kommuner sier de ikke har tilstrekkelig kompetanse på kombinasjonen rus og psykisk helse:

Sammensatte problemstillinger av psykiske helseutfordringer og utstrakt rusmiddelavhengighet. Ikke tilpassede tjenester og til dels manglende kompetanse på kombinasjonen i fht målgruppen rus/psyk. (Liten kommune i Øst)

Kombinasjonsproblematikk rus – psykiatri. Har ikkje fått behalda ruskonsulent. Hadde dette kun i eitt år. Treng fokus på det rusfaglege. (Liten kommune i Vest).

I andre tilfeller kan det være uklare ansvarsforhold mellom tjenestene:

Brukere med rusproblem. Dei henvender seg ikkje sjølve for å be om kommunale tenester. dessutan er det uklar ansvarsdeling mellom Nav og kommunal sosialteneste (Liten kommune i Vest)

Mens noen trekker frem at de har for lav kompetanse på brukergruppen, er det andre som opplever at bemanningen er for lav:

Kommunen har utfordringer spesielt i forhold til ROP-pasienter. Psykisk helseteam og rusteam er organisert i forskjellige enheter, henholdsvis Pleie- og omsorg og NAV. Bemanning innen rus og ROP anses for å være for lav i forhold til behovene. Kommunen har satt i gang prosess med å gjennomgå tjenesten og har satt inn tiltak. All brukere har doblet seg siste 5 år. Det er vanskeligst å bosette og å få gitt tilbud til mennesker som har utagerende adferd og som oppleves som farlige overfor andre.

Antall brukere som oppleves som farlige er økende. Politiet oppgir at nye syntetiske rusmidler gir utfordringer i forhold til mer uforutsigbar adferd. (Stor kommune i Øst).

Denne kommunen opplever at antall brukere øker og særlig de som har uforutsigbar atferd og de setter dette i sammenheng med nye syntetiske rusmidler. I flere kommuner er rustjenestene trukket ut fra NAV og er organisert i tjeneste for psykisk helse:

Personer med ROP - lidelser/rus. Ingen integrert plan/tilbud som er hensiktsmessig. Brukergruppen ble overført fra NAV til tjeneste for psykisk helse i 2011 uten skriftlige vedtak, planarbeid eller kompetanse. Kompetanse kom i form av interkommunal ruskonsulent som laget rusfaglig handlingsplan med mye fokus på forebyggende arbeid. Lite beskrevet om behandling/rehabilitering. Ingen sosialfaglige stillinger i teamet, ingen dagtilbud, ingen boligsosial oppfølging. (Liten kommune i Sør).

Denne kommunen beskriver en situasjon der det er fokus på forebygging, men ikke på behandling og rehabilitering. Dette blir vanskelig når heller ikke spesialisthelsetjenesten har gode tilbud. En kommune beskriver at et nytt FACT-team som de håper kan bistå kommunene i arbeidet med brukere med ROP-lidelser:

Kronisk sjuke- ustabil personlegdomsforstyrning. ROP brukarar. Enten vil dei ikkje inn i spesialisthelsetenesta for kartlegging/behandling, eller dei passar ikkje inn (vil ikkje ha dei i spesialisthelsetenesta då bygningane er slik bygd at dei har vanskar med å sette inn skjermingstiltak når det er trong for det). Opplever og delvis manglande kompetanse på rus i spesialisthelsetenesta det er kombinasjon av rus og psykiatri. Det vert no etablert eit FACT team i spesialisthelsetenesta i 2014 som me har forventningar til skal bistå kommunen i kartlegging og behandling og oppfølging av særleg brukargruppa som nemt over. (Mellomstor kommune i Vest).

Fleire kommuner er inne på dette med mangelfull koordinering av tjenestene på ulike nivå:

Brukere med dobbeltdiagnose-problematikk er alltid en utfordring å kunne sikre at kvalifisert oppfølgingstilbud til. Grunnen til det er mangelfull koordinering mellom flere instanser. Bla organisering av psykiatri- og rustilbudene i spesialisthelsetjenesten. Spesielt er det mangelfull koordinering mellom nivåene, fra barn/ unge og til voksne. (Stor kommune i Øst).

Ofta er det kombinasjon av flere faktorer som gjør at det er vanskelig å gi et godt tilbud:

Personer med rus/psykiatri-problematikk. Manglende tilbud fra spesialisthelsetjenesten - veiledningstilbud - Liten motivasjon fra brukers side - Begrensninger i egen kompetanse. (Liten kommune i Sør)

Små kommuner har gjerne ikke en egen tjeneste til rus, og da må utfordringene håndteres av alle tjenestene på ulike måter:

Rus og psykisk helse i kombinasjon. Vi har ingen eiga eining for rus og denne problematikken vert takla av alle avdelingar ift andre behov. (Liten kommune i Vest).

Brukere med ROP-lidelser er den brukergruppen som blir nevnt som mest utfordrende å gi et godt tilbud fra flest kommuner. Noen nevner også kun rus:

Rus er nok den største utfordringen vi har. Fordi det er lang venteliste på avrusning - institusjonsplasser, dette gjør at alt fra avrusning til behandling blir kommunenes ansvar og det er en stor utfordring da vi ikke har døgnplasser. (Liten kommune i Øst).

5.1.2 ALVORLIG PSYKISK SYKE SOM IKKE ØNSKER TILBUD

En annen gruppe er de som har alvorlige psykiske lidelser, men som ikke ønsker et tilbud. Det er ikke rusproblematikk som er årsaken til dette, men det er den psykiske lidelsen. Mange sier at årsaken til at de ikke tar i mot hjelp er at de ikke har innsikt i egen sykdom eller i hjelpebehovet:

Har ikke mange brukere som er vanskelig å gi et godt tilbud. Det som kjennetegner en bruker er at hun ikke har innsikt i sitt hjelpebehov, og er ikke interessert i hjelp. (Liten kommune i Nord).

Pasienter som ikke har sjukdomsinnsikt. Utfordringa kan vere at disse ikkje ønskjer å ta i mot hjelp. Vanskeleg å kome i posisjon for å gi god nok og rett hjelp. (Mellomstor kommune i Vest).

Pasienter med alvorlige diagnoser med behov for tverrfaglig tilrettelagte tjenester, og mangel på innsikt i egen sykdom. Brukere har ikke innsikt i egen sykdom og avviser tilbud. (Liten kommune i Øst).

Flere er inne på at det er vanskelige etiske vurderinger i forhold til de som ikke selv innser at de trenger hjelp. Når personer med store hjelpebehov går over lang tid uten å være mottakelig for hjelp, ender det i mange tilfeller med en tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Når pasienten skrives ut opplever mange kommuner at de blir stående alene:

Alvorlig psykisk syke uten innsikt. Pasienter som ikke vil vedkjenne seg at de er syke, som er paranoide og har gjentatte innleggelse i psykisk helsevern. Pasienter som ikke vil ha tjenester når tvang blir opphevet, og som avviser kommunehelsetjenesten. Vi opplever at det til tider er for kort behandlingstid på de med alvorlig lidelse og høyt symptomtrykk. Noen blir utskrevet mens de fortsatt er dårlige. Vi opplever at kommunens observasjoner ikke alltid blir tatt nok på alvor. Vi får heller ikke alltid råd eller informasjon/veiledning vedrørende oppfølging. (Stor kommune i Øst)

Personer med manglende sjukdomsinnsikt og som ikke ønsker hjelp, men som i stor grad har behov for oppfølging. Personer som isolerer seg, som er sterkt paranoide og vanskelig å få tillitt hos. Kommunen er avhengig av frivillighet og vilje til samarbeid for å få gitt hjelp. Det er tids- og ressurskrevende samt krever en fleksibel tjeneste for å oppnå en god allianse. Enkelte brukere følger ikke opp avtaler spesialisthelsetjenesten og blir ofte skrevet ut fra tjenesten. (Stor kommune i Øst)

Andre sier at det er vanskelig med de som ikke har innsikt i egen situasjon fordi de blir vanskelig å samarbeide med. En kommune forteller de har hatt flere saker i det siste der brukeren/pasienten nekter å skrive under på søknadspapirer om høyere omsorgsnivå. De legger til at:

Kommunale tjenester kan ikke "tvinge" noen til å ta i mot tilbud. (Stor kommune i Øst).

En viktig diskusjon handler i følge mange kommuner det handlingsrommet kommunene har når det er innbyggere som er syke men som ikke ønsker hjelp. Dette gjelder ikke bare ROP-pasienter, men også mennesker med alvorlige psykiske lidelser uten at det er rusproblematikk.

5.1.3 ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER

I andre tilfeller er det ikke at pasienten ikke har innsikt som er problemet, men at den psykiske lidelsen i seg selv er krevende å håndtere for kommunene:

Alvorlighetsgrad, utagerende adferd, manglende biferdigheter. Krevende forventninger fra spesialisthelsetjenesten. Årsak: Ressurser. Bemannede boliger, egen kompetanse. Trenger bedre samhandling innad i kommunen og med spesialist helsetjenesten. (Mellomstor kommune i Øst).

Mange kommuner sier det samme. Brukere med alvorlige, kroniske lidelser som er ressurskrevende brukere der kommunen trenger høy kompetanse på psykiske lidelser og sterkt samarbeid både med fastleger og spesialisthelsetjenesten om de skal få til å gi et godt tilbud.

Andre steder er årsaken til at tilbudet ikke godt nok, direkte mangel på bemanning:

Tyngre brukere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Mangler årsverk. (Liten kommune i Sør).

I små kommuner med få brukere i denne gruppen, kan det være krevende å få til gode tilbud:

Pasienter med alvorlige lidelser. Det er begrenset kompetanse tilgjengelig lokalt. Vanskelig å dimensjonere tjenesten i takt med variasjoner i den enkeltes sykdomsforløp. Begrenset jobb/aktivitetstilbud. (Liten kommune i Nord).

Mange kommuner sier også at de mangler egnet botilbud og i mange tilfeller boliger med døgnbemanning for de med alvorlige psykiske lidelser.

Pasientar med alvorleg, framskriden psykisk lidning som treng stabilitet og trygghet i personalet sundt seg. Kommunen har ikkje døgnbemanna butilbod. Pasientar får begrensa stabil og kontinuerleg oppfølging, og dagane vert ikkje så forutsigbare som enkelte pasientar treng. Dette kan igjen føre til auka lidelsestrykk og hyppigare innlegging på psykiatrisk sjukehus/DPS. (Liten kommune i Vest).

De vi ikke har et tilbud til i kommunen er de som trenger et heldøgns omsorgstilbud. For de må vi kjøpe eksterne plasser. Kommunen har ikke heldøgns omsorgsplasser til pasienter med behov for denne type tjenester. Psykisk helsetjeneste har ikke tilbud på natt/helg, tilbudet på kveld er to kvelder i uka. (Liten kommune i Øst).

Brukere med spesielt store utfordringer. Brukere som tidligere fikk tilbud i langtidsinstitusjoner, og som trenger spesielt langvarig oppfølging. Svært ressurskrevende, verken NAV eller Psykisk helse har oppsøkende tilbud utover "kontortid". (Mellomstor kommune i Øst).

De alvorligste sjuke, f.eks pas/brukere med schizofreni. De som evt. trenger et kommunalt botilbud med tilsyn, som vi ikke har. Trenger tettere oppfølging. Mangler egne og egne boliger for disse. (Liten kommune i Øst).

Det er ikke alltid det er selve boligen som mangler, men bemanning i boligene:

Pasienter som trenger bemannet bolig - alt fra delvis bemannet til heldøgnsbemanning. Har mulighet til bolig, men mangler bemanning. (Stor kommune i Øst).

Mange kommuner sier at de i dag ikke har tilrettelagte boliger med bemanning og at det er mange som trenger heldøgnsomsorg fordi døgnplassene i spesialisthelsetjenesten bygges ned.

5.1.4 BRUKERE SOM HAR PROBLEMER MED UTAGERING ELLER VOLD

Som nevnt over i forbindelse med brukere med ROP-lidelser, er det mange kommuner som har utfordringer knyttet til utagerende eller voldelige brukere. I noen tilfeller dreier det seg om brukere som har samtidige rus- og psykiske lidelser, mens i andre tilfeller er det ikke nødvendigvis rusproblemer involvert:

Brukeren ønsker ikke å ta i mot tjenestene som vi vil gi, som hjemmehjelp, treningskontakt, støttesamtaler, tilsyn. De ønsker å greie seg selv. Også alvorlig syke som kan være truende, fare for utagerende vold. Det er utfordrende å se at de trenger struktur, aktivitet og hjelp i heimen, men ønsker selv ikke å mota tjenester. Vi kan ikke bruke tvang og må respektere valgene til brukeren. Brukere som trenger døgnbasert tjeneste, og som ikke selv ønsker tilbud i bolig med personell. Vanskelig med å skaffe både bolig og personell til å gi døgn-tjeneste til bruker. (Liten kommune i Vest).

De som ikke vil ha kontakt med verken psykisk helsevern eller psykisk helse i bydelen. De med stor grad av utageringsproblematikk som seponerer nødvendige medisiner. Utageringsproblematikk er vanskelig å håndtere i forhold til både medbeboere og ansatte i samlokaliserte boliger eks. vis. Spesialisthelsetjenesten med korte akuttinnleggelse og utskrivning uten tph uten døgn, har vært spesielt utfordrende i forhold til enkelte. (Storby).

Brukere med vold- og adferdsproblematikk... Sykdom som øker mistenkelighet, og svekker tilliten til kommunale medarbeidere/tiltak.(Stor kommune i Sør).

Flere kommuner beskriver at tilbudene mangler på flere nivå:

Et stadig økende antall brukere med sammensatte lidelser innenfor rus og psykisk helse, utagerings- / voldsproblematikk etc. Dette er sammensatt. Mange er vanskelige å få tak i/er vanskelig tilgjengelige for hjelp, mens en stor del mangler gode og adekvate tilbud både i kommunal regi og spesialisthelsetjenestens regi. (Mellomstor kommune i Øst).

De som unndrar seg hjelp. De som har behov for omfattende hjelp og samtidig behov for skjerming/skadeavvergende tiltak pga utfordrende adferd/vold. Krevende med samhandling. Det mangler et lovverk som regulerer skjerming/skadeavvergende tiltak på kommunalt nivå for mennesker med psykiske lidelser. Tildels uavklart ansvarsforhold rundt disse pasientene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. (Stor kommune i Nord).

Andre sliter med å rekruttere fagpersonell:

Har stort hjelpebehov med kompleks psykisk sykdom. Er vanskelig å behandle og rettlede. Er utagerende og kan virke truende. Personalet har liten kompetanse på området. Det er vanskelig å rekruttere fagpersonell. (Liten kommune i Nord).

Utagerende pasienter som det må etableres 1:1 tilbud, eventuelt 2:1 tilbud for å ivareta deres behov. Dette gir dårlige tilbud for pasientene, store problemer med å skaffe personell, og dyre løsninger. Utviklingen har gått altfor langt: Det burde etableres statlige tilbud (bofelleskap ol) for 4-6 personer

der det kunne gis tilbud til de mest ressurskrevende pasientene, og der det er mulig å bygge opp fagmiljø. Psykisk helsevern fraskriver seg i stor grad ansvaret for de aller mest hjelpetrengende, under påskudd av at de "ikke kan nyttiggjøre seg " tilbudet fra psykisk helsevern. Men kommunene forventes å kunne gi tilbud. (Liten kommune i Nord).

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom og utviklingshemming, som har truende oppførsel, "farlige pasienter". Ofte er behandlingen gitt med hjemmel i bruk av tvang. Dette er pasienter som utfordrer personalet hver dag. Det er få av dem og det er vanskelig å rekruttere nok høyskoleutdannede ansatte, som også må ha den personlige egnetheten for oppgaven. (Liten kommune i Nord).

Flere kommuner er tydelige på at for denne brukergruppen er det behov for omfattende samarbeid med andre:

I forhold til utagerende og voldelige brukere må ansattes sikkerhet ivaretas og det er behov for et utstrakt samarbeid med både politi og spesialisthelsetjenesten. (Stor kommune i Øst).

Pasienter som har innleggelse i sikkerhetsavdeling i spesialisthelsetjenesten trekkes frem som en krevende brukergruppe av en stor kommune i Sør.

5.1.5 PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER

En del kommuner nevner brukere med alvorlige personlighetsforstyrrelser når de beskriver hvem de har vanskelig for å gi et godt tilbud.

Alvorlige personlighetsforstyrrelser. Vanskelig å samarbeide med. Uteblir fra avtaler osv. (Liten kommune i Øst).

Pasienter med emosjonelle, ustabile personlighetsforstyrrelser. Pasienten er vanskelig å få tak i og samarbeide med. Avtaler og samarbeidsmøter overholdes ofte ikke. (Liten kommune i Øst).

Noen kommuner forklarer mer om hvorfor det er vanskelig å hjelpe personer med personlighetsforstyrrelser:

Personer med personlighetsforstyrrelser er ofte ekskludert for annen type behandling f.eks ACT og blir ofte kommunens ansvar. Disse pasientene har ofte ett opplevd stort hjelpebehov, men ofte vanskelige og hjelpe. Liten selvinnsikt samt stadig bytte av fastlege/behandlere fører til lite kontinuitet i oppfølgingen. (Mellomstor kommune i Øst).

Det er utfordrende å gi personer med personlighetsforstyrrelser tilbud i forhold til deres forventninger. (Liten kommune i Midt).

Manglende tilbud fra spesialisthelsetjenesten for denne gruppen trekkes også frem av flere:

Personer med ulike typer personlighetsforstyrrelser som fungerer dårlig i hverdagen og arbeidsliv og ikke får et tilbud i spesialisthelsetjenesten. (Mellomstor kommune i Øst).

Denne kommunen legger til at de ikke har noen behandling i forhold til personlighetsforstyrrelser, bare oppfølging.

I andre tilfeller blir de skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten grunnet lavt behandlingspotensial, og kommunene blir stående med ansvaret:

Brukere med store personlighetsforstyrrelser. Blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten grunnet lite behandlingspotensiale. Vanskelige å gi tilbud pga behov, opplevd behov og omgivelsenes håndtering av problematikken. Krever mye ressurser. (Stor kommune i Øst).

I andre tilfeller er personlighetsforstyrrelsen en del av problematikken og det kan være i kombinasjon med rusproblemer:

Sammensatte problemstillinger, spes. der rus/alvorlige personlighetsforstyrrelser er en del av problematikken. Store svingninger og liten innsikt i egen situasjon. Få institusjonsplasser fører til ventetid ved innleggelse. (Liten kommune i Midt).

Rus og psykisk helse og/eller med personlighetsdiagnoser. Vi har et frivillig tilbud i kommunen og dette er ofte ikke ønsket, eller pas. behov varierer fort og ofte, og kan ikke alltid bli møtt. Ofte et hinder at det kun kan gis begrenset informasjon etter pas. ønske. Har ikke psykolog og ofte lang tid knyttet til utredning og kartlegging. (Liten kommune i Sør).

5.1.6 SAMMENSATTE UTFORDRINGER SOM KREVER MANGE AKTØRER

Flere kommuner sier at de som er vanskeligst å gi et godt tilbud, er de som har sammensatte utfordringer på ulike nivå der det er kompleksiteten i sakene som er svært krevende:

Noen kjennetegn er: ustabilitet - "dropper" fort ut av tiltak, pasienter m/sammensatte komplekse diagnoser. "Kompetansemessig" er disse pasientene svært utfordrende - "brenner" ut personalet (Mellomstor kommune i Sør)

Vi har vansker med å gi et godt tilbud til brukere/ pasienter som har behov for sammensatte tjenester, dvs. at flere tjenester i kommunen må samarbeide for å gi brukeren en best mulig tjeneste, og også brukere med psykoselidelser. Årsaken er først og fremst kompetansemangel i utvidet forstand. Så er det mangel på rutiner for samarbeid internt i kommunen, og enkelte "aktører" i det samla psykisk helsearbeidet definerer seg bort fra sitt ansvar. (Liten kommune i Sør).

Flere nevner kombinasjon av psykiske lidelser og utviklingshemninger:

Ofte er det pasienter med sammensatte lidelser, for eksempel rus og psykiskiatri eller psykiatri, rus og psykisk utviklingshemning av forskjellig art. Det som kjennetegner disse er at de ofte er "for syke" for behandling hos spesialisthelsetjenesten og dermed blir kommunens ansvar. Kompetansen på slike problemstillinger er for lav i vår kommune. (Mellomstor kommune i Øst).

Andre har behov for flere tjenester, og det er vanskelig for små kommuner å etablere alle tjenester det er behov for:

For de som har behov for mange og ulike tjenester. Tilgang til dagtilbud og fritidstilbud er vanskelig i en liten kommune. (Liten kommune i Nord).

Når det er mange tjenester som skal koordineres kan det bli utfordrende:

Uspesifikke og/ eller sammensatte diagnoser. Rus/ psykisk helse og somatikk. Krever mye samarbeid med andre tjenester. Arbeid på mange fronter forsinker prosesser noen ganger. Vanskelig for pasienter også å orientere seg blant behov og tjenester. (Liten kommune i Øst).

Uklare grenser og ansvarsforhold når mange tjenester er inne. (Mellomstor kommune i Midt).

I andre tilfeller er det behov for mer spesialistkompetanse:

Tjenestemottakere med kompliserte og sammensatte behov. Stort behov for flere forskjellige spesialitetskompetanser. (Liten kommune i Nord).

Brukere med flere diagnoser/relativt sett syke brukere som er svært inaktive/passive. Trenger bedre oppfølging, og ikke minst større muligheter for opphold på DPS. (Liten kommune i Øst).

For sammensatte diagnoser med selvskading, psykiske lider og ruslidelser, adferdsavvik i kombinasjon med rus og psykiske lidelser. Vi har ikke spesialister å rådføre oss med, kommunen har ikke egne psykologer. Vi har ofte behov for å rådføre oss med psykiatere og psykologer ved DPS og ved sykehuset. Vi har begrenset bomuligheter og mange av våre brukere har dårlig boevne og trenger mer oppfølging enn tjenesten er i stand til å tilby. Med mange henvendelser og tunge brukere blir det PLASTER på såret vi tilbyr, der det kunne ha vært behov for operasjon. (Mellomstor kommune i Nord)

Denne kommunen beskriver videre hvordan presset på kommunene øker:

Mange fastleger utøver praksis med først å søke pasient inntil DPS, ved avslag der kommer automatisk søknad til vår tjeneste, og fastlegen ser da problemet som løst. Det er stor pågang på tjenesten, gj.snittlig 7- til 8 søknader pr. uke. (Mellomstor kommune i Nord)

En kommune beskriver også at det ikke er alle pasientgrupper som kan nyttiggjøre seg nye tilbud som ambulante team:

Færre sengeplasser til fordel for ambulante team. Mange nye flotte tilbud, men dei er svært spissa til å gjelde små grupper. Dei vanskelege sakene er det ingen som vil ha, pasientane passar ikkje inn i teama. (Mellomstor kommune i Midt).

Økonomiske utfordringer bidrar til å øke kompleksiteten i en del saker:

Ofte rus og psykiatripasienter med dårlig økonomi. Ofte er de ikke kredittverdige og har mange utleggsforretninger. Få eller ingen ønsker å gi bolig når det er stor usikkerhet til betaling. (Liten kommune i Nord).

Sammensatte problemstillinger ift helse, sosiale forhold, økonomi, kriminalitet. Vanskelig å gi tjenester og oppfølging. (Stor kommune i Øst).

Andre kommuner ser at adferdsmønster i noen tilfeller arves og overføres mellom generasjoner:

Sammensatt problematikk i form av rus, psykisk lidelse og generasjonsoverført atferdsmønster. Responderer dårlig på de tildelte tjenestene. (Mellomstor kommune i Sør).

Det er pasienter med sammensatte behov som vi ikke har nok kompetanse til å bistå i perioder, og som ikke får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Mangler et helhetlig tilbud. Vi ser at utfordringene går i arv, og unge som skal flytte for seg selv og kommer fra hjem der foreldrene har hatt problemer, trenger mye oppfølging og opplæring. Vi må utvikle tilbudet vårt slik at vi kan samarbeide bedre om å gi et helhetlig tilbud til brukerne. Vi trenger tilpassede boliger, og kompetanseheving. (Liten kommune i Øst).

En annen kommune har utfordringer med å gi brukere med PTSD og spiseforstyrrelser og andre et godt tilbud.

Mennesker med PTSD Mennesker med spiseforstyrrelser er det vanskelig å gi et godt nok tilbud i kommunen, men de får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Mennesker med sykkelig overvekt har ofte ikke lett for å benytte tilbud som blir gitt dem. Nysyke med alvorlige sinnslidelser. For å møte disse utfordringene er det behov for mer/bredere kompetanse, kanskje først og fremst psykologkompetanse. (Liten kommune i Midt).

Her henvises det til behov for psykologkompetanse. En annen kommune har utfordringer med unge med unge med flere diagnoser:

Unge mennesker med dobbel / trippel diagnose; psykiatri; rus og eventuell kognitiv svak er vanskelig å gi et godt tilbud da de fungerer dårlig: De har ikke sosialt nettverk og rekrutteres ofte inn i rusmiljø. Mennesker med en lang fartstid innenfor rus er vanskelig å gi egnet tilbud. De vil være i dette miljøet; de passer ikke inn i samfunnsbildet ift bomiljø. Unge med sammensatte psykiske og sosiale utfordringer som trenger høy grad av koordinering. Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig for gruppen. Tvang som tiltak fungerer ikke får denne brukergruppen. Vi ønsker å se nærmere på nye behandlingsformer mot denne brukergruppen. Vanskelig å avsette tilstrekkelig ressurser til å følge opp og være tett på brukerne i stor nok grad. Et godt nok behandlings- og rehabiliteringsløp inkl. aktivitet / arbeid er forsømt. Nav tilbyr kun arbeid, og har klare krav til oppmøte / produksjon. Aktiviseringslinjen i NAV er fraværende og må styrkes dersom arbeid med denne målgruppen skal lykkes. (Stor kommune i Vest).

Dette svaret illustrerer hvor komplekst og krevende det er om ikke de ulike tjenestene må fungere sammen for å få til et helhetlig tilbud som fungerer godt. Flere er inne på NAV sin rolle i de komplekse sakene:

Det er også en relativt stor gruppe som ikke helt nyttiggjør seg tilbud i kommunen. Det er personlighetsforstyrrelser og/eller sammensatte lidelser. De har ofte ikke avklart ytelse fra NAV og er i en vanskelig livssituasjon i forhold til relasjoner, arbeidsledig/ uten inntekt og sammensatte helseproblemer. Vi ønsker å nå denne gruppen og arbeider oppsøkende og fleksibelt og tverrfaglig for hjelpe dem. Vi prøver nye tilnærminger og behandlingsmetoder i kommunen som KiD kurs, livsmestring, friskliv og pedagogisk tilnærming som Motiverende intervju og Løft for å hjelpe den enkelte til å gjøre endringer slik at de får et bedre liv. Målgruppen hører hjemme i kommunen fordi de ikke nyttiggjør seg den behandling spes.tjenesten kan tilby, men det er også utfordrende for kommunen på grunn av mangel ressurser. Vi må bruke lang tid å bygge relasjon, motivasjon og endring og vi må være fleksibel i kontakten med bruker for å lykkes. (Stor kommune i Øst).

Som denne kommunen beskriver en gruppe som krever mye ressurser og som ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen i spesialisthelsetjenesten. At de ikke har avklart behovet for ytelse fra NAV bidrar også til å gjøre bildet mer komplekst. Kommunen prøver stadig nye verktøy for å nå brukergruppen.

Andre nevner har andre kombinasjoner av lidelser som gjør det vanskelig å hjelpe når det er usikkerhet eller uenighet rundt diagnoser:

Personer med samtidige lidelser; rusavhengighet og somatisk sykdom kombinert med psykisk sykdom, og der det også er utageringsproblematikk. Når det er usikkerhet/uenighet rundt diagnoser opplever bydelen ofte å bli sittende alene uten støtte fra spesialisthelsetjenesten. Dette er ofte de mest kompliserte sakene der bydelen trenger et tett samarbeid. Det er også utfordrende å finne et egnet botilbud i bydelen når det er utageringsproblematikk og personen trenger tett oppfølging for å kunne fungere i boligen. (Stor kommune i Øst).

En kommune oppsummerer godt hovedutfordringene i de komplekse sakene:

Svært komplekse saker, uavklarte og komplekse behov knyttet til både kompetanse og kapasitet, behov for bemannet bolig, suicidalfare, voldsproblematikk, fagfolk har sterke og ulike oppfatninger av brukerbehov, kan ikke vende tilbake til opprinnelig bolig/har ikke bolig. Mangler i koordineringen/vanskelig å koordinere. Uklare ansvarsforhold. Uavklarte og komplekse behov, ofte i kombinasjon med rusutfordringer. Innleggelse i spesialisthelsetjenesten er vanskelig og spesialisthelsetjenesten ønsker i stor grad bemannede boløsninger for denne gruppen. Behandling som gis der er mangelfull eller det mangler gode beskrivelser av tiltak og oppfølging som må til. Enkelte pasienter i gruppen blir værende på sykehus selv om kommunen er mottaksklar, det oppstår uenighet om tilbud som gis i kommunen er tilstrekkelig eller forsvarlig. (Stor kommune i Sør).

5.1.7 SVAKE NETTVERK

Som flere har vært inne på over, er det vanskeligere å hjelpe mennesker som har et svakt nettverk. Flere kommuner beskriver dette:

Brukere som er alvorlig syk og ikke har nære pårørende. Kan være vanskelig å komme i posisjon til disse for å få gitt hjelp. Også de som bor i kommunen men oppholder seg mye i andre kommuner, vanskelig å få gitt dem jevnlig oppfølging. Vanskelig å komme i dialog eller posisjon til å gi hjelp til disse. (Liten kommune i Nord).

Lite sosiale nettverk. Ønsker ikke kontakt med psykiatritenesta. Lite kontakt med helsevesenet. Manglar lavterskeltilbud som t.d. dagsenter innan psykiatri. Få fagpersonar som kan møte brukarane. Manglar gode arenaer å møte dei på. Lite openheit om psykiske problem i befolkninga. (Liten kommune i Vest).

Disse utfordringene beskrives i større grad av små kommuner enn av store, og flere sier også at problematikken kan skyldes små forhold:

Mangler nettverk. Noen har ikke familie, eller disse bor langt unna. Vansker med å være i jobb/finne jobb som passer. Ruser seg. Mangler dagtilbud/aktiviteter. Små forhold. Skiller seg ut/stigmatisering. Vanskelig å finne passende aktiviteter for en kompleks gruppe. Geografien spiller også inn. Gjør det vanskelig å samle folk. Må reise med båt, ofte bruke hele dagen for å delta på aktiviteter. Velges bort når folk er slitne, og eller sliter med f.eks. angst. (Liten kommune i Nord).

De har omfattende behov for hjelp ifht dagligdagse gjøremål som husarbeid, personlig hygiene, handling, danne nettverk. De har lite venner/ besøk, føler seg ensomme, har vansker med å komme ut i en passende aktivitet/ mangler tilbud om aktivitet i kommunen. Det krever et omfattende samarbeid av kommunale tjenester, en individuell plan må være på plass for å lette samarbeidet. For en liten kommune er det også vanskelig å finne en passende aktivitet da tilbudet er begrenset. (Liten kommune i Nord).

5.1.8 ØNSKER IKKE HJELP

Som nevnt over, er det mange som trekker frem de som ikke ønsker hjelp som utfordrende. I noen tilfeller handler om rusproblemer, mens det i andre tilfeller er andre årsaker til at hjelpen avvises:

Brukere som motsetter seg å ta i mot hjelp. De har samtykkekompetanse, men fører et liv som er lite forenlig med det vi som fagfolk og almennheten for øvrig vil betegne som "verdig". (Liten kommune i Sør).

De som vi ser har behov for hjelp, men som ikke klarer å ta imot hjelpen de får tilbud om. Vanskelig å nå de. (Stor kommune i Øst).

Noen av de som ikke tar i mot hjelp, blir kanskje gående til de er syke nok til å bli innlagt:

De som velger bort tilbud om bistand, burde kanskje i perioder vært innlagt men er ikke syke nok. (Mellomstor kommune i Sør).

Manglende selvinnsikt og initiativ. Ofte tungt medisinert og ønsker ikke hjelp. Både rus og psykiske lidelser, vold og generelt ustabile personer. (Liten kommune i Sør).

Det kan også være at brukerne ikke ønsker tilbudet fordi de ikke er enige i det tilbudet de får:

De som er uenige i det behandlingstilbudet de får. De som ikke klarer å delta i vanlig aktivitets og arbeidstilbud. Har for lite aktivitetstilbud. Det er generelt vanskelig å hjelpe de som ikke ønsker hjelp, men som åpenbart har behov for det. (Mellomstor kommune i Vest).

Flere kommuner sier at de har behov for mer ressurser til å drive oppsøkende virksomhet for å komme i posisjon til å gi hjelp til de som i utgangspunktet ikke ønsker tilbud.

5.1.9 SMÅ KOMMUNER

Som vi har sett over, er det mange av de små kommunene som sliter med å gi ulike brukergrupper et godt tilbud. Dette er i stor grad de samme brukergruppene som andre kommuner også sliter med, men småkommunene har noen ekstrautfordringer som kanskje særlig blir synlig i slike små tjenester eller arbeidsområdet som psykisk helsearbeid.

I små kommuner kan de ha få eller ingen med behov for botilbud, og når enkelttilfeller oppstår kan det være effektivt å samarbeide med andre om tilbudet:

Vi har ingen med behov for botilbud. Vi kjøper tjeneste i bofellesskap til en bruker hos et privat firma i en annen kommune. (Liten kommune i Nord).

Personer med alvorlige psykiske lidelser. Vi er liten kommune og har derfor ingen mulighet til å dekke behovet for denne type pasienter. Derfor er vi avhengig av å kjøpe plasser utenfor kommunen. (Liten kommune i Øst).

Flere sier at institusjonsplassene er for eldre og for mennesker med psykisk utviklingshemming og at de ikke har noe tilsvarende tilbud for de med alvorlige psykiske lidelser eller for de med dobbeltdiagnoser.

I likhet med andre kommuner, sier småkommunene at de sliter med å følge opp de som ikke møter til avtaler. Flere nevner også at små fagmiljø er svært sårbar for fravær og de får dermed problemer med å gi stabile tjenester. Det kan også gi problemer i forhold til inhabilitet. Flere tar opp at det kan være vanskelig å ta i mot hjelp i små kommuner, der hver bruker blir synlig:

Enkelte kan være lite motivert for å ta imot tilbud om hjelp. Kan være stigmatiserende å ta imot hjelp, mer synlig i et lite samfunn. Vanskelig å komme i hjelpeposisjon. (Liten kommune i Vest).

Det er så liten plass at alle kjenner alle. Det vil da gjøre at det er enkelt å se hvem som går inn hvor. De som sliter med rus har ingen plass å være med sitt problem. (Liten kommune i Øst).

Smådriftsulemper oppstår når det er få brukere i de ulike behovsgruppene:

Pasienter som skal bo i egne hjem, men i perioder blir dårlige og trenger døgntilbud. (institusjon) Rusmisbrukere so er lite motivert for behandling/tenester. Lite motiverte brukere. Pasientgrunnlaget er for lite til å bygge opp gode tenester. (Liten kommune i Sør).

Dei som har behov for gruppetilbod (terapeutiske grupper, dagtilbod / aktivisering). Gruppetilbod er vanskeleg i kommunen grunna lite pasientgrunnlag (ein nyttar tilbod i omliggjande kommunar). (Liten kommune i Sør).

1) Pasienter som i perioder ikke er "dårlige nok" til å få lagt inn på sykehus, men har behov for hjelpeapparatet rundt seg 24 timer i døgnet (altså for dårlige til å være hjemme hos seg selv med det tilbud vi klarer å gi). 2) Pasienter som ikke vil at andre skal vite at de har psykiske problemer. 3) "Dårlige" rusmisbrukere som i tillegg har psykiske lidelser. Årsaker: 1) Tilbudet kommunen har for 24 timers oppfølging er ved rehab.-/korttidsavdelingen på sykehjemmet, og dette oppleves ikke greit for disse pasientene (være i samme avdeling med f.eks demente som er på avlastningsopphold, slagpasienter, kreftpasienter osv). Denne pasientgruppen fikk tidligere tilbud ved døgnplassene ved DPS - som nå er lagt ned. 2) I små bygdesamfunn er det "synlig" hvem som jobber i psykisk helse/ hvor psykisk helsearbeid holder til. 3) Ha personell som kan følge pasientene tettere i fht boveiledning, oppfølging i fht aktiviteter osv. (Liten kommune i Øst).

Det siste sitatet illustrerer på en god måte hovedutfordringene for de små kommunene, både i forhold tilbudet i spesialisthelsetjenesten, små brukergrupper, stigma i små lokalsamfunn og personellsituasjonen.

Den fleksibiliteten som flere kommuner har beskrevet er nødvendig i forhold til å kunne yte tilbud når brukeren er klar for å motta tjenester, er kanskje særlig krevende å få til i de små kommunene:

Det er begrensinger knyttet til ulike typer boformer, og en utfordring å etablere og bemanne ut fra den enkelte brukers behov. Det er utfordrende for en liten kommune som oss å til enhver tid ha kompetanse og boliger slik at vi raskt klarer å yte disse tjenestene. (Liten kommune i Nord).

Brukarar med store samansette behov. Vi bur i ein liten kommune med små stillingsressursar. Det er lite rom for å gje oppfølging på kveldar og i helger og høgtider. (Liten kommune i Sør).

En god del av småkommunene sliter med nok kompetanse på de alvorlig syke:

Tyngre brukere med behov for tilsyn 24 t/døgn. Liten kommune med begrensede ressurser både når det gjelder tilstrekkelig kompetanse og økonomi. (Liten kommune i Midt).

Alvorlige psykiske lidelser i heldøgnsomsorg. Mangler kompetanse og ressurser til å kunne ivareta disse godt i egen kommune. Liten kommune- lite fagmiljø. (Liten kommune i Midt).

Små kommuner med spredtbygd bosetting får også problemer i forhold til avstander og infrastruktur rundt tilbudene:

Personer med alvorlig, kronisk psykisk lidelse. Vanskelig å få etablert dagaktivitet. Vanskelig med deltagelse i sosiale aktiviteter og fritidstilbud. Kommunen har dårlig kommunikasjonsstilbud (buss). Brukerne har dårlig økonomi. (Liten kommune i Midt).

Brukarar som bur langt frå kommunesenter, og som trenger tilsyn 24 timar i døgnet. Utfordringar jfr transport til båt, ferje og bil. Dårlig med offentleg rutetilbod. Behov for meir kompetanse innan psykiatri. (Liten kommune i Vest).

Når det i tillegg er lang vei til spesialisthelsetjenestene, blir det ekstra krevende for de små kommunene:

Brukere med sammensatte behov, som trenger aktivitetstilbud som ikke kommunen kan tilby og brukere som velger bort oppfølging i spesialisthelsetjeneste pga lang reisevei og brukere som har dårlig egnede boliger. Kommunen er en distriktskommune med lang avstand til spes. helsetjeneste. Det er få spesialiserte tilbud til mennesker med behov for oppfølging innen psykisk helse vanskelig med å finne egnede boligtilbud. (Liten kommune i Øst).

Lange reiseavstander gjør at vi har et underforbruk av spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten trenger mere lokalkompetanse og tilstedeværelse. (Liten kommune i Nord).

I likhet med andre kommuner, er det mange av småkommunene som sliter med å gi et godt tilbud til dem som ikke ønsker hjelp:

De som ikke ønsker å ta imot hjelp, og som vi får henvendelser om fra andre enn dem selv. Enten det er rus eller andre utfordringer. I en liten kommune kan det være utfordrende å vite at det finnes noen med ulike problemer, som ikke ønsker å motta hjelp, og som vi mottar bekymringsmeldinger i forhold til. Gjelder ikke mange i vår kommune, men for de få det angår, sliter vi med å ha god nok oppfølging og gode nok tiltak. (Liten kommune i Midt).

Mange kommuner sier det er vanskelig med ulike aktivitetstilbud for å gi brukerne en meningsfull hverdag, både pga. lange avstander og begrensede transportmuligheter, og at det er for få brukere i hver behovsgruppe. Mangel på adekvate boliger gjentas hyppig, men også kompetanse både i forhold til psykisk helse og rus. Flere av de små kommunene uttrykker ønske om å få etablert bofellesskap med personell i turnus.

5.1.10 ANNET:

I dette avsnittet har vi delt opp innspill fra kategorien "Annet" i følgende kategorier:

- Unge
- Eldre
- Pasienter med autisme
- Flykninger og asylsøkere

Unge nevnes av mange kommuner, mens de andre gruppene nevnes av enkelte kommuner.

UNGE

En god del kommuner nevner at de sliter med å gi gode tilbud til unge med behov for bistand:

Ungdom (spes. unge gutter) som faller utenfor skolesystemet/skolevegring/isolerer seg og fokuserer gjerne på dataspill store deler av døgnet. Ungdommen (spes. gutter) avviser hjelp, gir uttrykk for at de ikke vil, vanskelig å motivere. (Mellomstor kommune i Sør).

Unge komplekse brukere som mangler mange elementære ting i livet sitt. Nettverk, stabilitet, bolig, trygghet. Mange av disse personene er "i drift", de bor hos hverandre, lever på hverandre etc. Vanskelig å nå dem og gi tjenester. Mange av disse personene kommer vi ikke i posisjon til å hjelpe. Trenger bedre overganger mellom barnevern og voksenpsykiatrien. (Mellomstor kommune i Midt).

Andre opplever at det er størst vansker med å gi jentene et godt tilbud:

Ungdom, mest tenåringsjenter. Selvskadingsproblematikk. Det oppleves at det er høyere terskel for å få tilbud gjennom BUP. Kommunene har fått mer ansvar ift at "alt skal være prøvd". Blir et sprik mellom 1.- og 2.linjetjenesten. (Liten kommune i Vest).

Andre trenger boliger for yngre brukergruppe og midler til forebygging:

Økt behov for døgnbemannet botilbud til den yngre brukergruppe. Det er ikke økonomiske ressurser til å gi et tilfredsstillende tilbud som forebyggende tiltak. (Liten kommune i Nord).

Flere nevner også unge bruker med rusproblemer er krevende å hjelpe:

Unge brukere med unnnvikende adferd, der det også er mistanke om rus. Svært krevende å følge tett nok opp og få til gjensidig forpliktene avtaler. (Liten kommune i Øst).

