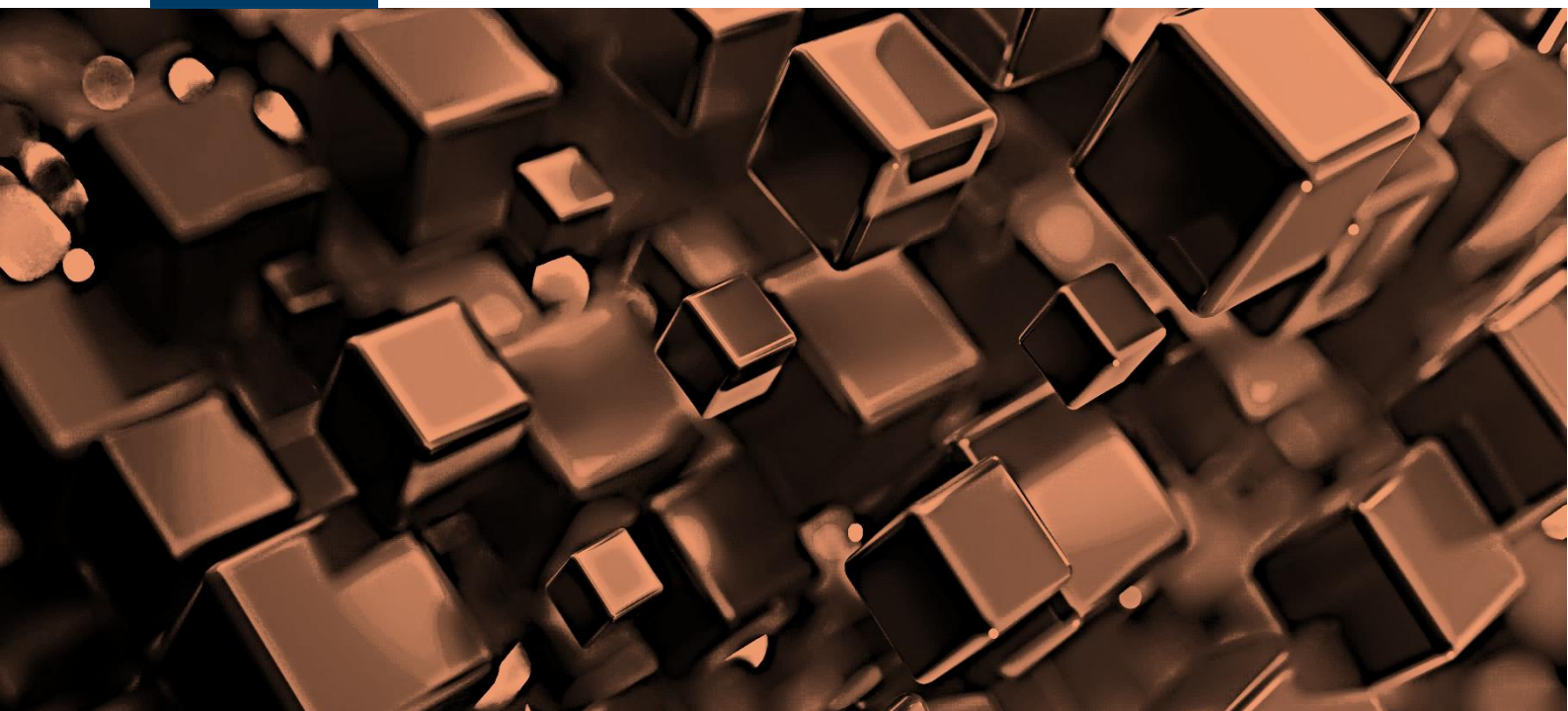




Rapport

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

Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2025.

Forfattere:

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

Rapportnummer:

2025:01181 - Åpen

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Rapport

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

Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2025.

EMNEORD

Kommuner

Psykisk helse

Rus

Tjenester til voksne

Tjenester til barn og unge

Kunnskapsgrunnlag

Nasjonale tall

Årsverk

Antall brukere

Kjøp av tjenester

Erfaringskonsulenter

Bruker- og pårørendemedv.

Rekrutteringsutfordringer

Samarbeid

Endring i henvendelser

Opptappingsplan psykisk helse

Lavterskeltilbud

Selvmordsforebygging

Oppsøkende virksomhet

TUD

Forebyggende arbeid

Selhjelpsverktøy

Utskrivningsklare pasienter

Boligtilbud til målgruppen

VERSJON

2

DATO

2025-12-04

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

OPPDRAGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Ranita Larsen Nersund

PROSJEKTNUMMER

102029960

ANTALL SIDER

288

KONKLUSJON

Det er vanskelig å konkludere med noe annet enn at mer av statens inntekter må overføres til kommunene, dersom de kommunale tjenestene til målgruppen skal styrkes. Konsekvensene av dårlige bosituasjoner for innbyggere med alvorlige psykiske lidelser kombinert med ruslidelser, kan bli store for den enkelte, familiene deres og for samfunnet. Det er vanskelig for kommunene å prioritere lavterskeltjenester til den generelle befolkningen samtidig som de skal gi nødvendig tilbud til personer alvorlige psykiske lidelser, alvorlige rusmiddelproblemer og ROP-lidelser, som er blant de mest sårbare i samfunnet. Riksrevisjonen konkluderte i februar 2025 med at myndighetene ikke har sørget for at personer med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse får den hjelpen de trenger, og at uten bolig forsvinner grunnlaget for stabilisering og behandling for ROP-pasienter. Resultatene i denne rapporten som handler om boligsituasjonen til målgruppen, er helt i samsvar med funnene til Riksrevisjonen.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose



SIGNATUR

KONTROLLERT AV

Silje L. Kaspersen



Silje L. Kaspersen (Dec 4, 2025 08:22:19 GMT+1)

SIGNATUR

GODKJENT AV

Line Melby



SIGNATUR

Forord

Rapporten er et resultat av et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. SINTEF har siden 2007 årlig samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner for at Helsedirektoratet skal kunne følge utviklingen i ressursinnsatsen i kommunene. I 2015 ble kartleggingen utvidet til å også inkludere kommunalt rusarbeid. Det har vært god oppslutning om årets rapportering, og det er kun fem kommuner som ikke har rapportert årsverk for voksne det betyr at 99 prosent har rapportert årsverk for voksne. Det er 15 kommuner som ikke har rapportert årsverk for barn og unge og det betyr at 96 prosent har rapportert årsverk for tjenester til barn og unge.

Fra i år har vi delt opp skjemaet i én del som inneholder spørsmål om tjenester til voksne brukere, og én del som handler om tjenester til barn og unge. Dette har vi gjort fordi mange kommuner har bedt om en slik inndeling, ettersom det ofte er ulike personer som rapporterer for voksne og for barn og unge. 91 prosent av kommunene/bydelene har fylt ut hele skjemaet for voksne, og 84 prosent har fylt ut hele skjemaet for barn og unge.

I år har vi prioritert å få med flest mulig kommuner, og datainnsamlingsarbeidet pågikk helt til 4. juli. Den 19. juni var det fortsatt 25 kommuner som ikke hadde startet utfyllingen, men etter at Sentio Research AS rettet en stor innsats mot hver enkelt kommune, og med hjelp fra rådgiverne hos statsforvalterne, endte det opp med kun fire kommuner som ikke har rapportert på noen av spørsmålene om voksne eller om barn og unge. Tre av disse rapporterte i 2024, og vi har antatt at de ikke har endringer i årsverkstallene fra 2024 til 2025.

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

En del av datagrunnlaget publiseres på kommune- og fylkesnivå i Helsedirektoratets statistikk-løsning, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid>.

Referansegruppen til prosjektet består av Kristin Tømmervik (KORUS midt), Jon Qvortrup (KS), Jens Solem (A-larm), Petter Dahle (NAPHA), Solfrid E. Lilleeng (Helsedirektoratet), Viviann Sandberg Larsen (Trondheim kommune) og Ingunn Flakne Solberg (Statsforvalteren i Trøndelag). Alle medlemmene i referansegruppen har gitt innspill til rapporten. Vår kontaktperson i Helsedirektoratet i dette prosjektet er Ranita Larsen Nersund, og vi takker for nok et år med godt samarbeid.

Trondheim, 3. desember 2025

dr. polit/seniorforsker Solveig Osborg Ose, prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	9
1 KUNNSKAPSGRUNNLAG	30
1.1 Kunnskapskilder og nettressurser	30
1.2 Metode for utvikling av kunnskapsgrunnlaget i rapporten	31
1.3 Nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene	32
1.4 Kommunale tjenestetilbud til samiske innbyggere, prioritering i helsetjenesten og straffegjennomføring for et tryggere Norge	36
1.5 Nye norske fagbøker på psykisk helse- og rusarbeidsfeltet	42
1.6 Forskning og evaluering fra Norge det siste året	44
1.7 Annet nytt på psykisk helse- og rusfeltene	54
1.8 Oppsummering og frempek	58
2 DATAGRUNNLAG	60
2.1 Deltakelse i 2025	60
2.2 Endringer i 2025	60
2.3 Valgt rapporteringsmetode	61
2.4 Forkortelser brukt i rapporten	62
2.5 Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen	62
2.6 Oppsummering	63
3 NASJONALE ÅRSVERKSTALL	64
3.1 Årsverksinnsats – totalt	64
3.2 Årsverksinnsats – tjenester fordelt på tiltak	64
3.3 Årsverksinnsats – fordelt på utdanning	66
3.4 Anslag på andelen årsverk fra personer med videre-utdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	67

3.5	Oppsummering årsverk	68
4	ANTALL BRUKERE, KJØP AV TJENESTER	70
4.1	Beregning av antall brukere med og uten vedtak	71
4.2	Beregning av antall brukere kommunene kjøper tjenester for	73
4.3	Oppsummering	74
5	ERFARINGSKONSULENTER, REKRUTTERINGSUTFORDRINGER OG BRUK AV PERSONALRESSURSER	76
5.1	Erfaringskonsulenter	76
5.2	Rekrutteringsutfordringer	78
5.3	Bruk av personalressurser på nye måter	80
5.4	Hva de planlegger å gjøre fremover	82
5.5	Oppsummering	83
6	ÅRSVERK ETTER KOMMUNESTØRRELSE, FYLKE, HELSEFORETAK, HELSEREGION OG DE TI STØRSTE KOMMUNENE	84
6.1	Befolkningsutvikling	84
6.2	Årsverk fordelt etter kommunestørrelse	85
6.3	Årsverk fordelt etter fylke	86
6.4	Årsverk fordelt etter HF-område	88
6.5	Årsverk fordelt etter helseregion	91
6.6	De ti største kommunene	92
6.7	Oppsummering	94
7	HOVEDFORLØP (VOKSNE), ALVORLIGHET OG VARIGHET (BARN OG UNGE)	96
7.1	Innledning	96
7.2	Tjenester til voksne	98

7.3	Tjenester til barn og unge	99
7.4	Vurdering av det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter	100
7.5	Vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge	100
7.6	Oppsummering	101
8	ENDRING I OMFANG AV HENVENDELSER	102
8.1	Endring i omfang av henvendelser og henvisninger	102
8.2	Årsak til økningen i antallet henvendelser og henvisninger	105
8.3	Oppsummering	106
9	BRUKER- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING	107
9.1	Kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner	108
9.2	Brukerstyrte tilbud til den voksne målgruppen	109
9.3	Sikring av brukermedvirkning på ulike nivåer	110
9.4	Systematisk innhenting av brukererfaring	113
9.5	Metode for innhenting av brukererfaringer fra barn og unge	115
9.6	Metode for innhenting av brukererfaringer fra voksne	115
9.7	I hvilken grad er tjenestetilbudet recovery-orientert	118
9.8	Oppsummering	120
10	TJENESTER OG TILBUD TIL BARN OG UNGE	122
10.1	Om kommunene arbeider i tråd med den nasjonale veilederen	124
10.2	Planer med mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet	124
10.3	Tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge	125
10.4	Nasjonalt forløp for barnevern	128
10.5	Samarbeid med barnevernstjenesten	129
10.6	Tiltak/tilbud til unge voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer når det gjelder arbeid og utdanning	130

10.7	Tiltak rettet mot unge for å forebygge overdoser	131
10.8	SLT-koordinator/SLT-modellen	131
10.9	Samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner	133
10.10	Oppsummering	134
11	OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE (2023–2033)	137
11.1	Om planen	137
11.2	Kommunenes forventning til opptrappingsplanen i 2024	138
11.3	Planer om tiltak i tjenester rettet mot voksne	138
11.4	Planer om tiltak i tjenester rettet mot barn og unge	144
11.5	Rammer for å drive fag- og tjenesteutvikling	147
11.6	Pårørende med innvandrere-/flyktningbakgrunn	152
11.7	Vurderingssamtaler mellom psykisk helsevern for barn og unge og kommunene	152
11.8	Oppsummering	154
12	HELSEFELLESKAP	156
12.1	Helsefellesskap, voksne	157
12.2	Helsefellesskap, barn og unge	167
12.3	Faste samarbeidsmøter med psykisk helsevern (PHBU) på systemnivå	171
12.4	Etablert samarbeidsmodell for avklaring av henvisninger	172
12.5	Oppsummering	174
13	SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTER	176
13.1	Samarbeid om voksne i hovedforløp 3	176
13.2	Endringer i samarbeidet om voksne siste år	177
13.3	Bidrag fra spesialisthelsetjenester i tjenester til voksne	178
13.4	Får ikke tilstrekkelig tilbud i spesialisthelsetjenesten	181
13.5	Samarbeid om barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser	188

13.6	Endringer i samarbeidet om barn og unge siste år	188
13.7	Bidrag fra spesialisthelsetjenester i tjenester til barn og unge	189
13.8	Oppsummering	190
14	LAVTERSKELTILBUD FOR VOKSNE	192
14.1	Rask psykisk helsehjelp (RPH)	193
14.2	Andre lavterskeltilbud til målgruppen	196
14.3	Andel av årsverk til gruppetilbud	198
14.4	Tilgjengelighet til lavterskeltilbud	199
14.5	Oppsummering	204
15	OPPSØKENDE VIRKSOMHET	205
15.1	Oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom	206
15.2	Oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne	207
15.3	Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller opp- følgings-team	207
15.4	NAPHAS oversikt over FACT, ACT og FACT ung	210
15.5	Hvor godt samarbeidet fungerer for ulike team	210
15.6	Oppsummert	212
16	SELMORDSFØREBYGGING, RUTINER OG KOMPETANSE	213
16.1	Skriftlige rutiner	214
16.2	Plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging	215
16.3	Kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging	217
16.4	Hva kommunene har behov for	219
16.5	Oppsummering	219
17	VOLD I NÆRE RELASJONER OG SIKKERHETS- UTFORDRINGER	221
17.1	Handlingsplan	222

17.2	Om planen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	223
17.3	System for håndtering av vold i nære relasjoner	225
17.4	Skriftlige rutiner	226
17.5	Proaktiv oppfølging	228
17.6	Kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysnings-rett og opplysningsplikt (meldeplikt)	231
17.7	Oppsummering	232
18	FOREBYGGINGS- OG BEHANDLINGS- REFORMEN FOR RUSFELTET	234
18.1	Forventinger til reformen	236
18.2	Om kommunene har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette	237
18.3	Organisering av rådgivende enhet for russaker	240
18.4	Andre funksjoner for enheten	242
18.5	Antall saker i 2024	243
18.6	Oppsummering	244
19	TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)	246
19.1	Tidligere funn	246
19.2	Erfaring med TUD	248
19.3	Om kommunen får beskjed om at pasienter som skal ha kommunale tjenester, er underlagt TUD eller ikke	249
19.4	Kommunens rolle i forbindelse med tvangsmedisinering av pasienter som er underlagt TUD	251
19.5	FACT og TUD	253
19.6	Årsaker til problemer med å gi tilbud til pasienter som er underlagt TUD	253
19.7	Oppsummering	254

20	SÅRBARHET FOR OVERDOSER OG UNGE MED RUSMIDDELPROBLEMER	255
20.1	Om det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk	255
20.2	Vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) og brukerorganisasjoner	256
20.3	Kjent med nasjonale faglige råd for overdose- forebyggende tiltak	257
20.4	Oppsummering	257
21	ANNET	258
21.1	Samarbeid med frivillige aktører	258
21.2	Forebyggende arbeid for voksne	259
21.3	Digitale kartleggings- og behandlingsverktøy for milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer	260
21.4	Informasjon om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no	261
21.5	Tilbud til voksne for å bidra til en meningsfylt hverdag	262
21.6	Fokus på arbeid/utdanning	262
21.7	Melding om utskrivningsklare pasienter	264
21.8	Hovedutfordringer med boligtilbudet til målgruppen	265
	REFERANSER	270
	VEDLEGG A: FORKORTELSER	276
	VEDLEGG B: GRUNNLAGSDATA 2025	279

Sammendrag og konklusjon

Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget i første kapittel av rapporten har som mål å gi helsemyndighetene, personell i psykisk helse- og rustjenestene, kompetansesentrene, forskere og andre aktører en oppdatert oversikt over nasjonale føringer på psykisk helse- og rusfeltet og eksempler på hva som er publisert på feltet i løpet av det siste året. Etter lanseringen av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) har det kommet en rekke nye stortingsmeldinger, NOU'er, handlingsplaner og faglige veiledere som skal "ses i sammenheng med" hverandre, og vi har laget en oversikt over de viktigste dokumentene i årets rapport.

I en av artiklene vi har omtalt går det fram at unge var mer positive til svar fra ChatGPT enn de var til «ekte» fagpersoner. Denne type studier blir det sannsynligvis flere av i årene som kommer, og nye former for internettbasert behandling vil sannsynligvis gjøre sitt inntog også i kommunale psykisk helse- og rustjenester. Det bekreftes i American Psychological Association sin årlige trendrapport, som nettopp peker på at kunstig intelligens (KI) blir en stadig mer integrert del av terapi, forskning, arbeidsliv, utdanning og folks hverdag.

Endringer i kartleggingsskjema i 2025

I 2024 ble det innført nye tjeneste- og utdanningskategorier, og disse er videreført i 2025. Det er ingen endringer i årsverksvariablene, med unntak av at tjenestekategorien «Lavterskel helse- og mestringsstilbud» for voksne ble endret til «Lavterskel psykisk helse- og rustilbud».

Det som er nytt i 2025, er at skjemaet er delt opp i spørsmål henholdsvis om voksne og om barn og unge (der det er etablert to forskjellige lenker til utfylling), og at kommunen har fått mulighet til å velge om det er samme person som skal fylle ut skjemaene til voksne og til barn og unge, eller om lenkene skal sendes til to forskjellige personer. Formålet er å få bedre rapportering fra tjenester rettet mot barn og unge.

Oppslutning om årets rapportering

I 2025 er det totalt 357 kommuner i Norge. Fordi Oslo rapporterer på bydelsnivå (15 bydeler og Velferdsetaten), er det totalt 372 kommuner/bydeler som forventes å rapportere.

Det har generelt vært god oppslutning om årets rapportering, og det er fire kommuner som ikke har rapportert hverken på spørsmålene om voksne eller på spørsmålene om barn og unge i 2025. 15 kommuner har ikke svart på noen spørsmål om barn og unge, mens fem kommuner ikke har svart på noen spørsmål om voksne.

338 kommuner/bydeler (91 prosent) har fullført hele kartleggingen som gjelder voksne i målgruppen, mens 313 kommuner/bydeler (84 prosent) har fullført hele kartleggingen som gjelder barn og unge. Totalt har 312 kommuner/bydeler (84 prosent) fullført hele kartleggingen både for voksne og for barn og unge.

Årsverksutvikling

Det er rapportert 212 færre årsverk i 2025 enn i 2024 i tjenester til voksne og 196 flere årsverk i tjenester til barn og unge. Det er ingen kommuner som i 2025 har oppgitt at endringen fra 2024 til 2025 ikke er reell, og den rapporterte endringen er derfor lik den beregnede endringen i 2025.

På nasjonalt nivå er det altså en nedgang i årsverk til voksne på 1,7 prosent og en økning i årsverk til barn og unge på 5,4 prosent. Totalt sett er det en marginal nedgang på 16 årsverk (0,1 prosent) på nasjonalt nivå.

Det kan derfor se ut som at det er en liten dreining fra årsverk i tjenester rettet mot voksne til årsverk i tjenester rettet mot barn og unge.

	2016	2019	2020	2023	2024	2025	Rapportert endring 2024–2025	
							Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	12 872	12 966	13 445	12 607	12 395	–212	–1,7
Barn og unge	2 873	3 527	3 603	3 991	3 629	3 825	196	5,4
Totalt	13 936	16 399	16 569	17 436	16 236	16 220	–16	–0,1

Tjenester for voksne: Det er i 2025 totalt 37 prosent av årsverkene som brukes i bemannede boliger, 23 prosent av årsverkene går til ambulant/mobil/oppøkende virksomhet, og 9 prosent av årsverkene går til lavterskel helse- og russtilbud. Det er en særlig stor nedgang i årsverk som går til ambulante/mobile/oppøkende virksomhet på 309 årsverk (nedgang på 9,7 prosent), og det er en økning i lavterskel psykisk helse- og rustilbud på 65 årsverk (økning på 6 prosent). Det er en nedgang i alle andre tiltakskategorier, med unntak av øvrige årsverk, der det er en økning på 10,8 prosent.

Det ser derfor ut til å være en dreining av årsverk fra alle typer tiltak over mot lavterskel psykisk helse- og rustilbud og øvrige årsverk i tjenester til voksne.

Fra 2024 til 2025 er det særlig nedgang i årsverk fra personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet eller høyskole (1,6 prosent) og en økning i årsverk fra personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole (2,6 prosent), se tabell 3.4. Det er også en betydelig nedgang i årsverk fra ufaglærte personer på 156 årsverk (14,3 prosent).

Tjenester til barn og unge: 35 prosent av årsverkene er i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, mens 20 prosent av årsverkene går til lavterskel psykisk helse- og rustilbud. Totalt går 15 prosent av årsverkene til ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet.

Fra 2024 til 2025 er det en nedgang i ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet på 104 årsverk (15,2 prosent), og det er 59 færre årsverk i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (4,2 prosent). Som i tjenester for voksne er det rapportert om en relativt stor økning i årsverk til lavterskel psykisk helse- og rustilbud på 94 årsverk (13,8 prosent). Det er også en økning fra 2024 til 2025 i årsverk i bemannede boliger (14,5 prosent), aktiviteter, kulturtiltak og fritidstiltak (15,4 prosent) og kategorien øvrige årsverk (40,3 prosent).

For tjenester og tiltak rettet mot barn og unge er det særlig en økning i antall årsverk fra personer med annen utdanning fra universitet eller høyskole med 125 flere årsverk (40 prosent), mens det er liten endring i helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole (opp 5 prosent) og fra universitet/høyskole (opp 0,9 prosent). Årsverk i kategorien «Annen utdanning fra videregående skole» har doblet seg fra 33 til 65 årsverk (opp 97 prosent), mens antallet ufaglærte har økt med fem årsverk.

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)

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

I år spurte vi kommunene om de har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot henholdsvis voksne og barn og unge i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025, om hvilke tiltak dette eventuelt er, og om hva de mener er det aller viktigste å oppnå for de to respektive målgruppene gjennom opptrappingsplanen. Når det gjaldt tjenester til voksne, var det 57 prosent av kommunene som planla å iverksette nye tiltak, mens i tjenester for barn og unge var det 52 prosent av kommunene som planla å iverksette nye tiltak.

Tjenester for voksne: Av alle tiltak som ble nevnt, var det helt klart flest kommuner som nevnte iverksetting av nye tiltak innen Rask psykisk helsehjelp (RPH) og andre typer lavterskeltilbud. Det var også en høy andel kommuner som nevnte at de skal satse på ulike former for gruppetilbud samt arbeids- og aktivitetstilbud. Flere skrev noe om at de enten

skal etablere, reetablere eller styrke eksisterende FACT-team, og de nevnte også andre typer oppsøkende/ambulant virksomhet som satsingsområde. Mange kommuner skal jobbe med å forbedre botilbudene, og særlig nevnte de ROP-pasienter med lav boevne og adferdsutfordringer som målgruppe for styrkingen (de nevnt også oppfølging av ny boligsosiallov). Tiltak for mer og bedre samarbeid både internt i kommunen og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ble nevnt av 20 kommuner. Øvrige kategorier der det var færre enn 20 kommuner som svarte at det skulle iverksettes tiltak innenfor temaet, var tiltak på forebyggingsfeltet, assistert selvhjelp, styrking av tilbud til de med mest alvorlige lidelser (forløp 3), pårørendetiltak og det å gå bort fra vedtaksbaserte tjenester.

På spørsmålet om hva kommunene mener er aller viktigst å oppnå med opptrappingsplanen, ser det ut til å være stor enighet om at det viktigste er å styrke lavterskeltjenestene og å komme tidlig inn for å forebygge eskalering av psykisk uhelse. Også i disse kommentarene er det flere som nevner at man vil redusere behovet for vedtak i tjenestene. Mange nevnte behovet for å styrke kvaliteten på tjenestene og få til mer effektive tjenester med god ressursutnyttelse og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten, samt det å oppnå bedre livskvalitet og egenmestring for brukerne (blant annet gjennom recovery-orientert jobbing og gode verktøy for selvhjelp).

Tjenester for barn og unge: Det var stor bredde i typer tiltak som det planlegges å sette i verk i løpet av 2025, og mange kommuner har planer om å sette i verk nye tiltak. Noe som gikk igjen, var styrket innsats for barn og unge gjennom mer tverrfaglig samarbeid / teambasert arbeid (herunder FACT ung), styrking av lavterskeltilbud, og generell satsing på forebygging og tidlig innsats. Det virker som en del kommuner skal følge opp retningslinjene i den nye veilederen i psykisk helsetjenester for barn og unge ved å etablere egne psykisk helsetjenester for målgruppen. Skolebaserte tiltak samt gruppetilbud/kurs (Tankevirus, angst- og stressmestringskurs, sorggrupper, foreldrekurs osv.) ble også nevnt i flere av kommentarene.

På spørsmålet om hva kommunene mener er aller viktigst å oppnå med opptrappingsplanen når det gjelder barn og unge, var det mange som trakk fram betydningen av tidlig innsats og forebygging som det viktigste, og nesten én av fem kommentarer understreket dette. Nesten like mange pekte på behovet for å styrke lavterskeltilbudene, mens en betydelig andel også fremhevet viktigheten av bedre tverrfaglig samarbeid. Andre temaer som gikk igjen, var brukermedvirkning, fleksibilitet i tjenestene, foreldrestøtte og behovet for å spisse tilbudet mot målgruppen. Enkelte kommentarer tok også opp behovet for å hindre utenforskap, utvikle tjenestene videre, sikre helhetlig behandling og ha et tydelig familieperspektiv. Flere understreket betydningen av å styrke barns psykologiske motstandskraft og normalisere reaksjoner på livsutfordringer. Når forløp ble nevnt, handlet det særlig om å styrke samarbeidet og tilbudet til barn og unge med alvorlige langvarige problemer/lidelser. Felles for kommentarene er ønsket om at barn og unge skal få tidlig, helhetlig og tilgjengelig hjelp fra trygge fagpersoner og tjenester som samarbeider godt.

På spørsmål om rammene for å drive fag- og tjenesteutvikling i tjenestene var det stor variasjon mellom kommunene. I kommuner der politisk og administrativ ledelse satser på fagfeltet, i tjenester rettet enten mot voksne eller mot barn og unge eller mot begge grupper, ser det ut til å være bedre rom for fag- og tjenesteutvikling. Andre oppgir at de har så lite ressurser tilgjengelig at det er begrenset rom for å drive fag- og tjenesteutvikling. Tilskuddsordninger fra statsforvalterne ser ut til å være viktige for å få til dette arbeidet, men kommunene oppgir at de har problemer med å få arbeidet inn i ordinær drift etter tilskuddsperioden på grunn av svak kommuneøkonomi.

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) står det at det er viktig at pårørende med innvandrerbakgrunn får tilgang til tilrettelagt informasjon og kunnskap om hvem de skal kontakte for å få hjelp. Det er 43 prosent av kommunene eller bydelene som oppgir at de har tilrettelagt informasjon til denne målgruppen, og ytterligere 16 prosent svarer at dette er under planlegging. Det er ingen endring i svarfordelingen fra 2024 til 2025.

Det er et mål i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) at man i psykisk helsevern for barn og unge skal gjennomføre en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har spurt om kommunene har vært involvert i slike vurderingssamtaler, og hver tredje kommune svarer ja.

Lavterskeltilbud til voksne og tilgjengelighet

I 2025 har 91 prosent av landets kommuner og bydeler svart på spørsmål om Rask psykisk helsehjelp (RPH), og en tredjedel av disse oppgir at de har etablert RPH som et eget tilbud. Dette er en økning på seks prosentpoeng fra året før. I tillegg har fem prosent av kommunene inngått interkommunale samarbeid om RPH, slik at totalt 38 prosent av kommunene har et slikt tilbud tilgjengelig for sine innbyggere. Det er fortsatt kun én kommune som kjøper RPH-tjenester fra andre kommuner. Antall årsverk knyttet til RPH har økt fra 368 i 2024 til 442 i 2025, noe som tilsvarer en vekst på 20 prosent.

Det er særlig de største kommunene som har etablert egne RPH-tilbud – blant kommuner med over 50 000 innbyggere har 90 prosent RPH, men de resterende av samme størrelse oppgir at de ikke har planer om å etablere tilbudet. I motsetning til dette mangler 70 prosent av kommuner med færre enn 10 000 innbyggere et slikt tilbud.

Utover RPH har 69 prosent av kommunene andre lavterskeltilbud innen psykisk helse, en økning fra 60 prosent i 2024. Antall årsverk i slike tiltak har økt med 28 prosent, fra 776 til 994. Når det gjelder lavterskeltiltak rettet mot rusarbeid, har andelen kommuner med slike tilbud økt fra 48 til 58 prosent siste år. Det er i 2025 totalt 15 prosent av kommunene som har oppgitt at de ikke har noen lavterskeltilbud til målgruppen. Andelen som har både RPH og lavterskeltilbud innen både psykisk helse og rus har økt fra 17 prosent i 2024 til 24 prosent i 2025.

Gruppetilbud utgjør mellom 5 og 15 prosent av årsverkene i lavterskeltiltakene i 30 prosent av kommunene, mens 6 prosent bruker tre av fire årsverk eller mer på gruppetilbud. Det er særlig blant de minste kommunene man finner både de som ikke bruker noen årsverk på gruppetilbud, og de som bruker nesten alle. Mange kommuner planlegger å utvide gruppetilbudene fremover. Det er ingen tydelige forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Tilgjengeligheten av tjenester på ettermiddag og kveld er stabil fra 2024 til 2025, med 47 prosent av kommunene som tilbyr dette. Tilbudene varierer, men ambulante tjenester er mest utbredt, etterfulgt av psykisk helse- og rustjenester med turnusordninger, fleksible løsninger etter behov og hjemmetjenester. I helgene er det 39 prosent av kommunene som har tilbud, en andel som har holdt seg stabil de siste tre årene. Også her er ambulante tjenester og hjemmetjenester mest vanlig.

Tilbudene som gis, varierer fra samtaletilbud og aktivitetssentre til kurs, helsestasjons-tjenester, LAR, feltpleie og ulike former for praktisk bistand. Tilbudene fremstår i stor grad som tilgjengelige uten krav til betalingsevne, med lav terskel for hjelp og uten behov for henvisning, men det er fortsatt et forbedringspotensial i mange kommuner når det gjelder åpningstider og synlighet i lokalsamfunnet.

Tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge

En betydelig utvikling er at en større andel av kommunene og bydelene oppgir å ha en egen tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge i 2025, med 72 prosent som svarer bekreftende, opp fra 55 prosent i 2024. Selv om litt færre kommuner svarte på dette spørsmålet i 2025, indikerer den økte andelen en klar tendens mot mer etablerte lavterskeltilbud for barn og unge.

For de kommunene som ennå ikke har etablert en slik tjeneste, pekes det på flere hindringer. De vanligste årsakene er mangel på ressurser, både økonomi og personell. Andre kommuner oppgir at behovene dekkes av eksisterende tjenester som fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, eller at de er små kommuner med lav kapasitet. Noen er usikre på behovet for en slik tjeneste, mens andre er i planleggingsfasen og søker finansiering.

De lavterskeltilbudene som er etablert, beskrives typisk som familieteam, familiesenter, familiehus, ungdomshus, barne- og familiesenter eller team. Psykologtjenester, kommune-psykologer og Rask psykisk helsehjelp (RPH) er også en del av bildet, i tillegg til ulike samtaletilbud og generelle tjenester innen psykisk helse. Helsestasjon for ungdom, ungdoms-kontakter, og «loser» blir også nevnt. Videre er det etablert ulike «hjelpa»-tjenester, inspirert av Stangehjelpa, som Oslohjelpa, Malvikhjelpa og Bamblehjelpa.

Det er ganske vanlig å tilby tjenester til aldersgruppen 0–18 år, men det finnes mange variasjoner i den øvre aldersgrensen, som kan strekke seg opp til 29 år. Noen tilbud er rettet mot alle innbyggere, mens andre har mer spesifikke aldersintervaller som 5–25 år, 6–19 år, 12–25 år, 6–24 år, 10–18 år eller opp til 23 år. Det ser ikke ut å være noen direkte kobling

mellom aldersinndelingen for tjenestene og skoletrinnene (barneskole, ungdomsskole, videregående skole), men det er et uttalt ønske om å styrke koblingen mellom helsesektoren og utdanningssektoren for barn og unge i fremtiden i mange kommuner.

Når det gjelder organisering, har 43 prosent av kommunene og bydelene samlet tilbudet i én psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier. Denne organiseringsformen viser ingen tydelig sammenheng med kommunestørrelse. Andre vanlige organiseringsmodeller inkluderer at tilbudet består av flere separate tjenester som til sammen utgjør psykisk helse-tilbudet for barn, unge og familier, eller at tilbudet er under helsestasjon, eller at psykisk helsetjenesten dekker både voksne og barn/unge. Noen kommuner er også i gang med å planlegge en slik samorganisering. Som for lavterskeltjenester til voksne ser det ut til å være litt å gå på når det gjelder å tilpasse åpningstidene til målgruppen, samt det å være synlig for befolkningen.

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Det er 165 kommuner/bydeler som har svart på hvilke forventninger de har til forebyggings- og behandlingsreformen. Noen oppgir bare at de har lave forventninger fordi det igjen er flere oppgaver til kommunene, uten at det finansieres. Andre har store forventninger til hva som skal oppnås gjennom reformen, og særlig at det skal komme mer ressurser til kommunene som kan gjøre dem i stand til å utvikle tjenestene til personer med rusmiddelproblemer. Mange forventer at det skal skje en dreining mot forebygging og helsehjelp heller enn straff. Kommunene presiserer at de som kommunal tjeneste bør ha fokus på forebygging, samtidig som behandlingskapasiteten i spesialisthelsetjenesten til langvarig døgntil behandling styrkes.

I 2025 er det 83 prosent som oppgir at de har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette, og ytterligere 6 prosent har oppgitt at de har planer om å gjøre det. Det er de minste kommunene som oftest ikke har etablert tilbudet, og som heller ikke har planer om å gjøre det. Det er lavest andel kommuner som har etablert en slik enhet i Finnmark (43 prosent), Nordland (59 prosent) og Buskerud (67 prosent). Men i Buskerud er det i tillegg 27 prosent som har planer om å etablere en rådgivende enhet for russaker.

Når vi spør hvordan de har valgt å organisere rådgivende enhet for russaker, gir alle som har etablert en slik enhet, en beskrivelse av hvordan den er organisert. De fleste kommunene oppgir at enheten er en del av kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid, typisk i samarbeid med oppveksttjenester som helsestasjon eller skolehelsetjeneste. For å ta rusmiddeltester benytter de legekontor eller hjemmetjenester.

Alle de 279 kommunene/bydelene som har oppgitt at de har en rådgivende enhet for russaker, har oppgitt hvilke andre funksjoner enheten har. Det er 14 prosent som oppgir at enheten ikke har andre funksjoner eller oppgaver, mens flest (56 prosent) oppgir at de følger opp enkeltpersoner, og 49 prosent oppgir at de gir råd og veiledning til pårørende og brukere. Det er 37 prosent som oppgir at de er kontaktpunkt for rusfeltet i kommunen

eller bydelen, omtrent like mange oppgir at de gir råd og veiledning til andre aktører og instanser, og at de utfører generelt arbeid rundt forebygging av rus. Det er 15 prosent som oppgir at enheten kun utfører de lovpålagte samtalene.

Totalt oppgir kommunene at den rådgivende enheten for russaker hadde 181 saker, og sett i forhold til antall innbyggere er det kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere som hadde flest saker, med 5,3 saker per 100 000 innbyggere. Det nasjonale tallet er 3,24 saker per 100 000 innbyggere.

Det er kommunene i Telemark som har flest saker per innbygger (20 saker per 100 000 innbyggere), fulgt av Troms og Vestfold (13 saker per 100 000 innbyggere). Kommunene i Finnmark hadde ingen saker i den rådgivende enheten for russaker i 2024.

Sårbarhet for overdoser og unge med rusmiddelproblemer

Det er 41 prosent av kommunene/bydelen som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser, er en del av kommunens planverk, og dette er en økning fra 33 prosent i 2024.

Av de som har dette i planverket, er det 78 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i den forbindelsen. Det er 49 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med brukerorganisasjoner i forbindelse med planverket.

I 2025 svarer 77 prosent av kommunene at de ansatte er kjent med nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende tiltak, mens 18 prosent ikke vet om de ansatte er det.

Anslag på antall brukere

Det er 78 prosent av de som har svart, som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne i 2024, og det er 39 prosent som har tall for barn og unge. Basert på de som har tall, beregner vi tall for kommuner som ikke har oversikt over antallet brukere, gjennom å bruke tall for samme kommunestørrelsegruppe. Vi beregner at totalt i 2024 gav kommunalt psykisk helse- og rusarbeid tjenester til 140 667 voksne og 49 927 barn og unge, det vil si at totalt 190 594 mottok tjenester. Dette betyr at 26 prosent av brukerne er barn og unge.

Når vi sammenlikner tall fra beregningen vi gjorde basert på kommunenes rapportering i fjor, finner vi at det er en økning på 6 prosent i antall brukere totalt av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Økningen beregner vi til å være på 9,3 prosent blant barn og unge og på 4,9 prosent blant voksne.

Anslag på hvor mange de kjøper tjenester til fra private aktører

Det er 90 prosent av kommunene som oppgir at de vet antallet voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, mens 70 prosent vet antallet barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private aktører. Vi beregner at kommunene i 2024 kjøpte tjenester til 1289 voksne brukere og 601 barn og unge fra private aktører. Når vi sammenlikner tallene med beregningene vi gjorde i fjor, finner vi at det er en økning på 14 prosent totalt, fordelt på en 30 prosent økning i kjøp av tilbud til barn og unge og en 7 prosent økning i kjøp av tilbud til voksne. Vi anser anslagene for voksne som rimelig sikre, fordi 90 av kommunene har bidratt med tall. Men for barn og unge er anslagene mindre sikre, fordi det er en risiko for at de har tatt med kjøp fra barnevernet.

Det er 49 prosent av kommunene som kjøper tjenester til voksne, som oppgir at de kjøper langtids bo-/behandlingstilbud fra kommersielle aktører. 19 prosent kjøper langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører, og 10 prosent kjøper korttids bo-/behandlingstilbud fra ideelle aktører. 8 prosent kjøper psykologtjenester. Til barn og unge oppgir kommunene at de kjøper ulike typer avlastningstilbud, veiledningstjenester og institusjonsopphold.

Erfaringskonsulenter

Det er 34 prosent av kommunene som oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne i 2025, og 11 prosent oppgir at de har det i tjenester til barn og unge i 2025. Det er en liten nedgang fra 37 prosent for voksne fra 2024, mens andelen har økt fra 9 prosent for barn og unge. Det er 64 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og det er 83 prosent i tjenester til barn og unge. Det er henholdsvis 3 og 5 prosent som har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

Rekrutteringsutfordringer

Basert på informasjon fra 92 prosent av kommunene er det 37 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid i tjenester til voksne, mens 60 prosent svarer at de ikke har slike utfordringer.

Basert på informasjon fra 84 prosent av kommunene er det 29 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid i tjenester til barn og unge, mens det er 57 prosent som svarer at de ikke har rekrutteringsutfordringer i tjenester til barn og unge.

Dette spørsmålet ble tidligere ikke skilt på tjenester til voksne og til barn og unge, og i 2024 var det 46 prosent som svarte at de hadde rekrutteringsutfordringer. Dette kan bety at rekrutteringssituasjonen er bedret for noen kommuner, eller at de har lagt om strategien og heller bruker ansatte de allerede har, på andre måter enn tidligere enn å forsøke å rekruttere nye ansatte.

Endringer i bruk av personalressurser

Det er henholdsvis 57 prosent og 51 prosent som svarer at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenester til barn og unge og i tjenester til voksne de siste årene. Det er ytterligere henholdsvis 16 og 19 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre endringer i bruken av personellressurser i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

Endringene kommunene gjør, er i stor grad i tråd med forventningene helsemyndighetene har til kommunene på dette fagfeltet. De etablerer lavterskeltilbud og arbeider mer ambulant (særlig FACT) og med tverrfaglige tilbud. De starter opp ulike gruppetilbud for å dekke mer av behovet med de samme ressursene.

Endring i omfang av henvendelser

For barn og unge som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, er det 16 prosent av kommunene som rapporterer om en stor økning i omfanget av henvendelser, mens 42 prosent rapporterer om en liten økning. For barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 23 prosent rapporterer om en liten økning.

For voksne som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, er det 25 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 36 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 37 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med ROP-lidelser (samtidig ruslidelse og psykiske lidelse) er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 35 prosent rapporterer om en liten økning.

For barn og unge kommer økningen i omfanget av henvendelser både i lavterskel psykisk helse- og rustilbud og i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Dette gjelder både barn og unge som hovedsakelig har psykiske plager/lidelser, og barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer.

For voksne er det en særlig økning i etterspørselen etter lavterskeltjenester og ambulante tjenester.

Bruker- og pårørendemedvirkning

På spørsmål om hvor ofte de har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, er det henholdsvis 22 og 24 prosent som har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner én gang i året i tjenester for voksne og barn/unge. Det er få kommuner som har kontakt ti ganger eller mer i tjenester til voksne (6 prosent) og i tjenester til barn og unge (2 prosent).

De mange som har svart «Annet» (31 prosent for voksne og 48 prosent for barn/unge), har oppgitt at de ikke har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, typisk fordi de ikke finnes lokalt, eller fordi de ikke har etablert kontakt med slike organisasjoner. Noen svarer at de ikke har hatt kontakt siden pandemien, eller at de har sjeldnere kontakt enn én gang i

året. De oppgir at kommunen har brukerråd for eldre og for folk med funksjonsnedsettelse, men ikke for psykisk helse og rus.

Hver tredje kommune oppgir at de har brukerstyrte tilbud, og andelen som har slike tilbud, øker tydelig med kommunestørrelsen. Det er færrest kommuner i Troms og i Finnmark som har brukerstyrte tilbud til voksne i målgruppen, og flest i Akershus og i Buskerud. Dette er typisk brukerstyrte KAD-plasser, BPA og ulike selvhjelpsgrupper drevet av brukere. Noen oppgir også at de har brukerstyrte aktiviteter som kafe, bakegrupper, bordtennis, at de har tilbud knyttet til dagsenter, og at de har tilbud som drives av Mental Helse.

Fra 2025 skilles det mellom voksne og barn og unge i spørsmålet om i hvilken grad kommunene og bydelene sikrer brukervedvirkning på ulike nivåer. For voksne er det tydelig at kommunene først og fremst sikrer brukervedvirkning på individnivå. Dette er det viktigste for kommunene, og slik har det vært i mange år. Når vi har spurt om brukervedvirkning tidligere, har svarene typisk vært at de sikrer brukervedvirkning gjennom å lytte til brukerne, og at de i samarbeid med brukerne finner fram til hvordan de best kan bidra for den enkelte. Det er færre som svarer at de i stor grad sikrer brukervedvirkning på tjenestenivå, i overordnede planer eller gjennom systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Bildet er omtrent det samme for tjenester til barn og unge som for tjenester til voksne, men for tjenester til barn og unge er det enda færre som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med lokale eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 50 prosent (n = 169) at de hadde det i 2025 i tjenester til voksne, og 28 prosent (n = 86) svarte at de hadde det i tjenester til barn og unge.

I tjenester til voksne er det 68 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyterne og brukerne. Det er 43 prosent som har benyttet brukerundersøkelser, mens 31 prosent har brukt brukerråd. 22 prosent oppgir at de har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner.

I tjenester til barn og unge henter kommunene og bydelene inn brukererfaringer gjennom evalueringer av kurs og gruppetilbud, der barn og unge gir tilbakemelding. Noen bruker Ungdata-undersøkelsen, mens andre oppgir at de bruker FIT eller andre tilbakemeldingsverktøy også i tjenester til barn og unge. Andre gjennomfører elevundersøkelser eller innhenter brukererfaringer gjennom brukerpaneler/råd som er etablert med barn og unge.

Recovery-orientering i tjenester til voksne

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Med recovery-orientert menes det at tjenestene har fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med personen i fokus. I 2025 er det 78 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller i svært stor grad arbeider recovery-orientert, og dette er en økning fra 67 prosent i 2017.

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge

Det er 58 prosent av kommune som svarer at de i svært stor eller i stor grad arbeider i tråd med den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid barn og unge som er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet. 7 prosent svarer at de i liten eller i svært liten grad arbeider i tråd med veilederen.

Planer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer

Det er 59 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, og dette er en økning fra 44 prosent i 2024.

Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus

Det er halvparten av kommunene som oppgir at de har implementert dette forløpet, og dette er en økning fra 44 prosent i 2024. Men det er 81 kommuner som ikke har svart på dette spørsmålet, så tallene er litt usikre. Når vi spør om årsaken til at det ikke er implementert, er svaret at de ikke helt vet om det er implementert, fordi dette ligger i barnevernstjenestene og ikke i psykisk helse- og rus tjenester. Andre oppgir at personellmangel, utskifting av ledelse, for lite tilgjengelig tid og for få tilgjengelige ressurser er grunnen til at dette ikke er gjort, eller at det er interkommunale samarbeidsutfordringer på barnevernsfeltet. Noen er i gang, men oppgir at det er vanskelig å vite hvem som skal ha ansvar for hva.

Samarbeid med barnevernstjenester

Det er halvparten av kommunene som oppgir at de i stor eller i svært stor grad samarbeider med barnevernstjenester. Fra 2021 har denne andelen økt fra 34 prosent til 50 prosent.

Det er 63 prosent som oppgir at samarbeidet med barnevernstjenesten er svært godt eller godt, og dette er en liten økning fra 59 prosent i 2024.

Tiltak/tilbud til unge voksne om arbeid og utdanning

Denne delen av spørreskjemaet var formulert som et åpent spørsmål i 2025, og det er 266 kommuner/bydeler som har svart. Det er 41 av disse som svarer at de ikke har tiltak, og resten beskriver kort tilbudet de har. Svarene tyder på at dette enten er tiltak i regi av Nav (for eksempel ungdomsgarantien, ungdomsteam, eller kurs), IPS, samarbeid de har med skoler og egen skolelos, eget ungdomsteam, tilbud de har om sommerjobb til ungdom i kommunen, ambulant ungdomsteam eller ulike aktivitetstiltak for unge der de for eksempel kan få hjelp til å skrive CV. Noen har egne prosjekter for unge for å hjelpe dem ut i jobb, for eksempel ved SLT. Det er også noen som har lagt inn kommentar om at tilbudet er mangelfullt, at det ikke blir lagt vekt på denne gruppen i lokalpolitikken, og at det er behov for flere IPS-tiltak.

Tiltak rettet mot unge for å forebygge overdoser

Det er 26 prosent av kommunene som har svart, som oppgir at de har iverksatt tiltak for å forebygge overdoser blant unge. Det er ytterligere 18 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre det. Tiltakene er typisk at de har ansatt en egen ruskonsulent eller SLT-koordinator, at det gis undervisning på skoler om rusbruk, at alle tjenestene legger vekt på forebygging, at alle kan få gratis Naloxon fra kommunen, at de deler ut rent brukerutstyr eller er med i et overdosenettverk i regi av KORUS, at de samarbeider med RVTS eller at de har utarbeidet en forebyggende plan eller en oppvekstplan som har med risikofaktorer for rus som tema. Noen oppgir også at de ikke har noen innbyggere i denne risikogruppen.

SLT-koordinator

SLT står for samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak. Det er 58 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har en SLT-koordinator, og det er ytterligere 5 prosent som har planer om å ansette en SLT-koordinator.

Vi har også spurt hvor SLT-koordinatoren er ansatt, og svarene er at de enten er ansatt i oppvekstsektoren, er ansatt i familietjenester, er ansatt i kultur og fritidssektoren, er ansatt i folkehelsestjenester, er ansatt sentralt i administrasjonen, er ansatt i enhet for psykisk helse og rus eller er ansatt i et interkommunalt samarbeid.

Det er 164 kommuner som har beskrevet på hvilken måte SLT-modellen har bidratt til å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet. Der skriver de at dette skjer ved at samarbeidet blir bedre, at de får mer kunnskap om ungdomsmiljø, og at SLT-modellen bidrar til en tydeligere retning og bedre struktur på arbeidet. Det er også noen som svarer at de ikke ser noen tydelig effekt av SLT-satsingen.

Kommunene har også mange andre tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet blant barn og unge. Blant annet har de oppgitt at de har oppsøkende ungdomsteam som arbeider forebyggende, at de tilbyr sommerjobber til utsatt ungdom, at de har utviklet egne handlingsplaner for å forebygge vold og omsorgssvikt, at de

gjennomfører foreldremøter med rus og kriminalitet som tema, eller at de har kurs, kompetanseheving og veiledning av ansatte i skolen.

Samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

Det er 45 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, mens 9 prosent oppgir at de ikke vet om de har et slikt samarbeid på området.

De som har svart at de har et slikt samarbeid, har beskrevet hvilket tilbud dette er. De nevner blant annet samarbeid med Røde Kors, Blå Kors, Kirkens Bymisjon og ulike stiftelser. Andre oppgir at de samarbeider med Mental Helse, frivilligsentraler, idrettslag, barnas stasjon, MOT, ulike fritidsklubber og natteravner.

Helsefellesskap

Tjenester til voksne: Over 90 prosent av kommunene svarte på spørsmål om helsefellesskapene for voksne, mens 83 prosent av kommunene svarte for barn og unge. Det var en høyere andel (24 prosent) som svarte «vet ikke» på spørsmålet om hvorvidt tjenester for barn og unge inngår i faglig samarbeid med helsefellesskapet, sammenliknet med spørsmålet om tjenester for voksne (16 prosent).

I tjenester for voksne svarer 59 prosent av kommunene at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i faglig samarbeid med helsefellesskapet. Det var en klar sammenheng mellom det å delta i samarbeid og kommunestørrelsen, der tjenestene i de største kommunene i større grad deltar i samarbeid, og i mindre grad svarte «vet ikke». Kommuner i Finnmark utmerket seg med svært lav andel som inngår i samarbeid, og også Nordland, Troms og Møre og Romsdal lå lavt med 37–43 prosent.

Kommunene som svarte at de deltar i faglig samarbeid, beskrev hvordan dette foregår. Det var ikke store forskjeller mellom små og store kommuner i hvordan samarbeidet ble beskrevet. Mange viste til de nasjonalt anbefalte samarbeidsstrukturene, der kommunene deltar på ulike nivåer, som partnerskapsmøter, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og særlig faglig samarbeidsutvalg (FSU), som ble nevnt av over 40 kommuner. I tillegg deltar flere i tjenestemodellgrupper og andre arbeidsgrupper. Samarbeidet skjer typisk gjennom faste møter, dialogmøter og ulike samarbeidsfora. FACT-team og samarbeid med distrikts-psykiatriske sentre (DPS) trekkes fram som konkrete eksempler på samhandling. Flere kommuner nevnte interkommunalt samarbeid, formelle samhandlingsavtaler og utviklingsprosjekter og kompetansehevende tiltak som kurs og fagsamlinger.

43 prosent av kommunene mente at tjenesten deres påvirkes av avtaler som er inngått mellom kommunene og helsefellesskapet. Nær én tredjedel av kommunene hadde et svar som indikerte at de mente samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten regulert gjennom samarbeidsavtalene har blitt bedre. Det var imidlertid få kommuner som

mente at helsefelleskapene i stor grad har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne brukerne som trenger det mest (kun 6 prosent). Det var godt over halvparten av kommunene (55 prosent) som svarte «i liten / svært liten grad» eller «vet ikke» til at ansatte som jobber nærmest brukerne, kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med forslag til endringer.

Tjenester til barn og unge: Når det gjelder tjenester for barn og unge, svarte 49 prosent av kommunene at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet. Det var ikke så stor forskjell mellom kommunegrupper på under 20 000 innbyggere (rundt 40–46 prosent), men klart høyere andeler blant de større kommunene. Finnmark og Nordland utpekte seg med lav andel kommuner som svarte at de deltar, mens Akershus og Agder hadde høy deltakelse.

Som i tjenester for voksne svarte flere at samarbeidet innebærer deltakelse i faglige samarbeidsutvalg, underutvalg og arbeidsgrupper som omhandler barn og unges psykiske helse, rus, svangerskap, fødsel og barsel. Flere kommuner beskriver spesifikke målgrupper for samarbeidet, som barn og unge med alvorlige adferdsutfordringer og store og sammensatte behov, barn under 16 år med rusmiddelvaner og barn som pårørende. Et sentralt mål for samarbeidet ser ut til å være å utvikle samhandlingsforløp i samarbeid med helseforetakene, som skal gi bedre oversikt over tjenestene, tydeliggjøre roller og ansvar og sikre samordnet henvisning, oppfølging og avslutning i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene beskriver deltakelse i ulike møtefora som partnerskapsmøter, ledersamarbeidsforum med lokal BUP, samarbeidsmøter, årskonferanser og brukersamarbeidsforum. Flere nevner også deltakelse i prosjekter finansiert av helsefelleskapene, som «Barn og unges helsetjeneste», «Sammenhengende tjenester til barn, unge og deres familier» og «Rett tiltak til rett tid», som handler om felles inntaksteam og koordinering.

Det er 62 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har faste samarbeidsmøter med PHBU på systemnivå, og det en betydelig større andel av de minste kommunene som ikke har faste samarbeidsmøter, enn andelen av større kommuner.

Halvparten av kommunene oppgir at de har en etablert samarbeidsmodell med PHBU for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter og felles inntaksmøter), og det er mange som mangler en slik samarbeidsmodell, både i små og i større kommuner. Andelen er særlig høy i Finnmark (71 prosent) og i Nordland (63 prosent). På nasjonalt nivå er det 40 prosent som har ikke en slik samarbeidsmodell, og 10 prosent vet ikke om en slik modell er etablert.

Samarbeid med spesialisthelsetjenester

Tjenester til voksne: Det er 46 prosent av kommunene/bydelene som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern om voksne i hovedforløp 3 er godt eller svært godt.

Dette er en nedgang fra 56 prosent i 2024. Det er 12 prosent som svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig, og dette er en økning fra 6 prosent i 2024.

I 2025 er det 48 prosent som svarer at samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er godt eller svært godt, og dette er en nedgang fra 60 prosent i 2024. I 2025 svarer 6 prosent at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig, og andelen i 2024 var 7 prosent.

30 prosent oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern, og 16 prosent oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er 12 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre, mens 18 prosent oppgir at det har blitt dårligere siste år. Samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling oppgis å ha blitt bedre av 4 prosent av kommunene, mens 12 prosent oppgir at samarbeidet har blitt dårligere.

Det er flest som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (24 prosent). 13 prosent svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer, mens 19 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad gir generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. 15 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad samarbeider med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

79 prosent av kommunene svarer at det er noen i målgruppen for kommunale psykisk helse- og rustjenester som de mener burde få behandling i spesialisthelsetjenesten, men som i dag ikke får tilstrekkelig tilbud. Dette gjelder i stor grad personer som har alvorlige psykiske lidelser og ikke prioriteres av spesialisthelsetjenesten, personer med ROP-lidelser som skrives ut for tidlig uten at kommunene har et godt tilbud til dem, og personer med voldsrisiko som skrives ut og blir kommunenes ansvar.

Tjenester til barn og unge: Det er 42 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern fungerer godt eller svært godt, mens tilsvarende tall for TSB er 33 prosent. 15 prosent svarer at de har dårlig eller svært dårlig erfaring med psykisk helsevern, mens 21 prosent som har erfaring med TSB når det gjelder barn og unge, har dårlig eller svært dårlig erfaring.

Det er 69 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern er uendret siste år, og 93 prosent oppgir at samarbeidet med TSB er uendret. 24 prosent oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre eller mye bedre siste år, mens 7 prosent oppgir at det har blitt dårligere. Det er 5 prosent som oppgir at samarbeidet med TSB har blitt bedre siste år, mens 3 prosent oppgir at det har blitt dårligere.

Det er 24 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter. 21 prosent svarer at

psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Det er 13 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer.

Oppsøkende virksomhet

Det er 50 prosent av kommunene som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, og dette er omtrent som i 2024 (49 prosent). Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (65 prosent), skoleelever i grunnskolen (63 prosent), alle ungdommer i en gitt aldersgruppe (62 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).

I 2025 spurte vi også om de har oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne, og det er 35 prosent som svarer at de har det.

58 prosent svarer ja på spørsmålet om kommunen/bydelen inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge, som ACT, FACT med flere. Dette er en liten økning fra 48 prosent i 2023 og 54 prosent i 2024.

NAPHAs oversikt viser at det er 86 FACT/ACT team i 2025, og 12 til er under etablering. Det er nå 30 FACT ung-team, og 13 til har søkt midler til forprosjekt. Dette er omtrent som i 2024.

For ACT-team rapporterer 72 prosent av kommunene at samarbeidet med psykisk helsevern for voksne fungerer godt eller svært godt, mens 56 prosent sier det samme om samarbeidet med TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For FACT-team er tilsvarende tall 68 prosent med psykisk helsevern for voksne og 57 prosent med TSB.

For FACT ung er det, som i 2024, mange som svarer at det ikke er aktuelt å samarbeide med psykisk helsevern for voksne og TSB, henholdsvis 40 prosent og 55 prosent. Om vi ser bort fra disse, beregner vi at 67 prosent har et godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne, og at 50 prosent har et godt samarbeid med TSB gjennom FACT ung.

Selvmondsforebygging, rutiner og kompetanse

I 2025 er det 59 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvmordstanker og -atferd. Færre har etablert skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter utskrivelse av personer med selvmordstanker og -atferd (16–27 prosent). 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk, og 56 prosent har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord.

I det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk anbefaler Helsedirektoratet at kommunene skal utarbeide en plan for forebygging av selvskading og

selvmord som bør tydeliggjøre hvilke tjenester/enheter som skal inneha hvilke oppgaver/roller. Den kan utvikles som en egen plan eller integreres som en delplan i annet planverk. I 2025 spurte vi derfor kommunene/bydelene om de hadde utarbeidet skriftlige planer for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging etter selvskading og selvmord. Det er få som har egne planer når det gjelder selvskading (8 prosent) og selvmord (20 prosent). Flere har integrert planene i annet planverk, men over halvparten av kommunene (57 prosent) har ikke utarbeidet en plan for tidlig identifisering og oppfølging av selvskading, og 44 prosent oppgir at de ikke har en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvmord.

Det er 68 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte om forebygging av selvmord i løpet av det siste året. Denne andelen var i 2021 på 40 prosent, så det er flere som får kompetanse på dette området.

På spørsmål om hva kommunene mangler for å få til et effektivt selvmordsforebyggende arbeid, oppgir de at de har behov for mer tid og ressurser, bedre samarbeid med fastleger, økt kompetanse, en helhetlig plan, forankring av arbeidet i ledelsen (politisk og administrativt), skriftliggjøring av planer, mer systematikk i arbeidet og behov for dedikerte ressurspersoner, for eksempel folkehelsekoordinator.

Vold i nære relasjoner og sikkerhetsutfordringer

Det er 73 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, og dette er en liten økning fra 2024, da 69 prosent svarte at de hadde en slik handlingsplan. Det er økende sannsynlighet for å ha en slik handlingsplan med økt kommunestørrelse.

I 2025 inkluderte vi også et spørsmål om hvorvidt handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. To av tre kommuner oppgir at planen er nyttig, men det er også mange som svarer at de ikke vet om den er nyttig for tjenestene.

De siste seks årene har vi spurt om kommunene har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Det er 257 kommuner/bydeler (78 prosent) som i 2025 svarer at de har et slikt system. Med få unntak har den positive trenden vedvart fra 2020, men økningen er relativt beskjeden over så mange år, fra 66 prosent til 78 prosent. Det er fortsatt mange som ikke har et slikt system.

Det er en liten økning i andelen som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepssisiko (fra 18 prosent i 2023 til 25 prosent i 2025).

I 2025 er det 37 prosent som oppgir at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og dette er en nedgang fra 42 prosent i 2023.

Det er 28 prosent som i 2025 svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for personer som har utøvet vold, mens andelen var 21 prosent i 2023.

I 2025 var det 48 prosent som oppgav at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer som har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som mottar kommunale tjenester, og dette er en liten økning fra 45 prosent i 2024, men en nedgang fra 54 prosent i 2023.

I 2025 svarer 36 prosent i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Det har vært en jevn økning fra 7 prosent i 2021. Det er tilsvarende nedgang fra 44 prosent til 28 prosent i andel kommuner/bydeler som svarer at de i liten eller i svært liten grad har fokus på proaktiv oppfølging.

Det er 18 prosent som i 2025 svarer at de i svært stor grad har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner og 58 prosent svarer at de i stor grad har kunnskap om dette.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

I 2025 oppgir 79 prosent av kommunene/bydelene at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD. Dette er en liten økning fra 2023 (da det var 75 prosent). Det er noen tydelige forskjeller etter kommunestørrelse, der små kommuner naturlig nok i mindre grad har erfaring med TUD. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder for helseforetakene.

Av de som har svart at de har erfaring med å gi tjenester til personer som er underlagt TUD, er det 84 prosent som oppgir at de får rutinemessig beskjed om pasienten er underlagt TUD, og 10 prosent svarer at de ikke får beskjed.

Det er stor variasjon i hva som er kommunens rolle i tvangsmedisinering av pasienter som er underlagt TUD. Det virker som det fungerer godt når kommunene følger opp noen pasienter på TUD og de har god rolleavklaring med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret, og pasienten må samtykke dersom kommunene skal bistå. Fastlegen bidrar i noen kommuner med selve medisineringsen, mens i andre kommuner er det FACT, ACT eller DPS som utfører medisineringsen, mens kommunalt ansatte observerer pasienten etter medisinering.

I 2025 er det 83 prosent av de som har svart på om FACT følger opp personer som gjennomfører / skal gjennomføre TUD, som svarer at FACT gjør det. Dette er omtrent som i 2024. Blant disse er det 78 prosent som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 21 prosent svarer at det fungerer middels. Det er kun 1 kommune som også i 2025 oppgir at FACT fungerer dårlig for TUD.

Hovedutfordringer med boligtilbudet til målgruppen

Det er kommunene som har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (også kalt «boligsosial lov») trådte i kraft 1. juli 2023. Loven innebærer en tydeligere rettslig forankring av kommunenes boligsosiale ansvar. Formålet med loven er å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig. Loven viderefører i hovedsak plikter kommunen tidligere hadde gjennom medvirkningsansvaret i sosialtjenesteloven § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7, men presiserer og til dels skjerper ansvaret. De skjerpede kravene gjelder plikten til å ha oversikt over boligbehovet for vanskeligstilte, ta boligsosiale hensyn i planleggingen og noe strengere krav til saksbehandlingen. Statsforvalteren er klageinstans for vedtak etter loven.

Vi har spurt kommunene om hva som er hovedutfordringen i dag når det gjelder boligsituasjonen til målgruppen. Det er 312 kommuner og bydeler som har svart på dette. Vi har analysert og kodet svarene og finner at 40 kommuner beskriver at boligsituasjonen for målgruppen er bra, eller ok, eller at det ikke er noen utfordring, eller at alle i målgruppen har egnet bolig. Disse utgjør 13 prosent av svarene. Resten av svarene (87 prosent) handler om ulike utfordringer som generell boligmangel fordi det bygges for lite boliger, mangel på kommunale boliger, tilpassede boliger for ROP-pasienter som botilbud med tilgang på personell eller hardbruksboliger.

Noen oppgir også at det ikke er mangel på boliger akkurat, men at noen i målgruppen har dårlig boevne og trenger tett oppfølging, eller at de har behov for hardbruksboliger. Andre oppgir at de ikke har bostedsløse, men at det er behov for andre botilbud enn de har i dag.

Det er fortsatt, som tidligere kartlegginger har vist, særlig botilbud til mennesker med ROP-lidelser som skaper de aller største utfordringene for kommunene. Boligtilbudet til målgruppen generelt påvirkes av lokale forhold som antall flyktninger kommunen skal bosette, eller at mange boliger leies ut til turister.

Konklusjon

På nasjonalt nivå er det i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid en liten dreining av årsverk fra tjenester til voksne over til tjenester for barn og unge, med en nedgang på 212 årsverk i tjenester til voksne og en økning på 196 årsverk i tjenester til barn og unge. Fordi det er mange flere årsverk i tjenester til voksne (12 395) enn til barn og unge (3 825), er det en nedgang i årsverk til voksne på 1,7 prosent og en økning i årsverk til barn og unge på 5,4 prosent. Totalt sett er det en marginal nedgang på 16 årsverk (0,1 prosent) på nasjonalt nivå.

Det er ikke flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, men en del kommuner omorganiserer for å styrke tjenestene til barn og unge og lavterskeltiltak.

Lavterskeltjenestene utgjør 9 prosent av årsverkene til voksne i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, og 20 prosent av årsverkene til barn og unge i målgruppen for psykisk

helse- og rusarbeid. Fra 2024 til 2025 er det rapportert om totalt 65 flere årsverk i lavterskeltjenester til voksne (tilsvarer en økning på 6 prosent) og 94 årsverk i lavterskeltjenester til barn og unge i målgruppen (14 prosent økning). For voksne er det særlig nedgang i årsverk til ambulant/mobil/ oppsøkende virksomhet på 309 årsverk, samtidig som øvrige årsverk har økt med 171 årsverk. Dette kan bety at det er flere ansatte som arbeider på tvers av tjenestene enn tidligere. Samtidig har det vært en nedgang på 59 årsverk i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (4 prosent).

Et betydelig mindretall av kommunene svarer at de har tilstrekkelige rammer til å drive fag- og tjenesteutvikling i 2025. Dette kan både skyldes begrensninger i de økonomiske rammene som bevilges politisk, mangel på fagfolk, eller at etterspørselen etter tjenestene gjør at alle ressursene går til direkte brukeroppfølgning.

Av 312 kommuner som har svart på hva som er hovedutfordringen i dag når det gjelder boligsituasjonen til målgruppen, er det 13 prosent som oppgir at boligsituasjonen for målgruppen er bra. Dette betyr at 87 prosent av kommunene oppgir utfordringer i boligsituasjonen til målgruppen. Som tidligere kartlegginger har vist, er det boligtilbud for ROP-pasienter og personer med lav boevne som er den aller største utfordringen. Noen få kommuner oppgir at målgruppen prioriteres i boligsosiale handlingsplaner og at de har tro på at bosituasjon til målgruppen vil bli bedre, men de aller fleste, inkludert alle bydelene i Oslo, oppgir betydelige utfordringer med dagens boligsituasjon. Mange i målgruppen har ikke nok inntekt og/eller tilstrekkelig boevne til å få stabile bosituasjoner i det private leiemarkedet, og det er nødvendig at kommunene må investere selv i boliger til målgruppen. Men den økonomiske situasjonen i mange kommuner i dag tilsier ikke at denne investeringen vil bli foretatt.

Hovedinntrykket i årets rapport er at kommunene flytter rundt på årsverk heller enn å styrke tjenestene med flere årsverk, og begrunnelsen er stort sett dårlig kommuneøkonomi. Færre oppgir at de har rekrutteringsutfordringer enn tidligere, og dette kan skyldes at de i mindre grad har budsjetter som tilsier at de kan rekruttere.

Det er vanskelig å konkludere med noe annet enn at mer av statens inntekter må overføres til kommunene, dersom de kommunale tjenestene til målgruppen skal styrkes. Konsekvensene av dårlige bosituasjoner for innbyggere med alvorlige psykiske lidelser kombinert med ruslidelser, kan bli store for den enkelte, familiene deres og for samfunnet. Det er vanskelig for kommunene å prioritere lavterskeltjenester til den generelle befolkningen samtidig som de skal gi nødvendig tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser, alvorlige rusmiddelproblemer og ROP-lidelser, som er blant de mest sårbare i samfunnet. Riksrevisjonen konkluderte i februar 2025 med at myndighetene ikke har sørget for at personer med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse får den hjelpen de trenger, og at uten bolig forsvinner grunnlaget for stabilisering og behandling for ROP-pasienter. Resultatene i denne rapporten som handler om boligsituasjonen til målgruppen, er helt i samsvar med funnene til Riksrevisjonen.

1 Kunnskapsgrunnlag

Årets rapport om ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er den 18. i rekken siden SINTEF fikk oppdraget fra Helsedirektoratet om å kartlegge utviklingen på psykisk helse- og rusfeltet i kommunene i 2007. Det er den tredje rapporten siden Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)¹ ble lansert, og den utgjør et sentralt datagrunnlag – både som styringsdata for helsemyndighetene generelt og i det nasjonale evalueringsprogrammet av opptrappingsplanen spesielt. I fjorårets rapport kan du lese en kort historisk gjennomgang av bakgrunnen for datainnsamlingen.²

Kartleggingen inkluderer både årsverkstall fordelt på tiltak og utdanning fra de enkelte kommunene og tilbakemeldinger fra kommunene på en rekke satsingsområder innen psykisk helse- og rusfeltet. Det er ofte ledere for enheter i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som koordinerer svarinnhenting til skjemaet som fylles ut i kartleggingen. Spørreskjema utviklingen gjøres i samarbeid mellom helsetjenesteforskere i SINTEF, rådgivere i Helsedirektoratet og en faglig referansegruppe med representanter fra både Statsforvalteren, kommuneledelsen, KS, kompetansesenter på psykisk helse- og rusfeltet og spesialisthelsetjenesten. Rapporten er hyppig referert i plan- og styringsdokumenter – både nasjonalt og i enkeltkommuner. Kartleggingen refereres ofte til som «IS-24/8-kartleggingen» etter gamle navn på ulike rundskriv fra Helsedirektoratet.

1.1 Kunnskapskilder og nettressurser

I 2025 lanserte Helsebiblioteket en egen tjeneste for kunnskaps- og beslutningstøtte for kommunene, og Folkehelseinstituttet (FHI) har i den forbindelse etablert et nyhetsbrev man kan melde seg på for å få oppdateringer.^a

Det finnes også egne ressursider i Helsebiblioteket for psykisk helsearbeid^b og for kommunalt rusarbeid^c. Videre holder Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) oversikt over relevante tidsskrifter og fagblader innen psykisk helsearbeid for voksne^d og nettressurser for faglig fordypning på en rekke relevante områder.^e

En annen ressurs som ble lansert av Helsedirektoratet i 2025, er en fagressurs for å implementere Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer.^f Helsedirektoratet skriver

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

^b<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/egen-ressursside-for-psykisk-helsearbeid>

^c<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/pht/psykisk-helse-og-rus/kommunalt-rusarbeid>.

^d<https://napha.no/ressurser/15130/tidsskrifter>

^e<https://napha.no/ressurser/25187/nettressurser>

^f<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fagressurs-for-implementering-av-helsedirektoratets-nasjonale-faglige-retningslinjer-mv>

på nettsiden at den er utviklet for ledere i helse- og omsorgstjenesten samt for kvalitetsrådgivere, fagutviklere og annet personell som bidrar og har ansvar i prosesser med å implementere Helsedirektoratets nasjonale faglige råd og retningslinjer med mer (såkalte normerende produkter). Den er laget for å gi kunnskap, inspirasjon og veiledning ved implementering, og den inkluderer et Excel-basert arbeidshefte til støtte i arbeidet med utforsknings-, planleggings- og implementeringsfasen. Innenfor psykisk helse- og rusarbeid i kommunene er det i løpet av de siste par årene lansert to sentrale nasjonale veiledere: Psykisk helsearbeid barn og unge^g og Psykisk helse- og rusarbeid for voksne^h, som mange kommuner nå jobber med å kalibrere seg mot.

En annen viktig kilde der ny kunnskap på psykisk helse- og rusfeltet blir publisert, er Folkehelseinstituttets hjemmesider. Et søk på «psykisk helse» begrenset til årene 2024 og 2025, gjennomført 26. oktober 2025, gav hele 1943 treff. Av disse var 56 rapporter, der mange av dem vil være relevante for ledere og ansatte i psykisk helse- og rustjenestene. Siden starten av opptrappingsplanen har FHI særlig jobbet med å analysere data som kan gi ny kunnskap om barn og unges psykiske helse. Et eksempel på en relevant rapport for psykisk helse- og rustjenester er temautgaven om barn og unges psykiske helse i Folkehelse rapporten 2025.ⁱ I denne omtales både mulige årsaker til økningen i psykiske plager hos barn og unge, tidstrender i forekomst av autisme- og ADHD-diagnoser, sosial ulikhet i helsen hos barn og unge samt helsestasjons- og skolehelsetjenestens bidrag til forebygging av psykisk uhelse.^j

1.2 Metode for utvikling av kunnskapsgrunnlaget i rapporten

I denne rapporten presenterer vi et kunnskapsgrunnlag med eksempler på ny forskning som berører psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Vi gir blant annet en oversikt over de viktigste nasjonale føringene på feltet i form av stortingsmeldinger, offentlige utredninger, handlingsplaner og strategier samt nye vitenskapelige publikasjoner som er relevante for tjenestene som har blitt publisert i løpet av det siste året. Vi søker også etter nye norske fagbøker som har kommet siden vi publiserte forrige rapport. Målet er å vekke nysgjerrighet for forskning ute i kommunene og gi ansatte og ledere i tjenestene ny kunnskap og tips til hvor de kan finne ytterligere forskning på det de måtte være mest interessert i.

Som beskrevet i tidligere rapporter er det første vi gjør i arbeidet med kunnskapsgrunnlaget, å samle informasjon om nye nasjonale føringene for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene det siste året. De siste seks årene har vi gjengitt en liste over offentlige meldinger, planer og strategier som er relevante for psykisk helse- og rusfeltet. Til dette bruker vi Kudos^j, som er en dokumentsamling og en søkeløsning for offentlige kunnskaps- og styrings-

^g<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

^h<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne>

ⁱ<https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/>

^j<https://kudos.dfo.no/>

dokumenter. Her finner man blant annet offentlig finansierte evalueringer, utredninger, årsrapporter, tildelingsbrev, NOU-er, planer og strategier samt proposisjoner og meldinger til Stortinget.

Søkestrengene utgjøres av ulike kombinasjoner av de norske og engelske ordene psykisk helse, rus, vold, overgrep, community mental health services, mental health, substance use, community drug treatment og så videre. Rapportene dekker hvert år en rekke ulike temaer innenfor psykisk helse- og rusarbeid, der hvert enkelt kapittel kunne inneholdt flere kunnskapsoppsummeringer. Det ligger utenfor prosjektet å gjøre fulle litteraturgjennomganger innenfor alle temaene – det vil kreve for mye ressurser. Vi oppfordrer leserne til å bruke Helsebiblioteket, SCUP (tidligere Idunn), PubMed og Google Scholar til å finne fram til fulltekstartikler av de artiklene vi refererer til.

Vi har i år søkt etter vitenskapelige publiseringer på norsk i Kudos og SCUP. De foregående årene har vi også søkt på engelsk etter systematiske litteraturgjennomganger innenfor temaet kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i søkemotorene Google Scholar og PubMed, men i årets rapport har vi valgt å gå bort fra dette for heller å dykke ned i noen temaer som er særlig relevante for opptrappingsplanen og norske forhold. Søkene og selve gjennomgangen av treff ble utført av én seniorforsker (SLK) som satte opp og noterte ned treffene i en evidenstabell i Excel, for deretter å gjennomgå sammendrag av artiklene og bestemme hvilke artikler som skulle inkluderes. Søkene ble begrenset til å favne publikasjoner fra det siste året. Vi brukte Zotero som referanseverktøy, og vi har brukt lisensiert Copilot (KI-verktøy) til en første tematisk sortering av funnene samt Notebook-LM til en oppsummering av funn.