Ungdommer hvor det er både rus og psykiske utfordringer. Personene benytter seg lite av de kommunale helsetjenestene og vi har vanskelig for å få innpass hos dem. En del er i kontakt med politiet og de gir tilbud om kontakt med tjeneste for psykisk helse og rus, men ungdommene ønsker sjelden dette. (Liten kommune i Midt).

Flere nevner at de unge faller mellom to stoler, og en forklaring er at de ikke er syke nok til behandling eller friske nok til å klare seg gjennom skolegangen:

Ofte ungdommer som ikke får "det lille ekstra" for å komme seg igjennom skolen. De faller imellom alle hjelpeapparat fordi de hverken er syke nok for å få behandling eller friske nok til å greie seg igjennom skolen. De flyter igjennom alle steder uten å bli fanget opp. De snur ofte døgnet med at de

sitter ved dataen og spiller/chatte og ruser seg så for å få sove. Også mennesker med tunge psykiatriske diagnoser som har tilleggsproblematikk ifht rus og det som det fører med seg av uro og ødeleggelser. Kommunen greier ikke å ha et stort nok forebyggende fokus og i trange økonomiske tider. Ungdommene faller lett mellom pga at det forventes at de skal kunne greie seg selv. (Stor kommune i Midt).

I en del tilfeller har problemene vart siden tidlig i barndommen:

Ungdom med sammensatte lidelser knyttet til psykiske lidelser, rusproblematikk og kognitiv funksjonsnedsettelse (lett psykisk utviklingshemmet). Flere av disse har hatt problemer fra tidlig i barndommen. De mestrer ikke skolegang eller arbeidsliv. De har vansker med å skaffe seg bolig, svakt og uheldig nettverk. Utslitte pårørende som ikke ønsker eller er i stand til å ha ungdommen boende hjemme. I tillegg faller disse mellom "stolene" i spesialisthelsetjenesten; habiliteringstjenesten, psykisk helsevern og rusbehandling. Ungdommer som vil "leve sitt eget liv" uten for mye innblanding fra offentlige hjelpere til tross for at de har vansker med å ivareta seg selv. De ønsker bolig og penger, men ellers ønsker de ikke oppfølgingstjenester. Det "baller" derfor på seg med problemer bl.a. knyttet til rus og rusatferd. Den psykiske helsen blir dårligere. (Mellomstor kommune i Midt).

Også i forhold til de unge er kommunene avhengig av samarbeid og hjelp frå spesialisthelsetjenesten:

Unge pasientar med spiseforstyrningar, sjølvskadings- og kronisk sjølvmondsproblematikk. Kommunen har hatt store utfordringar når det gjeld eit avgrensa tal pasientar. Ein er i gang med å opparbeide kompetanse, men det er vanskeleg å rekruttere til så utfordrande oppgåver. Det er også vanskeleg å innhente råd og rettleiing frå spesialisthelsetenesta, kommunen opplever at det ofte kan vere usemje også der om opplegg og metodikk i behandlinga. (Liten kommune i Vest)

Ungdom som faller ut av sitt ordinære opplæringstilbud, som ikke er "behandlingsdyktig" av 2.linjetjenesten. Denne pasientgruppen er vanskelig å komme i posisjon til å kunne bistå dem med ønsket og nødvendig endringsprosesser. Samhandlingen mellom hjelpeapparatet i kommunen og 2.linjetjenesten blir dessuten ikke tilfredsstillende. Kommunen opplever urealistiske krav fra behandlere i 2.linjetjenesten og at vi skal klare å bistå ungdommen når de er for syk til behandling. (Liten kommune i Midt).

Andre forteller at kommunen har får dårlig satsning på unge som faller utenfor og at de som sliter ikke fanges opp på et tidlig nok tidspunkt. I noen kommuner er det inngått samarbeid med NAV om de unge brukerne, og flere av kommunene uttrykker store forhåpninger til et slikt samarbeid.

En kommune forteller at en Ungdataundersøkelse har vist at det er en stor gruppe som sliter med psykisk helse, men at tjenestene ikke vet hvem de er og kommer ikke i kontakt med dem. Disse unge er av ulike årsaker ikke motivert til kontakt med de kommunale tjenestene, men at når de er over 16 år mister foreldrene kontrollen og de unge kan i større grad ta egne, men dårlig valg for seg selv.

ELDRE

Flere kommuner nevner eldre mennesker med psykiske lidelser når de beskriver hvem det er vanskelig å gi et godt tilbud. I noen tilfeller handler det om nedleggelse av sykehjemsplasser:

Nedleggelse av langtidsinstitusjon samt lite prioritet frå psykisk helsearbeidarar. Kronikere utan fagleg godt opplegg. (Liten kommune i Øst).

Andre har ikke tilpasset tilbud til eldre med psykiske lidelser:

Psykogeriatri: vanskeligheter med å finne skjermingstilbud for denne gruppen. Kommunen har skjernet enhet for demente, men ikke for psykiatriske pasienter. (Liten kommune i Vest).

Eldre med psykiske lidelser og manglende mestring. (Mellomstor kommune i Øst).

Eldre rusmisbrukere nevnes også av noen kommuner, men ikke mange.

PASIENTER MED ASPERGER ELLER AUTISME

Noen kommuner sier at de ikke får til å gi et godt nok tilbud til personer med Asperger, autisme og andre utviklingsforstyrrelser:

Brukarar med diagnosen Asperger og autisme. Denne gruppa har behov for tett, god oppfølging med stabilt personell. Sårbar gruppe for endring. Forutsigbarhet er sentralt i denne gruppen for at det skal fungere. (Mellomstor kommune i Vest).

Aspergere og autister ser vi er en økende pasientgruppe som ofte faller mellom flere stoler. Aspergere og autister blir ofte henvist til psykiatrien, men vi ser at denne pasientgruppen ikke drar nytte av de tjenestene vi kan tilby. På den annen side er det lite utviklede tjenester til pasientgruppen i andre deler av kommunen. (Mellomstor kommune i Øst).

Ulike kombinasjoner nevnes:

Pasienter med diagnosen Asperger og /eller angstlidelse. Pasienter med Asperger og / eller angst avviser ofte tilbud om hjelp og trekker seg unna. (Liten kommune i Øst).

Flere kommuner trekker frem unge med autismedidelser:

Ungdom med autismedidelser (spesielt Asperger syndrom) har problemer med å skaffe jobb og tiltak/aktiviteter. De trenger spesielt tilrettelagte tilbud og svært ofte er det mangelfull kompetanse i kommunen på dette området. (Stor kommune i Øst).

FLYKTNINGER OG ASYLSØKERE

Noen kommuner forteller at asylsøkere som har fått avslag eller asylsøkere som har fått oppholdstillatelse men som ikke er bosatt, er krevende grupper. Noen har urealistiske forventninger til hva helsepersonell i kommunen kan gjøre, mens andre kommuner sier de mangler kompetanse til å gi et godt tilbud.

Flere kommuner sier også at de mangler kompetanse på å hjelpe flyktninger med psykiske lidelser:

Fremmedkulturelle med traumer krever en kompetanse kommunen ikke har tilstrekkelig i dag. Bruk av tolk og ren behandling av alvorlige traumer har ikke kommune tilstrekkelig på - og det synes vanskelig å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten også her. (Stor kommune i Øst).

Flere sier også at dårlig økonomi i brukergruppen er et stort problem og mange ser lite håp i fremtiden og er vanskelig å motivere.

Språklige og kulturelle problemer i forbindelse med psykisk helse nevnes av flere og ikke bare i forbindelse med flykninger og asylsøkere:

Nyankomne til Norge med dårlig språk, har ofte ikke begreper i eget språk for psykisk helse. Det kan være tabu i noen miljøer og et nederlag å motta hjelp for psykisk sykdom. Ingen tradisjoner for at psykisk helsehjelp kan være til hjelp. (Stor kommune i Øst).

Det kan vera problem å gje godt tilbod til framandkulturelle grunna kultur/ språk. (Mellomstor kommune i Vest).

ANNET

En av kommunene har en liste med utfordringer og de kommer blant annet inn på en viktig brukergruppe – de som er utsatt for vold og overgrep:

Å sikre godt tilbod til personar utsett for vold og overgrep. Det oppleves fort som "angrep bakfrå" frå andre systemer/ t.d. NAV. Pasientar som har vore utsette for vald/ overgrep må blottleggje seg med rapportar/ søknadar og det blir flytande informasjon i ulike retningar. Det er ikkje gode nok system for å ivareta folk som vore utsett for overgrep og vold i etterkant (trygging, sikting, personvern opp mot rettigheter osv.) Ofte får overgripar kopi i diverse samanhengar. Dei mest sårbare blir utsett endå meir. (Mellomstor kommune i Sør).

En annen kommune er tydelig på hva som skal til for å bedre tjenestene i kommunen:

Kommunen må prioritere en felles målgruppe og etablere forpliktende tiltak mot målgruppen. Kompetansen må sikres i utvikling av faglig gode tjenester som når målgruppen på best mulig måte. Helhetlig oppfølging er en utfordring. Det er mange aktører inne i bildet hos den enkelte tjenestemottaker. Nav, psykisk helse, fastlege er eksempler på aktører. (Stor kommune i Øst).

5.2 BARN OG UNGE

En del kommuner skiller mellom voksne og barn og unge i svarene sine, mens andre kun har nevnt enten voksne eller barn og unge. Vi har sortert ut svarene som handler om barn og unge i dette delkapittelet, men det er betydelig mindre omfattende enn utfordringer som tas opp i forhold til voksne brukere. Sannsynligvis hadde vi fått et bedre datagrunnlag og dermed bedre kunnskap om utfordringene i forhold til barn og unge med psykiske problemer om vi hadde skilt mellom voksne og barn/unge i spørsmålsformuleringen.

Vi beskriver i det følgende noen hovedutfordringer når det gjelder tjenester til barn og unge. Kodene, eller overskriftene, er valgt ut i fra det som kommunene trekker frem.

5.2.1 UKLART GRENSESNIITT MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNEN

Noen kommuner sier at det er uklare ansvarsforhold mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene særlig når det gjelder barn og unge:

For barn er det et uklart grensesnitt mellom spesialisthelsetjenesten (BUPA) og kommunen. Når det gjelder barn er det uklart ansvarsforhold. (Stor kommune i Øst).

Noen barn/unge med sammensatte problemer kan bli kasteballer. Vet ikke hvem som kan hjelpe barnet best. (Mellomstor kommune i Øst).

Hvorvidt dette er en generell opplevelse fra kommunene når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser eller problemer, eller om det er bare noen kommuner som opplever det slik, er vanskelig å se ut i fra det foreliggende datagrunnlaget.

5.2.2 UTFORDRINGER I FAMILIER

En kommune svarer at de opplever at familier som har intervensjoner fra barnevernet kan ha mistillit til systemet:

Familie med barnevernet sterkt inne kan bære preg av mistillit til etater. (Liten kommune i Sør).

Flere kommuner er inne på at det er krevende å sikre godt tverrfaglig samarbeid når barnevernstjenesten er inne og det er behov for flere tjenester.

En annen kommune svarer at det er problematisk når foreldrene sliter med å følge opp barna, fordi foreldrenes oppfølging er avgjørende:

Foreldre som sliter med å følge opp, skilte foreldre, omsorgssvikt. Oppfølging i hjemmet/familien og skole er avgjørende, men ofte utfordrende å få til. Det er å sette relevante mål og tiltak, samt ressurser inn i forhold til dette. Mangel i tiltakskjeden og stor kompleksitet. (Stor kommune i Sør).

En annen kommune sier at det er flere utfordringer i forhold til barn og unge, blant annet når det er konflikt mellom foreldrene:

Å hjelpe barn når foreldre er i konflikt - systemene er ikkje gode nok på å få foreldre til å la være, å være - i konflikt. (Mellomstor kommune i Sør).

En annen kommune beskriver også noe av det samme:

Barn/unge som kommer fra "brutte" hjem og hvor foreldrene ikke samarbeider. Barn som ikke følges godt nok opp hjemme. Barn i fosterhjem. Barn som ikke vil involvere foreldrene. (Mellomstor kommune i Nord).

Som vi også så i kapittel fire, er barn av skilte foreldre en del av målgruppen til psykisk helsearbeid i mange kommuner.

5.2.3 MANGLER KOMMUNALT BEHANDLINGSTILBUD

Flere kommuner sier de mangler behandlingstilbud for barn under 17 år, og at mange av brukerne har vært i systemet lenge og hatt mange tjenester:

Barn og unge: Flere kan ha vært i systemet lenge, og vært innom de fleste instanser (helsesøster, PPT, barnevern, BUP, familieveileder osv). Mangel på kommunalt behandlingstilbud for barn under 17 år. Avhengighet av foreldresamarbeid, samtykke, frivillighet. - Barna faller mellom flere stoler uten at ansvarsforholdene er tydelig avklart. (Stor kommune i Øst).

I små kommuner er det som nevnt tidligere, spesielle utfordringer med små brukergrupper:

Barn/unge: i en liten kommune er det vanskelig å opprette grupper for eks. barn med rus, atferdsvansker, skilsmisse. Det er ikke så mange barn med slike problemer samtidig. (Liten kommune i Nord).

Det er vanskelig å vurdere om kommuner som ikke har spesifisert grupper blant barn og unge som er utfordrende å gi gode tjenester til, generelt erfarer at de gir tilstrekkelig tilbud.

5.2.4 LANG VENTETID OG HØY TERSKEL I SPESIALISTHELSETJESTEN

Flere kommuner sier det er for lang ventetid for å komme til spesialisthelsetjenester for barn og unge:

Barn og unge som har behov for hjelp fra 2.linjetjenesten - det tar tid før de kommer inn. For lite ressurser. (Liten kommune i Midt).

Det kan også være at de ikke får noe tilbud i spesialisthelsetjeneste, eller at de ikke ønsker det:

Barn/unge som ikke har rett til tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, eller som ikke ønsker dette tilbudet. (Mellomstor kommune i Nord).

Det er utfordrende med hjelp til barn og unge fra spesialisthelsetjenesten. For dårlig tilbud fra spesialisthelsetjenesten, det går for lang tid før barna/ungdommene får hjelp. Det kan være bemanningsproblemer eller et organiseringsproblem fra spesialisthelsetjenesten. (Liten kommune i Nord).

Andre brukergrupper krever et tett samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten:

Barn og unge som har store sammensatte behov, og som utfordrer samarbeidet mellom 1. og 2. linja. Det er barn og unge som har flere psykiatriske diagnoser som opptrer samtidig, - f. eks. Asperger, ADHD, Tourettes + psykoseproblematikk. Det er også mangler ved tiltakskjeden som det må ses på. Saker med stor kompleksitet. (Stor kommune i Sør).

5.2.5 RESSURSMANGEL

En av kommunene beskriver de som er vanskelig å hjelpe slik:

Barn og unge: Angst for systemet, ønsker ikke å identifisere seg med de som trenger hjelp. Alvorlighetsgraden i forhold til sykdomsbildet - forsvarlighet jmf. ikke god nok kompetanse. Kommunen har lite og få ressurser til å gi individuelle tiltak. Få ressurser til kartlegging og organisering av tilbud. (Mellomstor kommune i Nord).

Barn/ungdom som skal ha oppfølging over tid. Har ikke nok ressurser til barn og unge. (Liten kommune i Øst).

Utfordringer med de som ligger i grenseland for alvorlighetsgrad av psyk. vansker. og de som er vanskelig å kartlegge (diffuse symptomer). Årsak: Mangel på kompetanse (ikke psykologer eller spesialister), avstander og ventetid. (Liten kommune i Nord).

Flere kommuner sier som denne kommunen, at de mangler psykologressurs:

Barn/unge med angst, barn/unge med minoritetsbakgrunn. Vanskelig generelt å nå ut med tilbud til gutter. Tverrfaglig samarbeid. Vanskeligheter med å henvise til spesialisthelsetjeneste. Manglende familierapi/psykologressurs i kommunen/fylket. (Liten kommune i Nord).

5.2.6 UNGE

Som vi var inne på tidligere i kapittelet, sliter mange kommuner med å nå frem til unge. Det henvises her til yngre ulike aldersgrupper, men problematikken er mye den samme:

De som selv ikke ønsker behandling eller oppfølging, men som har behov for det. Ungdom mellom 16-18 år, som ikke går videregående, har lett for å falle ut av ulik oppfølging. Resurser. (Liten kommune i Sør).

Barn/unge som faller ut av ungdom- og videregående skole. Vanskelig generelt å nå ut med tilbud til gutter. Manglende helsesøsterressurs i skolehelsetjenesten (Liten kommune i Nord).

Noen kommuner ser overgangen til voksenlivet som utfordrende:

Utfordrende med overgang barn-voksen. Tjenestene innad i bydel samarbeider om disse brukerne. Utfordringer når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten. (Stor kommune i Øst).

Unge. Sammensatte behov, psykisk helse. Overgangsfasen ungdom – voksen. Årsaker: Psykisk helseadferd, faller ut i behandlingkjeden (BUP – Kommune helse). (Liten kommune i Nord).

At de unge faller ut av behandling er det flere som er inne på:

Unge/ unge vaksne som strevar på generelt grunnlag/ psykiske vanskar og som ikkje møter opp, men "forsvinn i ingenmannsland". (Mellomstor kommune i Sør).

5.2.7 TAR IKKE IMOT HJELP

Flere av kommunene sier det er utfordrende når barn/unge med behov ikke ønsker å ta i mot hjelp:

Barn, unge og foreldre med liten motivasjon for å ta imot hjelp. De som trenger tjenester, men ikke er stand til å/ ønsker å benytte seg av det. (Stor kommune i Øst).

Barn og unge: selvskadning, spiseforstyrrelser. Barn og unge med psykiske plager tar ofte ikke imot hjelp. (Stor kommune i Øst).

Hvor vanlig dette er, og hvilke aldersgrupper som typisk er vanskelig å motivere for bistand, har vi ikke informasjon om.

5.3 OPPSUMMERING

I dette kapittelet har vi undersøkt hvilke brukere kommunene har vanskeligheter med å gi et godt tilbud og hva som er årsaken til at disse brukerne er spesielt utfordrende for kommunen.

Gjennomgangen viser at de som er vanskelige å gi et godt tilbud er:

- Brukere med ROP-lidelser
- Mennesker med alvorlig psykiske lidelser uten innsikt
- Alvorlige psykiske lidelser
- Utagerende eller voldelige brukere
- Brukere med personlighetsforstyrrelser
- De som ikke møter til avtaler
- De som har behov utenfor kontortid
- De som ikke ønsker tjenester
- Brukere med sammensatte utfordringer som krever mange aktører
- Annet (unge, eldre, flykninger, asylsøkere, brukere med autismelidelser, voldsutsatte)

Naturligvis vil det være betydelig overlapp mellom gruppene av brukere basert på disse kjennetegnene, egenskapene eller problemene. Brukerne er ulike, og hva som er hovedårsaken til at de er vanskelig å gi gode tjenester til, variere mellom personer innad ulike diagnosegrupper og kan også variere over tid for samme bruker.

Årsakene til at det er vanskelig å gi brukerne med disse kjennetegnene et tilbud er mange, og bildet er svært sammensatt. Når det gjelder brukere med ROP-lidelser handler dette i stor grad om konsekvensene av rusbruken. Mange sier at disse brukerne fortsatt faller mellom to stoler i spesialisthelsetjenesten (for psykisk syk for rusbehandling og for store rusproblemer for psykisk helsevern), men også at mange avslutter behandlingen i spesialisthelsetjenesten selv. Kommunene sliter med å følge dem opp fordi mange ikke møter til avtaler og har generelt en så ustabil livssituasjon og er så lite motivert for endring at det er vanskelig å komme i hjelpeposisjon. Mange kommuner sier også at tjenestene de kan tilby, ikke er godt nok tilpasset denne brukergruppen. Dette handler særlig om mangel på egnede boliger og at de ikke har ressurser til å drive oppsøkende virksomhet i særlig grad.

Brukere med alvorlige psykiske lidelser som ikke innser at de trenger hjelp, er også en brukergruppe kommunene erfarer at det er vanskelig å gi godt tilbud. Kommunene sier at de ikke kan tvinge noen som ikke ønsker hjelp til å ta i mot tjenester. Resultatet er i mange tilfeller at de går lenge uten kontakt med tjenestene og at politiet til slutt kobles inn. Da ender det ofte med en tvangsinnleggelse. Flere kommuner synes det er etisk vanskelig med disse pasientene, at de opplever at de må respektere brukernes ønsker, men at det er vanskelig når brukerne tydelig har alvorlige psykiske problemer. Dersom disse tilfellene ofte ender med tvangsinnleggelse, burde det vært diskutert om kommunene skulle fått tilgang til virkemidler som gjorde at de lettere kunne komme i inn gripen med denne målgruppen.

Mange kommuner sier også at de har problemer med å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser fordi de mangler den nødvendige kompetansen. Noen steder bidrar spesialisthelsetjenesten i betydelig grad, mens pasientene andre steder avvises fordi de ikke antas å ha utbytte av behandlingen som tilbys. Da blir kommunene stående alene med å følge opp alvorlig syke mennesker uten at de har den nødvendige kompetansen eller ressursene. Kommunene sier at det i mange tilfeller er behov for

heldøgnsbasert omsorgsbolig, men at de ikke har ressurser til å bygge opp et slikt tilbud. I de små kommunene har de få brukere med slike behov, og noen kjøper plasser ved behov i nabokommunen eller hos private, og sier det ikke er realistisk at en liten kommune kan ha slike tilbud.

Flere kommuner nevner også utagerende eller voldelige brukere. Ofte, men ikke alltid, nevnes dette i sammenheng med rusavhengighet kombinert med alvorlige psykiske lidelser (ROP-lidelser). Denne gruppen er det vanskelig å arbeide med og kommunene sier de sliter både med å skaffe boliger og personell til denne gruppen. Tilbudene til denne gruppen beskrives å være mangelfulle både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Flere kommuner trekker frem brukere med personlighetsforstyrrelser som en krevende brukergruppe som de har vanskeligheter med å gi et godt tilbud. Denne gruppen beskrives å ha urimelige reaksjoner og en atferd som gjør at de er krevende å hjelpe både for kommunale tjenester, fastlegene og spesialisthelsetjenester. For denne gruppen antas viktige årsaksfaktorer å være ustabile oppvekstforhold, omsorgssvikt og manglende gode voksne rollemodeller. For å redusere antall personer som utvikler personlighetsforstyrrelser må sannsynligvis kommunene arbeide mer forebyggende blant barn og unge. Mange kommuner legger vekt på denne innsatsen, men det kan være vanskelig å komme i god nok inngripen med familier som sliter. Det samarbeides en del med barnevernet, men det virker i noen kommuner å være vanskelige samarbeidsforhold mellom tjenestene i slike saker. Flere kommuner organiserer tjenestene til barn og unge med psykiske helseproblemer rundt familier, for eksempel Familiens hus, familietjenester og liknende. Helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnevern og PP-tjenester er de mest relevante tjenestene til barn og unge med psykiske helseproblemer i kommunene, og barnehagene og skolene er viktige arenaer.

Det som kommer frem i dette kapittelet er hva som kjennetegner brukerne det er vanskelig å gi et godt tilbud, og årsakene til dette. Det er ikke nødvendigvis brukerne som er problemet, men heller at kommunene ikke har godt nok tilpassede tjenester til disse brukerne, og derfor opplever dem som utfordrende. Dette kommer også mange kommuner inn på når de beskriver årsakene til at disse brukerne er vanskelige å hjelpe.

6 INNBYGGERNES TJENESTEBEHOV

Helsedirektoratet ønsket mer informasjon om hvilken oversikt kommunene har over innbyggernes behov for psykisk helse-relaterte tjenester, og omfanget av brukere. Dette ble derfor eget tema i rapporteringen gjort i 2014. Det ble også spurt om hvordan denne informasjonen eventuelt var framskaffet. Spørsmålene lød som følger:

Har dere oversikt over innbyggernes behov for psykisk helsetjenester? Om ja, hvordan har dere skaffet denne informasjonen?

Kommunene ble så spurt om, hvis det var mulig, å oppgi antall voksne (18+) og barn unge (0-17 år)

- ...med rusmiddelproblematikk?
- ...med behov for IP i 2013?
- ...med behov for ansvarsgruppe/koordinator i 2013?
- ...med innleggelse i psykisk helsevern i 2013?
- ...med kun poliklinisk kontakt med psykisk helsevern 2013?
- ...med kommunalt botilbud med tilsyn?
- ...med kommunalt botilbud uten tilsyn?
- ...oppøkende behandling (ACT/FACT/ROP-team)?

Sjelden har et spørsmål stilt i forbindelse med IS-24-rapporteringen avstedkommet med så mange spørsmål fra kommunene. Vi fikk svært mange telefonhenvendelser og tilbakemeldinger på at spørsmålet om antall brukere var vanskelig å besvare. Dette gav oss god mulighet til å diskutere dette temaet med fagpersonene i kommunen. Hovedintrykket vi sitter igjen med er at det er stor spredning i hvorvidt og hvordan kommunene gjør behovskartlegging. Men mange rapporterte at det jobbes mer med dette nå som kommunene har fått et definert ansvar for pasienter som skrives ut av spesialisthelsetjenesten og for forebyggende helsearbeid gjennom helse- og omsorgstjenesteloven.

6.1 OVERSIKT

53 prosent av de 399 kommunene som besvarte spørsmålet, sier at de har oversikt over innbyggernes behov for psykisk helsetjenester. Det er ikke systematisk variasjon etter kommunestørrelse, fylke, kostragruppe eller helseregion. Det er altså ingen kommuner gruppert på disse måtene som har systematisk bedre eller dårligere oversikt enn andre.

Tabell 6.1 Har dere oversikt over innbyggernes behov for psykisk helsetjenester

	Antall	Andel
Ja	211	53
Nei	188	47
Totalt	399	100
Ikke svart	29	
Antall kommuner	428	

6.2 HVORDAN ER INFORMASJONEN FREMSKAFFET?

Av de kommunene som har besvart spørsmålet om hvordan de skaffer seg informasjon om innbyggernes behov for psykisk helsetjenester, er det mange som svarer at dette skjer gjennom *tverrfaglig samarbeid* med de øvrige instansene i kommunen. Mer spesifikt nevnes følgende informasjonskilder:

- Fastlegene og kommunelege
- Kommunens egne lavterskeltiltak, hjemmetjenesten og andre kommunale tjenester
- Levekårsstatistikk fra SSB (herunder KOSTRA/IPLOS) og Folkehelseinstituttet (folkehelseprofil), UngData, egne brukerundersøkelser og folkehelseundersøkelser i kommunen
- Nav
- Brukerplan
- Folkehelsekoordinator i kommunen
- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, _PPT, barnevern, samarbeid med skolen og familiesentre/familiens hus
- Spesialisthelsetjenesten – herunder VOP, BUP og distriktpsikiatriske senter
- Politiet
- Flyktningetjenesten
- Brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner, brukerdrevne tiltak

Mange kommuner skriver at de først og fremst får oversikt over behovet gjennom etterspørselen etter tjenestene i form av henvisninger fra fastlege/spesialisthelsetjeneste eller at brukerne oppsøker tjenestene selv.

NN kommune bruker nasjonale tall i forhold til forekomst og har oversikt over folkehelseutfordringer i kommunen. Utover dette baserer vi tjenestene på etterspørsel i form av søknader om tjenester. Det er innbyggerne selv om søker om tjenester, men fastlegene og spesialisthelsetjenesten er ofte inngangsport til de psykiske helsetjenestene. Kommunen har ventelister på tilrettelagte boliger, og dette brukes som planleggingsverktøy ift utbygging av nye tjenester. Kommunen gjennomfører ungdomsundersøkelser der blant annet ulike variabler om psykisk helsetilstand blir kartlagt for ungdomsskoleelever og første i videregående. NOVA har gjennomført en oppfølging for å se på sammenhenger rundt psykisk uhelse. Resultatene fra dette skal følges opp. (Storby)

De minste kommunene viser til at de er små og oversiktlige, og dermed fanger opp de fleste som har behov for tjenester:

Liten kommune, der vi har bra oversikt over ulike hjelpebehov. Samarbeid med skolehelse, helsestasjon, barnevern, Nav og legetjenesten.

Et par kommuner trekker også fram slekt og naboer som et viktig sikkerhetsnett:

Kan ikkje seia at vi har fullstendig oversikt, men; Tenesta er godt kjent blant innbyggjarane - det er eit lågterskeltilbod der ein ikkje treng henvisning frå lege for å koma inn. Kan ta direkte kontakt sjølv. Det tverrfaglege samarbeidet er godt slik at dei ulike fagområda lett tek kontakt med kvarandre og kan såleis vise aktuelle brukarar til rett teneste. Kommunen er også ganske "oversiktleig" - alle kjenner alle og dei aller fleste har slektningar og naboar som på ein måte kan fungere som eit "sikkerhetsnett".

Trur vi har relativt bra oversikt i den grad nokon i andre kommunale tenester (t.d. helsestasjon, barnehage, skule) eller i hjelpeapparatet fangar opp behov og formidlar dei til aktuell instans. Det er tett samarbeid mellom psykiatritenestene og : legetenesta, NAV , barnevern, helsestasjon, pleie/omsorg, politi...slik at det er grunn til å tru at det meste vert fanga opp når det gjeld vaksne. Ein del kjenner også hjelpeapparatet til gjennom lokalkunnskap i nærmiljøet, via bekymringsmeldingar frå familie og naboskap. Ei anna sak er at ikkje alle vi veit om vil ta i mot hjelp. Det er samarbeid med lokallaget av Mental Helse, og psykiatritenestene markerer seg årleg på verdensdagen for psykisk helse, deler ut informasjonsbrosjyrer m.m. Det ligg informasjon om psykiatritenestene på kommunen si heimeside + informasjonsbrosjyrer på ulike venterom m.m. Når det gjeld å fange opp born er vi meir usikre på om oversikten er god nok,- truleg kan vanskar utvikle seg vel langt før bekymring vert meldt. Helsestasjonen føler dei får for lite informasjon om foreldre som har psykisk lidning eller rusproblem.

En av kommunene med ca. 10 000 innbyggere rapporterer at de har ca. 400 innbyggere til behandling til enhver tid, og får ca. 350 nye henvisninger per år. En annen kommune har et eget "Mottak og utredningskontor" som behandler søknader:

Vi har et Mottak og Utredningskontor som behandler alle søknader om helse og omsorgstjenester. Dette kontoret har et godt samarbeid med kommunens fastleger som har lokaler i samme bygget. Fastlegene og hjemmetjenesten henviser de fleste som får oppfølging fra kommunens psykisk helsetjeneste. Mottak og Utredningskontoret har ellers faste møter med kommunens psykiske helsetjeneste, hjemmesykepleien, institusjon og funksjonshemmedes avdeling. I disse møtene fanger vi opp innbyggere med psykiske helseproblemer. NN kommune har også faste samarbeidsmøter med voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.

Folkehelseprofilen som tilbys gjennom Folkehelseinstituttet er nevnt av mange, blant annet denne mellomstore kommunen:

Oppmerksomhet mot denne utfordringen gjennom mange år, bruker folkehelseprofilen aktivt. Folkehelse er et satsningsområde i kommuneplan. Ungdata undersøkelsen er gjennomført for 5. gang. NN kommune har et samarbeid med Modum Bad som er under utvikling med fokus på lavterskeltilbud og kompetanseheving. Om prosjektet "Rask psykisk helsehjelp" et lavterskeltilbud. Satsning på miljøarbeidere i skolen. En mer samlet satsning på NAV i forhold til yngre brukere. Interkommunalt samarbeid for å redusere frafall i videregående skole som en oppfølging av Ny giv satsningen. Statens tjenstedesign er involvert for å kartlegge risiko for frafall og bedre samhandling mellom ulike instanser.

En annen kommune nevner også bruk av norsk og internasjonal forskning for å si noe om behov:

Her kunne svaralternativet være delvis. Vi har nøyaktig tall for antall voksne som får tjenester fra psykisk helse (13 stk). Dette har vært et konstant tall i flere år fordi dette er kjente personer med langvarige lidelser. Vi vet at det er mange med begynnende psykisk lidelse, angst og depresjon som vi ikke har kontakt med. Vi kan estimere behovet ved å se på insidens og prevalenstall fra FHI, og vi kan få tall fra fastlegene også. Vi har blant annet sett på norske og internasjonale studier (Folkehelseinstituttets tvillingstudie Health 2000 study (Sogn og Fjordane). Mellom 10-33 % av befolkninga oppfyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i et gitt år, og vi har også sett

på henvisningsgrunn til BUP 1998-2008. Vi har lokale tall også fra psykologtjenesta, hun leverer ved behov årlige tall.

I neste kapittel ser vi nærmere på antallet brukere med behov for ulike typer tjenester fra kommune – og spesialisthelsetjeneste.

6.3 BEREGNING AV ANTALL INNBYGGERE MED BEHOV

En stor utfordring er at kommunene ofte svarer ut i fra antall brukere som de kjenner i dag og som får et tilbud. Det derfor ikke er antall med behov de oppgir, men heller antall brukere som i dag får et tilbud. Følgende beregninger må derfor anses som et minimumsanslag for antall med behov.

Det er ulikt hva kommunene har oversikt over. I de følgende beregningene har vi brukt tallene som er oppgitt fra kommunen og beregnet en rate innen hver kommunegruppe. Deretter har vi brukt befolkningsgrunnlaget i hver kommunestørrelsegruppe til å beregne antall brukere med behov.

Det er vanskelig å si hvor gode anslag det er, det handler om hvor god oversikt de kommunene som har oppgitt tall faktisk har. Uansett vil det være nærmere antall brukere av kommunale tjenester i de ulike gruppene, enn antall med behov for tjenester.

Dette må derfor ses på som en første tilnærming for å beregne antall mennesker i de ulike behovsgruppene.

Tallgrunnlaget i forhold til barn og unge er foreløpig ikke av god nok kvalitet til å gjøre beregninger. Det er mange usikre anslag og det krever en detaljert og manuell gjennomgang og korrigering av datagrunnlaget før det kan gjøres beregninger. Dette faller utenfor prosjektets rammer.

297 kommuner har anslått antall voksne brukere med rusmiddelproblematikk. Fra tabell 6.2 er det beregnet totalt over 21 000 brukere med rusproblematikk på nasjonalt nivå. Dette utgjør 5,5 personer per 1000 voksne innbygger eller 0,6 prosent av alle voksne innbyggere i landet.

Tabell 6.2 Rapporter og estimert antall brukere med rusproblematikk. 2013

	Antall med rusmiddelproblematikk (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	6	988	0,006229	92 028	573	6,2
2000-4999	15	2 581	0,005700	339 408	1 935	5,7
5000-9999	35	5 403	0,006449	461 319	2 975	6,4
10 000-19 999	64	11 050	0,005796	647 562	3 753	5,8
20 000-50 000	120	23 042	0,005228	922 786	4 824	5,2
Over 50 000	468	96 450	0,004854	1 498 159	7 272	4,9
Landet (vektet)					21 333	
Landet (uvektet)	12 340	2 237 104	0,005516	3 869 234	21 343	5,5

Det er 277 kommuner som har oppgitt et anslag på antall personer med psykiske helseproblemer med behov for IP. Totalt beregner vi at det er 10 200 personer som av kommunene vurderes å ha behov for IP på nasjonalt nivå. Dette utgjør 2,6 personer per 1000 voksne innbyggere, eller 0,3 prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.3 Rapportert og estimert antall brukere med behov for Individuell Plan (IP) 2013

	Behov for IP (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	4	973	0,004608	92 028	424	4,6
2000-4999	9	2 598	0,003488	339 408	1 184	3,5
5000-9999	17	5 319	0,003215	461 319	1 483	3,2
10 000-19 999	33	10 964	0,002964	647 562	1 920	3,0
20 000-50 000	61	23 575	0,002572	922 786	2 373	2,6
Over 50 000	264	145 297	0,001820	1 498 159	2 726	1,8
Landet (vektet)					10 111	
Landet (uvektet)	5 758	2 184 238	0,002636	3 869 234	10 200	2,6

274 kommuner har gjort anslag på antall personer med psykiske helseproblemer som har behov for ansvarsgruppe/kordinator. Totalt beregner vi at dette gjelder i overkant av 15000 personer, eller 3,9 per 1000 voksne innbygger eller 0,4 prosent av befolkningen.

Tabell 6.4 Rapportert og estimert antall brukere med behov for ansvarsgruppe/kordinator i 2013

	Behov ansvarsgruppe (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	5	973	0,005383	92 028	495	5,4
2000-4999	11	2 502	0,004327	339 408	1 468	4,3
5000-9999	25	5 294	0,004793	461 319	2 211	4,8
10 000-19 999	54	11 340	0,004768	647 562	3 088	4,8
20 000-50 000	86	23 113	0,003732	922 786	3 444	3,7
Over 50 000	410	151 220	0,002708	1 498 159	4 057	2,7
Landet (vektet)					14 763	
Landet (uvektet)	7 451	1 916 301	0,003888	3 869 234	15 044	3,9

208 kommuner har gjort anslag på antall personer med behov for innleggelse i psykisk helsevern. Totalt i landet beregnes dette å være nær 8 700 brukere eller 0,2 prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.5 Rapportert og estimert antall brukere med behov for innleggelse i psykisk helsevern i 2013

	Behov for innleggelse (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	3	975	0,003057	92 028	281	3,1
2000-4999	7	2 539	0,002950	339 408	1 001	2,9
5000-9999	12	5 329	0,002283	461 319	1 053	2,3
10 000-19 999	23	11 068	0,002063	647 562	1 336	2,1
20 000-50 000	37	22 020	0,001676	922 786	1 547	1,7
Over 50 000	50	44 176	0,001132	1 498 159	1 696	1,1
Landet (vektet)					6 914	
Landet (uvektet)	2 061	919 098	0,002242	3 869 234	8 676	2,2

139 kommuner har gjort anslag på antall med behov for kun poliklinisk kontakt med psykisk helsevern. Dette utgjør nesten 35 500 brukere, eller nær én prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.6 Rapportert og estimert antall brukere med behov for kun poliklinisk kontakt med psykisk helsevern 2013

	Behov for kun poliklinisk behandling (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	7	907	0,007849	92 028	722	7,8
2000-4999	16	2 567	0,006331	339 408	2 149	6,3
5000-9999	56	5 428	0,010271	461 319	4 738	10,3
10 000-19 999	188	11 456	0,016440	647 562	10 646	16,4
20 000-50 000	205	22 928	0,008961	922 786	8 269	9,0
Over 50 000	405	65 285	0,006204	1 498 159	9 294	6,2
Landet (vektet)					35 818	
Landet (uvektet)	6 500	709 772	0,009158	3 869 234	35 434	9,2

332 kommuner har gjort anslag på antall brukere med psykiske helseproblemer som har behov for kommunalt botilbud med tilsyn. Dette utgjør nærmere 6000 personer og utgjør 0,15 prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.7 Rapportert og estimert antall brukere med behov for kommunalt botilbud med tilsyn 2013

	Behov for bolig med tilsyn (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	2	955	0,001876	92 028	173	1,9
2000-4999	4	2 576	0,001474	339 408	500	1,5
5000-9999	9	5 348	0,001705	461 319	787	1,7
10 000-19 999	18	10 990	0,001604	647 562	1 038	1,6
20 000-50 000	34	22 975	0,001492	922 786	1 377	1,5
Over 50 000	169	123 722	0,001364	1 498 159	2 044	1,4
Landet (vektet)					5 919	
Landet (uvektet)	4 490	3 006 395	0,001493	3 869 234	5 779	1,5

243 kommuner har oppgitt hvor mange brukere med behov for kommunalt botilbud uten tilsyn. Vi beregner en brukerrate på 2,5 per 1000 voksne innbygger eller 0,3 prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.8 Rapportert og estimert antall brukere med behov for kommunalt botilbud uten tilsyn i 2013.

	Behov for bolig uten tilsyn (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	2	968	0,001875	92 028	173	1,9
2000-4999	4	2 532	0,001707	339 408	579	1,7
5000-9999	7	5 223	0,001374	461 319	634	1,4
10 000-19 999	17	10 322	0,001609	647 562	1 042	1,6
20 000-50 000	73	22 527	0,003226	922 786	2 977	3,2
Over 50 000	378	111 399	0,003397	1 498 159	5 089	3,4
Landet (vektet)					10 494	
Landet (uvektet)	3 949	1 577 874	0,002503	3 869 234	9 684	2,5

Det er 223 kommuner som har oppgitt antall med behov for oppsøkende behandling grunnet psykiske lidelser. Totalt er det beregnet at ca 4 300 brukere har behov for oppsøkende behandling. Dette utgjør 0,11 prosent av den voksne befolkningen.

Tabell 6.9 Rapportert og estimert antall brukere med behov for oppsøkende behandling (ACT/FACT/ROP-team) i 2013

	Behov for oppfølgende tjenester (gj.snitt)	Befolkning 0-18 (gj.snitt)	Rate	Befolkning alle	Beregnet antall	Brukere per 1000 innbygger (18 år+)
Under 2000	1	1 004	0,001016	92 028	93	1,0
2000-4999	3	2 594	0,001021	339 408	346	1,0
5000-9999	13	5 255	0,002455	461 319	1 132	2,5
10 000-19 999	20	11 044	0,001823	647 562	1 181	1,8
20 000-50 000	19	24 922	0,000742	922 786	685	0,7
Over 50 000	91	132 103	0,000689	1 498 159	1 032	0,7
Landet (vektet)					4 470	
Landet (uvektet)	2 467	2 232 752	0,001105	3 869 234	4 275	1,1

I videre arbeid med datagrunnlaget, vil vi se tallene i sammenheng med beregninger basert på pasienter i spesialisthelsetjenesten. Tallene fra kommunene ser ut til å være lave sammenliknet med det vi vet fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig vet vi at det er mange pasienter som ikke har kontakt med kommunale tjenester og det kan gjøres beregninger innenfor ulike kommunegrupper i data fra NPR og gjøre sammenlikninger. Dette faller utenfor dette prosjektets rammer.