1.3 Nasjonale føringer for psykisk helse- og rusfeltet i kommunene

I slutten av oktober 2025 gjennomførte vi Kudos-søket, der vi brukte søkeordene «psykisk helse», «psykisk helsearbeid», «rusarbeid», «rusmiddel», «vold» og «overgrep». Søkene var begrenset til dokumenter fra oktober 2024 og ut oktober i 2025. Dette gjorde vi fordi de samme søkene ble gjennomført i fjor høst, og vi er kun ute etter å inkludere nye treff siden forrige søk. Totalt fikk vi opp over 2094 treff i Kudos, som er nær en dobling sammenliknet med i 2024. Dette speiler trendene i publisering generelt; det øker eksponentielt fra år til år. Vi finner det ikke hensiktsmessig å omtale alle treffene, men velger ut noen som er særlig relevante for opptrappingsplanen.

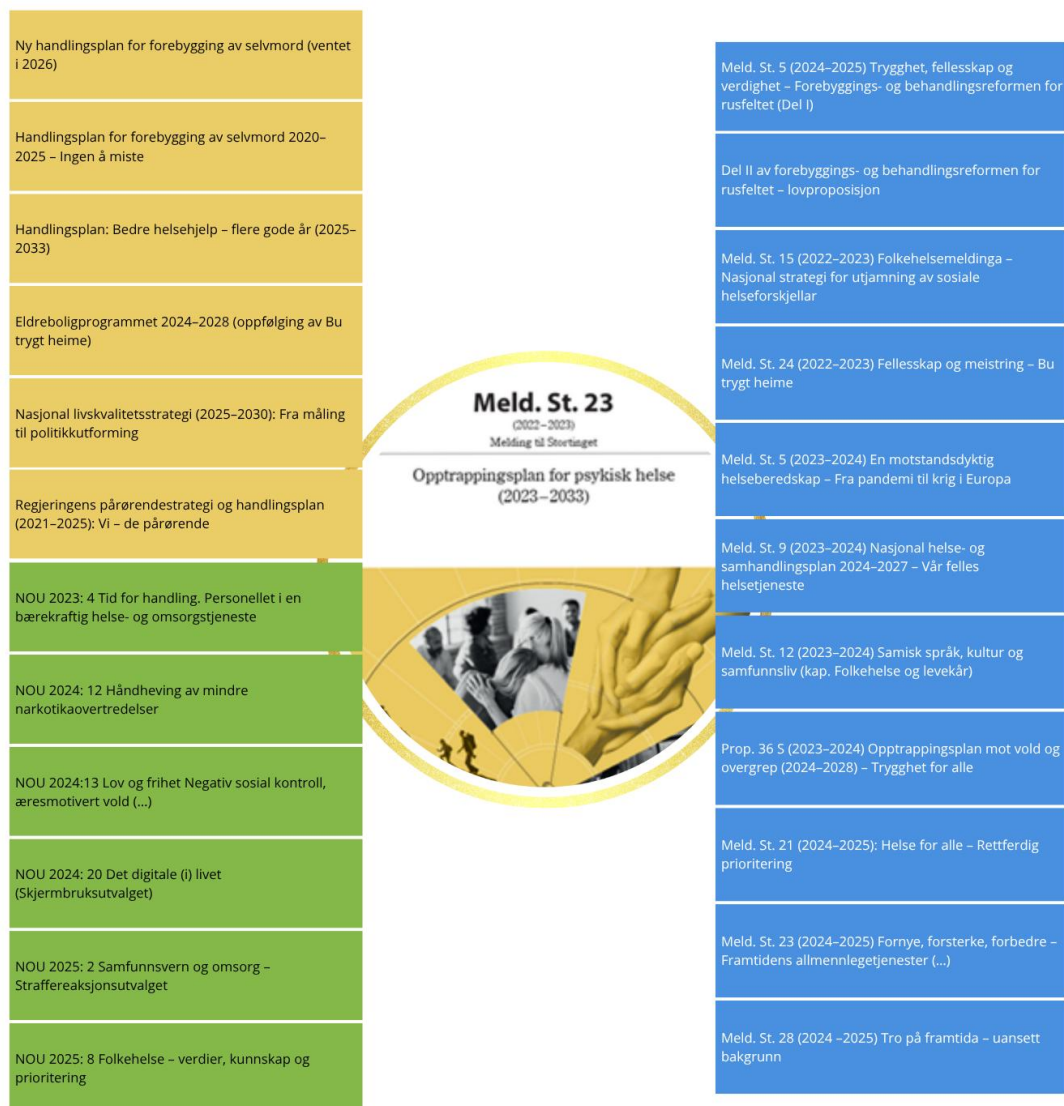
Tabell 1.1 Nye stortingsmeldinger, NOU-er, handlingsplaner, strategier, evalueringer og andre innsatser på helse- og velferdsfeltet det siste året (oktober 2024–oktober 2025).

Stortingsmeldinger det siste året
Meld. St. 5 (2024–2025) – Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del 1
Del II av regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet
Meld. St. 35 (2024–2025) – Norges arbeid med bærekraftsmålene
Meld. St. 32 (2024–2025) – Trygg oppvekst i et digitalt samfunn
Meld. St. 31 (2024–2025) – Straff som virker – straffegjennomføring for et tryggere Norge
Meld. St. 28 (2024–2025) – Tro på framtida – uansett bakgrunn
Meld. St. 23 (2024–2025) – Fornye, forsterke, forbedre
Meld. St. 21 (2024–2025) – Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.
Meld. St. 17 (2024–2025) – Samisk språk, kultur og samfunnsliv
Meld. St. 13 (2024–2025) – Forebygging av ekstremisme
Særskilt melding til Stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene
Meld. St. 7 (2024–2025) – Om seksuell trakassering
Norges offentlige utredninger det siste året
NOU 2025: 8 – Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering
NOU 2025: 2 – Samfunnsvern og omsorg
NOU 2024: 23 – Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi høst 2024
NOU 2024: 20 – Det digitale (i) livet
Handlingsplaner og strategier det siste året
Norges WHO-strategi
Strategi for likestilling mellom kvinner og menn 2025–2030
Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse
Handlingsplan mot muslimfiendtlighet 2025–2030
Porteføljeplan for helse (gjelder fra 2025)
God seksuell helse – vårt felles ansvar: Strategi for seksuell helse
Handlingsplan for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
Nasjonal strategi mot menneskehandel 2025–2030
Handlingsplan for trygg digital oppvekst
Handlingsplan mot hets og diskriminering av samer 2025–2030
Riksrevisjonen og Ukom
Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse
Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot barne- og ungdomskriminalitet
Overgrep forkledd som behandling

Evalueringer det siste året (utvalgte med særlig relevans for psykisk helse- og rusarbeidsfeltet)
Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden – Delrapport 1: Kartlegging og oppsummering av kunnskap
Hvem forstår meg? Pasientsikkerhet for personer med alvorlig utviklingshemming
Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres
På lik linje. Tjenesteutvikling i overgangen til egen bolig for unge med funksjonsnedsettelse
Leie – et trygt alternativ? Effekten av medvirkning i boligsosialt arbeid
Evaluerings- og tilskudd til utvikling av kvalifiserings- og integreringstiltak
Analyse av effektiviteten i kommunens tjenester – kostnader og kvalitet
Mellom vold og opphold – En vurdering av om voldsutsatte kvinner uten selvstendig oppholdstillatelse i Norge får den beskyttelsen de har krav på
Når tausheten brytes: Om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn
Undersøkelse av kommunens arbeid med forebygging for gode oppvekstvilkår
Evaluerings- og tilskudd til kompetanseutvikling i psykisk helse i grunnskolen og videregående opplæring – Sluttrapport
Ung i bolig – Helhetlige boligløsninger for unge voksne 18–25 år, fase 1
Skolens verdier og samfunnsmandat: Om verdiløftet og det tverrfaglige temaet bærekraftig utvikling
Effekter av kurset «Godt samliv» for førstegangsforeldre: Sluttrapport. (HVL-rapport nr. 8/2024)
Følgerevaluering av ICDP-veiledning for foreldre med ungdommer
Samfunnsgevinstene ved at barn fra lavinntektsfamilier deltar like mye som andre barn i organiserte fritidsaktiviteter
Barne- og familieetatsens areafleksible tiltak for barnevernet – En kvalitativ evaluering av AFT og ABT
De er våre barn – om å holde hodet kaldt og hjertet varmt. Rapport fra ekspertgruppen om tiltak for barn som begår gjentatt eller alvorlig kriminalitet
Kokainprodukter, bruk blant unge i Norge og assosiert risiko for negative konsekvenser
Fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer mv.

I figur 1.1. har vi satt sammen ulike meldinger, NOU-er og strategier som har kommet etter opptrappingsplanen, og som enten nevner Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) eksplisitt, eller som omtaler temaet psykisk helse og rus på en slik måte at de er relevante å se i sammenheng med opptrappingsplanen. Dette viser kompleksiteten som ligger i at både myndighetene og tjenestene forventes å samhandle mer og mer på tvers av tjenesteområder.

Opptappingsplanen «ses i sammenheng med ...» blant annet:



Figur 1.1 Illustrasjon av opptappingsplanens kompleksitet

1.4 Kommunale tjenestetilbud til samiske innbyggere, prioritering i helsetjenesten og straffegjennomføring for et tryggere Norge

Mens vi i fjorårets rapport valgte å se nærmere på forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (del I*), Meld. St. 13 (2023–2024) – Bustadmeldinga og Meld. St. 9 (2023–2024) – En god start på livet², velger vi i år å dykke litt ekstra ned i følgende meldinger:

- Meld. St. 17 (2024–2025) – Samisk språk, kultur og samfunnsliv
- Meld. St. 21 (2024–2025) – Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste
- Meld. St. 31 (2024–2025) – Straff som virker – straffegjennomføring for et tryggere Norge

*I 2025 er den fulgt opp med del II i form av endringer i straffeloven og legemiddeloven (befatning med mindre mengder narkotika til eget bruk).⁴



Figur 1.2 Sammenstilling av stortingsmeldinger.

Meld. St. 17 (2024–2025) – Samisk språk, kultur og samfunnsliv

Meldingen handler om regjeringens innsats knyttet til blant annet psykisk helse og levekår i den samiske befolkningen og hvordan kommunene kan tilrettelegge tjenestene for å favne det samiske perspektivet.⁵ Meldingen anerkjenner at den generelle folkehelsepolitikken må integrere samiske perspektiver, og bygger videre på Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) og folkehelsemeldingen for den samiske befolkningen (Meld. St. 12 (2023–

2024))⁶. Hovedutfordringen det pekes på, er å sikre likeverdige tjenestetilbud ved å heve kompetansen i helsevesenet og redusere kulturelle og språklige barrierer. Det er også lansert en egen handlingsplan mot hets og diskriminering av samer som skal gå i perioden 2025–2030.⁷

Psykisk helsetjenester for voksne samer

Folkehelsearbeidet i Norge skal fremme god helse i den samiske befolkningen, og meldingen erkjenner at samer rapporterer litt oftere om dårlig psykisk helse enn ikke-samer. Psykisk uhelse er ikke direkte knyttet til det å være samisk, men heller til hvordan samer som minoritet møtes i samfunnet. Når det gjelder spesialisthelsetjenester, finnes det en egen Sámi klinihkka ved Finnmarkssykehuset (Karasjok) som tilbyr spesialisthelsetjenestetilbud innenfor både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, og som er språklig og kulturelt tilpasset den samiske befolkningen.

Sámi klinihkka består av spesialistlegesenteret, samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og SANKS' forsknings- og utviklingsavdeling. SANKS har etablert et gratis kultur- og språktilpasset lavterskeltilbud som gjelder psykisk helse. Det er også utviklet en e-læringsportal fra SANKS for å gi helse- og omsorgspersonell økt kulturforståelse, med kurs som dekker samisk kulturforståelse, sørsamiske forhold og hvordan pasientenes kultur kan ha betydning hvordan man forklarer og håndterer sykdom.

Når det gjelder voksne pasientgrupper, løftes helsekompetanse fram som et generelt satsingsområde, og folkehelsekampanjen «ABC for god psykisk helse» (tiltak i opptrappingsplanen) vurderes tilpasset samisk språk, kultur og samfunnsliv. Eldre med demens løftes også fram som en særskilt utfordring for denne gruppen fremover. Spesielt eldre samiske pasienter kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg på majoritetsspråket, noe som særlig gjelder for personer med demenssykdom, som ofte går tilbake til å bruke morsmålet. Det geriatriiske teamet ved Sámi klinihkka bidrar med utredning av kognitiv svikt og demens hos samiske pasienter.

Etter Tysfjord-saken har det vært publisert en del mer forskning om vold og overgrep i den samiske befolkningen.⁸ Voksne i risikoutsatte livssituasjoner, som de med psykiske plager og lidelser, er en målgruppe for verktøyet kalt TryggEst-modellen, som skal bidra til å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep, og som kan brukes av kommunene. Veiledning og materiell fra TryggEst er oversatt til nordsamisk.^k

^k<https://rvtsnord.no/tilpasning-av-tryggEst-til-kommuner-i-finnmark-og-samisk-befolkning/>

Psykisk helsetjenester for samiske barn og unge

Innsatsen for samiske barn og unge er preget av erkjennelsen av at de opplever høyere risiko for diskriminering og vold, som igjen påvirker deres psykiske helse negativt. Dette er faktorer som er avdekket gjennom for eksempel Mihá-undersøkelsen, en studie av unge samers psykososiale helse. I undersøkelsen rapporterer unge samer om generelt sterk tilfredshet med livet og høy grad av motstandsdyktighet, men samtidig viser undersøkelsen at høyere nivåer av opplevd diskriminering korrelerer med høyere skår for psykiske helseplager. 45 prosent av de unge samene oppgav skolen og utdanningen som stedet hvor de har opplevd diskriminering. En betydelig andel av unge samer har dessuten rapportert å ha opplevd fysisk vold (omtrent 1 av 4) og seksuelle overgrep (rundt 30 prosent), tall som er vesentlig høyere enn i befolkningen generelt.

Når det gjelder tilgang til hjelp og kompetanse, er det slik at det er mer sannsynlig at unge samer oppsøker profesjonell hjelp (noen som jobber med psykisk helse) ved selvmordstanker, sammenliknet med ved generelle følelsesmessige vansker, hvor de heller går til nære og kjente.

Generelt er mangelen på samiskspråklig helsepersonell (som helsesykepleiere, leger og tannleger) en utfordring, da det oppleves tryggere for barn å snakke på morsmålet sitt når de forteller om vansker.

Regjeringen har planer om å opprette en side i tilknytning til ung.no, statens digitale kanal for barn og unge, som skal ha informasjon på samisk om relevante hjelpetilbud. Regjeringen vil også vurdere behovet for en hjelpetelefon for samiskspråklige. For å sikre at samiske barn får et tilbud tilpasset sitt eget språk og sin egen kultur, skal regjeringen etablere et eget barnehustilbud i det samiske kjerneområdet i Finnmark (Karasjok). Barnevernet skal ta hensyn til samiske barns etniske, kulturelle, språklige og religiøse bakgrunn i alle faser av saken, og samiske barns særskilte rettigheter skal ivaretas. NASAK (Nasjonalt samisk kompetansesenter) har som mandat å bidra til likeverdige tjenester i kommunalt og statlig barnevern, familievern og krisesentertilbud.

Meld. St. 21 (2024–2025) – Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste

Meldingen tar for seg hvilke prinsipper og kriterier som skal legges til grunn når man fatter beslutninger om ressursfordeling, metoder og tilgang til helsetjenester. Vi har her valgt å sette søkelys på hvordan meldingens prioriteringsprinsipper og tiltak retter seg mot psykisk helse-feltet og de sårbare gruppene innenfor dette feltet. Meldingen har tre overordnede mål for prioriteringsarbeidet på alle nivåer:

- 1) likeverdig og rask tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet
- 2) tillit til prioriteringssystemene
- 3) bærekraft i helse- og omsorgstjenestene

Psykisk helse og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Meldingen anerkjenner at pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet er en særskilt prioritert gruppe i helsevesenet, og at en rettferdig fordeling av ressurser skal ivareta dem med de største behovene. For eksempel viser meldingen til at personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet er definert som en av de prioriterte pasientgruppene for samhandling i helsefelleskapene. Dette understreker behovet for koordinerte og sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Psykiske lidelser er dessuten den fjerde viktigste årsaken til sykdomsbyrden i Norge. Det å få ned ventetidene i psykisk helsevern for voksne er dessuten et sentralt styringsmål. Regjeringens langsiktige mål er en gjennomsnittlig ventetid på under 40 dager. Oppdaterte ventetidstall fra Helsedirektoratet for perioden mai–august 2025 viste at gjennomsnittet i psykisk helsevern for voksne lå på 43 dager, mens gjennomsnittet i den tilsvarende perioden i 2024 var på 57 dager.¹

Kommunens arbeid med prioritering skal baseres på de tre nasjonale kriteriene: nytte, ressurs og alvorlighet. Disse skal være gjennomgående og gjelde uavhengig av diagnose (diagnosenøytrale) og tjenesteområde. Kriteriene er formulert slik at de eksplisitt inkluderer psykisk helse:

- Nyttekriteriet vurderes blant annet ut fra om tiltaket kan øke sannsynligheten for forbedring eller redusere sannsynligheten for tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon.
- Alvorlighetskriteriet vurderes basert på graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, graden av smerter og graden av fysisk eller psykisk ubehag.

Regjeringen vil bidra til å implementere den nasjonale veilederen for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester (publisert i april 2025) for å sikre en mer systematisk og kunnskapsbasert praksis på alle nivåer – fra politisk og administrativt til klinisk nivå. Det følgende er konkrete tiltak:

- Kommunens ledelse skal bruke prioriteringskriteriene aktivt i eksisterende beslutningsprosesser, spesielt ved utforming av budsjettvedtak og overordnede planer. Dette inkluderer bruk av styringsinformasjon for å identifisere handlingsrommet for prioritering.
- Helsepersonell og saksbehandlere må bruke de tre kriteriene ved utforming av vedtak og i her og nå-vurderinger på individnivå. De kommunale tjenestene skal ha lav terskel for å ta kontakt, men kriteriene brukes til å vurdere hvem som har behov for raskest tilgang.
- Kommunene skal styrke samhandlingen i helsefelleskapene, spesielt for prioriterte grupper som barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser

¹<https://www.fhi.no/nyheter/2025/aktivitet-og-ventetider-i-spesialisthelsetjenesten-ved-utgangen-av-august-2025/>

og rusavhengighet. Metodevurderinger på gruppenivå skal ta hensyn til effekter på ressursbruken på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

- Kommunene skal få bedre kunnskapsgrunnlag for å fatte beslutninger gjennom utvikling av kunnskapsstøttesystemer (via Folkehelseinstituttet) og veiledning i bruk av mini-metodevurderinger for lokale beslutninger om teknologi og tiltak.
- Kommunenes utfordringer med knapphet på personell skal tas tak i ved at personellkonsekvenser av nye tiltak skal utredes særskilt innenfor rammene av ressurskriteriet.
- Et klinisk dashboard som viser variasjon i forbruksrater i tilbuds- og preferansestyrte tjenester innen psykisk helse og rusbehandling er utviklet av Helse Sør-Øst RHF og skal gjøres tilgjengelig for alle de regionale helseforetakene våren 2025. Dette verktøyet skal bidra til å unngå overbehandling og underbehandling, og det skal understøtte riktig prioritering.
- Beslutninger om legemidler som brukes i psykisk helsevern, følger systemet Nye metoder eller blåreseptordningen, der de samme kriteriene gjelder for psykiske lidelser som for somatiske.

Meld. St. 31 (2024–2025) – Straff som virker: straffegjennomføring for et tryggere Norge

Det har i løpet av de siste par årene vært et økende antall meldinger, NOU-er og ekspertrapporter som har handlet om skjæringspunktet mellom kriminalitet, straff og psykisk helse og rus (f.eks. de som er dømt til tvungent psykisk helsevern, med eller uten døgnoophold)^{9, 10, 11, 12, 13, 14}. Et eksempel er utvalget for strafferettslige reaksjoner og psykisk helse som ble oppnevnt i 2023 for å evaluere forvaring, særreaksjonene tvungent psykisk helsevern (TPHV) og tvungen omsorg (TO) og utrede ivaretagelsen av domfelte og innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming. NOU-en kom i 2025.¹³ Den slår blant annet fast at innsatte skal ha lik tilgang til helsehjelp som befolkningen ellers, samtidig som den beskriver situasjonen for innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemninger som uakseptabel. Antall dømte til særreaksjoner (TPHV og TO) har økt betydelig de siste årene, særlig etter en lovendring i 2020 (ibid.).

Psykisk helse i straffegjennomføringen

Også i Meld. St. 31 (2024–2025) går det fram at psykisk uhelse og rusmiddelproblematikk utgjør en kritisk utfordring for kriminalomsorgen. Forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte har økt markant, og det er en utbredt bekymring for omfanget av isolasjon og for den manglende ivaretagelsen av sårbare grupper. Den foreslåtte innsatsen i meldingen er delt inn i tiltak for voksne innsatte (hovedsakelig i fengsel) og tiltak rettet mot barn og unge (hovedsakelig i konfliktrådet og i ungdomsenheter). I begge tilfeller er dette personer som psykisk helse- og rustjenestene i kommunene med høy sannsynlighet kommer i kontakt med.

Psykisk helse for voksne innsatte

Det er en høy forekomst av psykiske lidelser og rusmiddellidelser blant innsatte sammenliknet med i befolkningen ellers. I 2022 hadde 62 prosent av mannlige innsatte og hele 78 prosent av kvinnelige innsatte minst én psykisk lidelse. Mange innsatte rapporterer om et udekket behov for behandling av psykiske lidelser og behandling av rusmiddelproblematikk under straffegjennomføringen. Isolasjon og innelåsning er et vedvarende og alvorlig problem i norske fengsler, særlig i høysikkerhetsfengsler, og det utgjør en risiko for menneskerettighetsbrudd. Omfanget av selvskading er femdoblet, og omfanget av selvmordsforsøk er nesten tredoblet i perioden 2018–2023. Kvinnelige innsatte er kraftig overrepresentert og sto i 2023 for 75 prosent av selvmordsforsøkene og 65 prosent av selvskadingstilfellene. Innsatte dømt til forvaring står for en uforholdsmessig stor andel av de registrerte isolasjonsdøgnene.

De følgende tiltakene er viktige for å bedre ivaretagelsen av voksne med psykiske lidelser:

- **Forsterkede fellesskapsavdelinger:** Disse avdelingene er utformet for innsatte med store atferdsutfordringer og psykiske lidelser som ikke kan fungere i et ordinært fellesskap. Avdelingene har personell fra både kriminalomsorgen og psykisk helsevern. Regjeringen vil etablere en forsterket fellesskapsavdeling ved et nytt kvinnefengsel på Bredtveit og utrede behovet for flere slike avdelinger i landet.
- **Aktiviserings- og ressursteam:** Disse tverrfaglige teamene skal følge opp sårbare innsatte, motvirke isolasjonsskader og forebygge selvmord og selvskading. Regjeringen vil vurdere å etablere flere slike team.
- **Styrket kompetanse:** Grunnutdanningen for fengselsbetjenter skal gjøres om til en treårig bachelorgrad i straffegjennomføring. Dette skal sikre et nødvendig kompetanseløft, spesielt innen psykisk helse, rusproblematikk og jus, for at fengselsbetjentene bedre skal kunne håndtere den mer krevende innsattepopulasjonen.
- **Stedlige spesialisthelsetjenester:** Regjeringen anser det som nødvendig med et tilstrekkelig nivå av stedlige spesialisthelsetjenester (PHV og TSB) i fengslene, da dagens tilbud er underdimensjonert og ikke dekker innsattes behandlingsbehov. De regionale helseforetakene er satt til å evaluere dette tilbudet.
- **Kvinner i fengsel:** Det er et særskilt mål å sikre likeverdige soningsforhold for kvinner og menn. Tiltak inkluderer utredning av et nytt kvinnefengsel (Bredtveit) for å sikre faglig forsvarlig ivaretagelse og tilgang på robuste kompetansemiljøer, samt vurdering av kompenserende tiltak for kvinner som må sone langt unna hjemstedet.

Psykisk helse for barn og unge

Tiltakene overfor barn og unge (under 18 år, men også unge voksne på 18–24 år) vektlegger raske reaksjoner, forebygging og styrking av det tverrsektorielle samarbeidet rundt sårbare unge. Barn og unge som begår kriminalitet, har ofte sammensatte utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging (som ilegges av konfliktrådet)

krever tverrfaglig oppfølging. Imidlertid er det en utfordring at nødvendig hjelp (spesielt knyttet til rus og psykiske lidelser) kommer for sent og er for dårlig koordinert. Videre krever FNs barnekonvensjon at barn (under 18 år) skal holdes atskilt fra voksne. På grunn av mer kriminalitet blant de yngste har det vært en økning i nyinnsettelse av mindreårige, og mange har måttet sitte i fengsel for voksne.

Kapasiteten i ungdomsenhetene skal dobles i 2025 og nær tredobles i 2026 for å sikre at mindreårige får et tilpasset tilbud i tråd med FNs barnekonvensjon. Behovet for nye, permanente ungdomsenheter skal utredes.

Overgangen fra ungdomsenheter til ordinært fengsel når ungdommene fyller 18 år, kan være brå, og individuelle oppfølgingsløp kan opphøre. Det er blant annet etablert tverrfaglige ungdomsteam for aldersgruppen 18–24 år i Oslo, Bergen og Trondheim for å styrke oppfølgingen og sikre kontinuitet. Regjeringen vil vurdere å utvide ordningen med ungdomsteam til alle regioner, inkludert å etablere et eget team for unge kvinner. Når domfelte over 25 år samtykker til det, skal kriminalomsorgen alltid etablere kontakt med hjelpeapparatet og koordinere tiltak ved løslatelse, for å styrke ettervernet.

1.5 Nye norske fagbøker på psykisk helse- og rusarbeidsfeltet

For noen år siden begynte vi å inkludere et utvalg nye norske fagbøker av relevans for psykisk helse- og rusarbeidsfeltet – inspirert av at vi fant anmeldelser av enkelte bøker i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. I år har vi søkt på «psykisk helse» og «rus», begrenset til utgivelser i 2024 og 2025, hos et par av de største forlagene som publiserer denne typen bøker: Universitetsforlaget og Fagbokforlaget (med de skjevhetene i utvalget det medfører). Poenget her er å gi eksempler og inspirasjon til ledere og ansatte i tjenestene, ikke å gi en

full oversikt. Vi valgte ut 7 bøker til årets kunnskapsgrunnlag, og vi har brukt omtalen på forlagenes nettsider, i kombinasjon med Copilot, til å skrive omtalene av bøkene.



«Vold og foreldreskap»¹⁵ av Henning Mohaupt undersøker hvordan vold i nære relasjoner påvirker foreldrerollen og barns utvikling. Boka drøfter spillet mellom individuelle faktorer som psykisk helse, relasjonelle faktorer som tilknytning og samfunnsmessige forhold som likestilling og kulturelle traumer. Den gir også innsikt i terapeutiske intervensjoner og sikkerhetsarbeid for familier der vold forekommer, og den legger særlig vekt på overgang til foreldreskap, brudd og skilsmisse. intervensjoner og sikkerhetsarbeid for familier

der vold forekommer, og den legger særlig vekt på overgang til foreldreskap, brudd og skilsmisse.



Figur 1.3 Sammenstilling av bokforsider med bilder fra forlagenes nettsider

Boka «Tvang og grenser i barne- og ungdomspsykiatrien»¹⁶ handler om hvordan tvang brukes, forstås og oppleves i psykisk helsevern for barn og unge. Boka kombinerer fortellinger fra ungdommer med egne erfaringer, refleksjoner fra helsepersonell og fagkunnskap for å belyse etiske og juridiske spørsmål om tvang. Den tar opp dilemmaer mellom omsorg og makt og gir ny kunnskap som skal gjøre informasjon om tvang mer tilgjengelig for fagfolk, pårørende og ungdommer selv. Boka er skrevet som en del av et forskningsprosjekt ledet av Nordlandsforskning i samarbeid med Mental Helse Ungdom og er ment som et bidrag til åpenhet og kunnskap om psykisk helse og barns rettigheter.

«Respekt og likeverd i arbeid med rus og psykisk helse»¹⁷ tar utgangspunkt i en økologisk, biopsykososial og recovery-orientert forståelse av mennesker og endringsprosesser. Den innledes med tre kapitler der vi får historier og refleksjoner fra forfattere som selv har

erfaring med rusmiddelproblemer, psykiske vansker og recovery-prosesser. Boka gir, ifølge forlaget, fagpersoner kunnskap om hvordan de kan støtte personer med rusmiddelproblemer og psykiske vansker på måter som skaper tillit, samarbeid og håp. Den kombinerer personlige historier, faglige refleksjoner og praktiske råd for å fremme relasjoner, livskvalitet og inkluderende tjenester. Lars Lien har anmeldt boka i Tidsskrift for psykisk helsearbeid i 2025.¹⁸

«Brukermedvirkning for personer i sårbare posisjoner»¹⁹ utforsker hvordan brukermedvirkning kan gjennomføres i helse- og velferdstjenester for grupper som ofte møter barrierer, som personer med rusproblemer, personer med funksjonsnedsettelse, bostedsløse og flyktninger. Boka bygger på forskningsprosjektet *Challenges of participation (Chapar)* og gir innsikt i både muligheter og hindringer for reell medvirkning. Den kombinerer empiriske funn, teoretiske perspektiver og praktiske råd for fagfolk, studenter og beslutningstakere som ønsker å styrke brukernes innflytelse. Boka er anmeldt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid av Olsson og Vågan (2025).²⁰

«Barn i risiko»²¹ av Øyvind Kvellø kom for første gang ut i 2007 og er en bok om barn som lever under skadelige omsorgsbetingelser. Den oppdaterte utgaven fra 2025 tar for seg temaer som vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og traumer samt barns sosiale liv og foreldrefungering. Boka kombinerer forskningsbasert kunnskap med praksisnære verktøy som samtaleguider og sjekklister, og er et uvurderlig oppslagsverk for fagpersoner i barnevern og helse- og sosialtjenester.

«Å sette farger på livet: Samspill og deltakelse i psykisk helse- og rusarbeid»²² er en revidert utgave av boka «Å sette farger på livet – Helhetlig psykisk helsearbeid» fra 2014. Den tar for seg hvordan samspill, deltakelse og helhetlige tilnærminger kan styrke psykisk helse- og rusarbeid, med fokus på hverdagsliv, forebygging og integrerte tjenester. Boka kombinerer teori, modeller og rammeverk med konkrete eksempler og caser og er rettet mot studenter, fagpersoner og beslutningstakere som ønsker kunnskap og verktøy for inkluderende praksis.

«Etterlatte ved unaturlig død»²³ er ment å gi praksisnær og forskningsbasert kunnskap om hvordan det oppleves å miste noen ved brå, uventet og ofte stigmatisert død. Den legger særlig vekt på narkotikarelatert dødsfall. Boka tar opp sorgreaksjoner, mestring og behovet for hjelp og støtte og retter seg mot fagpersoner, etterlatte, studenter, frivillige og sosiale nettverk. Den bygger på END-prosjektet (Etterlatte ved narkotikarelatert død) og tidligere forskning om etterlatte og hjelpetiltak ved unaturlig død. Den gir konkrete råd for hvordan man best kan støtte etterlatte i krevende livssituasjoner.

1.6 Forskning og evaluering fra Norge det siste året

Søket i SCUP-databasen med søkeordene beskrevet ovenfor, gav totalt 913 treff for perioden oktober 2024 til november 2025. Etter en manuell gjennomgang inkluderte vi 44 artikler^{20, 24–67} med stor tematisk bredde, som dekker både psykisk helse- og rusfeltet og barn

og unge- og voksenalpopulasjonen. Vi anbefaler å studere litteraturlisten i rapporten for å få et inntrykk av bredden i temaer. Som tidligere var det flest inkluderte artikler fra Tidsskrift for psykisk helsearbeid (26 prosent av artiklene), dernest fra Tidsskrift for velferdsforskning (14 prosent) og fra Nordic Journal of Criminology (12 prosent). Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development og Tidsskrift for omsorgsforskning sto hver for 7 prosent av de inkluderte artiklene, mens de øvrige artiklene tilhørte ulike bokkapitler, Nordic Welfare Research, Tidsskriftet Norges Barnevern, Nordic Journal of Urban Studies, Nytt Norsk Tidsskrift, Norsk sosiologisk tidsskrift, Nordic Nurse Research, Tidsskrift for strafferett, Tidsskrift for boligforskning og Tidsskrift for samfunnsforskning.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid^m har hatt tre utgivelser siden vår forrige rapport. I november 2024 kom et temanummer om medvirkning for barn og unge. I april 2025 kom det et temanummer om hest som virkemiddel i psykisk helsearbeid, mens nummeret som kom i juni 2025, hadde større bredde i temaer – fra hvordan kvinnelige familiemedlemmer i samiske kystsamfunn mestrer å stå i en omsorgsrelasjon til syk ektefelle over lengre tid, til ungdoms digitale kontakt med helsetjenesten, in-situ-simulering for sykepleiestudenter i praksis i psykisk helsearbeid og en artikkel om aktivitetsgrupper for voksne med autismespekterdiagnoser. Vi har valgt å beskrive noen av disse artiklene nedenfor.

Vi traff også på Norges WHO-strategi som går fra 2024 til 2027.⁶⁸ Her går det fram at for å oppnå universell helsedekning vil Norge arbeide spesielt for at primærhelsetjenester skal prioriteres. Det legges opp til integrering av tjenester som blant annet forebygging og behandling av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, psykiske plager og lidelser, seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter. Primærhelsetjenesten skal videre tåle effekter av klima-, miljø- og naturendringer, som en økning i klimarelaterte sykdommer og skader, endringer i typen, forekomsten og utbredelsen av smittsomme sykdommer samt antimikrobiell resistens. Videre går det fram at som medlem av WHO's styre vil Norge sikre at tematikker som seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter og psykisk helse og psykososial støtte får prioritet i humanitære kriser og som del av langsiktig utviklingsinnsats.

Ny kunnskap innen psykisk helsearbeid

I det følgende gir vi en kort oppsummering av et utvalg av artiklene som er inkludert. Vi har valgt å organisere dem tematisk etter om det handler (mest) om psykisk helse eller rus, og om det er forskning på barn og unge eller voksne.

Psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge

Artiklene som handler om barn og unge og psykisk helse, har særlig vekt på brukermedvirkning, kommunikasjon og bruk av innovative metoder både i skolehelsetjenesten og i oppfølgingstiltak. Et par av artiklene viser hvordan digitale verktøy (SMS, Snapchat og ChatGPT) og kreative tilnærminger (bilder og kunstbaserte

^m<https://www.scup.com/journal/tph>

programmer) kan senke terskelen for kontakt, styrke relasjoner og fremme mestring^{45, 62}. Flere studier belyser også strukturelle utfordringer, som lærerens rolle i livsmestringsarbeid⁴⁴ og behovet for bedre koordinering mellom tjenester (FACT-modellen)⁴¹. Vi inkluderte også omtale av et par rapporter og en artikkel fra Ungdata-materialet^{26, 27, 69}, som også blir et viktig datagrunnlag i forbindelse med målet i opptrappingsplanen for psykisk helse om at barn og unge skal ha bedre psykisk helse ved opptrappingsplanens slutt.

Lahold og Clancy (2024): Bilder kan si mer enn ord: Hvordan kan bruk av bilder bidra til helsefremmende dialoger for ungdom i skolehelsetjenesten?⁴⁵

Artikkelen viser at mobilbilder og andre visuelle metoder kan åpne for nye måter å snakke om erfaringer på i helsedialoger mellom helsesykepleiere og ungdom. Skolehelsetjenesten fikk et konkret, helsefremmende verktøy både i individuelle samtaler og i gruppesamtaler. Funnene peker på at bilder kan fremheve ressurser og positive sider, og at de dermed kan senke terskelen for å dele og reflektere om psykisk helse.

Trustrup og Jenhaug (2025): Digital kontakt med ungdom i skolehelsetjenesten: SMS og Snapchat som virkemiddel i psykisk helsearbeid⁶²

Studien beskriver hvordan skriftlig digital kontakt (SMS/Snapchat) kan senke terskelen for å ta kontakt, gjøre oppfølging mer tilgjengelig og styrke relasjonen – særlig for gutter som sjeldnere oppsøker hjelp. Ungdom og helsesykepleiere så digital dialog som et supplement til fysiske samtaler, ikke en erstatning for det, blant annet for å forberede temaer eller følge opp etter møtet. Konklusjonen er at kanalene kan brukes strategisk for å nå flere og støtte tryggere møter, samtidig som dybdesamtaler fortsatt bør skje ansikt til ansikt.

Skjuve et al. (2025): Unge og helseinformasjon – ChatGPT vs. fagpersoner⁵⁸

I en spørreundersøkelse blant 123 unge personer (16–20 år) opplevde deltakerne både svar fra fagpersoner (ung.no) og svar fra ChatGPT som positive, men de anbefalte oftere svarene fra ChatGPT videre til andre. I kvalitative begrunnelser trakk deltakerne fram struktur, tydelighet og en opplevelse av anerkjennelse som årsaker; samtidig fremhever studien behov for kvalitetssikring og hybridløsninger. Funnene impliserer hvordan offentlige tjenester bør utforme digitale svar som oppleves konkrete, forståelige og anerkjennende.

Ørjasæter (2024): «Jeg kaller det jobben min». Kunstbaserte arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammer for unge⁶⁵

Basert på intervjuer med unge i Nav-tiltak og veilederne deres analyserer studien hvordan kunstbaserte, arbeidsrettede tilbud forstås som et tiltak, en læringsarena, et terapeutisk miljø og en slags jobb. Studien fremhever programmenes meningsfullhet og fellesskap og hvordan unges sammensatte behov påvirker engasjement og utbytte. Artikkelen peker på hvordan Nav-tiltak kan utformes for å styrke deltakelse og mestring hos unge.

Kristensen et al. (2024): Barneperspektivsamtales+: et familiefokusert verktøy for brukervedvirkning⁷⁰

Når foreldre har psykisk sykdom, må barn få alderstilpasset informasjon og en reell mulighet til å si hvordan de har det. Barneperspektivsamtales+ beskrives som en strukturert metode for å gjennomføre dette. Tiltaket tydeliggjør det lovpålagte ansvaret helsepersonell har for å ivareta barn som pårørende og for å styrke medvirkningen deres i familiens situasjon. Artikkelen drøfter praktiske måter å tilrettelegge barnas medvirkning på i psykisk helsevern for voksne.

Høiseth et al. (2024) FACT ung: Brukervedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå⁴¹

Artikkelen viser hvordan man kan jobbe med brukervedvirkning og recovery på både system-, tjeneste- og individnivå i et nasjonalt implementeringsarbeid. Den presenterer hvordan FACT-modellen kan tilpasses ungdom med psykiske lidelser og sammensatte behov. Systematisk arbeid med brukervedvirkning bør integreres på alle nivåer, fra planlegging til individuell oppfølging. Erfaringene peker på økt kontinuitet for pasientene og bedre koordinering mellom tjenester.

Kjær et al. (2025): Noen utfordringer, men potensial for å endre psykisk uhelse til livsmestring: Læreres erfaringer med tiltak for å fremme psykisk helse blant elever i videregående skole⁴⁴

Artikkelen beskriver læreres opplevelser og erfaringer med å implementere og arbeide med tiltakene Veiledning og informasjon om psykisk helse i skolen (VIP) og Systematisk arbeid med mestring, medvirkning og motivasjon (SAMM) i elevgrupper. Funnene viste at informantene (fra åtte lærerintervjuer) opplever at tiltakene bidrar til å fremme elevenes kunnskap om psykisk helse og om det psykososiale miljøet i klassen, og de bidrar til mestring i fag. Samtidig opplever informantene deler av innholdet som sykdomsfokusert samt at det er mye innhold og utfordrende å implementere tiltakene i fag. Forskningen underbygger behov for tydeliggjøring av lærerrollen og for bedre strukturelle rammer for livsmestringsarbeidet. Den peker også mot målrettede, skolebaserte tiltak som kan ha særlig effekt for elever med størst behov.

Bakken (2024 og 2025) og Bakken og Ljunggren (2025): Ungdata-undersøkelsene^{26, 27, 69}

I tillegg til artiklene ovenfor har det også kommet to relevante rapporter og en artikkel det siste året med presentasjoner av funn fra de nasjonale Ungdata-undersøkelsene. Ungdata kartlegger livskvalitet, fritidsaktiviteter og sosiale forhold blant norske ungdommer hvert år. 2025-rapporten oppsummerer svar fra 276 397 ungdommer i 345 kommuner mellom 2023 og 2025 og legger vekt på trender og utviklingstrekk. De fleste informantene

rapporterer om høy livskvalitet, sosiale relasjoner og positive fremtidsutsikter, men noen oppgir utfordringer med press, psykiske plager og mobbing.²⁷

Rapporten fra 2024 oppsummerer svarene til de 150 600 ungdommene som var med i Ungdata i 2023 og 2024.²⁶ Ungdata ble i disse to årene gjennomført i 212 kommuner og på Svalbard, og undersøkelsen omfattet fylkene Oslo, Innlandet, Vestfold, Telemark, Vestland, Møre og Romsdal, Trøndelag, Troms og Finnmark. I tillegg deltok Lunner og Bindal kommuner i 2024. Ifølge rapportens oppsummering mener ni av ti ungdommer at de har et godt liv, med nære venner, sosialt fellesskap og høy tilfredshet med foreldre, skole og lokalmiljø. De fleste har en aktiv fritid og rapporterer om god fysisk og psykisk helse samt om fremtidsoptimisme. Samtidig viser tallene bekymringsfulle trekk: mobbing er på sitt høyeste nivå siden målingene startet, og det blir mer vold, flere slåsskamper og mer mistrivsel i skolen. Flere ungdommer rapporterer om nasking, hærverk og økt bruk av alkohol, narkotika og snus. Dette peker på et dobbelt bilde – generelt gode oppvekstvilkår, men med tydelige risikofaktorer som krever oppmerksomhet.

I Bakken og Ljunggren (2025)⁶⁹ går det fram at det både i Norge og internasjonalt har vært en utvikling over tid der stadig færre opplever trivsel og tilhørighet i skolen. Skoletrivsel er et sammensatt fenomen, og ved hjelp av latent klasseanalyse har de identifisert sju grupper med ulike «skoletrivelsprofiler». I artikkelen går det fram at det i perioden 2014 til 2022 har foregått en betydelig forskyvning fra grupper kjennetegnet av høy trivsel over mot grupper preget av direkte mistrivsel. Disse forskyvningene har i all hovedsak skjedd på tvers av kjønn, alder og sosioøkonomisk familiebakgrunn. Videre går det fram at det er en sammenheng mellom endringer i ungdoms skjermbruk, rapporterte psykiske plager blant ungdom og forskyvninger i trivselsprofilene. Statistisk bidrar faktorene til å forklare rundt halvparten av økningen i mistrivsel og omtrent en tredjedel av reduksjonen i trivsel. Artikkelen baserer seg på data fra spørreundersøkelsen Ungdata gjennomført i årene 2014 til 2022 (N = 456 552).

Psykisk helsearbeid rettet mot voksne

Artiklene som handler om forskning i og på psykisk helsearbeid for voksne, gir et bredt innblikk i utvikling og praksis innen psykisk helsearbeid, og de legger vekt på både fagpersonenes erfaringer og brukernes perspektiver. Når vi velger ut artikler som presenteres i rapporten, tenker vi at artikler med systemperspektiv, og gjerne helsepersonellperspektiv, skal prioriteres. I år dekkes temaer som innovative læringsmetoder i utdanningene (VR³³ og in situ-simulering⁴⁷), dyreassistert terapi (jf. eget hestenummer i Tidsskrift for psykisk helsearbeid⁶⁰) og relasjonsbaserte tilnærminger for å styrke mestring og håp^{23, 46}. Flere studier belyser betydningen av brukermedvirkning^{59, 61}. Artiklene tar også opp utfordringer knyttet til pårørendeinvolvering, prioriteringer i kommunale tjenester og spenninger mellom dokumentasjonskrav og fleksibilitet^{46, 59, 71}.

Sudmann og Hansen (2025): Introduksjon til temanummer om hest i psykisk helsearbeid⁶⁰

Vi har over flere år (og særlig etter pandemien) merket at stadig flere artikler om naturterapi har dukket opp i søket til kunnskapsgrunnlagskapittelet i den årlige IS-24/8-rapporten. Og i år hadde altså Tidsskrift for psykisk helsearbeid viet et helt temanummer til hest. I denne introduksjonen presenteres hest som terapeutisk ressurs i psykisk helsearbeid, med vekt på relasjon, mestring og kroppslig erfaring. Artikkelen gir en oversikt over forskningsgrunnlag og praksiserfaringer fra dyreassistert terapi, der målet er å inspirere til videre utforskning av natur- og dyrebaserte tilnærminger.

Hagen et al. (2025): Historier om håp fra personer som har erfart suicidalitet³⁵

I en anonym digital undersøkelse etterspurte forskerne erfaringer av håp og endrings- og bedringsprosesser hos personer med selvmordsforsøk eller selvmordstanker. De gjennomgikk de 86 svarene og presenterer fem viktige aspekter ved håp og bedringsprosesser: 1) relasjoner og støtte fra andre, 2) noe meningsfullt å holde på med som har betydning for en selv og andre, 3) selvivaretagelse, 4) individtilpasset behandling og oppfølging og 5) tid. Utdrag fra deltakernes tekster viser konkrete erfaringer med hva som hjalp og gir nyttig kunnskap for fagfolk og pårørende. Artikkelen argumenterer for å løfte pasientperspektiv og relasjonelle dimensjoner i selvmordsforebyggende arbeid.

Gamme et al. (2025): «VR som simuleringsverktøy i psykisk helse». Studentene opplevde emosjonell berøring ved bruk av VR som simuleringsverktøy³³

Artikkelen undersøker hvordan VR-baserte simuleringsverktøy påvirker læring og emosjonell involvering hos sykepleiestudenter. Den kvalitative studien er basert på fokusgruppeintervjuer med 30 sykepleiestudenter. Studentene rapporterte om sterkere følelsesmessig berøring og økt forståelse for pasientperspektivet med VR sammenliknet med tradisjonelle metoder. Studien konkluderer med at VR kan være et verdifullt supplement i utdanning for å styrke empati og klinisk kompetanse.

Lysfjord og Sætertrø (2025): In situ-simulering i psykisk helsearbeid gir sykepleiestudentene nye muligheter for læring⁴⁷

Denne artikkelen viser at realistiske simuleringer i kliniske omgivelser gir studenter i psykisk helsearbeid bedre ferdigheter i kommunikasjon og teamarbeid. Opplevelsen av «ekte» situasjoner øker studentenes trygghet og refleksjon i forbindelse med pasientmøter. Artikkelen anbefaler å integrere in situ-simulering som en fast del av praksisopplæringen.

Lunde et al. (2025): Helsepersonells perspektiver på mulighetsrommet for pårørendeinvolvering for hjemmeboende eldre med psykisk helse- og/eller rusproblematikk⁴⁶

Artikkelen baseres på intervjuer med ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i hjemmesykepleien og med fastleger. Forskerne tolker resultatene som at føringene fra makronivå nedprioriteres gjennom ulike prioriteringsprosesser på mikronivå, og at dette

henger sammen med at ansatte i førstelinjen opplever at innskrenkninger i skjønnsutøvelsen og andre føringer for praksisen deres ikke er forenelige med å få prioritert pårørendeinvolvering. Dette kan true helsepolitiske mål om å styrke velferdsstatens bærekraft gjennom involvering av pårørende.

Aabø (2024): Prioritisation in Service Allocation for Older People With Mental Health and/or Substance Use Disorders: Healthcare Providers' Perspectives in Norway⁶⁷

Studien undersøker hvorfor tjenester for eldre med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer ikke prioriteres i primærhelsetjenesten. Basert på intervjuer med helsepersonell i en norsk kommune viser funnene at somatiske behov får forrang, og at manglende kompetanse på psykisk helse og rus brukes som begrunnelse. I tillegg prioriteres yngre personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer fremfor eldre, legitimert av en oppfatning om at det gir større nytte. Til tross for universelle prinsipper i velferdsstaten får eldre med psykisk helse- og rusmiddelproblemer hovedsakelig somatisk orienterte tjenester.

Sørgård og Karlsson (2025): «Tidkrevende – og verdt det»: Fagpersoners erfaringer med Åpen dialog i Utadrettet nettverksteam⁶¹

Studien undersøker fagpersoners erfaringer med bruk av Åpen dialog (ÅD) i Utadrettet nettverksteam for pasienter med komplekse behandlingsforløp (sammensatte og koordinerte tjenester) innen psykisk helsevern. Den forskningsbaserte forankringen bygger på nasjonale og internasjonale studier av ÅD. Tilbudet i Utadrettet nettverksteam retter seg mot pasienter som har vært innlagt på lukket psykiatrisk avdeling, og som følges opp etter utskrivelsen. Den empiriske delen baserer seg på fokusgruppeintervjuer med fagpersoner som har deltatt i nettverksmøter etter utskrivelsen. Funnene viser at fagpersonene opplever ÅD som verdifullt og meningsfullt å bruke tid på. Praksisen bidrar til kontinuitet i behandlingsforløpet og styrker samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer.

Solberg et al. (2025): Brukermedvirkning i spennet mellom dokumentasjonskrav og brukeres behov. En kvalitativ studie av kartleggingsmøter ved et tildelingskontor⁵⁹

Artikkelen undersøker hvordan prosessuell brukermedvirkning realiseres i kartleggingsmøter ved et tildelingskontor i en norsk kommune. Datagrunnlaget består av observasjoner og lydopptak fra 18 møter og bruk av refleksiv tematisk analyse. Analysen identifiserte tre former for samhandling: informasjonsoverføring, åpning for livsfortellinger og beslutningsprosesser. Funnene viste at medvirkning får ulike uttrykk, avhengig av hvordan saksbehandlere balanserer institusjonelle føringer mot brukernes subjektive fortellinger. Når standardiserte skjemaer dominerer, begrenses brukerens mulighet til å påvirke beslutninger. Der dialog og anerkjennelse av brukerens perspektiv gis rom, øker mulighetene for medvirkning. Studien gir innsikt i hvordan institusjonelle og profesjonelle rammer former medvirkningen i forvaltningen av helse- og omsorgstjenester, og den kan bidra til refleksjon om hvordan slike prosesser kan styrkes.

Pettersen et al. (2024): Felles opplæringsprogram for forskere og medforskere – erfaringer fra et pilotprosjekt⁵⁵

Artikkelen beskriver erfaringer fra et felles opplæringsprogram for forskere og personer med brukererfaring høsten 2021. Målet var å undersøke hvordan slik opplæring kan styrke forskningssamarbeid, fremme demokratisering og heve forskningskvalitet. Data ble samlet gjennom evalueringsskjemaer etter tre samlinger og gjennom rapporter fra prosjektgruppene. Resultatene viser at deltakerne opplevde økt trygghet, rolleforståelse og innsikt. Det ble etterlyst mer varierte arbeidsformer og forbedrede pedagogiske verktøy. Tidspunktet for kurset var viktig – opplæringen bør skje før prosjektet starter. Noen akademiske forskere mente deler av kurset var overflødige (der de allerede følte seg kompetente). Felles opplæring berører en epistemologisk debatt om hvilke kunnskapsformer som er dominante, og programmet understreker behovet for tillit og anerkjennelse mellom akademisk og erfaringsbasert kunnskap.

Heggdalsvik og Samsonsen (2024): Høykonfliktsaker som multifaktorielle bekymrings situasjoner³⁶

Denne artikkelen utforsker hva som ligger til grunn for vurderingen av bekymringsmeldinger som er sendt fra familievernkontor til barnevernstjenesten i saker med stor grad av foreldrekonflikt, og karakteristika ved disse meldingene. Datagrunnlaget var 74 bekymringsmeldinger som ble sendt fra familievernkontor til barnevernstjenester i en toårsperiode. Det ble gjort en dokumentanalyse.

Dokumentstudien viste at bekymringsmeldinger fra familievernkontor gav informasjon om at det er vurdert at omsorgssituasjonen til barn som på bakgrunn av høykonflikt mellom foreldre er i risiko for omsorgssvikt i en slik grad at det utløser plikten til å melde fra til barnevernstjenesten.

Kommunalt rusarbeid rettet mot voksne

Når det gjelder artikler som handler om rusmiddelfeltet i tjenester for voksne, spenner de fra praktiske erfaringer med behandling og oppfølging i tjenestene til mer politiske og epistemologiske diskusjoner. Flere studier fremhever betydningen av relasjoner, kontinuitet og individuell tilpasning, enten det gjelder mentorordninger⁵⁴, nedtrapping av opioider⁵¹ eller alternative metoder som hestetapi³². Samtidig problematiseres hvordan kunnskaps- og policyutvikling påvirker praksis: fra debatten om straff versus hjelp i narkotikapolitikken til domstolenes rolle som politiske aktører⁵³. Andre bidrag utfordrer etablerte perspektiver, som ensidig fokus på skade ved alkoholbruk⁴⁰.

Mellingen et al. (2025): «Kommer sjelden i kontakt»: Om å gi hjelp til etterlatte ved narkotikarelatert død⁴⁹

Artikkelen er basert på en survey av ansatte og ledere (n = 103) innen ikke-spesialiserte helse- og velferdstjenester og 31 fritekstsvar som belyser utfordringer ved implementeringen av tiltak for etterlatte etter narkotikarelatert død. Forskerne fant at det

mangler samhandling og kommunikasjon mellom relevante tjenester, at prioriteringen er mangelfull, og at hjelpetilbudet er lite synlig. Press på tjenestene og holdninger til rusmiddelavhengige kan medvirke til at etterlatte ved narkotikarelatert død ikke blir prioritert. Forfatterne peker på at det er behov for proaktivt oppsøkende arbeid, bedre informasjonsflyt og tydeligere ansvarslinjer.

Ordahl et al. (2024): Utforskning av mentorordningen ved et kommunalt, langtids rehabiliteringstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet – en kvalitativ studie⁵⁴

Studien undersøker erfaringer med en mentorordning i kommunal rehabilitering for personer med rusmiddelavhengighet, med særlig vekt på hvordan mentorrollen påvirker mentorenes egen bedringsprosess. Basert på sju intervjuer fra beboere ved Jegersberg gård identifiserer forskerne både muligheter og utfordringer, oppsummert i fem hovedtemaer. Funnene viser at mentorordningen styrker fellesskap, ansvarsfølelse og håp, og at både beboerne og mentorene opplever ordningen som et viktig verktøy. Samtidig kommer det fram enkelte utfordringer knyttet til forventninger og rollebelastning. Studien konkluderer med at mentorordningen er et nyttig og aktuelt tiltak i kommunal rehabilitering.

Oddvang og Vallumrød (2025): What Do Patients with Chronic Pain Experience as Supportive Tapering of Opioids in Community Health Care?⁵¹

Artikkelen er en systematisk kunnskapsoppsummering av hva pasienter med langvarige smerter opplever som støttende ved nedtrapping av opioider. Analysen viser at en helhetlig, personorientert tilnærming er avgjørende for at pasientene skulle oppleve mestring. Tre sentrale faktorer fremheves: autonomi i prosessen, tilhørighet og kompetanse. For at pasientene skal oppleve nedtrappingen som støttende, må den planlegges grundig, inkludere regelmessig kontakt med faste behandlere og kombineres med tverrfaglig støtte. Relasjonen til helsepersonell og opplevelsen av kontroll var avgjørende for at pasientene skulle oppleve mestring. Studien understreker behovet for helhetlige strategier som ivaretar både smerte og psykososiale faktorer.

Kammersgaard (2025): Punishment as help? Rationalizing punishment in the debate on the Norwegian drug policy reform⁴³

Artikkelen analyserer argumentene mot avkriminalisering basert på over 100 høringsuttalelser fra ulike aktører til reformforslaget «Fra straff til hjelp», som ble stemt ned i Stortinget i 2021. Artikkelen viser hvordan motstandere av avkriminalisering argumenterte for straff som «hjelp» snarere enn som sanksjon. Denne forståelsen ble brukt til å rettferdiggjøre videre kriminalisering av personlig rusmiddelbesittelse, til tross for reformforslagets mål om å erstatte straff med helsehjelp.

Olsen og Lundeberg (2025): Courts as policy actors: The blurring of punitiveness in Norwegian drug reform⁵³

Artikkelen diskuterer domstolenes rolle i utformingen av narkotikapolitikk og hvordan rettspraksis påvirker grensen mellom straff og behandling. Domstolene beveget seg mot mildere reaksjoner og helseorienterte tilnærminger, noe som skapte en «delvis avkriminalisering» før reformen ble delvis lovfestet i 2025. Analysen viser at domstolene ikke bare tolker loven, men også former politikk gjennom skjønn og praksis. Dette reiser spørsmål om maktfordeling og konsekvenser for rettssikkerhet.

Edland-Gryt et al. (2025): Ruse seg utover, innover eller bort? En sosiologisk organisering av illegal rusmiddelbruk³¹

Artikkelen undersøker hvordan bruk av illegale rusmidler varierer i norsk utelivskontekst, og hvilke forestillinger som knyttes til ulike stoffer og brukere. Basert på 35 dybdeintervjuer med unge voksne presenteres tre typiske bruksmåter: «ruse seg utover» (fest og sosialitet), «ruse seg innover» (introspeksjon) og «ruse seg bort» (eskapisme). Disse mønstrene henger sammen med både stoffenes symbolske betydning og farmakologiske effekter. Studien nyanserer forståelsen av rusbruk ved å vise hvordan sosiale og kulturelle faktorer samspiller med juridiske og biologiske perspektiver. Den nyanserer bildet av rusbruk som sosial og individuell handling og gir språk for å skreddersy tilnærminger. Dette har implikasjoner for tjenester som ønsker å møte brukere med mer presis hjelp.

Fiskum et al. (2025): Healing with Horses: Milieu Therapists' Perspectives on Psychotherapy with Horses for Patients with Substance Use Disorders³²

Artiklene undersøker miljøterapeuters perspektiver på hestebasert psykoterapi for pasienter med rusmiddelavhengighet i en miljøterapeutisk kontekst. Seks miljøterapeuter ble intervjuet om hvordan de oppfatter terapiens effekt og integrasjonen med øvrig behandling som er undersøkt. Terapeutene beskriver at pasientene opplever økt motivasjon, mestring og emosjonell regulering gjennom samspill med hest. Studien peker på behov for mer forskning, men fremhever metoden som et lovende supplement til tradisjonell behandling.

Høiland (2025): Har alkoholforskningen glemt gleden ved å drikke?⁴⁰

Vi avslutter med essayet «Har alkoholforskningen glemt gleden ved å drikke?», der det stilles spørsmålstegn ved hvorvidt psykologer og helseforskere overser de positive effektene av rusmidler, spesielt alkohol, og hvordan denne ensidigheten kan hindre mennesker med alkoholproblemer i å få bedre hjelp. Forfatteren mener et ensidig fokus på risiko og negative helsekonsekvenser gjør at man mister kunnskap om hvorfor folk faktisk drikker. Han argumenterer for at helseinformasjon om alkohol må bli mer nyansert, og at forskere og klinikere må tørre å snakke om positive rusopplevelser. Å anerkjenne gleden ved alkohol vil bidra til bedre terapeutiske relasjoner, redusere stigmatisering og gi folk saklig grunnlag for å ta informerte valg om eget inntak. Dette er viktig siden det er de andre aktørene, som alkoholindustrien, som ellers får definere de kulturelle og positive sidene ved alkohol.

1.7 Annet nytt på psykisk helse- og rusfeltene

I dette delkapittelet har vi tatt med annen ny kunnskap som er relevant for fagfeltet psykisk helse- og rusarbeid.

Ny kunnskap fra FHI om tiltaket Rask psykisk helsehjelp (RPH) og barn og unges psykiske helse

I mars 2025 ble det publisert en internasjonal artikkel der forskere fra Folkehelseinstituttet som har forsket på Rask psykisk helsehjelp, deltok.⁷² Studien konkluderte med at RPH kan gi samfunnsøkonomiske gevinster i form av høyere arbeidsdeltakelse og mindre behov for trygd hos disse pasientene. På sine nettsider oppsummerer FHI hovedfunnene slik:ⁿ

Studien er basert på en randomisert kontrollert studie fra 2016-2017, der 738 deltakere enten mottok oppfølging fra RPH eller vanlig oppfølging i kommunen.

- Økt arbeidsdeltakelse: Deltakere i RPH-programmet hadde en høyere sannsynlighet for å være i vanlig arbeid uten å motta trygdeytelser sammenlignet med kontrollgruppen opp til 5 år etter behandlingen. Dette indikerer at tidlig intervensjon kan bidra til økt arbeidsdeltakelse blant personer med milde til moderate nivåer av angst og depresjon.
- Redusert bruk av helsetjenester: Studien fant at RPH-deltakere tenderte til lavere helsetjenestebruk, noe som tyder på at tidlig behandling kan redusere behovet for mer helsehjelp senere.
- Kostnadseffektivitet: En kost-nytte-analyse estimerte at RPH-programmet gir en netto økonomisk gevinst, hovedsakelig gjennom økt arbeidsinntekt. Studien estimerte at hver krone investert i RPH gir en forventet samfunnsøkonomisk gevinst på 5,26 kroner.
- Effekt av behandling forklarer samfunnsøkonomiske gevinster: Studien viser også at de samfunnsøkonomiske effektene i stor grad kan forklares av den positive effekten RPH har på deltakernes psykiske helse.
- Langsiktig effekt: Tidligere forskning har vist at symptomforbedringene hos RPH-deltakere vedvarer over tid. En randomisert kontrollert studie publisert i 2020 rapporterte en pålitelig bedringsrate på 58,5 prosent i RPH-gruppen, sammenlignet med 31,9 prosent i kontrollgruppen. Videre oppfølginger har bekreftet at disse forbedringene varer i opptil tre år etter behandlingen.

Forskerne nevner selv at resultatene i studien bør tolkes med forsiktighet på grunn av relativt brede usikkerhetsintervaller, og at studien ideelt sett bør gjennomføres på nytt med et langt større utvalg enn 738 deltakere.

Som nevnt innledningsvis i dette kunnskapsgrunnlagskapittelet kom FHI med en temautgave av Folkehelse rapporten som undersøkte utvikling i barn og unges psykiske helse, og som la særlig vekt på ADHD og autisme.³ I sin oppsummering av rapporten

ⁿ<https://www.fhi.no/nyheter/2025/satsning-pa-rask-psykisk-helsehjelp-kan-vare-lonnsomt/>

skriver FHI om hvordan selvrapporterte psykiske plager blant unge har økt betydelig de siste tiårene, særlig blant tenåringsjenter og unge kvinner. Rapporten peker på ensomhet, skolerelatert stress og søvnvansker som sannsynlige bidragsfaktorer, men årsaksbildet er komplekst og ikke fullt ut forstått. Det er også en markant økning i ADHD- og autismediagnoser, med store geografiske variasjoner og sosiale forskjeller som henger sammen med foreldrenes inntekt og utdanning. Økningen i autismediagnoser er størst blant barn med foreldre fra Afrika og Asia, mens ADHD forekommer sjeldnere i disse gruppene. Rapporten understreker behovet for tidlig forebygging, styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste og mer kunnskap om årsaker, konsekvenser og effektive tiltak.

Høsten 2025 kom rapporten [Mental Health Promotion and Prevention - Best Practices in Public Health](#) der Rask psykisk helsehjelp i Norge fremheves som ett av 11 utvalgte europeiske praksiser som kan styrke folkehelsen og gi samfunnsøkonomiske gevinster⁷³.

ABC for god psykisk helse – litteraturanalyse av implementeringserfaringer

Plasil et al. (2025)⁷⁴ har gjennomført en litteraturanalyse av implementeringserfaringer med ABC-modellen for god psykisk helse, kjent som Act-Belong-Commit. ABC er en del av folkehelsesatsingen i Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033). Det er en folkehelsekampanje som tar utgangspunkt i tre teoretiske perspektiver: salutogenese, mattering og recovery. Målet er å fremme psykisk helse gjennom forebyggende tiltak rettet mot hele befolkningen, snarere enn å fokusere på behandling. Kampanjen formidler et enkelt budskap om viktigheten av å være aktiv, delta i meningsfulle aktiviteter og ha sosial tilhørighet.

I artikkelen går det fram at modellen består av en informasjonskampanje og et nettverk av aktører fra ulike sektorer som integrerer ABC-prinsippene i sine aktiviteter. Disse intervensjonene er lokalt tilpasset og bygger på eksisterende strukturer og samarbeid. Gjennom opplæring i ABC-konseptet etableres et felles rammeverk som har vist seg å være både effektivt og økonomisk fordelaktig. I Norge ble modellen først prøvd ut i Trøndelag i perioden 2022–2024. I 2025 mottok flere fylkeskommuner støtte til videre implementering, og NAPHA fikk ansvar for å koordinere kampanjen nasjonalt.

Gjennomgangen identifiserte 25 relevante publikasjoner, hovedsakelig fra Australia, Danmark og Norge. Forskningen viser at kampanjen bidrar til økt bevissthet om psykisk helse og motiverer en andel av befolkningen til å gjøre livsstilsendringer. Den har også positive effekter knyttet til samfunnsdeltakelse og reduserte helseutgifter.

Samtidig avdekkes flere utfordringer. I Danmark opplevde mange fagpersoner at kampanjen ikke representerte noe nytt, og at prinsippene allerede var integrert i eksisterende praksis. Dette kan føre til lavere engasjement dersom ikke organisasjonene ser verdien av å knytte sitt arbeid til et større rammeverk. Modellen har også fått kritikk for å legge mye ansvar på individet, noe som kan være problematisk for personer med alvorlige

psykiske vansker. I tillegg mangler det veiledning for hvordan man inkluderer sårbare grupper, som minoriteter og personer utenfor arbeidslivet.

Organisatoriske faktorer som utskifting av nøkkelpersoner og begrensede ressurser kan svekke kontinuiteten i arbeidet. For å lykkes med implementering kreves tydelig forankring i ledelsen, tilstrekkelig tid og forståelse blant ansatte for hvorfor dette arbeidet er viktig.

Til tross for positive forventninger til ABC-modellen, finnes det begrenset dokumentasjon om konkrete implementeringserfaringer, og særlig om langtidseffekter.

NAPHA om «kunnskapsbaserte lavterskeltilbud»

En av de mest markante prioriteringene som er gjort fra helsemyndighetenes side i oppfølgingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) er at det satses på kunnskapsbaserte lavterskeltilbud i kommunene. Lavterskeltilbud er også et sentralt begrep i de nasjonale veilederne i psykisk helsearbeid, både for voksne og barn og unge. Til tross for at det snakkes mye om lavterskeltilbud, er det ikke opplagt hva man skal legge i definisjonen av det. Begrepet er ikke definert i helse- og omsorgstjenesteloven, og hvordan kommunene har valgt å definere, utvikle og organisere lavterskeltilbud varierer mye. I Opptrappingsplanen¹ er lavterskeltilbud definert slik:

«Lavterskeltilbud» er ikke definert i helselovgivningen, men er en måte å innrette tjenester på og et uttrykk for egenskaper ved tjenestens tilgjengelighet. Dette innebærer ofte at man ikke trenger henvisning for å oppsøke tjenestene eller delta på aktivitetene som tilbys. Som regel vil det være rask tilgang til hjelp. Lavterskeltilbud kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon. De kan innrettes for ulike brukergrupper og inneholde et spekter av hjelp som råd, samtaler og veiledning, arbeids- og aktivitetstilbud, utredning og behandling, eller være møteplass for sosialt fellesskap. På rusområdet finnes det også ulike lavterskeltilbud som yter andre typer helsetjenester, for eksempel sårstell og oppfølging av infeksjoner, utdeling av bruker2022–2023 Meld. St. 23 43 Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) utstyr mv. Tilbudene kan være både stasjonære og ambulante.

En tydeligere definisjon av både *lavterskeltilbud* og *kunnskapsbasert* har vært etterspurt fra kommunene, og i oktober 2025 publiserte NAPHA en artikkel om temaet^o.

^o <https://napha.no/kunnskapsbasen/28084/har-var-kommune-et-godt-lavterskeltilbud>

NAPHA trekker fram følgende egenskaper ved lavterskeltilbudene:

Lavterskeltilbud skal være lett tilgjengelig for innbyggerne, og selv om det ikke eksisterer en formell definisjon av begrepet, synes det å være enighet om at et lavterskeltilbud som minimum innebærer at:

- *det er gratis*
- *det ikke kreves henvisning fra lege*
- *det er praktisk enkelt for brukeren å benytte seg av tilbudet*
- *det er minimalt med ventetid*

I tillegg framhever veilederen «Psykisk helse- og rusarbeid for voksne» kjennetegn ved lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus som utdyper hva tilgjengelighet dreier seg om:

- *kan tilby tidlige og adekvate tiltak*
- *kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø*
- *har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål*
- *har åpningstid tilpasset målgrupper og formål*
- *har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov*
- *fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne*

Tilgjengelighet handler altså dypst sett om samspillet med brukerne, og befolkningens mulighet til å gjøre seg nytte av et tilbud. (Et annet kjennetegn ved lavterskeltilbud, som ikke nevnes spesifikt i veilederen, er at de skal være vedtaksfrie).

Når det gjelder begrepet kunnskapsbasert går det i Opptrappingsplanen¹ det fram at: «Med kunnskapsbasert menes at tilbudet er basert på kunnskap fra forskning, fra fagfolks erfaringer og fra brukerne selv. Kunnskapsbasert innebærer også at det kommunale handlingsrommet hensyntas, ved at kommunene kan være mer fleksible og ta hensyn til sine erfaringer og lokale rammer og forutsetninger.»

I følge NAPHA er det en løpende diskusjon i tjenestene, hos helsemyndighetene, og blant ansatte i kompetansesentrene hva man skal legge i begrepet kunnskapsbasert, særlig når det gjelder det mer erfaringsbaserte kunnskapsgrunnlaget. Dette diskuteres og eksemplifiseres nærmere i NAPHA-artikkelen.

Sammenhengen mellom ressursinnsats og aktivitet i kommune- og spesialisthelsetjenesten på psykisk helse- og rusmiddelfeltet

Siden forrige IS-24/8-rapport har SINTEF gjort et tilleggsprosjekt på oppdrag for Helsedirektoratet der vi har undersøkt sammenhengen mellom årsverksrater i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og helsetjenestebruk blant personer som har fått psykisk helse-diagnoser hos fastlege, hos legevakt og i psykisk helsevern og TSB – fordelt på barn og unge og voksne for perioden 2015–2023.⁷⁵ Det er brukt tabelldata fra IS-24/8, Kommunalt pasient- og brukerregister (inkl. Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, KUHR), Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå. I rapporten presenteres deskriptiv statistikk og resultater fra en rekke regresjonsanalyser, blant annet modeller som tester om endring i

ressursinnsats i kommunene ett år predikerer fremtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og omvendt (Granger-kausaltetsanalyser). Rapporten er relevant som kunnskapsgrunnlag for Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).

For å gi en smakebit av hvilke analyser som er gjort, beskriver vi her resultater fra analyser av om opptrappingen av årsverk i psykisk helse- og rusarbeid har hatt noen betydning for bruken av spesialisthelsetjenester. Rapporten inneholder analyser av en rekke forskningsspørsmål og inkluderer systemvariabler på kommunenivå for både barnevern og kriminalitet.

For tjenester for voksne fant vi ikke noen sammenheng mellom årsverksinnsats i kommunalt psykisk helse og rusarbeid og bruk av spesialisthelsetjenester for målgruppene da vi sammenliknet rater samme år, hverken mellom kommuner eller innenfor en kommune. Da vi studerte om nivået på en av ratene ett år predikerte nivået på den andre raten det påfølgende året, fant vi at høyere årsverksrater i ett år predikerte lavere døgnpasientrate og rater for akuttpasienter og akutthendelser det påfølgende året. Dette kan tyde på at flere årsverk i psykisk helse- og rusarbeid kan bidra til å redusere behovet for døgntil behandling og akuttbehandling i psykisk helsevern / TSB.

I tjenester rettet mot barn og unge var det litt andre resultater. Vi fant at kommuner som hadde høye årsverksrater, også hadde høy bruk av spesialisthelsetjenester, og omvendt. Men vi fant ikke en slik sammenheng når vi studerte utviklingen i samtidige rater over tid i kommunene, med unntak av at vi fant en positiv sammenheng mellom årsverksrate og total pasientrate i psykisk helsevern barn og unge (PHBU) når den totale pasientraten var utfallsvariabel. Når vi derimot sammenliknet rater på ulike tidspunkter, fant vi at en høy oppholdsdøgnrate i PHBU ett år hang sammen med en økning i årsverk i kommunen i det påfølgende året, som kan bety at et høyt trykk i spesialisthelsetjenesten for barn og unge gir utslag i at kommunene ansetter flere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

1.8 Oppsummering og frempek

Kunnskapsgrunnlaget i første kapittel av rapporten har som mål å gi helsemyndighetene, personell i psykisk helse- og rusjenestene, kompetansesentrene, forskere og andre aktører en oppdatert oversikt over nasjonale føringer på psykisk helse- og rusfeltet og eksempler på hva som er publisert på feltet i løpet av det siste året. Etter lanseringen av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) har det kommet en rekke nye stortingsmeldinger, NOU'er, handlingsplaner og faglige veiledere som skal "ses i sammenheng med" hverandre, og vi laget en oversikt over de viktigste dokumentene i årets rapport.

I fjor kommenterte vi at det publiseres mye som er i skjæringspunktet mellom helse- og sosialfeltet, og da særlig med problemstillinger som handler om kriminalitet, straff og fengsel. Dette inntrykket har vi i år også, og utfordringene er godt beskrevet i NOU 2025: 2 Samfunnsvern og omsorg¹³. I fjorårets rapport spådde vi også at vi kom til å få flere

publikasjoner om psykisk helse, natur og klima, og vi traff i alle fall til en viss grad da Tidsskrift for psykisk helsearbeid viet et temanummer til hestetterapi i 2025. I en av artiklene vi har omtalt ovenfor Skjuve, 2025⁵⁸, så vi hvordan unge var mer positive til svar fra ChatGPT enn de var til «ekte» fagpersoner. Denne type studier blir det sannsynligvis mer av i årene som kommer, og nye former for internettbasert behandling vil sannsynligvis gjøre sitt inntog også i kommunale psykisk helse- og rustjenester.

Vi har pleid å skjele til American Psychological Association sin årlige trendrapport, for å se hva de mener psykisk helsefeltet vil preges av i det inneværende året og fremover^p. De uttaler at 2025 blir et år med store endringer og påpeker nettopp at kunstig intelligens (KI) blir en stadig mer integrert del av terapi, forskning, arbeidsliv, utdanning og folks hverdag. De kommenterer også på at feltet er i endring i møte med økt etterspørsel etter psykisk helsetjenester, og at forskere i USA søker globale samarbeidspartnere. Nye terapeutiske innovasjoner, som bruk av psykedelika, er også noe som vil påvirke fagfeltet. Dette er også relevant i Norge, der det nå er åpnet opp for behandling med ketamin ved behandlingsresistent depresjon.^q

^p<https://www.apa.org/monitor/2025/01/top-10-trends-to-watch>

^q<https://www.nyemetoder.no/aktuelt/kan-ta-i-bruk-ketamin-som-behandlingsmetode-ved-behandlingsresistent-depresjon/>

2 Datagrunnlag

2.1 Deltakelse i 2025

I 2025 er det totalt 357 kommuner i Norge. Fordi Oslo rapporterer på bydelsnivå (15 bydeler og Velferdsetaten¹), er det totalt 372 kommuner/bydeler som forventes å rapportere.

Som vist i tabell 2.1 er det fire kommuner som ikke har rapportert hverken på spørsmålene om voksne eller på spørsmålene om barn og unge i 2025. 15 kommuner har ikke svart på noen spørsmål om barn og unge, mens fem kommuner ikke har svart på noen spørsmål om voksne.

338 kommuner/bydeler (91 prosent) har fullført hele kartleggingen som gjelder voksne i målgruppen, mens 313 kommuner/bydeler (84 prosent) har fullført hele kartleggingen som gjelder barn og unge. Totalt har 312 kommuner/bydeler (84 prosent) fullført hele kartleggingen både for voksne og for barn og unge.

Tabell 2.1 Deltakelse i 2025-kartleggingen.

		Status rapportering barn og unge			Totalt
		Delvis	Fullført	Ikke deltatt	
Status rapportering voksne	Delvis	26	0	3	29
	Fullført	19	312	7	338
	Ikke deltatt	0	1	4	5
	Totalt	44	313	15	372

2.2 Endringer i 2025

I 2024 ble det innført nye tjeneste- og utdanningskategorier, og disse er videreført i 2025. Det er ingen endringer i årsverksvariablene, med unntak av at tjenstekategorien «Lavterskel helse- og mestringsstilbud» for voksne ble endret til «Lavterskel psykisk helse- og rustilbud».

Det som er nytt i 2025, er at skjemaet er delt opp i spørsmål henholdsvis om voksne og om barn og unge (der det er etablert to forskjellige lenker til utfylling), og at kommunen har fått mulighet til å velge om det er samme person som skal fylle ut skjemaene til voksne og til barn og unge, eller om lenkene skal sendes til to forskjellige personer.

¹Helseetaten deltok tidligere, men har i år sendt e-post om at de ikke skal rapportere siden de ikke har stillinger direkte knyttet til tjenester rettet mot innbyggere i målgruppen.