6.4 OPPSUMMERING

Det er for første gang forsøkt å gjøre en kartlegging antall brukere med behov for bistand grunnet rusmiddelproblematikk, antall brukere med behov for IP, ansvarsgruppe, behandling i spesialisthelsetjenesten og bolig. En del kommuner begynner etter hvert å få god oversikt over innbyggernes behov, men i mange tilfeller setter de likhetstegn mellom det å ha behov og det å motta tjenester. Derfor teller de antall brukere og oppgir at dette er antall med behov. Dette kan være riktig i noen tilfeller, men mest sannsynlig vil denne metoden bety en underestimering av antall med behov.

Av alle kommunene er det 53 prosent (211 kommuner) som oppgir at de har oversikt over innbyggernes behov for psykisk helsetjenester. Når vi spør hvordan denne informasjonen er fremskaffet, kommer det frem følgende kilder til informasjon:

- Fastlegene og kommunelege
- Kommunens egne lavterskeltiltak, hjemmetjenesten og andre kommunale tjenester
- Levekårsstatistikk fra SSB (herunder KOSTRA/IPLOS) og Folkehelseinstituttet (folkehelseprofil), UngData, egne brukerundersøkelser og folkehelseundersøkelser i kommunen
- NAV
- Brukerplan
- Folkehelsekoordinator i kommunen
- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, _PPT, barnevern, samarbeid med skolen og familiesentre/familiens hus
- Spesialisthelsetjenesten – herunder VOP, BUP og distriktpsikiatriske senter

- Politiet
- Flyktningetjenesten
- Brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner, brukerdrevne tiltak

Mange svarer at oversikten skaffes gjennom tverrfaglig samarbeid med de øvrige instansene i kommunen.

Disse svarene viser hvor komplekst og sammensatt kommunalt psykisk helsearbeid er. Det er svært mange aktører som kommer i kontakt med mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. I noen tilfeller har brukeren kontakt med flere av tjenestene, mens i andre tilfeller bare sporadisk kontakt med en tjeneste. De som ingen har kontakt med er sannsynligvis ikke med i oversikten. Hvor mange dette utgjør, kan være mulig å anslå med å sammenlikne datakilder fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten.

Basert på de 150-300 kommunene som har oppgitt et anslag på antall voksne med behov, resulterer i lave nasjonale brukerrater om vi sier at kommunene som har gitt anslag er representativ også for de kommunene som ikke har gjort egne anslag eller skaffet seg oversikt. Vi beregner at 0,6 prosent av den voksne befolkningen har rusproblematikk (eller har tjenester fra kommunen fordi de har rusproblemer), 0,3 prosent har behov for Individuell plan 0,4 prosent har behov for ansvarsgruppe eller koordinator. 0,2 prosent av de voksne innbyggerne har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, mens nærmere én prosent kun har behov for poliklinisk kontakt med psykisk helsevern. 0,2 prosent av de voksne innbyggerne har behov for bolig med tilsyn, mens 0,3 prosent har behov for bolig uten tilsyn. Vi beregner også at 0,11 prosent av den voksne befolkningen har behov for oppsøkende behandling som (ACT/FACT/ROP-team). Tallene ser ut til å være for lave, men for å finne ut mer om dette kreves det mer forskning for å utvikle gode metoder for å gjøre anslag.

7 VOLD I NÆRE RELASJONER

Politiets definisjon på vold i nære relasjoner er:

Vold eller trusler om vold overfor personer som er eller har vært gift eller som lever eller har levd i ekteskapslignende forhold. Det gjelder også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og steforhold. Voldsutøvelsen er stedsuavhengig.²¹

Helsedirektoratet ønsket å kartlegge kommunens innsats i forhold kommunens arbeid med vold i nære relasjoner. Følgende spørsmål ble derfor tatt med i 2013-rapporteringen:

- Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato? (Svaralternativer: Ja, Nei)
 - Om JA, har utarbeiding av handlingsplan tatt utgangspunkt i "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)"? (Svaralternativer: Ja, Nei med mulighet for kommentar).
- Har kommunen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013? (Svaralternativer: Ja, Nei)
 - Om JA, hvor mange?
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner? (Svaralternativer: I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)
- Hvordan vil dere beskrive samhandlingen i kommunen om personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner? (Svaralternativer: Svært god, God, Verken god eller dårlig, Mindre god, Dårlig).
- Har kommunen en kompetanseplan for ansatte som i sitt arbeid møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner? (Svaralternativer: Ja, Nei med mulighet for kommentar).
- Hvilken eller hvilke tjenester/tilbud i kommunen vurderer dere at har størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikken knyttet til vold i nære relasjoner? (åpent svar).

7.1 HANDLINGSPLAN OG BRUK AV VEILEDER

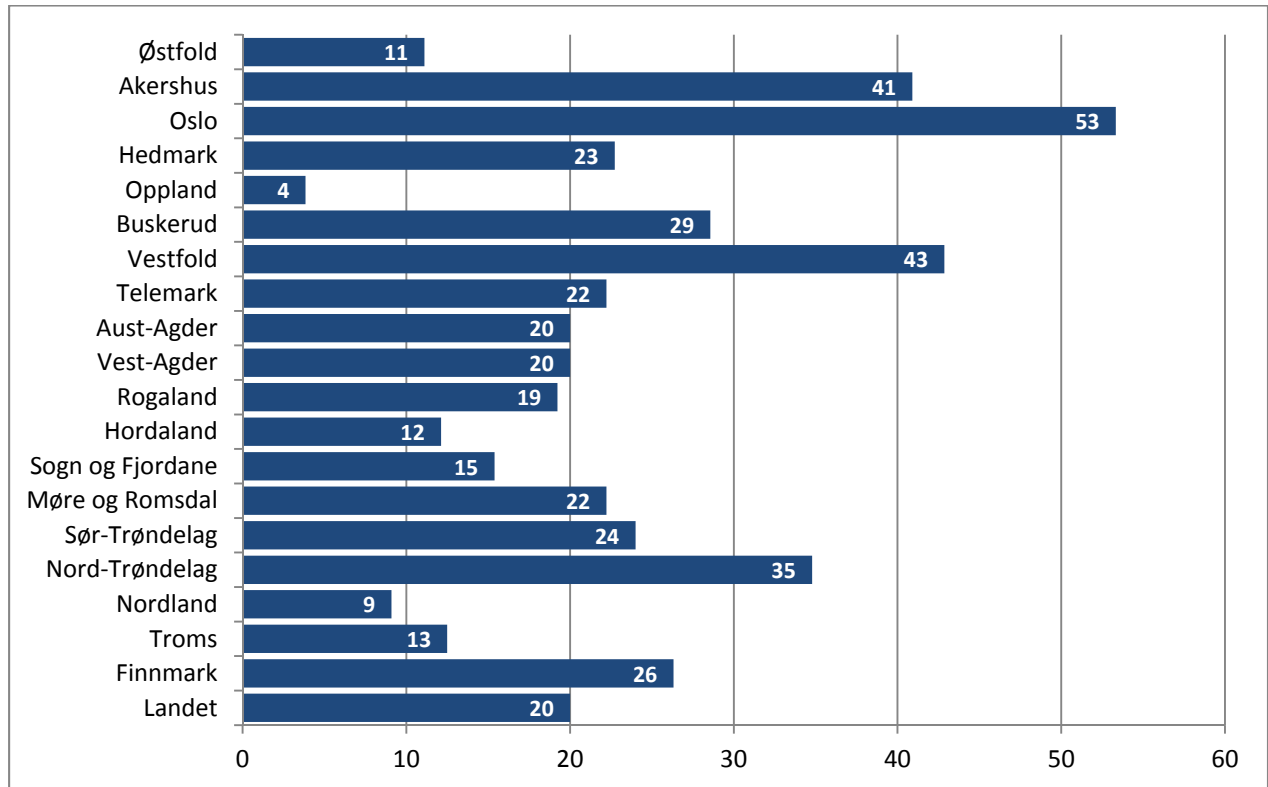
Som vist i tabell 7.1 har hver femte kommune oppgitt at de har en handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato. Åtte prosent av kommunene har ikke oppgitt om de har en slik plan eller ikke.

Tabell 7.1 Antall og andel kommuner som har utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato. 2013.

	Antall	Andel
Ja	87	20
Nei	308	72
Ikke svart	33	8
Totalt	428	100

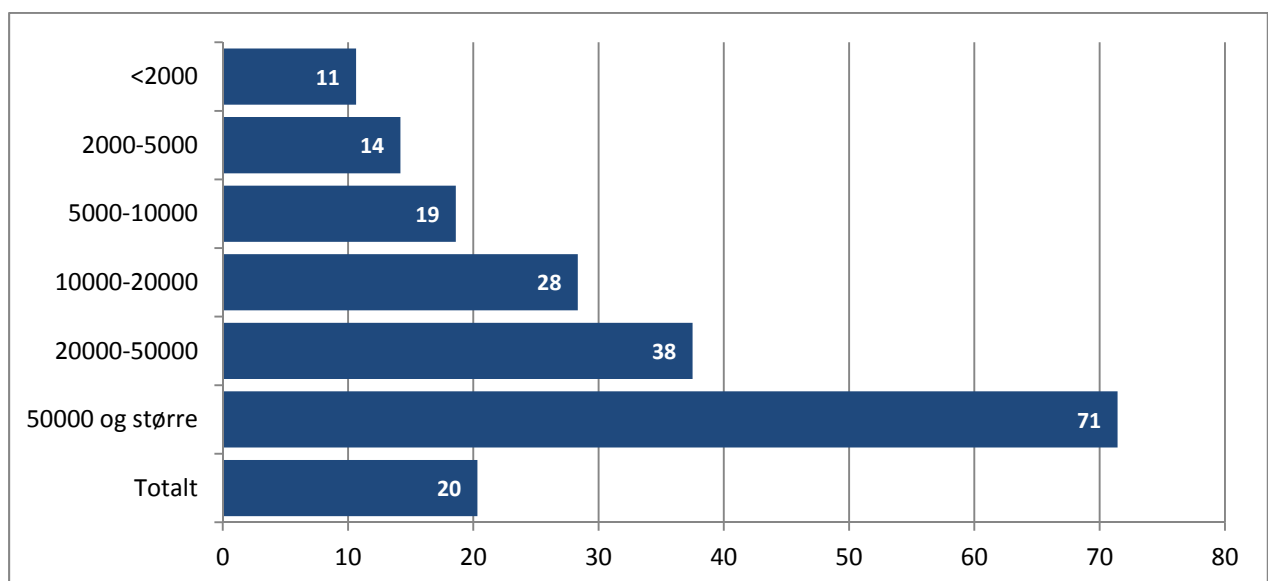
²¹ https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nare_relasjoner/definisjon_pa_vold_i_nare_relasjoner/

Det er betydelig variasjon i andel kommuner med gjeldende handlingsplan mellom fylker og kommune grupper. I Oppland er det kun fire prosent av kommunene som oppgir at de har utarbeidet en handlingsplan som er gjeldende på registreringstidspunktet, mens 43 prosent av kommunene i Vestfold oppgir å ha handlingsplan. I Oslo oppgav 8 av 15 bydeler å ha handlingsplan.

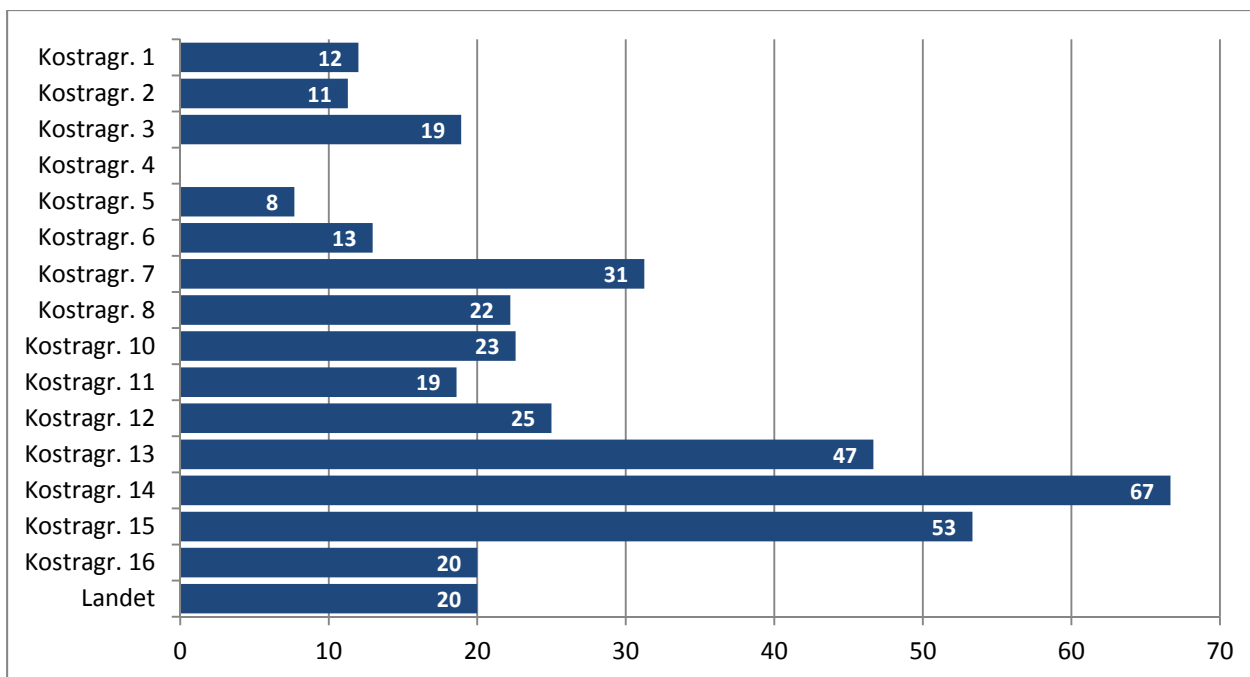


Figur 7.1 Andel av kommunene med handlingsplan etter fylke. 2013

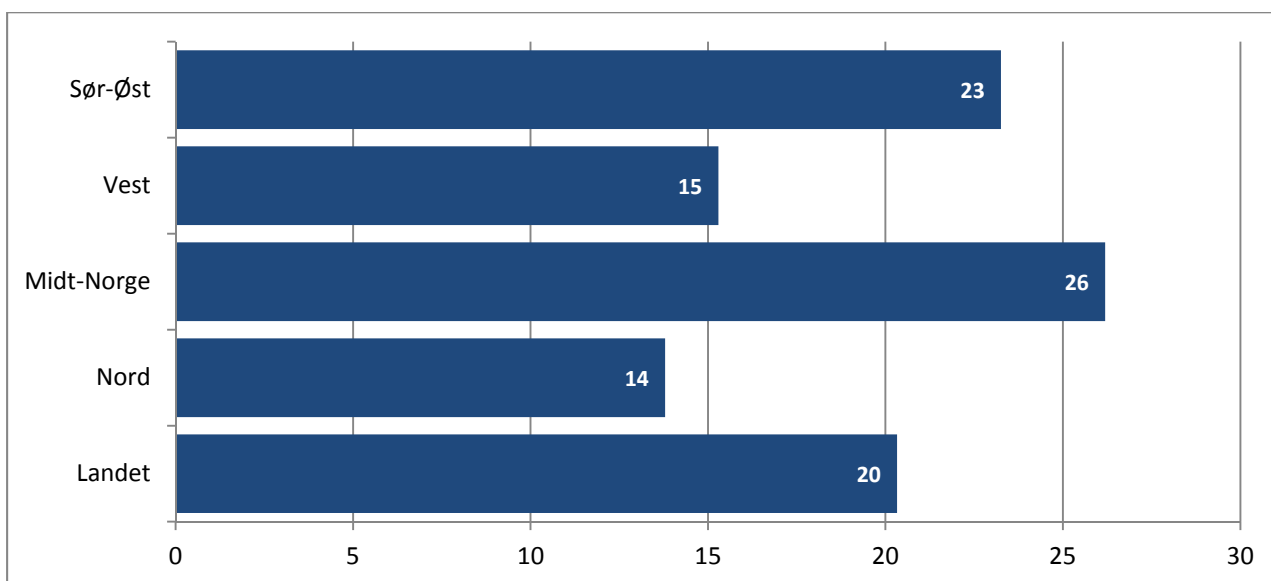
Det er også store forskjeller etter kommunistørrelse og mens kun 11 prosent av de små kommunene har utarbeidet en handlingsplan som er gjeldende på registreringstidspunktet, gjelder dette 71 prosent av kommunene med over 50 000 innbyggere.



Figur 7.2 Andel av kommunene med handlingsplan etter kommunistørrelse. 2013



Figur 7.3 Andel av kommunene med handlingsplan etter Kostragruppe. 2013



Figur 7.4 Andel av kommunene med handlingsplan etter Helseregion. 2013

Av de 87 kommunene som har svart at de har utarbeidet en handlingsplan som er gjeldende på registreringstidspunktet, er det 76 kommuner (86 prosent) som svarer at de har benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Det er ikke systematiske forskjeller i bruk av veilederen mellom kommuner i ulike fylker, etter størrelse, kostragrunder eller helseregion.

Det er 99 kommuner som har gitt en kommentar til handlingsplan og bruk av veileder. Mange kommuner svarer at de er i gang med arbeidet og at planen er under utarbeidelse. Noen svarer at planene utarbeides i samarbeid med andre kommuner, mens andre er i gang med egne planer. Noen kommuner oppgir at barnevernet har rutiner for å håndtere voldsproblematikk når det er barn inne i bildet, eller at barnevernet har hovedansvaret for dette området. I andre kommuner foregår arbeidet ved at barnevernet, politi, kriminalforebyggende og andre konsulteres eller trekkes inn i arbeidet.

Det er uansett mange kommuner som svarer at de ikke har en slik plan men som heller ikke gir en kommentar om at det er på gang, totalt over 270 kommuner. Det er disse kommunene som må følges opp fremover.

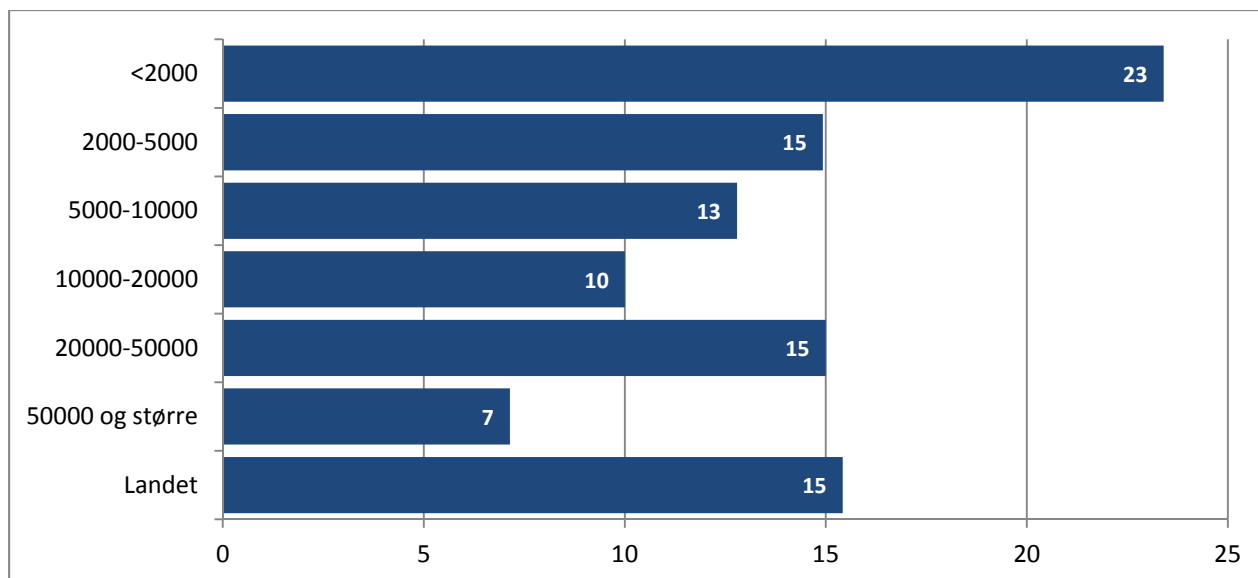
7.2 OVERSIKT AV HENVENDELSER OM VOLD I NÆRE RELASJONER TIL HELSE- OG OMSORGPERSOPELL

Femten prosent av landets kommuner svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersoneell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013. Ni prosent av kommunene har ikke svart på spørsmålet.

Tabell 7.2 Antall og andel kommuner etter om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersoneell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013

	Antall	Andel
Ja	66	15
Nei	324	76
Ikke svart	38	9
Landet	428	100

Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker, kostragrunder eller helseregioner i andel kommuner som har oversikt, men det er betydelige forskjeller etter kommunestørrelse. Som vist i neste figur har flere av de minste kommunene oversikt over henvendelser. Med unntak av de nest største kommunene, er sammenhengen relativt lineær.



Figur 7.5 Andel kommuner med oversikt over henvendelser til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013 etter kommunestørrelse.

Sannsynligvis vil større kommuner i større grad trenge et mer omfattende rapporteringssystem for å fremskaffe en slik oversikt enn mindre kommuner.

Av de 66 kommunene som oppgir at de har oversikt over antallet, er det 63 kommuner som har oppgitt et antall. En kommune oppgir antall familier heller enn antall personer, mens en annen kommune svarer:

3 som NAV vet om - samt en god del meldinger til barnevernet om bruk av vold.

En tredje kommune som har oppgitt at de har oversikt har ikke oppgitt antall.

En annen kommune har svart:

16 -Skolehelsetjenesten har registrert kontakt de 4 første mnd i 2013.

For å få med flest mulig anslag, antar vi at denne kommunen har 48 kontakter i løpet av hele året, men det er vanskelig å vite om henvendelsene er jevnt fordelt ut over året.

Helseetaten i Oslo har oppgitt 350 henvendelser, men og én av bydelene oppgir at de har oversikt, men har ikke noen henvendelser i 2013. Vi er usikre på om tallet som er oppgitt gjelder for alle bydelene i Oslo, men antar dette i følgende beregninger.

Basert på de 59 kommunene (14 prosent av alle kommunene), forsøker vi å gjøre en nasjonal beregning av antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013. De 59 kommunene har til sammen rapportert om 976 henvendelser.

Basert på kommunene som har oppgitt et antall, beregner vi antall henvendelser per innbygger innenfor ulike kommunestørrelser. Basert på dette beregner vi hvordan tallene hadde sett ut dersom de kommunene som ikke har svart, har samme rate som kommunene som har svart innen samme størrelsesgruppe relativt til antall innbyggere. Vi beregner vektete rater.

Tabell 7.3 Antall og andel kommuner som har utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato. 2013

	Gjennom-snitt	Befolknings-gjennomsnitt	Rate	Befolkning	Antall (uveid)	Nasjonal veid rate
<2000	2	1 190	17.23	116 589	201	
2000-5000	4	3 010	13.81	436 623	603	
5000-10000	3	7 135	4.34	592 847	258	
10000-20000	16	14 724	10.73	845 663	907	
20000-50000	59	30 117	19.70	1 189 243	2 343	
50000 og større	284	376 526	7.54	1 928 091	1 454	
Totalt	368	432 702	8.51	5 109 056	5 766	4 350

Dette er et grovt estimat basert på svar fra kun 59 kommuner og er derfor svært usikkert. Hvor godt anslaget er, vil avhenge av hvor representative kommunene som har gjort anslaget er innenfor sin kommunegruppe.

Totalt beregner vi at det er nesten 5 800 henvendelser estimert for alle kommuner. Dette er et veid snitt ved at det innenfor hver kommunegruppe er beregnet egne rater.

7.3 ER TILBUDET TILFREDSSTILLENDENDE I FØLGE KOMMUNENE?

Av de 386 kommunene som har tatt stilling til spørsmålet, svarer de fleste (65 prosent) at de i noen grad klarer å gi et tilfredsstillende tilbud.

Tabell 7.4 Antall og andel kommuner som i hvilken grad vurderer at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. 2013.

	Antall	Andel
I svært liten grad	10	3
I liten grad	34	9
I noen grad	251	65
I stor grad	84	22
I svært stor grad	7	2
Totalt	386	100
Ikke svart	42	
Antall	428	

Når vi koder de som svarer "I stor grad" eller "I svært stor grad" til å være kommuner som mener de gir et tilfredsstillende tilbud (91 kommuner) og ser på hvordan dette varierer med kommunestørrelse, fylke, kostragruppe og helseregion – finner vi ingen systematisk variasjon med unntak av at de største kommunene i større grad mener de gir et tilfredsstillende tilbud sammenliknet med de minste kommunene og at kommunene i helseregion Nord i noen mindre grad svarer at de gir et tilfredsstillende tilbud sammenliknet med Sør-Øst.

7.4 HVORDAN ER SAMHANDLINGEN INTERNT I KOMMUNENE?

Av de 381 kommunene som har svart på spørsmålet, er det åtte prosent som svarer "Dårlig" eller "Mindre god", mens om lag halvparten svarer "Verken god eller dårlig".

Tabell 7.5 Antall og andel kommuner etter hvor god samhandlingen i kommunen er om personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. 2013

	Antall	Andel
Dårlig	6	2
Mindre god	22	6
Verken god eller dårlig	194	51
God	145	38
Svært God	14	4
Totalt	381	100
Ikke svart	47	
Antall kommuner	428	

Det er ingen systematisk variasjon i svarene etter hverken kommunestørrelse, fylke, kostragruppe eller helseregion.

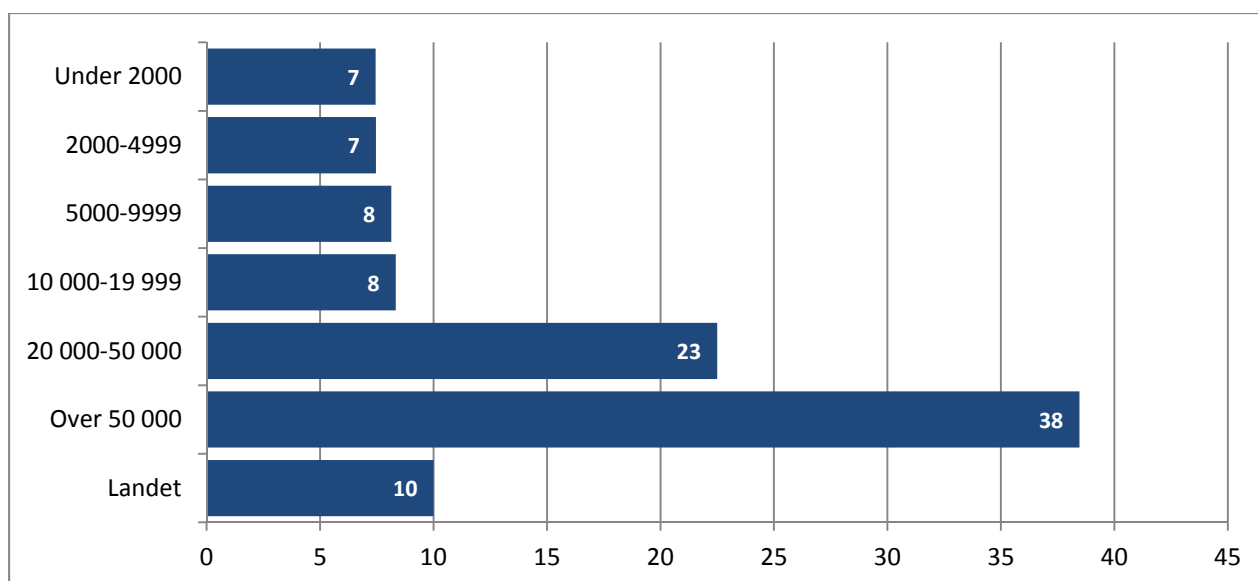
7.5 HAR KOMMUNEN KOMPETANSEPLAN FOR DE ANSATTE?

Av de 393 kommunene som har svart på om de har kompetanseplan for ansatte som møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner eller ikke, er det 11 prosent som svarer at de har en slik plan.

Tabell 7.6 Antall og andel kommuner med kompetanseplan for ansatte som i sitt arbeid møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner

	Antall	Andel
Ja	43	11
Nei	350	89
Totalt	393	100
Ikke svart	35	
Antall kommuner	428	

Vi finner at store kommuner oftere har en slik kompetanseplan enn små kommuner, se neste figur.



Figur 7.6 Andel kommuner som har kompetanseplan etter kommunestørrelse. 2013

Det er ikke systematiske variasjoner mellom kommuner i ulike fylker, kostragrupper eller helseregioner.

Dette spørsmålet er gitt med mulighet for å legge inn en kommentar. 111 kommuner har lagt inn en kommentar. Mange kommuner svarer at de er på gang med arbeidet.

Noen kommuner oppgir at de har intensjon om å utarbeide en slik kompetanseplan, mens andre sier at de har generelle kompetanseplaner der dette er inkludert. Noen kommuner sier at barnevernet satser på etter- og videreutdanning på dette området, mens andre oppgir at de ikke har en kompetanseplan men at dette likevel har voldsproblematikk som viktig tema. Andre kommuner beskriver et omfattende samarbeid mellom kompetansepersoner fra flere kommunale instanser og andre. Andre samarbeider med spesialisthelsetjenesten eller krisesentre.

7.6 HVOR ER DET BEHOV FOR ØKTE RESSURSER?

345 kommuner har svart på hvor det er størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner. Noen kommuner svarer at det er mange tjenester som har behov for økt ressurstilførsel:

Vi opplever at fleire tenesteområde i kommunen har behov for ressurser og kompetanseheving. Vi vurderer at øremerka midler er naudsynt for å heve ressurstilførsel og kompetanseheving

1. Barneverntenesta treng endå betre kompetanse på å avdekke, og samarbeide med andre tenester om vidare oppfølging 2. Helsestasjons- og skolehelsetenesta treng kompetanse på avdekking, litt på oppfølging (ift graviditet) og samarbeid med andre tenester om vidare oppfølging 3. a.) Psykisk helseteneste treng kontinuerleg kompetanseflyt på behandling av traumer/ ptsd ogb. b.) har behov for fleire personar til å utføre dette arbeidet/ slik at ein kan behandle og fylgje opp sakene - dei er komplekse og tek mykje tid. Gjerne psykologkompetanse.

Alle og spesielt psykisk helsetjeneste og barneverntjenesten

Alle omsorgstjenester rettet mot voksne og barn. Spesielt fokus bør rettes mot tidligintervensjon, forebygging og oppfølging mot barn og unge, både i og utenfor familien.

Alle som arbeider med mennesker i kommunen; Hjemmebaserte tjenester, skole, barnehage, barnevern.

Alle tjenesteområder føler behov for økt ressurstilførsel for å få økt kunnskap innenfor denne problematikken.

Andre kommuner har oppgitt de tjenestene med størst behov. Vold i nære relasjoner er noe kommunen må ha fokus på innenfor flere tjenesteområder, men spesielt der det er snakk om rus eller psykiske lidelser. Godt samarbeid mellom fastlegen, barnevernet og psykisk helsearbeid i kommunen er viktig. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten trenger økt kompetanse på å oppdage og kommunen trenger psykolog som behandler. *Øke ressursen i psykisk helseteam for å samle alle parter i kommunen og politiet og spesialitshelsetjenesten til breiere samhandlingsflate, og kunne møte behovet som er knyttet til vold i nære relasjoner. Møte kompetansemiljøer som kan voldsfeltet, ATV og ART- miljøer.*

En del kommuner svarer at dette ikke er kartlagt og at de derfor ikke kan svare eller at de ikke vet hvor behovet er størst. Noen nevner at de har behov for flere ting:

Bydelen er i behov av økt kompetanse, kartleggingsverktøy, og økte ressurser både når det gjelder barn/unge og voksne

Andre svarer at de har behov for mer personell for å imøtekomme behovene eller at de trenger flere boliger for voldsutsatte eller at de i større grad må arbeide forebyggende. Noen nevner hjemmetjenester og helsetjenestene generelt, mens andre mener at de kommunale tjenestene generelt må styrkes.

De aller fleste nevner flere tjenester. Vi har gått gjennom svarene og forsøkt å kategorisere andel av kommunene som har svart som nevner ulike tjenester. Fra tabellen under ser vi at det er psykisk helse/psykiatritjenesten, barnevern og helsestasjoner som dominerer listen og er tjenestene som i flest kommuner trenger å styrkes på området vold i nære relasjoner.

Tabell 7.7 Tjenester/tilbud som kommunen vurderer har størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner. N=345

	Antall	Andel
Psykisk helse/psykiatritjenesten	182	53
Barnevern	98	28
Helsestasjon	77	22
Rustjenester	58	17
Skoler	53	15
NAV	39	11
Familietjenester	36	10
Barnehager	28	8
Alle tjenester	23	7
Krisesenter	21	6
Psykolog	18	5
Helsesøster	18	5
Skolehelsetjeneste	16	5
Legevakt	8	2
Fastleger	6	2
Antall kommuner	345	197

7.7 OPPSUMMERING

Helsedirektoratet ønsket å kartlegge kommunens innsats i forhold kommunens arbeid med vold i nære relasjoner og de utviklet spørsmål som ble tatt med i IS-24 kartleggingen. I dette kapittelet har vi sett på om kommunene har handlingsplan for håndtering av volds i nære relasjoner og om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner, om kvaliteten på samarbeidet mellom kommunale tjenester rundt denne målgruppen, om de har en kompetanseplan på området og hvor det er størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner.

Hver femte kommune oppgitt at de har en handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato. Åtte prosent av kommunene har ikke oppgitt om de har en slik plan eller ikke. Det er færrest kommuner i Oppland og Nordland som oppgir at de har en slik plan og sannsynligheten for å ha en slik plan øker betydelig med størrelsen på kommunen. Det er kommunene i Midt-Norge som i størst grad har en slik handlingsplan, men det er likevel ikke mer enn hver fjerde kommune som har det.

Av de 87 kommunene som har svart at de har utarbeidet en handlingsplan som er gjeldende på registreringstidspunktet, er det 76 kommuner (86 prosent) som svarer at de har benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Det er ikke systematiske forskjeller i bruk av veilederen mellom kommuner i ulike fylker, etter størrelse, kostragrupper eller helseregion.

Mange av kommunene som ikke har en handlingsplan på dette området, svarer at de er i gang med arbeidet og at planen er under utarbeidelse. Noen gjør det i samarbeid med andre kommuner. Andre kommuner svarer at barnevernet har rutiner for å håndtere voldsproblematikk når det er barn inne i bildet, eller at barnevernet har hovedansvaret for dette området. I andre kommuner foregår arbeidet ved at barnevernet, politi, kriminalforebyggende og andre konsulteres eller trekkes inn i arbeidet. Det er likevel 270 kommuner som ikke har en slik plan, eller som oppgir å være i gang med arbeidet.

Av kommunene som svarer på hvorvidt tilbudet som gis på dette området er tilfredsstillende, er det 24 prosent som sier det i stor eller svært stor grad er det. 11 prosent oppgir at de ikke gir et tilfredsstillende tilbud, mens resten sier at tilbudet "i noen grad" er tilfredsstillende. De største kommunene svarer i størst grad at tilbudet er tilfredsstillende.

Samhandlingen mellom tjenestene i kommunene på dette området har et forbedringspotensial i mange kommuner, og 42 prosent av kommunene som har svart sier at samhandlingen er god.

Noen kommuner, 11 prosent, svarer at de kompetanseplan for ansatte som i sitt arbeid møter personer som kan ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Mange sier at dette inngår i kommunens hovedkompetanseplan, men at de ikke har en egen for dette arbeidet. Det er særlig de store kommunene som har kompetanseplan.

345 kommuner har svart på hvor det er størst behov for økt ressurstilførsel for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til vold i nære relasjoner. Mange kommuner svarer at det er flere tjenester som har behov for økt ressurstilførsel, og når vi går gjennom svarene og kategoriserer de etter hvilke tjenester de har ramset opp, er det psykisk helse/psykiatritjenesten som forekommer oftest (182 kommuner, eller i 53 prosent av svarene). Deretter barnevern (28 prosent), så helsestasjon (22 prosent), rustjenester (17 prosent), skoler (15 prosent) og NAV (11 prosent). I tillegg nevner mange familietjenester, barnehager, krisesenter, psykologtjeneste, helsesøster og skolehelsetjenesten. Om vi ser helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsesøster under ett, utgjør dette ca en av tre kommuner.

8 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2013

8.1 HVORDAN SAMMENLIKNE KOMMUNER

I dette kapitlet presenteres de nasjonale tallene for innsatsen i psykisk helsearbeid i 2013 på et lavere aggregeringsnivå. Når tallene presenteres per innbygger har vi sett på årsverk i tjenester til voksne i forhold til voksenbefolkningen (18 år og eldre), og tilsvarende årsverk i tjenester for barn og unge i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år).

Vi grupperer kommunene etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), KOSTRA-gruppe og helseregion. Argumentasjonen for å velge disse kategoriene er utdypet i Ose et al. (2010 s. 49).

Antall kommuner fordeler seg slik per fylke i 2013:

Fylke	Antall kommuner per fylke 2013
Østfold	18
Akershus	22
Oslo	1
Hedmark	22
Oppland	26
Buskerud	21
Vestfold	14
Telemark	18
Aust-Agder	15
Vest-Agder	15
Rogaland	26
Hordaland	33
Sogn og Fjordane	26
Møre og Romsdal	36
Sør-Trøndelag	25
Nord-Trøndelag	23
Nordland	44
Troms	24
Finnmark	19
Landet	428

Kommunene er delt inn etter størrelse på følgende måte i perioden 2007-2013 (se Langørgen et al. 2006):

	Antall kommuner i gruppen						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Under 2 000	95	95	97	96	96	95	94
2 000-4 999	140	141	137	136	134	134	134
5 000-9 999	92	88	88	88	90	87	87
10 000-19 999	56	55	57	59	58	60	60
20 000-49 999	35	38	38	38	39	40	40
Over 50 000	13	13	13	13	13	13	13
Totalt antall kommuner	431	430	430	430	430	429	428

Kommunene er delt inn etter økonomiske rammebetingelser på følgende måte:

Kostragruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen 2012
Små kommuner	1 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	25
	2 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	62
	3 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	37
	4 { Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	7
	5 { Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	39
	6 { Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	54
Mellomstore kommuner	7 { Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	31
	8 { Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	27
	10 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	32
	11 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	43
	12 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	12
Store kommuner	13 { Store kommuner utenom de fire største byene	45
	14 { Bergen, Trondheim og Stavanger	3
	15 { Oslo kommune (bydeler)	1
	16 { De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10
I alt		428

Helseregionene inneholdt følgende antall kommuner per region i 2013:

Helseregion	Antall kommuner per region
Sør-Øst	172
Vest	85
Midt-Norge	84
Nord	87
Totalt	428

I kapittel 8 ser vi først på variasjon i total årsverksinnsats i kommunene (8.2), og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (8.3). I kapittel 8.4 ser vi på hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak og på utdanningsgrupper i kapittel 8.5. Vi oppsummerer funnene i kapittel 8.6.

8.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

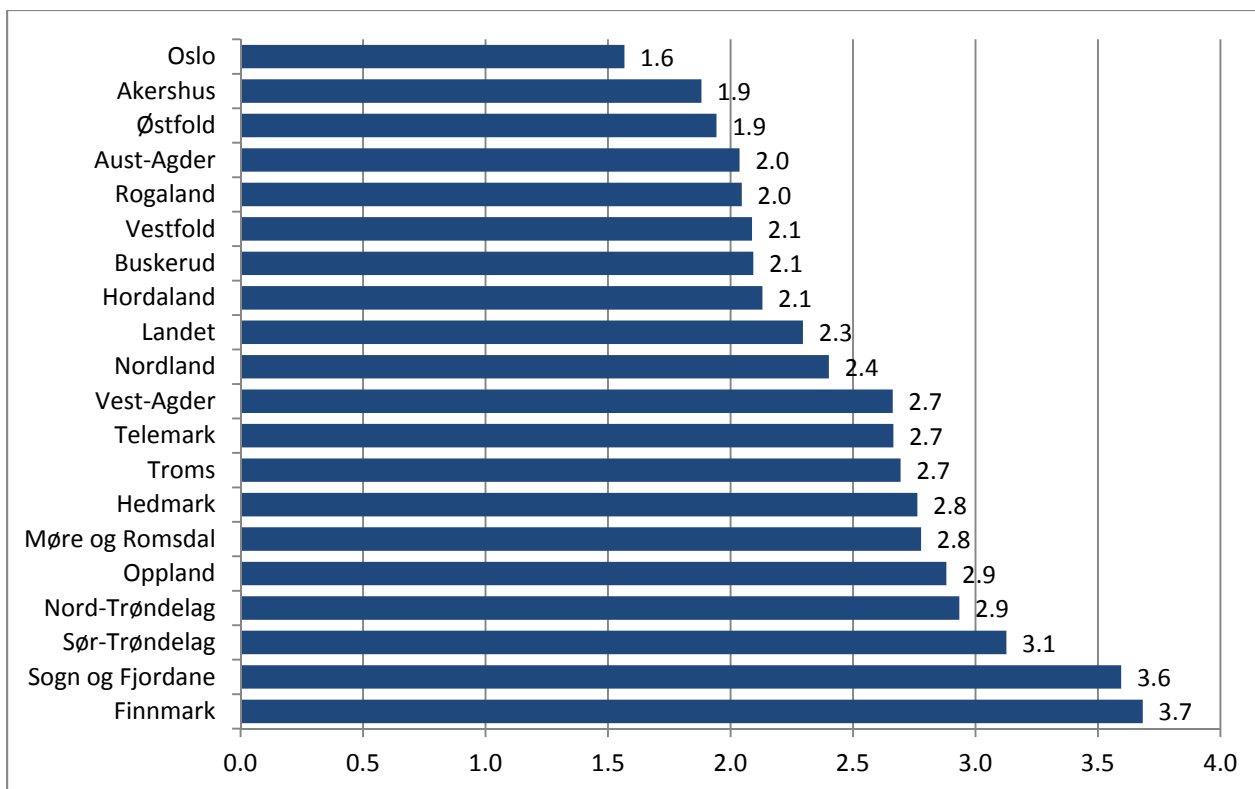
For landet totalt er det innrapportert 11 728 årsverk i 2013.