Som vist i tabell 2.2 var det mange kommuner som ikke responderte på spørsmålet som ble sendt ut etter at det var etablert kontaktpersoner i de fleste kommuner. Det kom også forespørsler i etterkant om å dele opp skjemaet, selv om de først hadde svart at de ville fylle ut samlet, som tidligere. Nye lenker ble sendt til nye kontaktpersoner gjennom hele datainnsamlingsperioden.

Tabell 2.2 Deltakelse i 2025-kartleggingen.

	Antall	Prosent
Vi skal fylle ut hele skjemaet i samarbeid som tidligere år	207	56
Vi ønsker å dele opp slik at vi kan fylle ut for tilbud til voksne og for barn og unge separat	63	17
Ikke respondert	102	27
Totalt	372	100

Vi har erfart at det å etablere en todelt løsning stort sett har fungert greit. Fordelen er at vi i en del tilfeller får bedre data på barn og unge, fordi de som har ansvaret for tjenestene, får svare direkte heller enn via en rapporteringsansvarlig for tjenester til voksne.

Ulempen er at det er mer arbeid og mer tidkrevende å samle inn data, fordi det er mer kontakt med flere kommuner gjennom datainnsamlingsperioden. Dette bidrar samtidig til at vi får mer kunnskap om kommunene og tjenestene til målgruppen, så totalt sett vurderer vi at endringen er en forbedring.

2.3 Valgt rapporteringsmetode

Kommunene velger selv hvordan de vil organisere utfyllingen. For noen vil det være best å ha felles fagmøter for ulike tjenester, mens for andre vil det være mest effektivt at én eller få personer fyller ut, med eller uten innspill fra øvrige ansatte. Som vist i tabell 2.3 er fordelingen på ulike metoder ganske lik i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge.

Vi har også spurt om hvor mange ansatte som har bidratt med innspill i rapporteringen. Når vi summerer opp svarene, finner vi at det er 3101 personer som har vært involvert i kartleggingen i 2025, men det kan være dobbelttelling fordi noen har oppgitt samme antall både for voksne og for barn og unge. Av det totale antallet rapporterte årsverk i 2025 (16 220 årsverk) er det 19 prosent som har bidratt i rapporteringen.

Tabell 2.3 **Hvordan kommunene har valgt å organisere besvarelsen av spørreskjemaet IS-24/8 i 2025.**

	Voksne		Barn og unge	
	n	%	n	%
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, både tjenester til voksne og tjenester til barn/unge	113	32	103	33
Felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, separat for hhv. tjenester for voksne og tjenester for barn/unge	47	14	43	14
Separate fagmøter for hhv. psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid	11	3	7	2
Hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut hele skjemaet, uten innspill fra øvrige ansatte i kommunen	32	9	23	7
Ikke felles fagmøte, men hovedansvarlig for utfyllingen har fylt ut skjema etter innspill fra andre ansatte i kommunen	134	39	126	40
Annen organisering	42	12	47	15
Totalt	348	100	315	100

2.4 Forkortelser brukt i rapporten

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

2.5 Bruk av kunstig intelligens i rapportskrivningen

Vi har de siste årene gradvis prøvd ut bruken kunstig intelligens (KI) for å analysere åpne svar og kommentarer som er lagt inn i skjemaet. Som i 2024 har vi brukt Microsoft Copilot som KI-assistent. Forskere gjennomgår all tekst som genereres av KI, for å sikre at teksten er i samsvar med det faktiske datagrunnlaget. Vi koder også tekst manuelt og sammenlikner med KI-generert tekst basert på det samme datagrunnlaget, og samsvaret har blitt bedre og bedre siden KI ble lansert. I 2025 har KI-assistenten vært til god hjelp, men det er fortsatt et stort kontrollarbeid for å sikre at teksten blir riktig. Vår erfaring er at den som bruker KI på denne måten, må ha inngående kunnskap om fagfeltet for å oppdage svakheter i for eksempel oppsummeringer av åpne svar. Når vi for eksempel ber KI-assistenten om å liste opp alle svar som inneholder et bestemt ord eller en frase, kan den ta med sitater som ikke inneholder det som det spørres om, og den kan utelate sitater som har det med. Den fremstiller også situasjoner feil, og den ser særlig ut til å ha en tendens til å fremstille situasjonen som bedre enn den er. Om mange har vært kritiske i svarene, kan den likevel beskrive situasjonen som veldig positiv. Vi har derfor likevel endt opp med en manuell gjennomgang av alle åpne svar som er gitt.

Vi har også forsøkt å bruke KI til å gruppere kommuner etter ulike samarbeid basert på svarene, men det var lite vellykket fordi den genererte mange samarbeid som ingen hadde oppgitt.

Også i år har vi hatt best bruk for KI i utarbeidingen av kunnskapsgrunnlaget. Vi har brukt Copilot (KI-verktøy) til en første tematisk sortering av funn samt Notebook-LM til en oppsummering av funn.

Bruk av KI i rapportarbeidet har gjort jobben litt lettere fordi store datamengder kan sorteres og grupperes, men vi bruker mye tid på å kontrollere om KI-generert tekst er riktig, gjennom ulike tester og kritiske gjennomganger. Totalt sett er det foreløpig lite tid å spare på å bruke KI i utarbeidingen av rapporten, med unntak av litt i utviklingen av kunnskapsgrunnlaget som er presentert i kapittel 1.

2.6 Oppsummering

I 2025 er det totalt 357 kommuner i Norge. Fordi Oslo rapporterer på bydelsnivå (15 bydeler og Velferdsetaten), er det totalt 372 kommuner/bydeler som forventes å rapportere.

Det har vært svært god oppslutning om årets rapportering, og det er kun fem kommuner som ikke har rapportert årsverk for voksne det betyr at 99 prosent har rapportert årsverk for voksne. Det er 15 kommuner som ikke har rapportert årsverk for barn og unge og det betyr at 96 prosent har rapportert årsverk for tjenester til barn og unge.

Men det er ulik fullføringsgrad av utfyllingen av kartleggingsskjemaet. 91 prosent av kommunene/bydelene har svart på alle spørsmålene om voksne, mens 84 prosent har fullført hele kartleggingen for barn og unge. Det er fire kommuner som ikke har svart på noen av spørsmålene, hverken om voksne eller om barn og unge.

Nytt i 2025 er todelingen av skjemaet i spørsmål henholdsvis om voksne og om barn og unge (der det er etablert to forskjellige lenker til utfylling), og at kommunen har fått mulighet til å velge om det er samme person som skal fylle ut skjemaene til voksne og til barn og unge, eller om lenkene skal sendes til to forskjellige personer.

Kommunene velger selv hvordan de vil organisere utfyllingen. For noen vil det være best å ha felles fagmøter for ulike tjenester, mens for andre vil det være mest effektivt at én eller få personer fyller ut, med eller uten innspill fra øvrige ansatte. Hver tredje kommune velger å fylle ut kartleggingsskjemaet i et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, for både tjenester til voksne og tjenester til barn og unge, mens 40 prosent velger at den hovedansvarlige for utfyllingen fyller ut skjemaet etter innspill fra andre ansatte i kommunen.

Vi har også spurt om hvor mange ansatte som har bidratt med innspill i rapporteringen. I 2025 er det totalt 3101 personer som har vært involvert i kartleggingen, men det kan være noen dobbelttelling for fordi noen har oppgitt samme antall både for voksne og for barn og unge. Av det totale antallet rapporterte årsverk i 2025 (16 220 årsverk) betyr dette at omtrent hvert femte årsverk i tjenestene har bidratt i rapporteringen.

3 Nasjonale årsverkstall

3.1 Årsverksinnsats – totalt

Det er rapportert 212 færre årsverk i 2025 enn i 2024 i tjenester til voksne og 196 flere årsverk i tjenester til barn og unge, se tabell 3.1. Det er ingen kommuner som i 2025 har oppgitt at endringen fra 2024 til 2025 ikke er reell, og den rapporterte endringen er derfor lik den beregnede endringen i 2025.

På nasjonalt nivå er det altså en nedgang i årsverk til voksne på 1,7 prosent og en økning i årsverk til barn og unge på 5,4 prosent. Totalt sett er det en marginal nedgang på 16 årsverk (0,1 prosent) på nasjonalt nivå.

Det kan derfor se ut som at det er en liten dreining fra årsverk i tjenester rettet mot voksne til årsverk i tjenester rettet mot barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid, 2016–2025, endring i antall årsverk og prosentvis endring fra 2024–2025.

	2016	2019	2020	2023	2024	2025	Rapportert endring 2024–2025	
							Årsverk	Prosent
Voksne	11 063	12 872	12 966	13 445	12 607	12 395	–212	–1,7
Barn og unge	2 873	3 527	3 603	3 991	3 629	3 825	196	5,4
Totalt	13 936	16 399	16 569	17 436	16 236	16 220	–16	–0,1

3.2 Årsverksinnsats – tjenester fordelt på tiltak

Tjenester til voksne

Som vist i tabell 3.2 er det i 2025 totalt 37 prosent av årsverkene som brukes i bemannede boliger, 23 prosent av årsverkene går til ambulant/mobil/oppøkende virksomhet, og 9 prosent av årsverkene går til lavterskel helse- og russtilbud.

Det er en særlig stor nedgang i årsverk som går til ambulante/mobile/oppøkende virksomhet på 309 årsverk (nedgang på 9,7 prosent), og det er en økning i lavterskel psykisk helse- og rustilbud på 65 årsverk (økning på 6 prosent). Det er en nedgang i alle andre tiltakskategorier, med unntak av øvrige årsverk, der det er en økning på 10,8 prosent.

Det ser derfor ut til å være en dreining av årsverk fra alle typer tiltak over mot lavterskel helse- og rustilbud og øvrige årsverk i tjenester til voksne.

Tabell 3.2 Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot voksne i målgruppen, 2024 og 2025.

	2024		2025		Endring 2024-2025	
	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Institusjoner	975	8	928	7	-47	-4,9
Bemannede boliger	4 667	37	4 628	37	-39	-0,8
Ambulant/mobil/opsøkende virksomhet	3 195	25	2 886	23	-309	-9,7
Lavterskel psykisk helse- og rustilbud	1 078	9	1 143	9	65	6,0
Aktivitet/treffsted/værested/friluftstilbud	697	6	646	5	-51	-7,3
Arbeidsrettet aktivitet	401	3	400	3	-1	-0,2
Øvrige årsverk	1 593	13	1 764	14	171	10,8
Totalt	12 607	100	12 395	100	-212	-1,7

Det er usikkerhet i endringen i lavterskeltiltak fra 2024 til 2025 fordi formuleringen ble endret fra «Lavterskel helse- og mestringstilbud» til «Lavterskel psykisk helse- og rustilbud» i 2025. Det er dermed et smalere tilbud de skal rapportere på nå, og 79 kommuner rapporterer om en nedgang i antall årsverk. I kommunen med størst nedgang finner vi at årsaken er endringen i formuleringen. Men det er vanskelig å vite om alle som rapporterer om en nedgang i antall årsverk gjør det på grunn av endringen i formuleringen, eller om dette stort sett er reelle reduksjoner. De som rapporterer om en økning oppgir flere årsverk på et smalere tilbud, og antas å ha en reell økning. Totalt sett er det en økning på 65 årsverk, men bak tallet ligger altså både økninger og nedganger.

Tjenester til barn og unge

Det er 35 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge som er i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, mens 20 prosent av årsverkene går til lavterskel psykisk helse- og rustilbud. Totalt går 15 prosent av årsverkene til ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet.

Fra 2024 til 2025 er det en nedgang i ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet på 104 årsverk (15,2 prosent), og det er 59 færre årsverk i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (4,2 prosent). Som i tjenester for voksne er det rapportert om en relativt stor økning i årsverk til lavterskel psykisk helse- og rustilbud på 94 årsverk (13,8 prosent). Det er også en økning fra 2024 til 2025 i årsverk i bemannede boliger (14,5 prosent), aktiviteter, kulturtiltak og fritidstiltak (15,4 prosent) og kategorien øvrige årsverk (40,3 prosent).

Tabell 3.3 Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen, 2024 og 2025.

	2024		2025		Endring 2024–2025	
	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Bemannede boliger	124	3	142	4	18	14,5
Ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet	682	19	578	15	–104	–15,2
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	1 400	39	1 341	35	–59	–4,2
Lavterskel psykisk helse- og rustilbud	682	19	776	20	94	13,8
Aktiviteter, kulturtiltak og fritidstiltak	214	6	247	6	33	15,4
Øvrige årsverk	528	15	741	19	213	40,3
Totalt	3 629	100	3 825	100	196	5,4

3.3 Årsverksinnsats – fordelt på utdanning

Fra 2024 til 2025 er det særlig nedgang i årsverk fra personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet eller høyskole (1,6 prosent) og en økning i årsverk fra personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole / fagskole (2,6 prosent), se tabell 3.4. Det er også en betydelig nedgang i årsverk fra ufaglærte personer på 156 årsverk (14,3 prosent).

Tabell 3.4 Årsverk til voksne fordelt på utdanning, 2024 og 2025.

	2024		2025		Endring 2024–2025	
	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole / fagskole	2 609	21	2 678	22	69	2,6
Helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	7 941	63	7 816	63	–125	–1,6
Annen utdanning fra videregående skole / fagskole	347	3	344	3	–3	–1,0
Annen utdanning fra universitet/høyskole	622	5	625	5	3	0,5
Ufaglærte	1 089	9	933	8	–156	–14,3
Totalt	12 607	100	12 395	100	–212	–1,7

For tjenester og tiltak rettet mot barn og unge er det særlig en økning i antall årsverk fra personer med annen utdanning fra universitet eller høyskole med 125 flere årsverk (40 prosent), mens det er liten endring i helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole / fagskole (opp 5 prosent) og fra universitet/høyskole (opp 0,9 prosent). Årsverk i kategorien «Annen utdanning fra videregående skole / fagskole» har doblet seg fra 33 til 65 årsverk (opp 97 prosent), mens antallet ufaglærte har økt med fem årsverk (tabell 3.5).

Tabell 3.5 Årsverk til barn og unge fordelt på utdanning, 2024 og 2025.

	2024		2025		Endring 2024–2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Årsverk	Prosent
Helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole / fagskole	173	5	182	5	9	5,0
Helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole	3 059	84	3 086	81	27	0,9
Annen utdanning fra videregående skole / fagskole	33	1	65	2	32	96,6
Annen utdanning fra universitet/høyskole	311	9	436	11	125	40,0
Ufaglærte	52	1	57	1	5	9,1
Totalt	3 629	100	3 825	100	196	5,4

3.4 Anslag på andelen årsverk fra personer med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid

Som vist i tabell 3.6 er det en del kommuner som ikke har anslått andelen med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, men det er færre kommuner i 2025 enn i 2024 som har gjort anslag. Blant de som har gjort anslag, er det en like høy andel som svarer at henholdsvis 31–50 prosent og 51–70 prosent av årsverkene rettet mot voksne har slik videreutdanning. I 52 prosent av kommunene/bydelene har mer enn halvparten av årsverkene i tjenester rettet mot voksne, videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid.

Tabell 3.6 Anslag på prosent av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid i tjenester til voksne 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0–10 %	23	7	27	8
11–30 %	59	18	58	17
31–50 %	83	25	78	23
51–70 %	66	20	78	23
71–90 %	54	16	44	13
Over 90 %	46	14	53	16
Totalt	331	100	338	100
Ikke gitt anslag	42		34	

Det er kjent fra tidligere rapporteringer at det er en høyere andel med utdanning på universitetsnivå i tjenester til barn og unge, og en lavere andel som har videreutdanning enn i tjenester til voksne. I 2024 var det 40 prosent av kommunene som rapporterte at mer enn halvparten av årsverkene hadde videreutdanning, mens denne andelen er 35 prosent i 2025 (tabell 3.7). Dette kan tyde på at det er lavere andel blant de nye årsverkene som har videreutdanning enn de som arbeidet i tjenestene fra før.

Tabell 3.7 Anslag på prosent av årsverkene som har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid i tjenester rettet mot barn og unge, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0–10 %	58	23	53	21
11–30 %	54	21	70	28
31–50 %	41	16	41	16
51–70 %	29	11	21	8
71–90 %	20	8	26	10
Over 90 %	53	21	40	16
Totalt	255	100	251	100
Ikke gitt anslag	117		121	

3.5 Oppsummering årsverk

Det ble rapportert 212 færre årsverk i 2025 enn i 2024 i tjenester til voksne og 196 flere årsverk i tjenester til barn og unge.

Total årsverksinnsats: Samlet sett var det en marginal nedgang på 16 årsverk (–0,1 prosent) fra 2024 til 2025. Dette skyldtes en nedgang i årsverk rettet mot voksne på 212 årsverk (–1,7 prosent). Samtidig var det en økning i årsverk rettet mot barn og unge på 196 årsverk (+5,4 prosent). Dette indikerer en liten dreining av årsverk fra voksne til barn og unge.

Årsverksinnsats fordelt på tjenester til voksne: Det var spesielt stor nedgang i årsverk til ambulanter/mobile/oppsøkende virksomheter (309 årsverk, –9,7 prosent) i tjenester for voksne. Samtidig var det en markant økning i årsverk til lavterskel psykisk helse- og rustilbud (65 årsverk, +6 prosent). Det var også en økning i kategorien «øvrige årsverk» (171 årsverk, +10,8 prosent). Dette kan indikere en dreining av årsverk fra alle andre tiltak over mot lavterskel helse- og rustilbud og øvrige årsverk for voksne.

Årsverksinnsats fordelt på tjenester til barn og unge: Det var en nedgang i ambulanter/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet (104 årsverk, –15,2 prosent) det siste året. Også helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom rapporterte en nedgang (59 årsverk, –4,2 prosent). Den største økningen var i lavterskel psykisk helse- og rustilbud (94 årsverk, +13,8 prosent). Det var også en betydelig økning i «øvrige årsverk» for barn og unge (213 årsverk, +40,3 prosent).

Årsverksinnsats fordelt på utdanning i tjenester til voksne: Det var en nedgang i årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole (125 årsverk, –1,6 prosent). Det var en økning i årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole / fagskole (69 årsverk, +2,6 prosent). En betydelig nedgang i ufaglærte årsverk (156 årsverk, –14,3 prosent) ble også observert.

Årsverksinnsats fordelt på utdanning i tjenester til barn og unge: Det var en markant økning i årsverk med annen utdanning fra universitet/høyskole (125 årsverk, +40 prosent). Det var kun en marginal endring i helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole (27 årsverk, +0,9 prosent).

Andelen årsverk med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid: For voksne svarte like mange kommuner i 2025 som i 2024 at 31–50 prosent og 51–70 prosent av årsverkene har slik videreutdanning. I halvparten av kommunene hadde 52 prosent av årsverkene rettet mot voksne videreutdanning. Andelen kommuner som hadde over 50 prosent av årsverkene med videreutdanning i tjenester til barn og unge, har blitt redusert fra 40 prosent i 2024 til 35 prosent i 2025. Dette kan indikere at en lavere andel av de nye årsverkene har videreutdanning sammenliknet med de som arbeidet i tjenestene fra før. Generelt var det en høyere andel med universitetsnivåutdanning i tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne, men det var en lavere andel med videreutdanning i tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne.

4 Antall brukere, kjøp av tjenester

I 2007 gjorde vi for første gang anslag på antall brukere i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi estimerte da at i underkant av 40 000 barn og unge mottar kommunale tjenester pga. problemer relatert til psykisk helse⁷⁶. Dette tilsvarer 3,4 prosent av befolkningen 0-18 år. Vi anslo at omtrent 60 000 voksne mottok kommunale tjenester pga. psykiske lidelser. Dette tilsvarer 1,7 prosent av befolkningen over 18 år. Psykiske lidelser omfatter her målgruppen for det psykiske helsearbeidet og favner fra lettere psykiske problemer til mer alvorlige psykiske lidelser.

I 2024 var det 73 prosent som oppgav at de hadde tall på hvor mange brukere som hadde mottatt tjenester for voksne i 2023, og hver tredje kommune hadde tall for barn og unge. Vi beregnet at det totalt for alle kommuner var omtrent 83 000 brukere med vedtak om tjenester i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og totalt 180 000 brukere med og uten vedtak. Av de med vedtak var det 15 prosent som var barn og unge, og av alle var det 25 prosent som var barn og unge. Det var altså en litt høyere andel blant de med vedtak som er voksne (82 prosent) enn blant både de med og uten vedtak (75 prosent). Til sammenlikning var det 279 016 som fikk tjenester fra psykisk helsevern i 2023, og 24 prosent var barn og unge.

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

Det var i 2024 totalt 69 prosent av kommunene som svarte at de hadde tall på antall voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, og 45 prosent visste antall barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private. Vi brukte tallene for de som har de, og anslått antall for de kommunene som oppgir at de ikke hadde tall. Vi beregnet at det ble kjøpt tjenester til i omtrent 1140 voksne og 360 barn og unge i målgruppen fra private aktører i 2023.

Det var 30 prosent av kommunene som gav tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til voksne og 13 prosent gir tilskudd til organisasjoner som gir tilbud til barn og unge i målgruppen. Det blir vanskelig å beregne hvor mye som går direkte til målgruppen, men det er mange aktører som får tilskudd. Totalt sett er det betydelige med midler kommunene gir til disse organisasjonene, men det er uklart om disse tilbudene er et tydelig supplement til det offentlige hjelpeapparatet, eller om det er en del av det offentlige apparatet fordi de i stor grad finansieres av offentlige midler. En av problemstillingene er for eksempel hvor

mye av aktiviteten hos disse organisasjonene som er basert på frivillig ubetalt innsats, og hvor mye som utføres av ansatte i ordinære tilsetningsforhold som mottar lønn. Om hovedvekten av aktiviteten ligger på sistnevnte, og de finansieres av offentlige midler, bør de kanskje vurderes som en del av kapasiteten i offentlig sektor.

4.1 Beregning av antall brukere med og uten vedtak

Det er 78 prosent av de som har svart som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne i 2024, og 39 prosent har tall for barn og unge (se tabell 4.1). Det er flere måter å gjøre disse beregningene, og her velger vi to metoder:

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

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

Tabell 4.1 Svar på spørsmål om de har tall på hvor mange brukere som har mottatt psykisk helse- og rustjenester i 2023 og 2024.

	Voksne				Barn og unge			
	2023		2024		2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	240	73	259	78	103	33	93	39
Nei	91	27	74	22	211	67	143	61
Total	331	100	333	100	314	100	236	100
Ikke oppgitt	42		39		59		136	

Vi har også spurt de som har tall på antall brukere, om de har tatt med kun brukere med vedtak om tjenester, eller om de har tatt med brukere med og uten vedtak. Det er 20 prosent av de som har oppgitt tall for voksne, og 12 prosent blant de som har oppgitt tall på barn og unge som har oppgitt antall brukere med vedtak.

Tallgrunnlaget for å gjøre beregninger på antall med og uten vedtak er ikke tilstrekkelig for å gjøre nasjonale anslag, fordi flere av kommunestørrelsesgruppene ikke har kommuner med tall. Vi ser derfor kun på antall brukere totalt i år, der brukere både med og uten vedtak regnes med.

Tabell 4.2 Hvem som er inkludert i tallene for 2023 og 2024.

	Voksne				Barn og unge			
	2023		2024		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brukere med vedtak om tjenester	72	29	56	20	21	19	13	15
Brukere både med og uten vedtak er medregnet	174	71	229	80	91	81	71	85
Totalt	246	100	285	100	112	100	84	100

Som vist i tabell 4.3 beregner vi at det er 140 667 voksne og 49 927 barn og unge som får tjenester fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, totalt 190 594. Dette betyr at 26 prosent av brukerne er barn og unge.

Tabell 4.3 Beregnet brukere med og uten vedtak for psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2024. Metode A, metode B og gjennomsnittet.

	Alle brukere, både med og uten vedtak		
	Metode A	Metode B	Gjennomsnitt
Voksne	139 193	142 140	140 667
Barn og unge	52 199	47 655	49 927
Totalt	191 392	189 795	190 594

Når vi sammenlikner tall fra beregningen vi gjorde basert på kommunenes rapportering i fjor, finner vi en økning på 6 prosent i antall brukere totalt av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (tabell 4.4). Økningen beregnes å være på 9,3 prosent blant barn og unge og på 4,9 prosent blant voksne.

Tabell 4.4 Beregnet brukere totalt for psykisk helse- og rustjenester i alle kommuner i 2023 og 2024.

	2023	2024	Prosentvis endring
Voksne	134 148	140 667	4,9
Barn og unge	45 691	49 927	9,3
Totalt	179 838	190 594	6,0

4.2 Beregning av antall brukere kommunene kjøper tjenester for

Som vist i tabell 4.5 vet 90 prosent av de kommunene som har svart på dette spørsmålet, antall voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, og 70 prosent vet antall barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private aktører.

Tabell 4.5 Om de har tall på hvor mange brukere kommunen/bydelen har kjøpt psykisk helse- og rustjenester til fra private aktører i 2024.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	295	90	147	70
Nei	32	10	64	30
Totalt	327	100	211	100
Ikke oppgitt	45		161	

Vi bruker samme beregningsmåte som beskrevet i kapittel 4.2 og beregner at det ble kjøpt tjenester til i 1289 voksne brukere og 601 barn og unge fra private aktører i 2024.

Som vist i tabell 4.6 beregnes det en økning på 30 prosent i kjøp av tjenester til barn og unge, men det er fortsatt lave tall. Økningen beregnes til 7 prosent for voksne.

Tabell 4.6 Beregnet antall barn og unge det kjøpes tjenester til fra private. Kommunestørrelse, 2023 og 2024.

	2023	2024	Endring i prosent
Voksne	1 201	1 289	7
Barn og unge	463	601	30
Totalt	1 664	1 890	14

Det er 49 prosent av kommunene som kjøper tjenester til voksne, som oppgir at de kjøper langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører. 19 prosent kjøper langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører, og 10 prosent kjøper korttids bo-/behandlingstilbud fra ideelle aktører (tabell 4.7). 8 prosent kjøper psykologtjenester.

Tabell 4.7 Hvilket tilbud som ble kjøpt fra private aktører til voksne i 2024.

	Antall	Prosent
Langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører	45	19
Langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører	114	49
Korttids bo-/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører	23	10
Korttids bo-/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører	16	7
Psykologtjenester	19	8
Annet tilbud til målgruppen for voksne fra kommersielle aktører	15	6
Antall som kjøper tjenester	232	100
Kjøper ikke tjenester til målgruppen	123	
Ikke oppgitt	17	

For barn og unge har de svart på et åpent spørsmål om hva de kjøper, og svarene viser at de kjøper ulike typer avlastningstilbud, veiledningstjenester og institusjonsopphold. Noen har også gitt beskjed om at de synes spørsmålene for kjøp av tjenester til barn og unge var uklare, så vi må forbedre spørsmålene til neste år. Det er for eksempel mange som svarer at de ikke kjøper tjenester til barn og unge, eller at de har tall, og at tallet er null. Det ser ut som at de savner et avkryssingsfelt for «vi har ikke gode tall på dette» og for «vi kjøper ikke tjenester til barn og unge». Ut fra kommentarene kan det se ut som at en del av det de kjøper, er barnevernstjenester etter vedtak i barnevernsloven, og ikke kjøp etter helse- og omsorgsvedtak. Dette bør presiseres i neste runde. Anslagene for barn og unge kan dermed være for høye om kommunene har tatt med barnevernstiltak.

4.3 Oppsummering

Det er 78 prosent av de som har svart, som oppgir at de vet hvor mange brukere som har mottatt tjenester for voksne i 2024, og det er 39 prosent som har tall for barn og unge. Basert på de som har tall, beregner vi tall for kommuner som ikke har oversikt over antallet brukere, gjennom å bruke tall for samme kommunestørrelsegruppe. Vi beregner at totalt i 2024 gav kommunalt psykisk helse- og rusarbeid tjenester til 140 667 voksne og 49 927 barn og unge, det vil si at totalt 190 594 mottok tjenester. Dette betyr at 26 prosent av brukerne er barn og unge.

Når vi sammenlikner tall fra beregningen vi gjorde basert på kommunenes rapportering i fjor, finner vi at det er en økning på 6 prosent i antall brukere totalt av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Økningen beregner vi til å være på 9,3 prosent blant barn og unge og på 4,9 prosent blant voksne.

Når vi spør kommunene om de vet antallet personer de har kjøpt psykisk helse- og rustjenester til fra private aktører, er det 90 prosent av kommunene som svarte at de vet antallet voksne brukere de har kjøpt tjenester fra private aktører til, mens 70 prosent vet antallet barn og unge de har kjøpt tjenester til fra private aktører. Vi bruker samme beregningsmåte som for antall brukere og beregner at kommunene i 2024 kjøpte tjenester

til 1289 voksne brukere og 601 barn og unge fra private aktører. Når vi sammenlikner tallene med beregningene vi gjorde i fjor, finner vi at det er en økning på 14 prosent totalt, fordelt på en 30 prosent økning til barn og unge og en 7 prosent økning til voksne. Vi anser anslagene for voksne som rimelig sikre, fordi 90 av kommunene har bidratt med tall. Men for barn og unge er anslagene mindre sikre, fordi det er en risiko for at de har tatt med kjøp fra barnevernet.

Det er 49 prosent av kommunene som kjøper tjenester til voksne, som oppgir at de kjøper langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra kommersielle aktører. 19 prosent kjøper langtids bo-/behandlingstilbud for voksne fra ideelle aktører, og 10 prosent kjøper korttids bo-/behandlingstilbud fra ideelle aktører. 8 prosent kjøper psykologtjenester. Til barn og unge oppgir kommunene at de kjøper ulike typer avlastningstilbud, veiledningstjenester og institusjonsopphold.

5 Erfaringskonsulenter, rekrutteringsutfordringer og bruk av personalressurser

5.1 Erfaringskonsulenter

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

34 prosent av kommunene oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne i 2025, og 11 prosent oppgir at de har det i tjenester til barn og unge i 2025, se tabell 5.1. Det er 64 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og det er 83 prosent i tjenester til barn og unge. Det er henholdsvis 3 og 5 prosent som har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og til barn og unge.

Tabell 5.1 Om noen av årsverkene inkluderer erfaringskonsulenter, 2025.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	114	34	37	11
Nei, men har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse	10	3	17	5
Nei, og har ikke konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse	216	64	269	83
Totalt	340	100	323	100
Ikke oppgitt	32		49	

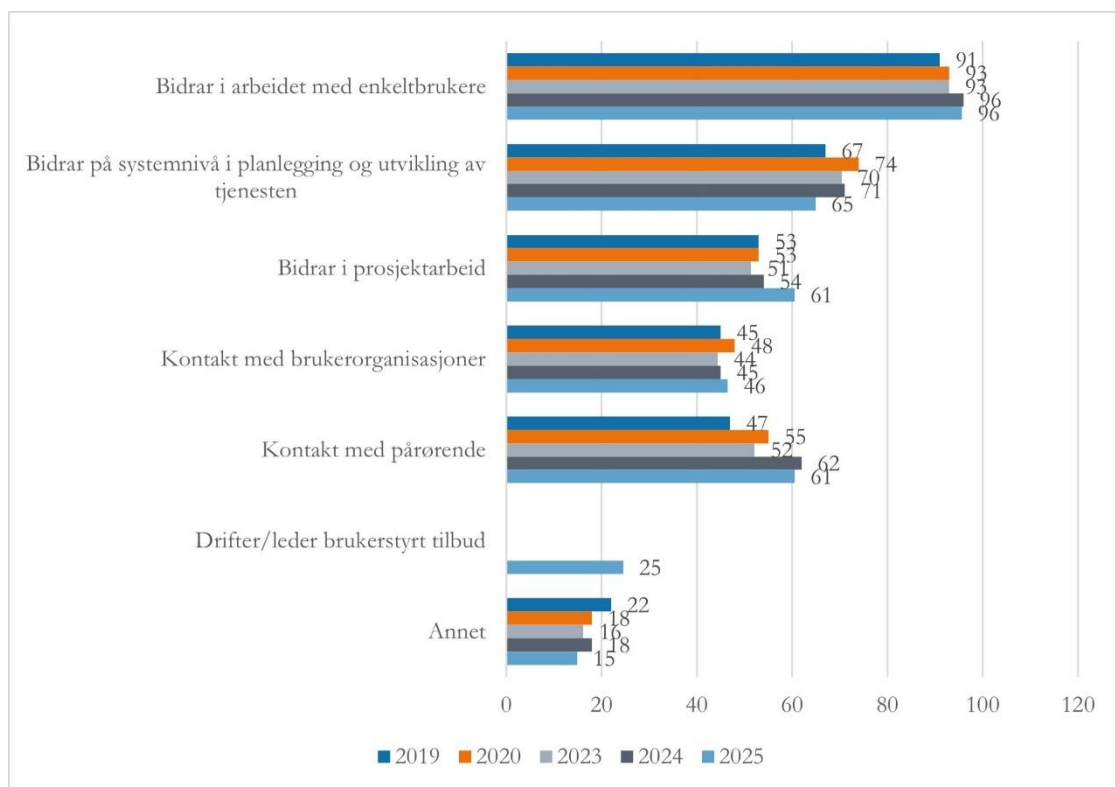
Andelen kommuner som oppgir å ha ansatte med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, var 42 prosent i 2022, 40 prosent i 2023, 37 prosent i 2024 og 34 prosent i 2025.

I 2023 ble det rapportert om 254 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, i 2024 var det rapportert om 210 årsverk, og i 2025 er det rapportert om 214 årsverk med erfaringskompetanse.

I tjenester til barn og unge er det 11 prosent som oppgir at de har erfaringskonsulenter, og andelen har variert mellom 9 og 11 prosent fra 2021.

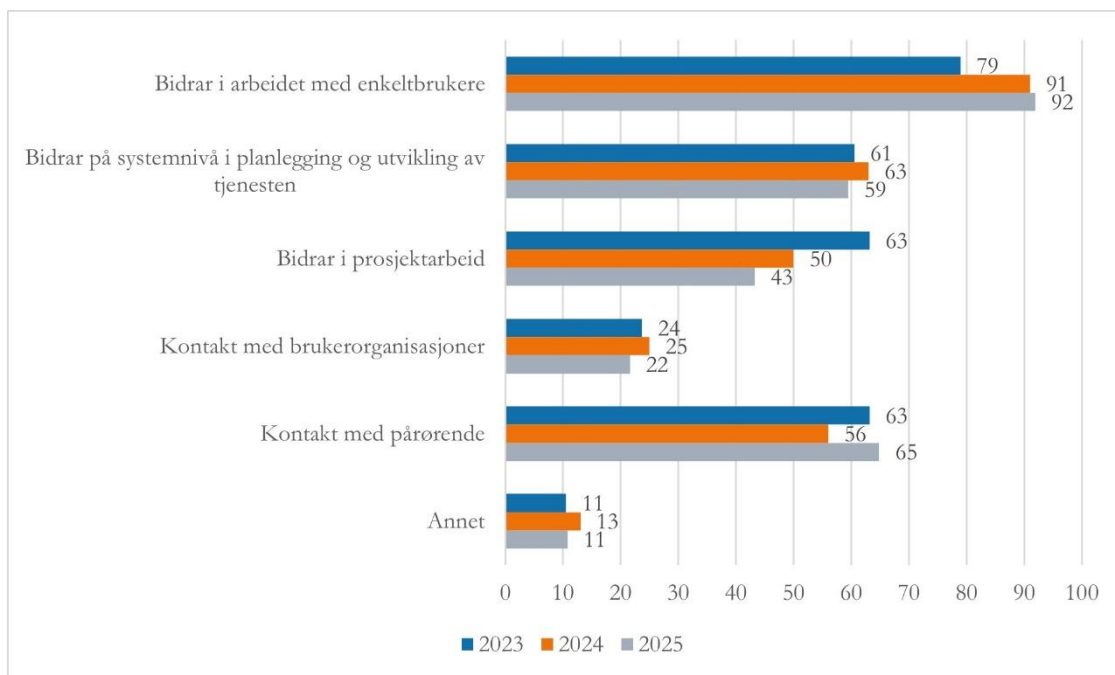
I 2023 ble det rapportert om 48 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til barn og unge, i 2024 var det 32 årsverk, og i 2025 rapporteres det om 34 årsverk med erfaringskompetanse i tjenester til barn og unge.

I tjenester til voksne er det flest som svarer at erfaringskonsulentene bidrar i arbeidet med enkeltbrukere og på systemnivå i planlegging og utvikling av tjenesten. Det er en økning i andelen som bruker erfaringskonsulentene i kontakt med pårørende fra 2019 (47 prosent) til 2025 (61 prosent). I 2025 spurte vi også om erfaringskonsulentene drifter/leder brukerstyrte tilbud, og det er 25 prosent av kommunene med erfaringskonsulenter som svarer bekreftende.



Figur 5.1 Prosent av kommunene/bydelene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har i tjenester til voksne. 2019–2025.

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



Figur 5.2 Prosent av kommunene/bydelene som rapporterer at de har ansatte med erfaringskompetanse/brukererfaring etter hvilken rolle de har i tjenester til barn og unge. 2023–2025.

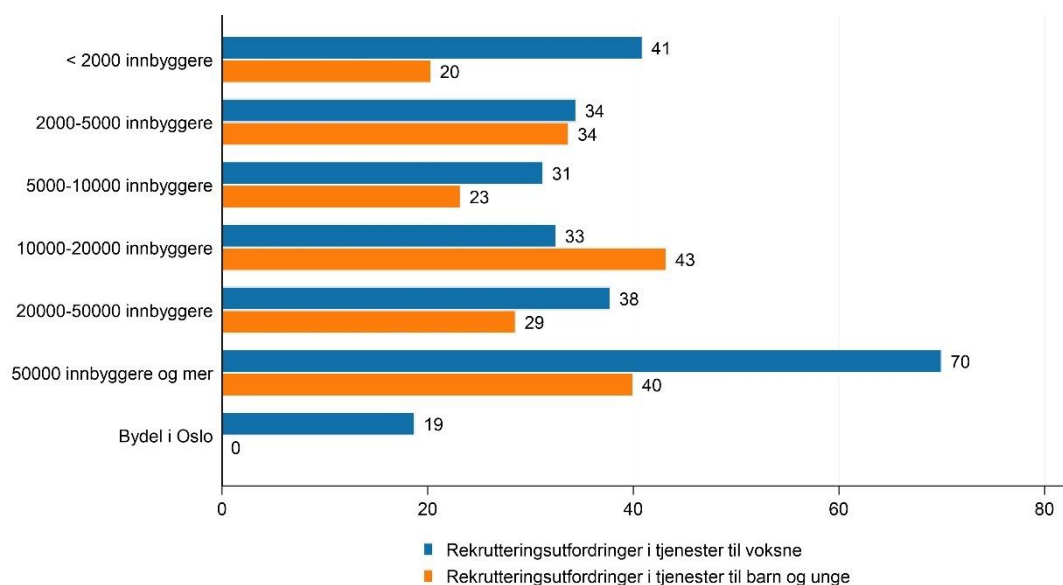
5.2 Rekrutteringsutfordringer

Det er 92 prosent av kommunene som har svart på spørsmålet om rekrutteringsutfordringer i tjenester til voksne, og det er 84 prosent i tjenester til barn og unge. Av de som har svart, er det 125 kommuner (37 prosent) som oppgir at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid til voksne, og det er 89 kommuner (29 prosent) i tjenester til barn og unge.

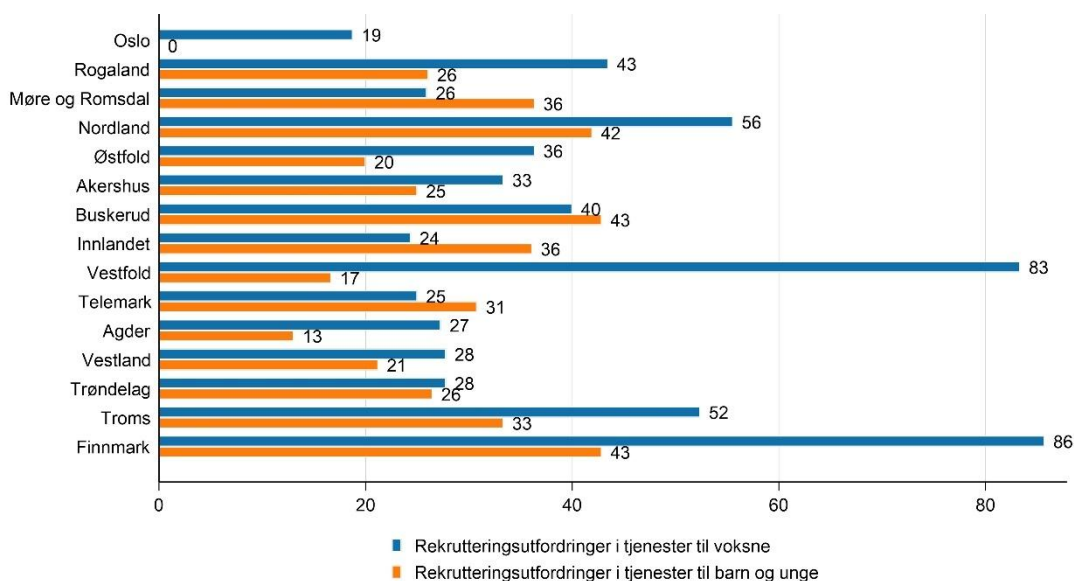
Tabell 5.2 Om kommunene har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid, 2025.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	125	37	89	29
Nei	206	60	179	57
Vet ikke	10	3	44	14
Totalt	341	100	312	100
Ikke oppgitt	31		60	

Dette spørsmålet ble tidligere ikke skilt på tjenester til voksne og tjenester til barn og unge, og i 2024 var det 46 prosent som svarte at de hadde rekrutteringsutfordringer. Det kan bety at rekrutteringssituasjonen er bedret for noen av disse kommunene, eller at de har lagt om strategien og heller bruker ansatte de allerede har, på andre måter enn tidligere.



Figur 5.3 Prosent av kommunene som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 5.4 Prosent av kommunene som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2025.

Vi spør om kommunene kan beskrive hvilken kompetanse de spesifikt mangler i tjenestene, og ber dem tenke på hvilke oppgaver som skal løses, heller enn hvilken utdanning de ansatte bør ha. I tjenester til voksne er det mange som svarer at de mangler sykepleiere, vernepleiere og psykologer. Andre beskriver at de mangler sykepleiere med videreutdanning i psykisk

helse og rus. Noen beskriver at de mangler ruskompetanse, traumekompetanse, migrasjonshelsekompetanse og kompetanse på kognitiv terapi og spiseforstyrrelser. Andre beskriver at det er spesifikke stillinger som har få søkere, som nattstillinger, turnusarbeid generelt, helse- og sosialfaglig kompetanse i bofellesskap og andre botiltak.

I tjenester til barn og unge er det helsesykepleiere og psykologer mange mangler, men også barnevernspedagoger, spesialpedagoger og miljøterapeuter. Andre beskriver at de har behov for ansatte med familieveilederkompetanse, kompetanse på rusmiddelbruk blant unge, barnefaglig kompetanse og kompetanse på autisme, selvskading og spiseforstyrrelser,

Når vi spør hva kommunene gjør om de ikke får rekruttert personer med ønskelig kompetanse, er det 52 prosent av de som har rekrutteringsutfordringer i tjenester til voksne, som oppgir at stillingene forblir vakante, og andelen er 46 blant barn og unge (tabell 5.3). Henholdsvis 66 og 65 prosent svarer at de ansetter personer med lavere kompetanse enn ønskelig i tjenester til voksne og til barn og unge.

Tabell 5.3 Antall og prosent etter hva de gjør hvis de ikke får rekruttert personer med ønskelig kompetanse, 2025.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Stillingene forblir vakante/ubesatt på tross av gjentatte forsøk	65	52	41	46
Ansetter ufaglærte	12	10	2	2
Ansetter personer med lavere kompetanse enn ønskelig	83	66	58	65
Reduserer tilgjengeligheten til tilbud/tjenester	26	21	29	33
Reduserer kvaliteten på tilbud/tjenester	25	20	26	29
Bruker private vikarbyråer	15	12	8	9
Prioriterer strengere hvilke brukere som får tilbud fra kommunen	30	24	25	28
Utdanner/videreutdanner nåværende ansatte	44	35	47	53
Annet	28	22	12	13
Totalt	125	100	89	100

5.3 Bruk av personalressurser på nye måter

Som vist i tabell 5.4 er det henholdsvis 57 prosent og 51 prosent som svarer at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenester til barn og unge og til voksne de siste årene.

Andelen som svarer ja, øker systematisk med kommunestørrelsen, og det er tydelig at de fleste som ikke har noen plan, er små kommuner. Det er 16 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre endringer i bruk av personalressurser i tjenester til voksne, og det er 19 prosent i tjenester til barn og unge.

Tabell 5.4 **Antall og prosent etter om de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser de siste årene, 2025.**

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	172	51	178	57
Nei, men vi har planer om det	54	16	60	19
Nei, og vi har ingen planer om det	114	34	73	23
Totalt	340	100	311	100
Ikke oppgitt	32		61	

Når vi spør om hvilke endringer de har gjort, kan det i tjenester for voksne beskrives i de følgende punktene:

- etablert mer ambulante/oppøkende tjenester
- etablert internetbaserte hjelpetilbud som assistert selvhjelp, trigga.no
- gått fra turnus til dagtid for å gi flere tjenester til forløp 3
- gjort om stilling fra lavterskel til ROP-tjeneste
- arbeider mer arbeid på tvers av tjenester
- etablert flere gruppetilbud
- utført mer oppøkende arbeid og tilbudt færre gruppetilbud på grunn av liten interesse
- gått fra døgnbemannede boliger til ambulerende team
- ansatte merkantilt personell heller enn sykepleiere i administrasjon
- gått over fra vedtaksbaserte tjenester til lavterskeltjenester
- fordelt oppgavene på nye måter
- utviklet boliger med delvis bemanning, hjemmetjenesten dekker utover dagtid
- innført digital hjemmeoppfølging

I tjenester til barn og unge handler endringene blant annet om følgende:

- flyttet barneansvarlig i psykisk helse til helsestasjon
- flyttet årsverkene tettere inn mot barnehager og skoler for å forebygge
- forsterket helsestasjonen
- etablert eller planlegger å etablere FACT ung (to kommuner oppgir at de har utviklet FACT ung)
- etablert eget team for oppfølging av barn og unge (utsatt ungdom, rus, flyktninger)
- etablert flere gruppetilbud
- samlet tjenester rundt familier
- iverksatt tiltak for ufrivillig skolefravær
- rekruttert mer tverrfaglig kompetanse

- etablert IPS Ung hos Nav
- gir mer foreldreveiledning
- flyttet helsesykepleier inn i psykisk helsetjeneste
- ansatt barnekoordinator
- flere arbeider i delte stillinger mellom tilbud

5.4 Hva de planlegger å gjøre fremover

For tjenester til voksne oppgis det følgende av planer:

- vil jobbe i større grad etter forløpene som er beskrevet i «Sammen om mestring»
- etablere RPH eller annen lavterskeltjenester
- etablere FACT
- etablere et botiltak
- tilby flere gruppebaserte tilbud
- administrativt personell skal jobbe mer i felt, mens andre går motsatt vei – fra ambulant til kontor
- samorganisering av psykisk helsetjeneste og miljøtjenesten
- flytte boligpersonell til ambulant arbeid
- arbeide for mer helhet i tjenesten
- ta tilbake pasienter de kjøper tjenester fra private aktører, og bygge opp tilbud til de i kommunen

I tjenester til barn og unge har kommunene blant annet planer om det følgende:

- øke antall årsverk i tjenestene
- utvikle onlinetjenester
- styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste
- etablere psykisk helseteam for barn og unge
- etablere FACT ung
- omstrukturere tjenestene og utarbeide skriftlige rutiner
- styrke forebyggende arbeid
- samorganisere tjenester
- tilby mer gruppebaserte tjenester
- vurderer interkommunale samarbeid
- flytte personell fra barnevern til familieteam
- etablere enhet oppvekst med personell fra psykisk helse og skolehelsetjenesten
- flytte personell fra helsestasjon til tjenesten barn og unge psykisk helse

5.5 Oppsummering

34 prosent av kommunene oppgir at de har erfaringskonsulenter i tjenester til voksne i 2025, og 11 prosent oppgir at de har det i tjenester til barn og unge i 2025. Det er en liten nedgang fra 37 prosent for voksne fra 2024, og en liten økning fra 9 prosent for barn og unge. Det er 64 prosent av kommunene som ikke har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne, og det er 83 prosent i tjenester til barn og unge. Det er henholdsvis 3 og 5 prosent som har konkrete planer om å ansette personer med erfaringskompetanse i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

Rekrutteringsutfordringer er et betydelig problem, og basert på informasjon fra 92 prosent av kommunene er det 37 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid i tjenester til voksne, mens 60 prosent svarer at de ikke har slike utfordringer.

Basert på informasjon fra 84 prosent av kommunene er det 29 prosent som svarer at de har utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid i tjenester til barn og unge, mens det er 57 prosent som svarer at de ikke har rekrutteringsutfordringer i tjenester til barn og unge.

Dette spørsmålet ble tidligere ikke skilt på tjenester til voksne og til barn og unge, og i 2024 var det 46 prosent som svarte at de hadde rekrutteringsutfordringer. Dette kan bety at rekrutteringssituasjonen er bedret for noen kommuner, eller at de har lagt om strategien og heller bruker ansatte de allerede har, på andre måter enn tidligere enn å forsøke å rekruttere nye ansatte.

Det er henholdsvis 57 prosent og 51 prosent som svarer at de har gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenester til barn og unge og i tjenester til voksne de siste årene. Det er ytterligere henholdsvis 16 og 19 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre endringer i bruken av personellressurser i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.

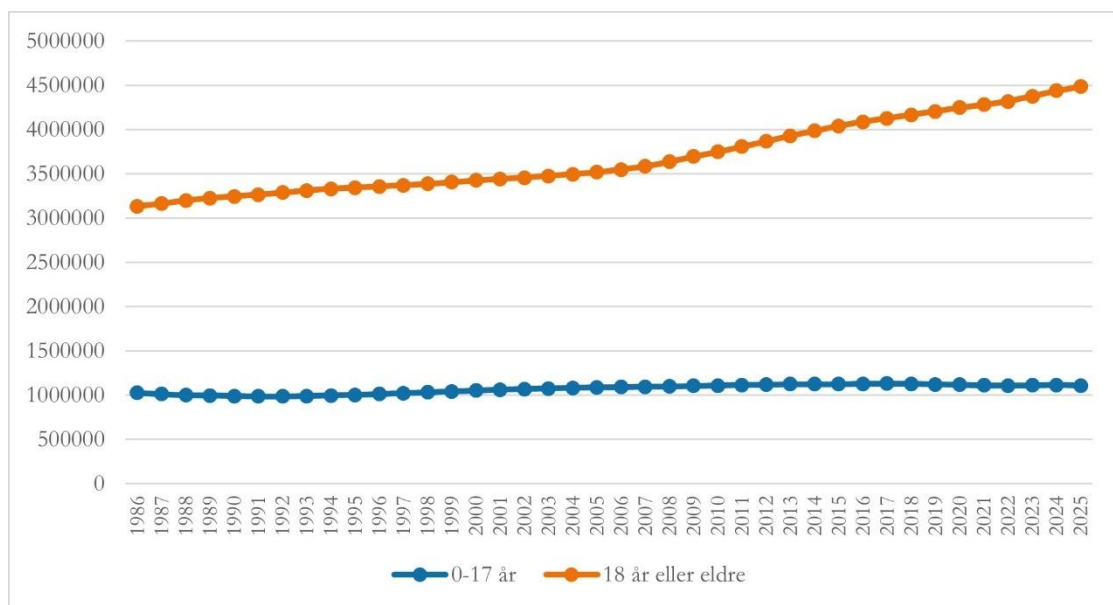
Endringene kommunene gjør, er i stor grad i tråd med forventningene helsemyndighetene har til kommunene på dette fagfeltet. De etablerer lavterskeltilbud og arbeider mer ambulant (særlig FACT) og med tverrfaglige tilbud. De starter opp ulike gruppetilbud for å dekke mer av behovet med samme de samme ressursene.

6 Årsverk etter kommunestørrelse, fylke, helseforetak, helseregion og de ti største kommunene

I dette kapitlet fordeler vi årsverkene for 2025 først etter størrelse på kommunene målt i antall innbyggere, deretter etter fylke, etter opptaksområde til helseforetak (HF) og etter helseregion (regionalt helseforetak, RHF), og til slutt presenterer vi årsverkstallene for de ti største kommunene. Men først ser vi på befolkningsutviklingen. Befolkningstallene, og hvilke kommuner som inngår i hvert opptaksområde for helseforetakene, er hentet fra SSB.

6.1 Befolkningsutvikling

Som vist i figur 6.1 er den store demografiske endringen i befolkningen på grunn av store fødselskull i etterkrigstiden, økt levealder og lavere fødselsrater allerede godt synlig. Grafen viser utviklingen de siste 39 årene. For eksempel fra 2007 til 2025 har det vært en økning i den voksne befolkningen på 25 prosent, mens befolkningen av barn- og unge har økt med 1 prosent i samme periode. I 2007 utgjorde befolkningen av barn- og unge 23 prosent av alle innbyggerne, og i 2025 er andelen 20 prosent.



Figur 6.1 Antall innbyggere, barn og unge og voksne, 1986–2025. Kilde: SSB.

6.2 Årsverk fordelt etter kommunestørrelse

Fra tabell 6.1 ser vi at 47 prosent av kommunene har færre enn 5000 innbyggere, og dette utgjør 8 prosent av befolkningen. De 19 største kommunene utenom Oslo, med over 50 000 innbyggere, utgjør 5 prosent av kommunene og dekker 35 prosent av alle innbyggerne i landet, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen.

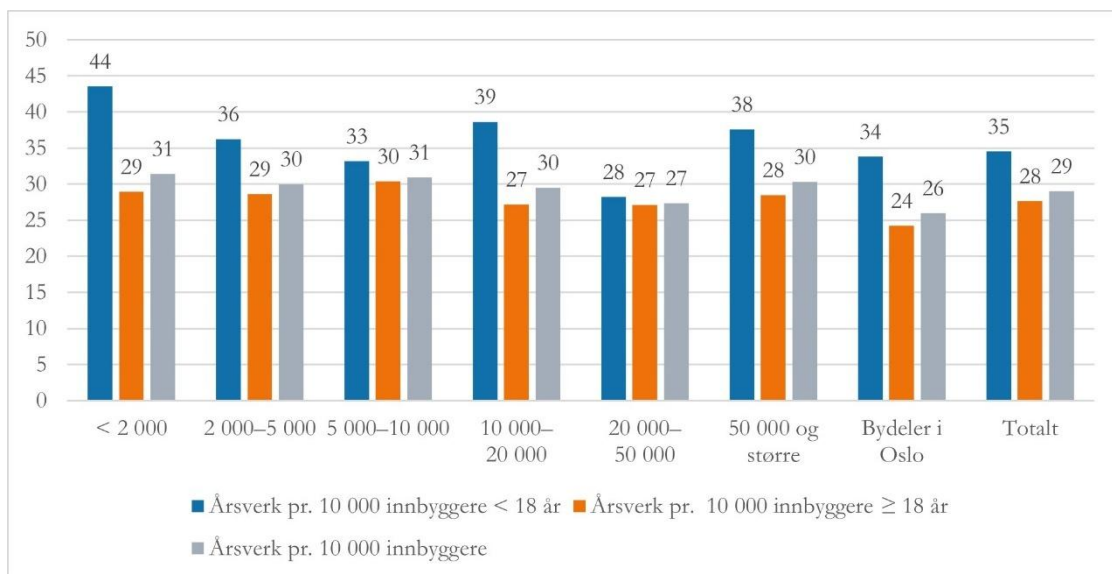
Tabell 6.1 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Kommunestørrelse, 2025.

	Kommuner		Innbyggere under 18 år		Innbyggere 18 år og eldre		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
< 2 000	75	20	15 787	1	76 468	2	92 255	2
2 000–5 000	99	27	57 112	5	255 365	6	312 477	6
5 000–10 000	71	19	99 536	9	406 369	9	505 905	9
10 000–20 000	44	12	125 594	11	487 404	11	612 998	11
20 000–50 000	47	13	278 539	25	1 081 207	24	1 359 746	24
50 000 og større	20	5	399 577	36	1 587 092	35	1 986 669	36
Bydeler i Oslo	16	4	132 074	12	592 216	13	724 290	13
Totalt	372	100	1 108 219	100	4 486 121	100	5 594 340	100

Som vist i tabell 6.2 varierer årsverk per 10 000 innbyggere i tjenester og tiltak til barn og unge mellom 28 og 44 og i tjenester og tiltak til voksne mellom 24 og 30. De tre siste kolonnene i tabell 6.2 er vist i figur 6.2.

Tabell 6.2 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere. Kommunestørrelse, 2025.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbyggere under 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
< 2 000	69	221	290	44	29	31
2 000–5 000	207	730	937	36	29	30
5 000–10 000	330	1 234	1 564	33	30	31
10 000–20 000	485	1 324	1 809	39	27	30
20 000–50 000	786	2 932	3 717	28	27	27
50 000 og større	1 502	4 520	6 022	38	28	30
Bydeler i Oslo	446	1 434	1 880	34	24	26
Totalt	3 825	12 395	16 220	35	28	29



Figur 6.2 Årsverk per 10 000 innbyggere, voksne og barn og unge. Kommunestørrelse, 2025.

6.3 Årsverk fordelt etter fylke

Det er Innlandet, Vestland og Nordland som har flest kommuner, se tabell 6.3. Men det er Akershus og Oslo som har den største andelen av befolkningen (13 prosent hver), og Vestland har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene målt i antall innbyggere er Finnmark med 1 prosent av befolkningen og Troms og Telemark med 3 prosent av befolkningen hver.

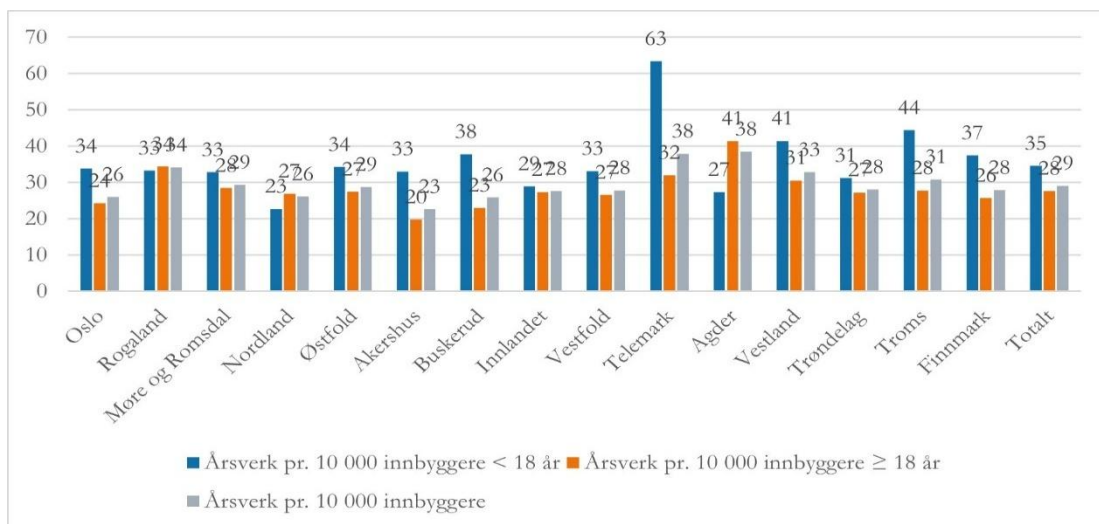
Tabell 6.3 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Fylke, 2025.

	Kommuner		Innbyggere under 18 år		Innbyggere 18 år og eldre		Alle innbyggere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Oslo	16	4	132 074	12	592 216	13	724 290	13
Rogaland	23	6	112 194	10	392 302	9	504 496	9
Møre og Romsdal	27	7	54 477	5	217 936	5	272 413	5
Nordland	41	11	45 474	4	198 108	4	243 582	4
Østfold	12	3	60 624	5	253 783	6	314 407	6
Akershus	21	6	160 156	14	580 524	13	740 680	13
Buskerud	18	5	52 443	5	218 805	5	271 248	5
Innlandet	46	12	67 520	6	310 036	7	377 556	7
Vestfold	6	2	49 778	4	208 293	5	258 071	5
Telemark	17	5	33 479	3	144 384	3	177 863	3
Agder	25	7	66 914	6	255 274	6	322 188	6
Vestland	43	12	132 693	12	522 517	12	655 210	12
Trøndelag	38	10	95 135	9	391 680	9	486 815	9
Troms	21	6	31 305	3	139 174	3	170 479	3
Finnmark	18	5	13 953	1	61 089	1	75 042	1
Totalt	372	100	1 108 219	100	4 486 121	100	5 594 340	100

Tabell 6.4 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere. Fylke, 2025.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbyggere under 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Oslo	446	1 434	1 880	34	24	26
Rogaland	372	1 347	1 719	33	34	34
Møre og Romsdal	178	619	797	33	28	29
Nordland	103	532	635	23	27	26
Østfold	207	695	902	34	27	29
Akershus	528	1 146	1 674	33	20	23
Buskerud	198	503	701	38	23	26
Innlandet	195	846	1 041	29	27	28
Vestfold	165	552	717	33	27	28
Telemark	212	462	674	63	32	38
Agder	183	1 056	1 239	27	41	38
Vestland	549	1 596	2 145	41	31	33
Trøndelag	297	1 066	1 362	31	27	28
Troms	139	386	525	44	28	31
Finnmark	52	157	209	37	26	28
Totalt	3 825	12 395	16 220	35	28	29

De tre siste kolonnene i tabell 6.4 er vist i figur 6.2. Det er særlig kommunene i Telemark og Troms som rapporterer om mange årsverk til barn og unge i 2025. For voksne er det Agder og Telemark som ligger litt høyere på antall årsverk i forhold til antall innbyggere i 2025.



Figur 6.3 Årsverk per 10 000 innbyggere, voksne og barn og unge. Fylke, 2025.

6.4 Årsverk fordelt etter HF-område

Vi har her gruppert kommunene/bydelene etter de ulike opptaksområdene i helseforetak. Årsverkene som er rapportert fra Velferdsetaten, er lagt til området til Oslo universitetssykehus (OUS). Fra tabell 6.5 ser vi for eksempel at opptaksområdet til Akershus universitetssykehus (Ahus) dekker 11 prosent av befolkningen, mens Vestre Viken dekker 9 prosent og Helse Bergen-området dekker 8 prosent av befolkningen.

De minste helseforetakene, Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset med 18 kommuner hver i sitt opptaksområde, har 1 prosent av befolkningen hver, mens Sykehuset Innlandet dekker 6 prosent av befolkningen spredt på 42 kommuner.

Tabell 6.5 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. HF-område, 2025.

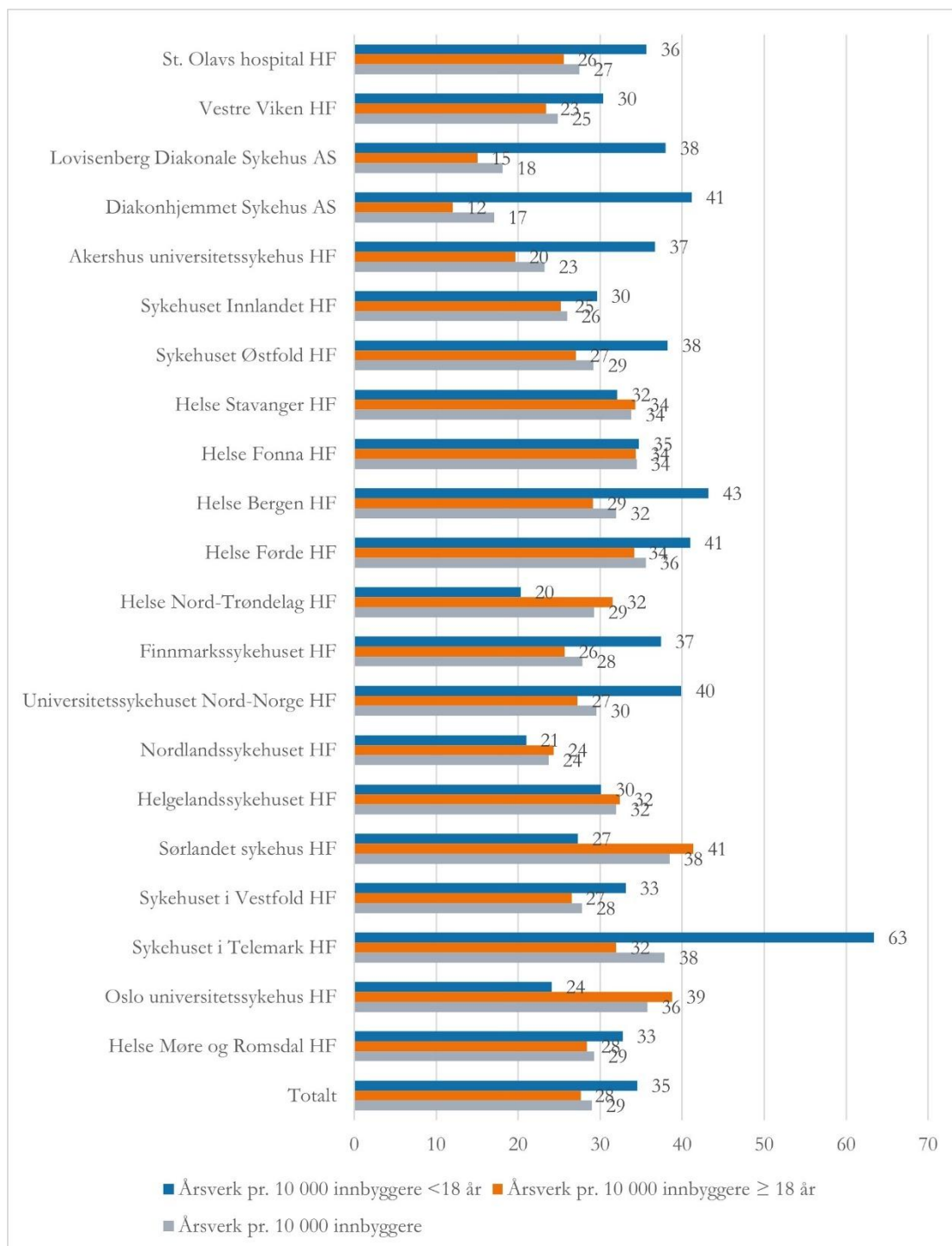
	Kommuner		Innbyggere under 18 år		Innbyggere 18 år og eldre		Alle innbyggere	
	n	%	n	%	n	%	n	%
St. Olavs hospital HF	19	5	67 463	6	282 170	6	349 633	6
Vestre Viken HF	21	6	105 159	9	405 982	9	511 141	9
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	3	1	23 210	2	148 842	3	172 052	3
Diakonhjemmet Sykehus AS	3	1	25 788	2	123 748	3	149 536	3
Akershus universitetssykehus HF	24	6	131 897	12	495 746	11	627 643	11
Sykehuset Innlandet HF	42	11	62 541	6	282 598	6	345 139	6
Sykehuset Østfold HF	13	3	65 077	6	269 185	6	334 262	6
Helse Stavanger HF	15	4	88 239	8	303 660	7	391 899	7
Helse Fonna HF	16	4	39 095	4	145 412	3	184 507	3
Helse Bergen HF	18	5	95 463	9	380 009	8	475 472	8
Helse Førde HF	17	5	22 090	2	85 738	2	107 828	2
Helse Nord-Trøndelag HF	19	5	27 672	2	109 510	2	137 182	2
Finnmarkssykehuset HF	18	5	13 953	1	61 089	1	75 042	1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	24	6	35 701	3	159 798	4	195 499	3
Nordlandssykehuset HF	20	5	26 505	2	114 103	3	140 608	3
Helgelandssykehuset HF	18	5	14 573	1	63 381	1	77 954	1
Sørlandet sykehus HF	25	7	66 914	6	255 274	6	322 188	6
Sykehuset i Vestfold HF	6	2	49 778	4	208 293	5	258 071	5
Sykehuset i Telemark HF	17	5	33 479	3	144 384	3	177 863	3
Oslo universitetssykehus HF	7	2	59 145	5	229 263	5	288 408	5
Helse Møre og Romsdal HF	27	7	54 477	5	217 936	5	272 413	5
Totalt	372	100	1 108 219	100	4 486 121	100	5 594 340	100

Tabell 6.6 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere. HF-område, 2025.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbyggere under 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
St. Olavs hospital HF	241	720	961	36	26	27
Vestre Viken HF	319	950	1 270	30	23	25
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	88	224	312	38	15	18
Diakonhjemmet Sykehus AS	106	149	255	41	12	17
Akershus universitetssykehus HF	484	973	1 457	37	20	23
Sykehuset Innlandet HF	185	712	897	30	25	26
Sykehuset Østfold HF	249	728	977	38	27	29
Helse Stavanger HF	283	1 042	1 325	32	34	34
Helse Fonna HF	136	500	636	35	34	34
Helse Bergen HF	412	1 107	1 520	43	29	32
Helse Førde HF	91	293	383	41	34	36
Helse Nord-Trøndelag HF	56	345	401	20	32	29
Finnmarkssykehuset HF	52	157	209	37	26	28
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	143	435	578	40	27	30
Nordlandssykehuset HF	56	278	333	21	24	24
Helgelandssykehuset HF	44	205	249	30	32	32
Sørlandet sykehus HF	183	1 056	1 239	27	41	38
Sykehuset i Vestfold HF	165	552	717	33	27	28
Sykehuset i Telemark HF	212	462	674	63	32	38
Oslo universitetssykehus HF	143	889	1 031	24	39	36
Helse Møre og Romsdal HF	178	619	797	33	28	29
Totalt	3 825	12 395	16 220	35	28	29

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

Det er betydelig variasjon i årsverk per innbygger når vi grupperer kommunene etter HF-opptaksområde. Det er særlig mange årsverk rapportert fra kommuner i Telemarksområdet for tjenester til barn og unge i forhold til innbyggertallet i 2025.



Figur 6.4 Årsverk per 10 000 innbyggere, voksne og barn og unge. HF-område, 2025.

6.5 Årsverk fordelt etter helseregion

Som vist i tabell 6.7 har Helse Sør-Øst totalt 57 prosent av innbyggerne, mens Helse Nord har 9 prosent. Helse Vest er den nest største helseregionen med 21 prosent av innbyggerne, mens Helse Midt-Norge har 14 prosent av innbyggerne. Det er omtrent like mange kommuner i regionene Vest og Midt-Norge, henholdsvis 18 og 17 kommuner. Helse Vest har en større andel innbyggere under 18 år enn de andre helseregionene, mens Helse Nord og Helse Sør-Øst har litt større vekt av innbyggere over 18 år.

Tabell 6.7 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. Helseregion, 2025.

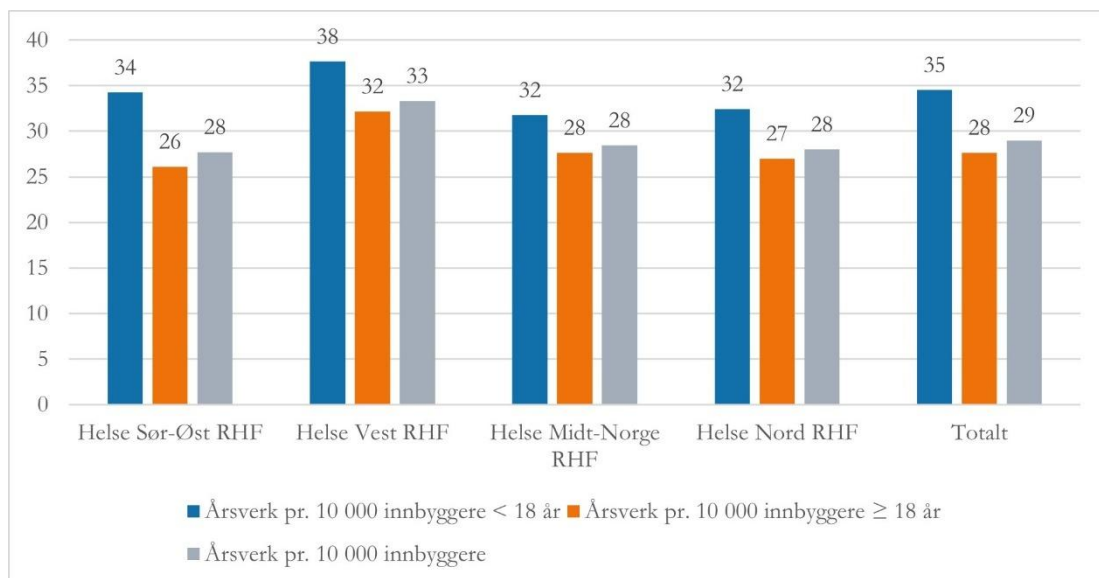
	Kommuner		Innbyggere under 18 år		Innbyggere 18 år og eldre		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Helse Sør-Øst RHF	161	43	622 988	56	2 563 315	57	3 186 303	57
Helse Vest RHF	66	18	244 887	22	914 819	20	1 159 706	21
Helse Midt-Norge RHF	65	17	149 612	14	609 616	14	759 228	14
Helse Nord RHF	80	22	90 732	8	398 371	9	489 103	9
Totalt	372	100	1 108 219	100	4 486 121	100	5 594 340	100

Tabell 6.8 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere. Helseregion, 2025.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbyggere under 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Helse Sør-Øst RHF	2 134	6 694	8 828	34	26	28
Helse Vest RHF	922	2 942	3 864	38	32	33
Helse Midt-Norge RHF	475	1 684	2 159	32	28	28
Helse Nord RHF	294	1 075	1 369	32	27	28
Totalt	3 825	12 395	16 220	35	28	29

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

I samsvar med funnene tidligere i kapittelet har kommunene i opptaksområdet til Helse Vest og Helse Sør-Øst høyest årsverksinnsats til barn og unge. Det er også Helse Vest som har flest årsverk til voksne i målgruppen sett i forhold til antall innbyggere.



Figur 6.5 Årsverk per 10 000 innbyggere, voksne og barn og unge. Helseregion, 2025.

6.6 De ti største kommunene

Som visst i tabell 6.9 har de ti største kommunene til sammen 36 prosent av alle innbyggerne i landet og litt større andel av barn og unge enn kommunene i resten av landet.

Tabell 6.9 Fordeling av kommuner og innbyggere etter antall og prosent. De ti største kommunene, 2025.

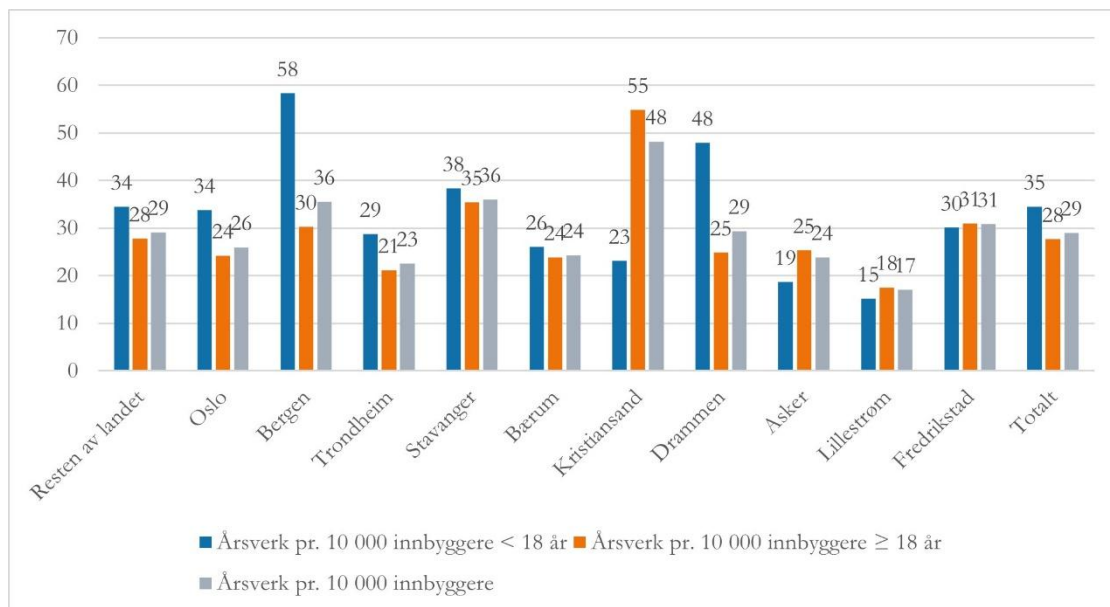
	Kommuner		Innbyggere under 18 år		Innbyggere 18 år og eldre		Alle innbyggere	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Resten av landet	347	93	716 661	65	2 854 892	64	3 571 553	64
Oslo	16	4	132 074	12	592 216	13	724 290	13
Bergen	1	0	55 138	5	238 571	5	293 709	5
Trondheim	1	0	40 211	4	176 307	4	216 518	4
Stavanger	1	0	31 239	3	118 884	3	150 123	3
Bærum	1	0	29 351	3	103 007	2	132 358	2
Kristiansand	1	0	24 716	2	93 505	2	118 221	2
Drammen	1	0	20 573	2	84 879	2	105 452	2
Asker	1	0	21 991	2	78 501	2	100 492	2
Lillestrøm	1	0	19 976	2	75 786	2	95 762	2
Fredrikstad	1	0	16 289	1	69 573	2	85 862	2
Totalt	372	100	1 108 219	100	4 486 121	100	5 594 340	100

Tabell 6.10 Fordeling av årsverk og årsverk per 10 000 innbyggere. De ti største kommunene, 2025.

	Årsverk til barn og unge	Årsverk til voksne	Årsverk totalt	Årsverk pr. 10 000 innbyggere under 18 år	Årsverk pr. 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Årsverk pr. 10 000 innbyggere
Resten av landet	2 470	7 927	10 397	34	28	29
Oslo	446	1 434	1 880	34	24	26
Bergen	321	723	1 044	58	30	36
Trondheim	116	373	488	29	21	23
Stavanger	120	421	541	38	35	36
Bærum	76	245	322	26	24	24
Kristiansand	57	513	570	23	55	48
Drammen	99	211	309	48	25	29
Asker	41	199	240	19	25	24
Lillestrøm	30	133	163	15	18	17
Fredrikstad	49	216	265	30	31	31
Totalt	3 825	12 395	16 220	35	28	29

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

Det ser ut til at Oslo, Bergen og Drammen har hatt en særlig vekst i antall årsverk for tjenester til barn og unge. Kristiansand har et høyt antall årsverk for tjenester til voksne sett i forhold til antall innbyggere.



Figur 6.6 Årsverk per 10 000 innbyggere, voksne og barn/unge. De ti største kommunene, 2025.

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

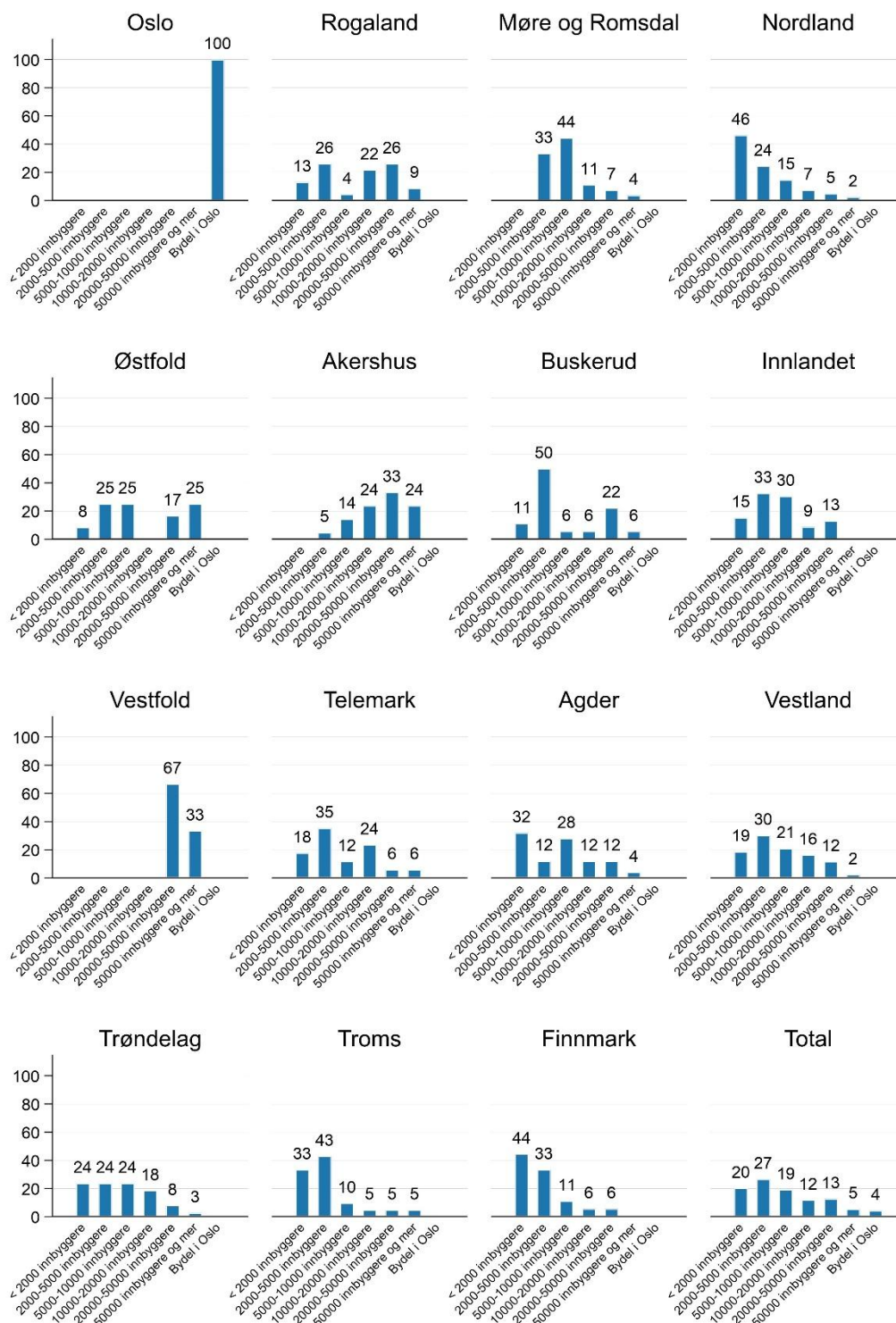
I figur 6.7 har vi vist hvordan kommunene i ulike fylker fordeler seg etter størrelse. Det er størst andel av de aller minste kommunene i Nordland (46 prosent) og i Finnmark (44 prosent). Buskerud har størst andel av de nest minste kommunene (50 prosent), fulgt av Møre og Romsdal (44 prosent) og Troms (43 prosent). Vestfold har kun store kommuner, mens Innlandet og Finnmark ikke har noen kommuner med mer enn 50 000 innbyggere.

6.7 Oppsummering

I den perioden prosjektet har pågått, har det allerede vært store demografiske endringer i befolkningen. Fra 2007 til 2025 har det vært en økning i den voksne befolkningen på 25 prosent, mens befolkningen av barn- og unge har økt med 1 prosent i samme periode. I 2007 utgjorde befolkningen av barn- og unge 23 prosent av alle innbyggerne, og i 2025 var andelen sunket til 20 prosent.

Totalt har 47 prosent av kommunene i Norge færre enn 5000 innbyggere, og disse dekker 8 prosent av befolkningen. De 20 største kommunene utenom Oslo, med over 50 000 innbyggere, dekker 36 prosent av alle innbyggerne i landet, mens Oslo har 13 prosent av befolkningen. Årsverk per 10 000 innbyggere i tjenester og tiltak til barn og unge varierer mellom 28 og 44, og til voksne varierer det mellom 24 og 30.

Det er Innlandet, Nordland og Vestland som har flest kommuner, mens det er Akershus og Oslo som har den største andelen av befolkningen (13 prosent hver), og Vestland har 12 prosent av befolkningen. De minste fylkene målt i antall innbyggere er Finnmark med 1 prosent av befolkningen og Troms og Telemark med 3 prosent av befolkningen hver. Det er i 2025 kommunene i Telemark og i Troms som rapporterer mange årsverk i tjenester til barn og unge i forhold til innbyggertall. For årsverk i tjenester til voksne er det særlig kommunene i Agder som ligger litt høyere enn de andre.



Figur 6.7 Prosent av kommunene i hvert fylke som er i ulike kommunestørrelsesgrupper.

7 Hovedforløp (voksne), alvorlighet og varighet (barn og unge)

7.1 Innledning

Kommunene har de ni siste årene blitt bedt om å gjøre en skjønnsmessig kategorisering av tjenestemottakere i tre ulike bruker- og pasientforløp som er beskrevet i veilederen «Psyisk helse- og rusarbeid for voksne»^s står det at kommunen bør vurdere å organisere tjenestetilbudet i tre hovedforløp.

Kommunen bør ha kunnskapsbaserte lavterskeltjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer (Hovedforløp 1)

Hovedforløp 1: milde og forventet kortvarige tilstander:

- nyoppstått angst, depresjon, søvnvansker og stress med milde til moderate symptomer
- belastende livshendelser og livskriser
- selvskading i forbindelse med akutt krise der selvskadingen ikke vurderes vedvarende og alvorlig
- problematisk bruk av alkohol, legemidler eller illegale rusmidler som gir funksjonsfall eller antatt risiko for fremtidig funksjonsfall, uavhengig av om de oppfyller diagnostiske kriterier for skadelig bruk eller avhengighet

Kommunen bør ha kunnskapsbasert behandling til brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer (Hovedforløp 2)

Hovedforløp 2: antatt kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer

Det kan være:

- akutt psykose med god prognose, for eksempel en første rusutløst psykose, ved alvorlige eller gjentatte rusutløste psykoser bør spesialisthelsetjenesten alltid involveres (se begrunnelse)
- antatt kortvarige symptomer på stemningslidelse
- kortvarig skadelig bruk av rusmidler uten avhengighet, men med et visst funksjonstap, gjerne situasjonsbetinget

^s [Psyisk helse- og rusarbeid for voksne - Helsedirektoratet](#)

- vedvarende depresjon eller angstlidelse med milde symptomer.
- vedvarende milde eller moderate plager etter mulig traumatiserende hendelser.
- mindre alvorlig personlighetsforstyrrelse eller spiseforstyrrelse.
- bruk av rusmidler eller legemidler som henger sammen med tilbakevendende depressive episoder uten stort funksjonstap
- forlenget sorgforstyrrelse

Kommunen bør i samarbeid med spesialisthelsetjenesten tilby kunnskapsbasert behandling tilpasset alvorlige og langvarige psykiske lidelser og/eller ruslidelser (Hovedforløp 3)

Hovedforløp 3: sammensatte alvorlige og langvarige psykisk helse- eller rusmiddelproblemer enten de opptrer alene eller samtidig (ROP lidelser), for eksempel:

- alkohol-, legemiddel- eller annen rusmiddelavhengighet
- alvorlig bipolar lidelse
- alvorlig depresjon
- schizofreni eller annen psykoselidelse
- alvorlige personlighetsforstyrrelser
- alvorlige spiseforstyrrelser

Vi ber kommunene om å fordele det samme antallet årsverk på hovedforløpene til voksne og etter alvorlighet/varighet til barn og unge som de rapporterer om på tiltakskategorier og utdanningskategorier. For mange av kommunene er dette utfordrende å få til. Det er fortsatt ikke alle som får til å fordele årsverkene på denne måten, og i år er det fordelt flere årsverk på forløpene enn det er gjort på tjenester for voksne (102 prosent), mens 98 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge er fordelt på alvorlighet og varighet, se tabell 7.1.

Tabell 7.1 Antall årsverk fordelt på henholdsvis tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og etter alvorlighet og varighet i tjenester for barn og unge, 2025.

	Voksne	Barn/unge	Totalt
Årsverk rapportert	12 395	3 825	16 220
Årsverk hovedforløp	12 588	3 762	16 350
% av årsverkene fordelt på hovedforløp	102	98	101

7.2 Tjenester til voksne

Kommunene anslår i 2025 at 14 prosent av årsverksinnsatsen for tjenester til voksne går til brukere med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1), at 26 prosent går til brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (hovedforløp 2), og at 60 prosent går til brukere med alvorlige langvarige problemer/lidelser (hovedforløp 3).

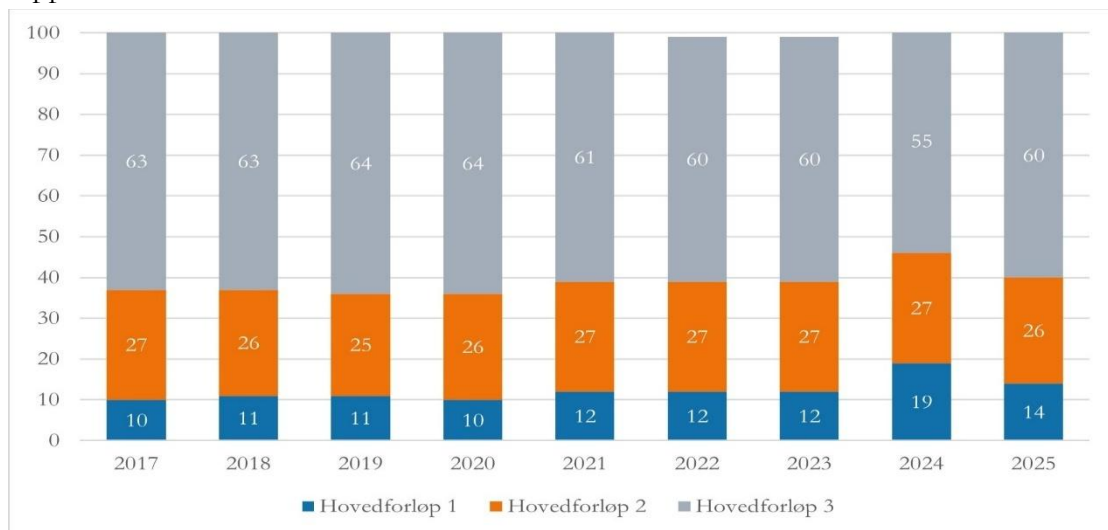
Tabell 7.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017–2025.

	2017	2018	2019	2022	2023	2024	2025
Hovedforløp 1	1 092	1 024	1 106	1 332	1 204	2 552	1 732
Hovedforløp 2	2 779	2 425	2 532	2 879	2 706	3 632	3 247
Hovedforløp 3	6 649	5 923	6 423	6 442	6 195	7 414	7 609
Totalt	10 520	9 372	10 061	10 653	10 105	13 598	12 588

Tabell 7.3 Prosentvis fordeling av årsverk på hovedforløp i tjenester for voksne, 2017–2025.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hovedforløp 1	10	11	11	10	12	12	12	19	14
Hovedforløp 2	27	26	25	26	27	27	27	27	26
Hovedforløp 3	63	63	64	64	61	60	60	55	60
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Som vist i figur 7.1, er det 2024 som skiller seg ut med en stor økning i årsverk til hovedforløp 1, mens anslaget i 2025 er betydelig lavere og mer i tråd med det som er rapportert for 2024.



Figur 7.1 Prosentvis fordeling av årsverkene som er rettet mot brukere i hovedforløp 1, 2 og 3 i tjenester for voksne, 2017–2025.

7.3 Tjenester til barn og unge

Kommunene anslår at 44 prosent av årsverksinnsatsen til barn og unge går til brukere med milde og kortvarige problemer i 2025, at 33 prosent går til brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, og at 23 prosent går til brukere med alvorlige langvarige problemer/lidelser.

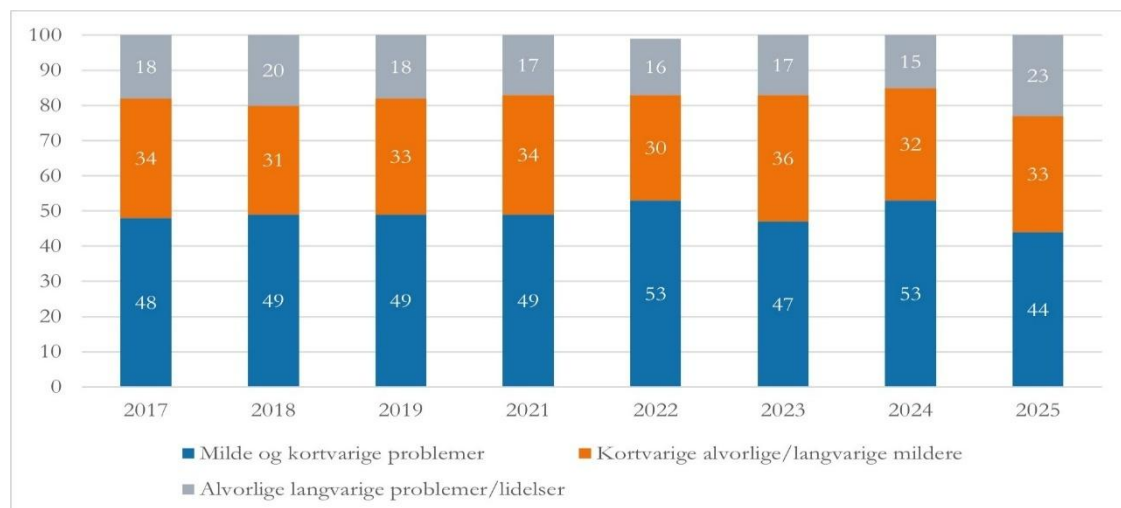
Det er også for barn og unge en reduksjon fra 2024 til 2025 i antallet årsverk som går til oppfølging av milde og kortvarige problemer, se figur 7.2. Det er usikkert hvor gode anslagene er, men det ser ut til å være en økning i andelen årsverk som går til alvorlige langvarige problemer/lidelser også i tjenester rettet mot barn og unge.

Tabell 7.4 Antall årsverk fordelt på alvorlighet og varighet i tjenester for barn og unge, 2017–2025.

	2017	2018	2019	2020	2022	2024	2025
Milde og kortvarige problemer	1 262	1 160	1 407	1 185	1 721	1 813	1 663
Kortvarige alvorlige / langvarige mildere	888	737	939	734	977	1 103	1 246
Alvorlige langvarige problemer/lidelser	462	493	535	355	520	524	853
Totalt	2 612	2 390	2 880	2 274	3 217	3 440	3 762

Tabell 7.5 Prosentvis fordeling av årsverk på alvorlighet og varighet i tjenester for barn og unge, 2017–2025.

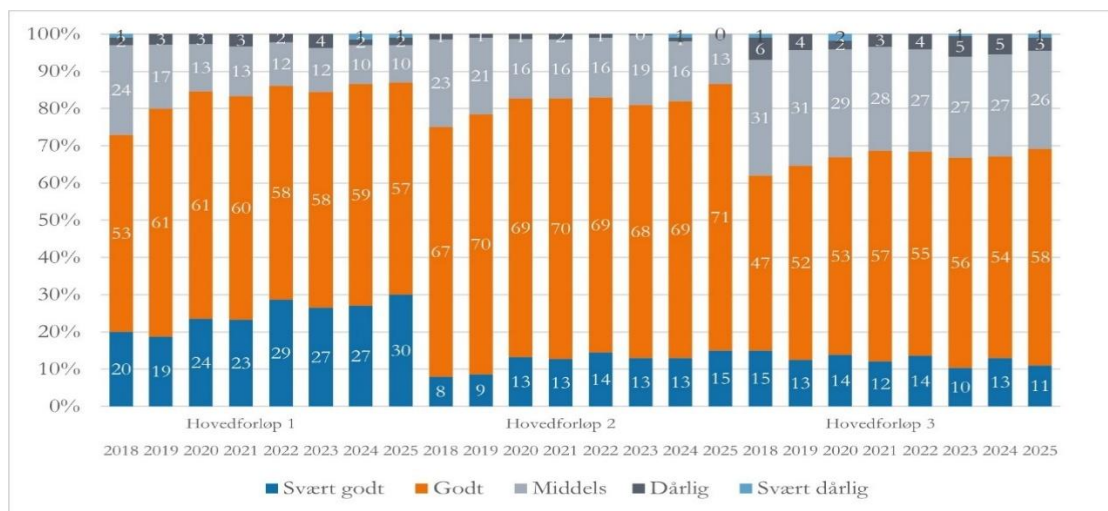
	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024	2025
Milde og kortvarige problemer	48	49	49	49	53	47	53	44
Kortvarige alvorlige / langvarige mildere	34	31	33	34	30	36	32	33
Alvorlige langvarige problemer/lidelser	18	20	18	17	16	17	15	23
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100



Figur 7.2 Prosentvis fordeling av årsverkene som er rettet mot brukere etter alvorlighet og varighet i tjenester for barn og unge, 2017–2025.

7.4 Vurdering av det samlede tilbudet til voksne brukere/pasienter

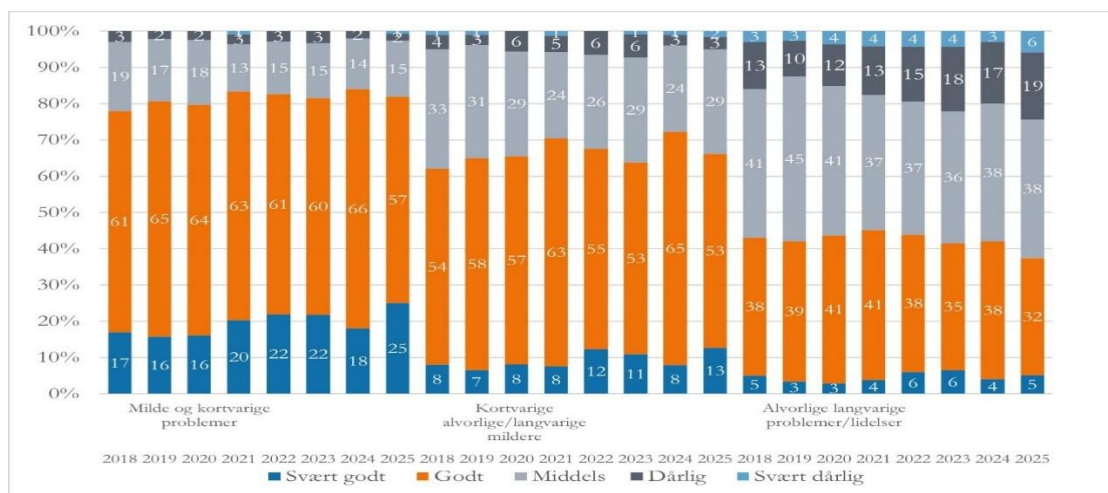
Det er en økende andel som svarer at tilbudet er godt eller svært godt for alle hovedforløpene for voksne, utover i perioden, men det er fortsatt færrest som oppgir at tilbudet er godt for brukere i hovedforløp 3 (figur 7.3).



Figur 7.3 Prosentvis fordeling i vurdering av tjenester og tiltak for voksne fordelt på hovedforløp 2018–2025.

7.5 Vurdering av det samlede tilbudet til barn og unge

Figur 7.4 viser vurderingen som ble gitt innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge, og denne viser at tendensen er at flere kommuner utover perioden svarer at tilbudet er godt eller svært godt. Men det er færrest som svarer at tilbudet er godt for hovedforløp 3, og her er det lite endring fra 2018 i andelen som svarer svært godt eller godt.



Figur 7.4 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak i kommunalt rusarbeid for barn og unge fordelt på hovedforløp, 2018–2025.

7.6 Oppsummering

For voksne anslår kommunene at 14 prosent av årsverksinnsatsen går til brukere med milde og kortvarige problemer (hovedforløp 1), at 26 prosent går til brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser (hovedforløp 2), og at 60 prosent går til brukere med alvorlige langvarige problemer/lidelser (hovedforløp 3). Tidsserien går tilbake til 2017, og utover i perioden er det en marginal økning i andelen av årsverkene som går til hovedforløp 1 (fra 10 til 14 prosent), og en liten nedgang i andelen som går til hovedforløp 3 (fra 63 prosent til 60 prosent).

For tjenester til barn og unge anslår kommunene at 44 prosent av årsverksinnsatsen går til brukere med milde og kortvarige problemer, at 33 prosent går til brukere med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, og at 23 prosent går til brukere med alvorlige langvarige problemer/lidelser. Dette er ganske likt det kommunene rapporterte i 2017, med en liten nedgang i andelen som går til brukere med milde og kortvarige problemer (fra 48 til 44 prosent), til en økning i andelen som går til brukere med alvorlige og langvarige problemer/lidelser (fra 18 til 23 prosent).

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

For barn og unge er tendensen at flere kommuner utover i perioden svarer at tilbudet er godt eller svært godt, men det er fortsatt færrest som svarer at tilbudet er godt for brukere med alvorlige eller langvarige problemer/lidelser, og det er lite endring fra 2018 til 2025 i andelen som svarer svært godt eller godt.

8 Endring i omfang av henvendelser

8.1 Endring i omfang av henvendelser og henvisninger

Tabell 8.1 viser at det er få som har nedgang i omfanget av henvendelser om henvisninger av barn og unge, mens 27 og 52 prosent oppgir at omfanget er uendret for barn og unge med henholdsvis psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Det er 16 prosent som oppgir at det er en stor økning når det gjelder psykiske helseproblemer, og det er 4 prosent som oppgir en stor økning når det gjelder rusmiddelproblemer.

Tabell 8.1 Om det fra forrige kartlegging (våren 2024) til i dag vært en endring i omfanget av henvendelser om og henvisninger av barn og unge til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen, 2025.

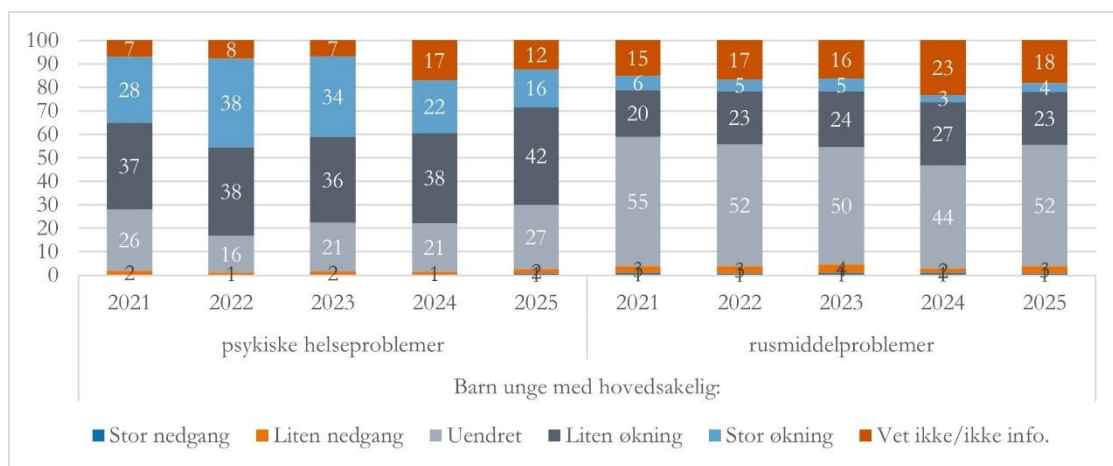
	Psykiske helseproblemer		Rusmiddelproblemer	
	antall	prosent	antall	prosent
Stor nedgang	2	1	2	1
Liten nedgang	6	2	10	3
Uendret	85	27	160	52
Liten økning	130	42	70	23
Stor økning	50	16	12	4
Vet ikke / ikke info	38	12	56	18
Totalt	311	100	310	100

Tabell 8.2 viser at det er 25 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at det har vært en stor økning det siste året av henvendelser og henvisninger som gjelder voksne med psykiske helseproblemer, mens det er 4 prosent som oppgir at det er en stor økning for voksne med rusmiddelproblemer og ROP-lidelser.

Tabell 8.2 Om det fra forrige kartlegging (våren 2024) til i dag vært en endring i omfanget av henvendelser om og henvisninger av voksne til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen, 2025.

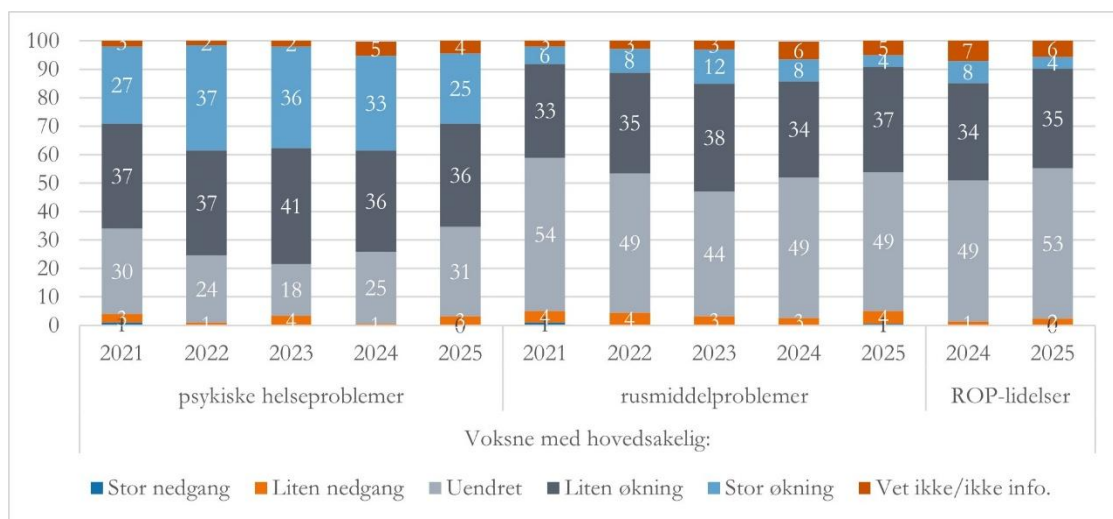
	Psykiske helseproblemer		Rusmiddelproblemer		ROP-lidelser	
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent
Stor nedgang	0	0	2	1	0	0
Liten nedgang	11	3	15	4	8	2
Uendret	106	31	165	49	178	53
Liten økning	123	36	125	37	118	35
Stor økning	83	25	14	4	14	4
Vet ikke / ikke info	15	4	17	5	19	6
Totalt	338	100	338	100	337	100

Om vi ser på de i figur 8.1 som svarer at det er en liten eller en stor økning for barn og unge som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, har andelen gått ned fra 71 prosent i 2023 til 58 prosent i 2025. Den tilsvarende andelen for barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, har i perioden variert mellom 26 prosent (2021 og 2025) og 30 prosent (2024).



Figur 8.1 Om det har vært endring i omfanget av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge i kommunen/bydelen. Nasjonalt, 2021–2025.

Det er en nedgang i andelen som svarer at det er en stor økning i omfanget av henvendelser om voksne med psykiske helseproblemer, fra 33 prosent i 2024 til 25 prosent i 2025. Tendensen er den samme også for voksne som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, og for voksne som har ROP-lidelser.



Figur 8.2 Om det har vært en endring i omfanget av henvendelser og henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid for voksne i kommunen/bydelen. Nasjonalt, 2021–2025.

De som oppgir at det er en stor økning i omfanget av henvendelser om barn og unge som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, oppgir særlig en økning i henvendelser til lavterskel psykisk helse- og rustilbud (78 prosent) og til helsestasjon med mer (74 prosent), se tabell 8.3. De få som oppgir en stor økning i omfanget av henvendelser til barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, svarer også at økningen gjelder kategorien «helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» og lavterskeltilbud.

Tabell 8.3 Hvor endringen gjelder blant de som har svart at det har vært en stor økning i omfanget av henvendelser blant barn og unge, 2025.

	Psykiske plager/lidelser		Rusmiddelproblemer	
	antall	prosent	antall	prosent
Bemannede boliger	3	6	0	0
Ambulante/mobile tjenester / oppsøkende virksomhet	20	40	4	33
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	37	74	8	67
Lavterskel psykisk helse- og rustilbud	39	78	8	67
Aktiviteter, kulturtiltak og fritidstiltak	9	18	2	17
Annet	6	12	3	25
Antall som har svart	50	100	12	100

De seks som svarer «Annet», oppgir at de har en økning innen barnevern og skolefravær og blant de som har behov for samtaler. De som svarer at de har en stor økning i omfanget av henvendelser om voksne som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, er det 81 prosent som oppgir at endringen gjelder lavterskel helse- og rustilbud, og 57 prosent svarer at det gjelder ambulant virksomhet, se tabell 8.4. Av de 14 kommunene/bydelene som svarer at de har en stor økning i omfanget av henvendelser om voksne som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, er det 86 prosent som oppgir at det gjelder ambulant virksomhet, og like mange svarer at det gjelder lavterskel helse- og rustilbud.

Tabell 8.4 Hvor endringen gjelder blant de som har svart at det har vært en stor økning i omfanget av henvendelser blant voksne, 2025.

	Psykiske plager/lidelser		Rusmiddelproblemer		ROP-lidelser	
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent
Institusjoner	3	4	3	21	5	13
Bemannede boliger	20	24	3	21	4	10
Ambulant/mobil/opsøkende virksomhet	47	57	12	86	12	30
Lavterskel psykisk helse- og rustilbud	67	81	12	86	12	30
Aktivitet/treffsted/værested/friluft	20	24	4	29	3	8
Arbeidsrettet aktivitet	10	12	1	7	3	8
Annet	12	14	1	7	1	3
Totalt	83	100	14	100	40	100

De som svarer «Annet» for de som hovedsakelig har psykiske plager/lidelser, oppgir at dette handler om behov for individuelle samtaler og mestringssamtaler. De som svarer «Annet» for de som hovedsakelig har rusmiddelproblemer og ROP-lidelser, oppgir samtaleterapi og rus- og avhengighetsbehandling.

8.2 Årsak til økningen i antallet henvendelser og henvisninger

Det er 153 kommuner/bydeler som har beskrevet hva de tror er årsaken til økningen i antall henvendelser og henvisninger til tjenester for voksne. Svarene kan oppsummeres i de følgende punktene:

- Tjenestene er bygd ut slik at flere kan få hjelp.
- Mer defineres som psykiske helseplager enn tidligere.
- Tjenestene blir mer kjente i befolkningen, og flere tar kontakt.
- Fastlegene henviser flere til tjenestene.
- DPS-ene har fått informasjon om de kommunale tjenestene og bidrar til at folk tar kontakt.
- Befolkningen snakker mer om psykisk helse, og det blir lettere å ta kontakt for de som sliter.
- Færre får tilbud om hjelp fra spesialisthelsetjenesten og må dermed få kommunale tilbud.
- Flere flyktninger har kommet til kommunene og har behov for bistand.
- Det er flere unge voksne med psykisk helse- og rusmiddelproblemer i befolkningen.
- Det er lettere å ta kontakt med kommunale tjenester med en digital innsøkingportal.

For barn og unge har 115 kommuner/bydeler beskrevet hva de tror økningen skyldes. Svarene kan oppsummeres i de følgende punktene:

- Nye lavterskeltjenester har høy etterspørsel.
- Det er økt tilgjengelighet til tjenestene og flere ansatte på helsestasjoner.
- Endrede holdninger til rusbruk blant unge fører til at flere får behov.
- BUP gjør mindre enn tidligere, slik at kommunene må gjøre mer.
- Flere barn og unge er ensomme, og det er mer utenforskap for eksempel på grunn av mobbing.
- Ufrivillig skolefravær øker.
- Dårlige levekår i mange familier gir høyere konfliktnivå.

De som opplever at det er en nedgang i omfanget av henvendelser, svarer at de har nedbemannet og omorganisert tjenestene, og at færre får hjelp, eller at færre tar kontakt.

8.3 Oppsummering

For barn og unge som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, er det 16 prosent av kommunene som rapporterer om en stor økning i omfanget av henvendelser, mens 42 prosent rapporterer om en liten økning. For barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 23 prosent rapporterer om en liten økning.

For voksne som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, er det 25 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 36 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne som hovedsakelig har rusmiddelproblemer, er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 37 prosent rapporterer om en liten økning. For voksne med ROP-lidelser (rus og psykiske lidelser) er det 4 prosent som rapporterer om en stor økning, mens 35 prosent rapporterer om en liten økning.

For barn og unge kommer økningen i omfanget av henvendelser både i lavterskel psykisk helse- og rustilbud og i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Dette gjelder både barn og unge som hovedsakelig har psykiske plager/lidelser, og barn og unge som hovedsakelig har rusmiddelproblemer.

For voksne er det en særlig økning i etterspørselen etter lavterskeltjenester og ambulante tjenester.

9 Bruker- og pårørendemedvirkning

Helsedirektoratet har utviklet nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus og psykisk helsefeltet. Rådene gjelder alle helse- og omsorgstjenester i rus- og psykisk helsefeltet og gjelder for barn, unge og voksne. Rådene ble publisert våren 2025 og er nå gjeldende normerende faglige råd. De bygger på føringer omtalt i Prop. 1S (2024–2025) fra Helse- og omsorgsdepartementet og skal bidra til å styrke en reell og systematisk bruker- og pårørendemedvirkning på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med rådene er å sikre helhetlige og individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer, redusere uønsket variasjon, og løse samhandlingsutfordringer i og på tvers av tjenestenivåer. Rådene tydeliggjør roller og ansvar, og gir ledere og ansatte konkrete råd for hvordan bruker- og pårørendemedvirkning kan integreres i tjenesteutvikling og gjennomføring av tjenestetilbudene.

Nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet er strukturert på følgende måte:

På systemnivå:

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

På tjenestenivå:

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

På individnivå:

- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør ha et helhetlig perspektiv på den enkeltes levekår og livskvalitet i møte med brukere og pasienter (recovery-orientert tilnærming).

- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal med utgangspunkt i brukerens/pasientens situasjon gi informasjon om hjelpen som tilbys, rettigheter og hvilke valgmuligheter som finnes.
- Behandling og oppfølging skal utformes i samarbeid med brukeren, og i tråd med brukerens egne mål for behandlingen og oppfølgingen.
- Ledere i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i rus- og psykisk helsefeltet skal sørge for at ansatte har kompetanse om bruker- og pårørendemedvirkning, og at det benyttes kunnskapsbaserte tilnærminger i møte med brukeren.
- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet skal sørge for at barn og unge som pasient eller bruker får medvirke ved valg av tjenestetilbud, undersøkelses- og behandlingsformer.
- Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør i dialog med bruker og pårørende, avklare forventninger, muligheter og ønsker knyttet til pårørendeinvolvering og samarbeid.

9.1 Kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner

Som vist i tabell 9.1 er det henholdsvis 22 og 24 prosent som har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner én gang i året i tjenester for voksne og for barn og unge.

Det er 20 prosent av kommunene som oppgir at de har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner tre til fem ganger i året i tjenester for voksne, mens den tilsvarende andelen er 12 prosent i tjenester til barn og unge.

Det er få kommuner som har kontakt ti ganger eller mer i tjenester til voksne (6 prosent) og i tjenester til barn og unge (2 prosent).

Tabell 9.1 Antall og prosent etter hvor ofte de har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, 2025.

	Voksne		Barn/unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1 gang i året	73	22	70	24
2 ganger i året	57	17	36	12
3–5 ganger i året	69	20	35	12
6–9 ganger i året	15	4	6	2
10 ganger eller mer	19	6	7	2
Annet	104	31	142	48
Totalt	337	100	296	100
Ikke oppgitt	35		76	

De som har svart «Annet», har oppgitt at de ikke har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, typisk fordi de ikke finnes lokalt, eller fordi de ikke har etablert kontakt med slike organisasjoner. Noen svarer at de ikke har hatt kontakt siden pandemien, eller at de har sjeldnere kontakt enn én gang i året. De oppgir at kommunen har brukerråd

for eldre og for folk med funksjonsnedsettelse, men ikke for psykisk helse og rus. I tjenester til voksne går andelen som svarer «Annet», tydelig ned med kommunestørrelsen, mens andelen er høy i tjenester rettet mot barn og unge uavhengig av kommunestørrelsen.

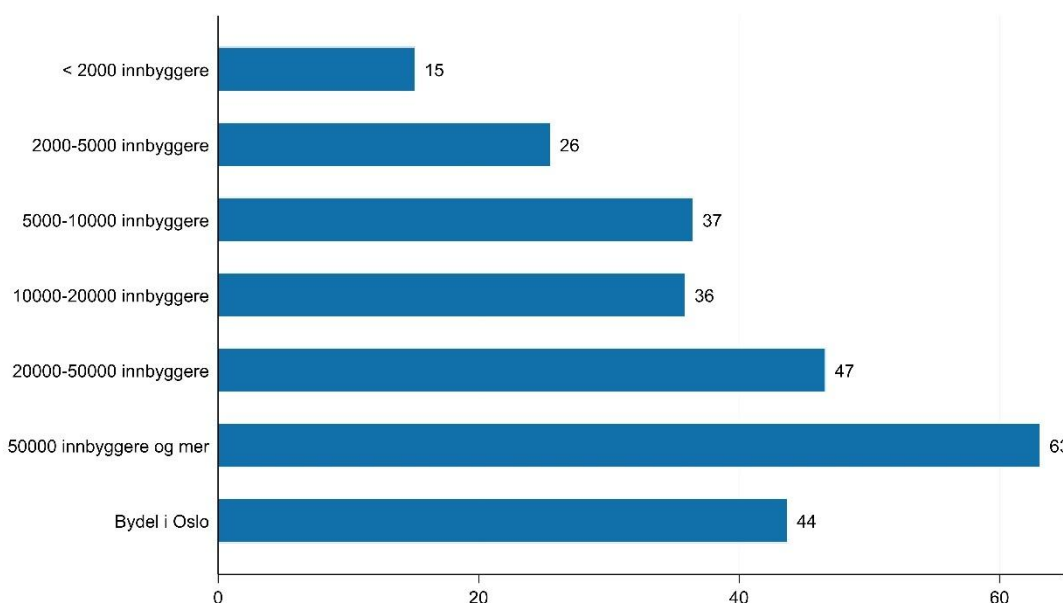
9.2 Brukerstyrte tilbud til den voksne målgruppen

Hver tredje kommune som har svart på spørsmålet om de har brukerstyrte tilbud, oppgir at de har det i kommunen eller i bydelen.

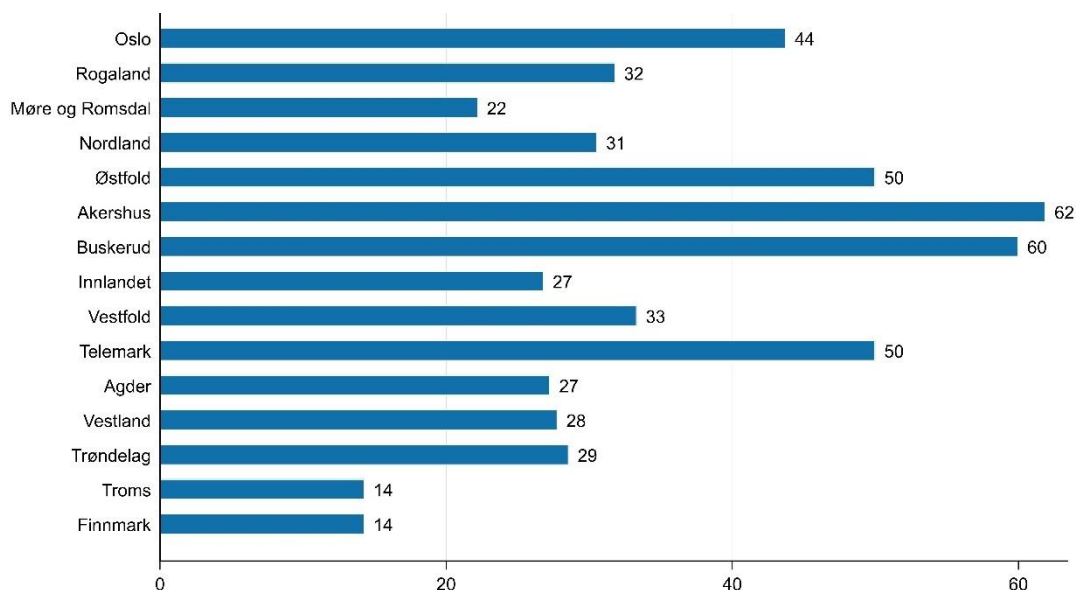
Tabell 9.2 Antall og prosent som oppgir at de har brukerstyrte tilbud til den voksne målgruppen, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	110	33
Nei	228	67
Ikke oppgitt	34	
Totalt	372	100

Andelen som har slike tilbud, øker tydelig med kommunestørrelsen (figur 9.1). Det er færrest kommuner i Troms og i Finnmark som har brukerstyrte tilbud til voksne i målgruppen, og flest i Akershus og i Buskerud (figur 9.2).



Figur 9.1 Prosent som oppgir at de har brukerstyrte tilbud til den voksne målgruppen. Kommunestørrelse, 2025.

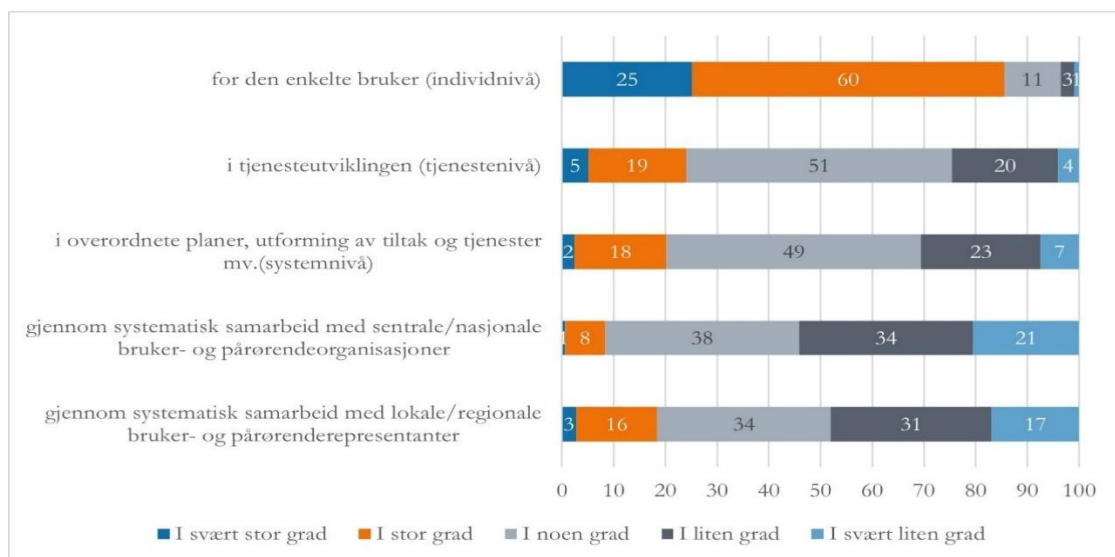


Figur 9.2 Prosent som oppgir at de har brukerstyrte tilbud til den voksne målgruppen. Fylke, 2025.

Når vi spør om hvilke tilbud de har, som er brukerstyrte, oppgir kommunene og bydelene brukerstyrte KAD-plasser, BPA og ulike selvhjelpsgrupper drevet av brukere. Noen oppgir også at de har brukerstyrte aktiviteter som kafe, bakegrupper, bordtennis og tilbud knyttet til dagsenter, og at de har tilbud som drives av Mental Helse.

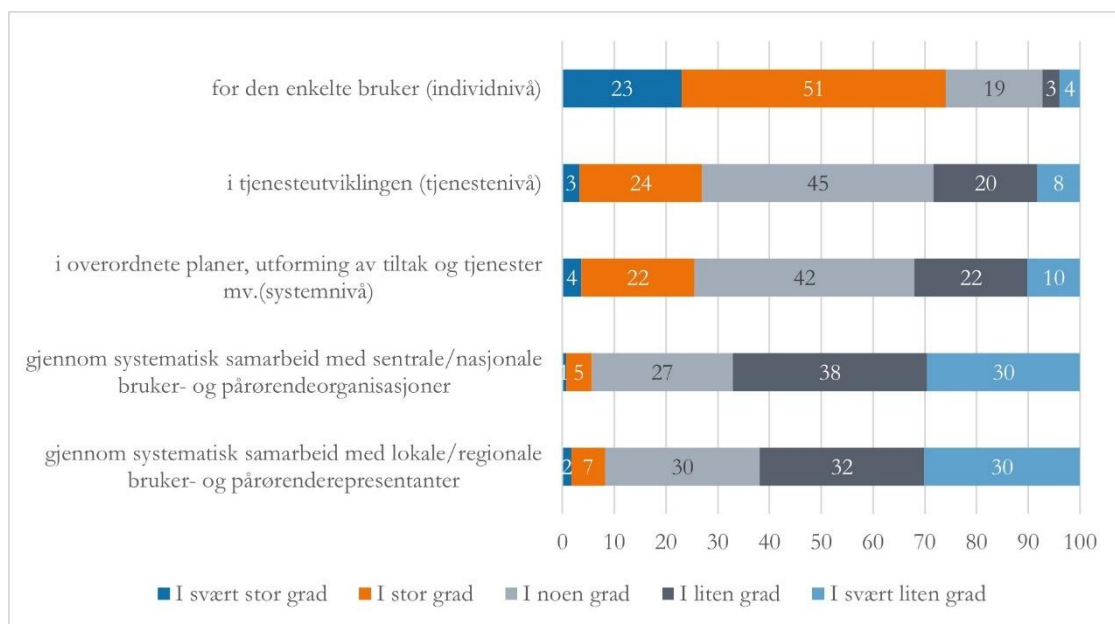
9.3 Sikring av brukermedvirkning på ulike nivåer

Fra 2025 skilles det mellom voksne og barn og unge i spørsmålet om i hvilken grad kommunene sikrer brukermedvirkning på ulike nivåer. For tjenester til voksne (figur 9.3) er det tydelig at kommunene først og fremst sikrer brukermedvirkning på individnivå.



Figur 9.3 I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning i tjenester til voksne på ulike nivåer, 2025.

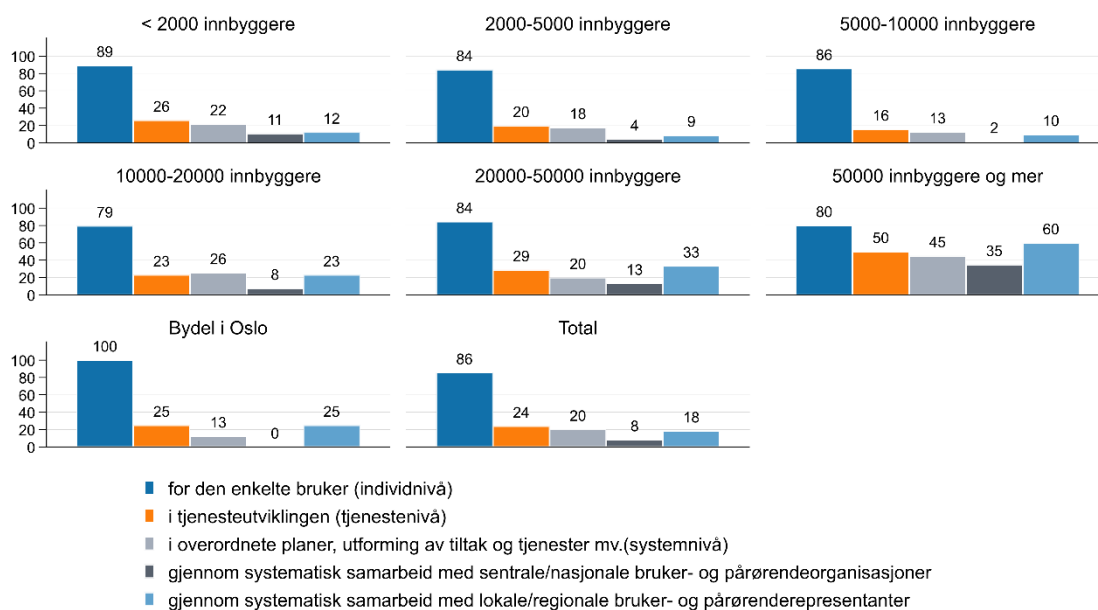
Bildet er omtrent det samme for tjenester til barn og unge (figur 9.4) som for tjenester til voksne, men det er enda færre som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med lokale eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner.



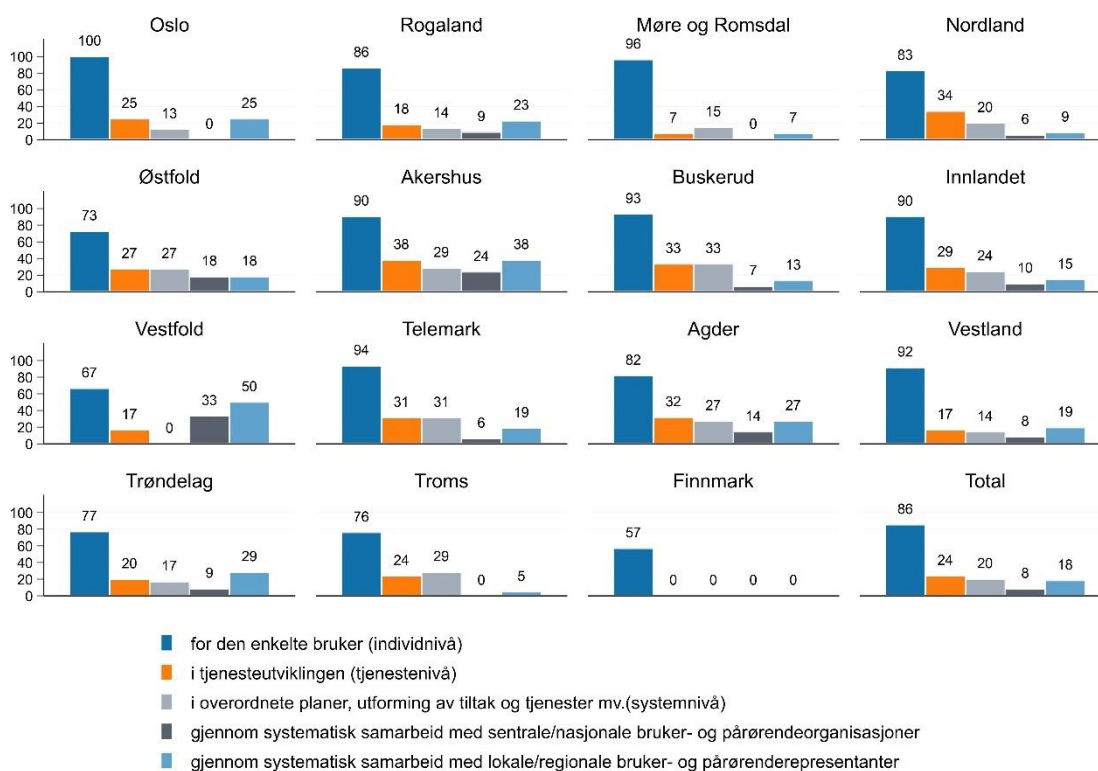
Figur 9.4 I hvilken grad sikrer kommunen/bydelen brukermedvirkning i tjenester til barn og unge på ulike nivåer, 2025.

Vi ser videre på de som svarer at de i svært stor eller stor grad sikrer brukermedvirkning på ulike nivåer. De minste kommunene ligger høyest på sikring av brukermedvirkning på individnivå, mens kommuner med over 50 000 innbyggere ligger høyest på sikring av brukermedvirkning på tjenestenivå og på systemnivå, se figur 9.5. Det er også de store kommunene med unntak av Oslo som ligger høyest på systematisk samarbeid med bruker- og pårørenderepresentanter.

Det er særlig kommunene i Finnmark som skiller seg ut, med lite involvering av brukere på alle nivåer, se figur 9.6. Kommunene i Vestfold skiller seg ut ved at halvparten svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning gjennom systematisk samarbeid med lokale/regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner.



Figur 9.5 Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne på ulike nivåer. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 9.6 Prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge på ulike nivåer. Fylke, 2025.

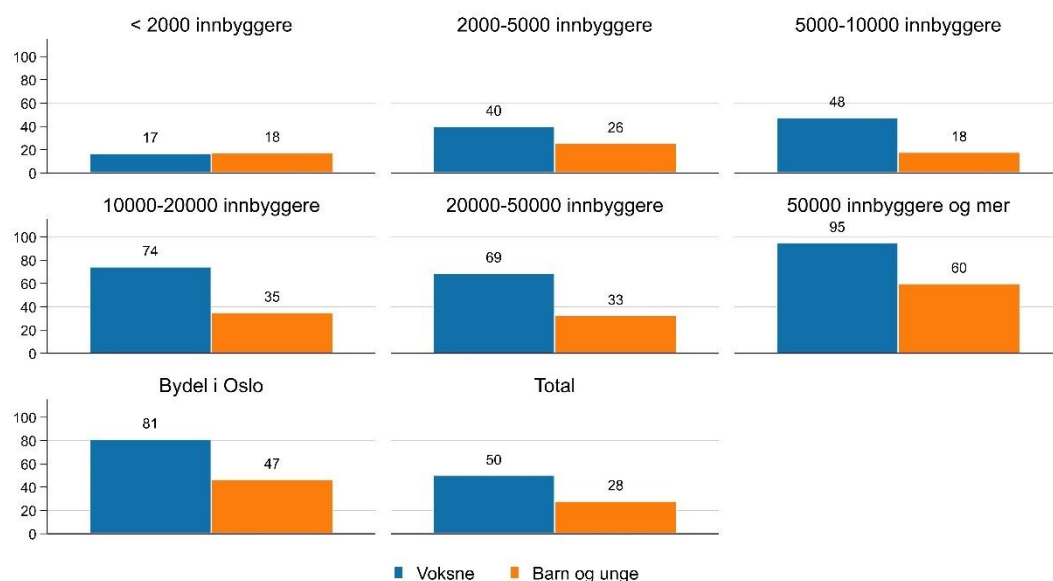
9.4 Systematisk innhenting av brukererfaring

På spørsmålet om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 50 prosent (n = 169) at de hadde det i 2025 i tjenester til voksne, og 28 prosent (n = 86) svarte at de hadde det i tjenester til barn og unge. Dette spørsmålet er i tidligere år ikke stilt separat for voksne og for barn og unge.

Tabell 9.3 Antall og prosent som oppgir om de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, 2025.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	169	50	86	28
Nei	169	50	221	72
Totalt	338	100	307	100
Ikke oppgitt	34		65	

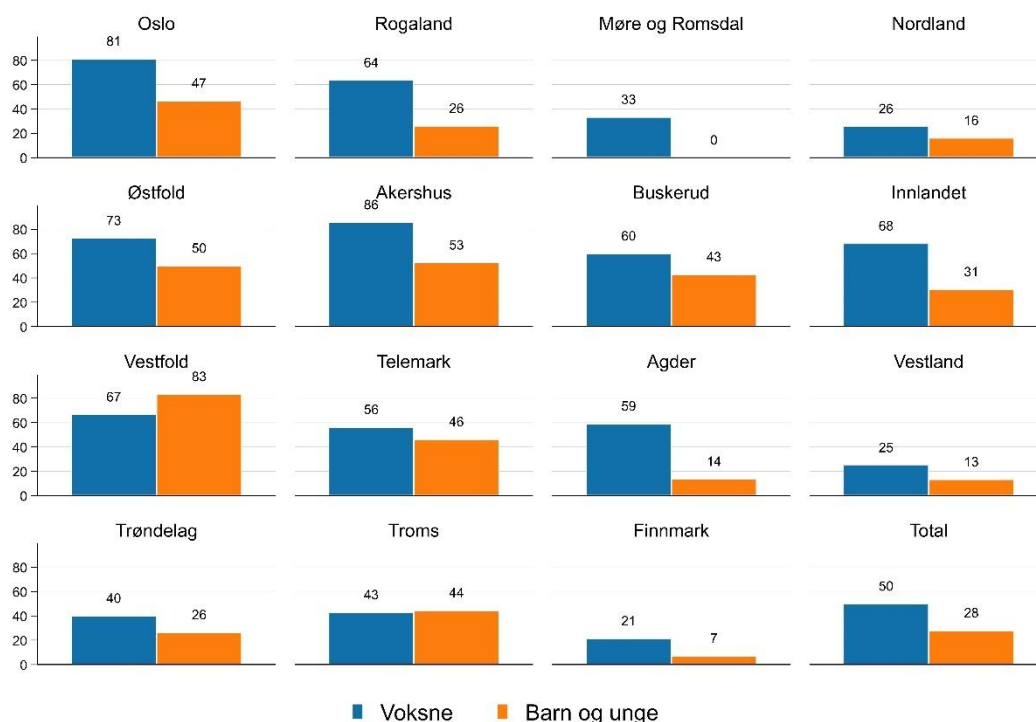
Andelen som svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer, øker tydelig med kommunestørrelsen, se figur 9.7.



Figur 9.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Kommunestørrelse, 2025.

Det er særlig mange som har innhentet brukererfaringer på en systematisk måte i tjenester til voksne i Akershus og i bydelene i Oslo (figur 9.8). I tjenester til barn og unge er det størst andel av kommunene i Vestfold som har innhentet brukererfaringer på en systematisk måte.

Kommunene i Møre og Romsdal ligger lavt, der hver tredje kommune oppgir at de har innhentet brukererfaringer på en systematisk måte i tjenester til voksne, og ingen kommuner oppgir at de har innhentet brukererfaringer på en systematisk måte i tjenester til barn og unge.



Figur 9.8 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene. Fylke, 2025.

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

- kapasitetsproblemer, ikke prioritert (lederbytter, omorganisering og sykefravær)
- planlagt gjennomført i 2025/2026
- ble gjennomført i 2024/2025
- har ikke verktøy eller systemer for gjennomføring
- har sluttet med FTT
- liten kommune med få brukere, ikke behov
- har forsøkt, men datagrunnlaget ble for dårlig

9.5 Metode for innhenting av brukererfaringer fra barn og unge

De som svarte at de hadde gjennomført systematisk innhenting av brukererfaringer i tjenester til barn og unge, fikk et åpent spørsmål om hva de hadde gjort. Noen svarer at de har gjennomført Ungdata-undersøkelsen på alle ungdomsskoler og videregående skoler, at uteseksjonen har gjennomført en HKH (hurtig kartlegging og handling) om vold blant unge, at de har hatt brukerundersøkelser på helsestasjoner og i barnevernstjenesten, at de har elevråd, at de har ungdomsråd, at de har brukerrepresentant i tjenester til barn og unge, at de har etablert brukerråd for unge, at de bruker Bedrekommune, at de har erfaringskonsulenter, at de har hatt intervjuer i forbindelse med ulike prosjekter, at de har hatt evalueringer i forbindelse med kurs og gruppetilbud, og at de har FIT på individnivå. Andre samler inn data på lavterskeltilbud. En kommune beskriver hva de har gjort, slik:

Det er under planlegging en stor brukarundersøking som skal sendast ut til barn i gruppa 1–10 klasse. Elevråd har vore med og planlagt kva dei skal spørjast om og utarbeiding av spørjeundersøkinga. Den vil bli gjennomført i løpet av hausten 2025.

Noen kommuner har også gjennomført en workshop med unge for å se på mulige nyetableringer av universelle tilbud. ROM Ung nevenes av noen. ROM (respekt, omsorg og medvirkning) er en modell for medvirkning på tjeneste- og systemnivå, hvor fagpersoner, brukere og pårørende møtes til likeverdig dialog. Modellen er universell og finnes per i dag innenfor områdene psykisk helse og rus, tilrettelagte tjenester, barnevernstjenesten og tjenester rettet mot barn og unge. Modellen er utviklet av Voksne for Barn, og kommuner må inngå en avtale med Voksne for Barn. ROM er gratis for kommuner og deltakere og er finansiert av Helsedirektoratet og Bufdir. De beskriver tilbudet på nettsiden.^t

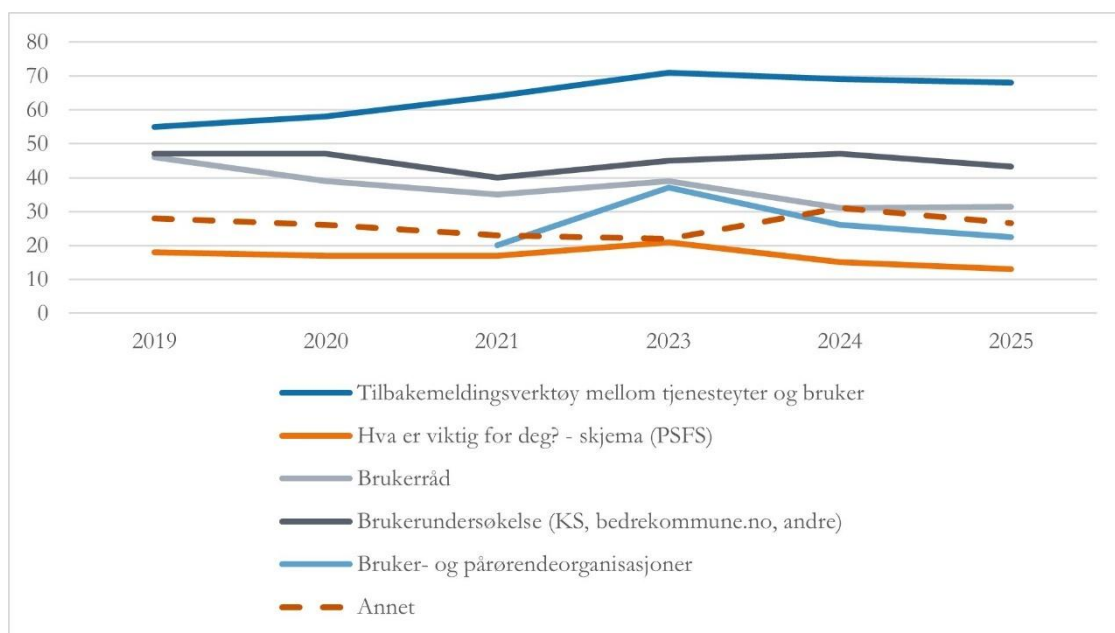
9.6 Metode for innhenting av brukererfaringer fra voksne

De som svarte at de på en systematisk måte hadde innhentet brukererfaringer fra voksne ble bedt om å krysse av for hvilken metode de benyttet. Som vist i tabell 9.4 det var i 2025 totalt 68 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyterne og brukerne. Svarfordelingen er omtrent som i 2024, men det er en liten nedgang i andelen som har benyttet en brukerundersøkelse (fra 47 til 43 prosent), mens 31 prosent har brukt brukerråd både i 2024 og i 2025. Det er også nedgang i andelen som svarer at de har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørende-organisasjoner, og nedgangen er betydelig fra 2023 til 2025 (fra 37 prosent til 22 prosent).

^t<https://vfb.no/hva-vi-gjor/rom/>

Tabell 9.4 Metode for innhenting av brukererfaringer blant voksne, antall og andel, 2019–2025.

	2019		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyter og bruker	95	55	110	71	117	69	115	68
«Hva er viktig for deg?»-skjema (PSFS)	31	18	33	21	26	15	22	13
Brukerråd	80	46	61	39	52	31	53	31
Brukerundersøkelse (KS, Bedrekommune, andre)	82	47	70	45	79	47	73	43
Bruker- og pårørendeorganisasjoner			57	37	44	26	38	22
Annet	48	28	35	22	52	31	45	27
Totalt	174	100	156	100	169	100	169	100



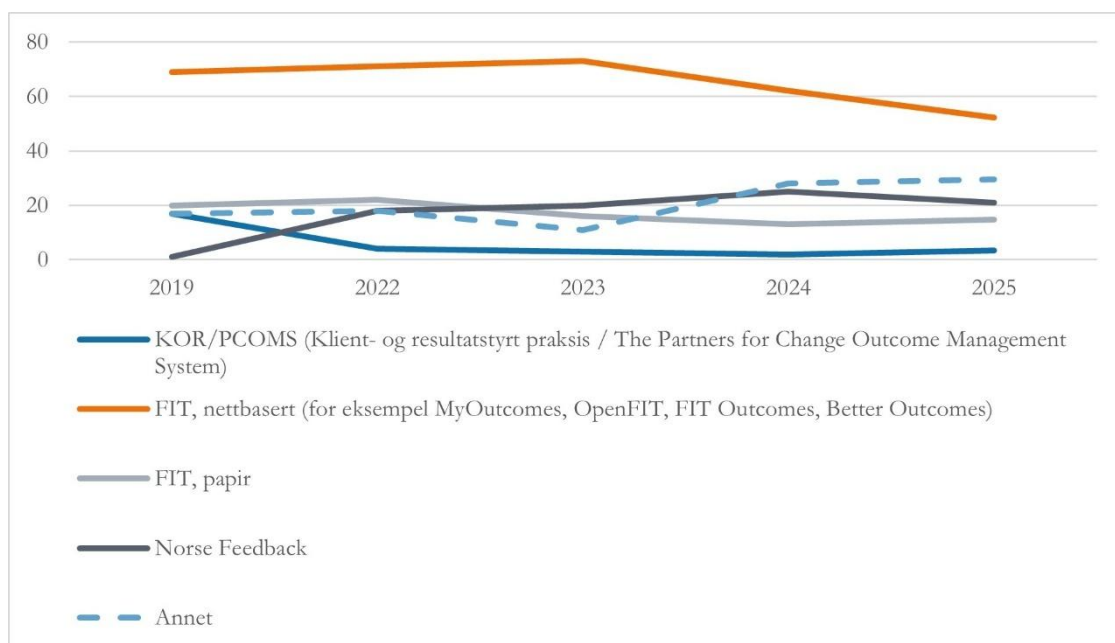
Figur 9.9 Prosent som har brukt ulike metoder for innhenting av brukererfaringer i tjenester til voksne, 2019–2025.

De 115 kommunene/bydelene som svarte at de hadde benyttet tilbakemeldingsverktøy, fikk spørsmål om å oppgi hvilke verktøy som hadde blitt benyttet. Alle har svart på dette.

Svarfordelingen er gitt i tabell 9.5 og viser at nettbasert FIT fortsatt er det mest populære verktøyet (52 prosent). FIT i papirutgave er også krysset av hos 15 prosent av de 115 kommunene, mens KOR/PCOMS er benyttet av 3 prosent. Det er 21 prosent som benytter Norse Feedback.

Tabell 9.5 Hvilket tilbakemeldingsverktøy er benyttet? 2019–2025.

	2019		2022		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KOR/PCOMS (Klient- og resultatstyrt praksis / The Partners for Change Outcome Management System)	16	17	5	4	3	3	2	2	4	3
FIT, nettbasert (for eksempel MyOutcomes, OpenFIT, FIT-Outcomes, Better Outcomes)	66	69	84	71	80	73	73	62	60	52
FIT, papir	19	20	26	22	18	16	15	13	17	15
Norse Feedback	1	1	22	18	22	20	29	25	24	21
Annet	16	17	22	18	12	11	33	28	34	30
Totalt	95	100	119	100	110	100	117	100	115	100

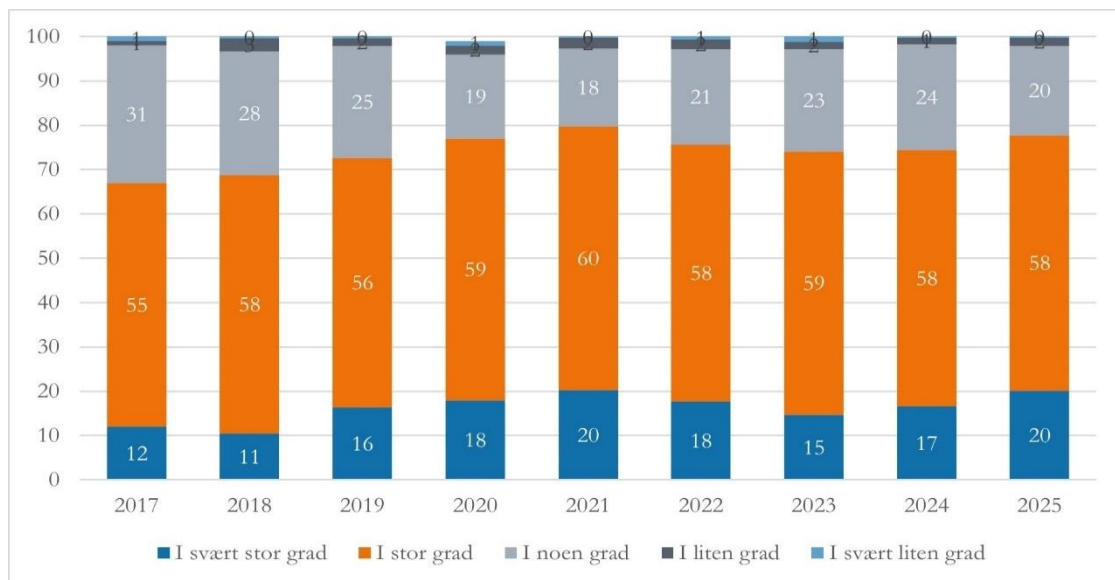


Figur 9.10 Prosent som benytter de ulike tilbakemeldingsverktøyene mellom tjenesteyterne og brukerne, 2019-2025.

Vi har også spurt om kommunene har konkrete eksempler på endringer de har gjort i tjenestene som følge av systematisk innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Det er 85 kommuner/bydeler som har svart, og de beskriver blant annet at de har gjort om språket i vedtakene for å gjøre vedtak lettere å forstå, at de har styrket samarbeidet mellom ulike tjenester, at de har blitt mer bevisste på hvordan de møter nye brukere, at de har justert innhold i kurs etter tilbakemeldinger, at de legger mer vekt på aktivitet, at de har opprettet kveldstilbud, og at de har endret tilbud på individnivå etter ønske fra den enkelte brukeren.

9.7 I hvilken grad er tjenestetilbudet recovery-orientert

I 2017 ble kommunene for første gang spurt om i hvilken grad de vil si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, og det samme spørsmålet ble stilt i årene etter. Resultatene er presentert for de ni siste årene i figur 9.11.



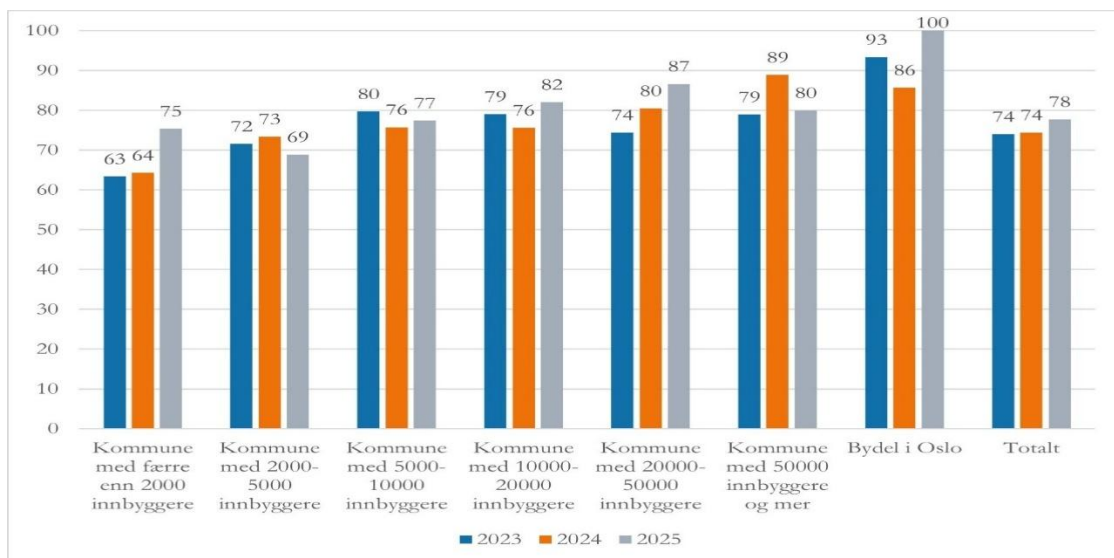
Figur 9.11 I hvilken grad mener kommunene/bydelene at det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, 2017–2025.

Som vist i figur 9.12 er det en gradvis økning i andelen som svarer i stor eller i svært stor grad fram til og med 2021, så er det en liten nedgang og utflating, før det igjen er en økning det siste året.

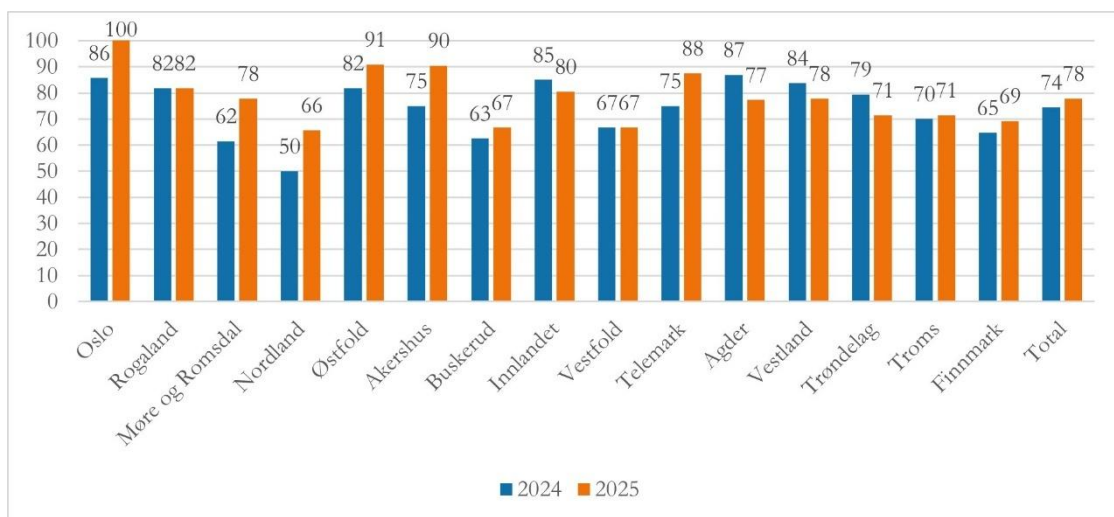
Figur 9.13 viser at det er også mange av de små kommunene som svarer at tilbudet er recovery-orientert, selv om andelen øker med kommunestørrelse.



Figur 9.12 I hvilken grad mener kommunene at det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert, 2017–2025.