8.2.1 FYLKESVISE FORSKJELLER

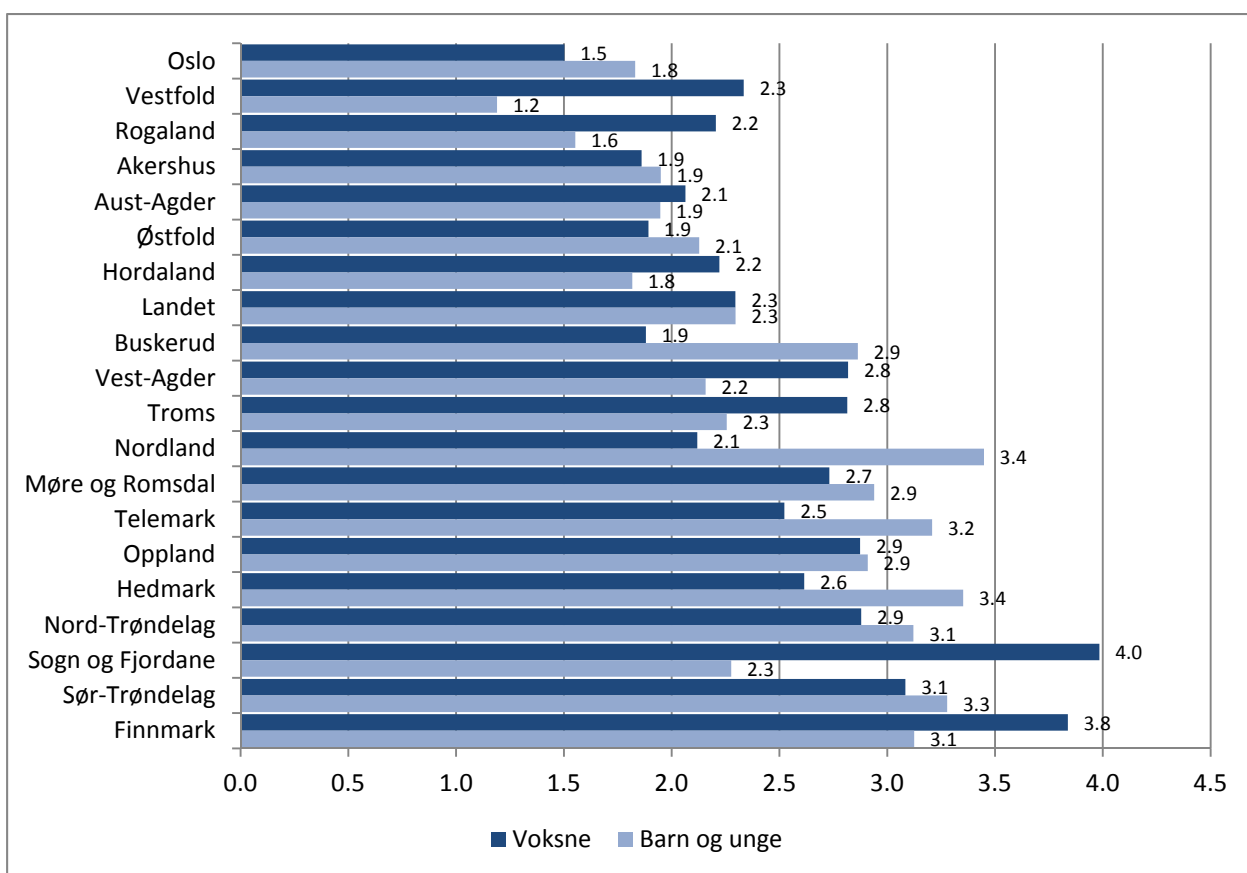
I tabell 8.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningstall og årsverk per 1 000 innbyggere for 2013. Den siste kolonnen i tabellen, totalt antall årsverk per 1 000 innbyggere, er illustrert i figur 8.1, mens figur 8.2 illustrerer fordelingen fordelt på voksne og barn/unge.

Tabell 8.1 Totalt antall årsverk rapportert i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2013

Fylke	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Sum årsverk	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Østfold	423	131	554	1,9	2,1	1,9
Akershus	814	269	1 083	1,9	1,9	1,9
Oslo	765	230	994	1,5	1,8	1,6
Hedmark	406	131	537	2,6	3,4	2,8
Oppland	431	110	541	2,9	2,9	2,9
Buskerud	401	169	570	1,9	2,9	2,1
Vestfold	441	62	503	2,3	1,2	2,1
Telemark	343	114	457	2,5	3,2	2,7
Aust-Agder	181	51	232	2,1	1,9	2,0
Vest-Agder	384	91	475	2,8	2,2	2,7
Rogaland	766	174	940	2,2	1,6	2,0
Hordaland	868	208	1 076	2,2	1,8	2,1
Sogn og Fjordane	335	57	392	4,0	2,3	3,6
Møre og Romsdal	555	171	727	2,7	2,9	2,8
Sør-Trøndelag	741	217	957	3,1	3,3	3,1
Nord-Trøndelag	301	96	397	2,9	3,1	2,9
Nordland	391	172	563	2,1	3,4	2,4
Troms	372	82	454	2,8	2,3	2,7
Finnmark	226	51	277	3,8	3,1	3,7
Landet	9 145	2 584	11 729	2,3	2,3	2,3



Figur 8.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2013



Figur 8.2 Antall årsverk rapportert for voksne og barn/unge i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2013

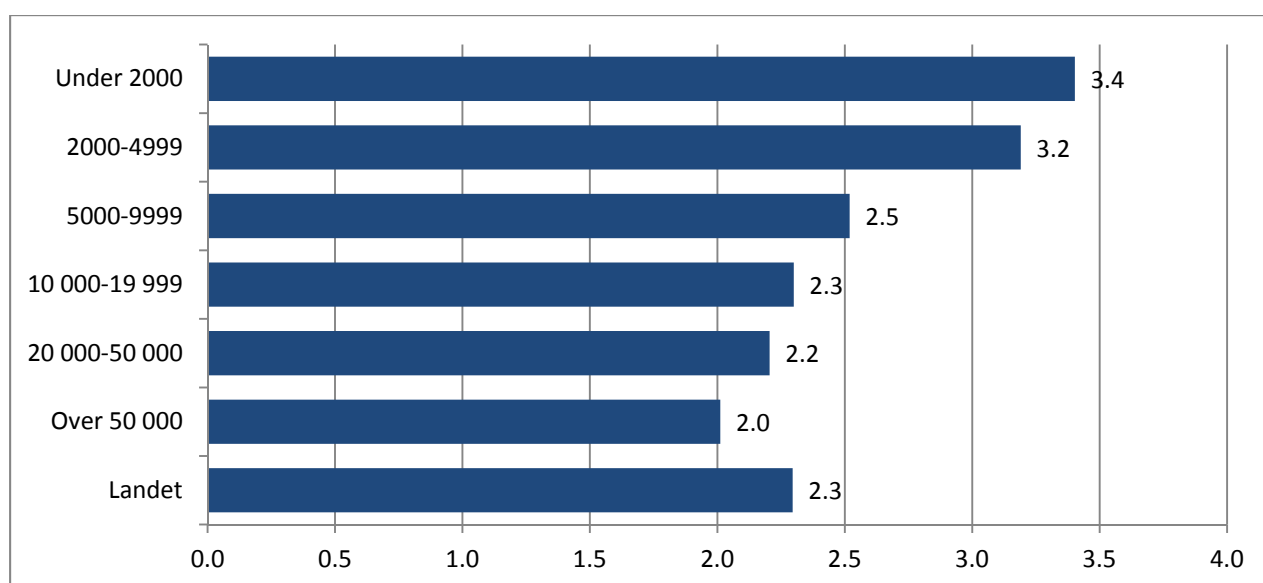
8.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 8.2 er tallene fordelt på kommuner samlet etter antall innbyggere. Tallene i siste kolonne er vist i figur 8.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 8.4.

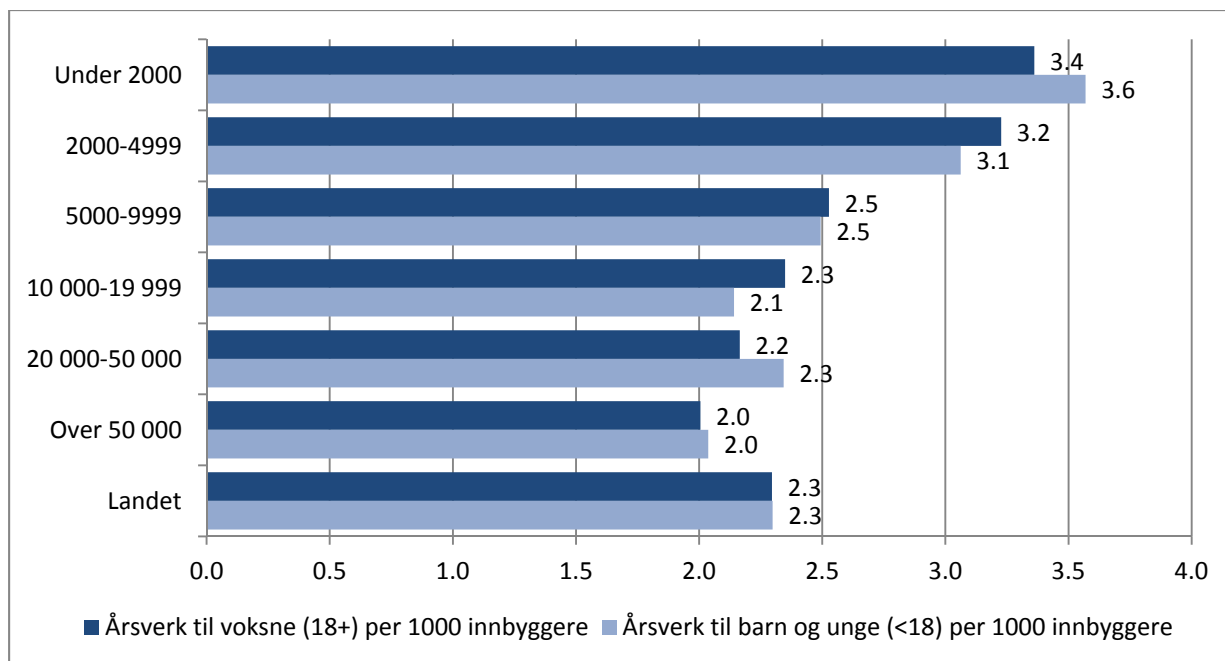
Tabell 8.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2013

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0- 17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Under 2000	313	84	93 004	23 585	3,4	3,6	3,4
2000-4999	1 108	285	343 368	93 255	3,2	3,1	3,2
5000-9999	1 166	328	461 319	131 528	2,5	2,5	2,5
10 000-19 999	1 521	424	647 562	198 101	2,3	2,1	2,3
20 000-50 000	1 998	624	922 786	266 457	2,2	2,3	2,2
Over 50 000	3 040	839	1 515 856	412 235	2,0	2,0	2,0
Landet	9 145	2 584	3 983 895	1 125 161	2,3	2,3	2,3

Som vist i tabellen over og figur 8.3 er hovedtrenden at antall årsverk per innbygger faller med økende kommune-
størrelse, selv om kommunene med over 50 000 innbyggere modererer denne trenden noe. Når
innbyggertallet passerer 5 000 innbyggere er det imidlertid ikke så store forskjeller mellom
kommunegruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Når vi differensierer mellom årsverk for voksne
og barn og unge i figur 8.4 blir forskjellene mellom de større kommunene tydeligere, men
hovedtrenden forblir den samme.



Figur 8.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2013



Figur 8.4 Årsverk per 1 000 innbyggere, tjenester for voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2013

8.2.3 KOSTRA-GRUPPE

Tabell 8.3 viser antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning (voksne og barn og unge) og årsverk per 1 000 innbyggere fordelt på KOSTRA-grupper. I figur 8.5 og 8.6 har vi illustrert resultatene i de tre siste kolonnene.

KOSTRA-gruppene 3, 4 og 6²² har flest årsverk i psykisk helsearbeid (totalt) per innbygger (hhv. 3,8, 3,9 og 4,0 årsverk per 1 000 innbyggere i gjennomsnitt). Disse gruppene ligger også høyest i hhv. tjenester for voksne, (KOSTRA-gruppe 6) og i tjenester for barn og unge (KOSTRA-gruppe 4). KOSTRA-gruppene 15 (Oslo) og 7 (kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og lave disponible inntekter) har de laveste gjennomsnittene i antall årsverk per innbygger i begge tjenestene.

²² Små kommuner med...:

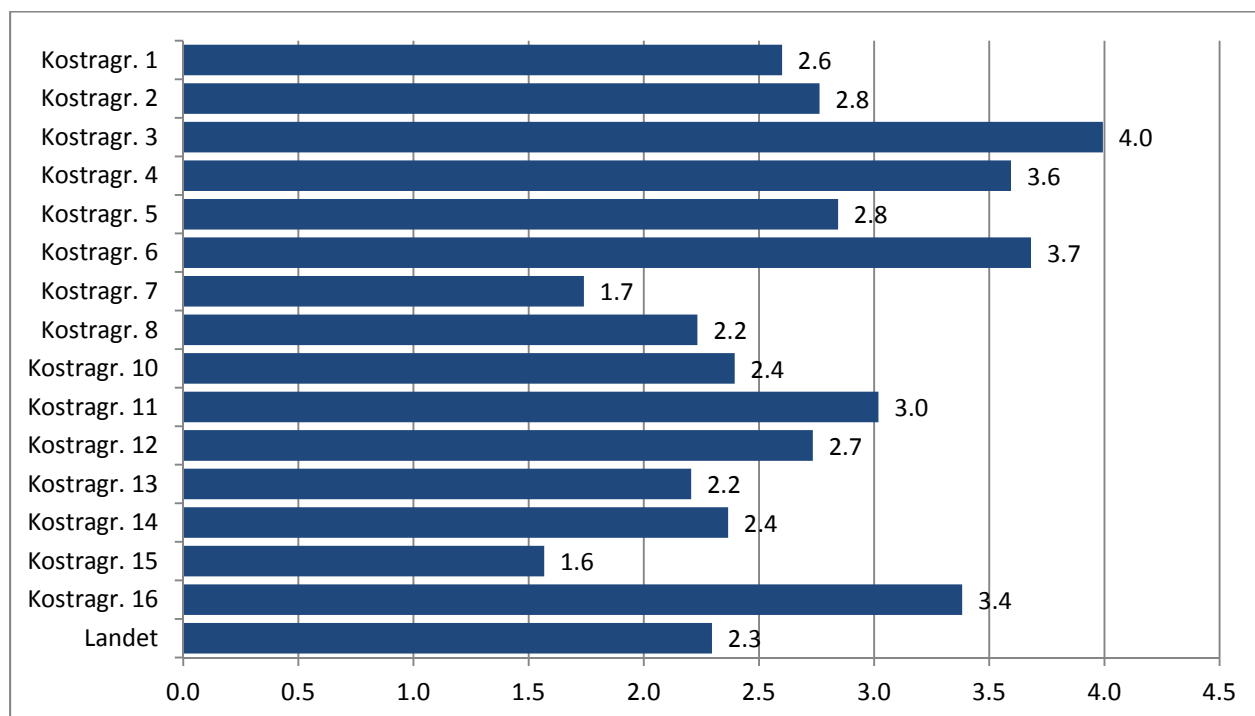
3: Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

4: Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter

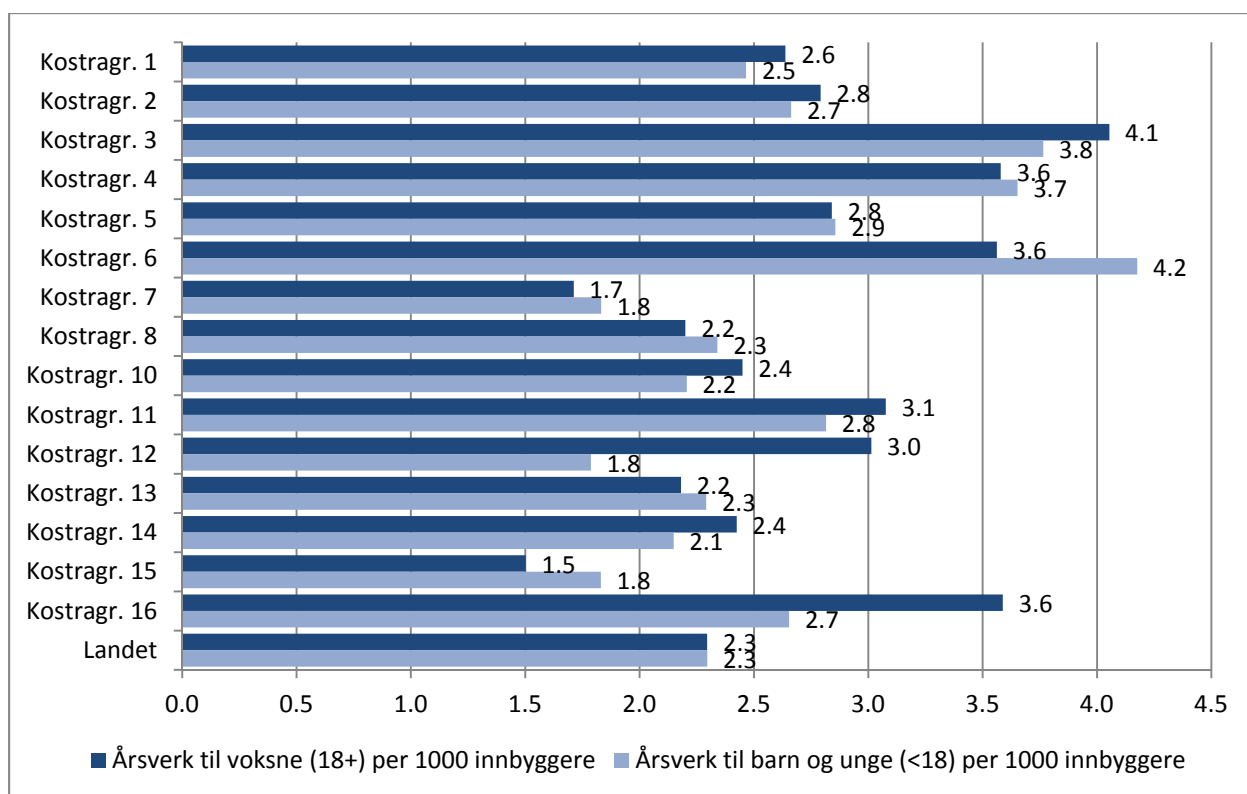
6: Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

Tabell 8.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Kostra-gruppe 2013

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0- 17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Kostragr. 1	189	49	71 578	19 914	2,6	2,5	2,6
Kostragr. 2	455	122	163 061	45 861	2,8	2,7	2,8
Kostragr. 3	378	94	93 148	24 832	4,1	3,8	4,0
Kostragr. 4	38	11	10 729	2 875	3,6	3,7	3,6
Kostragr. 5	134	36	47 040	12 535	2,8	2,9	2,8
Kostragr. 6	219	62	61 477	14 799	3,6	4,2	3,7
Kostragr. 7	552	180	322 154	98 211	1,7	1,8	1,7
Kostragr. 8	614	200	278 845	85 414	2,2	2,3	2,2
Kostragr. 10	485	128	198 073	58 108	2,4	2,2	2,4
Kostragr. 11	867	223	281 656	79 220	3,1	2,8	3,0
Kostragr. 12	247	43	81 807	24 121	3,0	1,8	2,7
Kostragr. 13	3 027	927	1 387 777	404 536	2,2	2,3	2,2
Kostragr. 14	1 116	267	460 295	124 443	2,4	2,1	2,4
Kostragr. 15	765	230	509 032	125 431	1,5	1,8	1,6
Kostragr. 16	62	13	17 223	4 861	3,6	2,7	3,4
Landet	9 145	2 584	3 983 895	1 125 161	2,3	2,3	2,3



Figur 8.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, Kostragruppe 2013



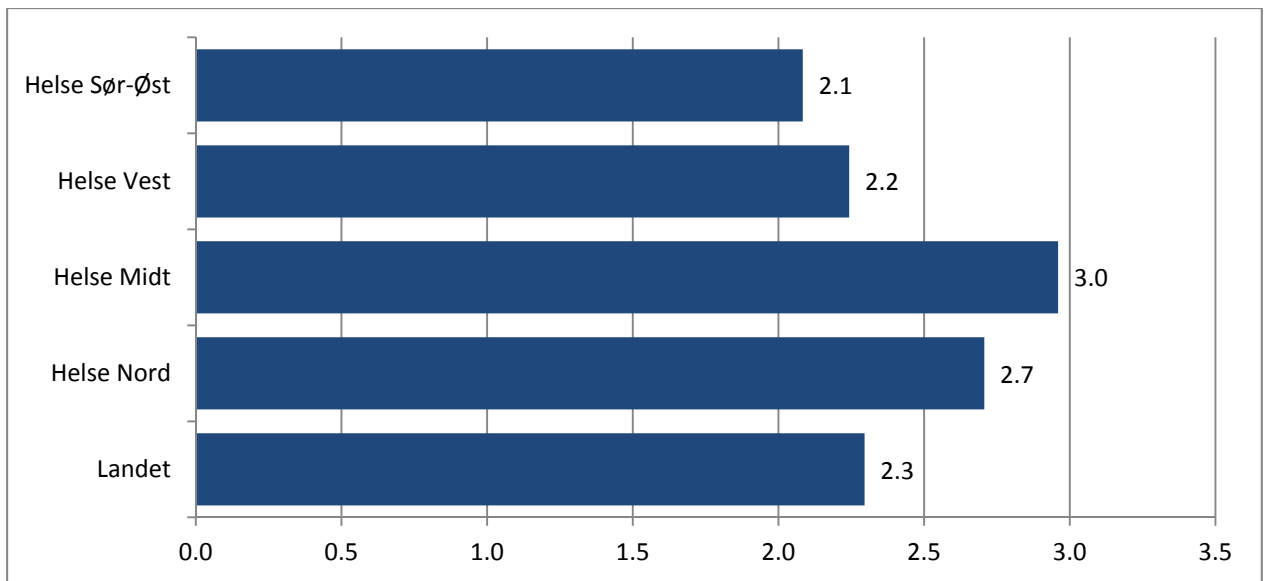
Figur 8.6 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, Kostragruppe 2013

8.2.4 HELSEREGION

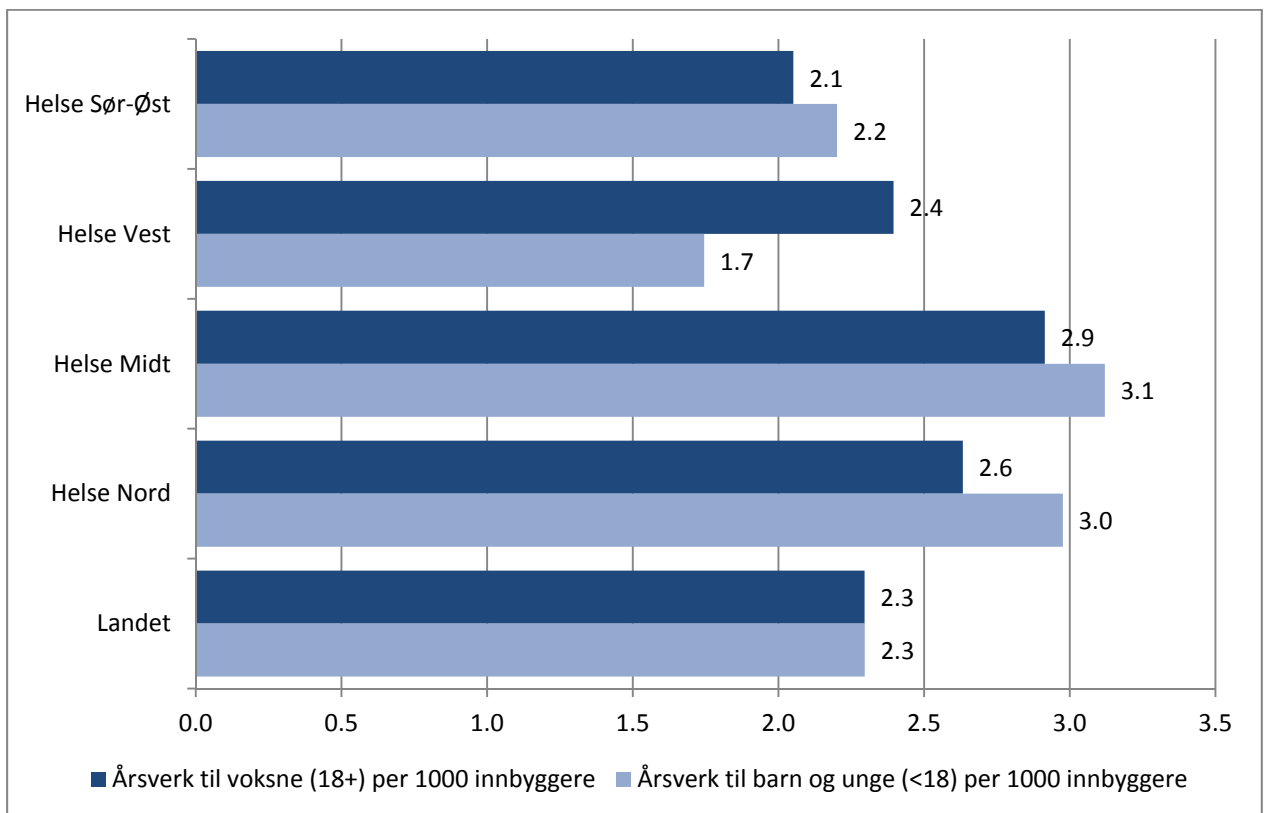
I tabell 8.4 og figurene 8.7 og 8.8 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, gruppert etter de fire helseregionene spesialisthelsetjenesten organiseres i. Helseregionene Sør-Øst og Vest har mange innbyggerrike kommuner, og kommer dermed ut med lavere antall årsverk per innbygger enn landsgjennomsnittet totalt. Midt-Norge og Nord ligger over landsgjennomsnittet på hhv. 3,0 og 2,7 årsverk per 1000 innbyggere.

Tabell 8.4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2013

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0- 17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Helse Sør-Øst	4 590	1 357	2 237 875	616 342	2,1	2,2	2,1
Helse Vest	1 969	439	822 316	251 520	2,4	1,7	2,2
Helse Midt	1 597	483	547 926	154 943	2,9	3,1	3,0
Helse Nord	989	305	375 778	102 356	2,6	3,0	2,7
Landet	9 145	2 584	3 983 895	1 125 161	2,3	2,3	2,3



Figur 8.7 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, helseregion, 2013



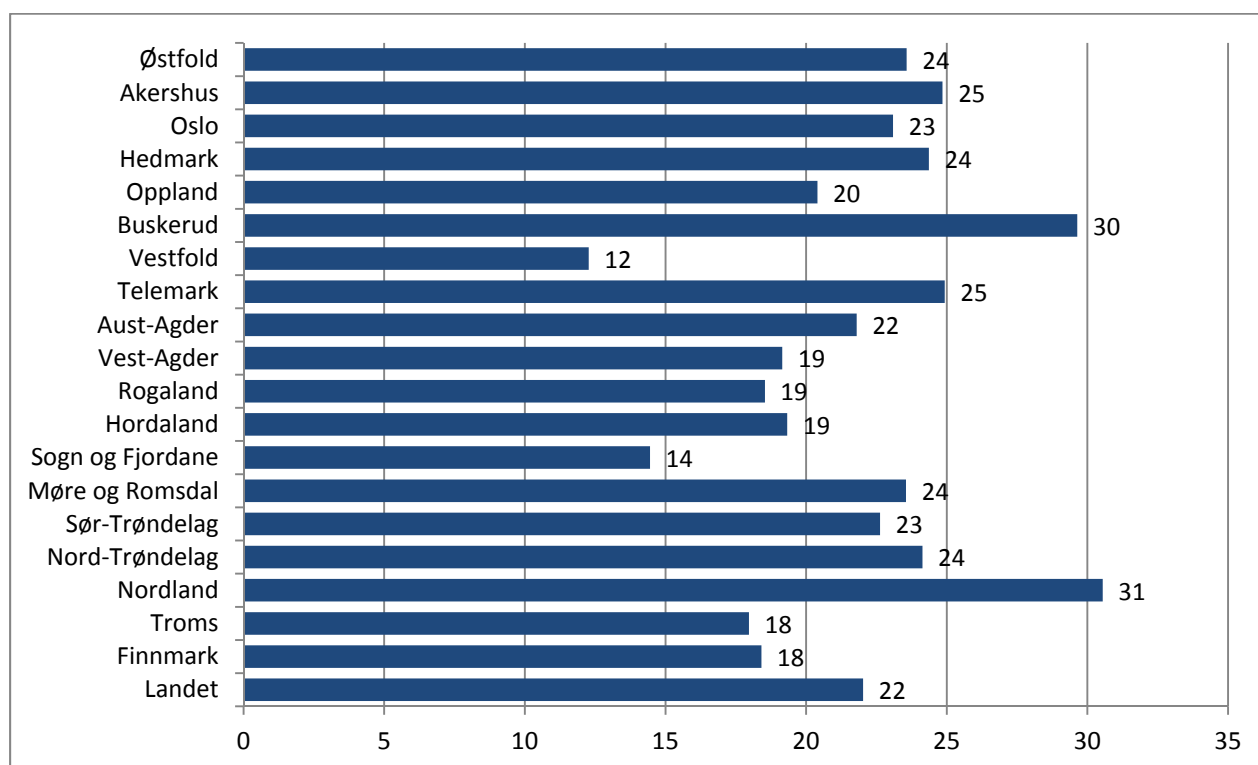
Figur 8.8 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2013

8.3 ANDEL AV ÅRSVERKENE SOM GÅR TIL TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Det har siden 2001 vært et uttrykt ønske fra myndighetene sin side om at minst 20 prosent av den øremerkede ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene, skulle gå til tjenester for barn og unge (se St.prp. nr. 1 (2000-2001)). I år 2000 var andelen 12 prosent. Den siste rapporteringen på bruk av øremerkede midler (2008-tallene) viste at det bare var kommunene i Troms som i gjennomsnitt ikke benyttet 20 prosent eller mer av de øremerkede midlene og årsverkene på tjenester til barn og unge (se også Kaspersen et al., 2008). Landsgjennomsnittet i bruk av øremerkede midler på tjenester til barn og unge lå i 2007, 2008 og i 2009 på 23 prosent. I 2010 falt andelen til 22 prosent, et nivå som har ligget stabilt i årene etter for landet som helhet.

I de følgende fire figurene presenterer vi andelen årsverk av totalt rapporterte årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene som var knyttet til tjenester for barn og unge i 2013. Figurene presenterer tallene per fylke, etter kommunestørrelse, Kostragruppe og per helseregion.

8.3.1 FYLKESFORSKJELLER

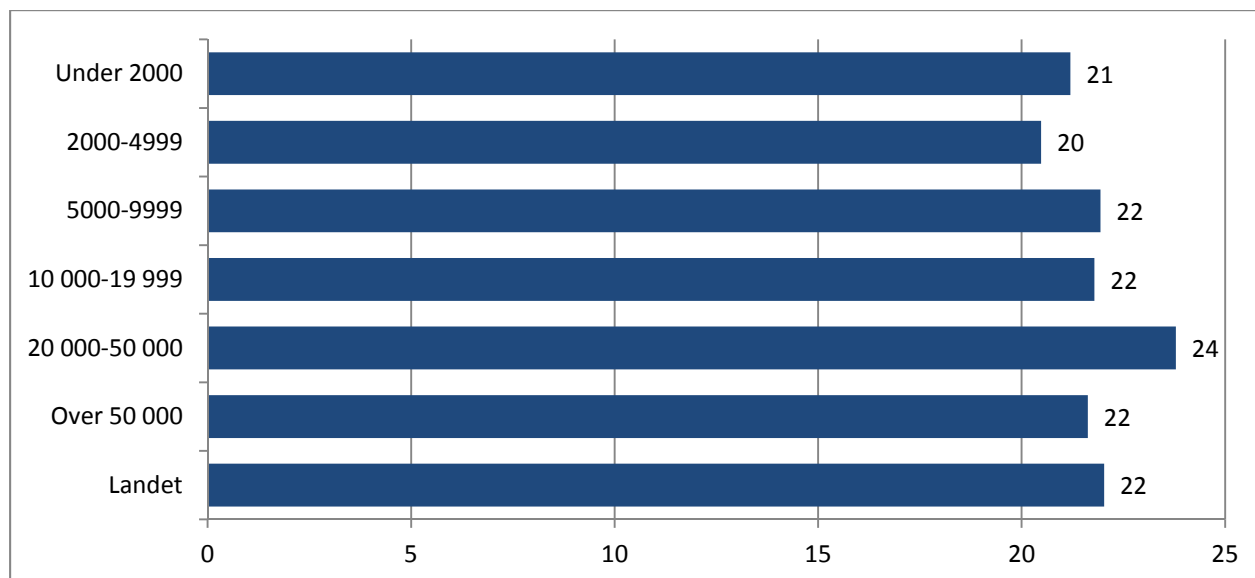


Figur 8.9 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2013

Som figuren illustrerer, er det kommunene i Buskerud og Nordland som i gjennomsnitt har de høyeste andelenes årsverk innen tjenester for barn og unge. De laveste gjennomsnittlige andelenes finner vi i Telemark og i Sogn og Fjordane.

8.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

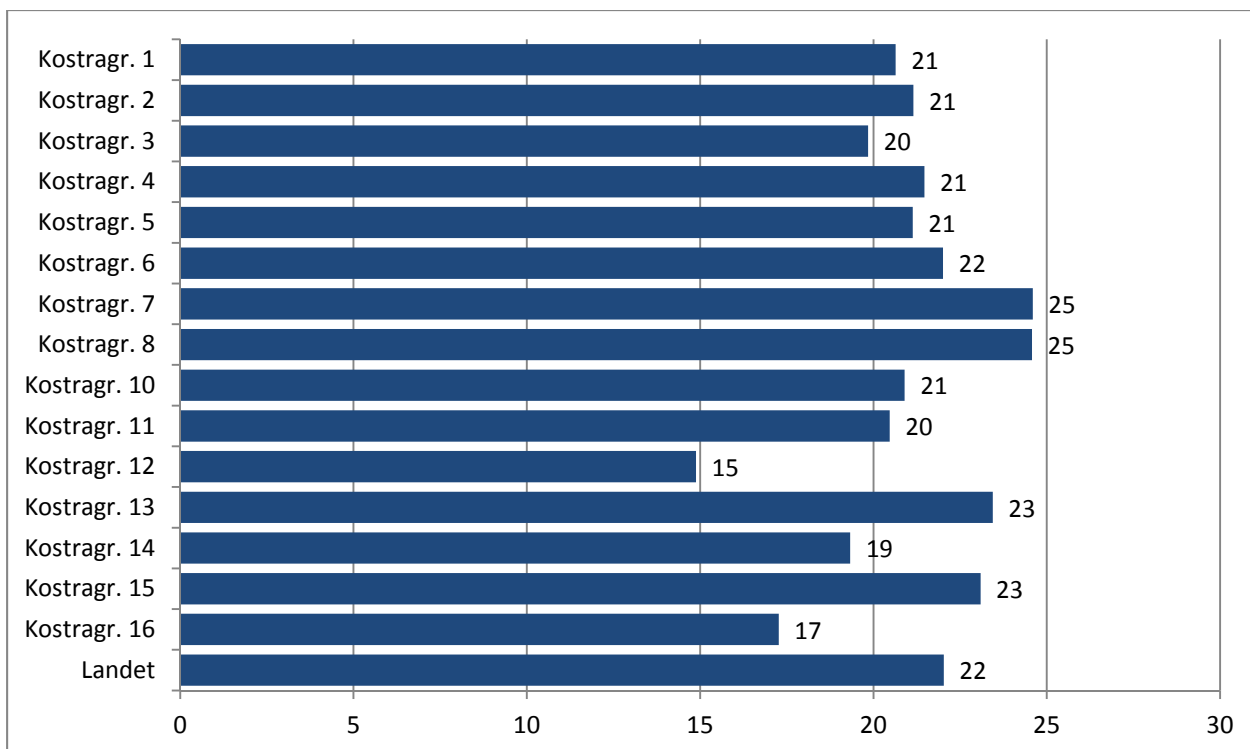
Variasjonen i andel årsverk i tjenester rettet mot barn og unge etter kommunestørrelse er generelt lav. Kommunene med mellom to og fem tusen innbyggere har lavest andel, mens andelen er høyest i kommuner med mellom tyve – og femtitusen innbyggere.



Figur 8.10 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2013

8.3.3 KOSTRAGRUPPE

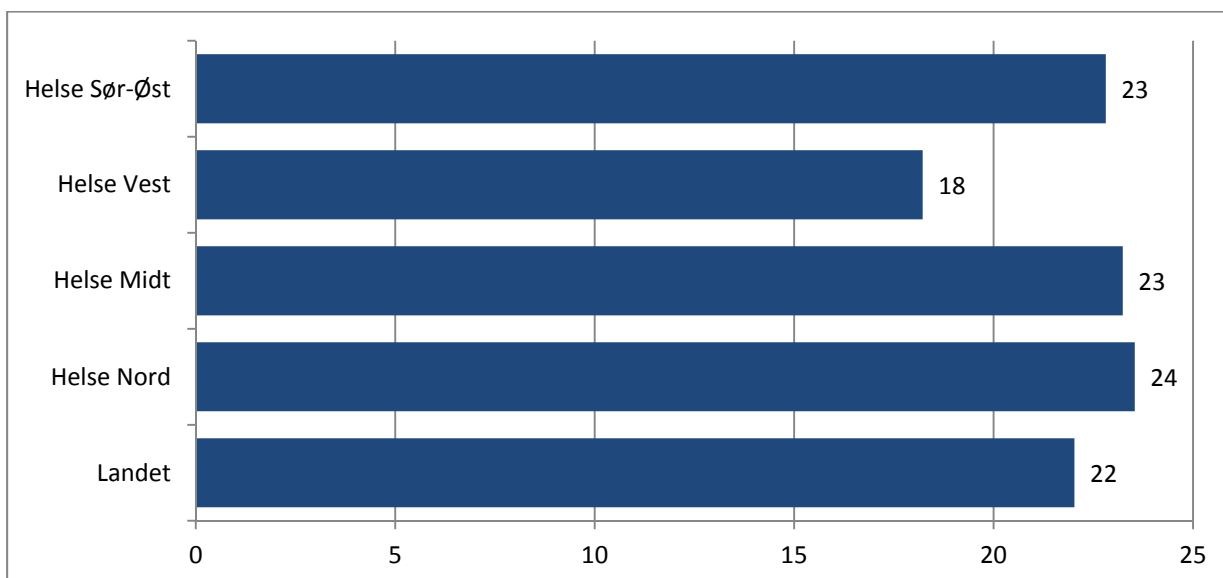
Kommunene i Kostragruppe 7 og 8 har den høyeste gjennomsnittlige andelen årsverk som går til tjenester for barn og unge (25 prosent). Dette betyr m.a.o. at de 58 kommunene med lave bundne kostnader og lave/middels frie disponible inntekter i gjennomsnitt benyttet en noe høyere andel av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge enn andre kommuner. Kostragruppe 12, kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter, ligger lavest med 15 prosent.



Figur 8.11 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, Kostragruppe, 2013

8.3.4 HELSEREGION

I figur 8.12 presenteres andel av totale årsverk som går til tjenester og tiltak for barn og unge på helseregionnivå i 2013. Som for foregående år, ligger Vest lavest. I 2012 så vi en økning i Nord, og denne er i 2013 økt ytterligere, noe som nå betyr at kommunene i helseregionen samlet sett ligger høyest i landet.



Figur 8.12 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2013

8.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER

I dette delkapitlet ser vi nærmere på hvordan årsverkene fordeler seg på ulike typer tiltak innen psykisk helsearbeid. Dataene er gruppert på samme måte som i kapittel 8.2. Av plasshensyn i rapporten har vi valgt å gruppere tiltakskategoriene på følgende måte for tjenester til voksne:

- Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser
 - Hjemmetjenester
 - Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne

 - Aktivitetssenter og/eller dagsenter
 - Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud
 - Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
- } Slått sammen til "Aktivitetstilbud"

For barn og unge rapporteres det på tre tiltak, og disse presenteres enkeltvis:

- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge
- Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

Vi ser først på årsverk i tjenester til voksne, deretter på årsverk i tjenester for barn og unge.

8.4.1 ÅRSVERK TIL VOKSNE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

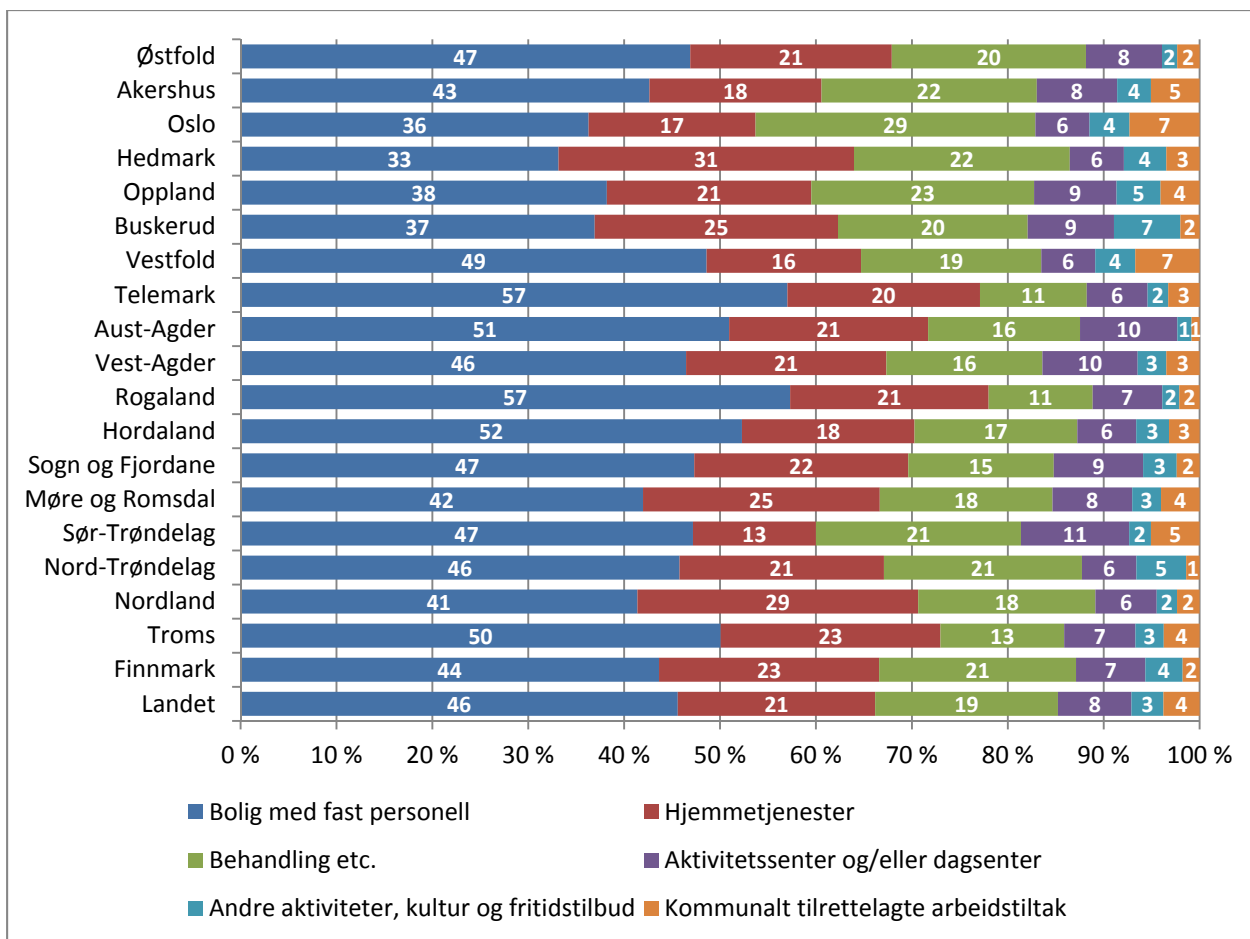
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene som er rapportert på ulike tiltak i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig på tiltakene bolig/oppfølging/behandling m.m. og aktivitetstilbud.