Figur 9.13 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune/bydel i stor grad eller i svært stor grad er recovery-orientert. Kommunestørrelse, 2023–2025.



Figur 9.14 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune/bydel i stor grad eller i svært stor grad er recovery-orientert. Fylke, 2024 og 2025.

Det er gitt 233 beskrivelser på hvorfor tilbudet kommunene har, er recovery-orientert. De forklarer at tjenestene tar utgangspunkt i det følgende:

- at tjenestene er fleksible og tilpasset den enkelte brukeren
- at de har stort fokus på bedringsprosesser, selvbestemmelse og selvstyring med brukeren i sentrum
- at de har egne recovery-ombud i tjenestene/avdelingene

- at de legger brukernes egne mål, ressurser og livssituasjon til grunn for tjenestene de tilbyr og at de ser mennesket bak diagnoser
- at alle ansatte har fokus på mestringsperspektiv i møte med brukerne slik at de tar større kontroll på livet sitt på tross av sykdom

En kommune beskriver at de arbeider etter de følgende åtte prinsippene:

- All hjelp skal ta utgangspunkt i brukerens håp, ønsker og drømmer.
- All hjelp skal ta utgangspunkt i brukerens ressurser.
- Vi skal involvere brukerens nettverk og ordinære sosiale fellesskaper der brukeren ønsker det.
- Vi skal møte brukeren med åpenhet, tillit og respekt.
- Vi skal sette inn tiltak så tidlig som mulig.
- Vi skal arbeide koordinert med brukerens totale livssituasjon.
- Vi skal evaluere jevnlig, slik at hjelpen er riktig.
- Vi skal benytte kunnskap og metoder som virker.

De fem kommunene som svarer på hvorfor de i liten grad mener de arbeider recovery-orientert, oppgir følgende årsaker:

- betydelige ledelse- og driftsutfordringer innenfor virksomheten
- mangel på kompetanse og tjenesteutvikling i botilbud
- ikke implementert blant ansatte i tjenesten.
- kapasitetsutfordringer
- liten stillingsressurs til målgruppen

9.8 Oppsummering

På spørsmål om hvor ofte de har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, er det henholdsvis 22 og 24 prosent som har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner én gang i året i tjenester for voksne og barn/unge. Det er få kommuner som har kontakt ti ganger eller mer i tjenester til voksne (6 prosent) og i tjenester til barn og unge (2 prosent).

De mange som har svart «Annet» (31 prosent for voksne og 48 prosent for barn/unge), har oppgitt at de ikke har kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner, typisk fordi de ikke finnes lokalt, eller fordi de ikke har etablert kontakt med slike organisasjoner. Noen svarer at de ikke har hatt kontakt siden pandemien, eller at de har sjeldnere kontakt enn én gang i året. De oppgir at kommunen har brukerråd for eldre og for folk med funksjonsnedsettelse, men ikke for psykisk helse og rus. I tjenester til voksne går andelen som svarer «Annet», tydelig ned med kommunestørrelsen, mens andelen er høy i tjenester rettet mot barn og unge uavhengig av kommunestørrelsen.

Hver tredje kommune oppgir at de har brukerstyrte tilbud, og andelen som har slike tilbud, øker tydelig med kommunestørrelsen. Det er færrest kommuner i Troms og i Finnmark som har brukerstyrte tilbud til voksne i målgruppen, og flest i Akershus og i Buskerud. Dette er typisk brukerstyrte KAD-plasser, BPA og ulike selvhjelpsgrupper drevet av brukere. Noen oppgir også at de har brukerstyrte aktiviteter som kafe, bakegrupper, bordtennis, at de har tilbud knyttet til dagsenter, og at de har tilbud som drives av Mental Helse.

Fra 2025 skilles det mellom voksne og barn og unge i spørsmålet om i hvilken grad kommunene og bydelene sikrer brukervedvirkning på ulike nivåer. For voksne er det tydelig at kommunene først og fremst sikrer brukervedvirkning på individnivå. Dette er det viktigste for kommunene, og slik har det vært i mange år. Når vi har spurt om brukervedvirkning tidligere, har svarene typisk vært at de sikrer brukervedvirkning gjennom å lytte til brukerne, og at de i samarbeid med brukerne finner fram til hvordan de best kan bidra for den enkelte. Det er færre som svarer at de i stor grad sikrer brukervedvirkning på tjenestenivå, i overordnede planer eller gjennom systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Bildet er omtrent det samme for tjenester til barn og unge som for tjenester til voksne, men for tjenester til barn og unge er det enda færre som svarer at de i stor eller svært stor grad samarbeider med lokale eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner.

På spørsmål om kommunen/bydelen på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer innen psykisk helse- og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene som grunnlag for kvalitetsforbedring av tjenestene, svarte 50 prosent (n = 169) at de hadde det i 2025 i tjenester til voksne, og 28 prosent (n = 86) svarte at de hadde det i tjenester til barn og unge. Andelen som svarer at de på en systematisk måte har innhentet brukererfaringer, øker tydelig med kommunestørrelsen.

I tjenester til voksne er det 68 prosent av kommunene/bydelene som har benyttet tilbakemeldingsverktøy mellom tjenesteyterne og brukerne. Det er 43 prosent som har benyttet brukerundersøkelser, mens 31 prosent har brukt brukerråd. 22 prosent oppgir at de har innhentet brukererfaringer gjennom bruker- og pårørendeorganisasjoner.

I tjenester til barn og unge henter kommunene og bydelene inn brukererfaringer gjennom evalueringer av kurs og gruppetilbud, der barn og unge gir tilbakemelding. Noen bruker Ungdata-undersøkelsen, mens andre oppgir at de bruker FIT eller andre tilbakemeldingsverktøy også i tjenester til barn og unge. Andre gjennomfører elevundersøkelser eller innhenter brukererfaringer gjennom brukerpaneler/råd som er etablert med barn og unge.

I 2025 er det 78 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de i stor eller i svært stor grad arbeider recovery-orientert, og dette er en økning fra 67 prosent i 2017.

10 Tjenester og tilbud til barn og unge

I dette kapittelet samler vi temaer som handler om barn og unge, inkludert spørsmålene om nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge.

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge^u er utarbeidet i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet.

Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0 og 25 år med psykiske plager, og familien deres, ved at kommunene

- støtter opp om de arenaene som barn og unge og familien deres er på, slik at de virker helsefremmende og forebyggende
- planlegger og utvikler psykisk helsetilbud
- tilbyr lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging tilpasset behovene
- samarbeider med psykisk helsevern for barn og unge

Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid (kapittel 2) står det:

- Kommunens ledelse skal sørge for at kommunen har oversikt over faktorer som påvirker oppvekstsvilkår og den psykiske helsetilstanden til barn og unge i kommunen.
- Kommunens ledelse skal sørge for at planer inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse.
- Kommunens ledelse skal sørge for systematisk medvirkning fra barn, unge og foreldrene deres ved planlegging og utvikling av helsefremmende tiltak og psykisk helsetilbud til barn og unge i kommunen.

Om tidlig innsats og samarbeid i kommunen (kapittel 3) står det:

- Kommunens ledelse skal sørge for et tverrsektorielt samarbeid på systemnivå som legger til rette for samordnet hjelp til barn og unge som har psykiske plager, som har begynnende rusmiddelproblemer, og/eller som er utsatt for belastende livshendelser.
- Kommunens ledelse bør sørge for en tilgjengelig oversikt over det helhetlige tilbudet til barn og unge og familiene deres og sørge for at befolkningen og tjenestene vet hvor de tar kontakt når det oppstår en bekymring.

^u <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Om helhetlig behandling og oppfølging i kommunen (kapittel 4) står det:

- Kommunen skal sørge for psykisk helsetjeneste til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser.
- Kommunens psykisk helsetjeneste skal kartlegge hjelpebehovet hos barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser.
- Kommunens psykisk helsetjeneste skal tilby behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser.
- Kommunen skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud på individnivå til barn og unge med psykiske plager, rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser og som får oppfølging fra flere tjenester.

Det siste kapittelet i veilederen handler om koordinering mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge (kapittel 5):

- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal samarbeide på systemnivå for å legge til rette for samordnet hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som har behov for sammensatte tjenester.

I tillegg til spørsmål om den nasjonale veilederen inkluderer dette kapittelet i rapporten følgende temaer:

- planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer
- nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus
- samarbeid med barnevernstjenester
- tiltak/tilbud til unge voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer når det gjelder arbeid og utdanning
- tiltak for å forebygge overdoser, rettet mot unge
- om kommunene har SLT-koordinator, hvor den er organisert, og effekten av forebyggingen
- samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

10.1 Om kommunene arbeider i tråd med den nasjonale veilederen

Det er 9 prosent som svarer at de i svært stor grad arbeider i tråd med den nasjonale veilederen, og 49 prosent som svarer at de i stor grad gjør det.

Tabell 10.1 I hvilken grad kommunen/bydelen arbeider i tråd med den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid barn og unge, 2025.

	Antall	Prosent
I svært stor grad	28	9
I stor grad	151	49
I noen grad	110	35
I liten grad	14	5
I svært liten grad	7	2
Totalt	310	100

10.2 Planer med mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet

Dette spørsmålet var også med i 2024, og som vist i tabell 10.2 er det en økning fra 44 prosent til 59 prosent i andelen kommuner som svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer. Det er ytterligere 24 prosent som svarer at de skal gjøre det.

Tabell 10.2 Om kommunen/bydelen har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	150	44	182	59
Nei, men skal gjøre det	101	30	74	24
Nei, og har foreløpig ikke planer om det	52	15	34	11
Vet ikke	37	11	21	7
Totalt	340	100	311	100

10.3 Tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge

Følgende ledetekst og spørsmål ble brukt i kartleggingsskjemaet for dette teamet:

I veilederen «Psykisk helsearbeid barn og unge» presiseres det at kommunen skal sørge for en tilgjengelig og tverrfaglig psykisk helsetjeneste, som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Tjenestetilbudet skal være kommunens psykiske helsetjeneste til barn og unge, og komme i tillegg til andre helse- og omsorgstjenester som helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen.

- Har kommunen/bydelen et lavterskeltilbud innen psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste)?
 - Hvis nei, hva hindrer etablering? (åpent)
 - Hvis ja, hvilken aldersgruppe dekker tilbudet?
 - Hvis ja, er tilbudet organisert som én psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier?
- Hvilken kompetanse har ansatte i det tverrfaglige psykisk helsetilbudet? (åpent)

Helsedirektoratet har i veilederen Psykisk helsearbeid barn og unge beskrevet kjennetegn ved lavterskeltilbud.^v I hvilken grad vil dere si at lavterskeltilbud dere har innen psykisk helse og rus til barn og unge, tilfredsstiller følgende områder?

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller lang saksbehandlingstid
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- Er tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlige og adekvate tiltak
- Kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne
- Dersom dere har kommentarer til spørsmålene om lavterskeltilbud, skriv her: (åpent)

^v<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Det er færre som har svart på spørsmålet i 2025 (83 prosent) enn i 2024 (93 prosent), men i 2025 er det en større andel som oppgir at de har et slikt tilbud til barn og unge (72 prosent), enn i 2024 (55 prosent).

Tabell 10.3 Om kommunen/bydelen har lavterskeltilbud innen psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste), 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	190	55	224	72
Nei, men har planer om det	80	23	42	14
Nei, og har foreløpig ingen planer om det	62	18	32	10
Vet ikke	14	4	12	4
Totalt	346	100	310	100
Ikke oppgitt	27		62	

Av de som har svart at de ikke har en slik tjeneste, er det 61 som har forklart hva som hindrer at de etablerer en slik tjeneste. Ut fra svarene ser vi at det handler om

- at det er mangel på ressurser (økonomi og personell)
- at behovene dekkes av fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjeneste
- at de er en liten kommune med lav kapasitet
- at de er usikre på behov
- at de er i gang med planer og søker finansiering

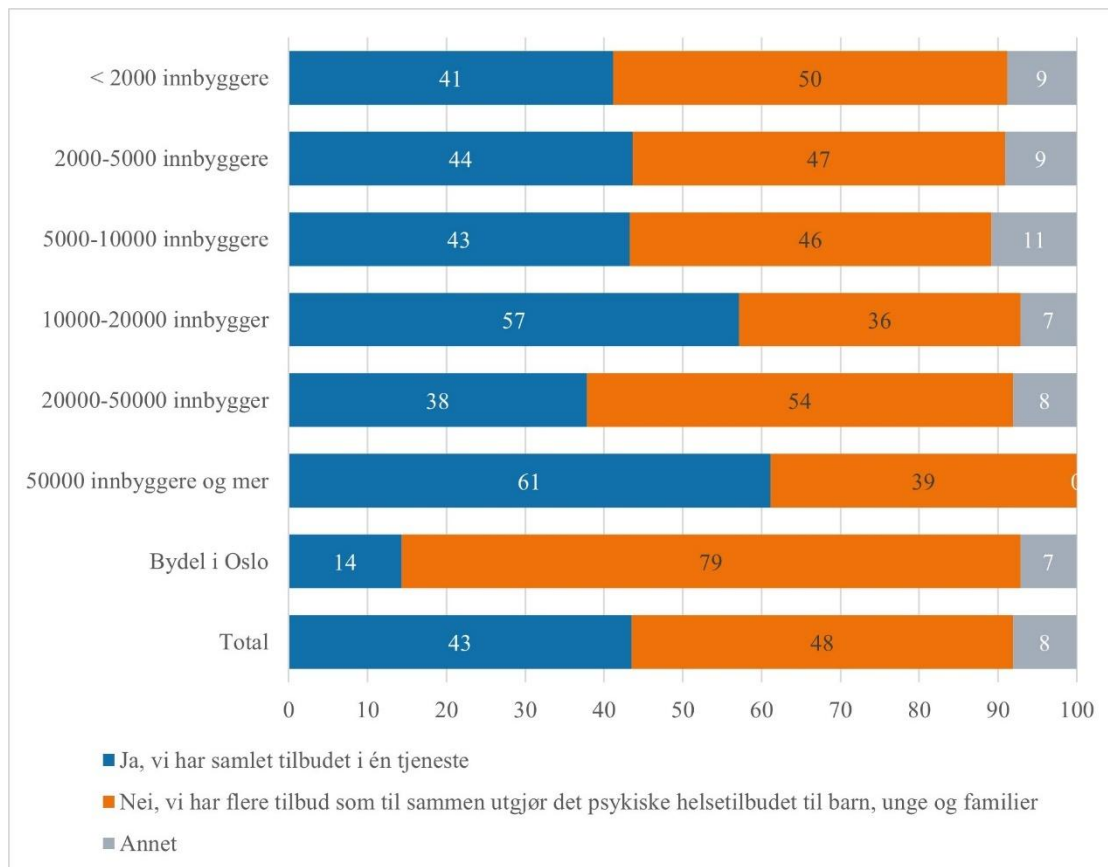
Når vi spør om hvilket tilbud dette er, er det 213 kommuner som gir en beskrivelse av tilbudet. En analyse av svarene viser at det handler om

- familieteam/familiesenter/familiehus/ungdomshus/barne- og familiesenter/team
- psykologtjeneste/kommunepsykolog/RPH
- ulike samtaletilbud, psykisk helsetjeneste
- helsestasjon for ungdom
- ungdomskontakt/team/los
- ulike «hjelpa»-tjenester, Oslohjelpa, Malvikhjelpa, Bamblehjelpa og så videre

Vi har også spurt hvilken aldergruppe tilbudet dekker, og det er 213 kommuner som har svart på dette. Ut fra svarene ser vi at det kan være mange ulike kombinasjoner av yngste og eldste i et intervall. Det er ganske vanlig å ha tjenester for 0–18 år, men det er også variasjoner i øvre alder fra 18–29 år. Noen svarer også at tilbudet gjelder alle innbyggere, eller fra 0–100 år. Noen har 5–25 år, 6–19 år, 12–25 år, 6–24 år, 10–18 år eller for eksempel «opp til 23 år». Dette ser ikke ut til å være tilbud som har sterk sammenheng med skoletrinn,

for eksempel barneskolen (6–12 år), ungdomsskolen (12–16 år) og videregående (15–18 år), men flere oppgir at de vil styrke koblingen mellom helsesektoren og utdanningssektoren for barn og unge, så tjenestene vil kanskje etter hvert få en aldersinndeling som er mer i tråd med inndeling i skoletrinn.

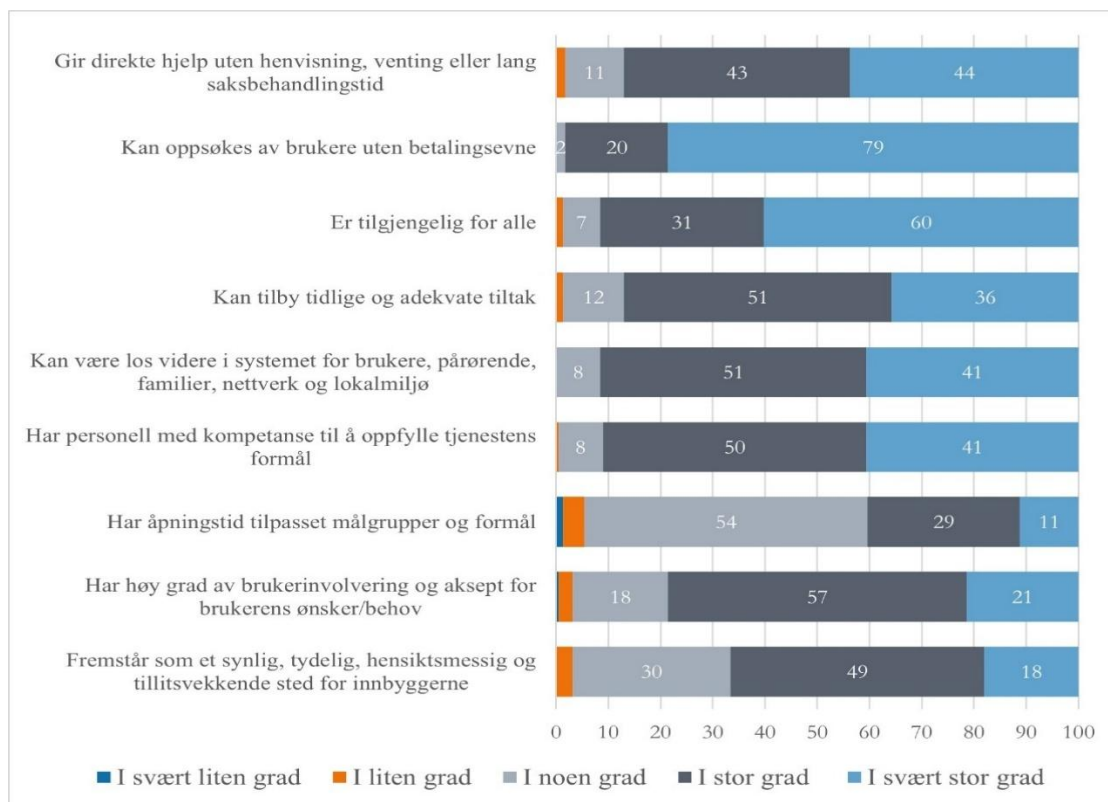
Vi har videre spurt om tilbudet er organisert som én psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier, og det er totalt 43 prosent som svarer at de har samlet tilbudet i en slik tjeneste, men det er ikke en tydelig sammenheng med kommunestørrelsen, se figur 10.1.



Figur 10.1 Om tilbudet er organisert som én psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier, kommunestørrelse.

De som svarer «annet», oppgir blant annet at tilbudet er under helsestasjon, eller at psykisk helsetjenesten dekker både voksne og barn/unge. Noen oppgir også at de planlegger å samorganisere tjenestene til barn, unge og familier.

Som vist i figur 10.2 ser tilbudet ut til å tilfredsstille ulike områder for lavterskeltilbud i stor eller i svært stor grad, men det er en del som svarer at de i noen grad har åpningstid tilpasset målgrupper og formål (54 prosent), og at tilbudet fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne (30 prosent).



Figur 10.2 I hvilken grad lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus til barn og unge tilfredsstiller ulike områder, 2025.

På spørsmålet om hvilken kompetanse ansatte har, oppgis ulike kombinasjoner av ulike profesjoner som arbeider med barn og unge. Psykologer, barne- og ungdomsarbeidere, barnevernspedagoger, vernepleiere, sykepleiere, familieterapeuter, helsesykepleier, leger, klinisk sosionomer, kliniske pedagoger, jordmor mv.

10.4 Nasjonalt forløp for barnevern

Det er en økning på 6 prosentpoeng i andelen kommuner/bydeler som oppgir at de har implementert forløpet, og i 2025 er det halvparten av kommunene som har implementert forløpet. Men det er mange som ikke har svart på dette spørsmålet, så tallene er litt usikre.

Tabell 10.4 Antall og prosent som svarer på om de har implementert «Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus», 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	142	44	145	50
Nei	184	56	146	50
Totalt	326	100	291	100
Ikke oppgitt	47		81	

Av de 146 som svarer at de ikke har implementert det nasjonale forløpet, er det 75 prosent som svarer på hvilke utfordringer de har hatt med å implementere dette nasjonale forløpet.

Som i 2024 viser svarene fra 2025 at utfordringene med å implementere det nasjonale forløpet for barnevern handler om det følgende:

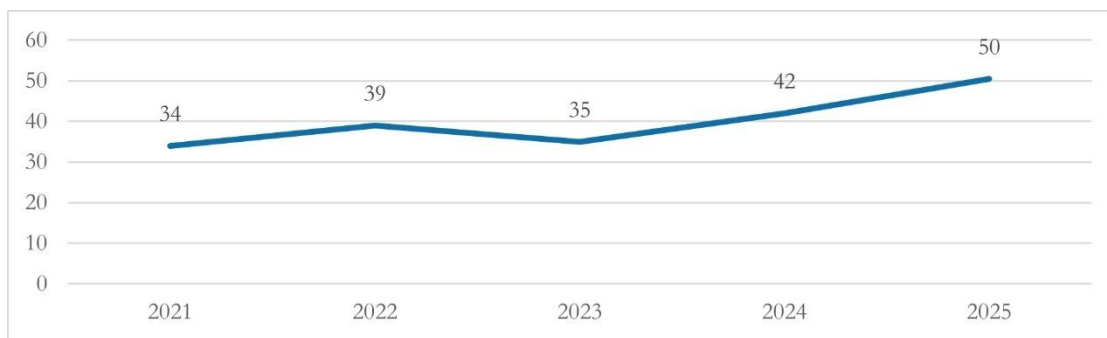
- at kommunene ikke kjenner dette forløpet fordi det ligger i barnevernet
- at det er personellmangel, utskifting av ledelse og for lite tilgjengelig tid og ressurser
- at det er interkommunale samarbeidsutfordringer på barnevernsfeltet
- at implementeringen er i gang / under planlegging / i en oppstartsfase
- at det er vanskelig å vite hvem som skal ha ansvar for hva
- at det er mangelfullt samarbeid og forankring i ledelsen

10.5 Samarbeid med barnevernstjenesten

Fra 2021 har vi tatt med et spørsmål om samarbeid med barnevernstjenesten. Tabell 10.5 viser at de fleste kommunene i 2025 svarer at de i noen grad samarbeider med barnevernstjenesten (40 prosent), eller at de i stor grad samarbeider (også 40 prosent). Det er 7 prosent som svarer at de i liten eller i svært liten grad samarbeider med barnevernstjenesten i 2025. Og 2 prosent oppgir at de ikke samarbeider med barnevernstjenesten. Som vist i figur 10.3 er det en positiv trend fra 2021 til 2025.

Tabell 10.5 Antall og andel kommuner/bydeler etter grad av samarbeid med barnevernstjenesten, 2021–2025.

	2021		2022		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I svært stor grad	18	6	17	5	19	6	28	8	32	10
I stor grad	91	28	108	34	98	29	114	34	124	40
I noen grad	172	53	148	47	180	53	149	44	124	40
I liten grad	26	8	37	12	35	10	23	7	9	3
I svært liten grad	15	5	8	3	5	1	16	5	13	4
Vi har ikke samarbeid med barnevernstjenesten							8	2	7	2
Totalt	322	100	318	100	337	100	338	100	309	100



Figur 10.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller i svært stor grad samarbeider med barnevernstjenester, 2021–2025.

Det er 63 prosent som oppgir at samarbeidet med barnevernstjenesten er svært godt eller godt, se tabell 10.6, og dette er en liten økning fra 2024, da det var 59 prosent. Men det er 69 kommuner som ikke har svart på dette i 2025, og det er en økning fra 43 kommuner i 2024.

Tabell 10.6 Antall og andel som beskriver samarbeidet som kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har med barnevernstjenesten, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	30	9	42	14
Godt	166	50	148	49
Middels	115	35	92	30
Dårlig	17	5	20	7
Svært dårlig	2	1	1	0
Totalt	330	100	303	100
Ikke oppgitt	43		69	

10.6 Tiltak/tilbud til unge voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer når det gjelder arbeid og utdanning

Denne delen av spørreskjemaet er formulert som et åpent spørsmål i 2025, og det er 266 kommuner/bydeler som har svart. Det er 41 av disse som svarer at de ikke har tiltak, og resten beskriver kort tilbudet de har. Svarene tyder på at dette enten er tiltak i regi av Nav (for eksempel ungdomsgarantien, ungdomsteam eller kurs), IPS, samarbeid de har med skoler og egen skolelos, eget ungdomsteam, tilbud de har om sommerjobb til ungdom i kommunen, ambulant ungdomsteam eller ulike aktivitetstiltak for unge der de for eksempel kan få hjelp til å skrive CV. Noen har også egne prosjekter for unge for å hjelpe dem ut i jobb, for eksempel ved SLT.

Det er også noen som har lagt inn kommentar om at tilbudet er mangelfullt, at det ikke blir lagt vekt på denne gruppen i politikken, etter at det er behov for flere IPS-tiltak.

10.7 Tiltak rettet mot unge for å forebygge overdoser

Det er 26 prosent av kommunene som har svart, som oppgir at de har iverksatt tiltak for å forebygge overdoser blant unge. Det er ytterligere 18 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre det.

Tabell 10.7 Antall og andel som har iverksatt tiltak rettet mot unge for å forebygge overdoser, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	79	26
Nei, men planlegger å gjøre det	55	18
Nei, og ikke planer om å gjøre det	169	56
Totalt	303	100
Ikke oppgitt	69	

Det er 130 kommuner/bydeler som har svart på hvilke tiltak de har iverksatt eller har planer om å iverksette. Svarene handler om det følgende:

- De har egen ruskonsulent eller SLT-koordinator.
- De har undervisning på skoler om rusbruk.
- Alle tjenester legger vekt på forebygging.
- Alle innbyggere kan få gratis Naloxon fra kommunen.
- De har ikke noen unge innbyggere som står i risiko for å ta overdose.
- De deler ut rent brukerutstyr.
- De er med i overdosenettverk i regi av KORUS.
- De samarbeider med RVTS.
- Den forebyggende planen / oppvekstplanen har med risikofaktorer for rus som tema.

10.8 SLT-koordinator/SLT-modellen

Som vist i tabell 10.8 er det 58 prosent av kommunene som har svart, som oppgir at de har SLT-koordinator, og ytterligere 5 prosent som har planer om å ansette en SLT-koordinator.

Tabell 10.8 Antall og andel som har SLT-koordinator, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	179	58
Nei, men planlegger å ansette SLT-koordinator	16	5
Nei, og vi har ikke planer om å ansette SLT-koordinator	114	37
Totalt	309	100
Ikke oppgitt	63	

Vi har også spurt hvor SLT-koordinatoren er ansatt, og 178 av de 179 kommunene som har SLT-koordinator, har svart på dette. Vi ser fra svarene at de typisk er

- ansatt i sektor oppvekst
- ansatt i sektor kultur og fritid / oppvekst / velferd
- ansatt i familietjenester
- ansatt i folkehelse/beredskapstjenester
- ansatt sentralt i administrasjonen
- ansatt i enhet for psykisk helse og rus
- ansatt interkommunalt

Det er 164 kommuner som har beskrevet på hvilken måte SLT-modellen har bidratt til å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet. Der skriver de at dette skjer på de følgende måtene:

- SLT-koordinatoren/-modellen bidrar til kunnskap om ungdomsmiljø som gjør at kommunene kan sette inn konkrete tiltak.
- SLT-koordinatorens oppgave er å skape samarbeid og sammenheng mellom tjenester på kryss og tvers og sørge for koordinering, samordning og mindre arbeid i siloer. Sannsynligvis har det en positiv effekt på samarbeidet.
- SLT-modellen setter forebygging på dagsordenen og bidrar til systematisk rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid.
- Opprettingen av SLT-koordinator og SLT-team har ført til at informasjonsflyten mellom administrativ og politisk ledelse, politi og operativt nivå er langt bedre.
- SLT-modellen øker samarbeid på tvers og setter temaet på agendaen.
- SLT-koordinatoren er involvert i strategisk arbeid med prioritering av tiltak for barn og unge.
- Modellen har ført til at bydelen har flere samlinger og infomøter om problematikken.
- SLT-modellen gir struktur for samarbeid mellom bydel, skole og politi.
- Modellen gir kommunene mulighet til å sette ulike instanser i kontakt med hverandre og sette inn et samordnet tiltak.

Det er også noen som svarer at de ikke ser noen tydelig effekt av SLT-satsingen.

Det er 234 som har svart på om de har andre tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet blant barn og unge. Det følgende er eksempler på hva de oppgir her:

- oppsøkende ungdomsteam
- forebyggende ungdomsteam
- fritidsfond til å dekke medlemsavgifter ved leirskoler
- sommerjobb for en utvalgt målgruppe blant ungdom

- glidelåsen (å sikre gode overganger mellom ungdomsskole og videregående skole)
- nærmiljøkontakter
- tiltak om jobbtilbud til unge med rusmiddelproblematikk
- foreldremøter med rus og kriminalitet som tema
- kurs, kompetanseheving og veiledning av ansatte i skolen
- MOT, fritidsklubb og fritidsordning for ungdomsskoleelever
- fritidsaktiviteter
- psykisk helsetilbud i skolene
- helsestasjon for ungdom
- BTI-kommune
- handlingsplan for forebygging av vold og omsorgssvikt
- samarbeid med frivillige

10.9 Samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner

Det er 45 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, mens 9 prosent oppgir at de ikke vet om de har et slikt samarbeid på området.

Tabell 10.9 Antall og andel som har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	139	45
Nei	140	46
Vet ikke	27	9
Totalt	306	100
Ikke oppgitt	66	

De som har svart at de har et slikt samarbeid, har beskrevet hvilket tilbud dette er. Det er 135 av de 139 som har beskrevet tilbudet de har. De nevner blant annet samarbeid med

- Røde Kors, Blå Kors, Kirkens Bymisjon og ulike stiftelser
- Mental Helse
- frivilligsentraler
- idrettslag
- barnas stasjon
- MOT
- fritidsklubber
- natteravner

10.10 Oppsummering

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge

Det er 58 prosent av kommune som svarer at de i svært stor eller i stor grad arbeider i tråd med den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid barn og unge som er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet. 7 prosent svarer at de i liten eller i svært liten grad arbeider i tråd med veilederen.

Planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer

Det er 59 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer, og dette er en økning fra 44 prosent i 2024.

Tverrfaglig psykisk helsetjenesten for barn og unge

En betydelig utvikling er at en større andel av kommunene og bydelene oppgir å ha en egen tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge i 2025, med 72 prosent som svarer bekreftende, opp fra 55 prosent i 2024. Selv om litt færre kommuner svarte på dette spørsmålet i 2025, indikerer den økte andelen en klar tendens mot mer etablerte lavterskeltilbud for barn og unge.

For de kommunene som ennå ikke har etablert en slik tjeneste, pekes det på flere hindringer. De vanligste årsakene er mangel på ressurser, både økonomi og personell. Andre kommuner oppgir at behovene dekkes av eksisterende tjenester som fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, eller at de er små kommuner med lav kapasitet. Noen er usikre på behovet for en slik tjeneste, mens andre er i planleggingsfasen og søker finansiering.

De lavterskeltilbudene som er etablert, beskrives typisk som familieteam, familiesenter, familiehus, ungdomshus, barne- og familiesenter eller team. Psykologtjenester, kommune-psykologer og Rask psykisk helsehjelp (RPH) er også en del av bildet, i tillegg til ulike samtaletilbud og generelle tjenester innen psykisk helse. Helsestasjon for ungdom, ungdoms-kontakter, og «loser» blir også nevnt. Videre er det etablert ulike «hjelpa»-tjenester, inspirert av Stangehjelpa, Oslohjelpa, Malvikhjelpa og Bamblehjelpa, som representerer en spesifikk tilnærming.

Det er ganske vanlig å tilby tjenester til aldersgruppen 0–18 år, men det finnes mange variasjoner i den øvre aldersgrensen, som kan strekke seg opp til 29 år. Noen tilbud er rettet mot alle innbyggere, mens andre har mer spesifikke aldersintervaller som 5–25 år, 6–19 år, 12–25 år, 6–24 år, 10–18 år eller opp til 23 år. Det ser ikke ut å være noen direkte kobling mellom aldersinndelingen for tjenestene og skoletrinnene (barneskole, ungdomsskole, videregående skole), men det er et uttalt ønske om å styrke koblingen mellom helsesektoren og utdanningssektoren for barn og unge i fremtiden.

Når det gjelder organisering, har 43 prosent av kommunene og bydelene samlet tilbudet i én psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier. Denne organiseringsformen viser ingen tydelig sammenheng med kommunestørrelse. Andre vanlige organiseringsmodeller inkluderer at tilbudet består av flere separate tjenester som til sammen utgjør psykisk helse-tilbudet for barn, unge og familier, eller at tilbudet er under helsestasjon, eller at psykisk helsetjenesten dekker både voksne og barn/unge. Noen kommuner er også i gang med å planlegge en slik samorganisering. Som for lavterskeltjenester til voksne ser det ut til å være litt å gå på når det gjelder å tilpasse åpningstidene til målgruppen, samt det å være synlig for befolkningen.

Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus

Det er halvparten av kommunene som oppgir at de har implementert dette forløpet, og dette er en økning fra 44 prosent i 2024. Men det er 81 kommuner som ikke har svart på dette spørsmålet, så tallene er litt usikre. Når vi spør om årsaken til at det ikke er implementert, er svaret at de ikke helt vet om det er implementert, fordi dette ligger i barnevernstjenestene og ikke i psykisk helse- og rus tjenester. Andre oppgir at personellmangel, utskifting av ledelse, for lite tilgjengelig tid og for få tilgjengelige ressurser er grunnen til at dette ikke er gjort, eller at det er interkommunale samarbeidsutfordringer på barnevernsfeltet. Noen er i gang, men oppgir at det er vanskelig å vite hvem som skal ha ansvar for hva.

Samarbeid med barnevernstjenester

Det er halvparten av kommunene som oppgir at de i stor eller i svært stor grad samarbeider med barnevernstjenester. Fra 2021 har denne andelen økt fra 34 prosent til 50 prosent.

Det er 63 prosent som oppgir at samarbeidet med barnevernstjenesten er svært godt eller godt, og dette er en liten økning fra 59 prosent i 2024.

Tiltak/tilbud til unge voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer når det gjelder arbeid og utdanning

Denne delen av spørreskjemaet var formulert som et åpent spørsmål i 2025, og det er 266 kommuner/bydeler som har svart. Det er 41 av disse som svarer at de ikke har tiltak, og resten beskriver kort tilbudet de har. Svarene tyder på at dette enten er tiltak i regi av Nav (for eksempel ungdomsgarantien, ungdomsteam, eller kurs), IPS, samarbeid de har med skoler og egen skolelos, eget ungdomsteam, tilbud de har om sommerjobb til ungdom i kommunen, ambulant ungdomsteam eller ulike aktivitetstiltak for unge der de for eksempel kan få hjelp til å skrive CV. Noen har egne prosjekter for unge for å hjelpe dem ut i jobb, for eksempel ved SLT. Det er også noen som har lagt inn kommentar om at tilbudet er mangelfullt, at det ikke blir lagt vekt på denne gruppen i lokalpolitikken, og at det er behov for flere IPS-tiltak.

Tiltak rettet mot unge for å forebygge overdoser

Det er 26 prosent av kommunene som har svart, som oppgir at de har iverksatt tiltak for å forebygge overdoser blant unge. Det er ytterligere 18 prosent som oppgir at de har planer om å gjøre det. Tiltakene er typisk at de har ansatt en egen ruskonsulent eller SLT-koordinator, at det gis undervisning på skoler om rusbruk, at alle tjenestene legger vekt på forebygging, at alle kan få gratis Naloxon fra kommunen, at de deler ut rent brukerutstyr eller er med i et overdosenettverk i regi av KORUS, at de samarbeider med RVTS eller at de har utarbeidet en forebyggende plan eller en oppvekstplan som har med risikofaktorer for rus som tema. Noen oppgir også at de ikke har noen innbyggere i denne risikogruppen.

SLT-koordinator

Det er 58 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har en SLT-koordinator, og det er ytterligere 5 prosent som har planer om å ansette en SLT-koordinator.

Vi har også spurt hvor SLT-koordinatoren er ansatt, og svarene er at de enten er ansatt i oppvekstsektoren, er ansatt i familietjenester, er ansatt i kultur og fritidssektoren, er ansatt i folkehelsestjenester, er ansatt sentralt i administrasjonen, er ansatt i enhet for psykisk helse og rus eller er ansatt i et interkommunalt samarbeid.

Det er 164 kommuner som har beskrevet på hvilken måte SLT-modellen har bidratt til å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet. Der skriver de at dette skjer ved at samarbeidet blir bedre, at de får mer kunnskap om ungdomsmiljø, og at SLT-modellen bidrar til en tydeligere retning og bedre struktur på arbeidet. Det er også noen som svarer at de ikke ser noen tydelig effekt av SLT-satsingen.

Kommunene har også mange andre tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer og kriminalitet blant barn og unge. Blant annet har de oppgitt at de har oppsøkende ungdomsteam som arbeider forebyggende, at de tilbyr sommerjobber til utsatt ungdom, at de har utviklet egne handlingsplaner for å forebygge vold og omsorgssvikt, at de gjennomfører foreldremøter med rus og kriminalitet som tema, eller at de har kurs, kompetanseheving og veiledning av ansatte i skolen.

Samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid

Det er 45 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til barn og unge i målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, mens 9 prosent oppgir at de ikke vet om de har et slikt samarbeid på området.

De som har svart at de har et slikt samarbeid, har beskrevet hvilket tilbud dette er. De nevner blant annet samarbeid med Røde Kors, Blå Kors, Kirkens Bymisjon og ulike stiftelser. Andre oppgir at de samarbeider med Mental Helse, frivilligsentraler, idrettslag, barnas stasjon, MOT, ulike fritidsklubber og natteravner.

11 Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

11.1 Om planen

Følgende innledningstekst ble tatt med i kartleggingsskjemaet:

Det overordnede målet med opptrappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. I denne planen peker regjeringen ut en retning for utviklingen av politikken innen psykisk helsefeltet. Det trengs en sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser. Terskelen for å få hjelp må bli lavere. Samtidig må de med alvorlige psykiske lidelser få mer helhetlig behandling og oppfølging. Vi må ta større hensyn til personellressursene fremover. Hvordan oppgaver fordeles og tjenestene organiseres, påvirker bruken av personell. Tjenestene til personer med psykiske helseproblemer skal være gode arbeidsplasser med mulighet for faglig utvikling. Pasient- og brukervedvirkning i tjenestene må også styrkes.

Følgende spørsmål ble tatt med om voksne:

- Har dere planer om å iverksette nye tiltak rettet mot voksne i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025? (ja/nei)
- Hvis ja, hvilke tiltak er dette? (åpent)
- Hva mener dere er det aller viktigste å oppnå for voksne i målgruppen gjennom opptrappingsplanen? (åpent)

Tilsvarende spørsmål ble tatt med om barn og unge:

- Har dere planer om å iverksette nye tiltak rettet mot barn og unge i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025?
- Hvis ja, hvilke tiltak er dette? (åpent)
- Hva mener dere er det aller viktigste å oppnå for barn og unge i målgruppen gjennom opptrappingsplanen? (åpent)

Resultatene for tjenester til voksne er vist i kapittel 11.2, og resultatene for tjenester til barn og unge er vist i kapittel 11.3. I tillegg har vi i dette kapittelet tatt med spørsmål om hvilke rammer de har for å drive fag- og tjenesteutvikling (kapittel 11.5), om de har tilrettelagt informasjon til pårørende med innvandrers-/flyktningbakgrunn (kapittel 11.6) og om kommune har vært involvert i vurderingssamtaler med psykisk helsevern for barn og unge

(kapittel 11.7). Først oppsummerer vi hvilke forventninger kommune oppgav at de hadde til opptrappingsplanen i 2024.

11.2 Kommunenes forventning til opptrappingsplanen i 2024

I 2024 hadde vi med et åpent spørsmål om hvilke forventninger kommunalt psykisk helse- og rusarbeid hadde til opptrappingsplanen. Det var 272 kommuner/bydeler som gav et svar. Noen tilbakemeldinger handlet om generelle forventninger til økte midler til kompetanseheving og bedre samarbeid og koordinering med spesialisthelsetjenestene om personer med alvorlige psykiske lidelser. Rundt hver femte tilbakemelding handlet om at de forventet øremerkede midler for å sikre at midlene går til målgruppen.

Mindre kommuner forklarte at de slet med å opprette lavterskeltjenester fordi de må prioritere pasienter med vedtak. Noen av kommunene forventet at de fremover skal prioritere forebygging, og at spesialisthelsetjenesten skal ta ansvar for alvorlig syke pasienter som har mulighet for langvarig opphold på sykehus/institusjon. De presiserte at dersom alvorlig syke pasienter skal bo i kommunen, trenger de mer oppsøkende behandling fra spesialisthelsetjenestene.

Større kommuner ønsket blant annet flere ressurser til helsestasjon og skolehelsetjeneste og økte midler til kompetanseheving, men de ønsket også tydeligere retningslinjer for oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

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

Svarene fra kommunene viste at de har behov for flere ressurser for å kunne styrke innsatsen. Mange ville ha flere årsverk, men mange oppgav at de også vil øke kompetansen blant nåværende ansatte. De forventet at de skulle fortsette og forsterke innsatsen på forebygging og tidlig innsats, utvikling og styrking av lavterskeltilbud og bedre samarbeid både med spesialisthelsetjenesten, mellom kommuner og intern i kommunene.

11.3 Planer om tiltak i tjenester rettet mot voksne

Det er 339 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet om hvorvidt de har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot voksne i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025. Dette utgjør 91 prosent av alle kommunene/bydelene.

Som vist i tabell 11.1 er det 57 prosent som oppgir at de vil iverksette nye tiltak i løpet av 2025, mens 34 prosent svarer nei. Det er også 9 prosent som svarer at de ikke vet om kommunen/bydelen vil iverksette nye tiltak.

Tabell 11.1 Om de har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot voksne i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025.

	Antall	Prosent
Ja	194	57
Nei	114	34
Vet ikke	31	9
Totalt	339	100

Når vi spør om hvilke tiltak dette er, er det 201 kommuner/bydeler som har svart. Systematisering og tematisk koding av svarene viser følgende temaer:

Rask psykisk helsehjelp (RPH) og andre lavterskeltilbud (n = 60): 21 nevner RPH. 34 nevner ikke RPH, men skriver om lavterskeltilbud, og fem beskriver etablering av drop-in tjenester. De som skriver om RPH, skal enten starte opp tilbudet, utvide det eksisterende tilbudet eller øke kompetansen i tilbudet. De som beskriver andre lavterskeltilbud uten å nevne RPH, beskriver tilbud som skal være åpne for hele befolkningen, utvidelse av eksisterende tilbud, at lavterskeltilbud for avhengighet og rusmiddelproblemer skal få økt kapasitet, at det skal etableres helt nye tilbud, eller at de skal styrke innsatsen for de som har alvorlige problemer.

Flere gruppetilbud/kurs (n = 39): Kommunene etablerer flere gruppetilbud for å nå flere og tilbyr kurs ut fra behovet blant brukerne, for eksempel søvnkurs. En del nevner KIB og KID, og andre nevner gruppetilbud for ungdom og grupper for livsmestring og egenomsorg. Andre vil ha uteaktivitet i grupper, som turer, fysisk aktivitet og møteplasser for å motvirke ensomhet og for å bidra til mer aktive liv. Noen vil etablere kurs for eldre i målgruppen, og andre vil etablere kurs for pårørende, som samtalegrupper eller selvhjelpsgrupper.

Arbeids- og aktivitetstilbud (n = 39): Noen beskriver at de reorganiserer og samler aktivitetstilbudene for å bedre nå innbyggere i forløp 2 og 3. Andre beskriver at de vil etablere aktivitetsterapi og friluftstilbud eller nytt dagsenter som kan tilpasses flere brukergrupper, at de vil etablere et aktivitets- og værested for mennesker med rusutfordringer, at de vil utvikle nye tilbud i tett samarbeid med brukergruppen, at de vil etablere gruppetilbud for ROP-brukere med mat og aktivitet, at de vil flere frisklivstilbud, at de vil endre boligoppfølgingen så den blir mer aktivitetsbasert, at de vil få IPS/jobbspesialist og andre arbeidstiltak for målgruppen, at de vil etablere et møtested for de som er i aktiv rus, at de vil etablere fysisk aktivitet som en naturlig del av behandlingen/oppfølgingen, at de vil etablere høyintensiv trening som behandling, at de vil etablere en treningsgruppe i samarbeid med fysioterapeut, eller at de vil samarbeide med Nav om arbeidsrettede tiltak.

Oppsøkende virksomhet (FACT-, ROP- og FOT-team, n = 29): De fleste som har skrevet noe som faller under dette temaet, nevner at de vil etablere et FACT-team, styrke det nåværende FACT-teamet eller reetablere et tidligere team, at de har søkt forprosjektmidler for å etablere FACT ung, eller at de vurderer muligheten for å etablere et interkommunalt FACT-team. To kommuner nevner at de vil etablere et fleksibelt oppfølgingsteam (FOT) som permanent tjeneste, og en annen kommune nevner at de vil opprette et eget ambulerende team for voksne med langvarig psykisk helse- og rusproblematikk.

Forbedre boligtilbud (n = 23): Noen vil etablere nye boliger til målgruppen, som bofellesskap for unge voksne, institusjonsplasser for de som har langvarige og alvorlige rusproblemer, ofte i kombinasjon med somatiske og psykiske problemer, omsorgsboliger for personer med ROP-lidelser eller heldøgnsbemannede botiltak og lokale korttidsavdelinger. Andre vil forbedre botilbudene de har, med mer boligsosial oppfølging, andre vil etablere et samlokalisert botilbud med mat og personale til stede deler av døgnet, mens andre igjen vil ha døgndrift i bofellesskap og bedre oppfølging av ROP-pasienter med lav boevne og adferdsutfordringer. Noen vurderer interkommunalt samarbeid med en ansatt sosionom for å få bedre hjelp med økonomiske forhold samt for å følge opp ny boligsosiallov.

Mer og bedre samarbeid (n = 20): 14 kommuner/bydeler beskriver at de vil bedre samarbeidet med andre tjenester, og seks oppgir at de vil samarbeide mer med frivillige organisasjoner. Tjenestene de vil samarbeide mer med, er legetjenesten/fastlegene, barne- og familietjenester, spesialisthelsetjenesten/DPS, Nav, frisklivssentralen, helsestasjoner, kommunalteknikk^w, skole og barnehage. Blant frivillige de vil samarbeide med, nevnes Blå Kors, Kirkens Bymisjon og frivilligsentraler^x.

Mer forebygging (n = 18): Noen kommuner beskriver at de arbeider kontinuerlig med å videreutvikle tilbudet innen psykisk helse og rus, spesielt med en dreining mot forebygging. Andre samarbeider mer med frisklivssentralen og legger vekt på brukernes styrker og evne til egenmestring. Flere nevner at ved å satse på forebygging hos barn og unge kan de redusere antallet voksne med utfordringer i fremtiden. Noen oppgir at de vil søke midler til forebyggende arbeid, flere oppgir at de vil styrke forebyggingsarbeidet rettet mot rus, og noen oppgir at de har et eget rusforebyggende team for barn og unge. Tidlig hjelp og forebygging nevnes av noen, mens aktivitet og forebygging nevnes av andre. Andre har spesifikke prosjekter eller tiltak rettet mot unge voksne.

Assistert selvhjelp (n = 16): Noen oppgir at de har tatt i bruk assistert selvhjelp i tjenestene, mens andre oppgir at de planlegger å gjøre det, eller at de ønsker å bruke det

^wKommunalteknikk er en fellesbetegnelse for ingeniørfaglige oppgaver i kommuner, både innenfor vann, avløp og renovasjon og etter plan- og bygningsloven (<https://no.wikipedia.org/wiki/Kommunalteknikk>).

^xI dag er det 547 frivilligsentraler i drift i Norge, fordelt på 335 kommuner (<https://frivilligsentral.no/>).

mer. Andre nevner digitalisering av tjenestene, for eksempel digitale lavterskeltilbud. Trigga.no nevnes som en ny modul som handler om avhengighet i assistert selvhjelp. Flere oppgir at de har tatt i bruk feedback-informerte tjenester (FIT) slik at brukerne kan påvirke sin egen behandling i større grad, og at terapeuten kan utvikle seg og bli bedre.

Forløp 3 (n = 14): Det kan være vanskelig å vurdere hvilken del av målgruppen de tenker ulike tjenester til, men noen oppgir eksplisitt at det handler om tilbud til mennesker i hovedforløp 3 (se kapittel 7), de som har langvarige og alvorlige psykisk helse- eller rusproblemer eller er ROP-pasienter. Noen har søkt tilskuddsmidler til langvarig tett oppfølging for psykisk helse- og ruspasienter, mens en kommune oppgir at de vil innføre et nytt samtale- og tilbakemeldingsverktøy for pasientene med mest alvorlig funksjonssvikt, DIALOG+^y. Lavterskel rustilbud, feltpleier og erfaringsmedarbeidere nevnes som en styrking av tjenestene.

Pårørende (n = 13): Blant kommunene som nevner pårørende eksplisitt, er det flere som oppgir at de vil satse mer på pårørende, gi pårørende mer støtte, systematisere pårørendesamarbeidet i større grad, etablere selvhjelpsgrupper for pårørende, etablere en stilling som pårørendekontakt eller ta i bruk pårørendeavtaler. Noen vil gjennomføre temakvelder for pårørende til barn, eller de vil styrke foreldreveiledningen. En kommune oppgir at de definerer pårørende bredt, som venner, naboer, slektninger eller kollegaer, slik at de skal kunne nå flere.

Bort fra vedtaksbaserte tjenester (n = 10): En del kommuner beskriver implisitt at de på ulike måter beveger seg bort fra vedtaksbaserte tjenester og over til vedtaksfrie lavterskeltilbud. Men det er også ti kommuner som beskriver eksplisitt at de vil redusere vedtaksbaserte tjenester, jf. helse- og omsorgsloven, slik at henvendelser går direkte til tjenestene heller enn via vedtakskontor eller en koordinerende enhet for å øke tilgjengeligheten. Det virker som kommunene generelt ønsker å forenkle forvaltningen for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Noen tilbyr også en digital bookingløsning, der innbyggere selv kan bestille en avtale. Noen presiserer at de har gått fra tidsbestemte til tidsubestemte vedtak for de som trenger vedtaksbaserte tjenester, fordi det gir større fleksibilitet både for brukerne og de ansatte. Noen avvikler søknader og vedtak på lavterskeltjenester.

Andre tiltak (n < 10): Av andre tiltak nevnes fagutvikling og forsterking av kompetansen i tjenestene gjennom kurs, videreutdanning innen rus- og psykisk helse, at de vil øke kompetansen i klinisk vurdering, eller at de vil styrke kompetansen i hjemmetjenestene.

Andre oppgir at de er i gang med å evaluere dagens tilbud, og at de ønsker å bygge en solid tverrfaglig tjeneste. En kommune beskriver at de trenger noe som dekker «hullet» mellom

^y<https://en.wikipedia.org/wiki/Dialog%2B>

dag- og heldøgntjenester for å redusere behovet for ressurskrevende heldøgnstilbud, og at de planlegger å etablere team som kan ambulere på dag og kveld etter vedtak og behov.

Brukermedvirkning nevnes eksplisitt av noen kommuner, der noen vil opprette et brukerpanel, legge mer til rette for brukermedvirkning, innføre FIT eller arbeide for at beboere i botiltakene skal bli mer selvstendige og dermed mindre avhengige av de ansatte.

Ellers nevner noen kommuner at de skal gjennomføre Brukerplan, eller at de skal styrke arbeidet med koordinerte pasientforløp med fokus på utredning, diagnostisering og behandling. Noen få nevner tilbud til ukrainere, og andre oppgir at de går fra aldersbestemte tilbud for samtaler, råd og veiledning til å dekke hele aldersspennet fra 0 til 100 år.

Hva er viktigst i tjenester til voksne

På spørsmålet «Hva mener dere er det aller viktigste å oppnå for voksne i målgruppen gjennom opptrappingsplanen?» var det 258 kommuner og bydeler som skrev inn en kommentar. De fleste skrev relativt omfattende kommentarer som tok opp mange ulike temaer per kommentar. Vi har gått gjennom alle kommentarer manuelt og kodet disse med en hovedkode og to bikoder, og vi har registrert hva kommentaren eventuelt sa om hovedforløp. Hovedkoden ble typisk satt for det første temaet respondenten har nevnt, under en antakelse om at det som nevnes først, er ansett som «det aller viktigste å oppnå». Bikoder er satt for temaet som kom etterpå.

Det satses på lavterskeltjenester og tidlig innsats

Det var et høyt antall kommentarer som startet med å nevne styrking av lavterskeltjenester som noe av det viktigste å oppnå med opptrappingsplanen (n = 84 som hovedkode, n = 9 som bikode 1, og n = 3 som bikode 2). Totalt var temaet som handlet om å styrke lavterskeltjenester, nevnt hele 96 ganger som hoved- eller bikode, og respondentene var dermed innom temaet i ca. 37 prosent av de totalt 258 kommentarene. Kommunene mener det er behov for å styrke allerede eksisterende tjenester, eller eventuelt etablere nye, lett tilgjengelige tjenester med lav terskel for å kunne ta kontakt. Mange trekker fram at de ønsker å kunne gi hjelp raskt, ideelt sett uten noen form for vedtak eller ventetid, og de argumenterer med at lavterskeltjenester i rett tid vil forhindre at utfordringer eskalerer og fører til mer alvorlige lidelser eller innleggjelser. Kommunene ønsker at lavterskeltjenestene skal virke forebyggende på lang sikt og nå raskt ut til alle som opplever at de behøver hjelp. Tidlig innsats var for øvrig et tema som ble nevnt eksplisitt tolv ganger blant hovedkodene (ca. 5 prosent). I det følgende sitatet er den som rapporterer, innom en rekke temaer som ofte gikk igjen i kommentarene:

Tidlig og rask hjelp – Hjelp må komme tidlig inn før utfordringer og symptomer utvikler eskalerer. Dette krever lavterskeltilbud, tett samarbeid mellom tjenester, styrket kompetanse og økt ressurs i førstelinjen.

Mange opplever i dag å måtte vente for lenge eller å falle mellom nivåer. Det må bygges ut et bredt spekter av tilbud med lav terskel og god geografisk dekning. Lokale tilpasninger i kommunene er nødvendig. Tilgjengelige og fleksible tjenester, økt bruker-medvirkning og tilpassede tjenester. Tjenestene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, og ikke standardløsninger. Mer fokus på

inkludering og deltagelse i samfunnet – psykisk helse handler også om tilhørighet, arbeid, bolig og meningsfulle aktiviteter. Tjenestene må derfor jobbe tverrfaglig og i samarbeid med nærmiljø, frivillighet og arbeidsliv. Samhandling og kontinuitet i tjenestene.

Det skal være god kvalitet i tjenestene, og brukernes livskvalitet og egenmestring skal stå i fokus

13 av kommentarene (drøyt 5 prosent) fikk «God (ev. bedre) kvalitet i tjenestene» som hovedkode, og flere enn dette nevnte styrket kompetanse for personell som en måte å øke kvaliteten på. Brukernes livskvalitet ble nevnt like ofte som et eksempel på noe det er viktig å styrke i opptrappingsplanperioden. Kommunene fremhever viktigheten av en enhetlig og koordinert tilnærming der man ser helhetlig på brukerens livssituasjon. Dette omfatter ikke bare behandling og samordning med spesialisthelsetjenesten, men også meningsfulle aktiviteter, møtesteder og inkludering i samfunnet og på den måten en reduksjon av ensomhet og utenforskap. Dette var temaer som gikk igjen i mange av kommentarene. Nok boliger og god oppfølging i bolig ble også relativt hyppig nevnt (14 ganger som hoved- eller bikode), og kommunene peker på en stor mangel på egnede og tilrettelagte boliger – som vanlig særlig for brukerne med sammensatte utfordringer (ROP-lidelser). En av kommunene skrev det følgende:

Uten tilstrekkelig mange og egnete boliger blir det utfordrende å nå målene i opptrappingsplanen. Tjenestene, både statlige og kommunale, må organiseres slik at flere ressurser brukes til å gi tilbud om samtalebasert behandling og færre ressurser brukes på å henvise fram og tilbake mellom tjenestenivåene. Det er behov for lett tilgjengelig lavterskel hjelp med minst mulig byråkratiske hinder. Det er behov for en annen type behandlingsinstitusjoner (døgn) med annen kompetanse, som klarer å romme personer med adferdsutfordringer og personlighetsproblematikk, som ikke klarer å nyttiggjøre seg av dagens behandlingstilbud.

Egenmestring, egenomsorg og hjelp til selvhjelp var nevnt i 14 av kommentarene, og flere uttrykte at man i større grad må legge vekt på egenomsorgsevne og selvivaretagelse. At man må legge mer vekt på recovery-orientering, var nevnt i ti av kommentarene. Forventningene i befolkningen til hva man skal kunne motta av tjenester, må ned ifølge flere kommuner. Dette temaet kommer nok som en konsekvens av at det er høy etterspørsel etter tjenester i kombinasjon med lite ressurser og knapp tilgang på personell i kommunene per i dag:

En større dreining mot ansvar for egen helse, selvivaretagelse, selvhjelpskurs, møteplasser eller andre lavterskeltiltak som omtalt nasjonalt. Mer gruppeaktivitet og kortvarige tiltak med hjelp som hjelper og er effektive tiltak. Forventinger til tjenestene må justeres ned og realitetsorientering i befolkningen må styrkes på hva som er mulig å få av tjenester, i innhold og omfang. Bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenester, og at kommunene styrkes i ressurser og kompetanse i takt med at psykisk helsevern bygges ned.

Økt egenmestring hos brukere, gjennom økt brukermedvirkning, raskere og mer helhetlig samhandling rundt bruker. Styrkning på tidlig innsats og forebygging. Fokus på digitale selvhjelpsverktøy. Økt fokus på oppfølging og behandling i hjemmet, der brukeren bor.

Effektive og kompetente kommunale tjenester med en klarere rollefordeling – og bedre samhandling – med spesialisthelsetjenesten

Effektivisering av tjenestene sto også sentralt i flere av kommentarene, der mer gruppebaserte og kursbaserte tjenester ble nevnt i tolv av kommentarene som eksempel på hva flere kommuner prøver å få til for å arbeide mer effektivt og ta unna flere brukere. Potensialet for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten, og ikke minst en klarere oppgave- og rollefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenester, var det også flere som nevnte. Økt fleksibilitet i psykisk helse- og rustjenestene var det fem av kommentarene som tok for seg eksplisitt, og et par kommuner nevnte at de ønsket en FACT-tilnærming i en større del av tjenestene, fordi de mener dette ivaretar brukernes behov bedre. Mer oppmerksomhet på ambulante tjenester var også noe som gikk igjen, og det samme gjaldt å gå fra vedtaksbaserte tjenester til vedtaksfrie lavterskeltjenester:

Mer fleksibel innretning av tjenester lik FACT-metodikk i oppfølging. Følge brukernes behov i større grad enn timeantall i et vedtak. Også viktig å ha plan for oppfølging av personer med milde/moderate utfordringer slik at disse ikke blir for lenge i tjenestene – sikre bedre turnover for å nå flere og sikre at de ikke får et økt tjenestebehov på sikt.

Jobbe mer forebyggende og ambulant, komme tidligere inn og ha økt grad av arbeid med familier. Økt samarbeid mellom tjenester og ulike kommunalområder. Gi tjenester som trengs- spisse hjelpen inn mot behovet. Unngå å gi hjelp som ikke hjelper og øke tjenestenivå. Fokus på autonomi og mestring.

Lette tilgjengelige tjenester hvor folk kan ta direkte kontakt, og få hjelp til det de selv mener de trenger hjelp til. Ikke vedtak.

Hovedforløp var i en eller annen form eksplisitt nevnt i 34 av kommentarene (13 prosent), og i 22 av dem nevnes styrking av forløp 3 (noen nevner et ønske om å styrke alle eller to av forløpene). Ni av kommentarene nevner forløp 1, og flere steder er forløp 1 og 2 nevnt sammen. Alt i alt virker som at en god del kommuner mener det er viktig å styrke innsatsen til brukere med alvorlige/langvarige lidelser. Likevel kan det være en risiko for målefeil i dette materialet, ettersom flere kan ha skrevet om at de ønsker å styrke lavterskeltjenester (og mange mener da lavterskeltjenester rettet mot forløp 1 og 2), samtidig som de har skrevet «forløp 3» eksplisitt, og vi dermed har kodet kommentaren på den måten.

11.4 Planer om tiltak i tjenester rettet mot barn og unge

Det er 308 kommuner/bydeler som har svart på om de har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot barn og unge i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025, og dette utgjør 83 prosent av alle.

Som vist i tabell 11.2 er det 52 prosent som oppgir at de har slike planer, mens 19 prosent svarer at de ikke vet om det er planer om å iverksette nye tiltak rettet mot barn og unge i 2025. 29 prosent svarer at de ikke har slike planer.

Tabell 11.2 Om kommunene og bydelene har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot barn og unge i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025.

	Antall	Prosent
Ja	161	52
Nei	90	29
Vet ikke	57	19
Totalt	308	100

Det er 160 kommuner som har beskrevet tiltakene de vil iverksette, og en detaljert systematisering og koding av svarene viser det følgende:

Ulike team og tverrfaglig samarbeid (n = 23): Her nevner kommunene at de vil starte opp eller styrke ungdomsteam/ungdomskontakt, tverrfaglig innsatsteam, inntaksteam, psykisk helseteam, barne-, ungdoms-, og familieteam, fleksibelt oppfølgingsteam for barn og unge og ambulerende familieteam.

Etablere psykisk helsetjeneste for barn og unge (n = 18): Noen vil opprette en egen psykisk helsetjeneste for barn og unge, en tverrfaglig psykisk helsetjeneste eller et lavterskeltilbud for psykisk helse for barn og unge. Flere sier at dette skal være i samsvar med de nye kravene eller retningslinjene.

Skolebaserte tiltak (n = 17): Noen oppgir at de vil systematisere samarbeidet mellom helse- og utdanningstjenester, mens andre presiserer at de vil få til bedre tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon, skolehelsetjeneste, oppvekst, videregående skole, ungdomsskole, Nav og psykisk helse- og rusfeltet i kommunen. Andre vil få til skolemiljøteam etter Utdanningsdirektoratets mal for å bidra til bedring av skolemiljø. Systematisk arbeid med skolefravær og utenforskap nevnes av flere, og nærværsteam, ungdomslos eller ungdomscoach nevnes som aktører som kan jobbe med nærvær i skolen.

Gruppetilbud og kurs (n = 16): Noen nevner ulike gruppetilbud som mestringskurs for ungdom, KID, KIB, Tankevirus eller tilbud til pårørende (for eksempel gruppetilbud til foreldre med barn som ruser seg). Andre nevner gruppetilbud om temaer som angst og stress, søvnkurs, Mestrende Barn og sorggruppe for ungdom.

FACT ung (n = 14): Noen kommuner har søkt om forprosjektmidler for å etablere FACT ung eller videreutvikle eller øke kapasiteten i eksisterende team for å styrke tilbudet til barn og unge i målgruppen.

Forebyggende arbeid og tidlig innsats (n = 12): Noen har utviklet en handlingsplan for forebyggende arbeid, mens andre har ansatt en forebyggende ungdomskontakt. Andre vil etablere forebyggende familieteam eller utvikle tiltak mot ungt utenforskap, eller de vil styrke det forebyggende rusarbeidet.

Utredning og evaluering av tjenestene (n = 11): Flere er i en prosess med å evaluere egne tjenester for å få et godt grunnlag for å videreutvikle og samordne tjenestene.

Prosjekter og tilskuddsmidler (n = 11): Flere er i gang med søknader om midler, eller de har fått midler og er i gang med et forprosjekt eller et prosjekt.

Mer oppmerksomhet på forebygging og tidlig innsats (n = 10): Flere oppgir at de arbeider for å oppnå bedre effekter ved å sette inn innsatsen tidlig, og noen forsøker å få til interkommunale satsinger innen forebygging.

Styrke helsestasjon (n = 6): Noen vil skape flere møtearenaer for ungdom gjennom å styrke helsestasjoner og fritidstilbud, ha temakvelder på helsestasjoner for både barn og pårørende. Noen vil i større grad involvere miljøarbeidere skolen, skolemiljøteam og kommuneoverlege i forebyggende arbeid innen oppvekst, mens andre vil styrke helsestasjonene med en ny ansatt som skal jobbe i skolehelsetjenesten, eller med en ny helsesykepleier.

Andre arbeider med ungdomsmedvirkning og med å etablere varige møteplasser for unge, som et mekkeverksted. Andre vil styrke foreldreveiledning og pårørendestøtte eller tilby miljøtiltak i hjemmene. Noen vil bruke sosiale medier mer for å gjøre tjenestene bedre kjent blant barn og unge, mens andre vil innføre BTI-modellen. Noen vil samarbeide mer med BUP, og noen vil ansette psykologer, sosiale agenter, arenafleksible miljøterapeuter eller erfaringskonsulenter.

Hva er viktigst i tjenester til barn og unge

På spørsmålet «Hva mener dere er det aller viktigste å oppnå for barn og unge i målgruppen gjennom opptrappingsplanen?» var det 208 kommuner og bydeler som skrev inn en kommentar. Som beskrevet under det tilsvarende spørsmålet i tjenester for voksne kodet vi svarene, sorterte materialet og gjorde en tematisk analyse. Det var generelt litt kortere og mer konsise kommentarer for tjenester rettet mot barn og unge, og det virker som om begrepsapparatet var mer enhetlig. Eksempler på ord/temaer som gikk igjen i mange av kommentarene var tidlig inn, helsefremmende og forebyggende, bedre tverrfaglig innsats, foreldrestøtte, spisse tilbudet mot målgruppen, hindre utenforskap / legge vekt på inkludering, helhetlig behandling og livsmestring.

Nær en femtedel (18 prosent) av kommentarene handlet om at kommunene anser det å jobbe med å komme tidlig inn, og på den måten jobbe forebyggende, er noe av det aller viktigste. Nesten like mange (16 prosent) kommenterte at det viktigste for dem er å styrke lavterskeltilbudet sitt til målgruppen barn og unge. 31 kommuner (15 prosent) nevnte at det er viktig å få til en bedre tverrfaglig innsats. Brukermidvirkning, fleksibilitet i tjenestetilbudet, foreldrestøtte og spissing av tilbudet var noe som gikk igjen i 5–6 prosent av kommentarene. 2–4 prosent av kommentarene handlet om å hindre utenforskap, om å drive tjenesteutvikling, om å ha helhetlig behandling og om å ha et familieperspektiv på hjelpen som gis. Flere nevnte også å legge til rette for psykologisk motstandskraft /

normalisering med ulike tilnærminger. I den grad forløp ble nevnt eksplisitt, handlet det om å styrke samarbeidet og tilbudet til barn og unge med alvorlige og langvarige lidelser, og FACT ung nevnes som et satsingsområde i flere kommuner.

Her er et utvalg sitater fra dette kommentarfeltet i skjemaet:

Det aller viktigste å oppnå gjennom opptrappingsplanen er at barn og unge får tidlig og lett tilgang til psykisk helsehjelp, at tjenestene jobber bedre sammen, og at barn og familier blir møtt av trygge fagfolk som ser og støtter dem i tide.

Forebygge skader, samt bygge robuste barn. At barnet er en helhet og ikke en elev, så pasient, så barn osv. Alle aktørene i barnas liv må ta medansvar. Tidlig innsats vil forhåpentligvis forebygge nok til at vi får færre av barn i kategori 3. Da vil det forhåpentligvis bli rom for at de i kategori 3 får nok hjelp, uten at vi mister noen i suicid.

Psykologisk motstandsdyktighet eller psykologisk motstandskraft, evnen til å håndtere stress og katastrofer i møte med livsutfordringer. Kunnskap om normalreaksjoner ved livsutfordringer, og kunnskap om mulighet for hjelp hvis behov. Helsefremmede og forebyggende arbeid. Gode og tilgjengelige tjenester i lokalmiljøet. Mulighet for en aktiv fritid. Påvirkningsmulighet, bli sett og hørt.

Styrkning av det primærforebyggende arbeidet fra barnet er født. Flere universelle tilbud til skolebarn. Familiefokus, gruppetilbud til foreldre. Videreutvikle samarbeidsmodeller med barnehage og skole. Opprettholde lav terskel for hjelp med milde/moderate vansker. Opprettholde ambulant team til flyktningfamilier.

11.5 Rammer for å drive fag- og tjenesteutvikling

Vi har stilt spørsmålet «Kan dere beskrive mulighetene/rammene dere har for å drive fag- og tjenesteutvikling innenfor psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne i kommunen/bydelen?» for tjenester til voksne og et tilsvarende spørsmål for tjenester rettet mot barn og unge.

I tjenester rettet mot voksne

Det er 300 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet som gjelder tjenester for voksne. Svarene handler om at:

- De økonomiske rammene gir ikke rom for fag- og tjenesteutvikling, alle ressursene går til direkte bruker/pasientoppfølging.
- Det er stort press på tjenestene, og lite rom for fag- og tjenesteutvikling.
- Kompetansemidlene fra statsforvalter er til god hjelp og trengs fremover, men det er vanskelig å få dem inn i ordinær drift etter tilskuddsperioden.
- Spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse slik at kommunene får fagutvikling.
- Kommunen deltar i læringsnettverk i regionen.
- Det er fagdager på tvers av tjenester.
- Kommunen deltar på kurs fra ulike kompetansetjenester, som KORUS.

- Kommunen har egne årsverk som er ansvarlig for fagutvikling (fagutvikler eller fagkoordinator)
- Kommunen har et årshjul for intern fagutvikling.
- Det tilrettelegges for videreutdanning og kurs for ansatte.

Noen kommuner satser på psykisk helse:

Visjon; Skal være en foregangskommune innen psykisk helse og rus. Jobber for å oppnå denne visjonen. Stort fokus på fag- og tjenesteutvikling, fokus på riktig tjeneste til pasient på riktig sted til riktig tid. Pårørendefokus. Systematisk og strukturert arbeid, prøver ut ulike piloter.

Gode rammer for dette, stort faglig fokus, endringsvillighet med tanke å få mest mulig ut av våre ressurser opp mot overordnede satsninger og mål.

Egen fagtjeneste med eget budsjett. Fagtjenesten har en fagkoordinator som blant annet har fokus på fagutvikling sammen med enhetsleder og de øvrige ansatte i tjenesten. Kurs. Kompetanseheving. Deltar i nettverk.

Det er gode muligheter for fagutvikling. Ledelse oppmuntrer/støtter fagutvikling. Videreutdanning blir støttet økonomisk av kommunen. Å reise på kurs blir støttet så langt det er mulig å finne økonomisk dekning. Webinar er også en fin mulighet til fagutvikling. Den enkelte fagperson har frihet til selv å vurdere hva som er mest relevant.

Psykisk helse og rusarbeid utføres av samme teneste. Vi er pr i dag eneste teneste som ikke er rammet av nedbemanning / innsparing. Alle foruten en, har videreutdanning innen psykisk helse voksne, sistemann går psykisk helse barn og unge nå. Vi har veiledning av psykolog og jobber kontinuerlig med å utvikle tenestene.

Vi har noen gode rammer for fag- og tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne, selv om kapasiteten i hverdagen er begrenset. Vi deltar jevnlig i ulike nettverksmøter i regi av Statsforvalteren og fylkeskommunen, noe som gir faglig påfyll og inspirasjon til utviklingsarbeid. I tillegg har vi et etablert interkommunalt samarbeid med nabokommune, som gjør det mulig å dele erfaringer og ressurser på tvers. Et viktig bidrag til fagutviklingen er at vi har kommunepsykolog gjennom vårt interkommunale samarbeid som tilbyr veiledning til tjenesteytere, både fast og etter behov. Dette bidrar til refleksjon, kompetanseheving og kvalitet i tjenestene. Selv om vi ikke har egne stillinger eller avsatt tid spesifikt til utviklingsarbeid, prøver vi å bruke de mulighetene som finnes i samarbeid og veiledning til å jobbe kunnskapsbasert og recovery-orientert.

Det er stor forskjell på kommuner der tjenestene prioriteres, og der de ikke gjør det:

Tjenesteutvikling har de senere år vært preget av innsparing og nedskalering av tilbud til innbyggerne. Det er ikke i samme grad som tidligere mulig å prioritere kurs og kompetansehevende tiltak for medarbeidere. Tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid har gjort det mulig å prioritere utvikling av lavterskeltilbud innen begynnende avhengighet i samarbeid med Brukerorganisasjonen A-larm.

Andre opplever at mangelen på folk er det største problemet:

De økonomiske rammer er marginale, men det kan søkes på ulike prosjektmidler. Det som er det største hindret for å drive fag- og tjenesteutvikling i feltet er mangel på menneskelige ressurser. Vi har ikke nok hoder og hender tilgjengelig for å ivareta de oppgavene/tjenestene vi har bestemt at vi tilby. -> manglende søkere på utlyste stillinger -> manglende tilgang på kvalifiserte vikarer.

Noen oppgir også at det ikke er aktuelt å søke om tilskuddsmidler:

Krevende kommuneøkonomi setter rammene for arbeidet. Tilskuddsmidler er ikke aktuelle da de gir en høy kostnad når tilskuddet er avsluttet. Men likevel prøver vi å drive fag- og tjenesteutvikling med de midlene og mulighetene vi har. Skal samle alle tjenestene til brukergruppen i et felles fysisk møte i 2026.

En liten kommune beskriver situasjonen slik:

Dette er en liten kommune. Vi har fra april 2025 fire stillinger. Dette inkluderer ledende sosionom, en sykepleier, en vernepleier og en miljøarbeider. Erfaringskonsulent på timer. Vi er tverrfaglige. Vi gir hjelp til brukere med komplekse utfordringer, har aldersgruppe fra barn- og unge uten øvre aldersgrense, har lettere/rask psykisk helsehjelp. Vi har ansvar for både rus og psykisk helse i kommunen. De fleste som arbeider hos oss har lang erfaring både fra TSB og psykisk helsevern. Samtidig har vi et bredt spekter av utfordringer. Vi har de siste årene arbeidet mer og mer recovery-orientert, samtidig som vi har fokus på tilbud til hele kommunen, økt fokus på fysisk helse og mat.

Noen beskriver også hvilke kurs de ansatte får tilgang til:

De tilsette tek e-lærings kurs etter årshjul. De deltek og andre ulike kurs. Av disse kan mellom anna nemmast: Sjølvmonds- og sjølvskadeførebygging, Nalaxonkurs, Tidleg inn, Ein halvtyme dagleg drøft av ulike utfordringar/case i arbeidstida. Kollegaveiledning. Tilbod om vidareutdanning innan psyksik helse og rus.

Avdelingen Psykisk helse og rus opplever, på tross av trange rammer, å kunne justere og utvikle tenestetilbudet innanfor rammene vi har. Eksempelvis: Oppstart av EMDR-behandling, kurs i bekymringsmestring, temakveld for pårørende, aktivitet/gruppetilbod m.m. Friskliv har innanfor ramma utvikla/prøvd ut/prioritert nye tilbod. Bemanna bustad: lite rom for tenesteutvikling då tilbodet/ressursane er vedtaksfesta til einskildpersonar

Små kommuner er ofte avhengige av spesialisthelsetjenesten for å få fagutvikling:

Vi opplever at FACT er med på å bidra til en faglig utvikling i kommunen som ikke ville vært mulig uten et tett samarbeid med helseforetaket. I en liten ROP tjeneste er det utfordrende å få til god fag- og tjenesteutvikling. Utviklingen er i stor grad personavhengig og prisgitt økonomiske faktorer. I en kommune med dårlig økonomi opplever man i ROP tjenesten som i en del andre tjenester at man ikke får prioritert fag- og tjenesteutvikling i tilstrekkelig grad. Rammene for fag- og tjenesteutvikling er at vi har ventelister for å komme inn til behandling i ROP tjenesten og at kommunens anstrengte økonomi gjør det vanskelig å prioritere tjenesten i større grad enn det man gjør per i dag, noe som igjen fører til mangel på utvikling. ROP tjenesten har samarbeid med andre yrkesprofesjoner som i noen grad kan kompensere at tjenesten er svært liten.