1.1.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 8.5 er illustrert i figur 8.2 i forrige delkapittel. De to neste kolonnene i tabellen er illustrert i figur 8.13 under. I figuren har vi splittet "aktivitetstilbud" i andel årsverk til dagsenter, arbeidstiltak og andre aktiviteter. De største avvikene fra landsgjennomsnittet på 2,4 årsverk til voksne per 1 000 (voksne) innbyggere finner vi hos kommunene i Sogn og Fjordane (4,0) og Oslo og (1,5).

Tabell 8.5 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2013

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemme- tjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets- tilbud	Totalt
Østfold	1,9	47	21	20	12	100
Akershus	1,9	43	18	22	17	100
Oslo	1,5	36	17	29	17	100
Hedmark	2,6	33	31	22	14	100
Oppland	2,9	38	21	23	17	100
Buskerud	1,9	37	25	20	18	100
Vestfold	2,3	49	16	19	17	100
Telemark	2,5	57	20	11	12	100
Aust-Agder	2,1	51	21	16	12	100
Vest-Agder	2,8	46	21	16	16	100
Rogaland	2,2	57	21	11	11	100
Hordaland	2,2	52	18	17	13	100
Sogn og Fjordane	4,0	47	22	15	15	100
Møre og Romsdal	2,7	42	25	18	15	100
Sør-Trøndelag	3,1	47	13	21	19	100
Nord-Trøndelag	2,9	46	21	21	12	100
Nordland	2,1	41	29	18	11	100
Troms	2,8	50	23	13	14	100
Finnmark	3,8	44	23	21	13	100
Landet	2,3	46	21	19	15	100



Figur 8.13 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2013

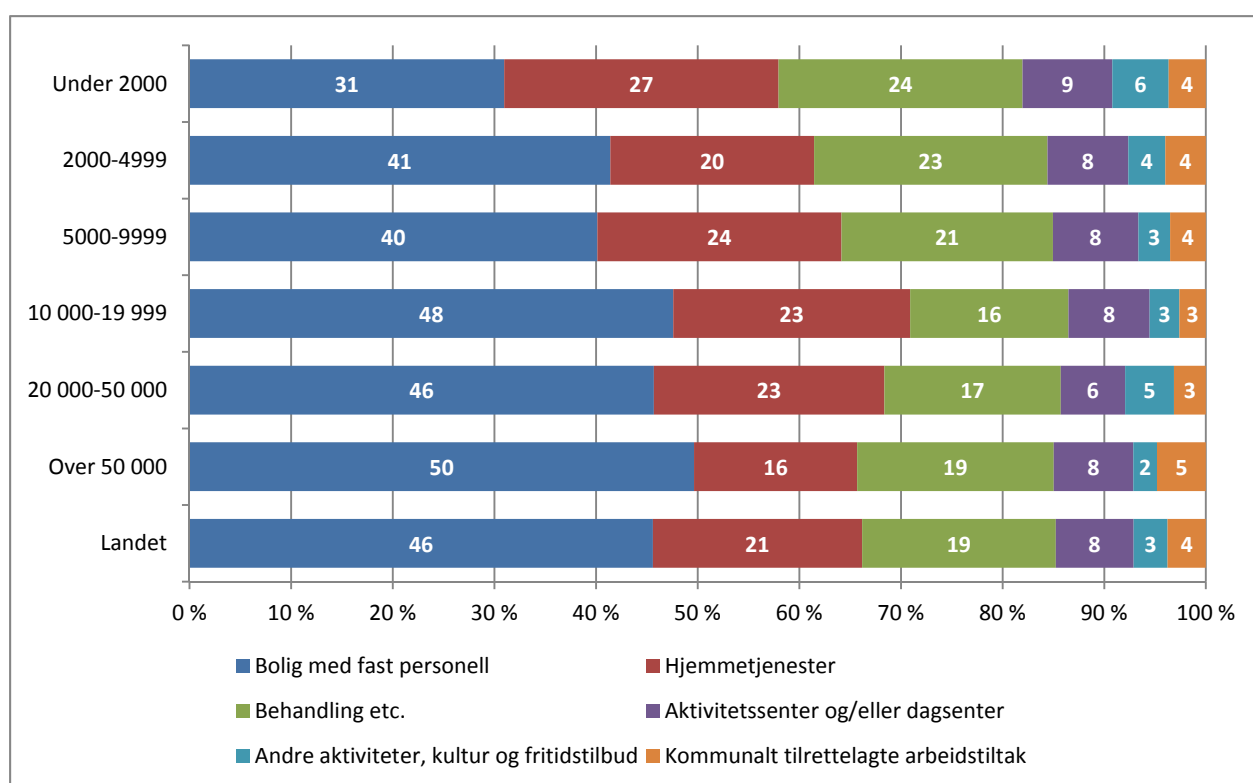
Fra figuren ser vi særlig at i kommunene i Hedmark går mange av årsverkene (31 prosent) til hjemmetjenester, mens i Telemark og i Rogaland, er en stor andel av årsverkene i boliger med fast personell (57 prosent). Oslo bruker den høyeste andel av årsverkene til behandling etc. og til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

1.1.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse (tabell 8.6), ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. stiger med økende kommunestørrelse, fra 26 prosent for de minste til 54 prosent for de største kommunene. Dette kan speile at større kommuner relativt sett har flere ressurskrevende brukere som krever oppfølging i bolig og tilrettelagte behandlingstilbud (jf. Storbysatsningen). For de andre tre kategoriene ser vi en tendens til at andelen årsverk faller med økende kommunestørrelse.

Tabell 8.6 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2013

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Under 2 000	3,4	31	27	24	18	100
2 000-4 999	3,2	41	20	23	16	100
5 000-9 999	2,5	40	24	21	15	100
10 000-19 999	2,3	48	23	16	14	100
20 000-50 000	2,2	46	23	17	14	100
Over 50 000	2,0	50	16	19	15	100
Landet	2,3	46	21	19	15	100



Figur 8.14 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2013

Figur 8.14 illustrerer fordelingen av årsverk til ulike tiltak for voksne i 2013. Tendensen er at større andel av årsverkene går til boliger i større kommuner, mens mindre kommuner bruker en større andel av årsverkene på hjemmetjenester og aktivitetstiltak.

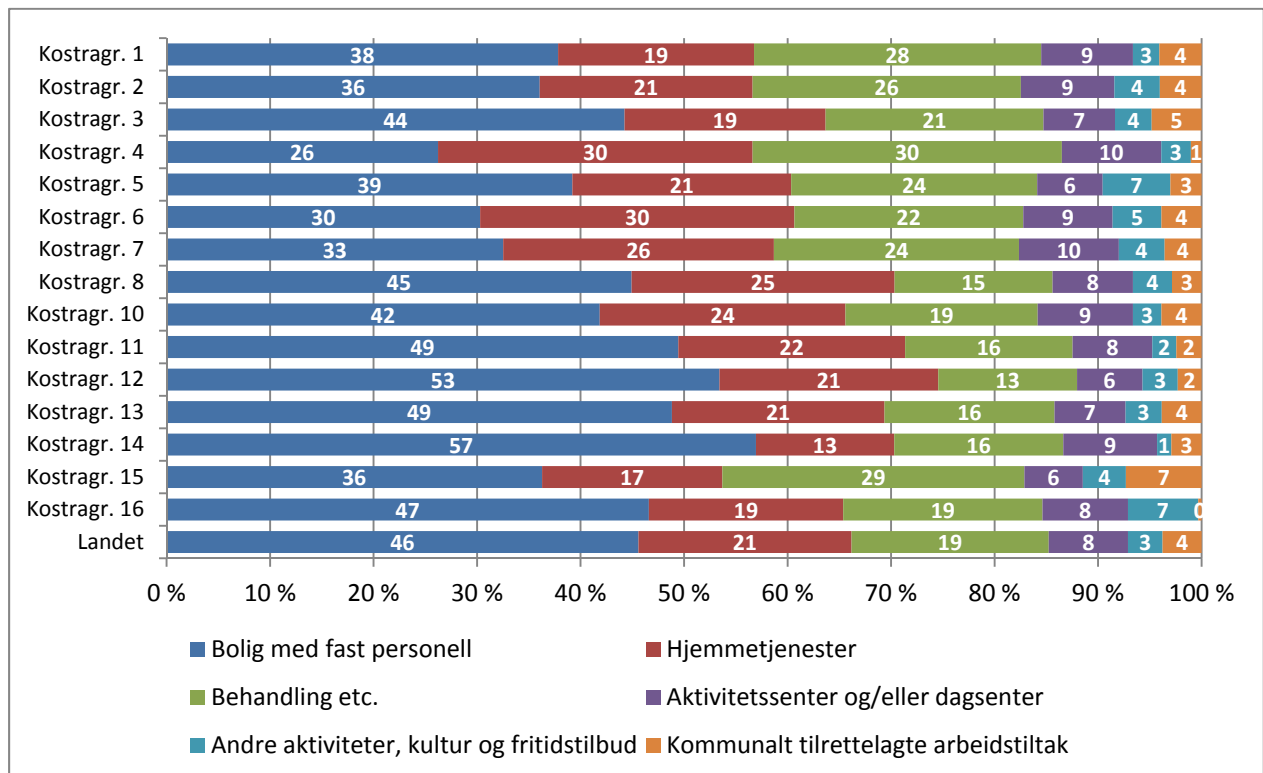
1.1.1.3 KOSTRA-GRUPPE

Vi så i avsnittet ovenfor hvordan de største kommunene i gjennomsnitt benytter en større andel av midlene til bolig, oppfølging og behandlingstilbud. KOSTRA-gruppene reflekterer at Trondheim, Bergen og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) slår ut i denne sammenheng med den høyeste andelen av årsverkene til bolig med fast personell (57 prosent), jf. tabell 8.7.

For andel årsverk til hjemmetjenester er det KOSTRA-gruppe 4 (høye bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter) og 6 (høye bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter) som har den høyeste andelen årsverk (30 prosent).

Tabell 8.7 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2013

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Kostragr. 1	2,6	38	19	28	15	100
Kostragr. 2	2,8	36	21	26	17	100
Kostragr. 3	4,1	44	19	21	15	100
Kostragr. 4	3,6	26	30	30	14	100
Kostragr. 5	2,8	39	21	24	16	100
Kostragr. 6	3,6	30	30	22	17	100
Kostragr. 7	1,7	33	26	24	18	100
Kostragr. 8	2,2	45	25	15	14	100
Kostragr. 10	2,4	42	24	19	16	100
Kostragr. 11	3,1	49	22	16	12	100
Kostragr. 12	3,0	53	21	13	12	100
Kostragr. 13	2,2	49	21	16	14	100
Kostragr. 14	2,4	57	13	16	13	100
Kostragr. 15	1,5	36	17	29	17	100
Kostragr. 16	3,6	47	19	19	15	100
Landet	2,3	46	21	19	15	100



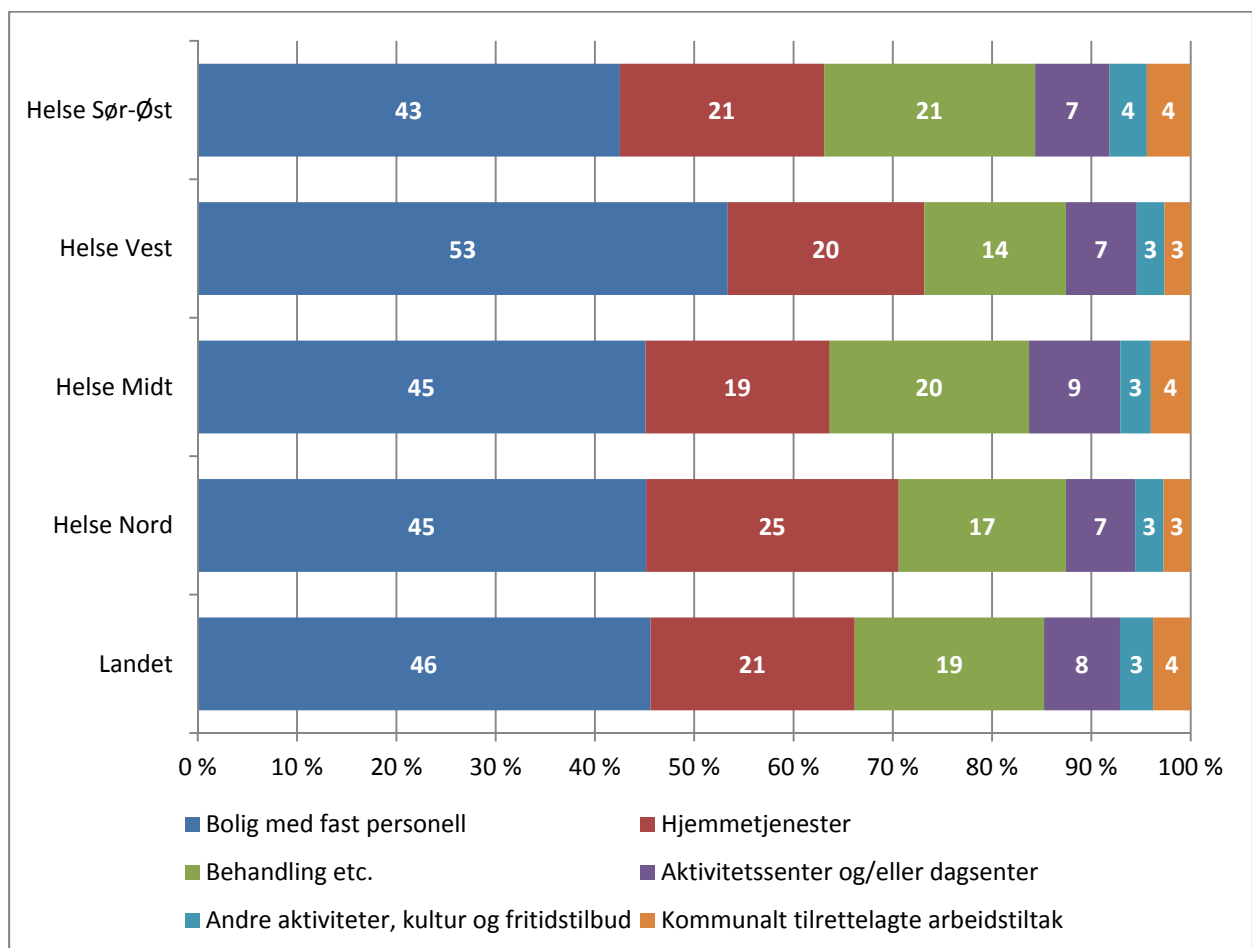
Figur 8.15 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., Kostragruppe, 2013

1.1.1.4 HELSEREGION

I tabell 8.8 og figur 8.16 presenteres tallene per helseregion. Andelen av årsverk til bolig med fast personell er høyest i helseregion Vest (53 prosent). Denne helseregionen ligger 7 prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 46 prosent. Andel av årsverk til hjemmetjenester er høyest i helseregion Nord (25 prosent).

Tabell 8.8 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2013

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Helse Sør-Øst	2,1	43	21	21	16	100
Helse Vest	2,4	53	20	14	13	100
Helse Midt	2,9	45	19	20	16	100
Helse Nord	2,6	45	25	17	13	100
Landet	2,3	46	21	19	15	100



Figur 8.16 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2013

8.4.2 ÅRSVERK TIL BARN OG UNGE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

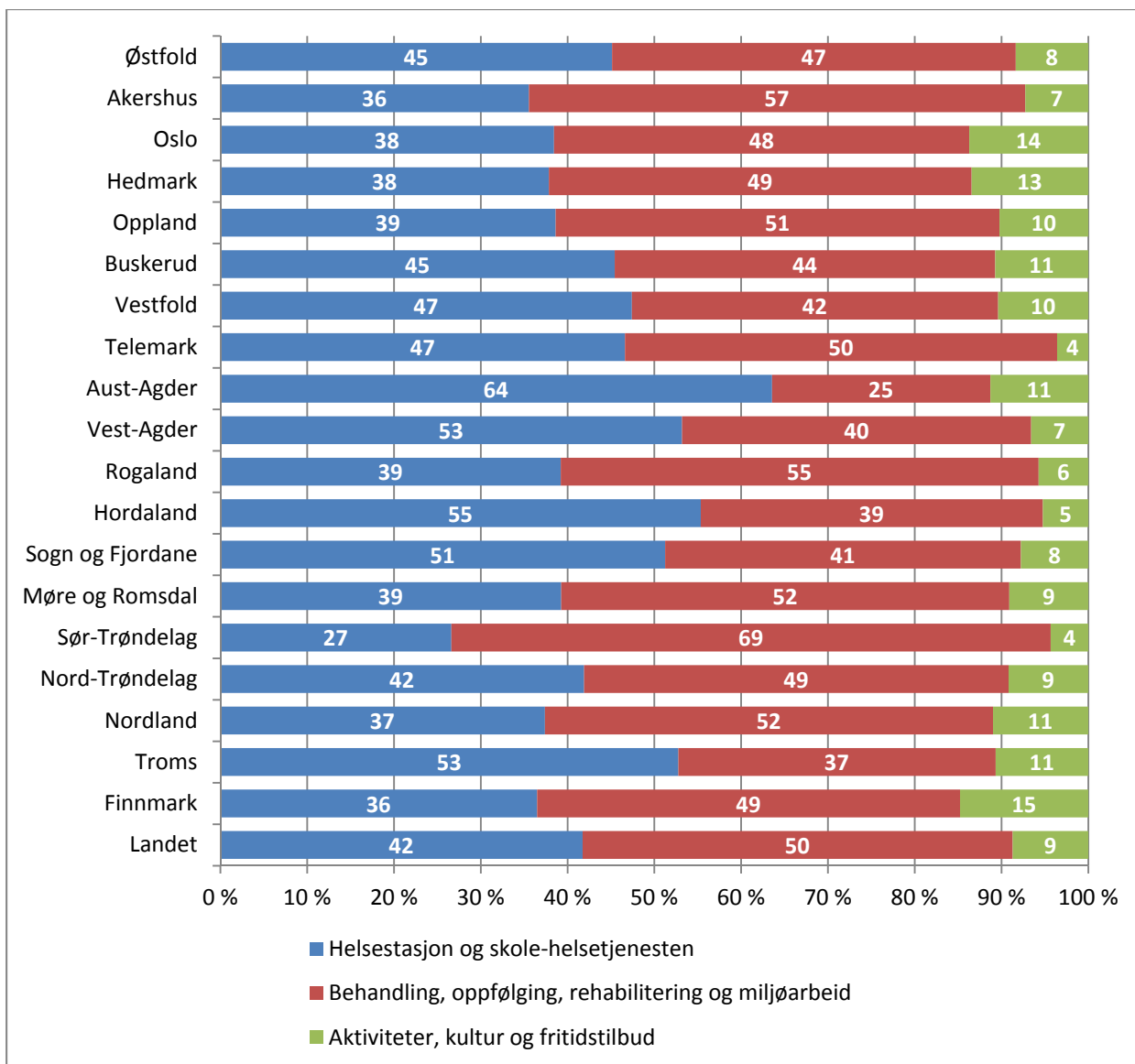
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene i psykisk helsearbeid i kommunene fordeler seg på tre ulike tiltak for barn og unge: Helsestasjons- og skolehelsetjeneste; behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (behandling og oppfølging m.v.); aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

1.1.1.5 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 8.9 går i gjennomsnitt halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v. i 2013. Det siste året har andelen til helsestasjon og skolehelsetjeneste økt fra 39 prosent til 42 prosent på nasjonalt nivå, men det er en del variasjon mellom fylkene. Andelen som går til helsestasjoner og skolehelsetjeneste varierer fra 27 prosent i Sør-Trøndelag til 64 prosent i Aust-Agder.

Tabell 8.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2013

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Østfold	2,1	45	47	8	100
Akershus	1,9	36	57	7	100
Oslo	1,8	38	48	14	100
Hedmark	3,4	38	49	13	100
Oppland	2,9	39	51	10	100
Buskerud	2,9	45	44	11	100
Vestfold	1,2	47	42	10	100
Telemark	3,2	47	50	4	100
Aust-Agder	1,9	64	25	11	100
Vest-Agder	2,2	53	40	7	100
Rogaland	1,6	39	55	6	100
Hordaland	1,8	55	39	5	100
Sogn og Fjordane	2,3	51	41	8	100
Møre og Romsdal	2,9	39	52	9	100
Sør-Trøndelag	3,3	27	69	4	100
Nord-Trøndelag	3,1	42	49	9	100
Nordland	3,4	37	52	11	100
Troms	2,3	53	37	11	100
Finnmark	3,1	36	49	15	100
Landet	2,3	42	50	9	100



Figur 8.17 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2013

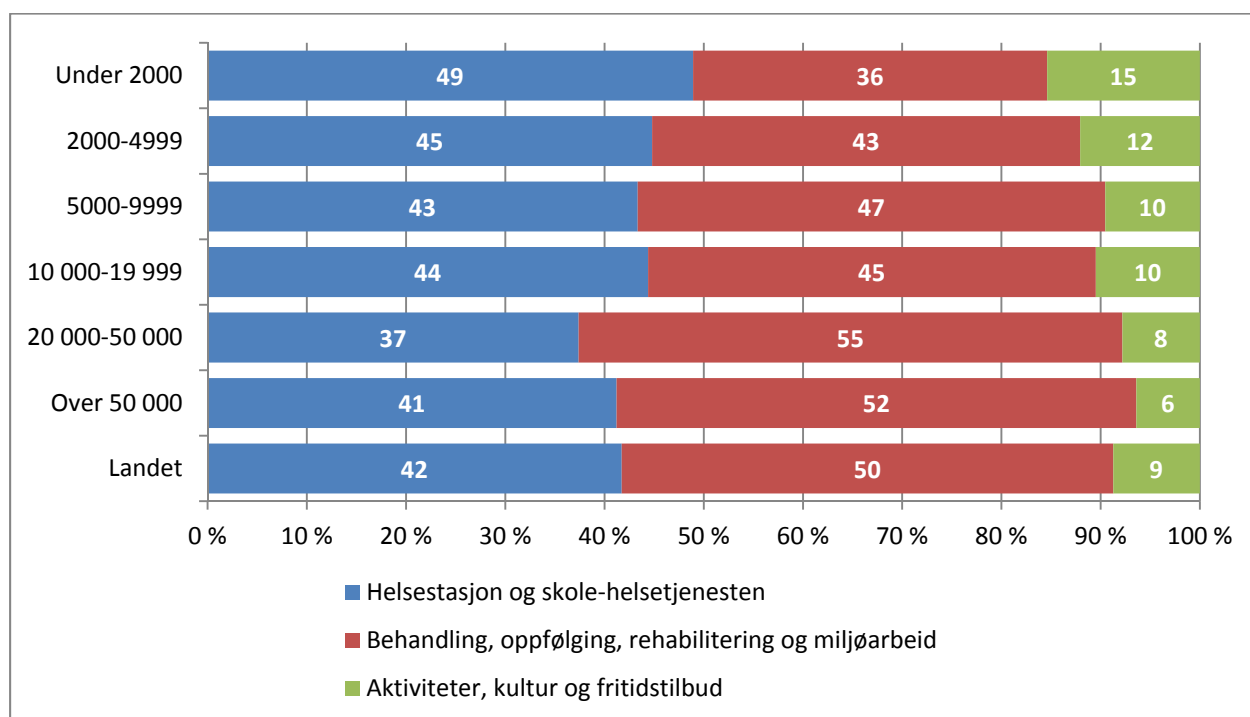
1.1.1.6 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse ser vi av tabell 8.10 at det er en sammenheng mellom kommunestørrelsen og andel av årsverk som går til helsestasjons- og skolehelsetjenester. Jo større kommunen er, jo lavere andel av årsverkene går til helsestasjon og skolehelsetjenester. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere skiller seg imidlertid fra denne trenden, jf. tabell 8.10. Dette markerer en endring fra 2011, hvor det var kommuner i størrelsen 20 000 – 50 000 innbyggere som brøt trenden. Disse kommunene har rapportert en nedgang på to prosentpoeng (til 35 prosent), samtidig som den største kategorien har rapportert en økning på fire prosentpoeng, til 39 prosent.

Tabell 8.10 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2012

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skole-helsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Under 2000	3,6	49	36	15	100
2000-4999	3,1	45	43	12	100
5000-9999	2,5	43	47	10	100
10 000-19 999	2,1	44	45	10	100
20 000-50 000	2,3	37	55	8	100
Over 50 000	2,0	41	52	6	100
Landet	2,3	42	50	9	100

Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det en betydelig lavere andel som går til dette i de aller minste kommunene (42 prosent), sammenliknet med i de største kommunene (55 prosent). De minste kommunene prioriterer i større grad aktivitetstilbud. Dette så vi også i tallene fra 2008-2011. Forskjellene har imidlertid minket noe siden 2011, hvor de minste kommunene rapporterte om 40 prosent, mot 58 prosent i de største. Figur 8.18 illustrerer fordelingen av 2012-tallene.



Figur 8.18 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2013

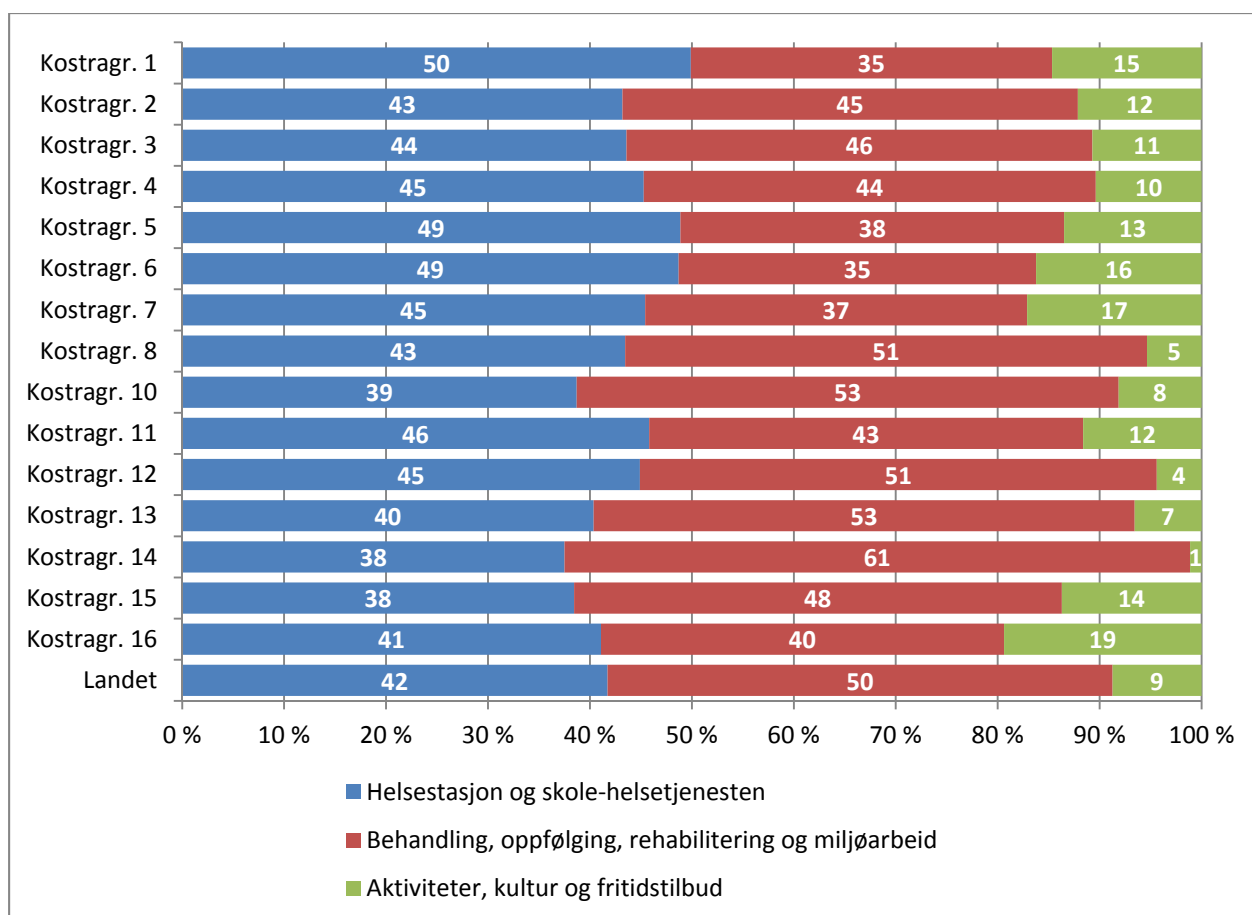
1.1.1.7 KOSTRAGRUPPE

I tabell 8.11 og figur 8.19 presenteres tallene per Kostragruppe for 2013.

Tabell 8.11 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2013

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Kostragr. 1	2,5	50	35	15	100
Kostragr. 2	2,7	43	45	12	100
Kostragr. 3	3,8	44	46	11	100
Kostragr. 4	3,7	45	44	10	100
Kostragr. 5	2,9	49	38	13	100
Kostragr. 6	4,2	49	35	16	100
Kostragr. 7	1,8	45	37	17	100
Kostragr. 8	2,3	43	51	5	100
Kostragr. 10	2,2	39	53	8	100
Kostragr. 11	2,8	46	43	12	100
Kostragr. 12	1,8	45	51	4	100
Kostragr. 13	2,3	40	53	7	100
Kostragr. 14	2,1	38	61	1	100
Kostragr. 15	1,8	38	48	14	100
Kostragr. 16	2,7	41	40	19	100
Landet	2,3	42	50	9	100

Kommunene i Kostragruppe 14 og 15 (de fire største byene) bruker lavest andel årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjeneste og særlig bruker kommunene i gruppe 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) en høy andel av årsverkene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (61 prosent).



Figur 8.19 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2013

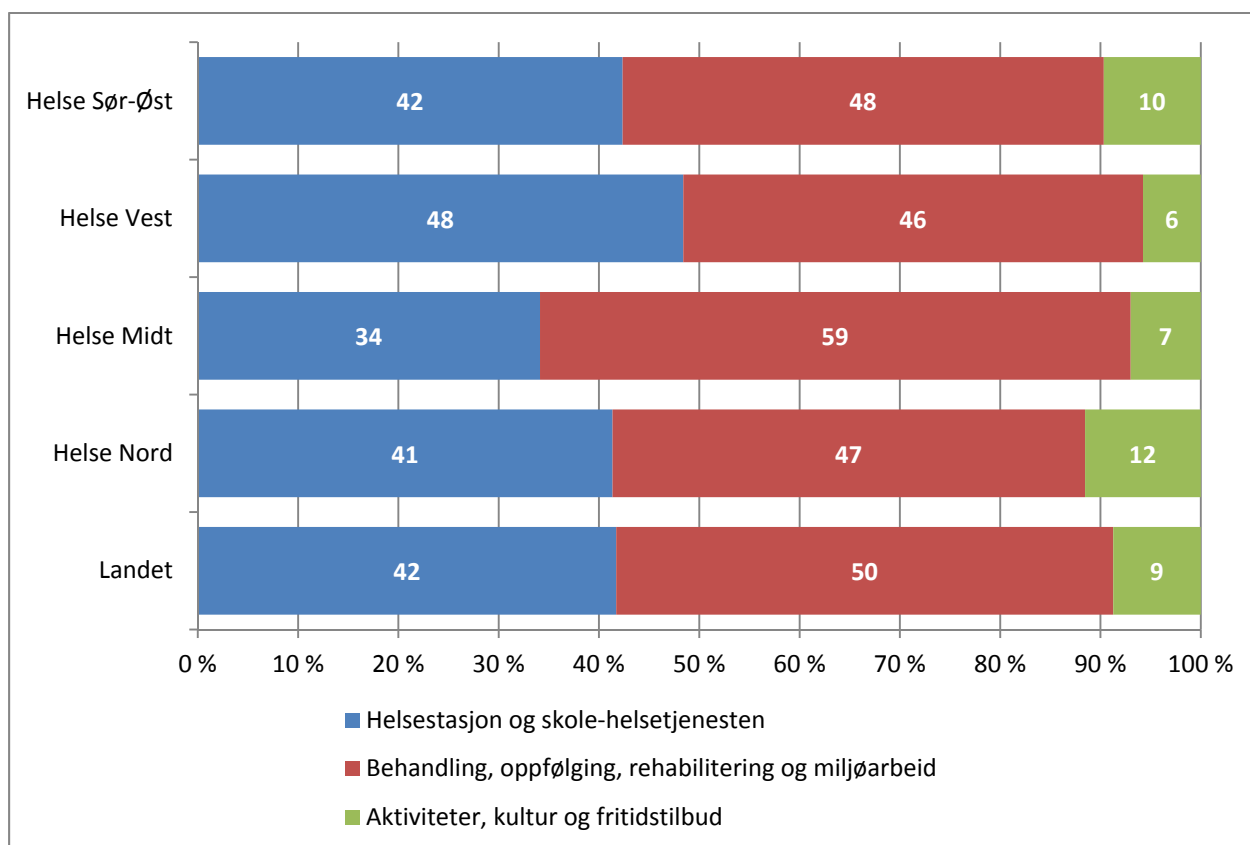
1.1.1.8 HELSEREGION

I tabell 8.12 og figur 8.20 presenteres tallene per helseregion.

Tabell 8.12 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2013

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skole-helsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Helse Sør-Øst	2,2	42	48	10	100
Helse Vest	1,7	48	46	6	100
Helse Midt	3,1	34	59	7	100
Helse Nord	3,0	41	47	12	100
Landet	2,3	42	50	9	100

Det er kommunene i helseregion Midt som har størst årsverksinnsats rettet mot barn og unge innen kommunalt psykisk helsearbeid med i snitt 3,1 årsverk per tusen innbygger. Kommunene i helseregion Nord ligger omtrent like høyt, mens kommunene i Vest bruker betydelig færre årsverk til barn og unge med psykiske lidelser/problemer (1,7 årsverk per tusen innbygger). Kommunene i Vest bruker en større andel av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (48 prosent).



Figur 8.20 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2013

8.5 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

I det følgende presenterer vi årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper²³.

For å forenkle fremstillingen, gjøres den grafiske presentasjonen av tallene etter følgende inndeling:

- Helse- og sosialfag fra videregående
- Helse- og sosialfag og andre fag fra høyskole/universitet
- Andre
- Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid

8.5.1 ÅRSVERK TOTALT

Vi tar først for oss totalt antall årsverk, deretter skiller vi mellom årsverk i tjenester for henholdsvis barn og unge og voksne.

²³ Fordi det er brukt ulikt presisjonsnivå på desimalene i årsverk fordelt på tiltak og årsverk fordelt på utdanning er det noen små forskjeller i summerte nasjonale tall i kapittel 8.4 og 8.5.

FYLKESFORSKJELLER

I tabell 8.13 presenteres totaltallene per fylke fordelt på de ulike utdanningskategoriene kommunene rapporterer på. Den prosentvise andelen i hver kategori per fylke presenteres i tabell 8.14.

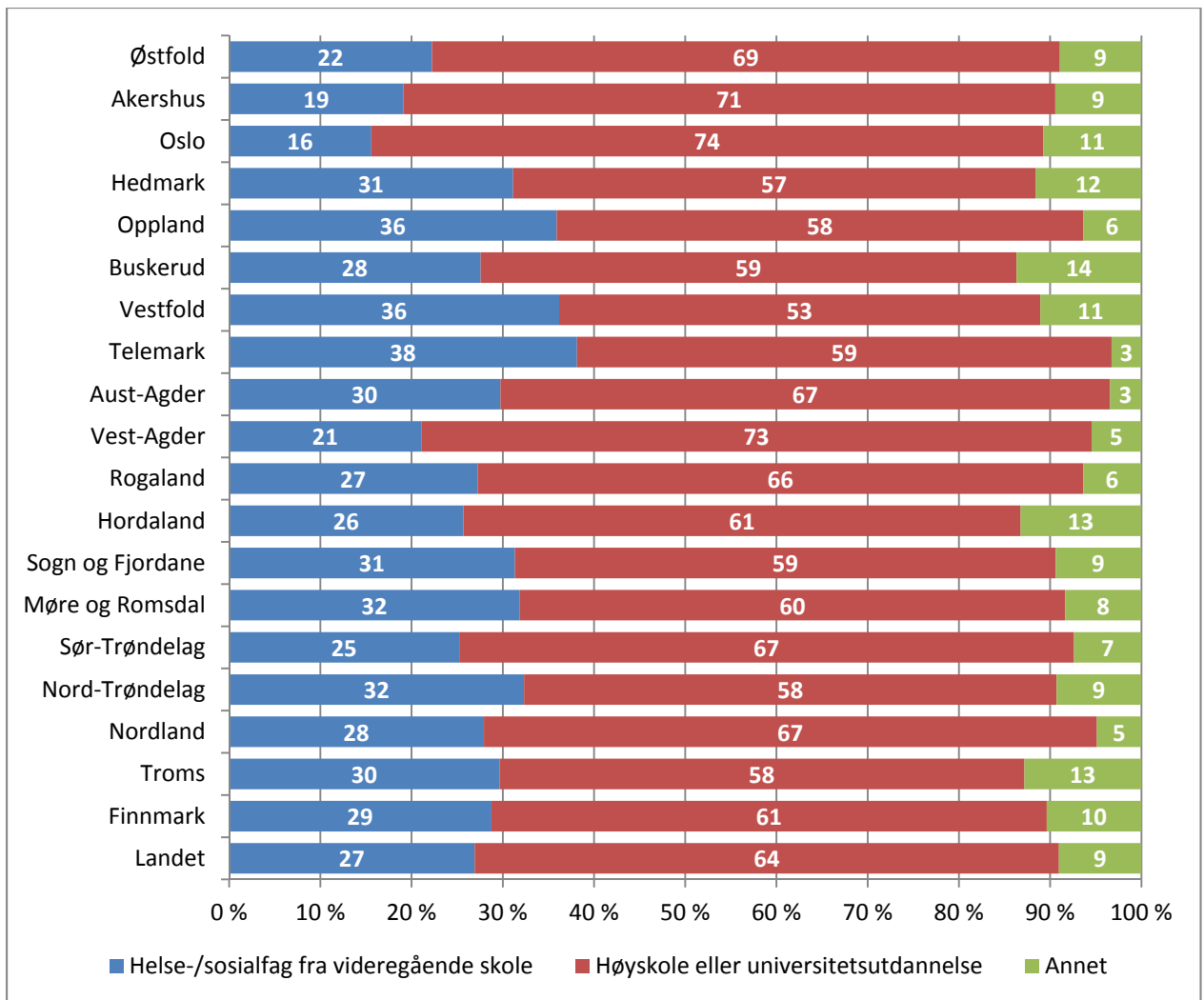
Tabell 8.13 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	54	69	150	151	6	26	48	49	553
Akershus	94	113	259	273	55	60	128	102	1 084
Oslo	72	83	240	347	41	21	83	107	994
Hedmark	75	93	129	138	11	10	19	62	537
Oppland	70	124	115	145	8	14	30	35	541
Buskerud	67	90	120	144	15	30	25	78	569
Vestfold	46	136	111	111	10	12	21	56	502
Telemark	61	114	84	97	3	29	55	15	457
Aust-Agder	25	43	58	80	3	6	7	8	231
Vest-Agder	31	69	144	144	5	25	31	26	475
Rogaland	103	153	213	302	32	27	51	60	939
Hordaland	118	159	248	305	32	14	59	142	1 076
Sogn og Fjordane	31	92	75	121	5	6	26	37	391
Møre og Romsdal	83	149	139	193	13	29	61	61	726
Sør-Trøndelag	72	170	201	288	29	35	93	71	957
Nord-Trøndelag	41	88	75	106	7	20	24	37	396
Nordland	65	92	152	128	8	17	73	27	563
Troms	41	93	124	110	5	11	12	58	454
Finnmark	23	56	71	72	5	4	17	29	277
Landet	1 171	1 984	2 707	3 254	292	395	861	1 059	11 722

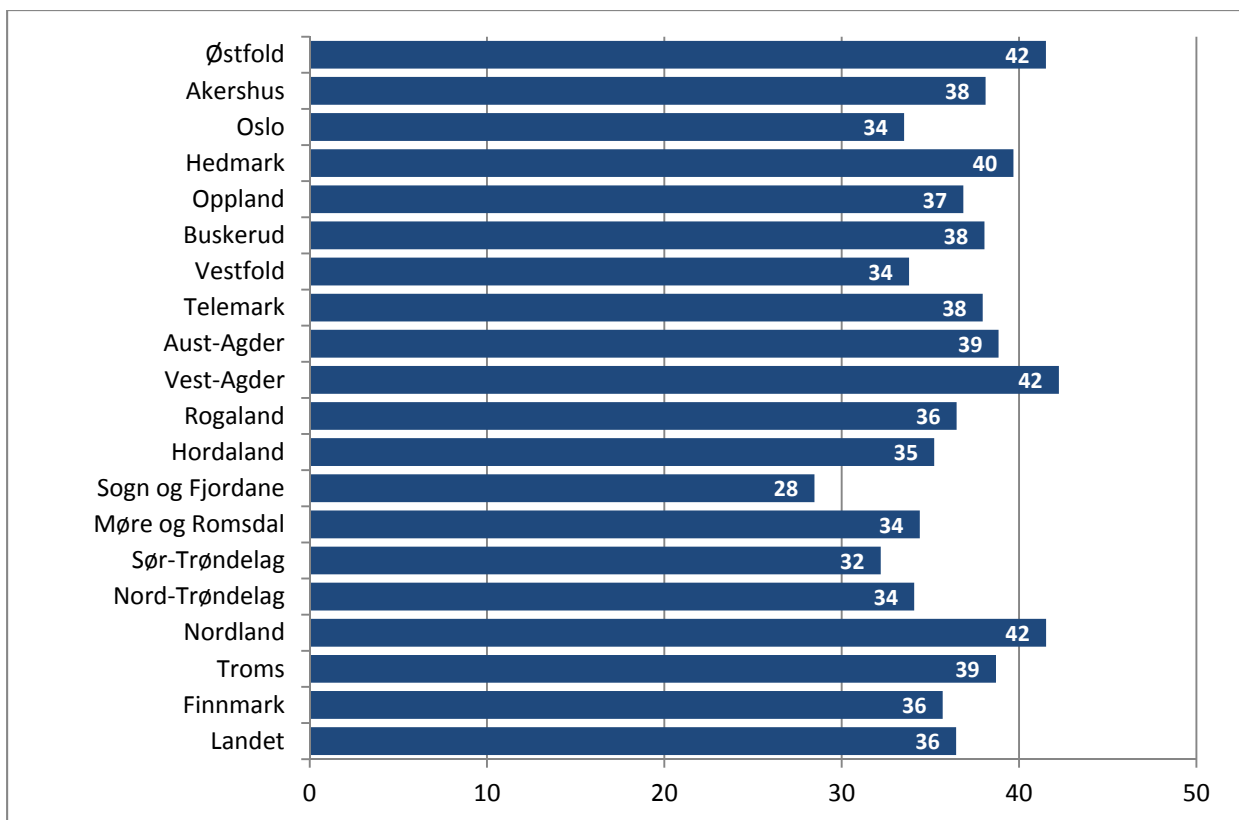
Tabell 8.14 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd	uten vid.utd	med vid.utd	uten vid.utd		med vid.utd	uten vid.utd		
	innen psykisk helsearb.	innen psykisk helsearb.	innen psykisk helsearb.	innen psykisk helsearb.		innen psykisk helsearb.	innen psykisk helsearb.		
Østfold	10	12	27	27	1	5	9	9	100
Akershus	9	10	24	25	5	6	12	9	100
Oslo	7	8	24	35	4	2	8	11	100
Hedmark	14	17	24	26	2	2	4	12	100
Oppland	13	23	21	27	1	3	6	6	100
Buskerud	12	16	21	25	3	5	4	14	100
Vestfold	9	27	22	22	2	2	4	11	100
Telemark	13	25	18	21	1	6	12	3	100
Aust-Agder	11	19	25	34	1	3	3	3	100
Vest-Agder	7	15	30	30	1	5	6	5	100
Rogaland	11	16	23	32	3	3	5	6	100
Hordaland	11	15	23	28	3	1	5	13	100
Sogn og Fjordane	8	23	19	31	1	1	7	9	100
Møre og Romsdal	11	21	19	27	2	4	8	8	100
Sør-Trøndelag	8	18	21	30	3	4	10	7	100
Nord-Trøndelag	10	22	19	27	2	5	6	9	100
Nordland	12	16	27	23	1	3	13	5	100
Troms	9	21	27	24	1	2	3	13	100
Finnmark	8	20	26	26	2	2	6	10	100
Landet	10	17	23	28	2	3	7	9	100

Som vi ser av tabell 8.14 har over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid helse-/sosialfag fra høyskole- eller universitetsutdannelse (med eller uten videreutdanning). Bydelene i Oslo rangerer høyest i denne kategorien, med en gjennomsnittlig andel på 74 prosent. 15 prosent av årsverkene i Oslo har videregående skole som høyeste utdannelse, mens 11 prosent ble kategorisert som "andre". Også Vest-Agder og Akershus har høye gjennomsnittlige utdanningsnivåer. I motsatt ende av skalaen finner vi Telemark med 53 prosent med høyskole- eller universitetsutdannelse. Buskerud har den høyeste andelen kategorisert som "andre", 14 prosent, mens i Telemark har 38 prosent helse/sosialfag fra videregående skole.



Figur 8.21 Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2013



Figur 8.22 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2013

Fra figuren over ser vi at andelen av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid er 36 prosent på landsbasis. I 2012 var andelen 37 prosent. Det er stor variasjon mellom ulike fylker. Mens andelen er 28 prosent i Sogn og Fjordane, er andelen 42 prosent både i Østfold, Vest-Agder og i Nordland.

1.1.1.9 KOMMUNESTØRRELSE

I det følgende har vi gruppert kommunene etter kommunestørrelse, og starter med å presentere absolutte antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tabell 8.15. Deretter ser vi på de samme størrelsene som andel av totalt antall årsverk i tabell 8.16.

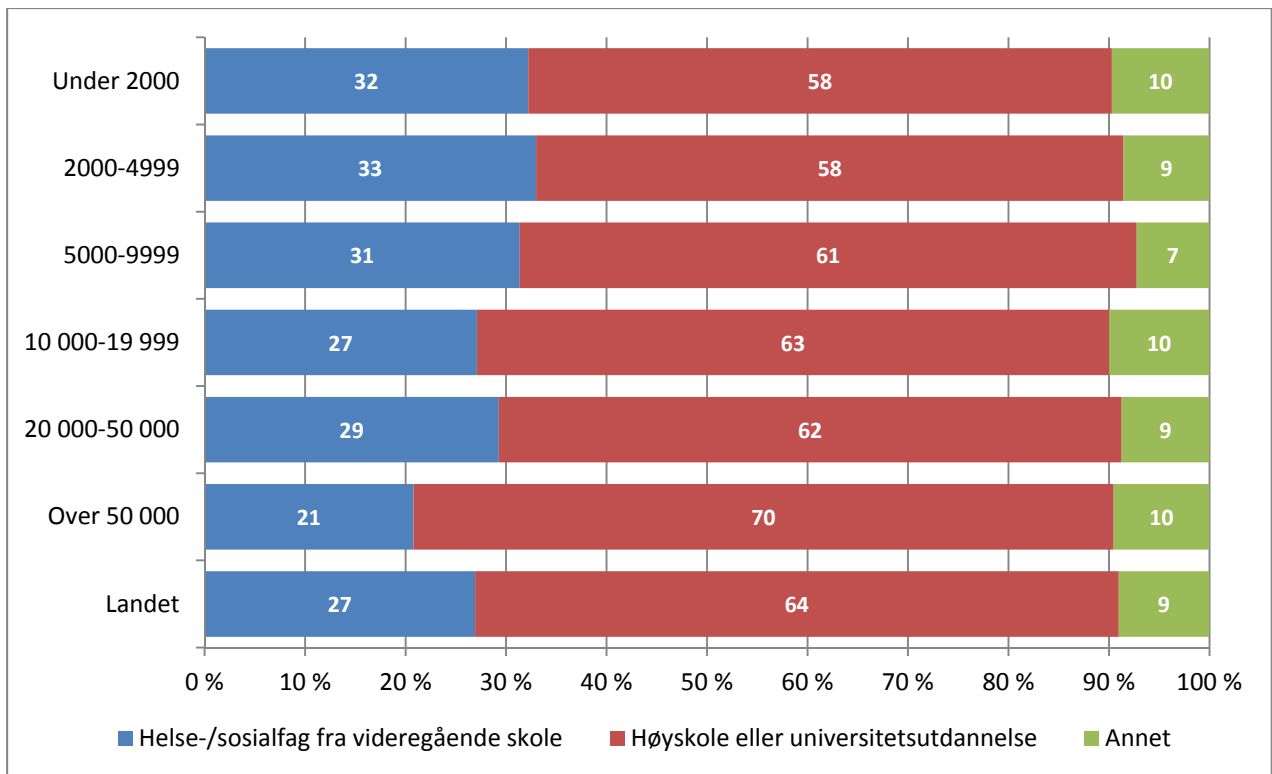
I figur 8.23 og 8.24 presenteres sammenslåtte utdanningskategorier fra tabell 8.16 – tilsvarende det vi gjorde på fylkesnivå over. Tabellene og figurene forklares ikke i det følgende.

Tabell 8.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2013

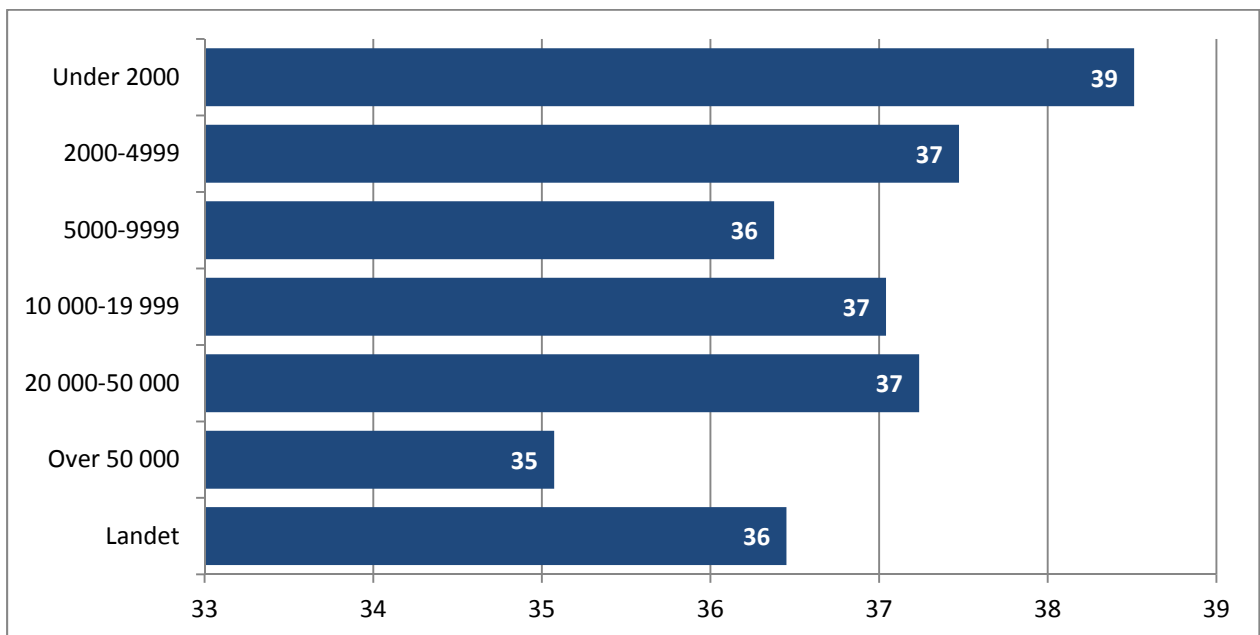
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Under 2000	38	90	107		92	3		
2000-4999	150	309	336	356	15	35	72	119	1 391
5000-9999	164	304	343	403	24	35	110	108	1 492
10 000-19 999	204	323	460	536	43	56	128	194	1 944
20 000-50 000	303	465	563	679	77	110	196	229	2 621
Over 50 000	312	494	897	1 188	131	151	336	370	3 879
Landet	1 171	1 984	2 707	3 254	292	395	861	1 059	11 722

Tabell 8.16 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Under 2000	10	23	27		23	1		
2000-4999	11	22	24	26	1	3	5	9	100
5000-9999	11	20	23	27	2	2	7	7	100
10 000-19 999	10	17	24	28	2	3	7	10	100
20 000-50 000	12	18	21	26	3	4	7	9	100
Over 50 000	8	13	23	31	3	4	9	10	100
Landet	10	17	23	28	2	3	7	9	100



Figur 8.23 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2013



Figur 8.24 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2013

1.1.1.10 KOSTRAGRUPPE

I tabell 8.17 følger de absolutte tallene gruppert etter Kostragruppene.

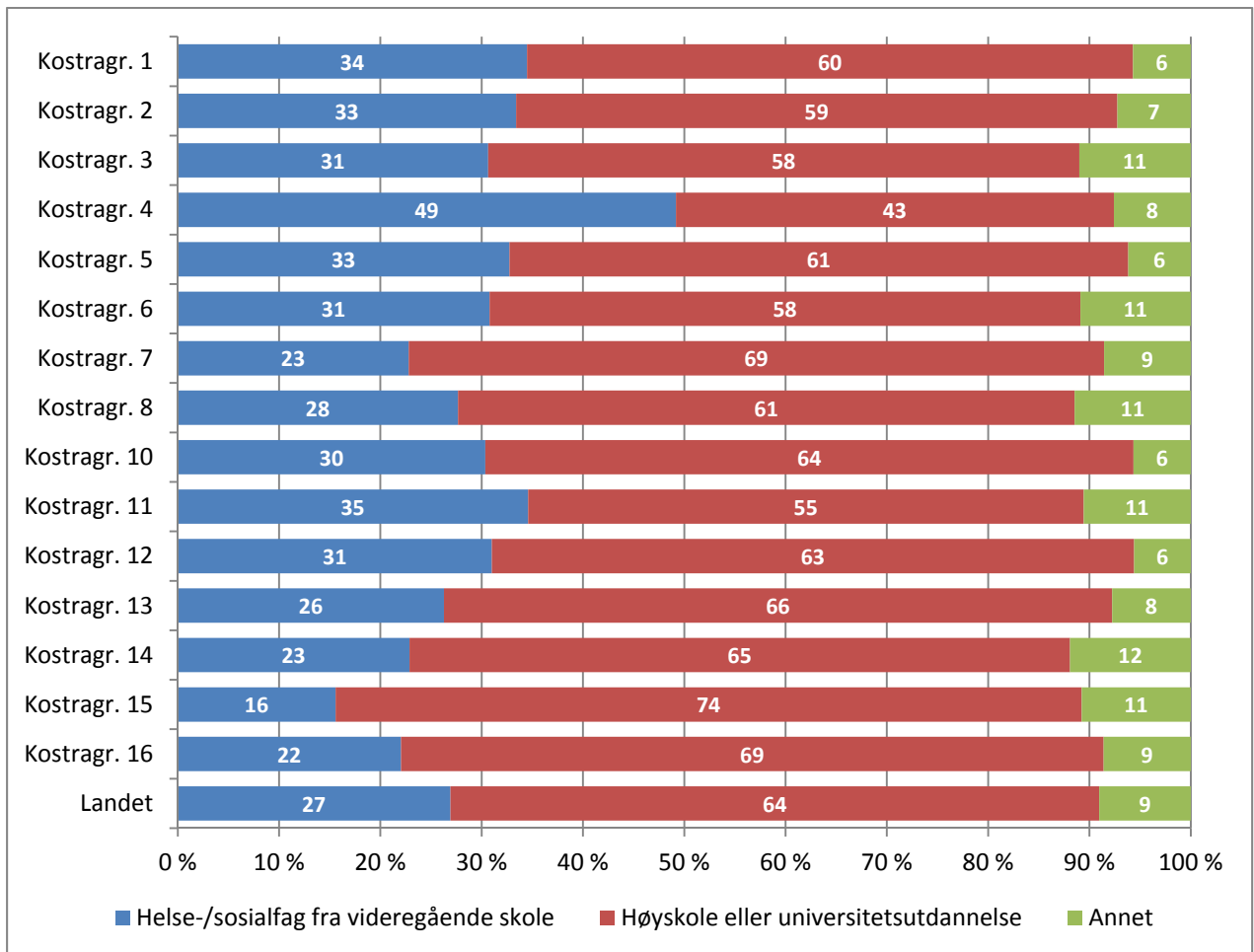
Tabell 8.17 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, Kostragruppe, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	23	59	55	72	2	5	8	14	237
Kostragr. 2	67	126	149	135	7	15	37	42	577
Kostragr. 3	43	101	105	125	6	12	27	52	471
Kostragr. 4	10	14	11	10	1	0	0	4	49
Kostragr. 5	22	33	50	38	0	6	9	10	169
Kostragr. 6	22	64	76	68	3	4	12	31	280
Kostragr. 7	90	77	199	195	18	38	53	63	731
Kostragr. 8	79	146	204	213	14	20	43	93	812
Kostragr. 10	69	117	151	178	9	17	38	35	613
Kostragr. 11	119	258	202	271	21	19	85	115	1 089
Kostragr. 12	31	59	79	72	4	7	22	16	290
Kostragr. 13	394	645	891	1 054	120	195	348	307	3 952
Kostragr. 14	124	192	278	450	47	34	94	165	1 384
Kostragr. 15	72	83	240	347	41	21	83	107	994
Kostragr. 16	6	10	19	28	1	1	3	6	74
Landet	1 171	1 984	2 707	3 254	292	395	861	1 059	11 722

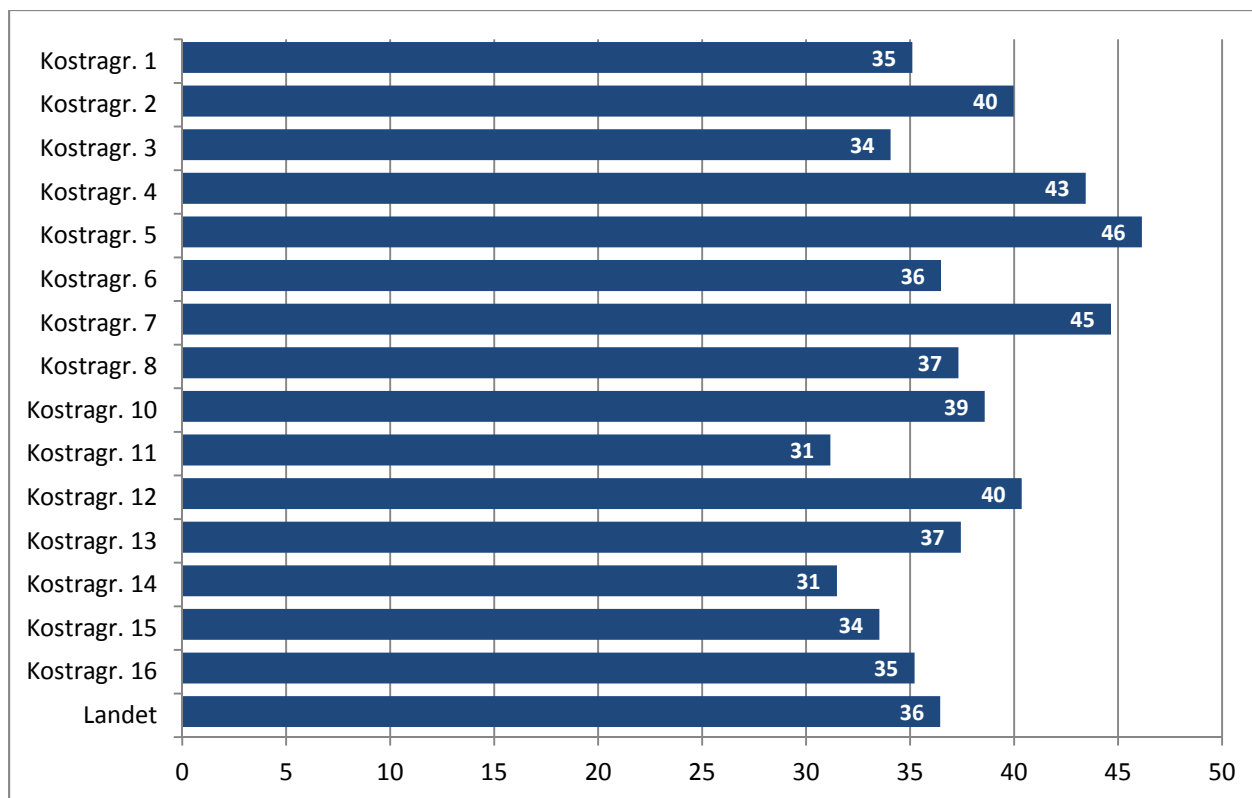
Tabell 8.18 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, Kostragruppe, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	10	25	23	30	1	2	3	6	100
Kostragr. 2	12	22	26	23	1	3	6	7	100
Kostragr. 3	9	21	22	26	1	3	6	11	100
Kostragr. 4	21	28	22	20	1	0	0	8	100
Kostragr. 5	13	20	30	22	0	4	5	6	100
Kostragr. 6	8	23	27	24	1	2	4	11	100
Kostragr. 7	12	11	27	27	2	5	7	9	100
Kostragr. 8	10	18	25	26	2	2	5	11	100
Kostragr. 10	11	19	25	29	2	3	6	6	100
Kostragr. 11	11	24	19	25	2	2	8	11	100
Kostragr. 12	11	20	27	25	1	2	8	6	100
Kostragr. 13	10	16	23	27	3	5	9	8	100
Kostragr. 14	9	14	20	33	3	2	7	12	100
Kostragr. 15	7	8	24	35	4	2	8	11	100
Kostragr. 16	8	14	25	38	1	2	4	9	100
Landet	10	17	23	28	2	3	7	9	100

I figur 8.25 og 8.26 er årsverkene gruppert etter hvor stor andel som går til de ulike utdanningsgruppene totalt, og andel årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 8.25 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, Kostragruppe, 2013



Figur 8.26 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2013

1.1.1.11 HELSEREGION

I tabell 8.19 og 8.20 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene for 2013 på helseregionnivå – både som absolutte tall og andeler av totale årsverk i hver region.

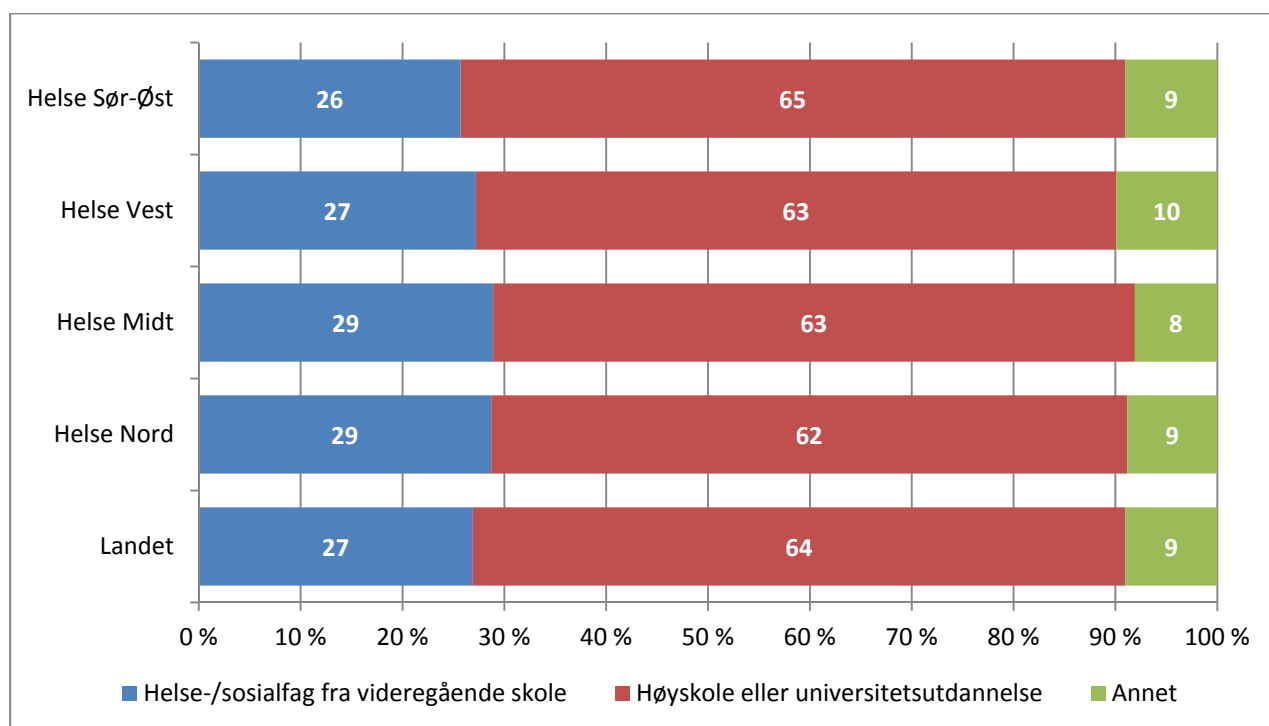
Tabell 8.19 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2013.

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	595	933	1 411	1 629	157	233	447	538	5 943
Helse Vest	252	403	535	728	69	46	135	239	2 406
Helse Midt	195	406	415	587	48	83	177	168	2 079
Helse Nord	130	242	347	310	18	32	102	114	1 293
Landet	1 171	1 984	2 707	3 254	292	395	861	1 059	11 722

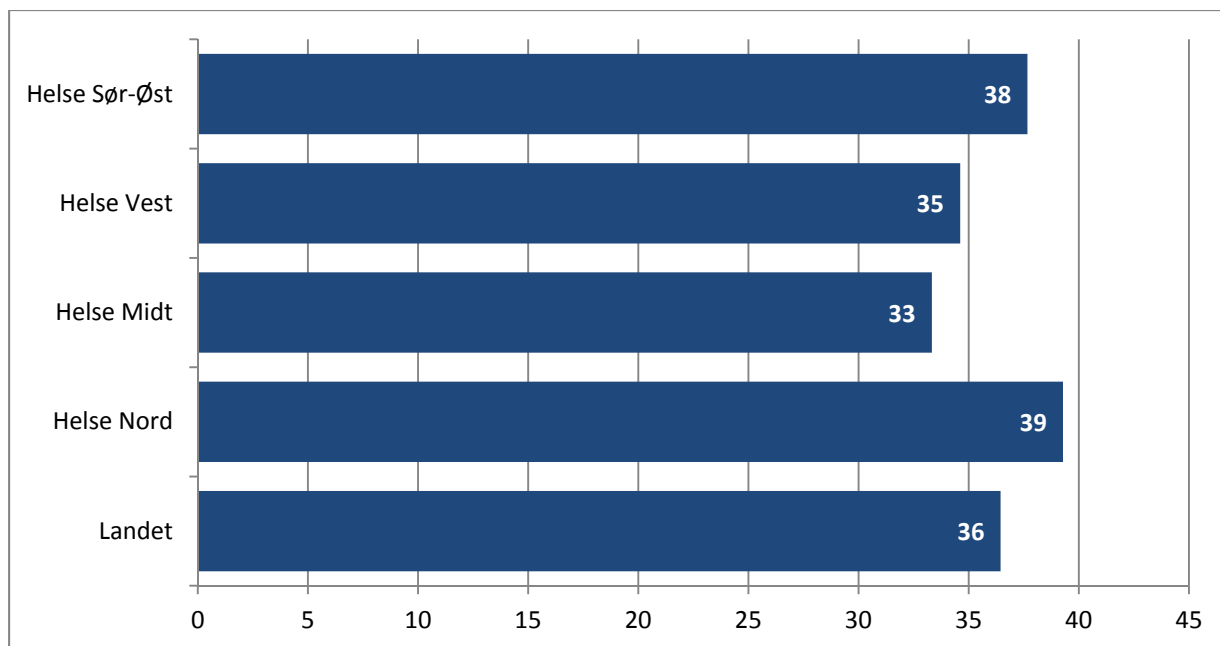
Tabell 8.20 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	10	16	24	27	3	4	8	9	100
Helse Vest	10	17	22	30	3	2	6	10	100
Helse Midt	9	20	20	28	2	4	9	8	100
Helse Nord	10	19	27	24	1	2	8	9	100
Landet	10	17	23	28	2	3	7	9	100

I figur 8.27 og 8.28 har vi sammenstilt kategoriene i tabellen over, og illustrerer i sistnevnte figur hvor stor andel av årsverkene som rapporteres å ha videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 8.27 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2013



Figur 8.28 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2013

8.5.2 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

I det følgende har differensieres det mellom årsverk i tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge (sistnevnte i kapittel 8.4.3).

1.1.1.12 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 8.21 og 8.22 angir hvordan årsverkene til voksne fordeler seg mellom de ulike utdanningskategoriene, hhv. som absolutte tall og som andeler i prosent.

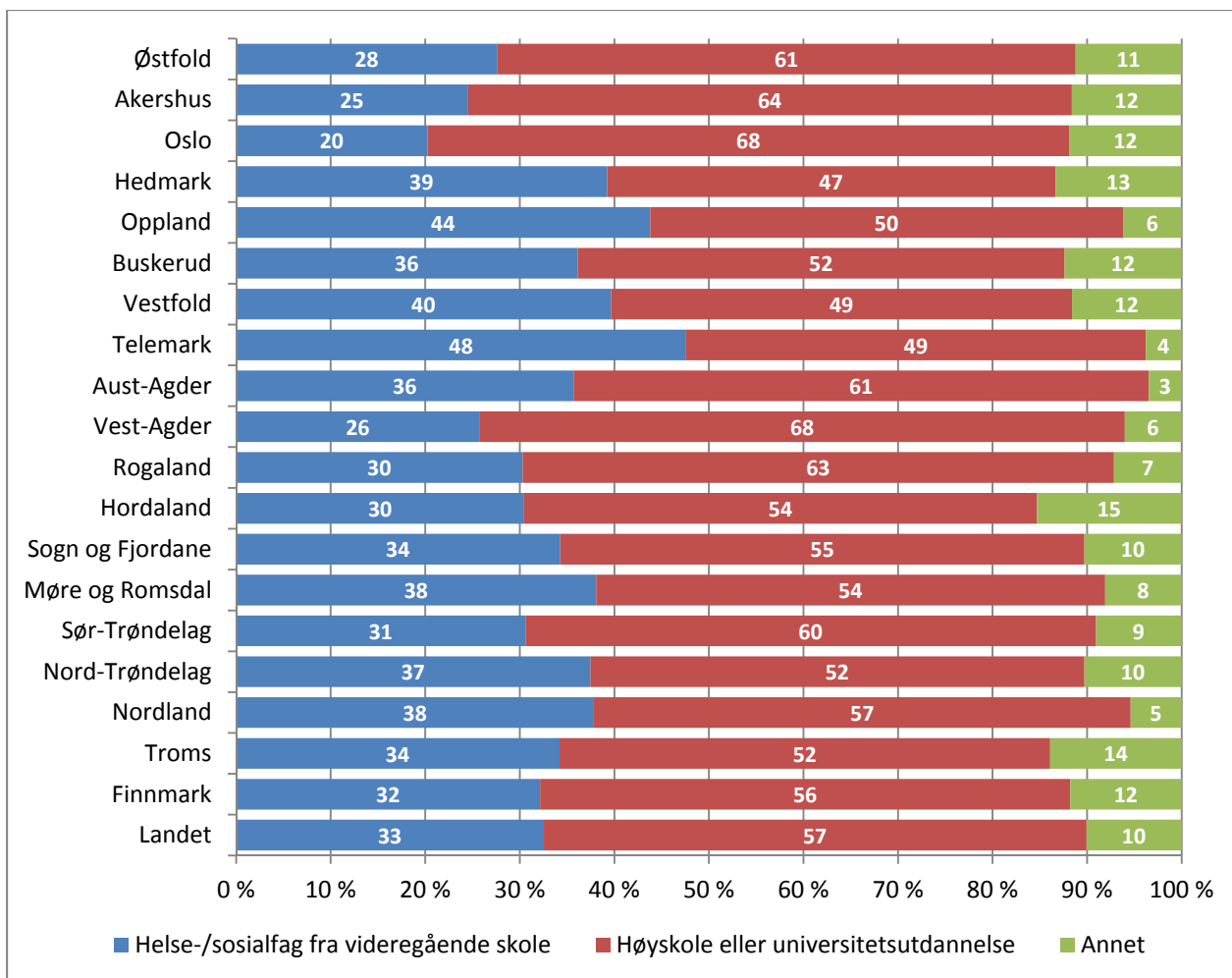
Tabell 8.21 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	54	63	116		107	2		
Akershus	92	108	218	175	12	24	91	95	814
Oslo	72	83	200	245	10	18	48	91	765
Hedmark	73	87	96	84	0	4	9	54	406
Oppland	69	120	92	92	4	12	15	27	431
Buskerud	62	82	98	82	3	10	14	50	401
Vestfold	45	130	91	100	0	10	15	51	441
Telemark	61	103	66	66	0	16	18	13	343
Aust-Agder	25	40	41	62	1	3	3	6	181
Vest-Agder	31	68	117	112	2	7	25	23	384
Rogaland	98	134	185	248	6	6	34	55	765
Hordaland	113	152	227	197	6	5	37	133	868
Sogn og Fjordane	29	86	60	105	0	5	16	34	335
Møre og Romsdal	81	130	121	129	4	18	27	45	555
Sør-Trøndelag	69	158	166	183	2	27	70	67	741
Nord-Trøndelag	37	76	63	71	2	7	15	31	301
Nordland	63	85	116	70	3	13	21	21	391
Troms	41	87	100	80	1	7	5	52	372
Finnmark	23	49	61	54	2	2	8	27	226
Landet	1 137	1 838	2 232	2 261	57	207	489	921	9 142

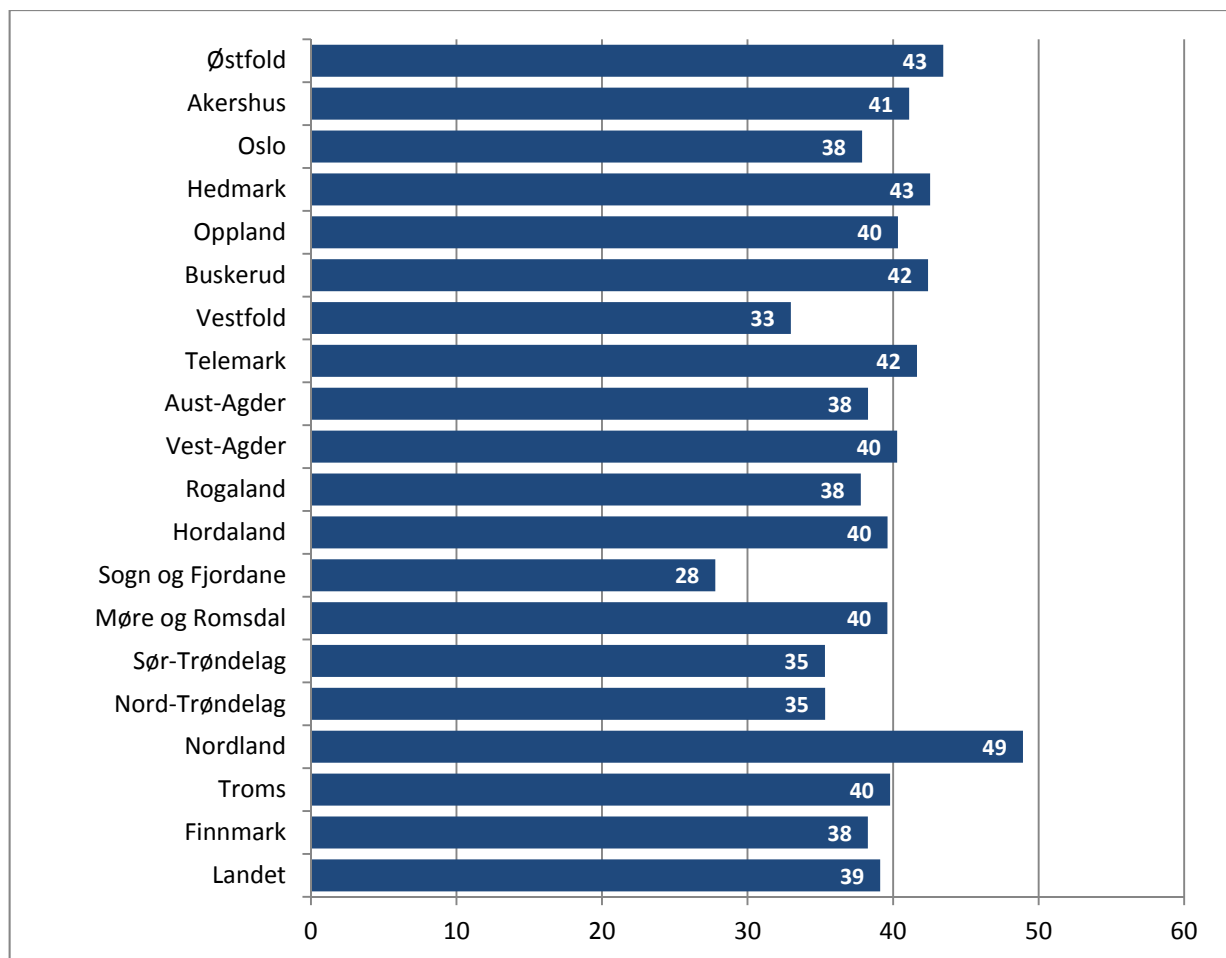
Tabell 8.22 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	13	15	28		25	0		
Akershus	11	13	27	21	1	3	11	12	100
Oslo	9	11	26	32	1	2	6	12	100
Hedmark	18	21	24	21	0	1	2	13	100
Oppland	16	28	21	21	1	3	3	6	100
Buskerud	16	21	24	21	1	2	3	12	100
Vestfold	10	29	21	23	0	2	3	12	100
Telemark	18	30	19	19	0	5	5	4	100
Aust-Agder	14	22	23	34	0	2	1	3	100
Vest-Agder	8	18	30	29	0	2	7	6	100
Rogaland	13	18	24	32	1	1	4	7	100
Hordaland	13	17	26	23	1	1	4	15	100
Sogn og Fjordane	9	26	18	31	0	1	5	10	100
Møre og Romsdal	15	23	22	23	1	3	5	8	100
Sør-Trøndelag	9	21	22	25	0	4	9	9	100
Nord-Trøndelag	12	25	21	24	1	2	5	10	100
Nordland	16	22	30	18	1	3	5	5	100
Troms	11	23	27	21	0	2	1	14	100
Finnmark	10	22	27	24	1	1	4	12	100
Landet	12	20	24	25	1	2	5	10	100

I figur 8.29 har vi gruppert helse- og sosialfaglige årsverk i hhv. videregående og høyskole sammen.



Figur 8.29 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2013



Figur 8.30 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2013

1.1.1.13 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse fordeler årsverkene i tjenester for voksne seg på utdannings-kategorier som vist i tabell 8.23 (absolutte tall) og tabell 8.24 (prosentandel).