I tjenester rettet mot barn og unge

Det er 254 kommuner/bydeler som har beskrevet hvordan rammene for å drive fag- og tjenesteutvikling er for dem. Som for tjenester til voksne spriker svarene i betydelig grad. Noen kommuner ser ut til å ha gode rammer for slikt arbeid, mens andre har så dårlig tilgang på ressurser at de i svært liten grad får prioritert fag- og tjenesteutvikling. Kommunene oppgir det følgende:

- Det er lite rom for fag- og tjenesteutvikling på grunn av svak kommuneøkonomi.

- Tilskuddsordningene fra statsforvalteren er viktige for kommunene, men vanskelig å få arbeidet inn i ordinær drift etter tilskuddsperioden.
- Kommunen deltar mest mulig på digitale kurs.
- Kommunen har kompetanseplaner og kompetansehevingstiltak.
- Kommunen mangler folk.
- Det er bedre muligheter i kommuner der den politiske og administrative ledelsen satser på utvikling av tjenester til barn og unge.

Noen kommuner satser:

Dette er både et politisk og administrativt satsingsområde. Det er satt av midler til dette.

Har oppretta ny seksjon som også driv med fag og tenesteutvikling. Synleggjere dette i kommunale planar.

Opplevs som et satsingsfelt. Forankret på systemnivå lokalt.

Der er gjeve gode rammar for utvikling av tenesta frå den øverste leiinga i kommunen. Dette kombinert med at det er tilsett personar med stort engasjement og fleksibilitet som er tydelege på kor dei vil er grunnen til at tenesta er so godt utvikla som den er i dag.

En av kommunene kommer inn på dimensjoneringen av lavterskeltilbud:

Mulighetene for videreutvikling begrenses blant annet av økonomiske rammer og prioriteringer. Lavterskeltilbud omtales ofte som ikke lovpålagt. Det er blitt tydeligere etter ny nasjonal veileder i 2023 at det er lovpålagt å ha et tilbud, men det er ikke i nasjonal veileder spesifisert i hvilket omfang tilbudet skal gis? Hvordan befolkningen skal dekkes. Vi har tilbud til ca. 5 % av befolkningen og anser at behovet er langt større.

Mange kommuner oppgir at ressursituasjonen gir dårlige, begrensede eller ingen rammer for dette arbeidet. Det følgende er et eksempel på hvordan de beskriver situasjonen:

Dårlig økonomi hindrer fag- og tjenesteutvikling. Vi klarer så vidt å holde hodet over vannet med ressursene vi har.

Men mange ser ut til å arbeide med å bruke ressursene mer effektivt:

Mulighetene for fag- og tjenesteutvikling innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge er for tiden begrenset, hovedsakelig som følge av reduksjoner i stillinger og stramme økonomiske rammer. Dette påvirker kapasiteten til å utvikle og implementere nye tiltak, samt til å videreutvikle eksisterende tjenester. Det pågår arbeid med å identifisere prioriterte innsatsområder og se på hvordan vi kan utnytte tilgjengelige ressurser mer effektivt. Det er et klart ønske om å videreutvikle tjenestene i tråd med nasjonale føringer, men det forutsetter økt forutsigbarhet i rammebetingelsene og tilgang på nødvendige ressurser.

Kommuner som opplever stor etterspørsel i befolkningen i tillegg til svak kommuneøkonomi, har kanskje de største utfordringene:

Vi har fleksibilitet i tjenesten (stor autonomi), men lite rom for økning av personell ressurser. Det er vanskelig å skulle ta ressurser fra de som f.eks. jobber med voksne når antall henvisninger over hele

feltet øker. Er avhengige av prosjektmidler for å se om endring av tjenester er nyttige i vår kommune og befolkning, f.eks. ambulante tjenester. Ønsker kompetanseheving, f.eks. familietterapi, men har trang økonomi.

En del kommuner omorganiserer og samler tjenestene til barn og unge og familier:

Vi er i en prosess der vi samler alle tjenester for barn/unge og familier, og dreier tjenestene mot mer forebygging og tidlige tiltak. Viktig også å bruke ressursene på best mulig måte og får gode forløp i kommunen. Fagutvikling er et fokusområde, legger til rette for dette så langt det er mulig innenfor rammene. Har årshjul for intern fagutvikling.

Tilskuddsmidler er viktige for mange kommuner:

Til nå har tilskuddsordninger muliggjort etablering av nye tiltak. Det er avsatt personell ressurser både på virksomhetsnivå og sentralt i kommunen til å drive utviklingsarbeid.

Vi har prosjektmidler for dette. 50 % for tjenesteutvikling i egen kommune og 50 % for utvikling sammen med våre nabokommuner i forprosjekt. Vi har søkt om ordinære prosjektmidler for å iverksette prosjektet som vi venter på svar på.

Noen oppgir at de er i gang med å organisere tjenestene til barn og unge på nye måter:

Vi har siden nyttår jobbet med tjenesteutvikling, og har fram til nå satt av 4 hele dager hvor hele tjenesten har deltatt. Vi bruker KS sin modell for tjenstedesign, og har fram til nå brukt til på felles forståelse og forankring, og på innsikt. Vi har jobbet med innsikt i lovverk, innsikt i interesser, og innsikt i brukergruppen. Videre skal vi designe en ny modell for hvordan gi tjenester til barn og unge.

Det er mange aktører som har ansvar for oppfølging av barn og unge. Ulike faggrupper vektlegger oppdrag fra ulike departement ulike og faggrupper legger ulike betydning i sentrale begreper. Dette kompliserer oppfølgingen og ansvar pulveriseres. Tjenestene mangler gode samhandlingsløsninger på tvers av velferdsområde (innen og utenfor helse) Nyere retningslinjer og sentrale føringer er i større grad tverrfaglig utarbeidet, dette har stor betydning for å lykkes. Men man har lang vei å gå for å få til god samhandling og samarbeid om tjenester til barn og unge

Bedre forutsetninger for å jobbe på tvers av sektorer i dag, dette samarbeidet er påbegynt, og vi ser flere muligheter for forbedring av arbeidet. Det må også lages bedre rutiner som må kommuniseres ned på avdelingsnivå. Kommunen har også noen arenaer som kan videreutvikles og utnyttes i større grad, samt mange frivillige, lag og foreninger for ulike fritidstilbud.

En av kommunene forklarer litt nærmere om hvordan de arbeider:

Tverrfaglig team i kommunen med jevnlig treffpunkt. Åpen linje til barneverntjenesten for drøfting.

Fagteam der alle som arbeider med barn og unge i kommunen møtes annenhver uke. Her er barneansvarlig, psykisk helse, koordinatorene og alle ansatte ved helsestasjonen. Endel nye kompetanser, PMTO terapeut hos familieveileder på helsestasjonen. Videreutdanning påbegynt hos flere ansatte.

Noen kommuner oppgir bare at de har «gode rammer» for å drive fag- og tjenesteutvikling, og noen oppgir hvilke prosjekter de deltar i:

Vi driver mye fag- og tjenesteutvikling i virksomheten. Vi deltar på ulike forskningsprosjekt og har egne fagutviklingsprosjekt. Grav- og barselprosjekt. Driver et utviklingsarbeid innen rus- og kriminalitet for ungdom. Har et prosjekt med Cato senteret for ungdom med alvorlig skolefravær.

En av kommunene beskriver utfordringene med å prioritere forebyggende arbeid slik:

Opplever at kommunen har «mange ting på plass» og dermed ganske gode rammer. Men, prioritering av forebyggende arbeid er vanskelig. Kommuneøkonomien har ikke tid til å vente på resultater av forebyggende arbeid.

Små kommuner har ofte svært få ressurser til målgruppen:

Per dagsdato er det ikke definert egen ressurs på dette og det gjør at det bare er 0,40 årsverk som skal brukes av både voksne, barn og unge. Dette begrenser rommet for fag- og tjenesteutvikling.

11.6 Pårørende med innvandrers-/flyktningbakgrunn

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) står det at det er viktig at pårørende med innvandrerbakgrunn får tilgang til tilrettelagt informasjon og kunnskap om hvem de skal kontakte for å få hjelp.

Det er også tatt med et spørsmål om kommunen/bydelen har tilrettelagt informasjon for pårørende til personer med psykiske lidelser/plager og/eller rusmiddelproblemer med innvandrer-/flyktningbakgrunn om hvem de skal kontakte for å få hjelp, både i 2024 og i 2025. Som vist i tabell 11.3 er det 43 prosent som svarer at de har tilrettelagt informasjon til denne målgruppen, og det er ytterligere 16 prosent som svarer at det er under planlegging. Det er ingen endring i svarfordelingen fra 2024 til 2025.

Tabell 11.3 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har tilrettelagt informasjon for pårørende til personer med psykiske lidelser/plager og/eller rusmiddelproblemer med innvandrer- eller flyktningbakgrunn om hvem de skal kontakte for å få hjelp. 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	146	43	146	43
Nei	139	41	137	41
Under planlegging	56	16	55	16
Totalt	341	100	338	100

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

11.7 Vurderingssamtaler mellom psykisk helsevern for barn og unge og kommunene

Det er et mål i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) at psykisk helsevern for barn og unge skal gjennomføre en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har spurt om kommunene har vært involvert i slike vurderingssamtaler.

Som vist i tabell 11.4 har hver tredje kommune/bydel som har svart, vært involvert i slike vurderingssamtaler fram til våren 2025.

Tabell 11.4 **Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har vært involvert i vurderingssamtaler for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2025.**

	Antall	Prosent
Ja	103	33
Nei	154	50
Vet ikke	52	17
Totalt	309	100

Det er 96 kommuner/bydeler som har svart på hvordan de har blitt involvert, og fra svarene ser vi at dette skjer på følgende måter:

- Det er dialogbaserte/koordinerende inntaksmøter med PHBU/BUP/BUPA eller FACT ung.
- Psykologer og kvalifisert helsepersonell gjennomfører vurderingssamtaler og har henvisningsmulighet.
- Det er faste møter i fagnettverk.
- Kommunen er med i innsatsteam.
- Det er samarbeidsmøter med BUP, PPT, barnevern, skolehelsetjenesten og så videre.
- Kommunene har et system for å drøfte saker der det er usikkerhet om oppfølging i enten kommune eller spesialisthelsetjeneste.

Vi tar med noen beskrivelser fra kommunene om hvordan de involveres:

Tatt med i vurdering i forhold til henvisning. I mindre grad tatt med i vurdering ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Grunnskolen melder behov for veiledning i disse tilfeller.

Snakker med BUP før henvisning, snakker med barn og unge og foreldre før eventuell henvisning

BUP tek kontakt når dei får nye søknadar på barn og unge for drøfting. Tilsette i tenesta barn, unge og familiar er i nokre tilfelle med barnet/familien til BUP ved kartlegging.

Vi sitter i «inntak ute» som er et samarbeid mellom kommunen og BUP + interkommunal PPT.

Gjennom kommunens initiativ på etablerte før-henvisningsmøter.

Deltar i oppstartssamtaler og avslutningssamtaler. Disse ender ut i en behandlingsplan og rolle og ansvarfordeling om videre oppfølging.

Ja, vi har blitt involvert i vurderingssamtaler. Involveringen har skjedd gjennom direkte kontakt og dialog med spesialisthelsetjenesten, der vi deltar i drøftinger rundt henvisninger og vurdering av videre oppfølging. Dette bidrar til en vurdering av barn og unges behov, og til å sikre god samhandling mellom nivåene i tjenestene.

Faste flytmøter med spesialisthelsetjenesten og tjenester i bydelen om videre oppfølging.

11.8 Oppsummering

I år spurte vi kommunene om de har planer om å iverksette nye tiltak rettet mot henholdsvis voksne og barn og unge i forbindelse med opptrappingsplanen i løpet av 2025, om hvilke tiltak dette eventuelt er, og om hva de mener er det aller viktigste å oppnå for de to respektive målgruppene gjennom opptrappingsplanen. Når det gjaldt tjenester til voksne, var det 57 prosent av kommunene som planla å iverksette nye tiltak, mens i tjenester for barn og unge var det 52 prosent av kommunene som planla å iverksette nye tiltak.

Tjenester for voksne: Av alle tiltak som ble nevnt, var det helt klart flest kommuner som nevnte iverksetting av nye tiltak innen Rask psykisk helsehjelp (RPH) og andre typer lavterskeltilbud. Det var også en høy andel kommuner som nevnte at de skal satse på ulike former for gruppetilbud samt arbeids- og aktivitetstilbud. Flere skrev noe om at de enten skal etablere, reetablere eller styrke eksisterende FACT-team, og de nevnte også andre typer oppsøkende/ambulant virksomhet som satsingsområde. Mange kommuner skal jobbe med å forbedre botilbudene, og særlig nevnte de ROP-pasienter med lav boevne og adferdsutfordringer som målgruppe for styrkingen (de nevnt også oppfølging av ny boligsosiallov). Tiltak for mer og bedre samarbeid både internt i kommunen og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ble nevnt av 20 kommuner. Øvrige kategorier der det var færre enn 20 kommuner som svarte at det skulle iverksettes tiltak innenfor temaet, var tiltak på forebyggingsfeltet, assistert selvhjelp, styrking av forløp 3, pårørendetiltak og det å gå bort fra vedtaksbaserte tjenester.

På spørsmålet om hva kommunene mener er aller viktigst å oppnå med opptrappingsplanen, ser det ut til å være stor enighet om at det viktigste er å styrke lavterskeltilbudene og å komme tidlig inn for å forebygge eskalering av psykisk uhelse. Også i disse kommentarene er det flere som nevner at man vil redusere behovet for vedtak i tjenestene. Mange nevnte behovet for å styrke kvaliteten på tjenestene og få til mer effektive tjenester med god ressursutnyttelse og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten, samt det å oppnå bedre livskvalitet og egenmestring for brukerne (blant annet gjennom recovery-orientert jobbing og gode verktøy for selvhjelp).

Tjenester for barn og unge: Det var stor bredde i typer tiltak som det planlegges å sette i verk i løpet av 2025, og mange kommuner har planer om å sette i verk nye tiltak. Noe som gikk igjen, var styrket innsats for barn og unge gjennom mer tverrfaglig samarbeid / teambasert arbeid (herunder FACT ung), styrking av lavterskeltilbud, og generell satsing på forebygging og tidlig innsats. Det virker som en del kommuner skal følge opp retningslinjene i den nye veilederen i psykisk helsetjenester for barn og unge ved å etablere egne psykisk helsetjenester for målgruppen. Skolebaserte tiltak samt gruppetilbud/kurs (Tankevirus, angst- og stressmestringskurs, sorggrupper, foreldrekurs osv.) ble også nevnt i flere av kommentarene.

På spørsmålet om hva kommunene mener er aller viktigst å oppnå med opptrappingsplanen når det gjelder barn og unge, var det mange som trakk fram betydningen av tidlig innsats

og forebygging som det viktigste, og nesten én av fem kommentarer understreket dette. Nesten like mange pekte på behovet for å styrke lavterskeltilbudene, mens en betydelig andel også fremhevet viktigheten av bedre tverrfaglig samarbeid. Andre temaer som gikk igjen, var brukermedvirkning, fleksibilitet i tjenestene, foreldrestøtte og behovet for å spisse tilbudet mot målgruppen. Enkelte kommentarer tok også opp behovet for å hindre utenforskap, utvikle tjenestene videre, sikre helhetlig behandling og ha et tydelig familieperspektiv. Flere understreket betydningen av å styrke barns psykologiske motstandskraft og normalisere reaksjoner på livsutfordringer. Når forløp ble nevnt, handlet det særlig om å styrke samarbeidet og tilbudet i forløp 3. Felles for kommentarene er ønsket om at barn og unge skal få tidlig, helhetlig og tilgjengelig hjelp fra trygge fagpersoner og tjenester som samarbeider godt.

På spørsmål om rammene for å drive fag- og tjenesteutvikling i tjenestene var det stor variasjon mellom kommunene. I kommuner der politisk og administrativ ledelse satser på fagfeltet, i tjenester rettet enten mot voksne eller mot barn og unge eller mot begge grupper, ser det ut til å være bedre rom for fag- og tjenesteutvikling. Andre oppgir at de har så lite ressurser tilgjengelig at det er begrenset rom for å drive fag- og tjenesteutvikling. Tilskuddsordninger fra statsforvalterne ser ut til å være viktige for å få til dette arbeidet, men kommunene oppgir at de har problemer med å få arbeidet inn i ordinær drift etter tilskuddsperioden på grunn av svak kommuneøkonomi.

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) står det at det er viktig at pårørende med innvandrerbakgrunn får tilgang til tilrettelagt informasjon og kunnskap om hvem de skal kontakte for å få hjelp. Det er 43 prosent av kommunene eller bydelene som oppgir at de har tilrettelagt informasjon til denne målgruppen, og ytterligere 16 prosent svarer at dette er under planlegging. Det er ingen endring i svarfordelingen fra 2024 til 2025.

Det er et mål i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) at man i psykisk helsevern for barn og unge skal gjennomføre en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har spurt om kommunene har vært involvert i slike vurderingssamtaler, og hver tredje kommune svarer ja.

12 Helsefellesskap

Følgende tekst er tatt med før spørsmålene om helsefellesskap:

Etter avtale mellom regjeringen og KS i 2019 og i samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det etablert 19 helsefellesskap mellom 2020 og 2023. Det ble i 2024 avtalt å videreføre og videreutvikle helsefellesskapene. Helsefellesskapene skal være en samarbeidsarena der kommunene og helseforetakene møtes som likeverdige partnere med et likeverdig ansvar for prioritering og styring av helsefellesskapets innsatsområder, og de skal samarbeide om den praktiske organiseringen av arbeidet.

Prioriterte grupper i helsefellesskapene er

- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- eldre med skrøpelighet
- personer med flere kroniske tilstander
- barn og unge med store og sammensatte behov
- kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid

Avtalen om helsefellesskapene beskriver en tredelt struktur. Målet er å bidra til bedre og sammenhengende tjenester til pasientgrupper med store og sammensatte behov og at saker skal behandles på riktig nivå og med riktig kompetanse og myndighet.

Strukturen tilpasses lokale forhold, med utgangspunkt i denne tredelingen:

- partnerskapsmøter – der den øverste ledelsen i kommunene og sykehusene møtes årlig og bestemmer den overordnede strategiske retningen
- et strategisk samarbeidsutvalg – der administrativ og faglig ledelse møtes og beslutter de konkrete pasientforløpene og hvordan tjenestene skal utvikles
- faglige samarbeidsutvalg – dette er arbeidsgruppene som skal jobbe med forslag til konkrete prosedyrer og pasientforløp

Pasienter og brukere skal være representert på alle nivåer, og fastleger og ev. kommuneoverleger deltar som faglige rådgivere der det er hensiktsmessig.

Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene.

Lenker: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5c5380ee35c1449fb61ad681668425d0/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-om-videreutvikling-av-helsefellesskapene-for-en-mer-sammenhengende-helse-og-omsorgstjeneste.pdf>

Følgende spørsmål om voksne og helsefellesskap inngår i 2025:

- Inngår kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefellesskapet? (ja / nei / vet ikke)
 - Hvis ja, hvordan foregår samarbeidet? (åpent)
- Påvirkes tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne av avtaler som er inngått mellom kommunene og helseforetak på noen måte (helsefellesskapene)? (ja/ nei / vet ikke)
 - Hvis ja, hvordan er tjenesten påvirket? (åpent)
- I hvilken grad har helsefellesskapet bidratt til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest?
- I hvilken grad kan de ansatte som er nærmest de voksne brukerne i målgruppen i kommunen/bydelen, gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer?
- Dersom dere har en kommentar til helsefellesskapet, skriv her (åpent)

Følgende spørsmål om barn/unge og helsefellesskap inngikk:

- Inngår kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet?
- Hvis ja, hva handler dette samarbeidet om? (åpent)

I tillegg inngår to spørsmål som er relevante for helsefellesskap, men ikke eksplisitt formulert som spørsmål om helsefellesskap, som vi tar med her:

- Har kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) faste samarbeidsmøter på systemnivå? (ja / nei / vet ikke)
- Har kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) etablert en samarbeidsmodell for avklaring av henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter, felles inntaksmøter, annet)? (ja/ nei / vet ikke)

12.1 Helsefellesskap, voksne

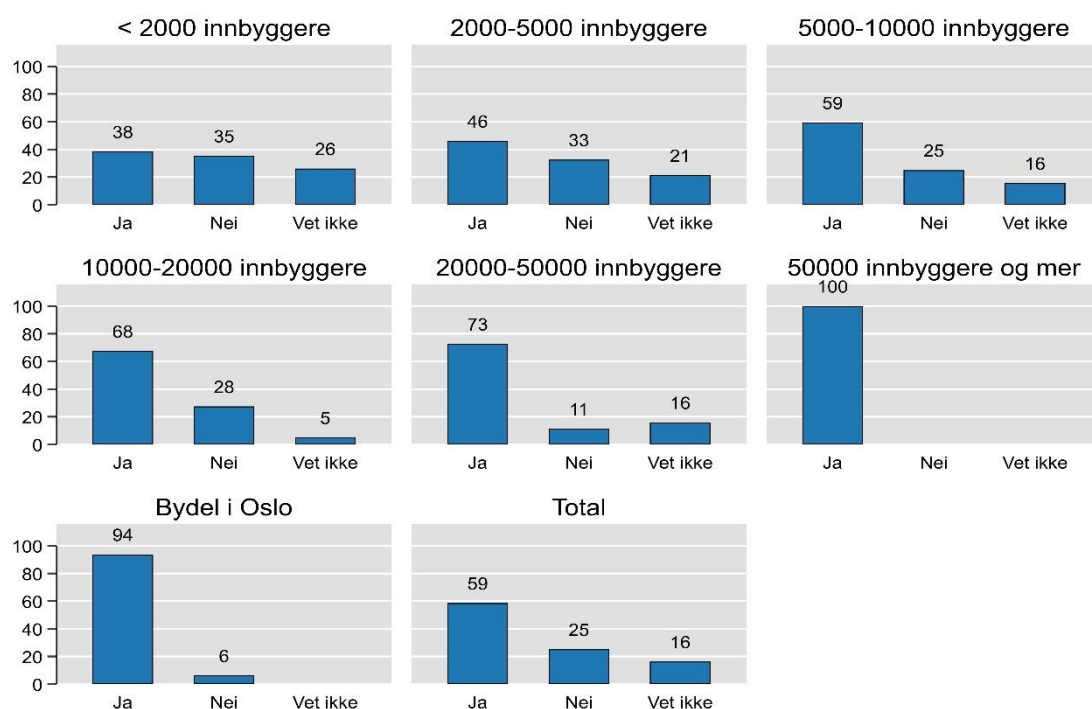
Inngår i faglig samarbeid

Det er 338 kommuner eller bydeler som har svart på spørsmålene om helsefellesskap, og dette dekker 91 prosent av alle kommuner eller bydeler. Som vist i tabell 12.1 er det 59 prosent av kommunene/bydelene som svarer at tjenestene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefellesskapet. 16 prosent svarer at de ikke vet, og hver fjerde kommune/bydel svarer at de ikke inngår i et slikt faglig samarbeid.

Tabell 12.1 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne inngår i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefelleskapet, 2025.

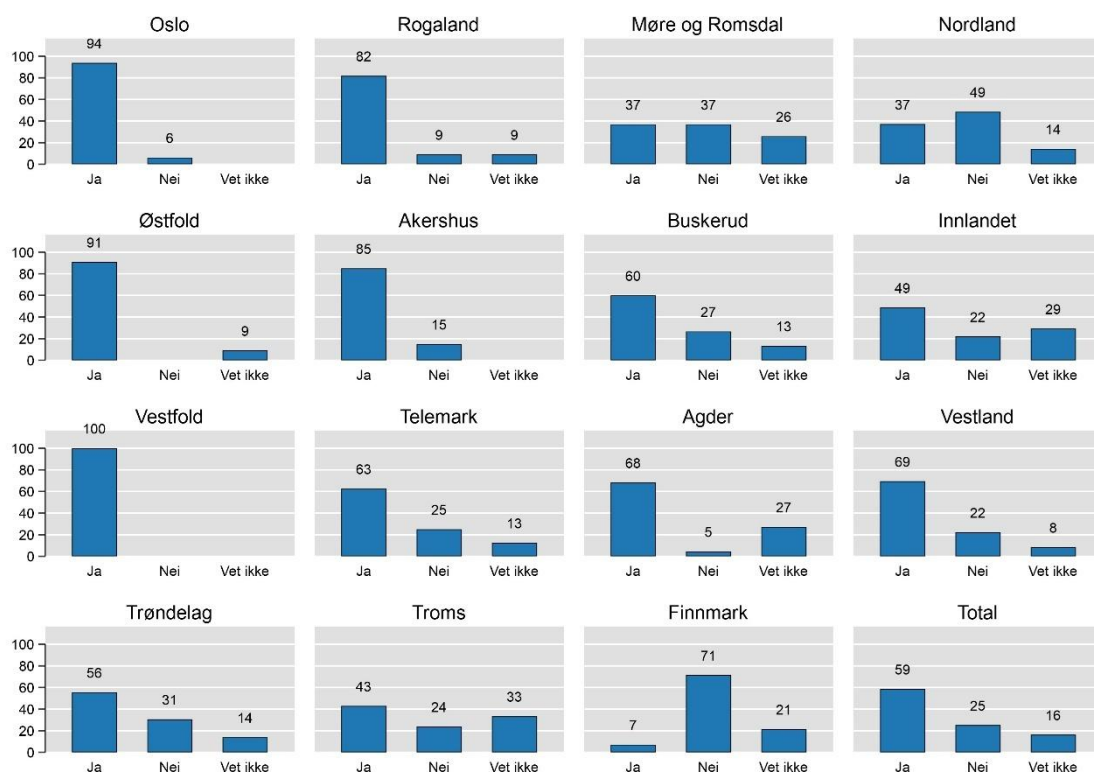
	Antall	Prosent
Ja	198	59
Nei	85	25
Vet ikke	55	16
Totalt	338	100

Som vist i figur 12.1 er det særlig mange av de minste kommunene som svarer nei og at de ikke vet, mens andelen som inngår i slikt samarbeid, øker tydelig med kommunestørrelsen.



Figur 12.1 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne inngår i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefelleskapet, prosent. Kommunestørrelse, 2025.

Andelen kommuner der kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefelleskapet, er aller lavest i Finnmark (7 prosent), men forholdsvis lav også i Møre og Romsdal (37 prosent), Nordland (37 prosent) og Troms (43 prosent), se figur 12.2.



Figur 12.2 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne inngår i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefellesskapet, prosent. Fylke, 2025.

Hvordan samarbeidet foregår

189 kommuner/bydeler har beskrevet hvordan samarbeidet med helsefellesskapet foregår i tjenester for voksne. Spørsmålet var rettet til de kommunene som svarte «ja» på at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne inngår i et faglig samarbeid om personer med alvorlige psykiske lidelser / rusmiddelproblemer i regi av helsefellesskapet. Vi sorterte svarene etter kommunestørrelsesgrupper for å undersøke om det var forskjeller i svarene basert på hvor mange innbyggere kommunen har.

Det overordnede inntrykket var at det ikke var veldig store forskjeller i hva kommunene svarte, basert på kommunestørrelsen. Mange av kommunene og bydelene pekte på de anbefalte samarbeidsstrukturene fra nasjonalt hold ved at kommunen deltar på ulike nivåer – i både partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglig samarbeidsutvalg (FSU). Den hyppigste deltakelsen fra psykisk helse- og rustjenestene rapporteres å være i FSU, som nevnes i over 40 av kommunene som har svart. Flere nevner at de deltar i tjenestemodell-grupper (nivået under FSU) eller andre typer arbeidsgrupper i regi av helsefellesskapet.

Basert på kommentarene har vi identifisert at psykisk helse- og rusarbeid hovedsakelig er involvert i arbeid i regi av helsefellesskapene gjennom

- faglig samarbeidsutvalg (FSU), eventuelt andre typer faglige utvalg;
- ulike former for lederdeltakelse / ledersamarbeidsforum (LSF) / strategisk samarbeidsutvalg (SSU) / partnerskapsmøte: samarbeid som involverer ledere, kommunalsjefer, eller deltakelse i strategiske organer som LSF, SSU og partnerskapsmøter. Noen nevner også tjenestemodellgrupper;
- samarbeidsmøter – ulike former for møter (faste, jevnlige, dialogmøter osv.);
- FACT-team, som nevnes relativt ofte som eksempel på hvordan det samhandles mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, det samme gjør DPS-relatert samarbeid (inkl. veiledning);
- interkommunalt/regionalt/bydelssamarbeid nevnes – samarbeid på tvers av kommunegrenser eller mellom bydeler;
- samhandlingsavtaler – flere legger vekt på formaliserte avtaler, felles rutiner og prosedyrer;
- enkeltprosjekt eller utviklingsarbeid med nye modeller;
- fagsamlinger/kurs/kompetanseheving: arrangementer (f.eks. dialogkonferanser) for faglig oppdatering og læring.

Om tjenestene påvirkes av avtaler som er inngått i helsefellesskapene

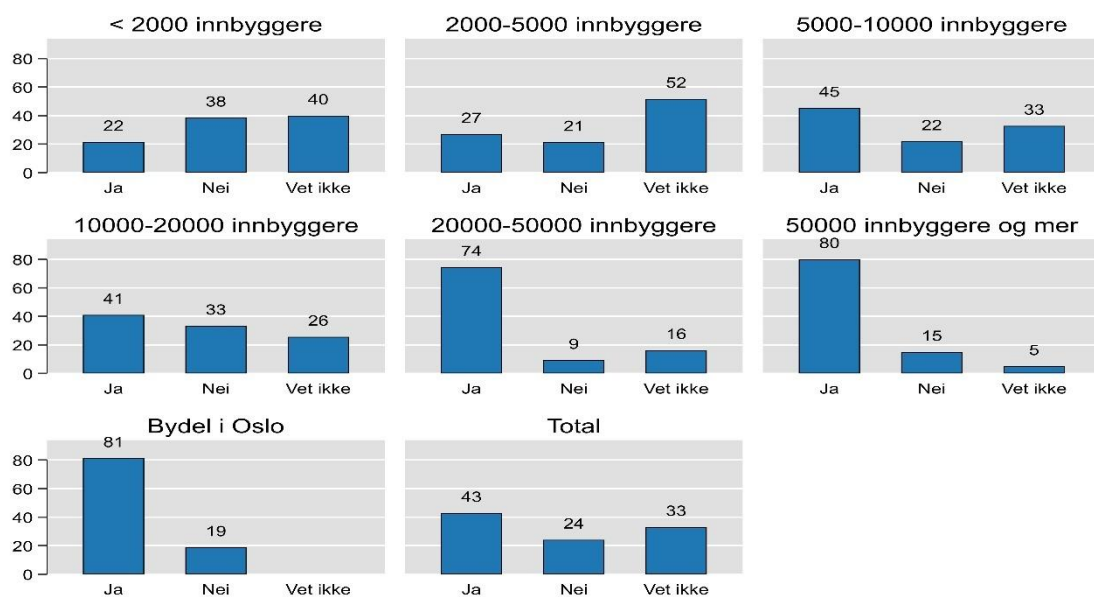
Det er 336 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet, og det utgjør 90 prosent av alle kommuner/bydeler.

Som vist i tabell 12.2 er det 43 prosent som svarer at tjenestene påvirkes av avtaler som er inngått i helsefellesskapene. Hver tredje kommune oppgir at de ikke vet om tjenestene påvirkes av slike avtaler, mens 24 prosent svarer at de ikke påvirkes av slike avtaler.

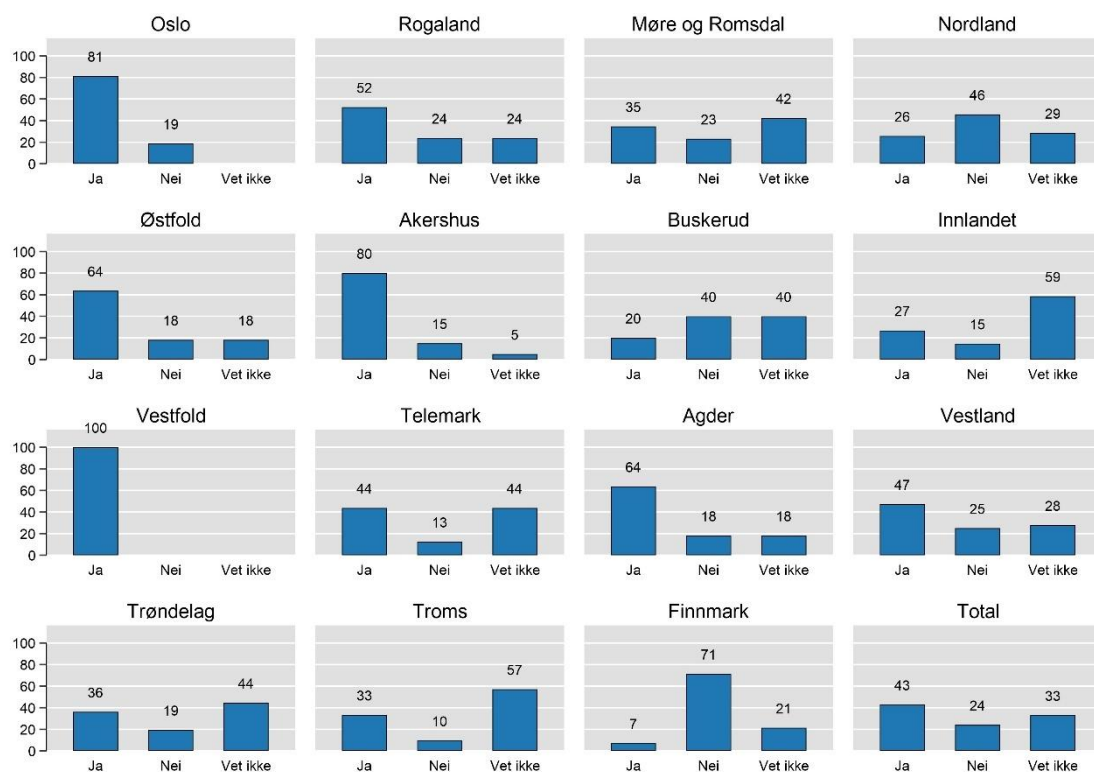
Tabell 12.2 Om tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne påvirkes av avtaler som er inngått mellom kommunene og helseforetak på noen måte (helsefellesskapene), 2025.

	Antall	Prosent
Ja	144	43
Nei	81	24
Vet ikke	111	33
Totalt	336	100

Andelen som svarer ja, øker med kommunestørrelsen, og andelen som svarer at de ikke vet, er høyest i de nest minste kommunene, der 52 prosent svarer at de ikke vet om tjenestene påvirkes av slike avtaler.



Figur 12.3 Om tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne påvirkes av avtaler som er inngått mellom kommunene og helseforetak på noen måte (helsefelleskapene), prosent. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 12.4 Om tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne påvirkes av avtaler som er inngått mellom kommunene og helseforetak på noen måte (helsefelleskapene), prosent. Fylke, 2025.

Figur 12.4 viser at det er størst andel kommuner som påvirkes av avtaler som er inngått i helsefellesskap i Vestfold (alle), Akershus (80 prosent), Østfold (64 prosent), Agder (64 prosent) og bydeler i Oslo (81 prosent).

Hvordan de påvirkes av avtalene i helsefellesskapene

139 kommuner og bydeler beskrev hvordan tjenestene innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne påvirkes av avtaler som inngås mellom kommunene og helsefellesskapet. Som for spørsmålet om hvordan samarbeidet foregår, så det ikke ut til å være store forskjeller basert på kommunestørrelse når det gjaldt hvilke temaer som ble tatt opp i svarene. Det var generelt litt mindre variasjon i svarene her, sammenliknet med spørsmålet om hvordan samarbeidet foregår, slik at det var lettere å kode materialet i færre tematiske kategorier.

41 av kommunene og bydelene (30 prosent) hadde et svar som indikerte at de mente samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten regulert gjennom samarbeidsavtalene har blitt bedre. 37 av kommentarene (27 prosent) handlet om samarbeidsavtalene som sådan, men svarene var generelt korte, f.eks. «Tjenestene blir påvirket gjennom samarbeidsavtalene som er utarbeidet, man forholder seg til avtalene.» (Kommune med 20 000–50 000 innbyggere.) 14 av kommentarene (10 prosent) handlet om etablering av FACT- eller ACT-team. Oppgavedeling, ansvarsfordeling og roller ble tatt opp av 11 kommuner. Ni kommuner og én bydel i Oslo kommenterte at samarbeidsavtalene stort sett handlet om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Andre temaer som ble nevnt, var at terskelen for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten synes å ha økt, og at man nå (gjennom helsefellesskapet) får bedre informasjon om kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Noen få nevnte også at samarbeidsavtalene gir bedre tilgang veiledning og økt kompetanse. Det går fram av flere av svarene at avtalene er nye, og at man fortsatt må regne med at det tar tid før de får effekt.

Basert på kommentarene som kom på spørsmålet om hvordan tjenestene påvirkes av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak/helsefellesskap, kan vi oppsummere følgende:

- Samarbeidsavtalene i seg selv ble hyppig nevnt, avtalene regulerer typisk oppgavefordeling og ansvarsforhold mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Det er økt samarbeid, et bedre samarbeidsklima og et styrket tverrfaglig samarbeid, og muligheter for kompetanseheving og kunnskapsdeling nevnes av flere.
- Flere kommuner nevner at de opplever høyere terskel for bistand fra spesialisthelsetjenesten, redusert tilgang på veiledning og kompetanse (spesielt i de mindre kommunene) og negative konsekvenser av nedleggelser av lokale tilbud (f.eks. DPS). Økonomiske krav og innsparinger, særlig knyttet til utskrivningsklare pasienter, påvirker kommunale tjenester negativt.

- Avtaleverket kan også oppleves som «veldig fjernt fra det praksisnære» og for lite effektivt.
- Etablering av FACT- og ACT-team fremheves som et viktig og positivt bidrag som gir bedre samhandling. Det er tydelig at mange forbinder helsefellesskap med FACT-samarbeidet. Det var én kommune som nevnte at de var usikre på hvorvidt helsefellesskapet egentlig støtter FACT.
- Ulike møteplasser og samarbeidsfora (som samarbeidsmøter, fagdager, arbeidsgrupper, LSF, SSU, dialogmøter og fagråd) nevnes som viktig for informasjonsflyt, drøfting av utvikling og bedringsforslag, og planlegging og videreutvikling av tjenestene. En gjentakende tematikk var arbeidet med håndtering av utskrivningsklare pasienter, inkludert felles rutiner for innleggelser og utskrivningspraksis samt krav om kriseplan. Det later fortsatt til å være behov for å tydeliggjøre samarbeid, oppgavedeling og ansvarsforhold mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å oppnå mer sammenhengende pasientforløp.

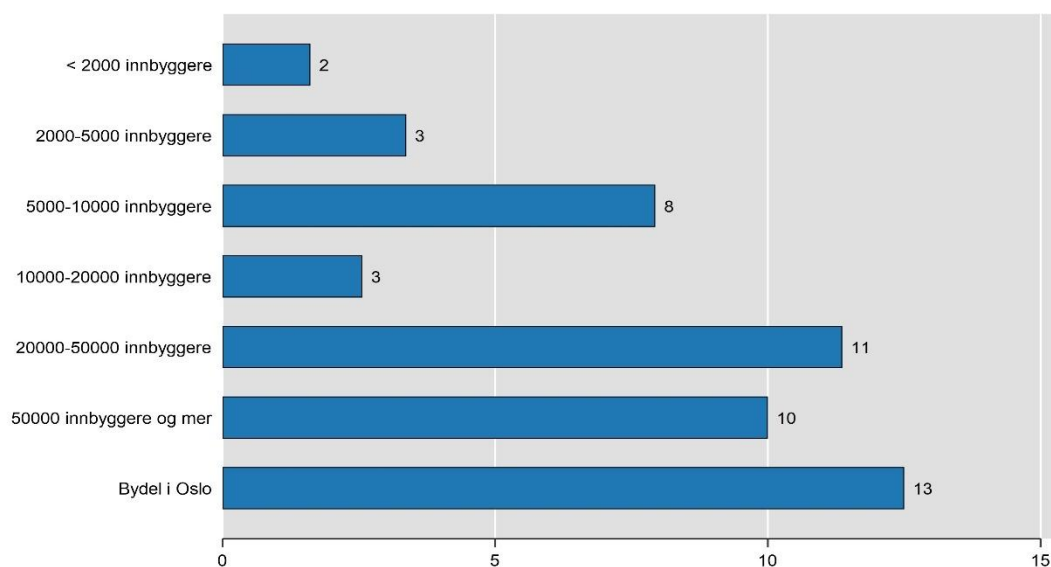
Som vist i tabell 12.3 er det foreløpig få kommuner/bydeler som oppgir at helsefellesskapet de er en del av, har bidratt i stor / svært stor grad til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest (6 prosent). 38 prosent svarer at de ikke vet, noe som nok speiler at en god del av de som har ansvar for rapporteringen i IS-24/8, ikke har vært sterkt involvert i dette arbeidet.

Tabell 12.3 I hvilken grad helsefellesskapet har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest.

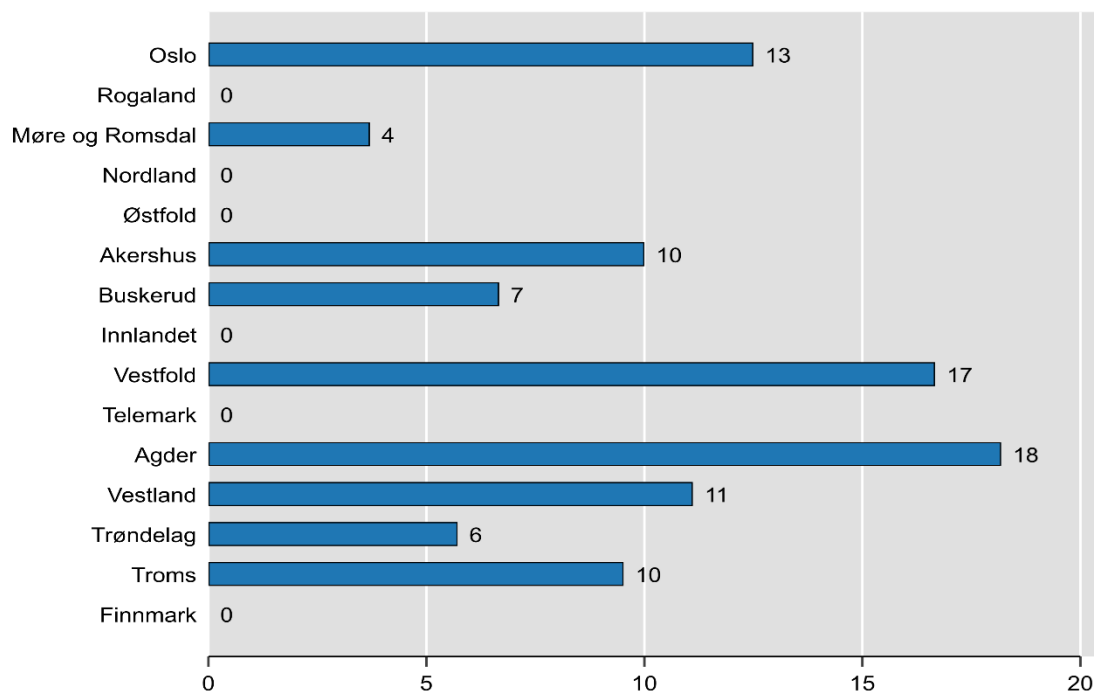
	Antall	Prosent
I svært stor grad	4	1
I stor grad	15	5
I noen grad	85	26
I liten grad	55	17
I svært liten grad	46	14
Vet ikke	128	38
Totalt	333	100

Det er lavest andel i de minste kommunene, men kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere ligger også foreløpig svært lavt (figur 12.5).

Fylkesforskjellene er vist i figur 12.6, og det er mange fylker der ingen av kommunene oppgir at helsefellesskapene i stor eller i svært stor grad foreløpig har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest (Rogaland, Nordland, Østfold, Innlandet, Telemark og Finnmark).



Figur 12.5 Prosent som svarer at helsefelleskapet i stor eller i svært stor grad har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest, kommunestørrelse.



Figur 12.6 Prosent som svarer at helsefelleskapet i stor eller i svært stor grad har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne pasientene/brukerne som trenger det mest, fylke.

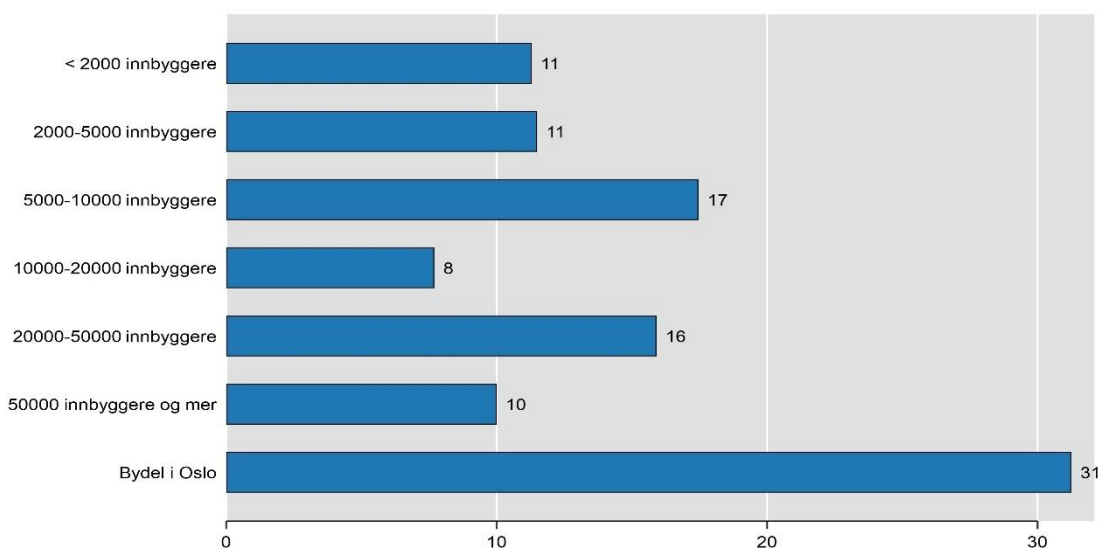
Om de ansatte som er nærmest de voksne brukerne i målgruppen, kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer

Det er 331 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet, og de dekker 89 prosent av alle kommuner/bydeler. Som vist i tabell 12.4 er det foreløpig få som svarer i svært stor grad (2 prosent) og i stor grad (11 prosent).

Tabell 12.4 Om de ansatte som er nærmest de voksne brukerne i målgruppen, kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer.

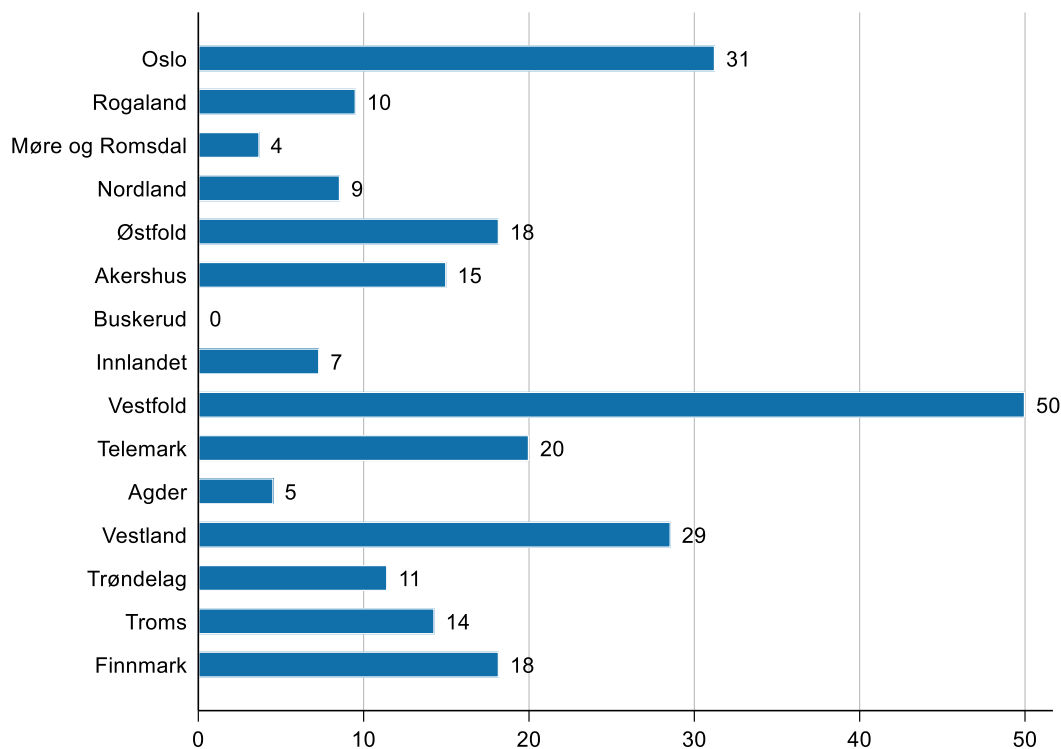
	Antall	Prosent
I svært stor grad	7	2
I stor grad	38	11
I noen grad	103	31
I liten grad	35	11
I svært liten grad	38	11
Vet ikke	110	33
Totalt	331	100

Som vist i figur 12.7 er det ikke så stor forskjell på andel som svarer i stor eller i svært stor grad mellom kommuner av ulik størrelse, men det er størst andel blant bydelene i Oslo som svarer slik.



Figur 12.7 Prosent som svarer at de ansatte som er nærmest de voksne brukerne i målgruppen, i stor eller i svært stor grad kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer, kommunestørrelse.

Det er særlig mange i Vestfold som svarer at de i stor eller i svært stor grad kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer (halvparten av kommunene – få og store kommuner i Vestfold). Det er ingen kommuner i Buskerud som oppgir at de i stor eller i svært stor grad kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer.



Figur 12.8 Prosent som svarer at de ansatte som er nærmest de voksne brukerne i målgruppen, i stor eller i svært stor grad kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med konkrete forslag til endringer. Fylke, 2025.

På slutten av spørsmålsbolken som handlet om helsefellesskap i tjenester for voksne, var det mulighet til å skrive inn en kommentar under «Dersom dere har en kommentar til helsefellesskapet, skriv her:». Her hadde 53 kommuner og bydeler lagt igjen en kommentar, og disse var generelt litt mer kritiske i formen enn foregående åpne kommentarfelt i dette kapittelet. Kommentarene gikk blant annet ut på det følgende:

- Det er stor variasjon i hvordan kommunene er organisert, noe som påvirker hvem som får delta og uttale seg i helsefellesskapene – representasjon kan bli personavhengig og ikke alltid tydelig for ansatte.
- Helsefellesskapene kan oppleves som lite synlige og fjernt fra tjenestene som jobber direkte med brukerne – noen peker på manglende rutiner for informasjonsdeling og uklare kommunikasjonslinjer.

- Forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen skaper press, noe som også ble nevnt i øvrige åpne spørsmål i dette kapitlet.
- FACT-team trekkes fram som et positivt tiltak for bedre samhandling.

12.2 Helsefellesskap, barn og unge

Inngår i faglig samarbeid

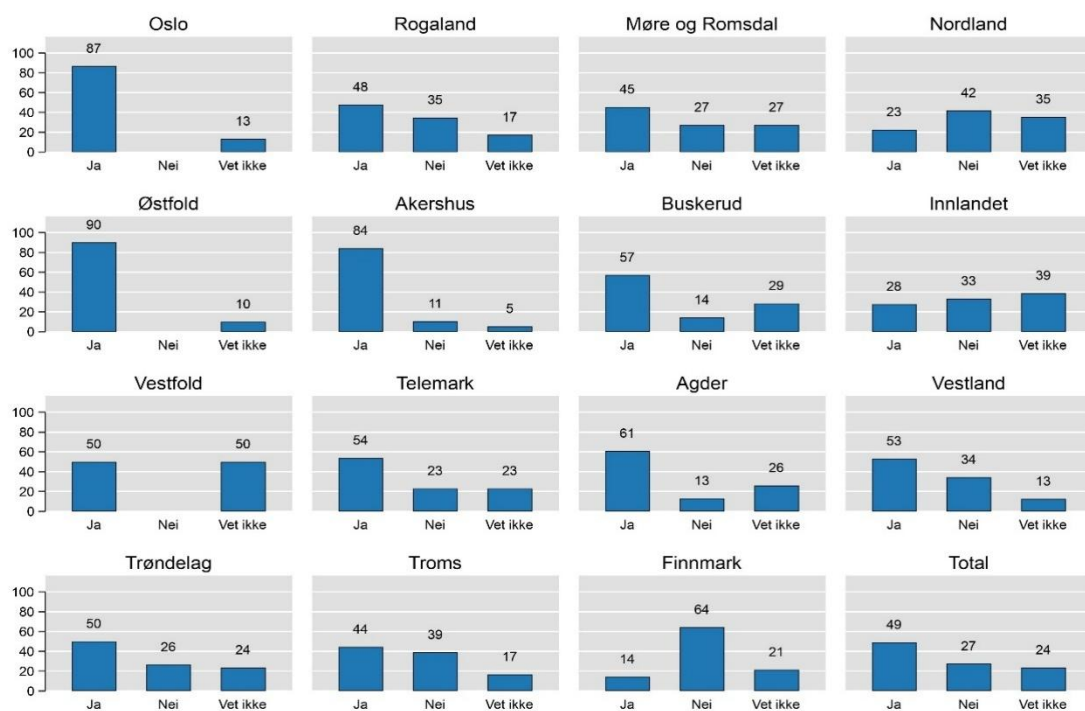
Det er 310 kommuner/bydeler som har svart på spørsmål om helsefellesskap når det gjelder tjenester til barn og unge, og dette dekker 83 prosent av alle kommuner/bydeler.

Som vist i tabell 12.5 er det omtrent halvparten av de som har svart, som oppgir at de inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet. Det er også nær hver fjerde som ikke vet om de inngår i et slikt faglig samarbeid.

Tabell 12.5 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet, 2025.

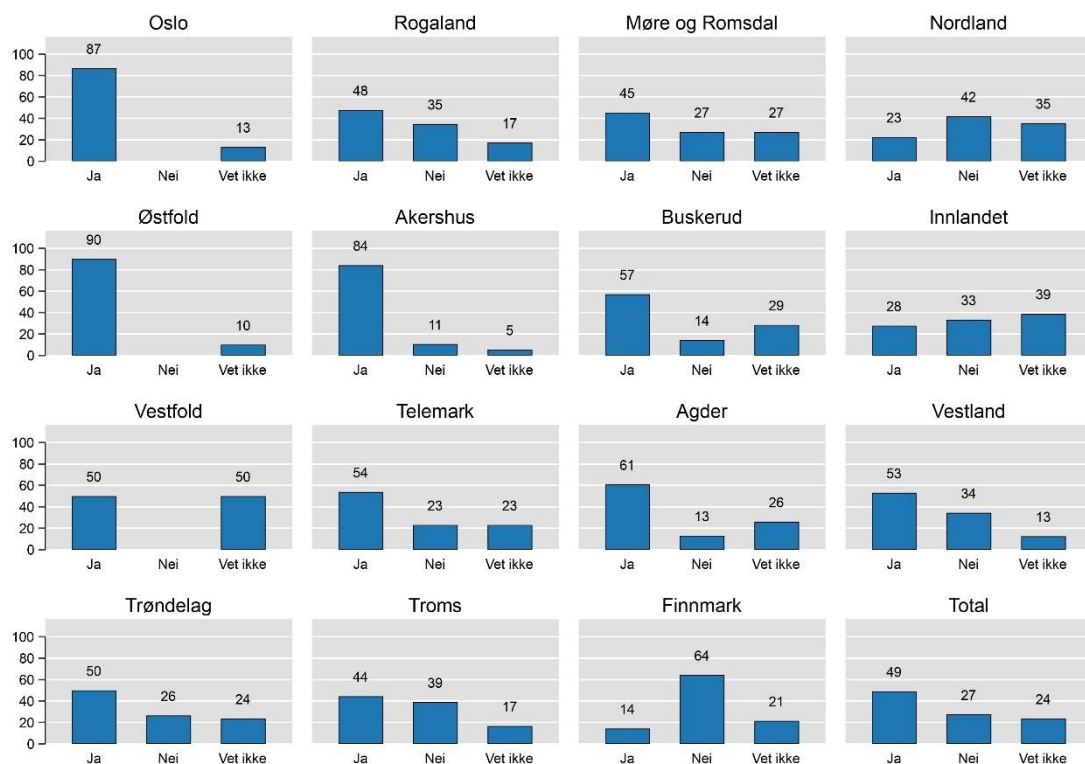
	Antall	Prosent
Ja	152	49
Nei	85	27
Vet ikke	73	24
Totalt	310	100

Som vist i figur 12.9 er det ikke så stor forskjell mellom kommuner på under 20 000 innbyggere (andelen som svarer ja, varierer fra 40 til 46 prosent), mens for kommuner over 20 000 innbyggere er det over 60 prosent av kommunene som svarer at de inngår i et faglig samarbeid. Nesten samtlige bydeler i Oslo svarer at de inngår i et faglig samarbeid med helsefellesskapet.



Figur 12.9 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefelleskapet. Kommunestørrelse, 2025.

I figur 12.10 presenteres de samme tallene fordelt på fylke. Finnmark og Nordland utpeker seg med lav andel kommuner som svarer at de deltar, mens Akershus og Agder har en høy andel deltakende kommuner.



Figur 12.10 Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av Helsefelleskapet. Fylke, 2025.

Hva samarbeidet handler om

Det er 135 kommuner/bydeler som har beskrevet hva samarbeidet handler om. Som for voksne reflekterer svarene i stor grad den tredelte strukturen i samarbeidet:

- deltakelse i faglig samarbeidsutvalg, utvalg, underutvalg eller arbeidsgrupper om
 - barn og unges psykiske helse / rusmiddelbruk
 - svangerskap fødsel og barsel

Noen beskriver hvilke målgrupper samarbeidet handler om:

- barn og unge med alvorlig adferdsutfordringer
- barn og unge med store og sammensatte behov
- unge under 16 år med rusmiddelvaner
- barn som pårørende

Utarbeiding av samhandlingsforløp ser ut til å være målet for samarbeidet i helsefelleskapene som har kommet godt i gang:

- Utarbeiding av samhandlingsforløp med helseforetakene/BUP som skal fungere som et kart over tjenestene, og som skal gi brukere og fagpersoner bedre oversikt over ansvarsområde og roller:
 - samordnet henvisning
 - samarbeid underveis
 - samordnet avslutning i spesialisthelsetjenesten
- Det er utarbeidet en retningslinje mellom kommunen og helseforetaket som omhandler samhandling om helhetlige tjenester for barn og unge.

Andre beskriver hvilke møter de har deltatt på, og noen beskriver hva som tas opp på ulike møter:

- partnerskapsmøter
- ledersamarbeidsforum med lokal BUP (LSF)
- samarbeidsmøter med BUP
- årskonferanser
- brukersamarbeidsforum (der man kan drøfte enkeltsaker) og ledersamarbeidsforum (mer overordnet systemnivå) hver sjette uke

Noen nevner deltakelse i ulike prosjekter:

- felles prosjekter basert på tilskudd fra helsefellesskapene
- prosjektet «Barn og unges helsetjeneste», som er et samarbeid mellom brukere av tjenestene, fastleger og fagfolk i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten om å skape mer helhetlige og sammenhengende hjelpetjenester for barn og unge
- tilskuddsmidler til prosjektet «Sammenhengende tjenester til barn, unge og deres familier»
- samarbeidsprosjektet «Rett tiltak til rett tid» med felles inntaksteam, koordinering og avtale

En kommune beskriver for eksempel at helsefellesskapet har tatt initiativ til fagutvalg:

Det er nylig nedsatt et tverrkommunalt fagutvalg for barn, unge og familier som ledes av spesialisthelsetjenesten. Dette på bakgrunn av initiativ fra helsefellesskapet.

Følgende sitat er et eksempel på hvordan samarbeidet beskrives:

Møtene avholdes fire ganger i året og har som mål å styrke samhandling og koordinering av tjenester for barn og unge med psykiske helseutfordringer. Samarbeidet omhandler blant annet tidlig innsats, forebygging, koordinering av oppfølging rundt enkeltbarn samt erfaringsdeling og felles kompetanseutvikling.

12.3 Faste samarbeidsmøter med psykisk helsevern (PHBU) på systemnivå

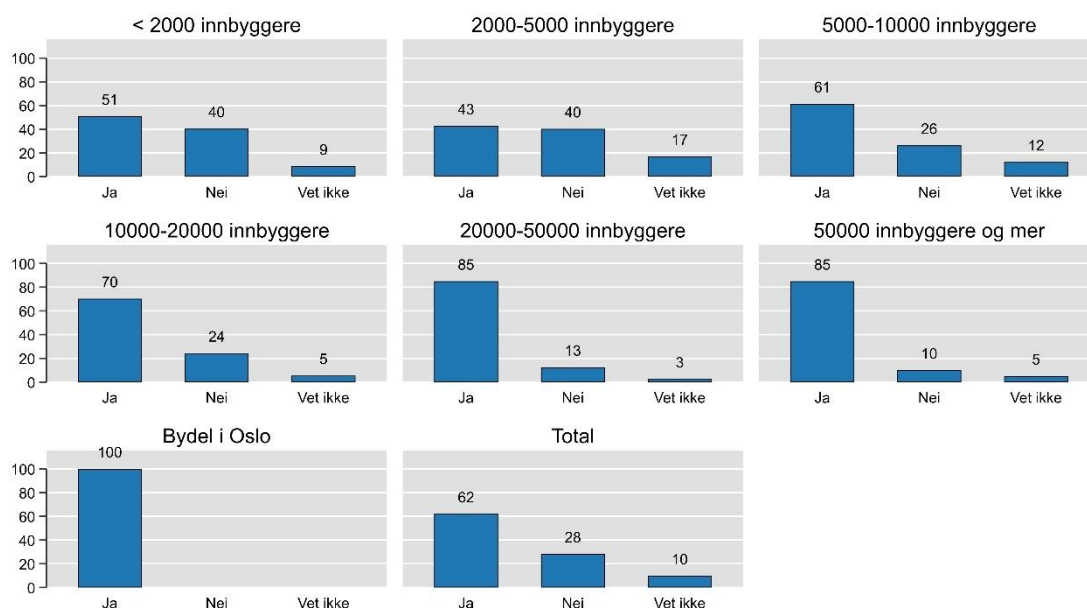
Det er 308 kommuner/bydeler som har svart på dette spørsmålet, og det gir en dekning på 83 prosent.

Som vist i tabell 12.6 er det 62 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har faste samarbeidsmøter med PHBU på systemnivå.

Tabell 12.6 Om kommune og psykisk helsevern (PHBU) har faste samarbeidsmøter på systemnivå, 2025.

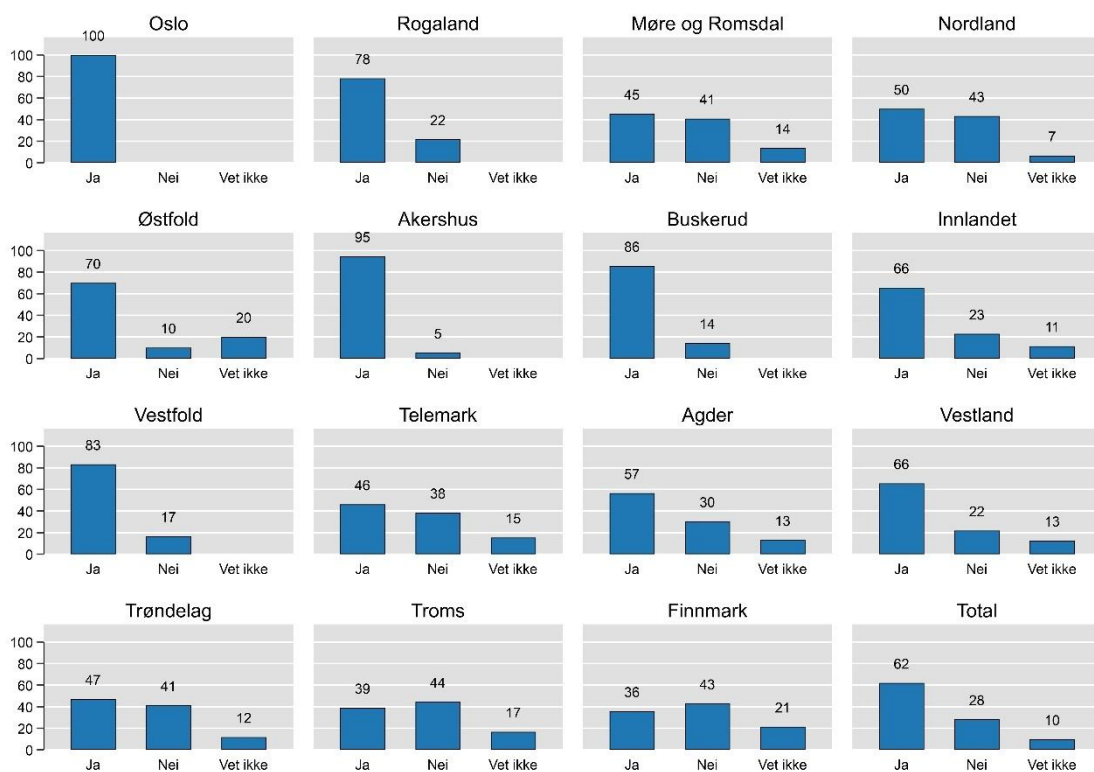
	Antall	Prosent
Ja	191	62
Nei	87	28
Vet ikke	30	10
Totalt	308	100

Som vist i figur 12.11 er det en betydelig større andel blant de minste kommunene som ikke har faste samarbeidsmøter, enn blant større kommuner.



Figur 12.11 Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har faste samarbeidsmøter på systemnivå. Kommunestørrelse, 2025.

Figur 12.12 viser at det særlig er høy andel som ikke har faste samarbeidsmøter med PHBU i Troms (44 prosent), Finnmark (43 prosent), Nordland (43 prosent), Trøndelag (41 prosent) og Møre og Romsdal (41 prosent).



Figur 12.12 Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har faste samarbeidsmøter på systemnivå. Fylke, 2025.

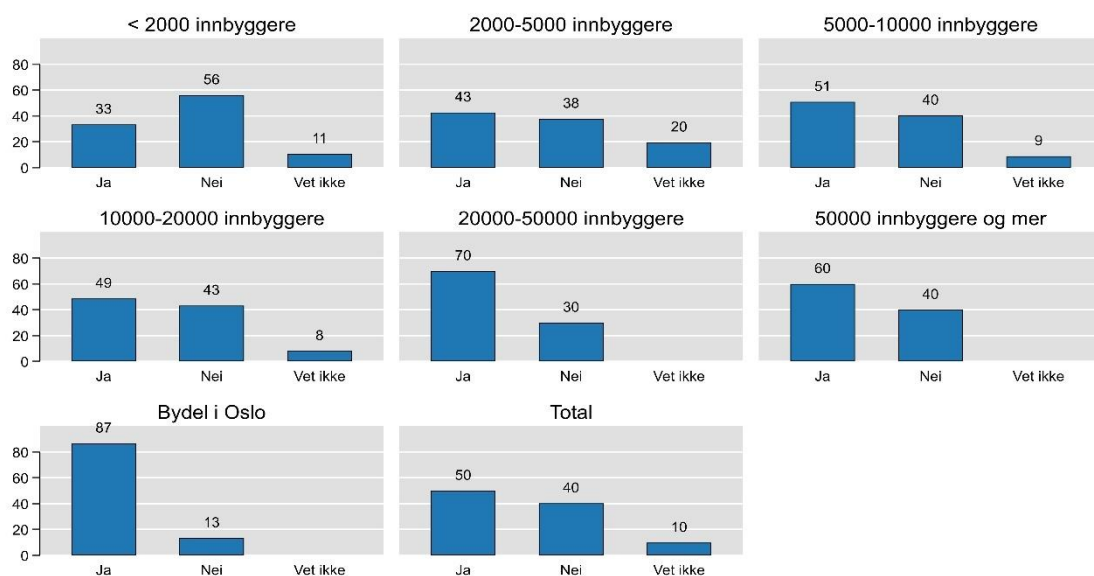
12.4 Etablert samarbeidsmodell for avklaring av henvisninger

Halvparten av kommunene oppgir at de har en etablert samarbeidsmodell med PHBU for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter, felles inntaksmøter, annet) i 2025. 40 prosent har ikke en slik samarbeidsmodell, og 10 prosent vet ikke om en slik modell er etablert.

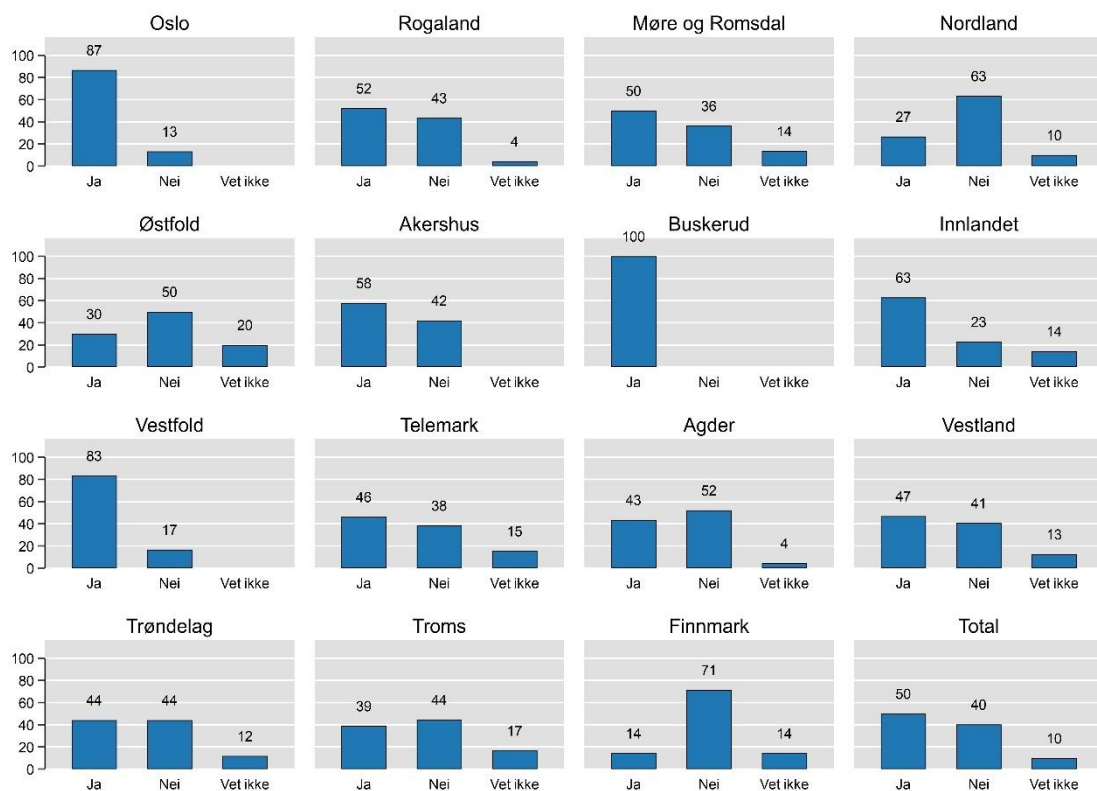
Tabell 12.7 Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har etablert en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter, felles inntaksmøter, annet), 2025.

	Antall	Prosent
Ja	154	50
Nei	124	40
Vet ikke	30	10
Totalt	308	100

Det er mange som mangler en slik samarbeidsmodell, både i små og i større kommuner (figur 12.13) og særlig i Finnmark (71 prosent) og i Nordland (63 prosent) (figur 12.14).



Figur 12.13 Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har etablert en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 12.14 Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har etablert en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Fylke, 2025.

12.5 Oppsummering

Over 90 prosent av kommunene svarte på spørsmål om helsefellesskapene for voksne, mens 83 prosent av kommunene svarte for barn og unge. Det var en høyere andel (24 prosent) som svarte «vet ikke» på spørsmålet om hvorvidt tjenester for barn og unge inngår i faglig samarbeid med helsefellesskapet, sammenliknet med spørsmålet om tjenester for voksne (16 prosent). Nedenfor oppsummerer vi svarene for tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge.

Tjenester for voksne: 59 prosent av kommunene svarte at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i faglig samarbeid med helsefellesskapet. Det var en klar sammenheng mellom det å delta i samarbeid og kommunestørrelsen, der tjenestene i de største kommunene i større grad deltar i samarbeid, og i mindre grad svarte «vet ikke». Kommuner i Finnmark utmerket seg med svært lav andel som inngår i samarbeid, og også Nordland, Troms og Møre og Romsdal lå lavt med 37–43 prosent.

Kommunene som svarte at de deltar i faglig samarbeid, beskrev hvordan dette foregår. Det var ikke store forskjeller mellom små og store kommuner i hvordan samarbeidet ble beskrevet. Mange viste til de nasjonalt anbefalte samarbeidsstrukturene, der kommunene deltar på ulike nivåer, som partnerskapsmøter, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og særlig faglig samarbeidsutvalg (FSU), som ble nevnt av over 40 kommuner. I tillegg deltar flere i tjenestemodellgrupper og andre arbeidsgrupper. Samarbeidet skjer typisk gjennom faste møter, dialogmøter og ulike samarbeidsfora. FACT-team og samarbeid med distriktspsykiatriske sentre (DPS) trekkes fram som konkrete eksempler på samhandling. Flere kommuner nevnte interkommunalt samarbeid, formelle samhandlingsavtaler og utviklingsprosjekter og kompetansehevende tiltak som kurs og fagsamlinger.

43 prosent av kommunene mente at tjenesten deres påvirkes av avtaler som er inngått mellom kommunene og helsefellesskapet. Når én tredjedel av kommunene hadde et svar som indikerte at de mente samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten regulert gjennom samarbeidsavtalene har blitt bedre. Det var imidlertid få kommuner som mente at helsefellesskapene i stor grad har bidratt til å øke prioriteringen av de voksne brukerne som trenger det mest (kun 6 prosent). Det var godt over halvparten av kommunene (55 prosent) som svarte «i liten / svært liten grad» eller «vet ikke» til at ansatte som jobber nærmest brukerne, kan gi innspill til helsefellesskapet om målgruppens behov og komme med forslag til endringer.

Når det gjelder tjenester for barn og unge, svarte 49 prosent av kommunene at kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet. Det var ikke så stor forskjell mellom kommunegrupper på under 20 000 innbyggere (rundt 40–46 prosent), men klart høyere andeler blant de større kommunene. Finnmark og Nordland utpekte seg med lav andel kommuner som svarte at de deltar, mens Akershus og Agder hadde høy deltakelse.

Som i tjenester for voksne svarte flere at samarbeidet innebærer deltakelse i faglige samarbeidsutvalg, underutvalg og arbeidsgrupper som omhandler barn og unges psykiske helse, rus, svangerskap, fødsel og barsel. Flere kommuner beskriver spesifikke målgrupper for samarbeidet, som barn og unge med alvorlige adferdsutfordringer og store og sammensatte behov, barn under 16 år med rusmiddelvaner og barn som pårørende. Et sentralt mål for samarbeidet ser ut til å være å utvikle samhandlingsforløp i samarbeid med helseforetakene, som skal gi bedre oversikt over tjenestene, tydeliggjøre roller og ansvar og sikre samordnet henvisning, oppfølging og avslutning i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene beskriver deltakelse i ulike møtefora som partnerskapsmøter, ledersamarbeidsforum med lokal BUP, samarbeidsmøter, årskonferanser og brukersamarbeidsforum. Flere nevner også deltakelse i prosjekter finansiert av helsefelleskapene, som «Barn og unges helsetjeneste», «Sammenhengende tjenester til barn, unge og deres familier» og «Rett tiltak til rett tid», som handler om felles inntaksteam og koordinering.

Det er 62 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har faste samarbeidsmøter med PHBU på systemnivå, og det en betydelig større andel av de minste kommunene som ikke har faste samarbeidsmøter, enn andelen av større kommuner.

Halvparten av kommunene oppgir at de har en etablert samarbeidsmodell med PHBU for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter og felles inntaksmøter), og det er mange som mangler en slik samarbeidsmodell, både i små og i større kommuner. Andelen er særlig høy i Finnmark (71 prosent) og i Nordland (63 prosent). På nasjonalt nivå er det 40 prosent som har ikke en slik samarbeidsmodell, og 10 prosent vet ikke om en slik modell er etablert.

13 Samarbeid med spesialisthelsetjenester

Helsedirektoratet anbefaler at kommuner og helseforetak bør bruke helsefellesskapets samarbeidsstrukturer til å planlegge og utvikle helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Også utover de lovpålagte samarbeidsavtalene bør det i helsefellesskapet utvikles lokale prosedyrer for samarbeid i et likeverdig partnerskap mellom kommunene og helseforetaket.

Kommuner bør, der det er hensiktsmessig, samarbeide med hverandre om lokale prosedyrer som utvikles og avtales i helsefellesskapet. Disse bør være mest mulig likelydende og utfylle ulike kommuners behov.²

Kapittel 13.1-13.4 handler om samarbeid om voksne og kapittel 13.5-13.7 handler om samarbeid om barn og unge.

13.1 Samarbeid om voksne i hovedforløp 3

Som vist i tabell 13.1 er det 46 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern om voksne i hovedforløp 3 er godt eller svært godt. Dette er en nedgang fra 56 prosent i 2024. Det er 12 prosent som svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig, og dette er en økning fra 6 prosent i 2024. Det er 48 prosent som svarer at samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er godt eller svært godt i 2025, og dette er en nedgang fra 60 prosent i 2024. Det er 6 prosent som svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig i 2025, og andelen i 2024 var 7 prosent.

²<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne/planlegging-og-samarbeid/kommunen-og-spesialisthelsetjenesten-bor-bruke-helsefellesskapet-som-arena-for-samarbeid-om-helhetlige-og-sammenhengende-helse-og-omsorgstjenester-for-voksne-med-psykisk-helse-eller-rusmiddelproblemer>

Tabell 13.1 Hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er når det gjelder voksne personer i hovedforløp 3, 2025.

	Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	15	4	19	6
Godt	143	42	144	42
Nokså godt	124	37	106	31
Dårlig	34	10	18	5
Svært dårlig	8	2	5	1
Har ikke erfaring	14	4	47	14
Totalt	338	100	339	100
Ikke oppgitt	34		33	

13.2 Endringer i samarbeidet om voksne siste år

Som vist i tabell 13.2 er det 30 prosent som oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern, og 16 prosent som oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er 12 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre, mens 18 prosent oppgir at det har blitt dårligere siste år. Samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling oppgis å ha blitt bedre av 4 prosent av kommunene, mens 12 prosent oppgir at samarbeidet har blitt dårligere.

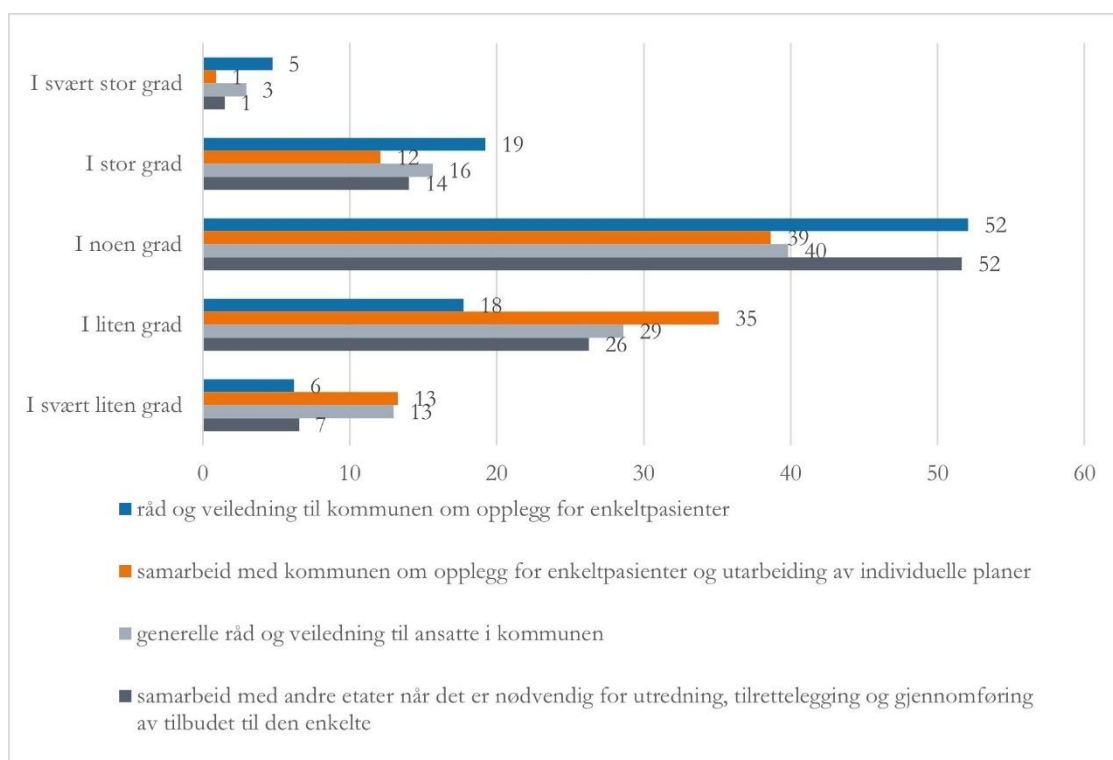
Tabell 13.2 Om det er endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten når det gjelder voksne personer i hovedforløp 3 i løpet av det siste året, 2025.

	Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mye bedre	4	1	3	1
Bedre	38	11	11	3
Uendret	236	70	285	84
Dårligere	57	17	37	11
Mye dårligere	4	1	3	1
Totalt	339	100	339	100
Ikke oppgitt	33		33	

13.3 Bidrag fra spesialisthelsetjenester i tjenester til voksne

Psykisk helsevern

Som vist i figur 13.1 er det flest som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (24 prosent). 13 prosent svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer, mens 19 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad gir generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. 15 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad samarbeider med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.



Figur 13.1 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad psykisk helsevern ivaretar sitt ansvar for voksne, 2025.

89 kommuner/bydeler har lagt inn en kommentar til svaret sitt, og det er flere som oppgir at spesialisthelsetjenesten har urealistiske forventninger til kommunen, og noen beskriver det detaljert:

Jeg opplever at det kommer «bestillinger» fra psykisk helsevern som er for høytsevendende/teoretiske til at de skal la seg gjøre å følge opp i praksis. For eksempel «behov for tett oppfølging etter utskrivelse», eller «i behov av tilsyn flere ganger for uken». Jeg tenker det er fint at psykisk helsevern beskriver hva de finner ut, men det bør være opp til kommunen å avgjøre hvilket tilbud som gis. Det er også eksempler på at det kommer epikriser med «bestillinger» hvor det er helt åpenbart at pasienten har sykeliggjort

egen fungering i kontakt med psykisk helsevern. Dette kan også være pasienter som vi over tid har jobbet med å «tåle å stå» i ubehaget i egen hverdag for å tilstrebe mestring, i håp om at dette kan påvirke sinnsstemningen i stor nok grad til å klare alternativ handling/endring, som igjen forhåpentligvis vil føre til bedring. Det er da litt frustrerende at det kommer «bestilling» fra psykisk helsevern på «tett oppfølging», noe som dyrker pasienten sin opplevelse av at «jeg trenger hjelp» fremfor å potensielt kunne erfare mestring av eget liv/egen fungering tross ubehag. Når det gjelder råd og veiledning, opplever jeg at spesialisthelsetjenesten tilstreber å få til dette på forespørsel.

En relatert kommentar gis fra en bydel:

Opplever at spesialisthelsetjenesten p.t. har et «utdatert» mandat med tanke på at livene til målgruppen i langt større grad enn før faktisk leves ute i kommunene.

Det er også mange som oppgir at det er personavhengig hvordan samarbeidet fungerer, og noen forklarer det mer detaljert:

Veldig personavhengig hvor bra og grundig samarbeidet foregår. Det er veldig variert. Fra en kort setning om at en for oss ukjent person ønsker oppfølging fra kommunal helsetjeneste, men ingen annen informasjon eller kommunikasjon om dette i øvrig. Til nære gode samarbeidsmøter og telefonsamtaler med veiledende og drøftende karakter.

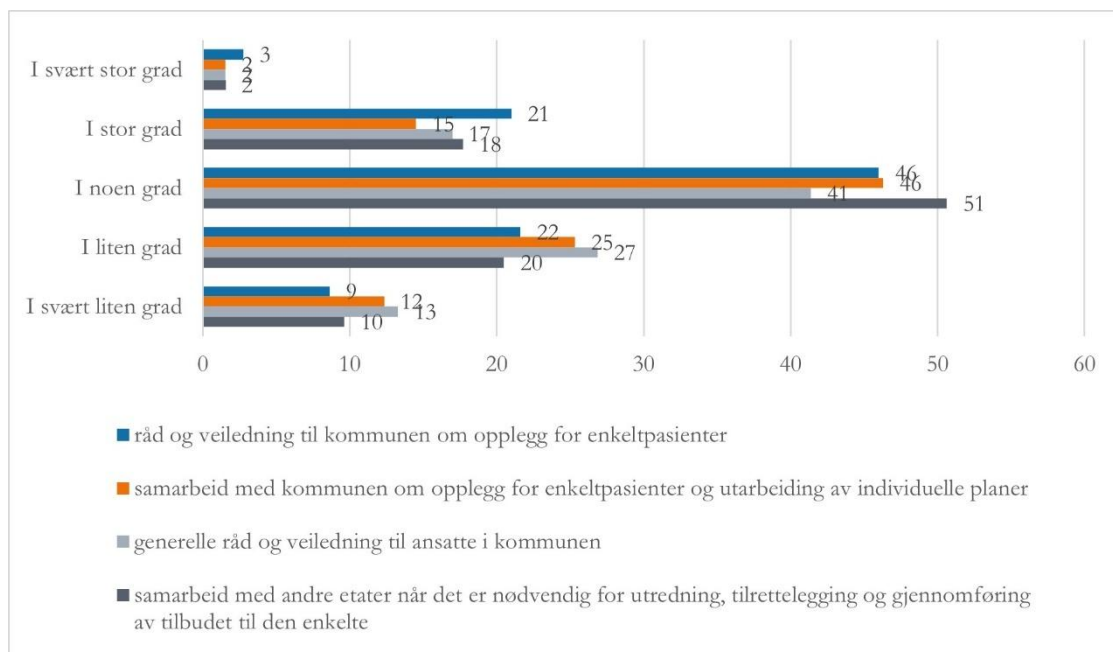
Oppleveres som at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig og ønsker samarbeid når de har noen gevinst av samarbeidet. Litt mer tilfeldig/personavhengig hvor godt man lykkes med samarbeid initiert av kommunen. Vi har også gode samarbeidsforløp.

Flere svarer at det fortsatt er ROP-pasientene de trenger mest hjelp med, og Velferdsetaten i Oslo svarer slik:

En hovedutfordring slik vi ser det, er å sikre gode, helhetlige og tilrettelagte tjenester for personer med alvorlige og langvarige rusproblemer. Psykisk helsevern har spesialistkompetanse og tjenester som flere har behov av. Gjensidig veiledningsplikt er ikke i tilstrekkelig grad bli konkretisert mtp. hva både spesialisthelsetjeneste og kommune skal bidra med.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Som vist i figur 13.2 er det liten variasjon i svarene for de ulike formene for samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Som for psykisk helsevern er det flest som svarer at de i svært stor eller i stor grad får råd og veiledning om opplegg for enkeltpasienter (24 prosent), mens litt færre svarer slik på om de samarbeider om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer (17 prosent), gir generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen (19 prosent), og samarbeider med andre etater når det er nødvendig (20 prosent).



Figur 13.2 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad tverrfaglig spesialisert rusbehandling ivaretar sitt ansvar for voksne, 2025.

Det er 60 kommuner/bydeler som har lagt igjen en kommentar. Noen oppgir at de har få pasienter i målgruppen og derfor ikke har grunnlag for å svare på spørsmålet. Andre er tydelige på hva som er utfordringene:

Lang ventetid, svingdørspasienter, blir ikke teken alvorleg og ofte definert som «ferdig behandla» når vi lokalt meiner at pasient har så alvorlege behov at det bør verte gitt tilrettelagt og langvarig tilbod. Det er for mykje bruk av korttidsopphald utan noko anna mål eller fagleg forankring enn å «tørke opp». Vi i den kommunale tenesta som kjenner brukar over lang tid og motiverer for behandling, opplever at våre faglege vurderingar ikkje bli tekne alvorleg.

Flere oppgir at oppholdene blir kortere, og at kommunene får større ansvar:

Vi opplever at spesialisthelsetjenesten er under stort press, og det preger hva de har kapasitet til – pasientforløpene blir kortere

Vi merker en stor endring med tanke på at det er minimalt med behandlingsplasser og ventetiden er lang. Oppfølging blir derfor i kommunal regi.

En kommune fremhever at bedre og mer systematisk samarbeid kan gi store gevinster på samfunnsnivå:

Samarbeidet er for tilfeldig og for ofte avhengig av at vi fra kommunen ber om å samhandle/ bli involverte. De vi samhandler med, er super, og vi får en samfunnsøkonomisk stor gevinst til en lav kostnad og med god effekt for pasienten. Spesialisthelsetjenesten har et forbedringspotensialer i å se nytteverdien i mer samhandling, da det ligger enorme økonomiske besparelser for dem i det. Samt et mye lettere sykdomsforløp for pasientene.

De som oppgir at de har et godt samarbeid, oppgir for eksempel:

Meget godt samarbeid er utviklet i løpet av de siste årene. Også på grunn av FACT og bruk av ansatte på tvers av tjenestene opp mot enkeltbruker.

En annen kommune beskriver sin erfaring mer detaljert:

Ruskonsulent i Nav opplever at samarbeidet med TSB fungerer svært godt. Det samhandles tett både med poliklinikk og døgnposter lokalt og med de ulike behandlingssenheter innen foretaket. Det tas kontakt raskt begge veier der de har brukersaker der det er behov for samhandling. Nav er inne og følger opp/koordinerer alle brukere på AAP i langtidsbehandling på døgn. Vedtak om kommunal oppfølging har blitt satt på pause når brukere er på langtids døgnplass. Dette blir meldt som problematisk, da det kan skape unødvendige brudd i rehabiliteringsforløp.[...] Nav melder til slutt at det virker å bli stadig vanskeligere både å få innvilget heldøgns langtidsbehandling og å bli inkludert i LAR. Det uttrykkes fra brukere og brukerorganisasjoner at det er store regionale forskjeller i praktiseringen av LAR.

En bydel i Oslo oppgir følgende erfaring:

Samarbeidet har blitt dårligere. Nye rutiner henvisningsmottak, de er mindre tilgjengelig og har dårligere detaljkunnskap/oversikt over de ulike behandlingstilbudene. Kvaliteten ved henvendelse er mer personavhengig enn før.

En annen bydel oppgir:

Det er veldig varierende fra institusjon til institusjon hvordan samarbeidet er, men det er generelt lite overføring av opplysninger som er nødvendige for ivaretagelse i førstelinje etter endt behandling.

Velferdsetaten påpeker at det er behov for å konkretisere hva gjensidig veiledningsplikt innebærer, både for TSB og for kommunen.

13.4 Får ikke tilstrekkelig tilbud i spesialisthelsetjenesten

79 prosent av kommunene svarer at det er noen i målgruppen for kommunale psykisk helse- og rustjenester som de mener burde få behandling i spesialisthelsetjenesten, og som i dag ikke får tilstrekkelig tilbud.

Tabell 13.3 Om det er det noen i målgruppen for kommunale psykisk helse- og rustjenester som kommunene mener burde få behandling i spesialisthelsetjenesten, og som i dag ikke får tilstrekkelig tilbud, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	267	79
Nei	43	13
Vet ikke	29	9
Totalt	339	100
Ikke oppgitt	33	

245 av de 267 kommunene (92 prosent) som har svart ja, gir en beskrivelse av hva som kjennetegner de som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men som etter kommunens mening burde hatt det. Svarene handler om dem med alvorlige lidelser:

- de som får avslag fra DPS og har alvorlige lidelser, og kommunen ikke får veiledet pasientene til bedre fungering
- ROP-pasienter med lavt funksjonsnivå
- personer med personlighetsforstyrrelser
- de som er for syke til å møte opp til poliklinisk behandling, og som burde hatt døgntilbud
- pasienter som har alvorlige lidelser og for korte behandlingsforløp, og som skrives ut og blir dårlige igjen
- flyktninger og andre med alvorlige traumer
- pasienter med ROP-lidelser som ikke følges opp av FACT-team
- de som ikke ber om hjelp, men har store utfordringer
- pasienter som har lang avstand til spesialisthelsetjenester, for eksempel avrusningsplasser
- personer med tvangslidelser
- personer som har volds- og sikkerhetsrisiko, og som avslås i spesialisthelsetjenesten fordi de har høy voldsrisiko
- personer som faller mellom helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 og psykisk helsevernloven kapittel 3
- personer med psykisk utviklingshemming og rusmiddelproblemer
- personer med spiseproblematikk
- personer med selvskadingsatferd
- personer med selvmordsatferd
- de som tilsynelatende har høyt funksjonsnivå, men som har alvorlige problemer
- de som ikke har en tydelig psykisk lidelse som kan diagnostiseres
- brukere med autismespekterforstyrrelser sammen med psykisk uhelse og rus

Mange nevner de som ikke klarer å motta poliklinisk behandling:

Dersom pasienter med rusutfordringer ikke klarer å nyttiggjøre seg poliklinisk rusbehandling eller dra i døgntilbud, blir de avsluttet i TSB. Det er ingen ambulerende team til å følge dem opp pr. nå. Brukere med alvorlig psykisk lidelse som ikke klarer å nyttiggjøre seg poliklinisk behandling eller innlegges i døgntilbud i psykisk helse, har ingen tilbud om hjelp. Av og til ser vi hvor syke disse er, og at kommunen blir stående med ansvaret alene. Det er jo disse sykeste pasientene vi virkelig hadde hatt bruk for hjelp av spesialister.

Og det nevnes at døgnplasser legges ned, at og alvorlig syke pasienter overlates til kommunene:

De kjennetegnes av kompliserte tilfeller hvor (navn på helseforetak) mener pasienten er utskrivningsklar, mens kommunen sliter med å gi et forsvarlig tilbud grunnet mangler i lovverket. Pasientene har da ofte alvorlige psykiske lidelser eller ROP-lidelser. Det er en nedgang i antall sengeplasser innen TSB, dette fører til at flere som kanskje er i behov av innleggelse, må nøye seg med poliklinisk behandling. (Navn på helseforetak) skriver av og til at pasienter er behandlingsresistente, noe som gjør at de ikke får tilbud og må ivaretas i kommunen.

Bydeler har liknende erfaringer:

Disse personene kjennetegnes ofte ved at de blir vurdert som behandlingsresistente innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), noe som medfører at ansvaret i stor grad faller på bydelen. De befinner seg i en særlig sårbar posisjon fordi de har sammensatte og komplekse utfordringer, og faller dermed mellom tjenestenivåene. Mange får ikke tilgang til psykisk helsevern grunnet aktiv rusbruk, samtidig som de ikke får plass i rusbehandling, fordi psykiske lidelser vurderes som hovedproblematikk. Dette skaper betydelige utfordringer for både brukerne og oss i tjenesteapparatet.

Svært dårlig fungerende personer vurderes som medisinsk avklart/ferdigbehandlet, og/eller de sier de er behandlingsresistente. Noen vurderes som for dårlige for behandling.

Som hovedregel er dette personer med langvarige og alvorlige rus- og psykiske helseproblemer og som i liten grad klarer å nyttiggjøre seg spesialisthelsetjenester dersom de ikke er innrettet som arenafleksible og oppsøkende tjenester.

Flere oppgir også at personer de mener har behov for spesialisthjelp, ikke vurderes som syke nok:

Vi henvendte oss direkte til spesialisthelsetjenesten om at tilbudet i kommunen ikke var tilstrekkelig, og ble avvist med at spesialisthelsetjenestens vurdering var at tilbudet var godt nok. Vi har også erfart at henvisninger blir avvist fordi problematikken ikke er «alvorlig nok», som motstrider prinsippet om tidlig innsats.

Vanskelig å skille på om personer er alvorlig psykisk syke eller bare til sjenanse for samfunnet. Lager uro/bråk i lokalsamfunnet, men politiet beskriver personene som ikke tilregnelige, men de er heller ikke syke nok.

Personer som ikke er syke nok til å få helsehjelp i psykisk helsevern, men som er for syke til å sone:

Brukere som er psykisk syke, og som representerer en samfunnsrisiko, men som ikke tilfredsstiller kriteriene for alvorlig sinnslidelse, men allikevel blir vurdert av kriminalomsorgen til å være for psykisk syke til å sone i fengsel.

Eller som er for syke til å bo hjemme, men for friske for behandling:

Dette er pasienter som faller mellom to stoler. De er for syke til å bo hjemme, men ikke syke nok til å bli innlagt. Noen pasienter legges inn og opplever raskt bedring i spesialisthelsetjenesten og skrives derfor ut, men opplever et raskt funksjonsfall og burde hatt ny innleggelse. Dette kan føre til at de blir kateballer i systemet.

Kommunene erfarer at innbyggere får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten fordi de er for syke:

De som har alvorlige og sammensatte diagnoser, som spesialisthelsetjenesten mener er for syke for å få hjelp hos spesialisthelsetjenesten.

Beskjeden er at de er for dårlige til å få hjelp i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten overlater ansvaret for de sykeste til kommunene på grunn av prioriteringene de gjør:

Personer i forløp 3, der kost- nytte blir vurdert, og oppfølging av pasienten i praksis overlates til kommunen. Spesialisthelsetjenesten utreder, og mer og mer av behandling foregår i kommunen med kommunale ressurser,

De vurderes som ferdigbehandlet. Ikke syke nok eller for syke, eller manglende motivasjon til behandling.

Vi opplever at de dårligste pasientene som ikke nyttiggjør seg tilbudet hos spesialisthelsetjenesten, skrives ut igjen til kommunen. Som da må finne gode tilbud for disse gruppene. Dette varierer fra behov til behov, og vi som kommune har ikke spisskompetanse på dette store feltet. Vi opplever at det å få henvist til psykisk helse, er 10 ganger vanskeligere enn somatikken.

Kompliserte utfordringer, som ikke passer med bare 1 diagnose, dvs. de kan være for syke for en type behandling, men ikke passe helt inn i en annen type behandling på grunn av komplekse utfordringer.

Bydelen opplever at alle målgrupper som faller utenom de som defineres som alvorlige (psykose, schizofreni og bipolar 1), fort prioriteres ned selv om funksjonene til disse kan være like bekymringsfull. Særlig alvorlige personlighetsforstyrrelser som påvirker den daglige fungeringen sterkt, og der det er komorbiditet med rusmisbruk, opplever kommunen at de ofte står mer alene, og at vedkommende ikke får tilbud som vi tror de kunne ha profitert på.

En kommune beskriver følgende målgruppe:

Personer med forvirringstilstand som det er uavklart om er psykose/rusutløst eller adferd. Flere som kunne hatt nytte av kriseseng, men som ikke får det fordi de ikke har en behandler i andrelinjetjenesten.

Problematikken rundt ROP-pasienter beskrives av mange kommuner:

Pasientane går i ein runddans inn og ut av spesialisthelsetjenesta, særleg i psykisk helsevern. Korte innleggingar, frå timar til få dagar. Vanskeleg å få dei inn til grundig utgreiing, gjeld både alvorleg psykisk sjuke, personar med kognitiv svikt og ikkje minst ROP-brukarar. Sistnemnde blir avviste grunna rus og blir aldri avrusa godt nok til å kunne bli greidde ut for psykisk liding.

Det er personer som er i hovedforløp 3. De har utfordringer med å komme seg til avtaler og ramler lett mellom alle stoler. ROP-pasientene får ikke et tilfredsstillende tilbud, da rus og psykiatri fortsatt behandles adskilt.

Rusbelastede pasienter som ikke har nok innsikt i egen sykdom, får ikke den hjelp de burde hatt, med at de selv kan skrive seg ut av behandlingssituasjonen og droppe det hele. Slike pasienter trenger lengre opphold for å kunne avvenne kroppen bruken av rusmidler.

Tilbudet for personer med rusavhengighet skulle vært mer sømløst når det gjelder avrusning og behandling. Mange ganger blir det ventetid mellom avrusningsopphold og behandlingsopphold, noe som er veldig uheldig.

Spesialisthelsetjenesten vil at rusproblematikk skal være behandlet før de gir tilbud om hjelp for psykiske helseplager. Vi savner at en har større fokus på helheten.

I tilfeller der pasienten klarer å motta poliklinisk behandling, burde spesialistene reist til kommunene:

Savner mer fleksibilitet rundt poliklinisk behandling for personer med alvorlig psykisk sykdom, hvor spesialisthelsetjenesten burde komme til kommunen og møte pasientene der de er.

Vurderingene som gjøres i spesialisthelsetjenesten, er ikke alltid gyldige i en kommunal setting:

«Svingdørspasienter» som ikke får nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten, men skrives raskt ut og tilbake til kommunen. Observasjoner og vurderinger tatt mens pasienten har vært inneliggende, er ikke gyldige ute i kommunen, da rammebetingelsene er annerledes.

En kommune gir en grundig beskrivelse av en situasjon der funksjonsnivået ikke blir vurdert som lavt nok til at pasienten trenger spesialistbehandling:

Et eksempel kan være en person som etter vold i oppvekst strever veldig med andre mennesker, det å stole på dem og slippe dem innpå seg. Samt følelsesregulering, det å kjenne på og bearbeide følelser, da det får ham til å føle seg for sårbar. En typisk problemstilling som krever terapi over tid, også fordi personen skal klare å stole på terapeuten. MEN han er ikke klinisk deprimert (selv om han har det veldig vondt), og har ingen angstlidelse eller annen symptomlidelse. Han kan ha en personlighetsforstyrrelse, men disse har ikke rett til behandling, med mindre de har tydelig funksjonssvikt, er til fare for seg selv eller andre o.l. Og denne personen er i jobb, jobber til og med veldig hardt. Han er kanskje til og med i et forhold, og har noen venner – altså ikke tydelig svekket funksjonsnivå. Så han får ikke komme inn i spesialisthelsetjenesten. Hadde en sett nærmere etter, ville en kanskje sett at forholdet og vennskapene er dysfunksjonelle, f.eks. at han ikke er åpen eller nær med vennene. Og at han jobber så hardt fordi han tror det er det eneste som gir ham verdi, og for å distrahere for de vonde følelsene.

En annen gir følgende beskrivelse av liknende tilfeller:

Voksne med mistenkt ADHD-diagnose. De blir avvist grunnet funksjonsnivå. Dette er voksne som har hatt mestringsstrategier som har fungert, men som ikke klarer å opprettholde tempo o.l. lenger av flere grunner, og som møter veggen og blir utbrent med fare for å havne utenfor arbeidslivet.

TUD nevnes også av noen kommuner:

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har i noen grad ulik vurdering av om innbyggere kan anses som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen vurderer at det ikke er tilstrekkelig tilbud til innbyggere i forløp tre som ikke kan nyttiggjøre seg poliklinisk behandling, for eksempel ved vold og trusler. Kommunen mener at flere som har TUD, burde hatt døgntilbud. Flere innbyggere har for korte behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, og flere får tilbud om poliklinisk behandling der hvor kommunen vurderer at det er behov for døgnbehandling.

Men kommunene nevner også de som er så syke at de burde fått tvangsbehandling:

Det er ofte brukere i forløp 3, men som ikke blir vurdert som så syke at de får tvangsbehandling. Terskelen for å få dette er veldig høy, og hvis de blir lagt inn, er gjerne oppholdet i spesialisttjenesten så kort at det nesten fører til at situasjonen går fra vondt til verre.

Vedvarende tydelige symptomer på alvorlig psykisk lidelse, men de lever sine liv krevende (rus, uro, vold, utfordrende å få til å bo uten at omgivelsene opplever plager). De vil ikke selv til utredning eller innleggelse.

En kommune beskriver følgende:

Pasienter som har en unnvikende adferd, men ikke er frattatt samtykke-kompetanse. Det går urimelig lang tid og krever mye motivasjonsarbeid og engasjement fra kommunalt ansatte hjelpere. Saker avsluttes uten at videre diagnostisering kommer i gang, og rehenvisninger fra pasient, fastlege og psykiatrisk sykepleier fører ikke fram.

Volds- og sikkerhetsrisiko nevnes av mange kommuner:

Mangler senger til de som utfordrer samfunnsvernet. De skrives ut for raskt. Ikke godt nok tilbud og for få langtidsplasser til rus. Blir lang ventetid. Alvorlig psykisk syke som blir vurdert som ikke behandlingsbare, blir skrevet ut dagen etter innleggelse og går rett ut og ruser seg osv.

Mange brukere innen hovedkategori 3 med samtykkekompetanse får ikke hjelp til tross for stort lidelsestrykk og til tross for at de vurderes å være til fare for seg selv og andre.

Inn og ut av fengsel, lite nettverk, mangler bolig, mangler utdanning/arbeid, ofte bytte av behandler i spesialisthelsetjenesten og Nav.

Kommunene erfarer at de i realiteten forventes å levere spesialisttjenester:

Terskelen for å få bistand i spesialisthelsetjenesten har økt, blir mye svingdørspasienter som den kommunale helsetjenesten ikke makter å håndtere alene. Helsetjenesten i kommunen blir spesialister, da det er et trangt nåløyne å komme inn i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten mener primærhelsetjenesten burde fulgt pasientene tettere opp, bolig, praktisk hjelp. Dette gjelder særlig mennesker med bipolar og schizofreni eller andre psykoselidelser. Disse menneskene har i noen tilfeller svært komplekse medisiner, og behøvelig med hjelp fra spesialisthelsetjenesten på det medisinske. «Mellomfasene» er vanskelig.

Flere pasienter i forløp 3, der de blir vurdert som behandlingsresistente, som er i behov av medisinsk oppfølging på spesialistnivå. Psykiater.

Nedleggelse av døgnopphold legger press på kommunale tjenester. Pasienter får urealistiske tilbud om poliklinisk oppfølging langt unna, som vi vet at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg.

De er gjerne verbalt utagerende, og utfordrende å ha innlagt på avdeling. De har gjerne flere alvorlige psykiske lidelser, rusmisbruk og adferdsutfordringer (og somatiske helseutfordringer). Kommunen opplever ofte å stå alene rundt oppfølgingen av denne pasientgruppen, og de får ofte avslag på behandling/innleggelse fra spesialisthelsetjenesten. Det ender da ofte med kortvarige akutte innleggelser. Opplever å stå veldig alene ute i kommunen rundt de dårligste kronikerne. En ser også at spesialisthelsetjenesten i større grad enn før gir avslag, og tilbakemelder at kommunen kan behandle pasienten.

For faglig komplisert for kommunen. Mye medisiner som trenger oppfølging.

Svingdørssituasjoner for målgruppen beskrives også:

Alvorlig syke som «friskner til» under innleggelse der det er rammer, regelmessig mat, medisiner og menneskelig kontakt. Blir vurdert som samtykkekompetente og skrives ut uten oppfølging i kommunen (de ønsker ikke hjelp fra kommunen). Blir fort syke igjen og i verste fall kronisk syke. Kommunalt tilbud er frivillig, og det er vanskelig å komme i posisjon for å hjelpe.

Noen faller også mellom lovverk:

Pasienter som faller mellom lovverket til helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10 og psykisk helsevernloven kapittel 3. Skrives ut fra spesialisthelsetjenesten med forventning om at kommunen skal kunne gi tilstrekkelig helsehjelp. Vi erfarer at flere av disse pasientene ikke ønsker å nyttiggjøre seg tilbudet kommunen har, noe som resulterer i en forverring hos pasienten. Kommunen opplever ofte både forventning og det å bli stilt til ansvar uten å ha et lovverk som gjør det mulig å sette i verk hensiktsmessige tiltak til den enkelte.

En kommune foreslår at de burde kunne henvise til psykisk helsevern uten bruk av fastlege:

En gjenganger er for dårlige henvisninger fra fastlege. Her ville det vært bedre hvis psykisk helse også hadde henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten (som med rus), eller at fastlege må tvinges til å bruke litt mer tid med pasient og følge prioriteringsveileder ved henvisning. For ofte må vår tjeneste skrive henvisningen for så at legen signerer. Gjerne etter flere avslag før pasienten kommer til tjenesten vår.

Det er også noen som har behov for langtidsinstitusjoner:

Burde vere langtidsinstitusjonar for nokon få. Etter 20 års erfaring ser vi at der er nokon få som vil ha profitert på det.

Mangeårig rusproblematikk som har vore av og på, og som vert sett på som ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta. Dette er eit problem, då vi ser at det er brukarar innan denne gruppa som kunna ha nytta seg av langvarig behandling med positivt utfall.

Langvarig alvorlig syke som trenger lengre døgnbehandling. Vi opplever at det er umulig å få behandlingsplass i spesialisthelsetjenesten. De brukerne som får tilbud om behandling, får det hos private aktører.

Noen har erfart at det hjelper å anke avslag fra spesialisthelsetjenesten:

Det er til tider høy terskel for å få tilbud. I den senere tid har det vist seg at en ved å anke, å vri litt på innsøkningsstekst, så får en innpass. Dette burde en fått tilbakemelding på, men slik det er nå, så får de avslag, og hører ikke mer.

Det erfares at mange pasienter får avslag ved henvisning, men at en stor andel får medhold når de klager slik at saken ikke sendes til statsforvalteren.

13.5 Samarbeid om barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser

Som vist i tabell 13.4 er det 42 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern for barn og unge fungerer godt eller svært godt, mens tilsvarende tall for TSB er 33 prosent. 15 prosent svarer at de har dårlig eller svært dårlig erfaring med psykisk helsevern for barn og unge, mens 21 prosent som har erfaring med TSB når det gjelder barn og unge, har dårlig eller svært dårlig erfaring.

Tabell 13.4 Hvordan samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er når det gjelder barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser, 2025.

	Psykisk helsevern			Tverrfaglig spesialisert rusbehandling		
	Antall	Prosent	Prosent av de med erfaring	Antall	Prosent	Prosent av de med erfaring
Svært godt	14	5	5	3	1	3
Godt	98	32	37	26	9	30
Nokså godt	113	37	43	41	13	47
Dårlig	35	11	13	13	4	15
Svært dårlig	5	2	2	5	2	6
Har ikke erfaring	40	13		217	71	
Totalt	305	100	100	305	100	100
Ikke oppgitt	67			67		

13.6 Endringer i samarbeidet om barn og unge siste år

69 prosent oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern er uendret, og 93 prosent oppgir at samarbeidet med TSB er uendret, se tabell 13.5. 24 prosent oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre eller mye bedre siste år, mens 7 prosent oppgir at det har blitt dårligere. Det er 5 prosent som oppgir at samarbeidet med TSB har blitt bedre siste år, mens 3 prosent oppgir at det har blitt dårligere.

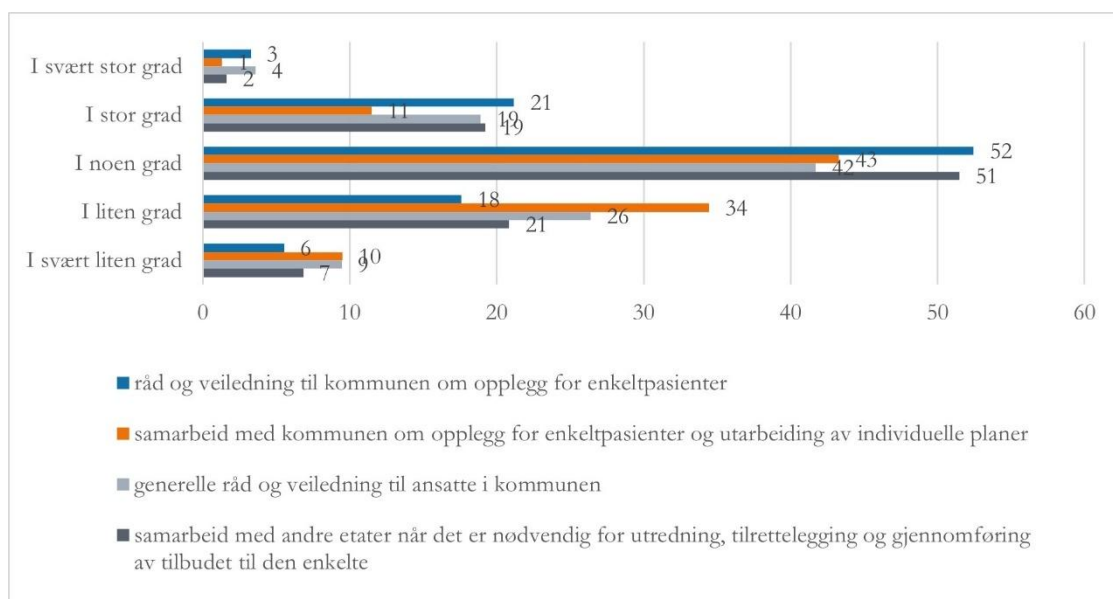
Tabell 13.5 Om det er endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten når det gjelder barn og unge med alvorlige og langvarige problemer/lidelser i løpet av det siste året, 2025.

	Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mye bedre	11	4	2	1
Bedre	63	20	12	4
Uendret	214	69	289	93
Dårligere	21	7	6	2
Mye dårligere	1	0	2	1
Totalt	310	100	311	100
Ikke oppgitt	62		61	

13.7 Bidrag fra spesialisthelsetjenester i tjenester til barn og unge

Psykisk helsevern

Som vist i figur 13.3 er det 24 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter. 21 prosent svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Det er 13 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer.



Figur 13.3 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad psykisk helsevern ivaretar sitt ansvar for barn og unge, 2025.

Det er 53 kommuner/bydeler som har lagt inn en kommentar, og det er stor variasjon i svarene. Noen oppgir at samarbeidet er godt, men at BUP har dårlig kapasitet, og at de ikke lenger veileder kommunene. Også med barn og unge opplever kommunene at psykisk helsevern svarer at de er «for syke til behandling i spesialisthelsetjenesten», og overlater ansvaret til kommunen.

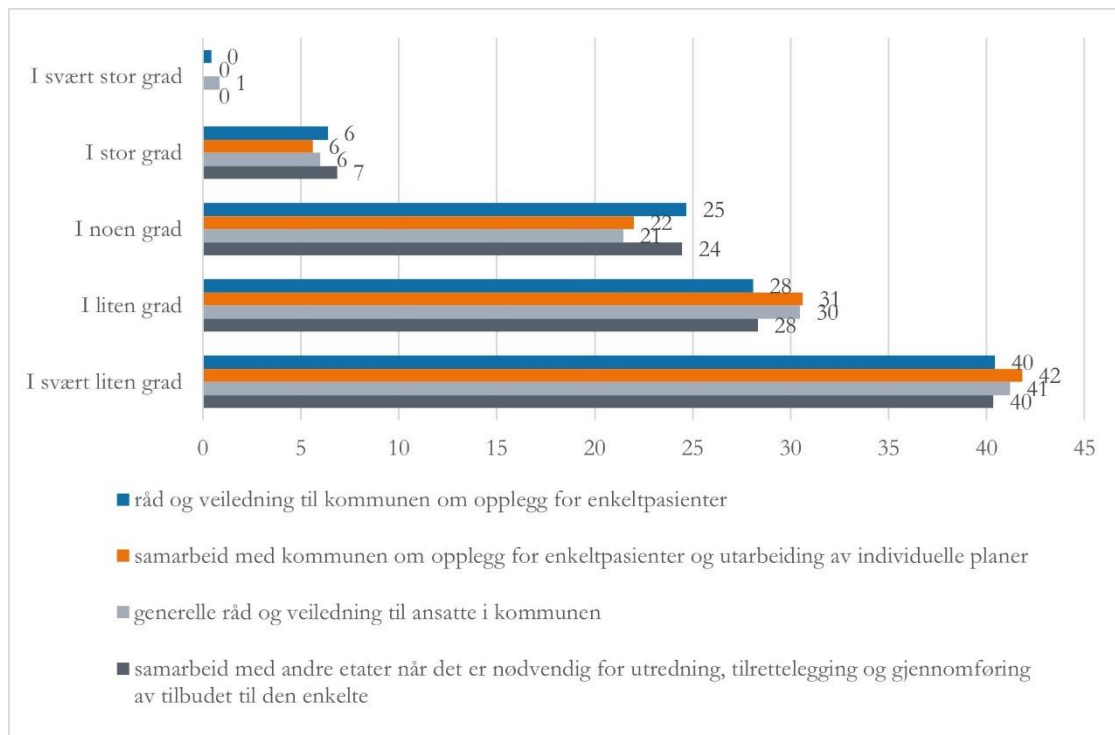
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Som noen kommuner kommenterer, er det foreløpig ikke et tydelig tilbud i TSB for de under 18 år og det er derfor naturlig at de har lite kontakt med TSB om unge.

Som vist i figur 13.4 er det 7 prosent som svarer at TSB i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter. Det er 6 prosent som svarer at TSB i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg

for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer. 7 prosent svarer at TSB i stor eller i svært stor grad sørger for generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. 7 prosent svarer at TSB i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

Det er 138 kommuner/bydeler som har lagt igjen en kommentar. De aller fleste kommentarene handler om at de ikke har erfaring med TSB, fordi de ikke har hatt noen barn eller unge med behov for slike tjenester.



Figur 13.4 Prosent av kommunene som svarer på i hvilken grad tverrfaglig spesialisert rusbehandling ivaretar sitt ansvar for barn og unge, 2025.

13.8 Oppsummering

Tjenester til voksne

Det er 46 prosent av kommunene/bydelene som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern om voksne i hovedforløp 3 er godt eller svært godt. Dette er en nedgang fra 56 prosent i 2024. Det er 12 prosent som svarer at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig, og dette er en økning fra 6 prosent i 2024.

I 2025 er det 48 prosent som svarer at samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er godt eller svært godt, og dette er en nedgang fra 60 prosent i 2024. I 2025 svarer 6 prosent at samarbeidet er dårlig eller svært dårlig, og andelen i 2024 var 7 prosent.

30 prosent oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern, og 16 prosent oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med tverrfaglig spesialisert

rusbehandling. Det er 12 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre, mens 18 prosent oppgir at det har blitt dårligere siste år. Samarbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling oppgis å ha blitt bedre av 4 prosent av kommunene, mens 12 prosent oppgir at samarbeidet har blitt dårligere.

Det er flest som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (24 prosent). 13 prosent svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer, mens 19 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad gir generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. 15 prosent oppgir at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad samarbeider med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

79 prosent av kommunene svarer at det er noen i målgruppen for kommunale psykisk helse- og rustjenester som de mener burde få behandling i spesialisthelsetjenesten, men som i dag ikke får tilstrekkelig tilbud. Dette gjelder i stor grad personer som har alvorlige psykiske lidelser og ikke prioriteres av spesialisthelsetjenesten, personer med ROP-lidelser som skrives ut for tidlig uten at kommunene har et godt tilbud til dem, og personer med voldsrisiko som skrives ut og blir kommunenes ansvar.

Tjenester til barn og unge

Det er 42 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern fungerer godt eller svært godt, mens tilsvarende tall for TSB er 33 prosent. 15 prosent svarer at de har dårlig eller svært dårlig erfaring med psykisk helsevern, mens 21 prosent som har erfaring med TSB når det gjelder barn og unge, har dårlig eller svært dårlig erfaring.

Det er 69 prosent som oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern er uendret siste år, og 93 prosent oppgir at samarbeidet med TSB er uendret. 24 prosent oppgir at samarbeidet med psykisk helsevern har blitt bedre eller mye bedre siste år, mens 7 prosent oppgir at det har blitt dårligere. Det er 5 prosent som oppgir at samarbeidet med TSB har blitt bedre siste år, mens 3 prosent oppgir at det har blitt dårligere.

Det er 24 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter. 21 prosent svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Det er 13 prosent som svarer at psykisk helsevern i stor eller i svært stor grad sørger for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer.

14 Lavterskeltilbud for voksne

Følgende ledetekster og spørsmål er tatt med om Rask psykisk helsehjelp (RPH) og andre lavterskeltilbud:

Med lavterskeltiltak menes tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling.

- Er det etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk er knyttet til Rask psykisk helsehjelp fra kommunen/bydelen? (Det er kun kommunale årsverk som skal inkluderes, ikke årsverk i private tilbud eller fra andre kommuner som kommunen kjøper tjenesten fra.)
- Har kommunen/bydelen etablert andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helsearbeid?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk er knyttet til dette lavterskeltiltaket / disse lavterskeltiltakene (utenom RPH) i kommunen/bydelen? (Kun kommunale årsverk)
 - Hvis ja: Hvilket tilbud er dette? (flere kryss mulig)
- Har kommunen/bydelen etablert andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevante for målgruppen innen rusarbeid?
 - Hvis ja, hvor mange årsverk er knyttet til dette lavterskeltiltaket / disse lavterskeltiltakene (utenom RPH) i kommunen/bydelen? (Kun kommunale årsverk)
 - Hvis ja: Hvilket tilbud er dette? (flere kryss mulig)
- Hvis ja, de har RPH og/eller andre lavterskeltiltak: Hvor stor andel av årsverkene innenfor lavterskeltilbud fra kommunen/bydelen anslår dere går til ulike gruppetilbud? Nedtrekk (ingen, ca. 5 %, 10 %, 15 % ... osv.)

Helsedirektoratet har i veilederen Psykisk helse- og rusarbeid for voksne beskrevet kjennetegn ved lavterskeltilbud.^æ

- I hvilken grad vil dere si at lavterskeltilbud dere har innen psykisk helse og rus, tilfredsstillende følgende områder?
 - Gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller lang saksbehandlingstid
 - Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
 - Er tilgjengelig for alle
 - Kan tilby tidlige og adekvate tiltak

^æ<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne>

- Kan være «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- Har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov
- Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne
- Dersom dere har kommentarer til spørsmålene om lavterskeltilbud, skriv her: (åpent)
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for voksne mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid? (utover legevakt og personell knyttet til boliger) (ja/nei)
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?
- Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for voksne mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger? (utover legevakt og personell knyttet til boliger) (ja/nei)
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?

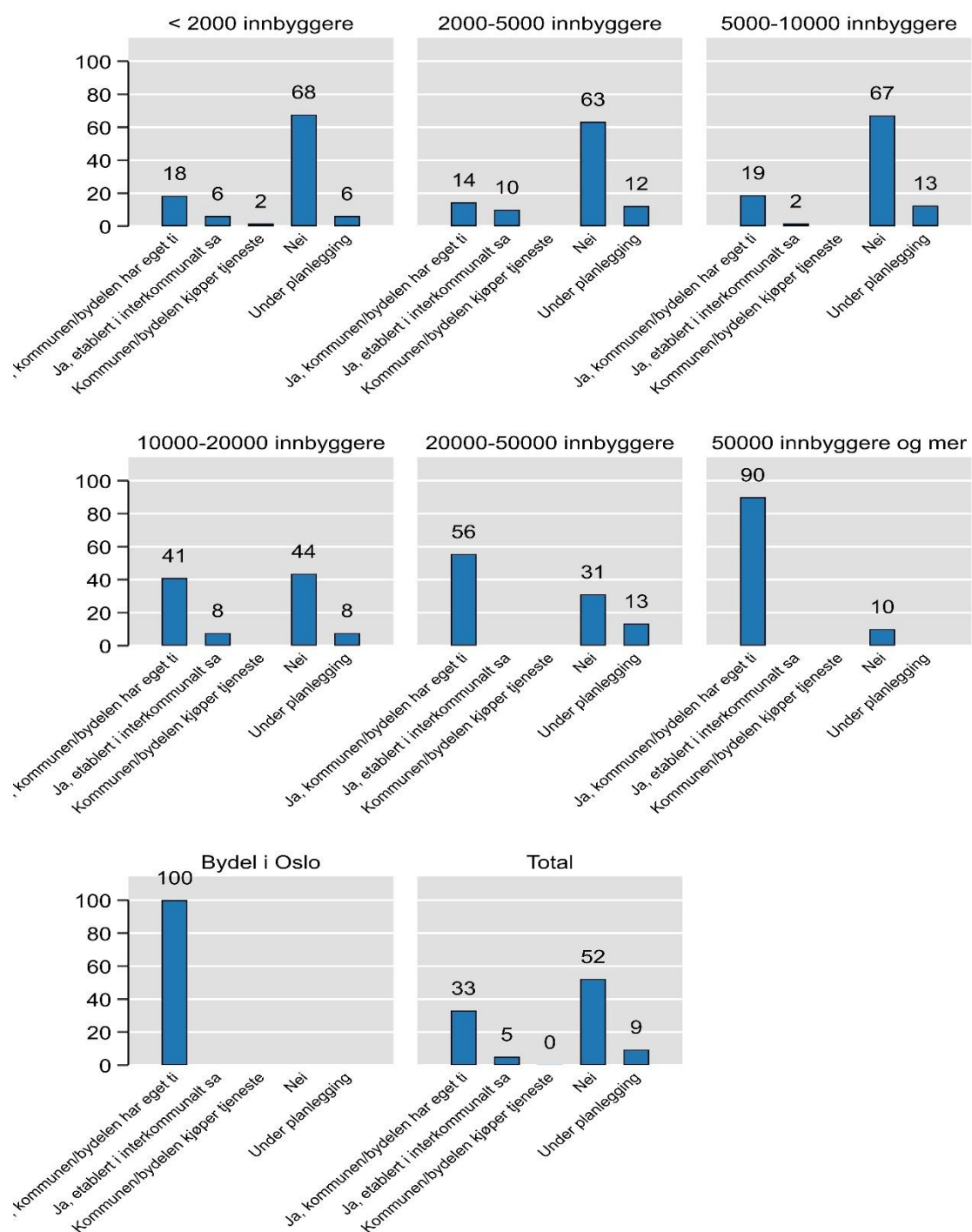
14.1 Rask psykisk helsehjelp (RPH)

I 2025 er det 339 kommuner/bydeler som har svart på spørsmål om RPH, og dette utgjør 91 prosent av alle.

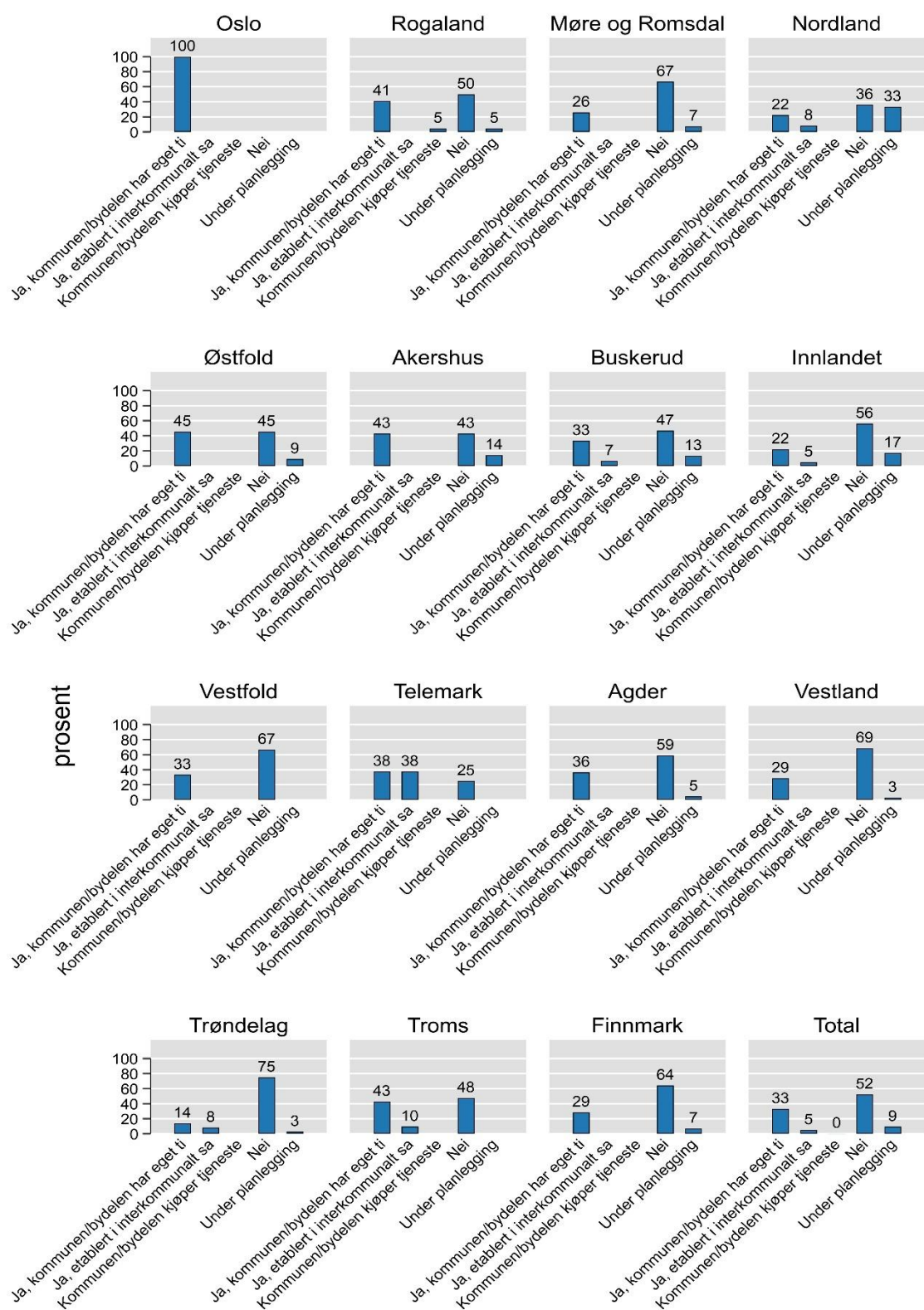
Som vist i tabell 14.1 er det nå hver tredje kommune/bydel som oppgir at de har RPH som et eget tilbud, og dette er en økning på seks prosentpoeng fra 2024. I tillegg er det fem prosent som har etablert RPH som et interkommunalt samarbeid, slik at det er 38 prosent av alle kommuner som har et slikt tilbud tilgjengelig for sine innbyggere. Foreløpig er det kun én kommune som kjøper RPH-tjenester fra andre kommuner.

Tabell 14.1 Om det er etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen. 2022–2025.

	2022		2023		2024		2025	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	79	25	89	26	94	27	112	33
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	10	3	13	4	15	4	17	5
Kommunen/bydelen kjøper tjenester fra andre kommuner							1	0
Nei	188	59	202	59	204	59	177	52
Under planlegging	40	13	36	11	34	10	32	9
Antall svar	317	100	340	100	347	100	339	100



Figur 14.1 Om det er etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 14.2 Om det er etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen. Fylke, 2025.

Vi har også spurt kommunene om hvor mange årsverk som er knyttet til Rask psykisk helsehjelp. Totalt rapporteres det om 442 årsverk i 2025, og dette er en økning fra 368 årsverk i 2024, dvs. en økning på 74 årsverk (20 prosent).

Som vist i figur 14.1 er det ingen kommuner med over 20 000 innbyggere som har etablert interkommunalt samarbeid om RPH, men 8 prosent av kommunene med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere har valgt en interkommunal løsning. Blant kommuner med over 50 000 innbyggere er det 90 prosent som har eget RPH tilbud, mens de resterende 10 prosentene ikke ser ut til å ha planer om å etablere RPH. Dette gjelder også flertallet av kommuner med under 10 000 innbyggere (63–68 prosent).

14.2 Andre lavterskeltilbud til målgruppen

Som vist i tabell 14.2 er det 69 prosent av kommunene/bydelene som har andre lavterskeltilbud innen psykisk helse enn RPH, og dette er en økning fra 60 prosent i 2024.

Tabell 14.2 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevante for målgruppen innen psykisk helse, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	207	60	235	69
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2	8	2
Kjøper tjenesten fra annen kommune	1	0	2	1
Nei	112	32	72	21
Under planlegging	21	6	22	6
Totalt	347	100	339	100

I 2025 rapporterer kommunene om totalt 994 årsverk i lavterskeltiltak utenom RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse. I 2024 ble det rapportert om 776 årsverk knyttet til slike lavterskeltiltak, så det er en økning på 218 årsverk (28 prosent).

Som vist i tabell 14.3 er det i 2025 en økning på 10 prosentpoeng til 58 prosent som har en annen type lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen rusarbeid.

Tabell 14.3 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevante for målgruppen innen rusarbeid, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	167	48	196	58
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2	7	2
Kjøper tjenesten fra annen kommune	1	0	1	0
Nei	150	43	114	34
Under planlegging	22	6	20	6
Totalt	346	100	338	100

Totalt rapporteres det om 569 årsverk i 2025, og dette er en nedgang fra 603 årsverk i 2024, dvs. en reduksjon på 34 årsverk eller en nedgang på 6 prosent. Sannsynligvis vil det i en del tilfeller være de samme årsverkene som er rapportert til målgruppen innen psykisk helse.

For å finne ut mer om hvilke tilbud dette er, brukte vi de åpne svarene i 2024 til å lage avkrysningskategorier i 2025. Som vist i tabell 14.4 er det i mange tilfeller snakk om et lavterskeltilbud for samtaler og oppfølging eller ulike aktivitetssentre, møteplasser, turgrupper og treningsgrupper. Men det er også mange som har ulike kurstilbud.

Tabell 14.4 Antall og andel som har svart hvilket tilbud er dette (flere kryss mulig).

	Psykisk helse		Rusarbeid	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Tjenesten er et lavterskeltilbud for samtaler og oppfølging	188	77	166	81
Ulike aktivitetssentre og møteplasser, turgrupper og treningsgrupper	170	70	138	68
Frisklivssentraler (trening, kosthold, røykeslutt m.m.)	112	46	63	31
KID og KIB, stressmestring, søvnkurs og andre mestringskurs	137	56	67	33
Assistert selvhjelp	93	38	57	28
Annet	33	14	40	20
Antall	243	302	204	260

De som nå har svart «annet» innen psykisk helse, har oppgitt helsestasjon, praktisk bistand, temakvelder for pårørende, egenproduserte kurs, dagtilbud med trening, medikament-håndtering, fontenehus og ulike mestringskurs. De som svarer «annet» innen rusarbeid, oppgir at de har ruskonsulenter som gir tilbud, Tankevirus, opioidsentre, lavterskelarbeidstilbud, utdeling og håndtering av brukerutstyr og Nalokson, LAR, feltskykepleie, pårørendegrupper, aktivitetsgruppe på gård, eller «trigga.no», som er en modul i assistert selvhjelp (Sandnes kommune ser ut til å gi opplæring til andre kommuner).

Tabell 14.5 Kombinasjoner av lavterskeltilbud, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Har ingen av tjenestene	85	25	52	15
Har ikke RPH, men lavterskeltiltak innen både psykisk helse og rus	84	24	108	32
Har både RPH, lavterskel innen psykisk helse og lavterskel innen rus	59	17	80	24
Har kun lavterskel innen psykisk helse	49	14	41	12
Har RPH og lavterskel innen psykisk helse	20	6	16	5
Har kun RPH	19	5	25	7
Har kun lavterskel innen rus	19	5	8	2
Har RPH og lavterskel innen rus	11	3	8	2
Totalt	346	100	338	100

Det er i 2025 totalt 15 prosent av kommunene som har oppgitt at de ikke har noen lavterskeltilbud til målgruppen. 32 prosent svarer at de ikke har RPH, men andre typer lavterskeltiltak innen både psykisk helse og rus. Andelen som har både RPH og lavterskeltilbud innen både psykisk helse og rus, har økt fra 17 prosent i 2024 til 24 prosent i 2025.

14.3 Andel av årsverk til gruppetilbud

Det vanligste er at rundt 5–15 prosent av årsverkene går til ulike gruppetilbud i lavterskeltiltakene, men det er for eksempel 9 prosent av kommunene med lavterskeltiltak som bruker 46–60 prosent av årsverkene til gruppetilbud.

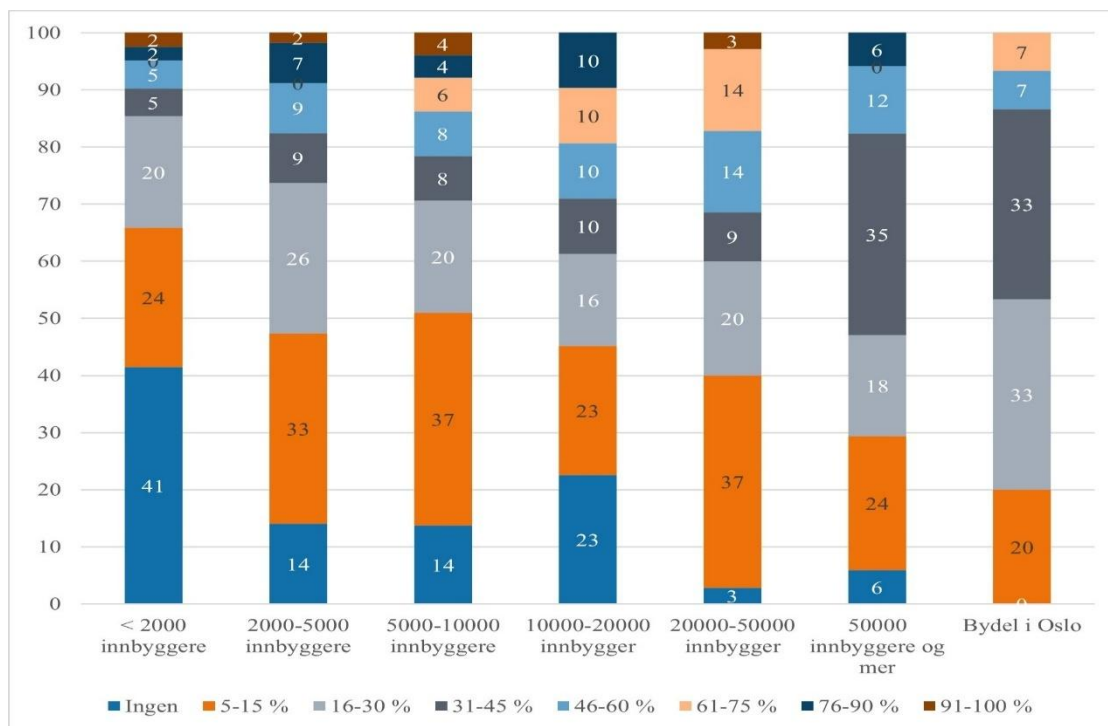
Tabell 14.6 Anslag på andel av årsverkene i lavterskeltilbud som går til gruppetilbud, 2025

	Antall	Prosent
Ingen	41	17
5–15 %	75	30
16–30 %	53	21
31–45 %	28	11
46–60 %	22	9
61–75 %	12	5
76–90 %	11	4
91–100 %	5	2
Totalt	247	100

Som vist i figur 14.3 er det størst andel blant de minste kommunene som ikke bruker noen årsverk på gruppetilbud, men det er også blant kommuner med under 10 000 innbyggere vi finner de som bruker nesten alle årsverkene på gruppetilbud.

Mange kommuner planlegger å tilby flere gruppetilbud, så det kan sannsynligvis forventes at en større andel av årsverkene i lavterskeltilbudene går til ulike gruppetilbud i årene fremover.

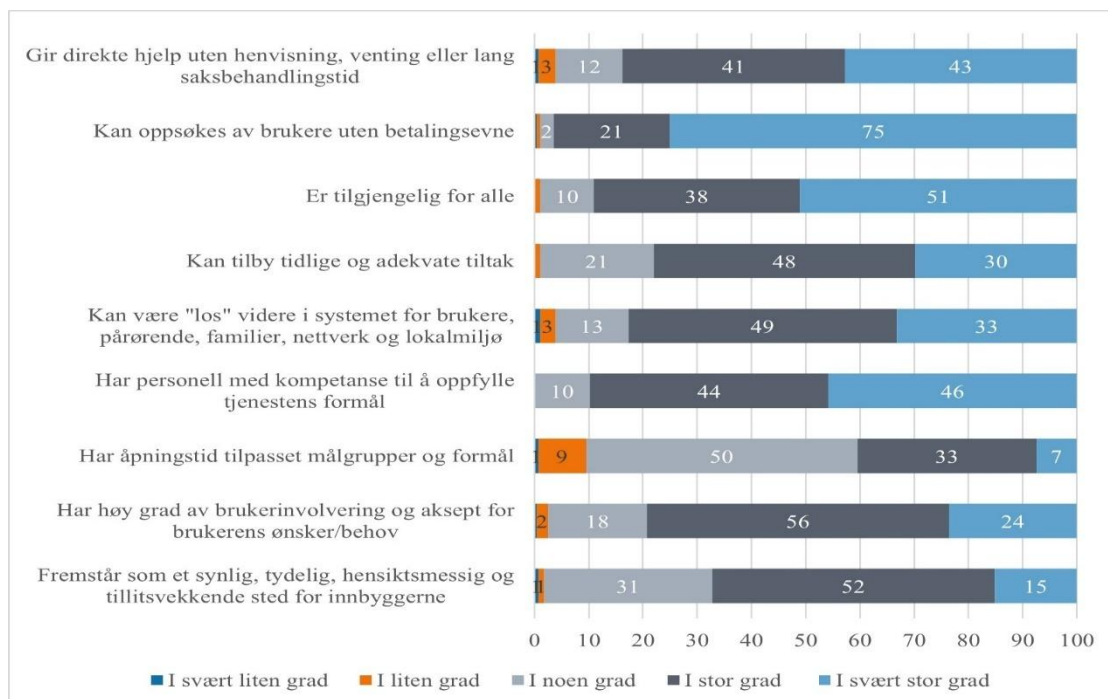
Det er ingen tydelige fylkesforskjeller når vi har kontrollert for kommunestørrelse.



Figur 14.3 Anslag på andel årsverk i lavterskeltilbud som går til gruppetilbud, kommunestørrelse.

14.4 Tilgjengelighet til lavterskeltilbud

Som vist i figur 14.4 er det særlig mange som oppgir at tilbudet i stor eller svært stor grad kan oppsøkes av de som er uten betalingsevne (96 prosent). Mange oppgir også at de har kompetanse til å oppfylle tjenestens formål i stor eller i svært stor grad (90 prosent) og gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller lang saksbehandlingstid (84 prosent). Det ser ut til å være mest å hente når det gjelder åpningstid som er tilpasset målgruppene og formålet. To av tre kommuner/bydeler oppgir at lavterskeltilbudet de har fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne, mens 31 prosent svarer at det i noen gra gjør det.



Figur 14.4 I hvilken grad lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus til voksne tilfredsstiller ulike områder, 2025.

Tilgjengelighet på ettermiddags- og kveldstid (utover legevakt og personell knyttet til boliger)

Som vist i tabell 14.7 er det nesten halvparten av kommunene (47 prosent) som svarer at de har tjenester tilgjengelig for voksne i målgruppen på ettermiddags- og kveldstid. Andelen øker tydelig med størrelsen på kommunen, men det er ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike fylker når vi har kontrollert for kommunestørrelse. I 2023 var andelen 42 prosent, og 47 prosent i 2024. Det er dermed ingen endring fra 2024 til 2025 i andel av kommunene som har tilgjengelige tjenester på ettermiddags- og kveldstid.

Tabell 14.7 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for voksne mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags- og kveldstid utover legevakt og personell knyttet til boliger, 2025.

	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
< 2 000 innbyggere	15	51	66	23
2 000–5 000 innbyggere	30	60	90	33
5 000–10 000 innbyggere	32	32	64	50
10 000–20 000 innbyggere	25	13	38	66
20 000–50 000 innbyggere	31	14	45	69
50 000 innbyggere eller mer	16	4	20	80
Bydel i Oslo	12	4	16	75
Totalt	161	178	339	47

159 kommuner/bydeler har skrevet inn hvilke typer tjenester de har tilgjengelig for voksne mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk på ettermiddags- og kveldstid. De fleste hadde svart kort og presist, og vi valgte derfor en tabellarisk fremstilling av svar på dette åpne spørsmålet. Det hyppigst nevnte svaret (26 prosent av kommentarene) var at kommunen hadde ambulante tjenester tilgjengelig for målgruppen på ettermiddag og kveld. En femtedel av svarene handlet om at psykisk helse- og rustjenestene har åpent én eller flere kvelder i uken, og at de ansatte går i turnus. Særlig i de største kommunene virker dette ganske utbredt. Hvis vi også tar med kommentarer som «fleksibelt etter behov», som betyr at de tilpasser tjenesten til å gjelde ettermiddag/kveld hvis de ser at det er enkeltbrukere som har behov for det, nærmer vi oss en fjerdedel av kommentarene som indikerer at psykisk helse- og rustjenestene har fleksible åpningstider.

18 prosent av kommentarene handlet om at hjemmetjenestene tar seg av tilbudet på ettermiddag og kveld. Ti av kommentarene nevnte møteplasser og aktivitetstilbud som var åpne, men 3–4 prosent av kommunene nevnte lavterskeltilbud, fleksible tilbud, gruppetilbud, dagsenter med åpent på ettermiddag/kveld, miljøtjeneste og vakttelefon. ROP-team kunne kanskje vært talt med under ambulante tjenester, men tre av kommentarene gikk eksplisitt på denne type team. For øvrig var det ni kommentarer som nevnte enkelttjenester som legevakt, brukerorganisasjon, KAD-senger og frivilligsentral.

Tabell 14.8 Antall og andel som har svart på hvilke tilbud som er tilgjengelige på ettermiddags- og kveldstid, 2025.

Type tjeneste åpent på ettermiddag/kveld	Antall	Andel
Ambulante tjenester	41	26
Psykisk helse- og rustjenesten har åpent / turnus	30	19
Hjemmetjenester	28	18
Møteplass/aktivitetstilbud	10	6
Lavterskeltilbud (rus nevnes hyppigst)	7	4
Fleksibelt etter behov	6	4
Gruppetilbud	6	4
Dagsenter	4	3
Miljøtjenesten	4	3
Telefonbasert/vakttelefon	4	3
ROP-team	3	2
Annet (brukerorganisasjoner, KAD, frivilligsentral mv.)	9	6
Totalt	159	100

Tilgjengelighet i helger (utover legevakt og personell knyttet til boliger)

Det er 39 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har tjenester tilgjengelig for voksne mennesker i målgruppen i helger, se tabell 14.9. Andelen som har tilbud i helgene, er høyest i de største kommunene utenom Oslo (76 prosent), og lavest i de minste kommunene (18 prosent), men vi finner ingen variasjon mellom fylker når vi kontrollerer for kommunistørrelse.

Tabell 14.9 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har tjenester tilgjengelig for voksne mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger utover legevakt og personell knyttet til boliger, 2025.

	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
< 2 000 innbyggere	11	50	61	18
2 000–5 000 innbyggere	25	60	85	29
5 000–10 000 innbyggere	27	35	62	44
10 000–20 000 innbyggere	18	21	39	46
20 000–50 000 innbyggere	27	17	44	61
50 000 innbyggere eller mer	13	4	17	76
Bydel i Oslo	6	8	14	43
Totalt	127	195	322	39

I 2023 var andelen 38 prosent, i 2024 var den 42 prosent, og i 2025 var den 39 prosent. Det er altså stabile tall på rundt 40 prosent som har tilgjengelige tjenester for målgruppen i helgene.

127 kommuner og bydeler hadde kommentert hvilke tjenester for voksne i målgruppen som var tilgjengelige i helger. Antall og andel av kommentarer fordelt på ulike temaer står i tabell 14.10. Kodingen viste at dette stort sett var de samme tjenestene som også er åpne på ettermiddag/kveld, men med en større vekt på ambulante tjenester (34 prosent) og hjemmetjenester (26 prosent). Totalt 60 prosent av kommentarene gjaldt disse to tjenestetypene.

Det var også flere som nevnte KAD-senger (sammenliknet med ettermiddag/kveld i ukedagene), mens andelen som nevnte at tjenestene var fleksible etter behov i helgene, var mindre enn andelen som nevnte at tjenestene var fleksible på ettermiddag/kveld. Det var ingen som nevnte gruppetilbud eller dagsenter, og bare ett av svarene nevnte lavterskeltilbud. 6 prosent av kommentarene var enten at møteplasser/aktivitetstilbud var helgeåpne, at psykisk helse- og rustjenestene var åpne, eller at miljøtjenesten sørget for helgeåpent tilbud.

Tabell 14.10 Antall og andel som har svart på hvilke tilbud som er tilgjengelig i helger, 2025.

Type tjeneste åpent i helger	Antall	Andel
Ambulante tjenester	43	34
Hjemmetjenester	33	26
Psykisk helse- og rustjenesten har åpent / turnus	8	6
Møteplass/aktivitetstilbud	8	6
Miljøtjenesten	7	6
KAD-senger	5	4
Telefonbasert/vaktttelefon	4	3
Lavterskeltilbud	1	1
Fleksibelt etter behov	1	1
ROP-team	2	2
Gruppetilbud	0	0
Dagsenter	0	0
Annet	2	2
Totalt	127	100

Informasjon om tilbud og åpningstider på kommunens nettsider

Som vist i nederste rad i tabell 14.11 er det 88 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelige innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider. Det er ikke systematiske forskjeller i andelen mellom kommuner av ulik størrelse eller mellom fylker. I 2023 og 2024 var andelen 89 prosent, så det er liten endring på nasjonalt nivå.

Tabell 14.11 Antall og andel (%) av kommunene/bydelene som har informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig innen psykisk helse og rus (inkludert åpningstider) på sine nettsider, kommunestørrelse.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Andel ja
< 2 000 innbyggere	55	9	2	66	83
2 000–5 000 innbyggere	82	4	3	89	92
5 000–10 000 innbyggere	56	6	2	64	88
10 000–20 000 innbyggere	37	1	1	39	95
20 000–50 000 innbyggere	39	4	2	45	87
50 000 innbyggere og mer	17	3	0	20	85
Bydel i Oslo	14	1	1	16	88
Totalt	300	28	11	339	88

14.5 Oppsummering

I 2025 har 91 prosent av landets kommuner og bydeler svart på spørsmål om Rask psykisk helsehjelp (RPH), og en tredjedel av disse oppgir at de har etablert RPH som et eget tilbud. Dette er en økning på seks prosentpoeng fra året før. I tillegg har fem prosent av kommunene inngått interkommunale samarbeid om RPH, slik at totalt 38 prosent av kommunene har et slikt tilbud tilgjengelig for sine innbyggere. Det er fortsatt kun én kommune som kjøper RPH-tjenester fra andre kommuner. Antall årsverk knyttet til RPH har økt fra 368 i 2024 til 442 i 2025, noe som tilsvarer en vekst på 20 prosent.

Det er særlig de største kommunene som har etablert egne RPH-tilbud – blant kommuner med over 50 000 innbyggere har 90 prosent RPH, men de resterende av samme størrelse oppgir at de ikke har planer om å etablere tilbudet. I motsetning til dette mangler 70 prosent av kommuner med færre enn 10 000 innbyggere et slikt tilbud.

Utover RPH har 69 prosent av kommunene andre lavterskeltilbud innen psykisk helse, en økning fra 60 prosent i 2024. Antall årsverk i slike tiltak har økt med 28 prosent, fra 776 til 994. Når det gjelder lavterskeltiltak rettet mot rusarbeid, har andelen kommuner med slike tilbud økt fra 48 til 58 prosent siste år. Det er i 2025 totalt 15 prosent av kommunene som har oppgitt at de ikke har noen lavterskeltilbud til målgruppen. Andelen som har både RPH og lavterskeltilbud innen både psykisk helse og rus har økt fra 17 prosent i 2024 til 24 prosent i 2025.

Gruppetilbud utgjør mellom 5 og 15 prosent av årsverkene i lavterskeltiltakene i 30 prosent av kommunene, mens 6 prosent bruker tre av fire årsverk eller mer på gruppetilbud. Det er særlig blant de minste kommunene man finner både de som ikke bruker noen årsverk på gruppetilbud, og de som bruker nesten alle. Mange kommuner planlegger å utvide gruppetilbudene fremover. Det er ingen tydelige forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Tilgjengeligheten av tjenester på ettermiddag og kveld er stabil fra 2024 til 2025, med 47 prosent av kommunene som tilbyr dette. Tilbudene varierer, men ambulante tjenester er mest utbredt, etterfulgt av psykisk helse- og rustjenester med turnusordninger, fleksible løsninger etter behov og hjemmetjenester. I helgene er det 39 prosent av kommunene som har tilbud, en andel som har holdt seg stabil de siste tre årene. Også her er ambulante tjenester og hjemmetjenester mest vanlig.

Tilbudene som gis, varierer fra samtaletilbud og aktivitetssentre til kurs, helsestasjons-tjenester, LAR, opioidsentre og ulike former for praktisk bistand. Tilbudene fremstår i stor grad som tilgjengelige uten krav til betalingsevne, med lav terskel for hjelp og uten behov for henvisning, men det er fortsatt et forbedringspotensial i mange kommuner når det gjelder åpningstider og synlighet i lokalsamfunnet.

15 Oppsøkende virksomhet

I 2009 startet Helsedirektoratet^o en satsing med tilhørende tilskuddsordning på oppsøkende virksomhet. Det skulle etableres team i samarbeid mellom kommuner og helseforetak ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det ble stilt krav til ledelsesforankring og samarbeidsavtaler mellom partene for å få tilskudd. Dette skulle være tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Det er utviklet egne håndbøker i begge metodene. Det er NAPHA som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste ROP og andre kompetansesentre har ansvar for å spre kunnskap om Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) i Norge. ACT og FACT er to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige, samtidige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som ofte har rusmiddelproblemer, og som har et lavt funksjonsnivå på mange livsområder.^a NAPHA holder oversikt over ACT og FACT-team, og denne oversikten er tatt med i tabell 15.8.