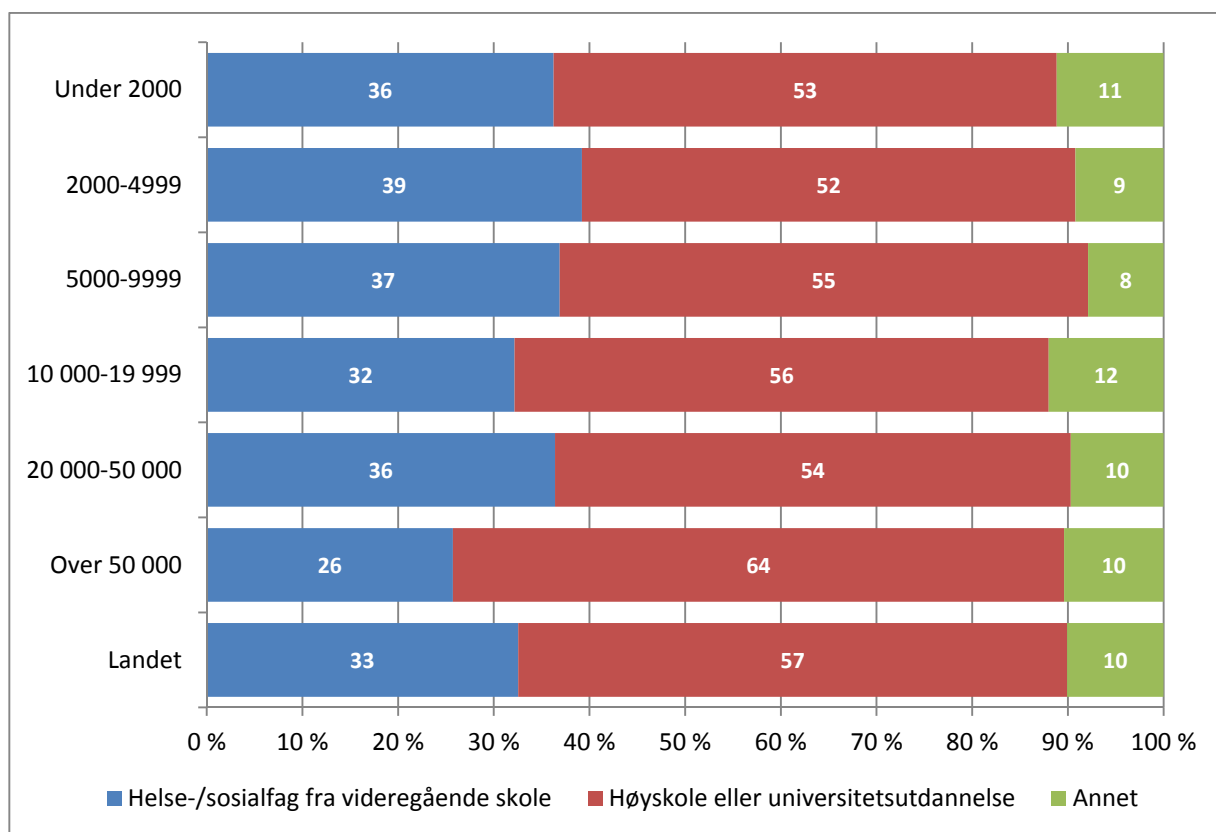
Tabell 8.23 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	35	78	84	64	1	5	10	35	313
2000-4999	146	288	262	247	4	17	41	102	1 107
5000-9999	160	270	281	270	6	23	64	92	1 165
10 000-19 999	196	293	370	400	6	17	56	183	1 520
20 000-50 000	290	438	454	446	18	65	94	194	1 998
Over 50 000	310	472	781	835	23	79	224	316	3 040
Landet	1 137	1 838	2 232	2 261	57	207	489	921	9 142

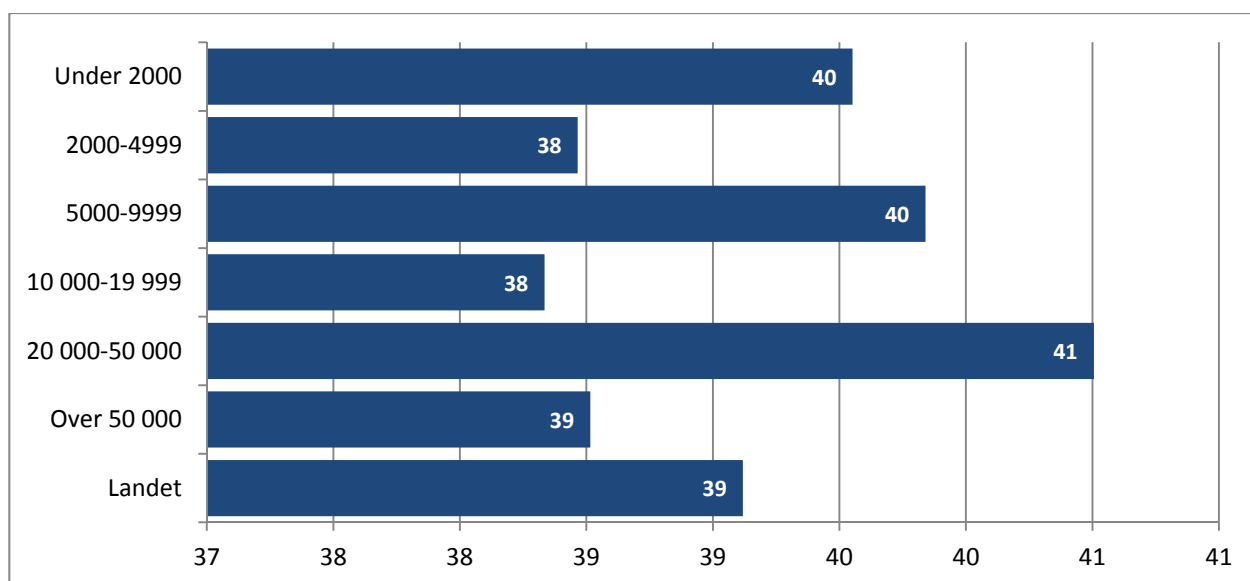
Tabell 8.24 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	11	25	27	21	0	2	3	11	100
2000-4999	13	26	24	22	0	2	4	9	100
5000-9999	14	23	24	23	0	2	5	8	100
10 000-19 999	13	19	24	26	0	1	4	12	100
20 000-50 000	14	22	23	22	1	3	5	10	100
Over 50 000	10	16	26	27	1	3	7	10	100
Landet	12	20	24	25	1	2	5	10	100

Figur 8.31 og 8.32 angir andelen av totale årsverk som har gått til tjenester for voksne i psykisk helsearbeid, samt hvor stor andel av disse årsverkene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 8.31 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2013



Figur 8.32 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2013

1.1.1.14 KOSTRAGRUPPE

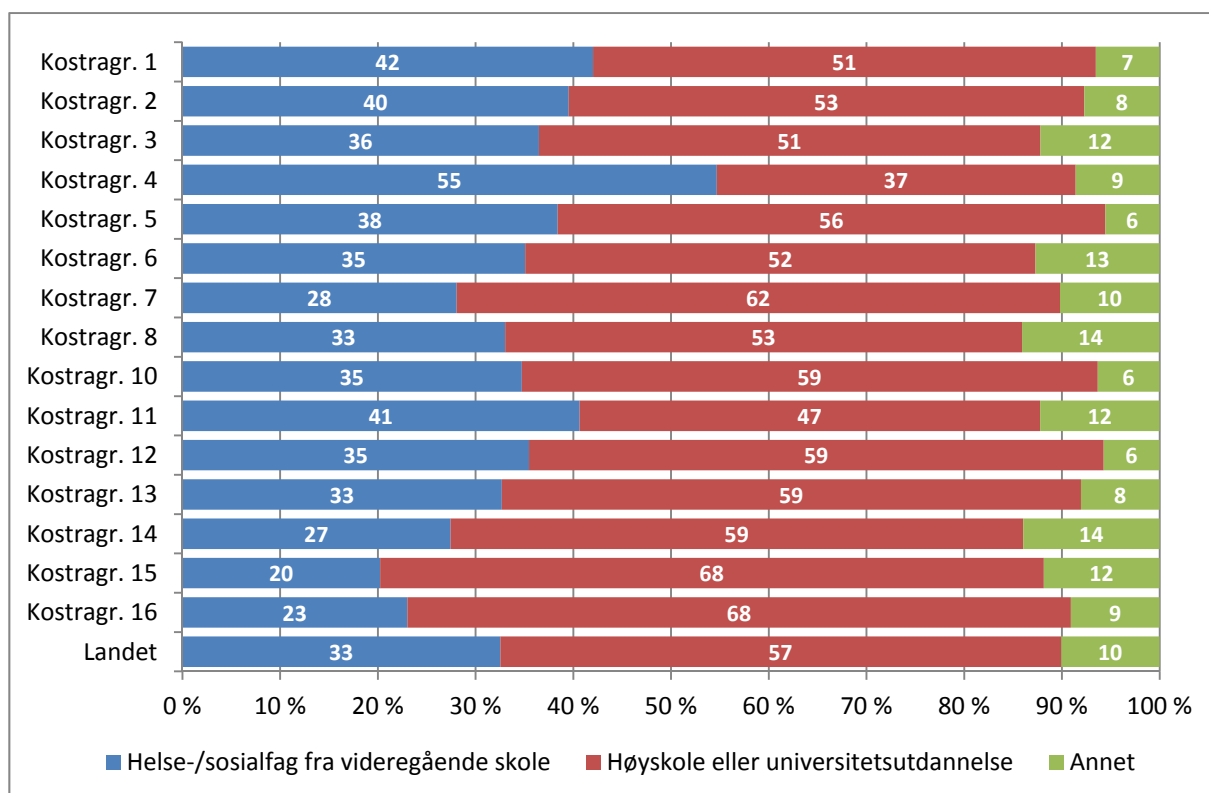
Under har vi gruppert årsverkene i tjenester for voksne etter Kostragruppe – først i absolutte tall, deretter som andeler (tabell 8.25 og 8.26).

Tabell 8.25 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, Kostragruppe, 2013

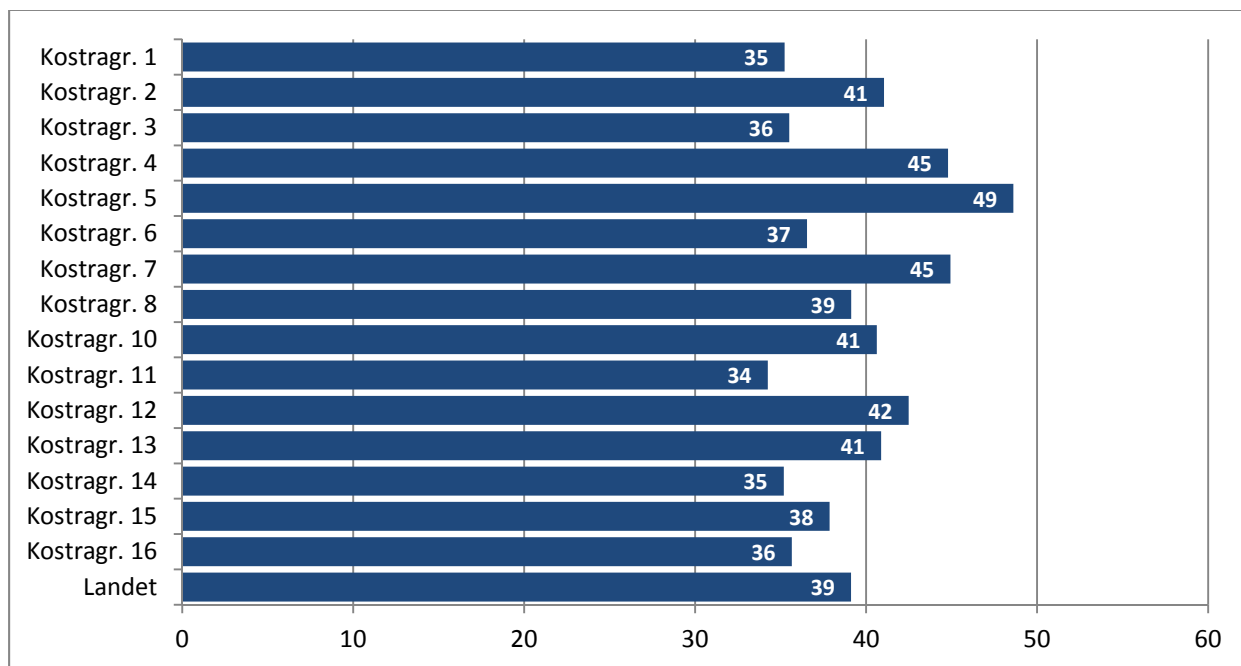
Kostragruppe	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	23	56	41	50	0	2	3	12	188
Kostragr. 2	65	115	114	94	1	8	24	35	455
Kostragr. 3	42	95	86	84	2	6	16	46	377
Kostragr. 4	8	13	9	5	0	0	0	3	38
Kostragr. 5	21	30	38	26	0	5	4	7	133
Kostragr. 6	20	56	58	49	1	2	5	28	219
Kostragr. 7	86	69	147	148	3	15	27	56	551
Kostragr. 8	78	125	153	139	3	10	20	86	613
Kostragr. 10	65	104	124	130	1	8	23	31	485
Kostragr. 11	116	237	172	187	4	10	36	106	866
Kostragr. 12	31	57	71	56	0	3	15	14	246
Kostragr. 13	382	607	754	723	28	101	188	244	3 026
Kostragr. 14	122	184	251	302	3	20	79	156	1 116
Kostragr. 15	72	83	200	245	10	18	48	91	765
Kostragr. 16	6	8	15	23	0	1	3	6	62
Landet	1 137	1 838	2 232	2 261	57	207	489	921	9 142

Tabell 8.26 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, Kostragruppe, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med	uten	med	uten		med	uten		
	vid.utd innen psykisk helsearb.	vid.utd innen psykisk helsearb.	vid.utd innen psykisk helsearb.	vid.utd innen psykisk helsearb.		vid.utd innen psykisk helsearb.	vid.utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	12	30	22	27	0	1	2	7	100
Kostragr. 2	14	25	25	21	0	2	5	8	100
Kostragr. 3	11	25	23	22	1	2	4	12	100
Kostragr. 4	22	33	23	14	0	0	0	9	100
Kostragr. 5	16	23	29	20	0	4	3	6	100
Kostragr. 6	9	26	26	22	0	1	2	13	100
Kostragr. 7	16	13	27	27	1	3	5	10	100
Kostragr. 8	13	20	25	23	1	2	3	14	100
Kostragr. 10	13	21	26	27	0	2	5	6	100
Kostragr. 11	13	27	20	22	1	1	4	12	100
Kostragr. 12	12	23	29	23	0	1	6	6	100
Kostragr. 13	13	20	25	24	1	3	6	8	100
Kostragr. 14	11	17	22	27	0	2	7	14	100
Kostragr. 15	9	11	26	32	1	2	6	12	100
Kostragr. 16	10	13	24	38	0	1	4	9	100
Landet	12	20	24	25	1	2	5	10	100



Figur 8.33 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, Kostragruppe, 2013



Figur 8.34 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2013

1.1.1.15 HELSEREGION

I tabell 8.27 og 8.28 presenteres hhv. absolutte størrelser og andel av totalt antall årsverk som har gått til tjenester i psykisk helsearbeid for voksne i 2013.

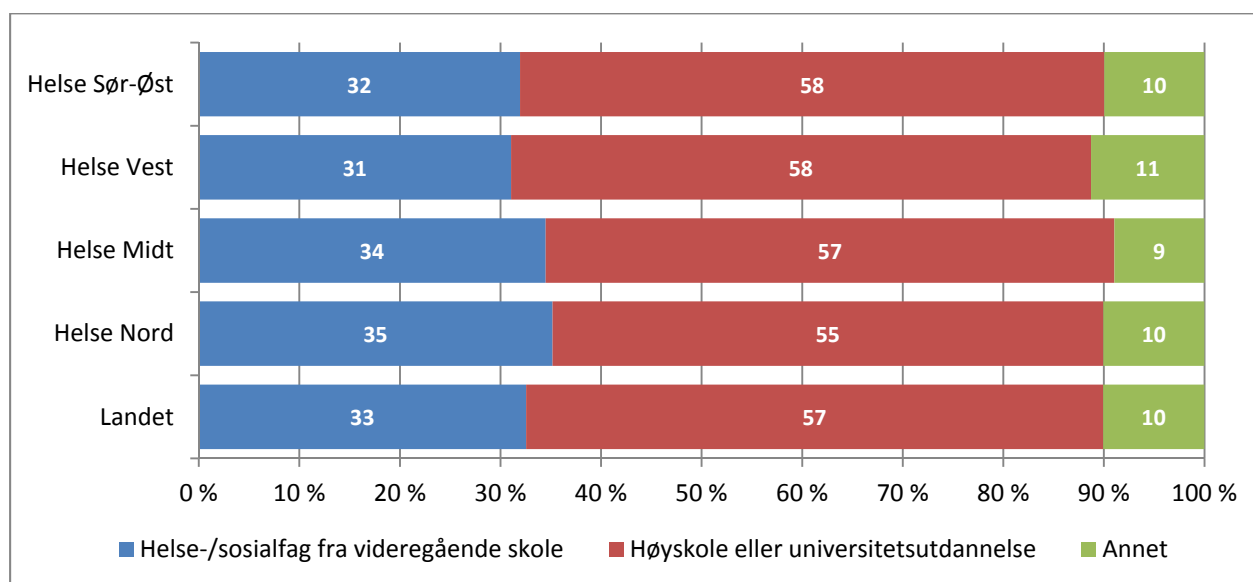
Tabell 8.27 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, helseregion, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	584	882	1 134	1 124	32	118	257	457	4 589
Helse Vest	239	372	472	551	12	15	86	222	1 968
Helse Midt	187	364	349	383	7	52	112	143	1 597
Helse Nord	127	221	278	203	6	22	33	99	989
Landet	1 137	1 838	2 232	2 261	57	207	489	921	9 142

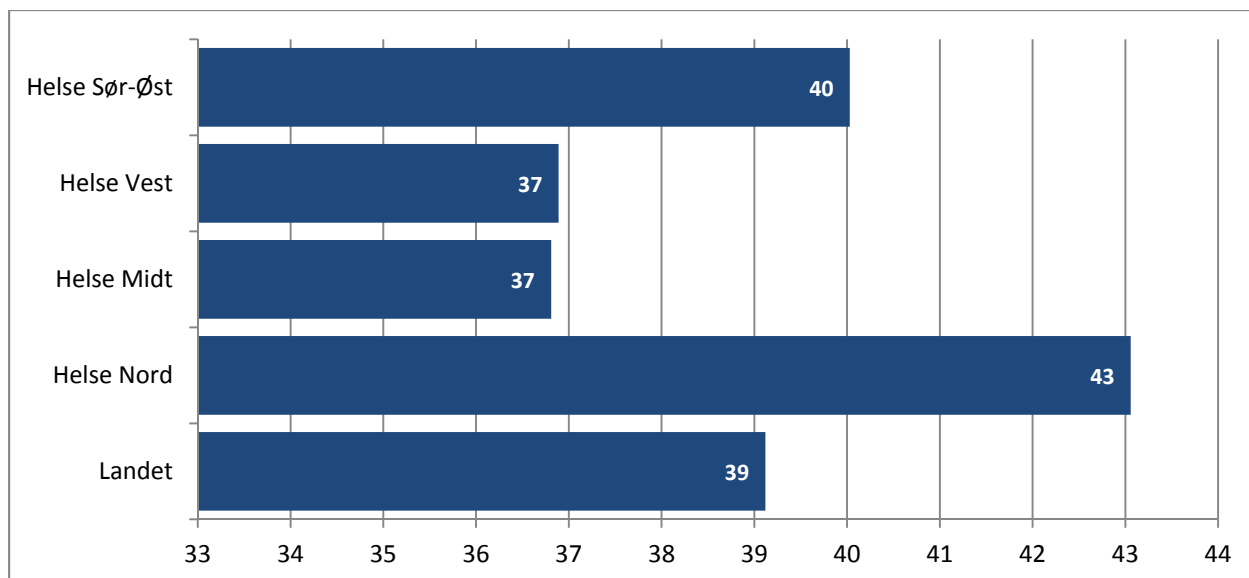
Tabell 8.28 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, helseregion, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	13	19	25	24	1	3	6	10	100
Helse Vest	12	19	24	28	1	1	4	11	100
Helse Midt	12	23	22	24	0	3	7	9	100
Helse Nord	13	22	28	21	1	2	3	10	100
Landet	12	20	24	25	1	2	5	10	100

Figurene under illustrer en sammenslåing av kategoriene fra hhv. videregående, høyskole/universitet og andre, samt andelen årsverk i tjenester for voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 8.35 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2013



Figur 8.36 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2013

8.5.3 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Delkapittel 8.5.3 gir en systematisk gjennomgang av hvordan årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på de ulike utdanningskategoriene, etter samme struktur som vi har sett på årsverk i tjenester til voksne, og årsverk i tjenester totalt i delkapitlene over.

1.1.1.16 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 8.29 angir antall årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2013.

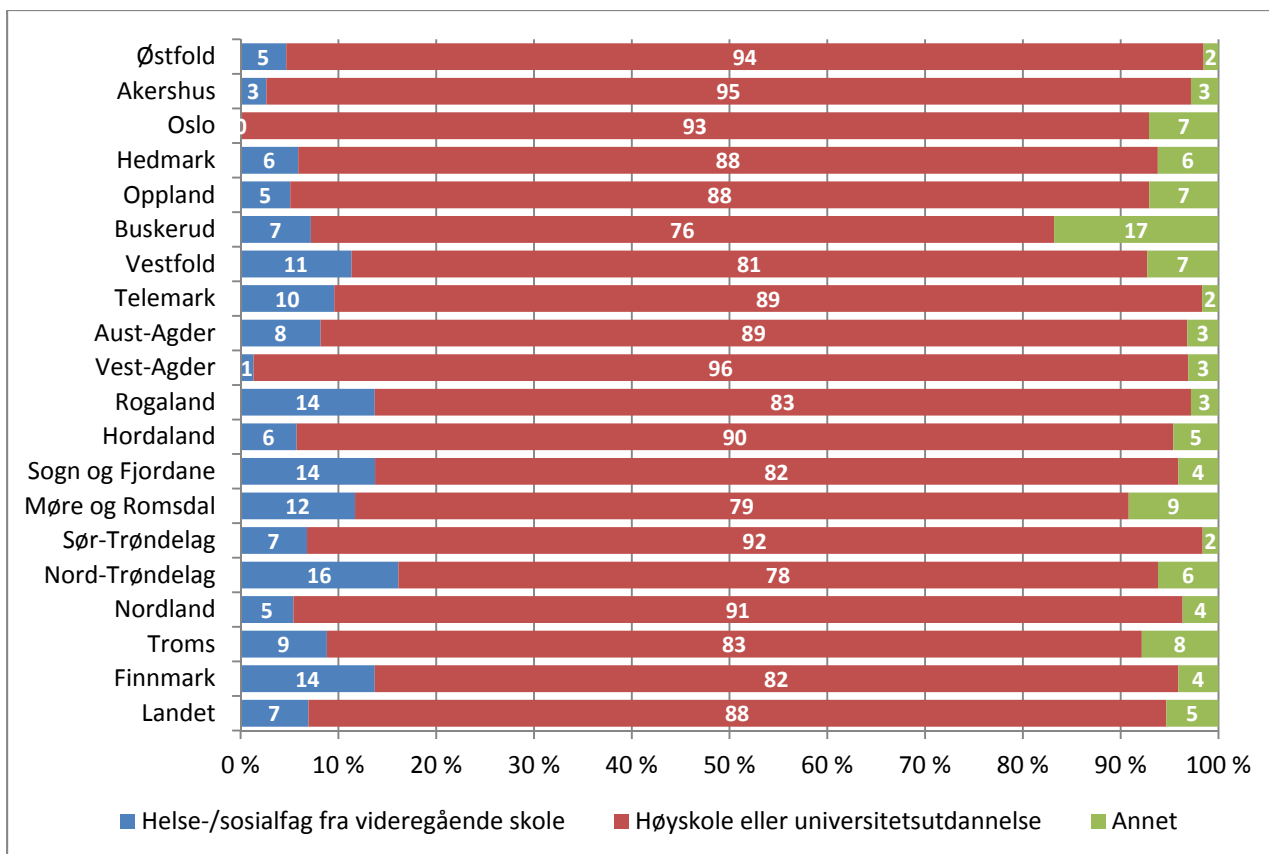
Tabell 8.29 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	1	6	33	45	5	12	28	2	131
Akershus	2	6	41	98	43	36	36	8	269
Oslo	0	0	41	102	32	3	36	16	230
Hedmark	2	6	33	55	11	6	11	8	131
Oppland	1	4	23	53	4	2	16	8	110
Buskerud	4	8	23	62	12	20	11	28	168
Vestfold	1	6	21	11	10	3	6	5	62
Telemark	0	11	18	30	3	12	37	2	114
Aust-Agder	1	4	17	18	3	3	4	2	50
Vest-Agder	0	1	28	32	3	18	5	3	91
Rogaland	5	19	28	54	26	20	17	5	174
Hordaland	5	7	21	108	26	9	22	10	208
Sogn og Fjordane	2	6	15	15	5	1	10	2	56
Møre og Romsdal	1	19	18	64	9	10	34	16	171
Sør-Trøndelag	3	12	36	105	27	8	22	4	216
Nord-Trøndelag	4	12	12	35	5	13	9	6	95
Nordland	2	7	36	58	6	4	53	6	172
Troms	0	7	23	30	3	4	7	6	82
Finnmark	0	7	10	18	3	3	8	2	51
Landet	34	145	475	993	235	188	373	138	2 579

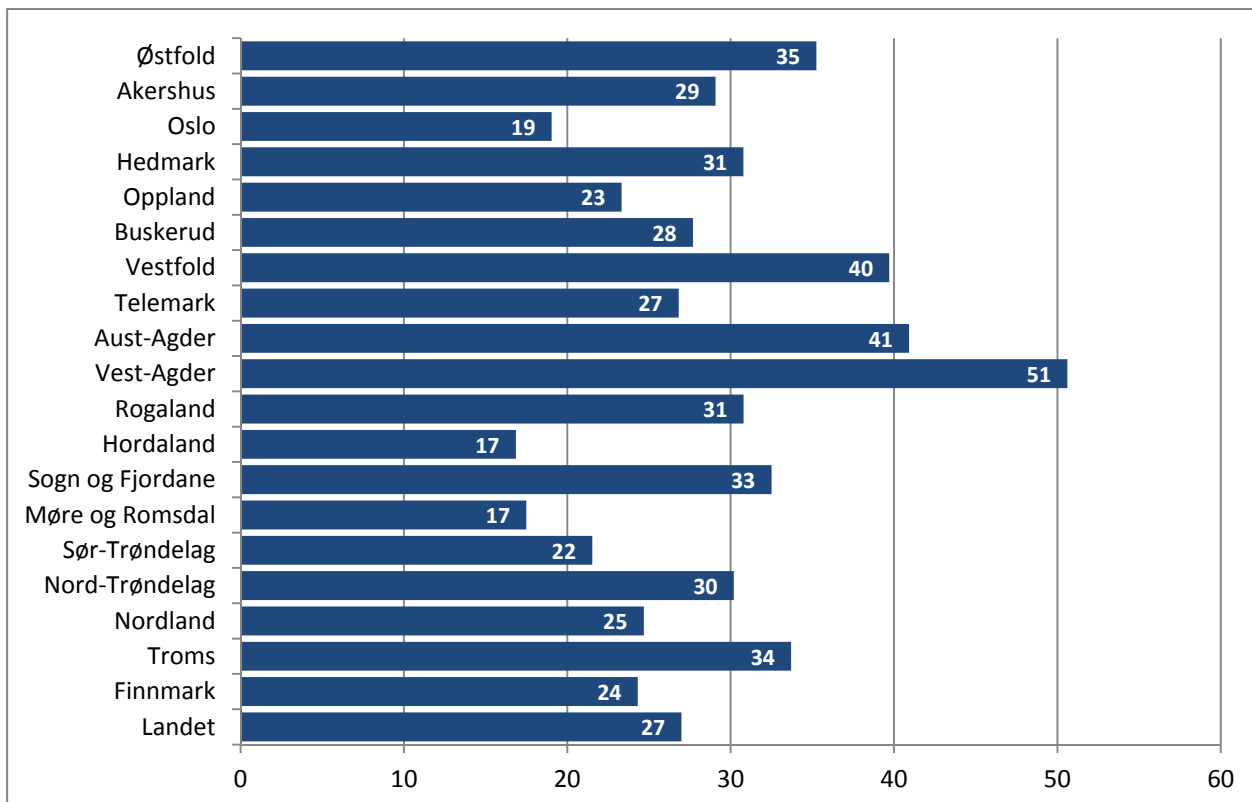
Tabell 8.30 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2013

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	0	4	25		34	3		
Akershus	1	2	15	37	16	13	14	3	100
Oslo	0	0	18	45	14	1	15	7	100
Hedmark	1	5	25	42	8	4	8	6	100
Oppland	1	4	21	48	4	1	14	7	100
Buskerud	2	5	13	37	7	12	7	17	100
Vestfold	2	10	34	18	16	5	9	7	100
Telemark	0	10	16	27	3	11	33	2	100
Aust-Agder	1	7	34	35	5	6	9	3	100
Vest-Agder	0	1	31	35	4	20	6	3	100
Rogaland	3	11	16	31	15	12	10	3	100
Hordaland	2	3	10	52	13	4	11	5	100
Sogn og Fjordane	4	10	27	27	9	2	18	4	100
Møre og Romsdal	1	11	11	37	5	6	20	9	100
Sør-Trøndelag	1	5	16	49	13	4	10	2	100
Nord-Trøndelag	4	12	13	37	5	14	9	6	100
Nordland	1	4	21	34	3	2	31	4	100
Troms	0	8	28	37	4	5	9	8	100
Finnmark	0	14	19	36	6	5	16	4	100
Landet	1	6	18	38	9	7	14	5	100

Figur 8.37 angir andel årsverk til barn og unge fordelt på helse- og sosialfag fra videregående og høyskole/universitet, samt "Andre". Figur 8.38 viser prosentvis andel av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 8.37 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2013



Figur 8.38 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2013

1.1.1.17 KOMMUNESTØRRELSE

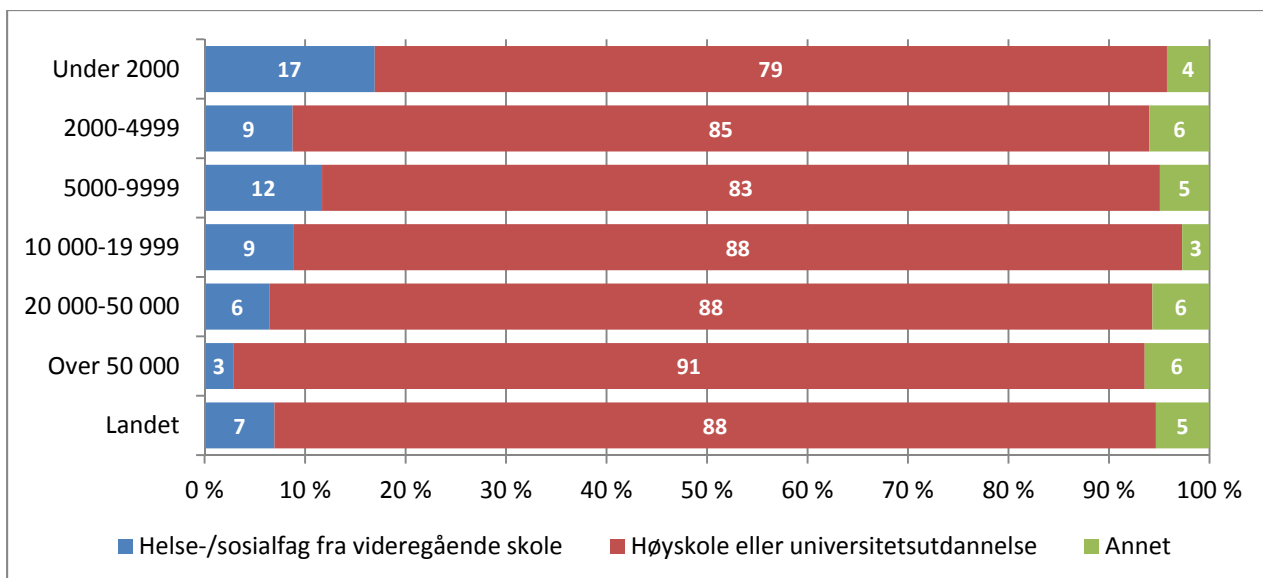
Under har vi gruppert kommunene etter innbyggertall (kommunestørrelse). Tabell 8.31 angir antall årsverk i tjenester til barn og unge fordelt på de ulike utdanningsgruppene.

Tabell 8.31 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2012

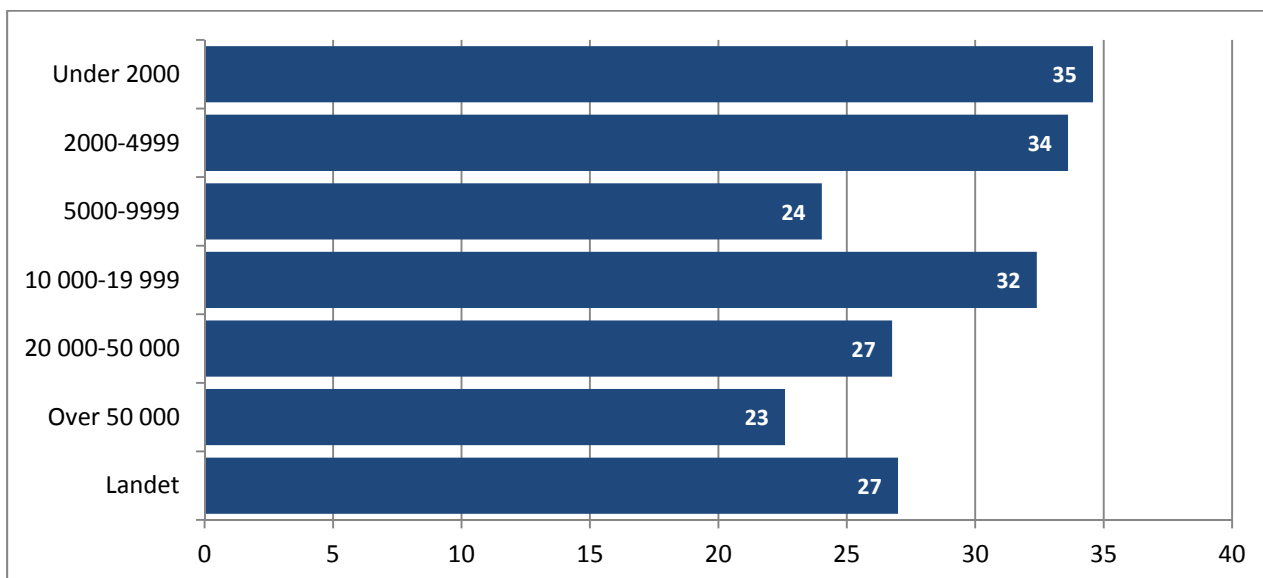
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	3	11	24	28	2	3	10	4	83
2000-4999	4	21	74	109	11	18	31	17	284
5000-9999	4	34	63	133	19	12	46	16	327
10 000-19 999	7	30	91	136	37	39	72	12	424
20 000-50 000	13	27	109	233	59	45	102	35	623
Over 50 000	2	22	116	354	108	72	112	54	839
Landet	34	145	475	993	235	188	373	138	2 579

Tabell 8.32 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	3	14	28	33	2	3	12	4	100
2000-4999	1	7	26	38	4	6	11	6	100
5000-9999	1	10	19	41	6	4	14	5	100
10 000-19 999	2	7	21	32	9	9	17	3	100
20 000-50 000	2	4	17	37	9	7	16	6	100
Over 50 000	0	3	14	42	13	9	13	6	100
Landet	1	6	18	38	9	7	14	5	100



Figur 8.39 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2013



Figur 8.40 Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2013

1.1.1.18 KOSTRAGRUPPE

I det følgende presenteres årsverkstallene for barn og unge gruppert etter Kostragruppe og fordelt på type utdanning. Tabell 8.33 angir antall årsverk, mens tabell 8.34 gir en oversikt over prosentvis andel av årsverkene som hører hjemme i de ulike Kostragruppene.

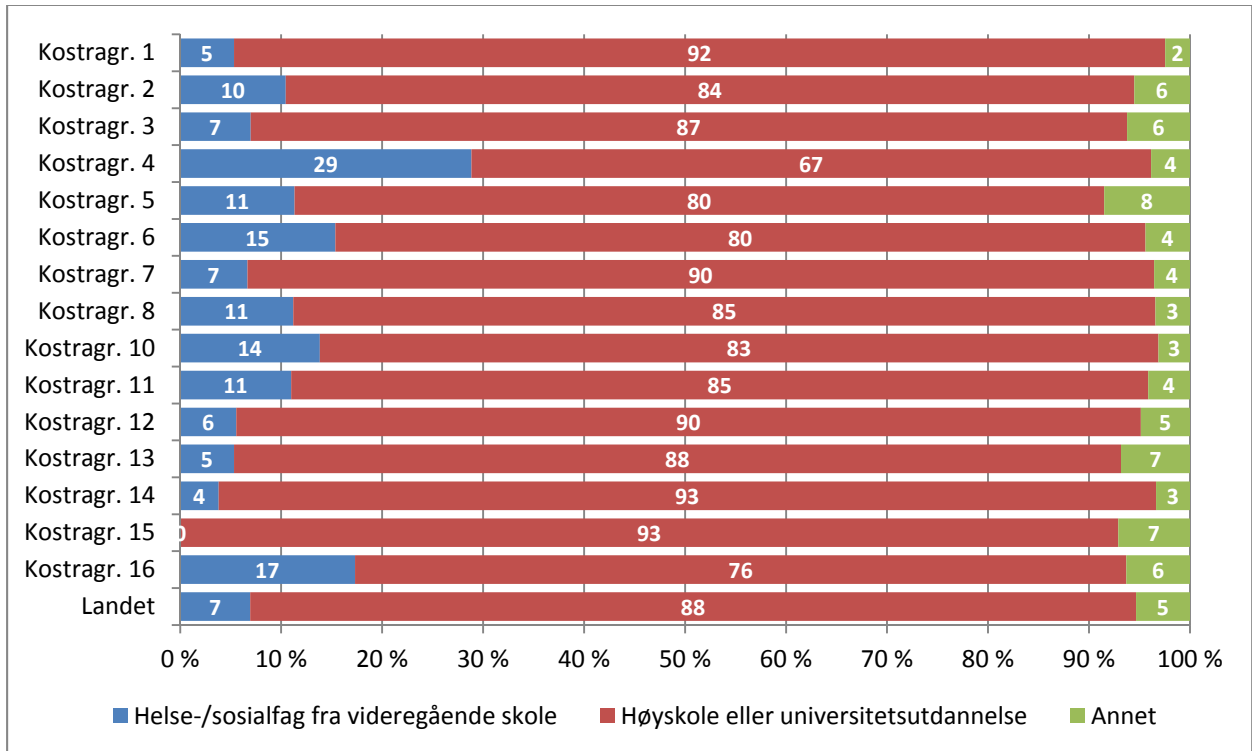
Tabell 8.33 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, Kostragruppe, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	0	3	14	22	2	3	4	1	49
Kostragr. 2	2	11	35	42	5	7	13	7	122
Kostragr. 3	1	6	19	41	4	6	11	6	93
Kostragr. 4	2	1	2	4	1	0	0	0	10
Kostragr. 5	1	3	12	12	0	1	5	3	35
Kostragr. 6	2	8	18	19	2	3	8	3	61
Kostragr. 7	4	8	51	46	15	23	26	6	180
Kostragr. 8	1	21	52	75	11	11	23	7	199
Kostragr. 10	4	13	27	48	9	9	15	4	128
Kostragr. 11	3	22	31	84	17	9	49	9	223
Kostragr. 12	0	2	8	15	3	5	8	2	43
Kostragr. 13	11	38	137	331	91	94	160	63	926
Kostragr. 14	2	8	27	148	44	14	15	9	267
Kostragr. 15	0	0	41	102	32	3	36	16	230
Kostragr. 16	0	2	4	5	0	1	1	1	13
Landet	34	145	475	993	235	188	373	138	2 579

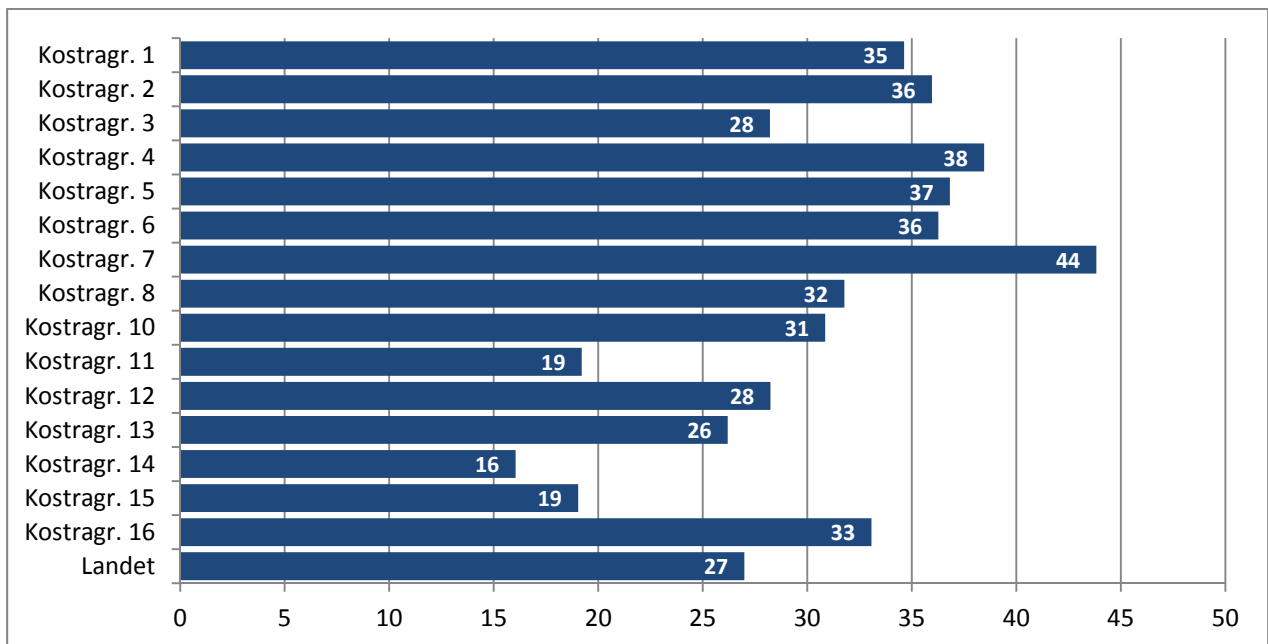
Tabell 8.34 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	0	5	28	45	4	6	9	2	100
Kostragr. 2	2	9	28	34	4	6	11	6	100
Kostragr. 3	1	6	21	44	4	7	11	6	100
Kostragr. 4	19	10	19	42	6	0	0	4	100
Kostragr. 5	3	9	33	33	1	2	13	8	100
Kostragr. 6	3	12	29	31	3	4	13	4	100
Kostragr. 7	2	4	29	26	8	13	14	4	100
Kostragr. 8	1	11	26	37	5	5	12	3	100
Kostragr. 10	3	10	21	37	7	7	12	3	100
Kostragr. 11	1	10	14	38	7	4	22	4	100
Kostragr. 12	0	6	18	36	8	11	18	5	100
Kostragr. 13	1	4	15	36	10	10	17	7	100
Kostragr. 14	1	3	10	55	16	5	6	3	100
Kostragr. 15	0	0	18	45	14	1	15	7	100
Kostragr. 16	1	17	28	36	3	4	5	6	100
Landet	1	6	18	38	9	7	14	5	100

Figur 8.41 illustrerer hvordan årsverkene med helse- og sosialfag og "Andre" fordeler seg mellom gruppene.



Figur 8.41 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke, 2013



Figur 8.42 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2013

1.1.1.19 HELSEREGION

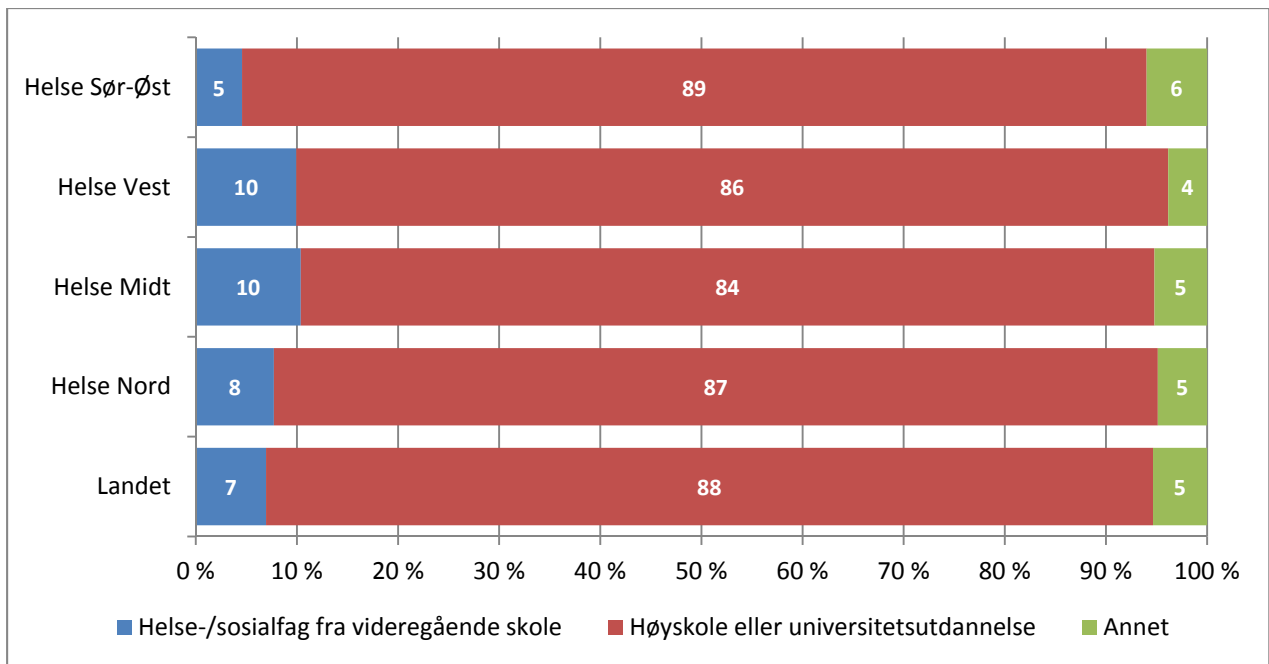
I tabell 8.35 og 8.36 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge på helseregionnivå – hhv. som absolutte størrelser og andel av totale årsverk i tjenester for barn og unge.

Tabell 8.35 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2012

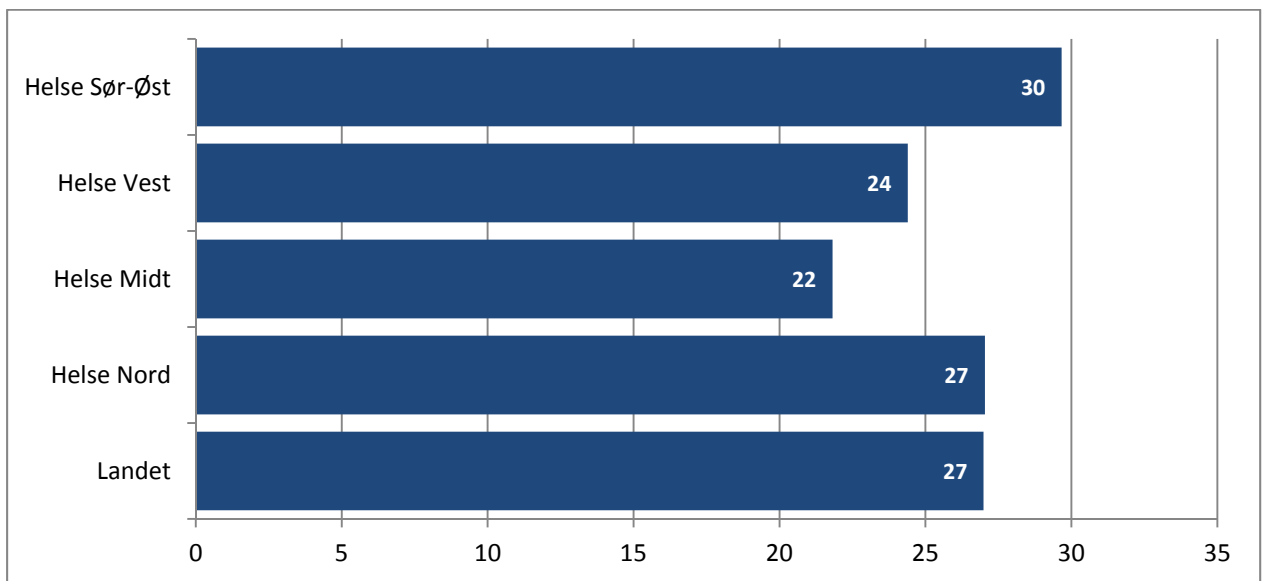
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	11	51	276	505	125	115	190	81	1 354
Helse Vest	13	31	64	177	57	31	50	17	438
Helse Midt	8	42	66	204	41	32	65	25	483
Helse Nord	3	21	69	107	12	11	68	15	304
Landet	34	145	475	993	235	188	373	138	2 579

Tabell 8.36 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	1	4	20	37	9	8	14	6	100
Helse Vest	3	7	15	40	13	7	11	4	100
Helse Midt	2	9	14	42	9	7	13	5	100
Helse Nord	1	7	23	35	4	3	22	5	100
Landet	1	6	18	38	9	7	14	5	100



Figur 8.43 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, helseregion, 2013



Figur 8.44 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2013

8.6 OPPSUMMERING

I dette deskriptive kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene for 2013 varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), Kostragruppe og helseregion. Alle spørsmålene i skjema er presentert. Kort oppsummert finner vi følgende:

Like mange årsverk per innbygger i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge

I 2013 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,3 årsverk per 1 000 voksne innbyggere både for voksne og barn og unge. Dette utgjør en reduksjon på 0,1 årsverk i tjenester både for voksne og barn/unge.

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,6 årsverk per 1000 innbyggere (totalt antall årsverk sett i forhold til totalbefolkningen) til Finnmark med 3,7 årsverk per 1000 innbyggere. Dette bildet har vært rimelig stabilt siden 2008.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk per voksen og barn og unge i de minste kommunene. Hovedtendensen er at jo flere innbyggere en kommune har, jo færre årsverk i psykisk helsearbeid per innbygger. I Kostragruppene finner vi igjen dette mønsteret; små kommuner i Kostragruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. Kostragruppe 4 (Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter) ligger høyest med 4,0 årsverk per tusen innbyggere.

På helseregionnivå ligger Helse Midt høyest, og hadde i 2013 den høyeste årsverksinnsatsen for voksne, med 3,1 årsverk per 1000 innbyggere. For barn og unge ligger derimot Helse Midt høyest med 3 årsverk per 1000 innbyggere. Kommunene i Helse Vest har lavest samlet, med 2,1 årsverk per 1000 innbyggere.

22 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2013

Dette har vært stabilt siden 2010, men er lavere enn de 25 prosentene som ble innrapportert i 2007.

Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 12 prosent (Vestfold) til 31 prosent (Nordland). Det er lite variasjon i forhold til kommunestørrelse, men kommuner med mellom tjue og femtitusen innbyggere bruker to prosentpoeng mer av tjenestene til barn og unge enn resten av kommunene. Andelen av årsverkene som går til barn og unge er lavest i kommunene som ligger i helseregion Vest (18 prosent) og høyst i Nord (24 prosent).

Flest årsverk i bolig med fast personell

På landsbasis går i gjennomsnitt 46 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for voksne til boliger med fast personell. 40 prosent går til hjemmetjenester og behandling, det øvrige (15 prosent) til aktivitetstilbud. Dette er stabilt med nivåene i de tre foregående årene.

Flere årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I 2013 gikk 42 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og dette er en økning fra 38 prosent i 2012. At kommunene bør prioritere forebyggende tiltak og skolehelsetjeneste har vært et uttalt mål fra sentrale myndigheter i flere år. Storparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge (50 prosent) går imidlertid til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid.

Over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid har høyskole/ universitetsutdanning

64 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid hadde i 2013 utdanning fra høyskole eller universitet. I kommunene i Vest-Agder og Oslo lå andelene på hhv. 73 og 74 prosent. Differensierer vi på tiltak i tjenester for hhv. voksne og barn og unge, ser vi at andelen høyt utdannede er høyest i tjenester for de yngste - her har hele 88 prosent av årsverkene slik utdanning på landsbasis, mot 57 prosent for voksne. Når det gjelder årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, er trenden motsatt – her har en større andel årsverk i tjenestene for voksne (39 prosent) slik utdanning, sammenliknet med tjenester for barn og unge (27 prosent).

REFERANSER

- Andersson, H.W. og Tingvold, L. (2005) Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, rapport STF78 A055019.
- Andersson, H.W. og Ådnes, M. (2006) Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. SINTEF Helse, rapport A205.
- Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.
- Brøyn, N., E.S. Lunde, og I. Kvalstad (2007), *SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten?, Rapporten 2007/15.*, Statistisk sentralbyrå: Oslo - Kongsvinger.
- Dagens Medisin (2009): Opptappingsplanen ga nedtur. Dagens medisin 12.06.2009. www.dagensmedisin.no/nyheter/opptappingsplanen-ga-nedtur/
- Gabrielsen, B., Otnes B., Sundby B. & P. Strand (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009. SSB-rapport 50/2010.
- Gjertsen, A. (2007): Åpenhet og helhet ti år etter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nr. 6, 2007, side 755-760.
- Helsedirektoratet (2005): ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet (2009): *Allmennlegetjenesten og psykisk helse, IS-1655*, Helsedirektoratet: Oslo.
- Helsedirektoratet (2012): SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012. Rapport IS-2074.
- Hetlevik, Ø. (2012). Allmennlegetjenestens tilgjengelighet - med spesiell vekt på området psykisk helse
- Helsedirektoratet (2015): Samhandlingsstatistikk 2013–14. Red Beate M. Huseby. IS-2245
- Kaspersen, S.L. og Ose, S.O. (2010): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135. Trondheim.
- Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Hatling, T. (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF-rapport A8811.
- Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Kalseth, J. (2009): Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007. I Pedersen, P.B. (2009), SAMDATA sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008 2/09. SINTEF-rapport A12373.
- Kaspersen, S.L og Ose, S.O. (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A21131.
- Kunnskapssenteret (2010): Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Notat. Oktober 2010. Oslo.
- Langørgen, A., Galloway, T. A. & R. Aaberge (2006): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003. SSB-rapport 2006/8.
- Legeforeningen (2004): Statusrapport: Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening, 2004. Oslo.
- Lilleeng, S., Ose, S.O., Bremnes, R., Pedersen, P.B. & T. Hatling (2009a): Døgnpasienter i psykisk helsevern

for voksne 20. november 2007. SINTEF-Rapport A9712.

Lilleeng, S., Ose, S.O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I. & J. Kaltheth (2009b): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF-Rapport A11408.

Major, E.F., Dalgard O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S.O., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:1.

McDaid, D. og Thornicroft, G. (2005): Policy brief. Mental Health II. Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Myrvold, T. og Helgesen, M.K. (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4. Oslo.

Norges forskningsråd (2009): Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap, Norges forskningsråd 2009. Oslo.

Nossen, J.P. (2007): Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4, 2007. Arbeid- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning.

Ose, S.O. (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. SINTEF-rapport A1254.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Pettersen, I. og Kaltheth J. (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A11269.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Lilleeng, S. og Kaltheth, J. (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A14167.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L. og Kaltheth, J. (2010): Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Et grunnlag for samhandling. SINTEF-rapport A17027.

Ose, S.O., Haus-Reve, S. og Kaspersen, S. (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A17039.

Ose, S.O. og R. Slettebak (2014): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-report: A25834.

Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013): Unødvendige innleggelsler, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF Rapport SINTEF A25247.

Ose, S.O. og Slettebak, R. (2014): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A25834.

Ose, S.O. og I. Pettersen (2014): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012. Baseline for samhandlingsreformen. SINTEF Rapport A26086.

Ose, S.O., Ådnanes, M. og I. Pettersen (2014): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. SINTEF Rapport A26337.

Ose S.O., Mandal R. og S. Mordal (2014): Utfordringer med ungdomssatsningen i Sør-Trøndelag. Et system- og aktørperspektiv. SINTEF Rapport A26225

Pedersen et al., (2009): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008. Rapport 2/09.

Prop. 1 S (2010-2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2011. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Prop. 1 S (2011-2012): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) fra Helse- og

omsorgsdepartementet. For budsjettåret 2012.

Prop. 124 S (2009-2010): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2010. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Rundskriv IS-24/2010: Psykisk helsearbeid i kommunene – rapportering for 2010. Helse- og omsorgsdepartementet.

Slettebak R, Kaspersen S.L, Jensberg H og Ose SO (2013): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF Rapport A23879.

St. meld. nr. 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

St. prp. nr. 1 (2000-2001): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2002. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

St. prp. nr. 1 (2003-2004): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2004. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

Steihaug, S. og Loeb, M. (2007) De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid - samhandling og organisering. SINTEF Helse, Rapport A1367

Tjerbo, T., Zeiner, Helgense, M. (2012): Kommunalt psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2012:4.

World Health Organization (WHO) (2001): The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization 2001. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2009): Improving Health Systems and Services for Mental Health. World Health Organization 2009. Geneva, Switzerland.

Ørstavik, S. (2008): Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 5, Nr. 2 2008. Universitetsforlaget.

Ådnanes, M. og Halsteinli, V. (2009): Improving child and adolescent mental health services in Norway: Policy and results 1999-2008. Eurohealth, Volume 15 nr. 1 2009. London School of Economics and Political Science. London.

Ådnanes, M. og Sitter, M. (2007): Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nås Opptrappingsplanens mål innen 2008? SINTEF-rapport A851. Trondheim.

Ådnanes, M., Hatling, T., og Grut, L. (2005) Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse, Rapport STF78 A055023

Ådnanes, M., og Bjørngaard, J.H. (2006) Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF Helse, Rapport A230.

Ådnanes, M. Kaspersen, S.L., Husum, T. H og Ose, S.O. (2013): Effektivitet av Helse- og omsorgsdepartementets modellforsøk og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF-rapport A23869. Trondheim

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2013

Kommune- nummer	Kommune Navn	Årsverk			Årsverk per 10 000 innbyggere		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	42,3	27,7	14,6	14	12	23
104	Moss	88,1	77,7	10,4	28	31	16
105	Sarpsborg	120,5	87,8	32,7	22	21	28
106	Fredrikstad	115,4	75,2	40,2	15	12	24
111	Hvaler	7,0	5,5	1,5	16	16	19
118	Aremark	1,4	1,2	0,2	10	11	7
119	Marker	7,2	4,9	2,3	20	17	32
121	Rømskog	1,2	0,8	0,4	18	15	31
122	Trøgstad	9,7	6,8	2,9	18	16	25
123	Spydeberg	8,6	7,2	1,4	15	17	11
124	Askim	47,2	41,3	5,9	31	34	17
125	Eidsberg	21,8	16,6	5,2	19	19	21
127	Skiptvet	12,2	8,7	3,5	33	31	39
128	Rakkestad	10,4	6,4	4,0	13	10	23
135	Råde	15,8	14,3	1,5	22	26	10
136	Rygge	26,8	25,0	1,8	18	21	5
137	Våler i Østfold	13,2	11,2	2,0	26	30	17
138	Hobøl	4,8	4,8	0,0	9	12	0
211	Vestby	29,6	19,0	10,6	19	16	27
213	Ski	57,9	40,2	17,7	20	18	24
214	Ås	37,2	27,9	9,3	21	20	22
215	Frogn	37,6	23,5	14,1	24	19	40
216	Nesodden	26,0	22,5	3,5	14	16	8
217	Oppegård	55,7	38,4	17,3	21	19	27
219	Bærum	333,9	287,8	46,1	28	32	16
220	Asker	116,3	104,1	12,2	20	24	8
221	Aurskog-Høland	14,8	12,8	2,0	10	11	6
226	Sørumsund	32,1	22,5	9,6	19	18	22
227	Fet	20,3	16,4	3,9	18	19	15
228	Rælingen	7,9	7,9	0,0	5	6	0
229	Enebakk	15,3	9,8	5,5	14	12	21
230	Lørenskog	57,6	28,8	28,8	17	11	36
231	Skedsmo	60,0	34,0	26,0	12	9	22
233	Nittedal	67,1	31,3	35,8	30	19	63
234	Gjerdrum	9,0	5,3	3,7	14	11	24
235	Ullensaker	31,4	24,9	6,5	10	10	8
236	Nes	31,2	25,7	5,5	15	16	12
237	Eidsvoll	23,0	19,1	3,9	10	11	7
238	Nannestad	14,4	9,0	5,4	12	10	19
239	Hurdal	5,1	3,3	1,8	19	15	32
301	Bydel Gamle Oslo	89,4	59,7	29,7	18	15	35
301	Bydel Grünerløkka	120,3	104,8	15,5	23	23	21
301	Bydel Sagene	108,7	96,7	12,0	28	29	22
301	Bydel St. Hanshaugen	33,7	25,4	8,3	9	8	20
301	Bydel Frogner	57,7	43,0	14,7	9	9	24
301	Bydel Ullern	31,5	21,0	10,5	10	8	16
301	Bydel Vestre Aker	62,5	39,0	23,5	13	11	21
301	Bydel Nordre Aker	33,5	29,0	4,5	7	8	4
301	Bydel Bjerke	58,3	48,3	10,0	19	21	14

301	Bydel Grorud	32,1	14,9	17,2	12	7	28
301	Bydel Stovner	59,2	47,2	12,0	19	20	16
301	Bydel Alna	77,6	53,6	24,0	16	14	22
301	Bydel Østensjø	72,4	58,3	14,1	15	16	13
301	Bydel Nordstrand	55,5	42,9	12,6	11	11	11
301	Bydel Søndre Nordstrand	45,0	39,5	5,5	12	15	5
301	Velferdsetaten	26,0	26,0	0,0	41	46	0
301	Helseetaten	15,5	15,5				
402	Kongsvinger	26,9	15,0	11,9	15	10	34
403	Hamar	115,7	84,1	31,6	39	35	55
412	Ringsaker	65,5	41,1	24,4	20	16	34
415	Løten	11,8	8,3	3,5	16	14	23
417	Stange	114,1	99,5	14,6	58	64	35
418	Nord-Odal	10,6	8,9	1,7	21	22	17
419	Sør-Odal	7,6	6,1	1,5	10	10	10
420	Eidskog	12,1	9,1	3,0	19	18	25
423	Grue	18,7	17,7	1,0	38	43	12
425	Åsnes	35,2	31,4	3,8	47	50	29
426	Våler	7,7	6,2	1,5	20	20	24
427	Elverum	49,5	33,8	15,7	24	21	36
428	Trysil	0,0	0,0	0,0	0	0	0
429	Åmot	5,7	4,7	1,0	13	13	11
430	Stor-Elvdal	8,8	6,2	2,6	33	27	60
432	Rendalen	14,8	13,0	1,8	79	83	57
434	Engerdal	3,2	1,4	1,8	23	13	72
436	Tolga	2,3	1,5	0,8	14	12	22
437	Tynset	8,6	6,9	1,7	16	16	13
438	Alvdal	8,7	4,0	4,7	36	21	82
439	Folldal	6,0	5,0	1,0	37	39	29
441	Os	3,7	2,4	1,3	18	15	32
501	Lillehammer	68,0	60,0	8,0	25	28	15
502	Gjøvik	83,7	64,2	19,5	28	27	32
511	Dovre	5,7	4,7	1,0	21	21	19
512	Lesja	4,8	2,9	1,9	23	18	45
513	Skjåk	5,5	4,1	1,4	24	22	33
514	Lom	8,8	8,5	0,3	37	45	7
515	Vågå	32,3	29,8	2,5	88	102	33
516	Nord-Fron	7,7	5,4	2,3	13	12	20
517	Sel	14,0	10,5	3,5	23	22	30
519	Sør-Fron	0,0	0,0	0,0	0	0	0
520	Ringebu	14,0	10,5	3,5	31	29	41
521	Øyer	16,2	11,9	4,3	32	29	42
522	Gausdal	18,9	13,3	5,6	30	27	44
528	Østre Toten	42,0	37,0	5,0	28	31	17
529	Vestre Toten	45,1	35,5	9,6	34	34	36
532	Jevnaker	15,5	10,9	4,6	24	21	33
533	Lunner	24,5	21,1	3,4	27	30	17
534	Gran	46,5	29,0	17,5	34	27	61
536	Søndre Land	28,0	25,1	2,9	49	54	27
538	Nordre Land	17,4	12,6	4,8	26	23	37
540	Sør-Aurdal	7,9	6,5	1,4	25	26	22
541	Etnedal	6,9	5,9	1,0	49	52	38
542	Nord-Aurdal	9,8	6,7	3,1	15	13	25
543	Vestre Slidre kommune	4,2	2,7	1,5	19	15	34
544	Øystre Slidre	10,5	9,1	1,4	33	36	22
545	Vang	3,2	2,8	0,4	20	22	13
602	Drammen	128,4	88,2	40,2	19	17	29
604	Kongsberg	37,9	33,4	4,5	14	16	8
605	Ringerike	52,4	39,9	12,5	18	17	22
612	Hole	21,7	13,4	8,3	33	26	55

615	Flå	2,1	1,4	0,7	20	16	40
616	Nes	11,1	10,1	1,0	32	36	15
617	Gol	8,9	7,9	1,0	19	22	10
618	Hemsedal	11,3	6,5	4,8	49	37	92
619	Ål	11,0	8,3	2,7	23	23	26
620	Hol	13,8	11,8	2,0	31	32	25
621	Sigdal	13,5	12,0	1,5	38	43	21
622	Krødsherad	9,1	7,5	1,6	40	41	37
623	Modum	51,1	23,1	28,0	38	21	100
624	Øvre Eiker	37,6	18,5	19,1	21	13	48
625	Nedre Eiker	37,4	25,7	11,7	16	14	21
626	Lier	41,4	31,3	10,1	16	16	17
627	Røyken	28,3	24,2	4,1	14	16	8
628	Hurum	31,7	22,1	9,6	34	30	48
631	Flesberg	11,8	8,9	2,9	44	43	47
632	Rollag	4,4	3,2	1,2	32	29	46
633	Nore og Uvdal	4,9	3,5	1,4	19	17	28
701	Horten	38,0	38,0	0,0	14	18	0
702	Holmestrand	18,7	15,9	2,8	18	19	13
704	Tønsberg	76,6	59,0	17,6	18	18	20
706	Sandefjord	91,7	84,9	6,8	20	24	7
709	Larvik	155,9	139,9	16,0	36	41	18
711	Svelvik	9,4	7,8	1,6	14	15	12
713	Sande	17,7	11,1	6,6	20	16	31
714	Hof	4,3	2,0	2,3	14	8	33
716	Re	19,5	19,5	0,0	21	28	0
719	Andebu	6,2	4,2	2,0	11	10	15
720	Stokke	16,6	14,4	2,2	14	16	8
722	Nøtterøy	28,8	26,8	2,0	13	16	4
723	Tjøme	14,6	13,2	1,4	30	33	15
728	Lardal	4,9	4,5	0,4	20	23	8
805	Porsgrunn	86,2	64,2	22,0	24	23	30
806	Skien	161,9	107,6	54,3	30	26	48
807	Notodden	31,5	25,5	6,0	25	25	24
811	Siljan	14,1	10,7	3,4	59	58	61
814	Bamble	32,9	25,3	7,6	23	23	25
815	Kragerø	19,1	10,1	9,0	18	12	45
817	Drangedal	8,7	7,9	0,8	21	24	9
819	Nome	25,5	23,9	1,6	38	45	12
821	Bø kommune	18,6	18,5	0,1	32	40	1
822	Sauherad	6,4	5,8	0,6	15	17	7
826	Tinn	27,2	24,6	2,6	46	52	22
827	Hjartdal	3,2	2,3	0,9	20	18	28
828	Seljord	5,7	5,2	0,5	19	22	8
829	Kviteseid	4,0	2,9	1,1	16	14	24
830	Nissedal	2,4	1,4	1,0	17	12	33
831	Fyresdal	4,3	3,6	0,7	33	35	25
833	Tokke	5,2	3,5	1,7	23	20	36
834	Vinje	0,0	0,0	0,0	0	0	0
901	Risør	14,1	12,4	1,7	20	22	12
904	Grimstad	37,4	27,6	9,8	17	17	19
906	Arendal	89,7	73,3	16,4	20	21	17
911	Gjerstad	5,2	3,2	2,0	21	16	38
912	Vegårshei	0,0	0,0	0,0	0	0	0
914	Tvedestrand	20,0	15,5	4,5	33	32	35
919	Froland	11,2	8,9	2,3	20	22	16
926	Lillesand	26,0	20,5	5,5	26	27	23
928	Birkenes	6,5	4,3	2,2	13	12	17
929	Åmli	2,9	2,0	0,9	16	14	23
935	Iveland	1,8	1,3	0,5	14	13	16

937	Evje og Hornnes	7,2	4,7	2,5	20	17	30
938	Bygland	4,2	3,8	0,5	35	40	19
940	Valle	2,9	1,8	1,1	23	18	42
941	Bykle	2,5	1,9	0,6	26	26	29
1001	Kristiansand	254,6	206,8	47,8	30	31	24
1002	Mandal	23,8	17,1	6,7	16	15	18
1003	Farsund	29,9	22,9	7,0	31	31	32
1004	Flekkefjord	30,3	27,1	3,2	34	39	16
1014	Vennesla	31,5	24,2	7,3	23	23	21
1017	Songdalen	19,6	15,2	4,4	31	32	27
1018	Søgne	12,0	10,4	1,6	11	13	6
1021	Marnardal	5,1	2,6	2,5	22	15	44
1026	Åseral	4,2	3,5	0,6	46	52	28
1027	Audnedal	5,3	3,0	2,3	30	23	49
1029	Lindesnes	8,7	6,9	1,8	18	19	15
1032	Lyngdal	15,4	13,2	2,2	19	22	10
1034	Hægebostad	5,3	4,3	1,0	31	33	24
1037	Kvinesdal	25,6	23,7	1,9	44	53	14
1046	Sirdal	3,9	3,2	0,7	21	23	16
1101	Eigersund	43,9	36,2	7,7	30	32	22
1102	Sandnes	106,6	85,4	21,2	15	16	12
1103	Stavanger	289,1	222,1	67,0	22	22	23
1106	Haugesund	57,7	47,2	10,5	16	17	13
1111	Sokndal	3,1	2,1	1,0	9	8	13
1112	Lund	8,5	7,4	1,1	26	31	14
1114	Bjerkreim	4,9	3,9	1,0	17	19	13
1119	Hå	52,2	42,2	10,0	29	32	20
1120	Klepp	30,5	23,8	6,7	16	18	13
1121	Time	19,3	16,8	2,5	11	13	5
1122	Gjesdal	21,3	18,5	2,8	19	23	9
1124	Sola	54,3	46,2	8,1	22	25	13
1127	Randaberg	24,2	24,2	0,0	23	32	0
1129	Forsand	3,2	2,5	0,7	26	27	21
1130	Strand	16,9	14,3	2,6	14	16	8
1133	Hjelmeland	6,3	5,0	1,3	23	24	18
1134	Suldal	10,8	8,8	2,0	28	30	21
1135	Sauda	14,8	12,9	1,9	31	34	19
1141	Finnøy	8,9	6,5	2,4	29	28	33
1142	Rennesøy	8,7	7,4	1,3	18	22	10
1144	Kvitsøy	0,6	0,5	0,1	11	12	9
1145	Bokn	2,6	1,8	0,8	30	27	39
1146	Tysvær	48,0	43,2	4,8	45	56	17
1149	Karmøy	73,4	62,5	10,9	18	20	11
1151	Utsira	0,6	0,3	0,3	28	19	61
1160	Vindafjord	29,9	24,4	5,6	34	37	26
1201	Bergen	481,1	402,1	79,0	18	19	14
1211	Etne	5,5	3,8	1,7	14	12	18
1216	Sveio	15,5	14,0	1,5	28	35	10
1219	Bømlo	26,7	21,6	5,1	23	25	17
1221	Stord	29,5	26,7	2,8	16	19	6
1222	Fitjar	17,2	15,9	1,3	57	71	17
1223	Tysnes	6,0	4,2	1,9	22	19	34
1224	Kvinnherad	43,8	32,8	11,0	33	32	35
1227	Jondal	3,8	2,9	0,9	35	33	42
1228	Odda	9,9	7,9	2,0	14	14	15
1231	Ullensvang	8,6	7,0	1,6	26	26	22
1232	Eidfjord	5,1	4,6	0,5	54	60	28
1233	Ulvik	5,5	3,3	2,2	50	38	102
1234	Granvin	1,4	0,8	0,6	15	11	37
1235	Voss	22,2	22,2	0,0	16	20	0

1238	Kvam	18,0	13,9	4,1	21	21	22
1241	Fusa	7,6	6,2	1,4	20	21	15
1242	Samnanger	3,4	2,7	0,7	14	14	13
1243	Os	24,0	23,0	1,0	13	17	2
1244	Austevoll	7,0	5,2	1,8	14	14	15
1245	Sund	22,5	15,4	7,1	34	31	41
1246	Fjell	61,4	34,3	27,1	26	20	42
1247	Askøy	134,0	102,7	31,3	49	52	42
1251	Vaksdal	8,5	7,0	1,5	21	21	17
1252	Modalen	2,7	2,0	0,7	73	71	78
1253	Osterøy	17,6	13,5	4,1	23	23	22
1256	Meland	11,9	7,1	4,8	16	13	23
1259	Øygarden	14,5	12,1	2,4	31	34	21
1260	Radøy	10,8	9,2	1,6	22	24	14
1263	Lindås	32,0	28,0	4,0	21	25	11
1264	Austrheim	8,8	7,2	1,6	31	33	26
1265	Fedje	2,2	1,8	0,4	39	41	31
1266	Masfjorden	7,4	7,1	0,3	44	53	8
1401	Flora	73,9	65,5	8,4	63	74	29
1411	Gulen	8,1	7,7	0,4	35	42	8
1412	Solund	1,9	1,8	0,1	23	27	7
1413	Hyllestad	2,4	2,2	0,2	17	20	7
1416	Høyanger	22,6	20,0	2,6	54	61	28
1417	Vik i Sogn	6,1	5,6	0,5	23	26	9
1418	Balestrand	10,3	9,5	0,8	79	91	30
1419	Leikanger	2,4	1,5	0,9	11	9	17
1420	Sogndal	15,4	9,4	6,0	20	16	36
1421	Aurland	12,5	12,3	0,2	73	88	6
1422	Lærdal	30,1	28,8	1,3	138	167	29
1424	Årdal	7,3	6,3	1,0	13	14	10
1426	Luster	7,6	5,4	2,2	15	14	19
1428	Askvoll	18,8	15,6	3,2	62	65	51
1429	Fjaler	7,5	4,7	2,8	26	21	42
1430	Gaular	8,7	5,7	3,0	30	26	42
1431	Jølster	12,7	12,1	0,6	41	52	8
1432	Førde	45,8	39,5	6,3	36	42	19
1433	Naustdal	5,2	3,6	1,6	19	17	25
1438	Bremanger	12,7	11,5	1,2	32	37	14
1439	Vågsøy	8,1	5,2	2,9	13	11	21
1441	Selje	14,1	12,4	1,7	51	56	29
1443	Eid	20,7	18,6	2,1	35	41	15
1444	Hornindal	1,0	0,7	0,3	8	8	10
1445	Gloppen	13,9	9,8	4,1	24	22	31
1449	Stryn	21,9	19,7	2,2	31	36	13
1502	Molde	52,3	45,1	7,2	20	22	13
1504	Ålesund	103,9	64,0	39,9	23	18	40
1505	Kristiansund	64,6	56,3	8,3	26	29	16
1511	Vanylven	29,1	24,7	4,4	88	93	69
1514	Sande	4,5	4,0	0,5	17	19	10
1515	Herøy	44,3	34,3	10,0	50	50	49
1516	Ulstein	33,2	27,3	5,9	41	45	30
1517	Hareid	14,0	10,6	3,4	28	27	30
1519	Volda	29,9	22,4	7,5	34	32	38
1520	Ørsta	15,4	11,6	3,8	15	14	16
1523	Ørskog	4,5	3,0	1,4	19	17	28
1524	Norddal	5,0	2,5	2,5	30	19	64
1525	Stranda	21,1	19,5	1,6	46	54	17
1526	Stordal	2,9	1,7	1,2	28	22	47
1528	Sykkylven	12,2	8,5	3,7	16	14	20
1529	Skodje	11,1	6,8	4,3	25	21	38

1531	Sula	20,4	16,9	3,5	24	26	16
1532	Giske	15,4	13,7	1,7	20	24	8
1534	Haram	26,8	19,0	7,8	30	27	38
1535	Vestnes	21,2	14,6	6,6	32	28	48
1539	Rauma	9,5	6,5	3,0	13	11	19
1543	Nesset	5,8	5,0	0,8	19	21	13
1545	Midsund	4,3	3,0	1,3	21	19	26
1546	Sandøy	3,7	3,2	0,5	29	32	18
1547	Aukra	24,1	17,8	6,3	71	70	76
1548	Fræna	54,5	41,5	13,0	56	56	57
1551	Eide	18,6	11,0	7,6	54	42	88
1554	Averøy	6,1	5,1	1,0	11	12	8
1557	Gjemnes	2,2	1,6	0,6	9	8	11
1560	Tingvoll	5,9	4,7	1,2	19	19	19
1563	Sunndal	20,2	16,2	4,0	28	28	28
1566	Surnadal	15,3	12,8	2,5	26	27	20
1567	Rindal	5,6	4,1	1,5	28	26	35
1571	Halsa	6,1	5,0	1,1	38	39	37
1573	Smøla	8,9	7,9	1,0	41	45	24
1576	Aure	4,0	3,5	0,5	11	12	7
1601	Trondheim	613,3	491,9	121,4	34	34	32
1612	Hemne	18,2	14,2	4,0	43	43	43
1613	Snillfjord	3,2	2,3	0,9	33	29	48
1617	Hitra	28,5	22,0	6,5	63	61	73
1620	Frøya	14,4	10,4	4,0	32	29	42
1621	Ørland	31,6	17,0	14,6	61	42	134
1622	Agdenes	10,8	8,8	2,0	62	63	59
1624	Rissa	15,5	12,5	3,0	23	24	21
1627	Bjugn	9,7	7,5	2,2	21	20	21
1630	Åfjord	24,4	19,0	5,4	75	73	84
1632	Roan	4,5	4,1	0,4	46	51	22
1633	Osen	2,1	1,8	0,3	21	22	16
1634	Oppdal	21,3	15,6	5,7	31	29	38
1635	Rennebu	6,8	4,5	2,3	27	22	46
1636	Meldal	12,0	7,8	4,2	30	25	52
1638	Orkdal	37,8	29,6	8,2	33	33	31
1640	Røros	9,1	7,2	1,9	16	16	18
1644	Holtålen	2,3	1,9	0,4	11	12	10
1648	Midtre Gauldal	7,4	6,4	1,0	12	13	7
1653	Melhus	22,3	18,3	4,0	14	15	10
1657	Skaun	12,5	8,0	4,5	17	15	23
1662	Klæbu	12,9	6,9	6,0	22	16	36
1663	Malvik	27,4	15,9	11,5	21	16	33
1664	Selbu	6,3	4,7	1,6	16	15	19
1665	Tydal	2,9	2,3	0,6	34	32	39
1702	Steinkjer	88,0	57,2	30,8	41	34	66
1703	Namsos	39,9	29,9	10,0	30	30	32
1711	Meråker	5,1	3,4	1,7	20	17	33
1714	Stjørdal	89,8	73,8	16,0	40	43	29
1717	Frosta	3,4	1,9	1,5	13	9	25
1718	Leksvik	8,2	4,9	3,3	23	18	42
1719	Levanger	55,2	44,2	11,0	29	30	25
1721	Verdal	21,7	15,8	5,9	15	14	17
1724	Verran	0,0	0,0	0,0	0	0	0
1725	Namdalseid	9,9	9,0	0,9	59	68	26
1736	Snåsa	5,6	4,0	1,6	26	23	36
1738	Lierne	6,6	5,2	1,4	48	47	49
1739	Røyrvik	1,3	1,2	0,1	26	31	10
1740	Namsskogan	4,3	3,6	0,7	47	49	38
1742	Grong	6,0	3,0	3,0	24	15	61

1743	Høylandet	4,1	3,1	1,0	33	33	33
1744	Overhalla	6,0	3,8	2,2	16	13	25
1748	Fosnes	1,1	0,5	0,6	17	9	52
1749	Flatanger	3,1	3,0	0,1	28	33	5
1750	Vikna	9,3	8,9	0,4	22	27	4
1751	Nærøy	20,7	19,2	1,5	41	48	14
1755	Leka	0,5	0,5	0,0	9	11	0
1756	Inderøy	6,7	4,7	2,0	10	9	13
1804	Bodø	135,4	83,4	52,0	27	22	47
1805	Narvik	28,5	24,5	4,0	15	16	11
1811	Bindal	16,0	15,2	0,8	106	125	28
1812	Sømna	6,9	3,9	3,0	34	24	68
1813	Brønnøy kommune	26,5	16,5	10,0	34	27	54
1815	Vega	0,7	0,7	0,0	6	7	0
1816	Vevelstad	0,6	0,5	0,1	12	13	10
1818	Herøy	8,9	7,9	1,0	51	56	31
1820	Alstahaug	20,1	15,9	4,2	27	27	26
1822	Leirfjord	5,0	3,5	1,5	23	20	33
1824	Vefsn	29,3	20,9	8,4	22	20	31
1825	Grane	3,8	3,1	0,7	26	27	24
1826	Hattfjelldal	4,0	3,0	1,0	27	25	33
1827	Dønna	3,1	3,1	0,0	22	28	0
1828	Nesna	3,0	3,0	0,0	16	20	0
1832	Hemnes	27,3	13,2	14,2	60	37	150
1833	Rana	0,0	0,0	0,0	0	0	0
1834	Lurøy	8,1	5,4	2,7	43	36	67
1835	Træna	2,9	1,3	1,6	60	36	141
1836	Rødøy	4,0	1,5	2,5	31	15	76
1837	Meløy	0,0	0,0	0,0	0	0	0
1838	Gildeskål	3,8	2,8	1,0	19	17	27
1839	Beiarn	6,5	3,7	2,8	60	41	156
1840	Saltdal	8,8	5,6	3,2	19	15	36
1841	Fauske	13,2	8,7	4,5	14	11	23
1845	Sørfold	5,1	3,1	2,0	26	19	51
1848	Steigen	20,2	14,5	5,7	78	69	119
1849	Hamarøy	8,0	7,0	1,0	44	47	30
1850	Tysfjord	0,0	0,0	0,0	0	0	0
1851	Lødingen	3,7	2,5	1,1	16	14	27
1852	Tjeldsund	2,0	1,0	1,0	16	10	46
1853	Evenes	0,0	0,0	0,0	0	0	0
1854	Ballangen	6,7	5,9	0,8	26	29	15
1856	Røst	1,0	0,7	0,3	17	14	28
1857	Værøy	1,0	0,5	0,5	13	8	30
1859	Flakstad	3,5	3,1	0,4	26	29	14
1860	Vestvågøy	18,6	14,4	4,2	17	17	17
1865	Vågan kommune	21,1	14,3	6,8	23	20	35
1866	Hadsel	19,3	16,3	3,0	24	25	18
1867	Bø	9,2	8,2	1,0	35	38	21
1868	Øksnes	24,1	21,6	2,5	53	60	26
1870	Sortland	50,5	25,9	24,6	50	33	104
1874	Moskenes	7,0	6,5	0,5	63	71	25
1871	Andøy	7,6	7,1	0,5	15	18	5
1901	Harstad	68,8	60,3	8,5	28	31	16
1902	Tromsø	103,1	81,9	21,2	14	15	13
1911	Kvæfjord	11,5	8,0	3,5	37	33	52
1913	Skånland	14,0	13,2	0,8	47	55	14
1917	Ibestad	0,5	0,3	0,3	3	2	11
1919	Gratangen	3,9	3,5	0,4	34	38	20
1920	Lavangen	8,6	8,1	0,5	85	102	23
1922	Bardu	25,3	23,8	1,5	63	76	17

1923	Salangen	36,2	29,2	7,0	163	166	150
1924	Målselv	28,9	22,4	6,5	44	43	47
1925	Sørreisa	6,0	3,0	3,0	17	11	37
1926	Dyrøy	8,8	6,6	2,2	75	69	102
1927	Tranøy	1,6	1,0	0,6	11	8	20
1928	Torsken	1,5	1,4	0,1	17	19	7
1929	Berg	4,5	3,5	1,0	49	46	67
1931	Lenvik	33,4	27,1	6,3	29	31	23
1933	Balsfjord	15,6	14,4	1,2	28	32	11
1936	Karlsøy	6,4	5,1	1,3	27	27	32
1938	Lynge	13,4	12,9	0,5	45	54	8
1939	Storfjord	3,8	3,3	0,5	19	21	12
1940	Kåfjord	5,9	4,7	1,2	27	26	31
1941	Skjervøy	20,4	15,4	4,9	71	68	82
1942	Nordreisa	19,9	14,4	5,5	41	38	52
1943	Kvænangen	0,0	0,0	0,0	0	0	0
2002	Vardø	3,2	3,0	0,2	15	17	6
2003	Vadsø	17,0	13,5	3,5	27	28	25
2004	Hammerfest	16,5	14,0	2,5	16	17	11
2011	Guovdageainnu suohkan Kautokeino	26,9	24,6	2,3	92	108	36
2012	Alta	71,8	59,3	12,5	36	40	25
2014	Loppa	5,4	4,0	1,4	52	46	85
2015	Hasvik	4,6	3,8	0,8	44	45	40
2017	Kvalsund	10,5	6,0	4,5	100	69	245
2018	Måsøy	4,8	3,3	1,5	38	32	71
2019	Nordkapp	11,0	7,5	3,5	34	29	56
2020	Porsanger	25,0	22,4	2,6	63	70	34
2021	Kárášjohka/ Karasjok	6,0	4,4	1,6	22	21	28
2022	Lebesby	4,2	3,3	0,9	31	31	32
2023	Gamvik	10,7	8,0	2,7	97	88	146
2024	Berlevåg	7,5	3,7	3,8	71	42	207
2025	Tana	25,5	23,3	2,2	88	100	40
2027	Nesseby	2,8	2,3	0,5	30	30	31
2028	Båtsfjord	7,6	3,6	4,0	34	21	89
2030	Sør-Varanger	16,0	16,0	0,0	16	20	0
	Totalt	11 729	9 145	2 584	23	23	23

I denne rapporten presenteres de årlige tallene for ressursinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Data ble samlet inn våren 2014 og denne gangen var det kun to av 428 kommuner som ikke rapporterte. Dette gir en rapporteringsandel på 99,5 prosent.

Vi finner at antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt er stabilt på nasjonalt nivå og ligger omtrent på samme nivå som ved utgangen av Opptappingsplanen for psykisk helse i 2008. Men befolkningen vokser, og trenden er dermed at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid i kommunene. Befolkningsveksten følges altså ikke opp med flere årsverk.

Årets kartlegging har vist at kommunalt psykisk helsearbeid er mye mer enn en tjeneste til mennesker med psykiske lidelser, og det er stor variasjon i hvordan kommunene definerer målgruppen for tjenestene. Mens noen kommuner har et relativt spesialisert tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser som nærmest likner et DPS-tilbud, har andre kommuner bygget opp mer generelle tjenester som i større grad nærmer seg sosialtjenestefeltet.

Kartleggingen viser at mange kommuner fortsatt særlig sliter med å gi gode tilbud til mennesker med psykiske lidelser som samtidig har ruslidelser (ROP-pasienter). Dette handler både om manglende utbygde boligtilbud, men også at mange kommuner i liten grad har oppsøkende tjenester eller tilbud utenfor kontortid. Mer satsning i denne retningen kan bidra til at kommunene i større grad kommer i hjelpeposisjon i forhold til målgruppen i følge kommunene.