Både ACT og FACT er lokaltbaserte og oppsøkende tjenestemodeller der kommunene og spesialisthelsetjenesten ved DPS samarbeider og har ansvar for å gi et helhetlig tjenestetilbud over tid. Teamene er flerfaglig sammensatt og har høy kompetanse med blant annet sosionom, psykolog og psykiater. Teamene følger opp brukerens behov på en rekke områder som bolig, rusbehandling, psykiatrisk behandling, familie og sosialt nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester. Teamene samarbeider også tett med blant andre Nav, sykehusavdelinger og boligtiltak. FACT ung er ifølge Helsedirektoratet en tilpasning av FACT-modellen og retter seg mot ungdom mellom 12 og 25 år. FACT ung er også utviklet i Nederland, der ett team skal gi alle tjenester til ungdommen.^{aa}

Tilskuddsordningen «Kommunalt rusarbeid»^{bb} skal bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende, gjennom å styrke tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Det er også et prioritert formål å stimulere kommunene til å etablere oppsøkende arbeid, særlig rettet mot barn og unge.

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

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

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

^{aa}<https://napha.no/tema/factung>

^{bb}<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt%20-rusarbeid>

Oppsøkende team/utekontakter bør være tverrsektorielle og flerfaglige, eksempelvis med medarbeidere fra både helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.

15.1 Oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom

Som vist i tabell 15.1 er det lite endring fra 2024 til 2025 i andel kommuner/bydeler som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, fra 49 prosent til 50 prosent. Det er færre enn tidligere som svarer på spørsmålet.

Tabell 15.1 Antall og andel kommuner/bydeler som har oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	167	48	167	49	157	50
Nei	180	52	177	51	156	50
Totalt	347	100	344	100	313	100
Ikke oppgitt	26		29		59	

I 2024 og 2025 har vi også kartlagt hvem som er målgruppen for den oppsøkende virksomheten, se tabell 15.2. Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (65 prosent), skoleelever i grunnskolen (63 prosent) og all ungdom i en gitt aldersgruppe (62 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).

Tabell 15.2 Hvem som er målgruppen for det oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot ungdom, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Alle ungdommer i gitt aldersgruppe, oppgi hvilken aldersgruppe	106	63	97	62
Unge med rusmiddelproblemer	92	55	89	57
Risikoutsatt ungdom generelt	114	68	102	65
Unge som ikke møter til skole/undervisning (skolevegring eller annen årsak)	100	60	94	60
Skoleelever i grunnskolen	109	65	99	63
Skoleelever i videregående utdanning	97	58	76	48
Elever på videregående skole som bor på hybel	57	34	46	29
Unge som har kontakt med Nav	71	43	61	39
Andre	14	8	8	5
Antall kommuner/bydeler	167	100	157	100

Av de som oppgir at de har aldersgrupper som målgruppe, er det mange kombinasjoner av aldersgrupper. Noen oppgir aldersgruppen 0–18 år, mens andre har 0–20 år eller 0–25 år,

13–24, 13–23, 13–25, 12–25 osv. De som oppgir at det er andre enn de vi har tatt med som svaralternativ, nevner flyktninger og foreldre til ungdom samt barn og unge som pårørende.

15.2 Oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne

Et nytt spørsmål i 2025 er om kommunene/bydelene har oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne. Som vist i tabell 15.3 er det 35 prosent av kommunene som oppgir at de har oppsøkende sosialt- og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne.

Tabell 15.3 Antall og andel kommuner/bydeler som har oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	119	35
Nei	220	65
Totalt	339	100
Ikke oppgitt	33	

15.3 Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam

Det er 58 prosent som oppgir at de har tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid i 2025, og dette er en økning fra 54 prosent i 2024.

Tabell 15.4 Om kommunen/bydelen inngår i eller har samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	167	48	183	54	198	58
Nei	180	52	156	46	141	42
Totalt	347	100	339	100	339	100
Ikke oppgitt	25		34		33	

Tabell 15.5 **Antall kommuner/bydeler som oppgir at de inngår i eller har samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne, 2024 og 2025.**

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
ACT-team	20	11	25	13
FACT-team	130	71	148	75
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	29	16	32	16
Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam	30	16	39	20
Andre typer team	22	12	18	9
Totalt	182	100	198	100

De som har oppgitt at de har andre typer team rettet mot voksne, har oppgitt

- ambulerende akutt-team
- ROP-team
- D-FACT
- RUS-FACT
- FACT-sikkerhet
- helseteam
- IPS
- mottaksteam
- lokale tverrfaglige team

Som vist i tabell 15.6 er det 43 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de inngår i, eller har samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge i 2025. Tallene er ikke helt sammenliknbare med 2024, fordi vi da ikke skilte mellom voksne og barn/unge. Men det er omtrent like mange kommuner/bydeler som har FACT ung begge år.

Tabell 15.6 Antall kommuner/bydeler som oppgir at de inngår i eller har samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
FACT ung	41	51	40	43
Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne (i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	18	22	29	31
Kommunale oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam (ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten)	22	27	37	40
Antall kommuner med oppsøkende team rettet mot barn og unge	81*	100	93	100

*Ikke spurt separat for voksne og barn/unge i 2024. Prosenten for 2024 er dermed usikker.

Vi kan også se hvor mange som har både FACT ung-team og andre team. Som vist i tabell 15.7 er det 8 prosent av de som har FACT ung-team, som også har andre slike team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens 25 prosent av de med FACT ung-team har andre slike team som ikke er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Av de som har FACT ung-team, er det 68 prosent som ikke har andre tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge. Av de som ikke har FACT ung-team, er det 80 prosent som heller ikke har andre slike team.

Tabell 15.7 Antall kommuner/bydeler som oppgir at de inngår i eller har samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot barn og unge etter om de har FACT ung eller ikke, 2024 og 2025.

		Ja, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Ja, men ikke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Nei	Totalt
FACT ung	Antall	3	10	27	40
	Prosent	8	25	68	100
Ikke FACT ung	Antall	26	27	214	267
	Prosent	10	10	80	100

15.4 NAPHAS oversikt over FACT, ACT og FACT ung

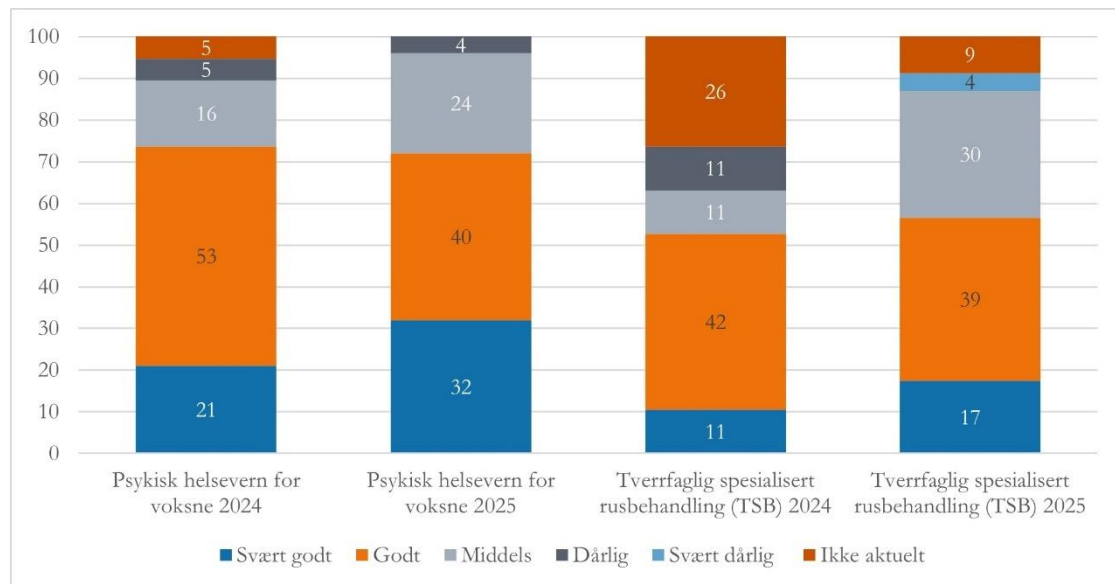
NAPHA har ansvar for å holde oversikt over ulike team, og de oppgir at oversikten som er vist i tabell 15.8, er nær komplett. Det er 86 FACT/ACT team, og 12 til er under etablering. Det er nå 30 FACT ung-team, og ytterligere 13 team har søkt midler til forprosjekt. Det er dermed en liten endring fra 2024 til 2025.

Tabell 15.8 Antall team ifølge NAPHAs oversikt, 2025.

	2024	2025
FACT/ACT	87	86
FACT-team i forprosjekt / under etablering	10	12
FACT ung	28	30
FACT ung, søkt midler til forprosjekt	16	13
Totalt	141	141

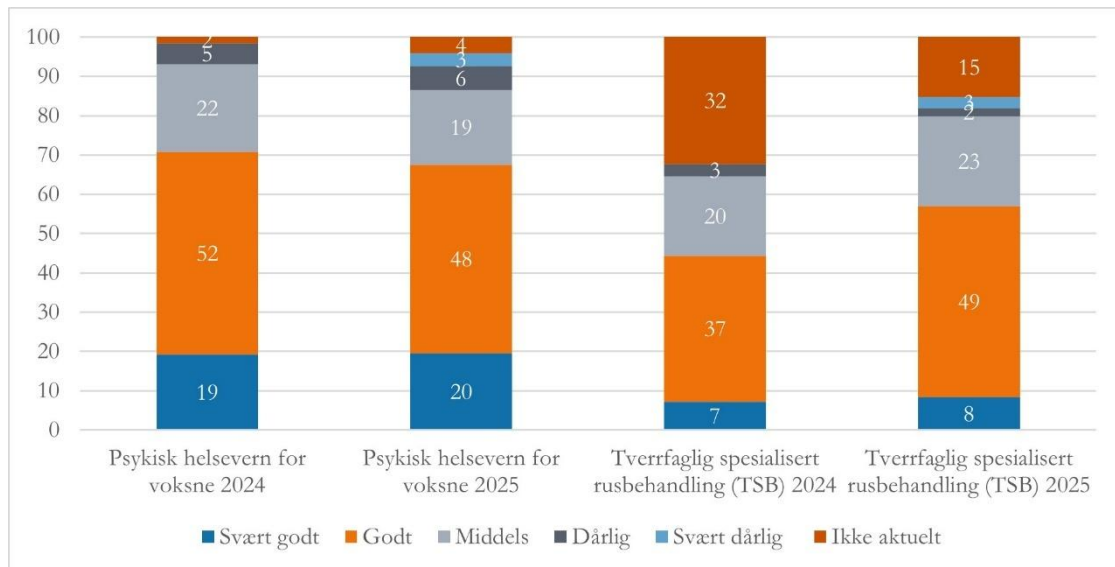
15.5 Hvor godt samarbeidet fungerer for ulike team

I 2025 er det 72 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern fungerer godt eller svært godt, se figur 15.1. De aller fleste kommunene som er med i ACT-team, oppgir at de fungerer godt eller svært godt. I 2025 er det en betydelig lavere andel (9 prosent) som svarer at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB, enn i 2024 (26 prosent), og 56 prosent svarer at samarbeidet med TSB er godt eller svært godt.



Figur 15.1 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i ACT fungerer, 2024 og 2025.

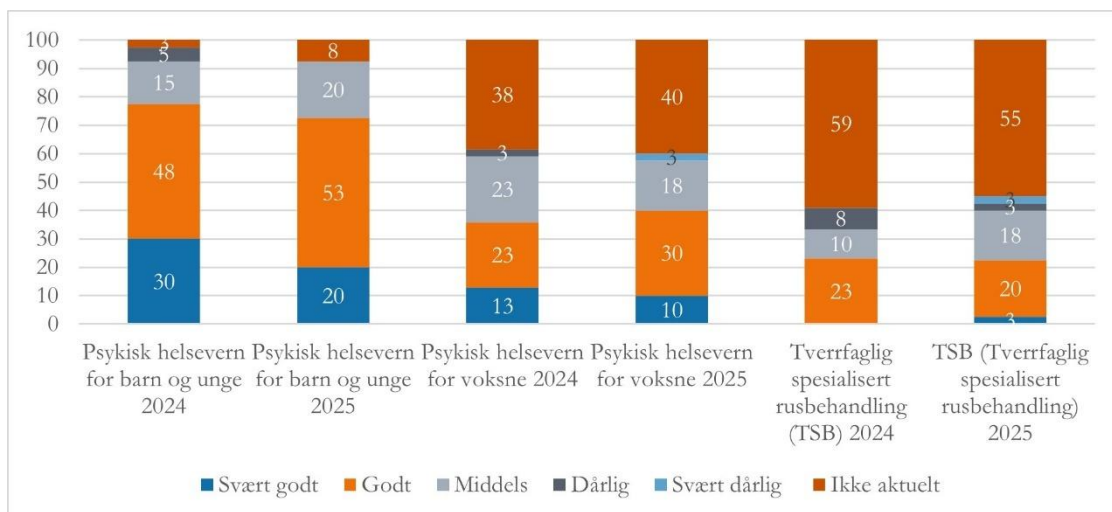
Som vist i figur 15.2 svarer 68 prosent i 2025 at samarbeidet med psykisk helsevern i FACT fungerer godt eller svært godt, og dette er omtrent som i 2024. I 2024 svarte omtrent hver tredje kommune at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB i FACT, mens andelen har gått ned til 15 prosent i 2025. Det er også en økning i andelen som svarer at samarbeidet med TSB er godt eller svært godt, fra 44 prosent i 2024 til 57 prosent i 2025.



Figur 15.2 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i FACT fungerer, 2024 og 2025.

Figur 15.3 viser at det fortsatt er mange i 2025 som svarer at det ikke er aktuelt med samarbeid med TSB i FACT ung (55 prosent) og med psykisk helsevern for voksne (40 prosent). Dette er omtrent som i 2024. Dette kan bety at de foreløpig ikke har brukere i disse målgruppene i FACT ung. Det er 73 prosent som svarer at samarbeidet med psykisk helsevern for barn og unge fungerer godt eller svært godt i FACT ung-teamene, og dette er omtrent som i 2024 (78 prosent).

Om vi kun ser på de som ikke svarer «ikke aktuelt», beregner vi at 67 prosent har svært godt eller godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne gjennom FACT ung, og dette er en liten økning fra 58 prosent i 2024. Det er 50 prosent som svarer at de har svært godt eller godt samarbeid med TSB, og dette er en liten nedgang fra 56 prosent i 2024.



Figur 15.3 Hvor godt kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i FACT ung-team fungerer, 2024 og 2025.

15.6 Oppsummert

Det er 50 prosent av kommunene som svarer at de driver med oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom, og dette er omtrent som i 2024 (49 prosent). Det er flest som oppgir at målgruppen er risikoutsatt ungdom generelt (65 prosent), skoleelever i grunnskolen (63 prosent), alle ungdommer i en gitt aldersgruppe (62 prosent) og unge som ikke møter til skole/undervisning (60 prosent).

I 2025 spurte vi også om de har oppsøkende sosialt og/eller helsefaglig arbeid rettet mot voksne, og det er 35 prosent som svarer at de har det.

58 prosent svarer ja på spørsmålet om kommunen/bydelen inngår i samarbeid om tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge, som ACT, FACT med flere. Dette er en liten økning fra 48 prosent i 2023 og 54 prosent i 2024.

NAPHAs oversikt viser at det er 86 FACT/ACT team i 2025, og 12 til er under etablering. Det er nå 30 FACT ung-team, og 13 til har søkt midler til forprosjekt. Dette er omtrent som i 2024.

For ACT-team rapporterer 72 prosent av kommunene at samarbeidet med psykisk helsevern for voksne fungerer godt eller svært godt, mens 56 prosent sier det samme om samarbeidet med TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). For FACT-team er tilsvarende tall 68 prosent med psykisk helsevern for voksne og 57 prosent med TSB.

For FACT ung er det, som i 2024, mange som svarer at det ikke er aktuelt å samarbeide med psykisk helsevern for voksne og TSB, henholdsvis 40 prosent og 55 prosent. Om vi ser bort fra disse, beregner vi at 67 prosent har et godt samarbeid med psykisk helsevern for voksne, og at 50 prosent har et godt samarbeid med TSB gjennom FACT ung.

16 Selvmordsforebygging, rutiner og kompetanse

I september 2020 la regjeringen fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020–2025.^{cc} Handlingsplanen styrer etter en nullvisjon for selvmord som skal gjelde for hele samfunnet og i alle sektorer. Tiltakene i handlingsplanen skal bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord, tidlig og god hjelp for personer med selvmordsrisiko, bedre hjelp til etterlatte etter selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

Planen inneholder seks mål med tilhørende tiltak:

- mål 1: systematikk og helhet i det selvmordsforebyggende arbeidet
- mål 2: trygg kommunikasjon om selvmord
- mål 3: begrenset tilgang til metode for selvmord
- mål 4: god hjelp og gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko
- mål 5: umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte ved selvmord
- mål 6: bedre forekomsttall, økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging

Handlingsplanen følges opp med årsrapporter som dokumenterer hva som er gjort med hvert av tiltakene.^{dd}

Norge var tidlig på 1990-tallet blant de første landene som utarbeidet en nasjonal strategi for forebygging av selvmord (Mork 2014). Strategien ble fulgt opp i perioden 2000–2002, men siden 2002 hadde det ikke foreligget noen nasjonal plan for selvmordsforebygging før Helsedirektoratet la fram «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017» i 2014 (Helsedirektoratet, IS-2182)^{ee}.

Sommeren 2017 lanserte Helsedirektoratet nytt veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.^{ff} Dette materialet gir kommunene råd og anbefalinger for blant annet forebygging av selvskading og selvmord, organisering av arbeidet, samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og hvordan lokale

^{cc}<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf>

^{dd}<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/arsrapport-2023-2024-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord/id3052768/>

^{ee}<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-og-selvskading-2014-2017/id758063/>

^{ff}<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selv-mord>

tjenesteytere og aktører kan komme tidlig inn, avdekke og følge opp personer som driver med selvskading og er utsatt for selvmordsrisiko. Veiledningsmateriellet er basert på følgende hovedprinsipper:

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

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

16.1 Skriftlige rutiner

Som vist i tabell 16.1 svarer 59 prosent av kommunene/bydelene i 2025 at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvmordstanker og -atferd. Det er færre som har etablert skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter utskrivelse av personer med selvmordstanker og -atferd. 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk, og 56 prosent har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord.

Tabell 16.1 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2025.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Ikke oppgitt
Oppfølging av personer med selvmordstanker og -atferd	59	32	9	100	38
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter utskrivelse av personer med selvmordstanker og -atferd:					
Psyisk helsevern voksne	27	56	17	100	37
Tverrfaglig rusbehandling	24	57	19	100	37
Psyisk helsevern barn og unge	20	51	29	100	44
Somatisk avdeling	16	51	33	100	42
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	31	54	15	100	36
Oppfølging av etterlatte etter selvmord	56	33	10	100	37

To av spørsmålene om skriftlige rutiner har vært med tidligere, og utviklingen er vist i tabell 16.2. Det er ingen endring fra 2024 til 2025.

Tabell 16.2 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for ulike områder, 2018–2025.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oppfølging av etterlatte etter selvmord							56	56
Oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk	22	24	24	27	30	26	31	31

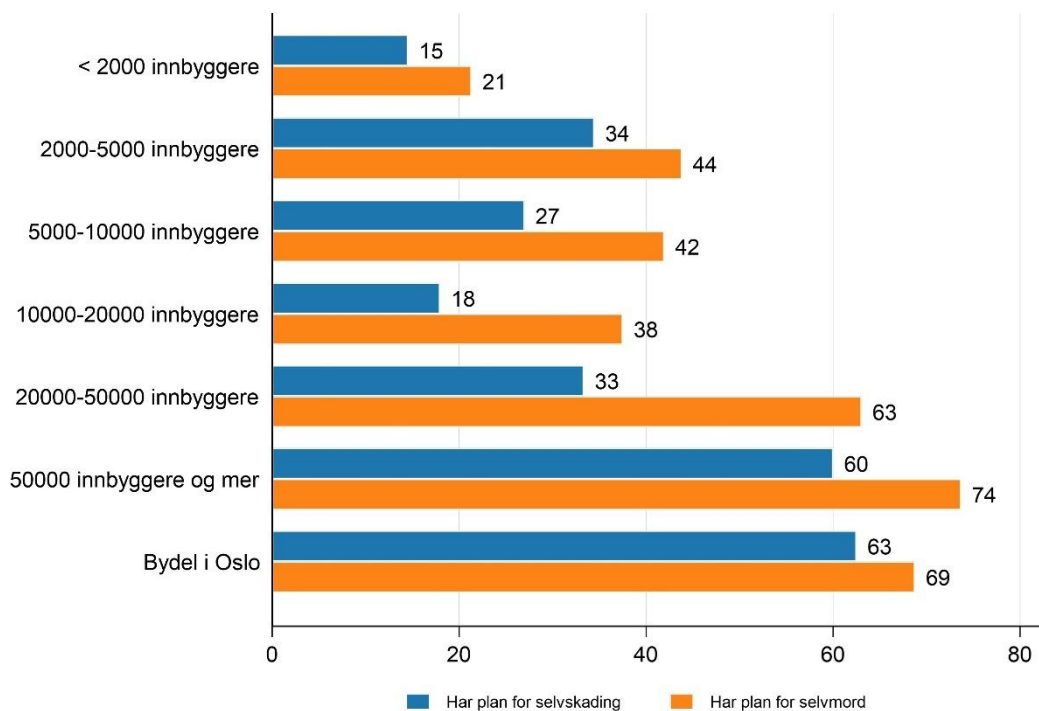
16.2 Plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging

I 2025 spurte vi om kommunene/bydelene hadde utarbeidet skriftlige planer for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging etter selvskading og selvmord. Det er få som har egne planer når det gjelder selvskading (8 prosent) og selvmord (20 prosent). Flere har integrert planene i annet planverk, men over halvparten av kommunene (57 prosent) har ikke utarbeidet en plan for tidlig identifisering og oppfølging av selvskading, og 44 prosent oppgir at de ikke har en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvmord.

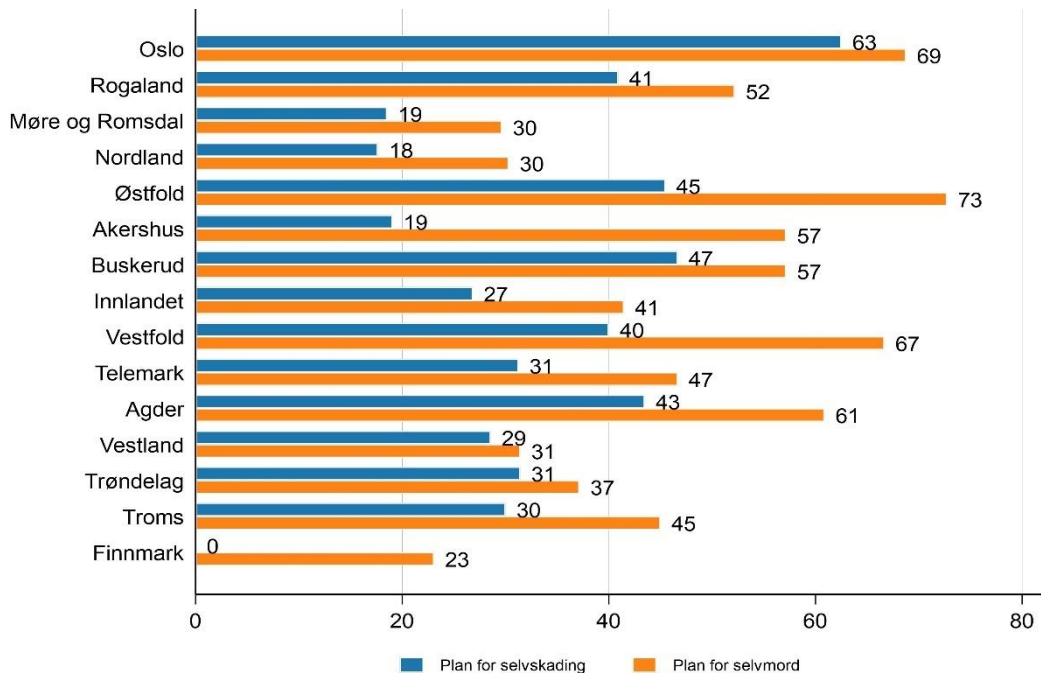
Tabell 16.3 Prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de har utarbeidet planer for ulike områder, 2025.

	Ja, egen plan	Ja, integrert i annet planverk	Nei	Vet ikke	Totalt	Ikke oppgitt
Om kommunen/bydelen har utarbeidet en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading	8	22	57	13	100	37
Om kommunen/bydelen har utarbeidet en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvmord	20	25	44	11	100	39

Vi koder de som svarer at de har en egen plan, eller at planer er integrert i annet planverk, til kategorien «ja», og ser på andel etter kommunestørrelse (figur 16.1) og fylkesvariasjon (figur 16.2).



Figur 16.1 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har utarbeidet egne planer eller har integrert planene i annet planverk for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmord. Kommunestørrelse, 2025.



Figur 16.2 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har utarbeidet egne planer eller har integrert planene i annet planverk for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmord. Fylke, 2025.

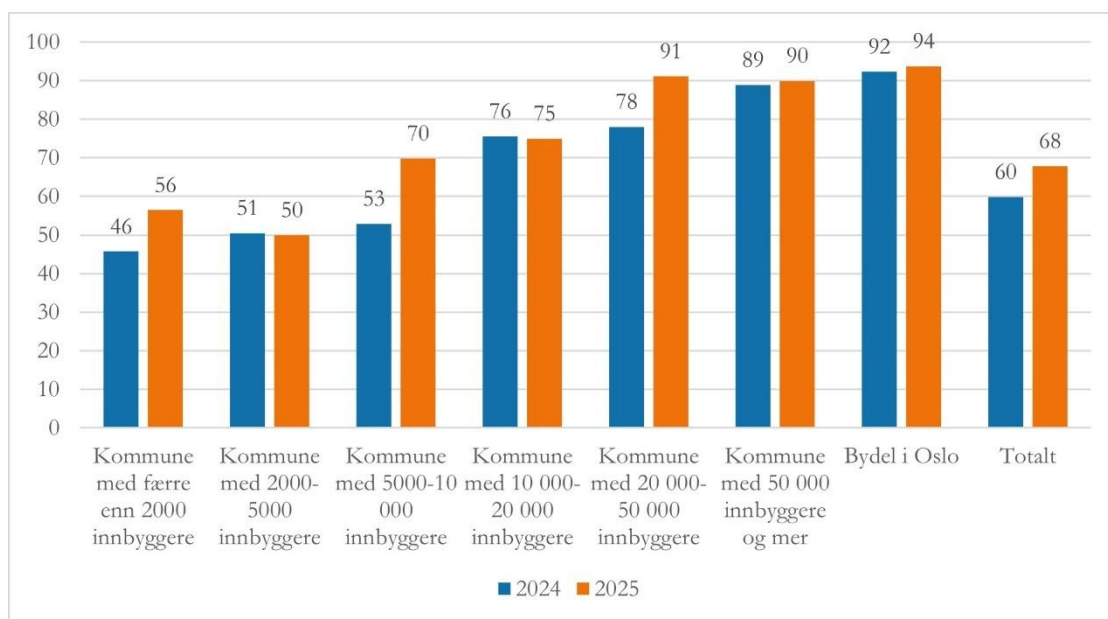
16.3 Kompetansehevende tiltak innen selvmordsforebygging

Vi spør om kommunene har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte om temaet forebygging av selvmord i løpet av det siste året. I 2021 var det 40 prosent som svarte at de hadde gjennomført kompetansehevende tiltak det siste året, og i 2025 var det 68 prosent som hadde gjennomført tiltak, se tabell 16.4. Det er store forskjeller mellom de største og minste kommunene, men det er økning i alle gruppene fra 2023 til 2024, se figur 12.1.

Tabell 16.4 Antall og andel som svarer på om de har gjennomført kompetansehevende tiltak i løpet av det siste året når det gjelder personer med selvmordsatferd, 2021–2024.

	2021		2022		2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	131	40	141	45	156	46	206	60	228	68
Nei	150	46	137	43	123	37	115	33	94	28
Vet ikke	46	14	38	12	58	17	23	7	14	4
Totalt	327	100	316	100	337	100	344	100	336	100

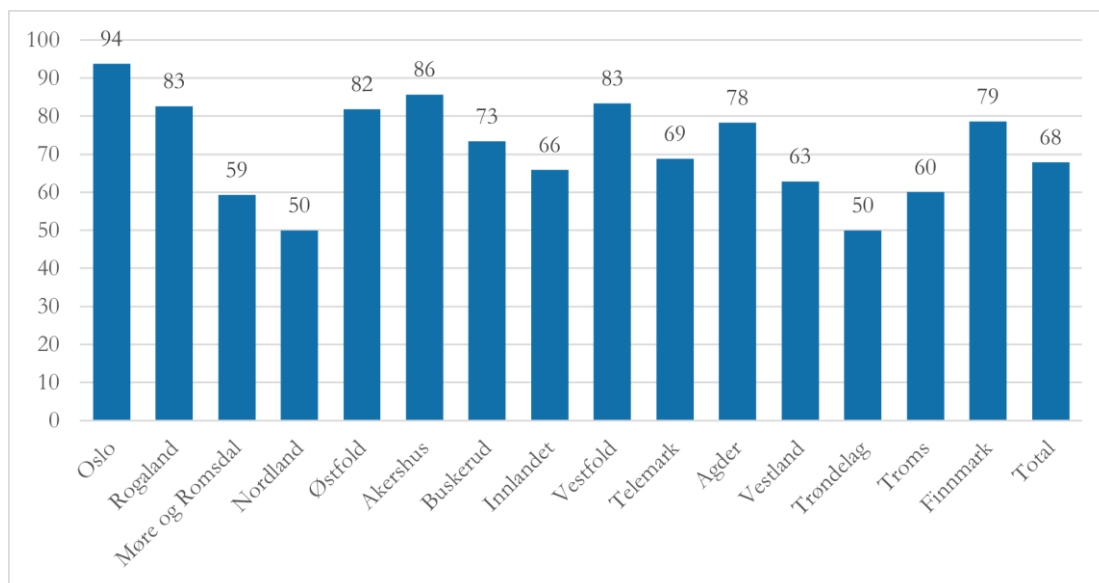
Det er store forskjeller mellom de største og minste kommunene, men det er stort sett en økning fra 2024 til 2025, se figur 16.3.



Figur 16.3 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte om temaet forebygging av selvmord i løpet av det siste året. Kommunestørrelse, 2024 og 2025.

Tidligere har det ikke vært signifikante forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse, men i 2025 er det noen fylker som skiller seg litt fra de andre. Det er

særlig Nordland, Trøndelag og Møre og Romsdal som ligger lavere enn de andre fylkene i 2025. Men de kan ha gjennomført kompetansehevende tiltak tidligere.



Figur 16.4 Prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte om temaet forebygging av selvmord i løpet av det siste året. Fylke, 2025.

Alle de 228 som har svart at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte om temaet forebygging av selvmord i løpet av det siste året, har svart på hvilke tiltak dette var. Som vist i tabell 16.5 er svarfordelingen i 2025 omtrent som tidligere, men det er flest som har tatt Vivats selvmordsforebyggingskurs (70 prosent) og kurs i regi av RVTS (53 prosent).

Tabell 16.5 Hvilke kompetansehevende tiltak har ansatte gjennomført når det gjelder arbeid med personer med selvmordsatferd, 2021–2025.

	2021		2022		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vivats selvmordsforebygging	70	53	80	57	102	65	149	72	160	70
Kurs i regi av RVTS (regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)	79	60	86	61	80	51	113	55	120	53
Kurs i regi av NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging)	20	15	16	11	26	17	11	5	21	9
Kurs/opplæring i samarbeid med spesialisthelsetjenesten							35	17	31	14
Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)							16	8	14	6
Annet	27	21	23	16	27	17	43	21	49	21
Antall kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak	131	100	141	100	156	100	206	100	228	100

De 49 kommunene som svarer «annet», har oppgitt

- e-læringskurs (kompetansebroen)
- internopplæring/undervisning
- veiledning fra kommunepsykolog
- nettverksmøter i regi av statsforvalteren
- samarbeid med LEVE
- opplæring av psykososialt kriseteam
- OPS-kurs
- «med livet på læreplanen»

16.4 Hva kommunene har behov for

Det er gitt 165 svar på spørsmålet om hva kommunene mangler for å få til et effektivt selvmordsforebyggende arbeid. De beskriver en rekke behov og mangler knyttet til selvmordsforebyggende arbeid, blant annet

- behov for mer tid og ressurser
- behov for bedre samarbeid med fastleger
- behov for økt kompetanse
- behov for en helhetlig plan
- behov for forankring av arbeidet i ledelsen (politisk og administrativt)
- behov for skriftliggjøring av planer
- behov for mer systematikk i arbeidet
- behov for dedikerte ressurspersoner, for eksempel folkehelsekoordinator

16.5 Oppsummering

I 2025 er det 59 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer med selvmordstanker og -atferd. Færre har etablert skriftlige rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging etter utskrivelse av personer med selvmordstanker og -atferd (16–27 prosent). 31 prosent oppgir at de har skriftlige rutiner for oppfølging av personer med selvskadingsproblematikk, og 56 prosent har etablert skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte etter selvmord.

I det veiledende materialet om forebygging av selvskading og selvmordsforsøk anbefaler Helsedirektoratet at kommunene skal utarbeide en plan for forebygging av selvskading og selvmord som bør tydeliggjøre hvilke tjenester/enheter som skal inneha hvilke oppgaver/roller. Den kan utvikles som en egen plan eller integreres som en delplan i annet planverk. I 2025 spurte vi derfor kommunene/bydelene om de hadde utarbeidet skriftlige planer for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging etter selvskading og selvmord. Det er få som har egne planer når det gjelder selvskading (8 prosent) og selvmord (20 prosent). Flere har integrert planene i annet planverk, men over halvparten av kommunene

(57 prosent) har ikke utarbeidet en plan for tidlig identifisering og oppfølging av selvskading, og 44 prosent oppgir at de ikke har en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvmord.

Det er 68 prosent av kommunene/bydelene som oppgir at de har gjennomført kompetansehevende tiltak for de ansatte om forebygging av selvmord i løpet av det siste året. Denne andelen var i 2021 på 40 prosent, så det er flere som får kompetanse på dette området.

På spørsmål om hva kommunene mangler for å få til et effektivt selvmordsforebyggende arbeid, oppgir de at de har behov for mer tid og ressurser, bedre samarbeid med fastleger, økt kompetanse, en helhetlig plan, forankring av arbeidet i ledelsen (politisk og administrativt), skriftliggjøring av planer, mer systematikk i arbeidet og behov for dedikerte ressurspersoner, for eksempel folkehelsekoordinator.

17 Vold i nære relasjoner og sikkerhetsutfordringer

Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)⁸⁸ omhandler vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner som rammer både voksne og barn. Planen inkluderer negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Planen omhandler også internettrelaterte overgrep mot barn, og den inneholder et eget kapittel om vold og overgrep i samiske samfunn.

Planen er utarbeidet av Justis- og beredskapsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Utenriksdepartementet samt de respektive fagdirektoratene.

Planen er en oppfølging og videreutvikling av disse tidligere handlingsplanene mot vold i nære relasjoner: Frihet fra vold 2021–2024, Et liv uten vold (2014–2017) og Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

Opptrappingsplanen er delt inn i fem hovedinnsatsområder:

1. helhetlig og samordnet innsats. Målet er å få på plass en helhetlig og samordnet nasjonal politikk i arbeidet mot vold og overgrep;
2. forebygging. Målet er å hindre vold og overgrep og å avdekke slike handlinger tidlig for å stanse volden. Behandlingstilbud til voldsutøvere er en viktig del av den forebyggende innsatsen;
3. bistand og beskyttelse. Målet er å beskytte volds- og overgrepsutsatte mot ytterligere vold og overgrep og sørge for at nødvendig bistand og beskyttelse er tilgjengelig for utsatte;
4. straffeforfølgning. Målet er å stille utøvere av vold og overgrep til ansvar for sine straffbare handlinger og sikre et tilgjengelig rettsvern for utsatte;
5. vold og overgrep i samiske samfunn. Målet er å sikre en helhetlig og samordnet politikk mot vold og overgrep i samiske samfunn.

⁸⁸<https://www.regjeringen.no/contentassets/9f13c290967946d9b9ccf721bcfa58b8/no/pdfs/prp202320240036000dddpdfs.pdf>

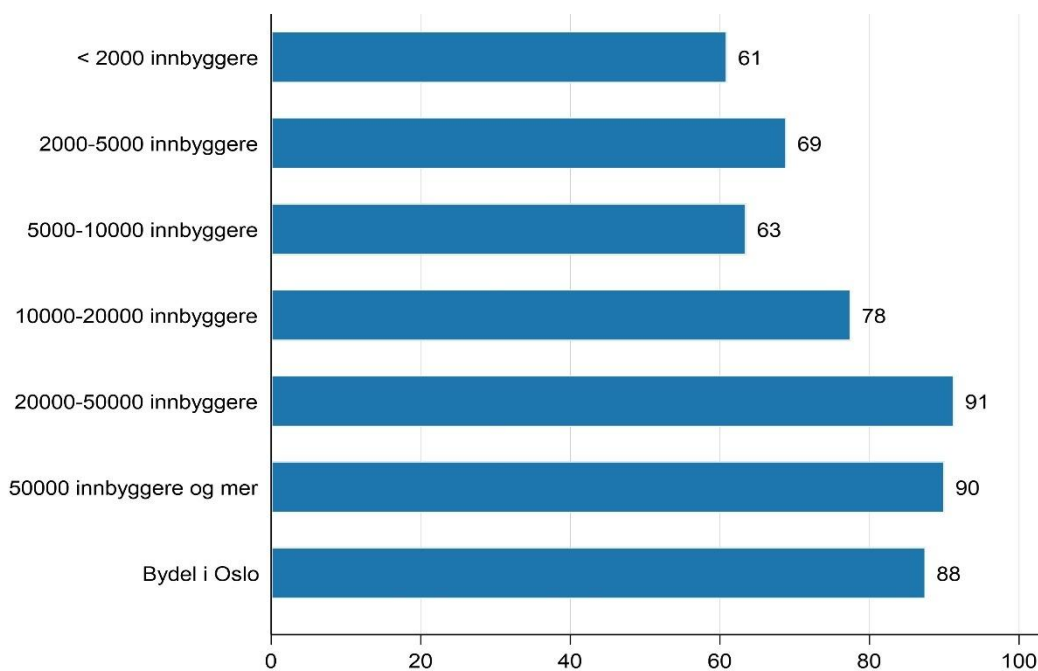
17.1 Handlingsplan

Som vist i tabell 17.1 er det 73 prosent som svarer at de har en handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, og det er en liten økning fra 2024, da 69 prosent svarte at de hadde en slik handlingsplan.

Tabell 17.1 Om kommunen/bydelen har utarbeidet en egen handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, 2024 og 2025.

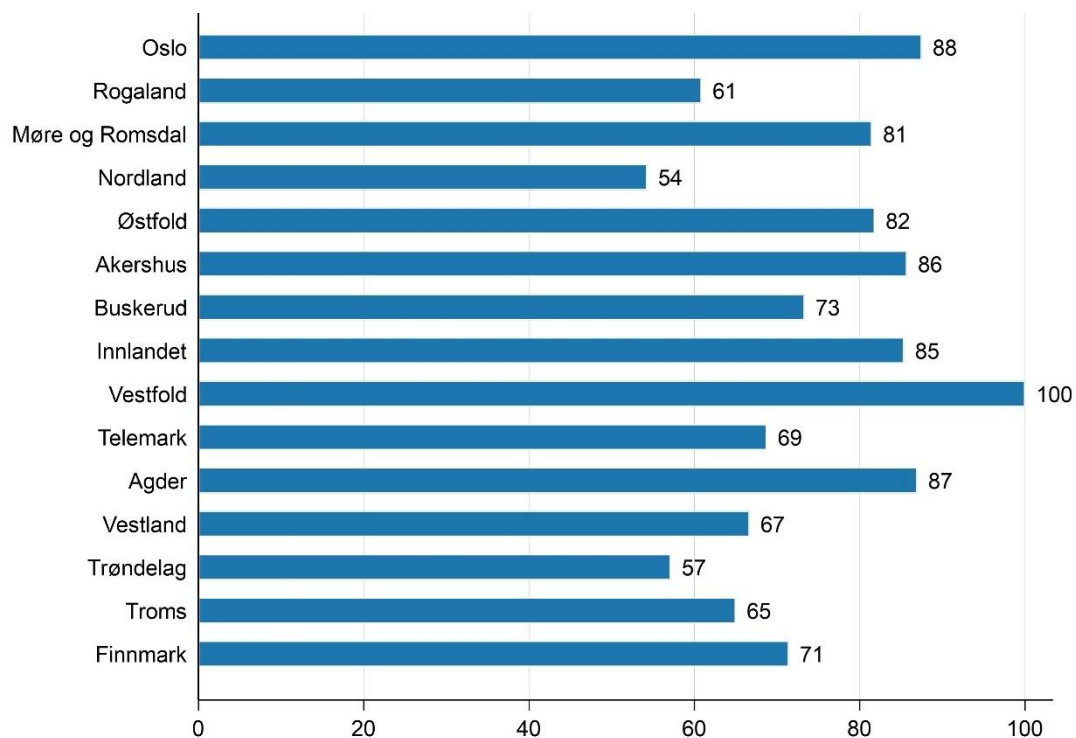
	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	239	69	246	73
Nei	75	22	62	18
Vet ikke	31	9	31	9
Totalt	345	100	339	100
Ikke oppgitt	28		33	

Det er noen signifikante forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, og tendensen er at det er økende sannsynlighet for å ha en slik handlingsplan med økt kommunestørrelse, se figur 17.1.



Figur 17.1 Prosent som oppgir at de har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2024.

I Vestfold har alle kommunene en handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, mens det er størst andel kommuner i Nordland og Trøndelag som mangler handlingsplaner på dette området, se figur 17.2.



Figur 17.2 Prosent som oppgir at de har handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner. Fylke, 2025.

Av de som har oppgitt at de har en slik handlingsplan i 2025, er det 58 prosent som har oppgitt at den er gjort kjent for hele kommunen/bydelen, tabell 17.2. Dette er liten endring fra 2024 til 2025.

Tabell 17.2 Om handlingsplanen er gjort kjent for hele kommunen/bydelen, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	140	59	141	58
Nei	50	21	50	20
Vet ikke	46	19	54	22
Totalt	236	100	245	100

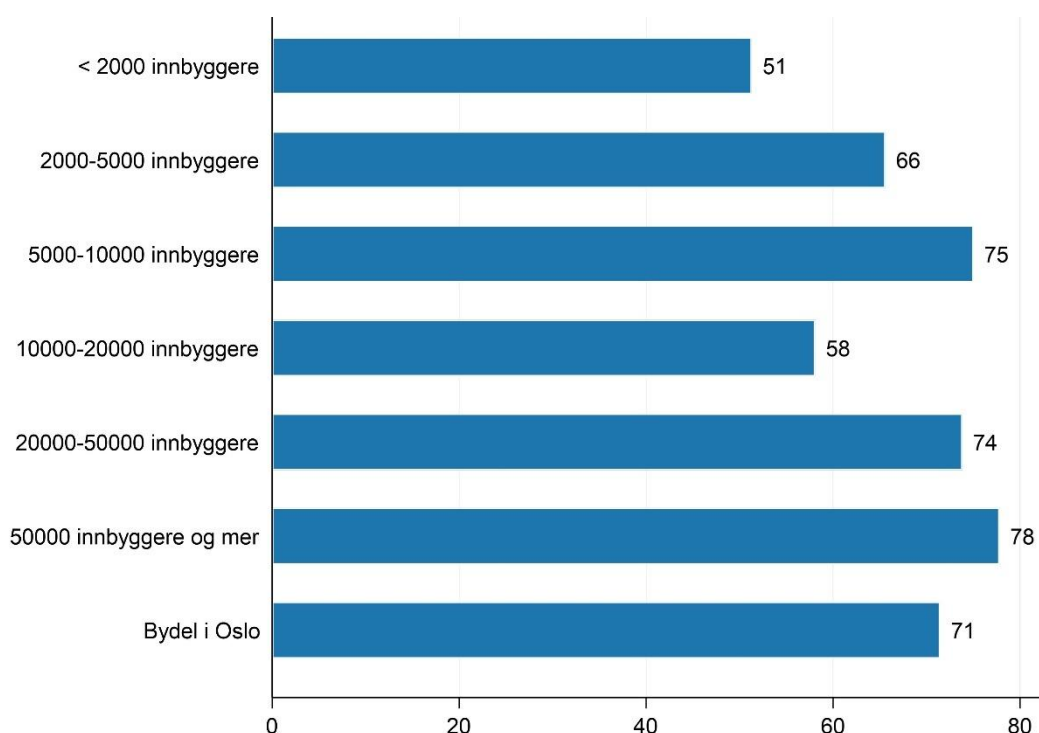
17.2 Om planen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

I 2025 inkluderte vi også et spørsmål om handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og det er kun én kommune som ikke har svart på spørsmålet blant de som har oppgitt at de har en slik handlingsplan, se tabell 17.3. Det er

to av tre kommuner som oppgir at planen er nyttig, men det er også mange som svarer at de ikke vet om den er nyttig for tjenestene. Fordeling etter kommunestørrelse er vist i figur 17.3, og fordeling etter fylke er vist i figur 17.4.

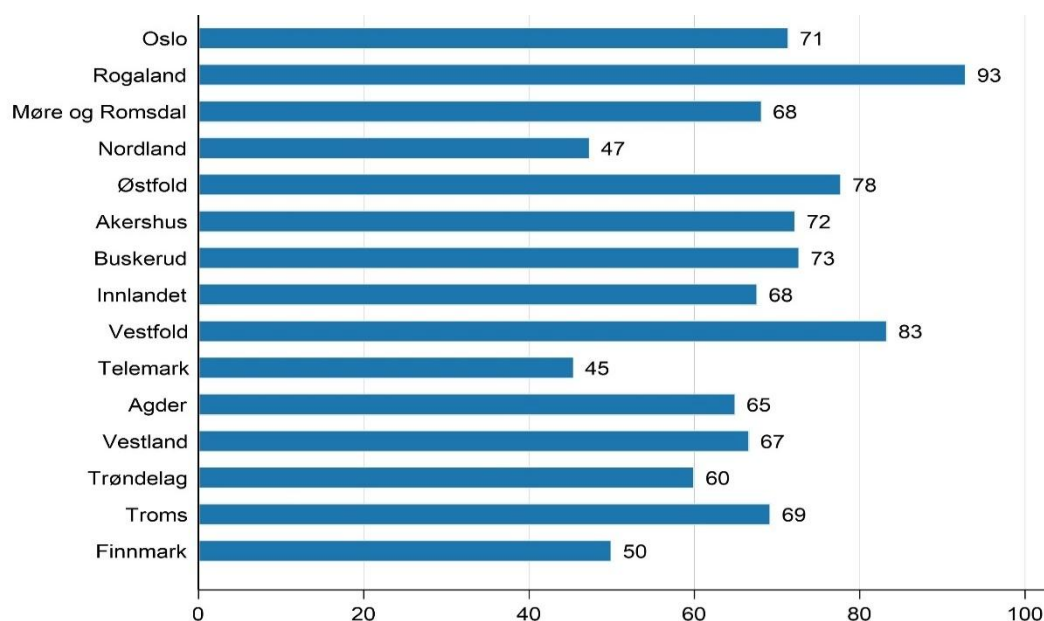
Tabell 17.3 Om handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	163	67
Nei	17	7
Vet ikke	65	27
Totalt	245	100



Figur 17.3 Prosent som oppgir at handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Kommunestørrelse, 2025.

Det er særlig mange kommuner i Rogaland som har nytte av handlingsplanen, mens andelen er lavere i Nordland og Telemark.

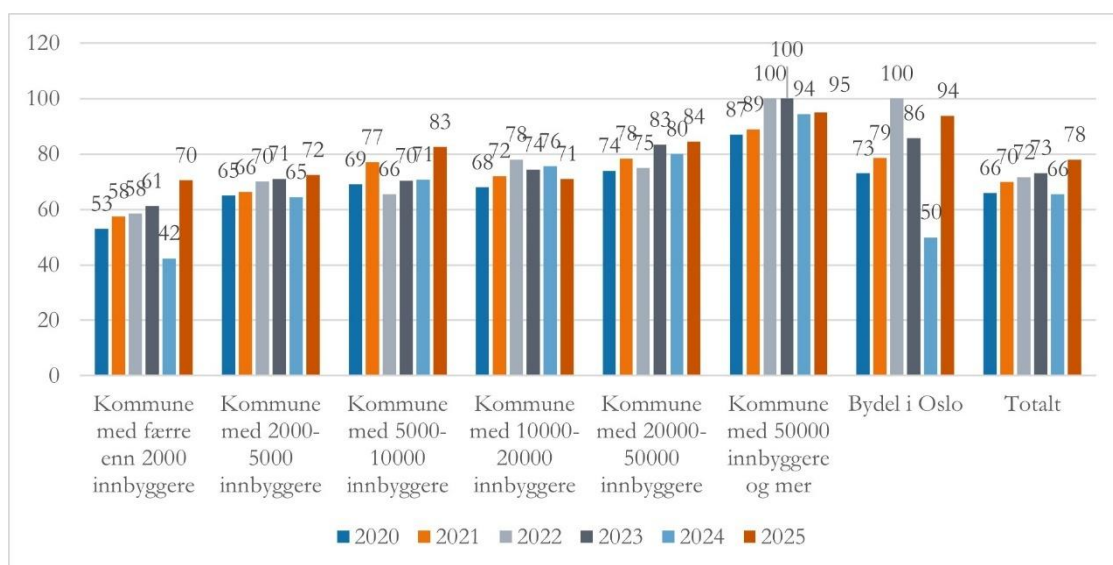


Figur 17.4 Prosent som oppgir at handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Fylke, 2025.

17.3 System for håndtering av vold i nære relasjoner

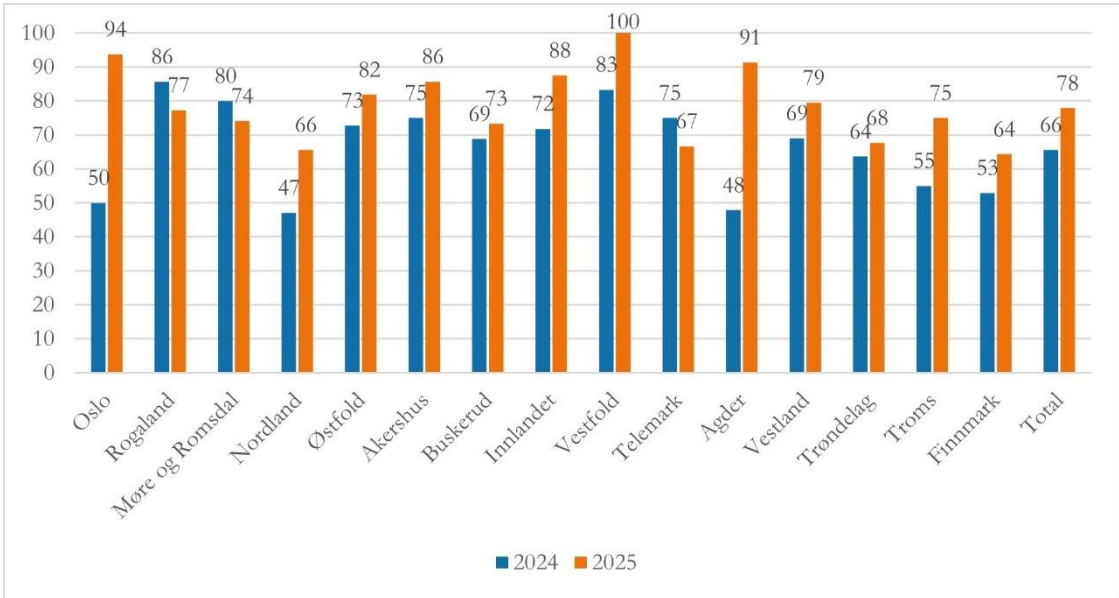
De siste seks årene har vi spurt om kommunene har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Det er 257 kommuner/bydeler (78 prosent) som i 2025 svarer at de har et slikt system, se figur 17.5.

Med unntak av 2024 har den positive trenden vedvart fra 2020, men økningen er relativt beskjeden over så mange år, fra 66 prosent til 78 prosent. Det er fortsatt mange som ikke har et slikt system.



Figur 17.5 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2020–2025.

Som vist i figur 17.6 er det en økning i andel kommuner som svarer at de har et slikt system, i alle fylker utenom i Rogaland, Møre og Romsdal og i Telemark, der det er en liten nedgang.



Figur 17.6 Prosent av kommunene som svarer at de har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Fylke, 2024 og 2025.

17.4 Skriftlige rutiner

Det er en økning fra 23 prosent i 2024 til 25 prosent i 2025 i andelen som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepssisiko (tabell 17.4).

Tabell 17.4 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepssisiko, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	60	18	78	23	85	25
Nei	208	62	199	58	183	55
Vet ikke	70	21	65	19	67	20
Totalt	338	100	342	100	335	100

Som vist i tabell 17.5 var det 30 prosent som svarte at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep i 2024, og andelen har økt til 37 prosent i 2025.

Tabell 17.5 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	142	42	104	30	125	37
Nei	142	42	183	53	163	49
Vet ikke	53	16	56	16	46	14
Totalt	337	100	343	100	334	100

Det er 28 prosent som i 2025 svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for personer som har utøvet vold, mens andelen var 22 prosent i 2024, se tabell 17.6.

Tabell 17.6 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har utøvet vold, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	72	21	74	22	95	28
Nei	195	58	202	59	186	56
Vet ikke	69	21	66	19	53	16
Totalt	336	100	342	100	334	100

Som vist i tabell 17.7 er det 48 prosent som i 2025 svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester, og dette er en liten økning fra 45 prosent i 2024.

Tabell 17.7 Prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	180	54	156	45	160	48
Nei	119	36	144	42	136	41
Vet ikke	36	11	43	13	38	11
Totalt	335	100	343	100	334	100

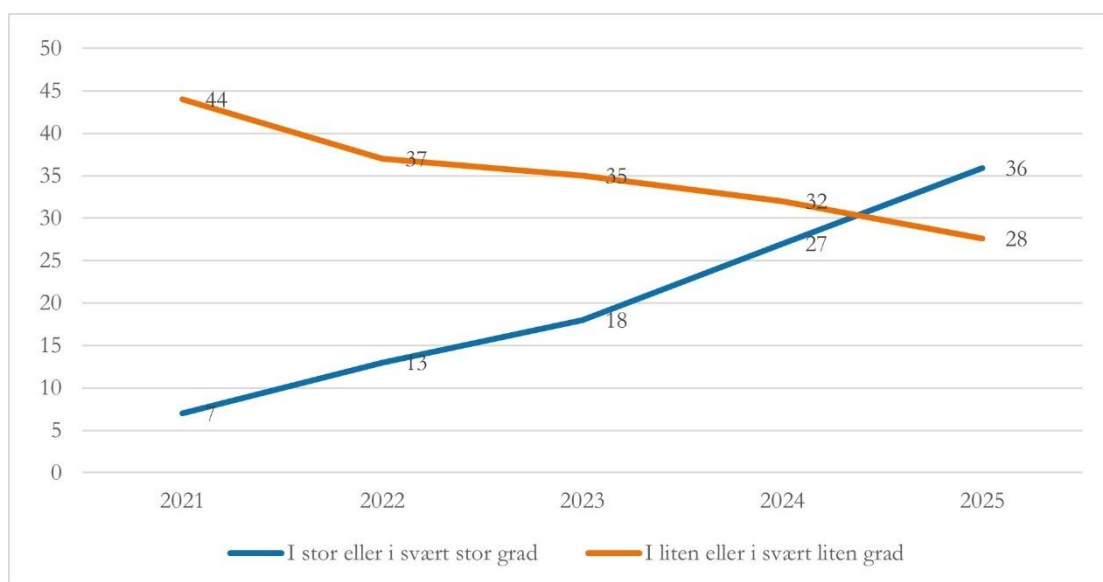
17.5 Proaktiv oppfølging

Det er 36 prosent som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk i 2025, se tabell 17.8.

Som vist i figur 17.7 har det fra 2021 vært en jevn økning i andelen som svarer at de i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging, fra 7 prosent i 2021. Det er tilsvarende nedgang fra 44 prosent til 28 prosent i andel kommuner/bydeler som svarer at de i liten eller i svært liten grad har fokus på proaktiv oppfølging.

Tabell 17.8 I hvilken grad kommunen/bydelen har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, 2021–2025.

	2021		2022		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I svært stor grad	3	1	5	2	12	4	10	3	16	5
I stor grad	19	6	32	11	47	14	81	24	105	31
I noen grad	152	48	145	50	158	48	136	41	123	37
I liten grad	92	29	71	24	82	25	73	22	73	22
I svært liten grad	48	15	39	13	33	10	33	10	20	6
Totalt	314	100	292	100	332	100	333	100	337	100



Figur 17.7 Prosent som svarer på i hvilken grad de har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk, 2021–2025.

Det er 173 kommuner/bydeler som har svart på spørsmålet om hvilke tiltak de benytter for proaktiv oppfølging.

Svarene tyder på at mange har fått på plass gode løsninger, og de beskriver blant annet følgende:

- To ansatte går på hjemmebesøk til brukere med voldsrisiko.
- Ambulante team går på hjemmebesøk.
- Kommunen gjennomfører ROS-analyse og lager handlingsplan.
- Ansatte har tatt MESA-kurs.
- Kommunen samarbeider med andre tjenester, som politi, legetjenester, barnevern, NAV og spesialisthelsetjenesten.
- FACT og FACT-sikkerhet bidrar.
- Kommunen implementerer BVC (Brøseth violence checklist) i bofellesskap, ansatte tar videreutdanning i BVC.
- Det er oppfølging av voldsutøvere, og det gis støtte til voldsofferet.
- Kommunen tilbyr sinnemestringskurs til folk med voldsrisiko.
- Kommunen bruker voldsalarm med GPS.
- Kommunen kartlegger endring i atferd slik at vold kan forebygges.
- Det er tett dialog med personer med kjent voldsrisiko.
- Det er jevnlig kursing av ansatte i håndtering av vold og trusler.
- Familievernkontoret involveres om barn og unge er involvert i voldssituasjoner.
- Det settes inn konfliktforebyggende tiltak (individuell oppfølging, utforming av lokaler, informasjon om tilbud, evaluering).
- Kommunens kriseteam blir aktivert når det skjer voldsepisoder.
- Kommunen deltar i programmet Tidlig inn.
- Kommunen lager tydelige planer om forventning, samarbeid og konsekvenser sammen med personen med voldsproblematikk.
- Kommunen benytter SLT-modellen.
- Det gis ERM-opplæring i V-RISK og det brukes aktivt av ansatte.
- BHT involveres om ansatte utsettes for vold og trusler.
- Kommunen bruker TryggEst-modellen.
- Det er utarbeidet kriseplaner som definerer kommunens rolle og spesialisthelsetjenestens rolle.

Vi tar med noen sitater som kan gi andre kommuner tips om hva som kan gjøres:

Et velfungerende, aktivt og motivert tverrfaglig TryggEst-team i kommunen, bestående av representant fra helseforvaltning, hjemmetjeneste, Nav, flyktning- og integreringstjeneste, psykisk helse og rus, tjeneste for utviklingshemmede

Nedsatt egen gruppe som jobber for å forebygge vold og trusler i samarbeid med HMS-avdeling i kommunen. MAP/Therma, VR-briller. Setter av tid til å snakke om/drøfte vold og trusler (sikkerhetsforum), samarbeid med politi og spesialisthelsetjeneste, MAS-samarbeid.

Det er vedtatt en pilotering av felles voldsrisikoverktøy i Region Kristiansand våren 2025, så dette er nå høyt oppe på agendaen. Det er i forbindelse med IS 24/8-rapporteringen meldt inn at det er et stort forbedringspotensial med tanke på samarbeid mellom tjenesteområdene, spesielt oppvekst – helse og mestring. Volds- og overgrepstematikken angår barn, unge, voksne og deres familier, og systemene er ikke alltid tilpasset behovene hos innbyggerne. Kristiansand kommune er stor, og nå ut med riktig informasjon om hva som finnes av hjelp, til de som har behov, er alltid en utfordring.

Kommunen benytter flere tiltak for å sikre proaktiv oppfølging. Dette inkluderer ROP- og oppsøkende team, tett samarbeid med fastleger og Nav, oppfølging i bolig, dagtilbud, arbeidsgruppe samt kafé samt rutiner for å fange opp bekymringsmeldinger. Målet er å gi hjelp tidlig, redusere behovet for akutte tiltak og styrke mestring i hverdagen.

Me har faste kurs retta mot vald og truslar om vald i regi av bedriftshelsetenesta. Me har prosedyrer bygd på SIFER og Brøset sin tilnærming for same pasientgruppe.

Alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester som har pasientkontakt, får tilbud om MAP-utdanning fra SIFER. Kommunen har valgt MAP som program, og har utdannet 18 MAP-instruktører som igjen gir opplæring til ansatte i grupper. Hensikten er å håndtere vold og trusler på en mer hensiktsmessig måte, og ikke minst forebygge disse hendelsene. Kommunen jobber aktivt for at det skal utarbeides risikohåndteringsplaner for pasienter med identifisert voldsrisiko når disse skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.

Ofte tett samarbeid med barnevern, ungdomskontakt, politi, sikkerhetsposten og psykoseposten ved helseforetaket.

Gjennomfører voldsrisikovurdering på alle brukere, informerer samarbeidspartnere om voldsrisiko, intern veiledning og oppbemanning der det er voldsrisiko.

Vi har veldig få tilfeller og dermed lite erfaring. Men vi har fokus på temaet og kurser ansatte jevnlig.

Rekruttert ansatte som har god kompetanse på voldsrisikovurderinger. Etablert en ressursgruppe på tvers av tjenester. Bygget opp ambulante team i stedet for individuelle løp

Bydelen benytter flere tiltak for proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Vi er tett på brukerne og gjør nøye vurderinger av hvor møtene skal finne sted, og hvem som skal delta. I tillegg kobler vi på andre relevante tjenester, spesielt med tanke på bosted, for å sikre en helhetlig og koordinert oppfølging. Dette inkluderer samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre tjenester for å tilby best mulig støtte og forebygging. I barneverntjenesten benyttes flere målrettede tiltak for å forebygge og håndtere voldsproblematikk. Dette inkluderer hjelpetiltak med tett oppfølging samt et eget familieteam som har kompetanse på å jobbe med familier der det er bekymring for vold eller aggresjonsproblematikk. Det tilbys også sinnemestringskurs som en del av tiltakene. Bydelen samarbeider tett med eksterne instanser som familievernkontoret, Alternativ til Vold (ATV) og Statens barnehus, for å sikre helhetlig støtte og tverrfaglig innsats. I tillegg har barneverntjenesten voldsopplæring for alle nyansatte, for å sikre at ansatte har nødvendig kunnskap og trygghet i møte med denne typen problematikk.

Vi bruker screening av aktuelle innbyggere i form av V-risk 10. Samarbeider med sykehus når vi opplever at det er nødvendig med nærmere kartlegging ved bruk av HCR 20.

Velferdsetatens ansatte har ukentlig trening for å forebygge og håndtere vold og trusler om vold. Hver rusinstitusjon og tiltak har to «superbrukere» som har ansvar for trening, og som har deltatt på kurs

gjennom Fagfokus, og som følges opp i eget nettverk for erfaringsdeling og utarbeidelse av opplegg for trening.

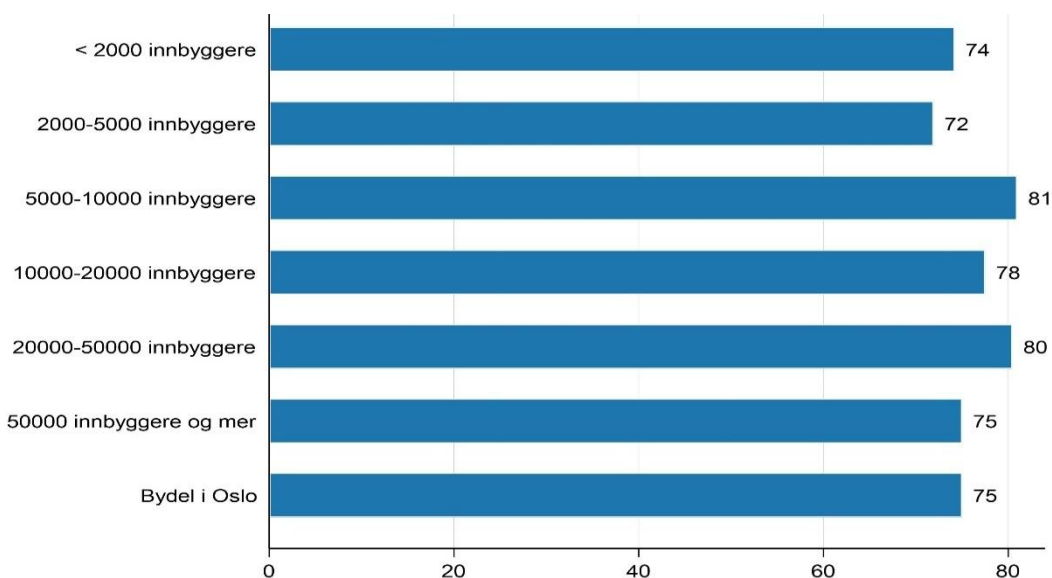
17.6 Kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt)

I 2025 er det 18 prosent som svarer at de i svært stor grad har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner i 2025 (tabell 17.9). 58 prosent svarer at de i stor grad har denne kunnskapen. Dette spørsmålet har ikke vært med tidligere.

Tabell 17.9 I hvilken grad ansatte har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner, 2025.

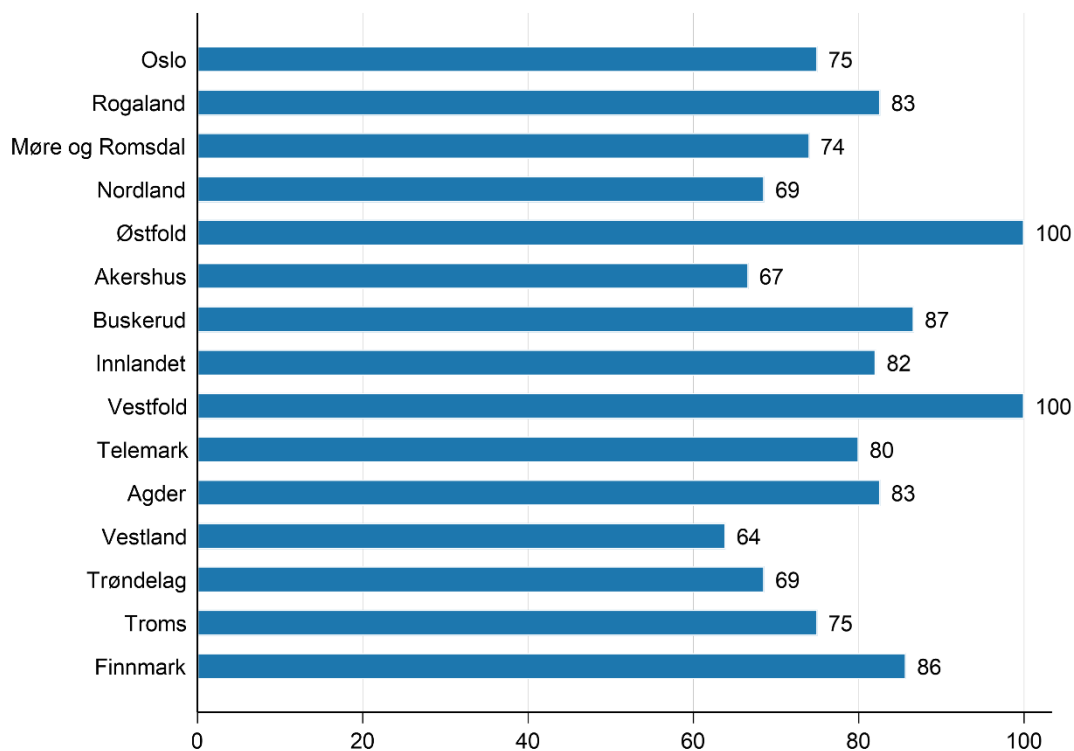
	Antall	Prosent
I svært stor grad	60	18
I stor grad	196	58
I noen grad	78	23
I liten grad	2	1
Totalt	336	100
Ikke oppgitt	36	

Vi ser videre på de 76 prosentene som svarer i stor eller i svært stor grad. Det er ikke tydelige forskjeller etter kommunestørrelse, se figur 17.8.



Figur 17.8 Prosent som svarer at de ansatte i stor eller i svært stor grad har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner. Kommunestørrelse, 2025.

Det er noen fylker som ligger litt lavere enn resten, som Vestland, Akershus, Trøndelag og Nordland. Det er kun i Vestfold og Østfold at alle kommunene svarer at de i stor eller svært stor grad har denne kunnskapen.



Figur 17.9 Prosent som svarer at de ansatte i stor eller i svært stor grad har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner. Fylke, 2025.

17.7 Oppsummering

Det er 73 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de har en handlingsplan mot vold og overgrep mot barn og mot vold i nære relasjoner, og dette er en liten økning fra 2024, da 69 prosent svarte at de hadde en slik handlingsplan. Det er økende sannsynlighet for å ha en slik handlingsplan med økt kommunestørrelse.

I 2025 inkluderte vi også til et spørsmål om hvorvidt handlingsplanen oppleves som nyttig for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. To av tre kommuner oppgir at planen er nyttig, men det er også mange som svarer at de ikke vet om den er nyttig for tjenestene.

De siste seks årene har vi spurt om kommunene har et system for håndtering av vold i nære relasjoner. Det er 257 kommuner/bydeler (78 prosent) som i 2025 svarer at de har et slikt system. Med få unntak har den positive trenden vedvart fra 2020, men økningen er relativt

beskjeden over så mange år, fra 66 prosent til 78 prosent. Det er fortsatt mange som ikke har et slikt system.

Det er en liten økning i andelen som har skriftlige rutiner/prosedyrer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppfølging ved utskrivelse av personer med forhøyet volds- eller overgrepssisiko (fra 18 prosent i 2023 til 25 prosent i 2025).

I 2025 er det 37 prosent som oppgir at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, og dette er en nedgang fra 42 prosent i 2023.

Det er 28 prosent som i 2025 svarer at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for personer som har utøvet vold, mens andelen var 21 prosent i 2023.

I 2025 var det 48 prosent som oppgav at de har etablert skriftlige rutiner/prosedyrer for å utføre voldsrisikovurdering og voldshåndtering hos personer som har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som mottar kommunale tjenester, og dette er en liten økning fra 45 prosent i 2024, men en nedgang fra 54 prosent i 2023.

I 2025 svarer 36 prosent i stor eller svært stor grad har fokus på proaktiv oppfølging av personer med kjent risiko for voldsproblematikk. Det har vært en jevn økning fra 7 prosent i 2021. Det er tilsvarende nedgang fra 44 prosent til 28 prosent i andel kommuner/bydeler som svarer at de i liten eller i svært liten grad har fokus på proaktiv oppfølging.

Det er 18 prosent som i 2025 svarer at de i svært stor grad har kunnskap om avvergeplikt, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt (meldeplikt) ved vold i nære relasjoner. , 58 prosent svarer at de i stor grad har kunnskap om dette.

18 Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet: Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling ble godkjent i statsråd 25. oktober 20254.

Meldingen er del I av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, og tar for seg helse- og velferdspolitiske utfordringer knyttet til bruk av alle typer rusmidler og vanedannende legemidler. I meldingen omtales ønsket fremtidig innretning av forebyggende innsats, skadereduserende tiltak, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og regjeringens tiltak for å utvikle tjenestene.

Innsatsområder og hovedgrep i forebyggings- og behandlingsreformen

Regjeringen vil gjennomføre forebyggings- og behandlingsreformen gjennom seks innsatsområder med tilhørende hovedgrep:

1. Fremme likebehandling og oppfylle retten til god helse og livskvalitet

Regjeringen vil endre regelverk og vurdere organisering og innretning av tjenestetilbud slik at behandling og oppfølging av rusmiddelproblematikk blir mer lik innretningen av øvrige helsetjenester. Det skal vurderes tiltak slik at fastleger gjennomfører årskontroll, og det skal vurderes fritak fra egenandeler hos fastlegen for pasienter med rusmiddellidelser for å fremme likeverdig tilgang til helsetjenester. Det skal være robuste og tilgjengelige basistjenester i TSB i alle helseforetak, og det skal prøves ut nærklinikker som yter spesialisert behandling til personer med sammensatte tjenestebehov. Det etableres en handlingsplan for å arbeide mot stigmatisering.

2. Forsterket innsats mot overdoser

Regjeringen vil iverksette en dynamisk, ikke tidsavgrenset handlingsplan for å forebygge overdoser av ulovlige rusmidler, avhengighetsskapende legemidler og alkohol.

3. Fremme kunnskapsbasert forebyggende innsats

Regjeringen vil fremme bedre samordning og koordinering av de ulike sektorene og aktørene som er involvert i det rusforebyggende arbeidet, og videreutvikle og implementere det nasjonale rusmiddelforebyggende programmet for barn og unge. Oppsøkende arbeid skal prioriteres, og kvaliteten skal forbedres gjennom kompetanseutvikling og faglige nettverk. Kommunene skal få støtte til å innføre kunnskapsbaserte rusmiddelforebyggende tiltak gjennom kompetansestøtte og målrettet bruk av tilskudd. Den samlede helse- og omsorgstjenesten skal arbeide mer forebyggende.

4. Fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet

Regjeringen vil fremme bruker-, pasient- og pårørendeperspektivet i tjenestetilbudene til personer med rusmiddelproblemer gjennom utvikling av nasjonale faglig råd, bruk av tilbakemeldingsverktøy og mer treffsikker finansiering av familiearbeid. Barn som er pårørende, skal ivaretas bedre gjennom en mer familieorientert behandling. Samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivilligheten og ideell sektor skal styrkes.

5. Videreutvikle behandlings- og oppfølgingstilbud

Regjeringen vil videreutvikle behandlings- og oppfølgingstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten som reduserer ulikhet i helse, og som fremmer deltakelse i arbeid, aktivitet og sosial inkludering. Utviklingen skal understøttes av veiledere, retningslinjer, støtte til kommunene og målrettet bruk av tilskudd samt krav til de regionale helseforetakene. Sammenhengende og koordinerte pasientforløp på tvers av tjenestenivåene understøttes gjennom samhandlingstilskudd, behandlingsforberedende tiltak, integrert ettervern og prioritering av arbeid med pasienter med rusmiddellidelser i helsefelleskapene. Det skal settes ned et utvalg som skal utrede samhandling, oppgavedeling, innretning og innhold i fremtidig behandling for rus- og avhengighetslidelser. Utredningen skal omfatte en vurdering av LAR med sikte på at pasienter får tilgang til riktig medikamentell behandling for sine rusmiddellidelser. Helseforetakene skal etablere behandlingstilbud til barn og unge og voldsutsatte kvinner med rusmiddellidelser. Det skal legges til rette for at rådgivende enheter for russaker i kommunene kan ivareta flere funksjoner på rusmiddelområdet.

6. Kunnskap og kompetanseutvikling

Regjeringen vil understøtte kunnskapsutvikling og kompetanse gjennom forskning, videreutvikling av nasjonale registre og bruk av regionale og nasjonale kompetansesentre. Oppdatert informasjon om rusmidler skal være tilgjengelig for befolkningen, og personell med erfaringskompetanse skal inkluderes i tjenestene. For å øke kunnskap og beredskapen på området utredes det et helhetlig nasjonalt monitoreringssystem for overvåkning av rusmiddelsituasjonen i Norge.

Rådgivende enhet for russaker

Fra 1. juli 2022 har det vært lovpålagt for alle kommuner å ha en rådgivende enhet for russaker. Mandatet til den rådgivende enheten for russaker er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b første ledd. Enheten skal ha ansvaret for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon. I tillegg skal de gjennomføre ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d, dersom det er satt som vilkår.

18.1 Forventinger til reformen

Det er 165 kommuner/bydeler som har svart på hvilke forventninger de har til Forebyggings- og behandlingsreformen. Det er store forventninger til hva som skal oppnås gjennom reformen, og hovedpunktene i kommunenes forventninger er som følger:

- Kommunen må få mer ressurser slik at tjenestene kan videreutvikles (flere årsverk, mer kompetanseutvikling, flere tilbud til målgruppen, bedre botilbud).
- Behandlingsplasser må sikres.
- Det må være forebygging og helsehjelp, heller enn straff.
- Kortere ventetid på behandling
- Det må være fokus på forebygging, spesielt blant ungdom (aktivitet/fritidstilbud/oppfølging).
- Det må etableres en bedre felles forståelse mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og DPS-nivå (bedre ansvarsavklaring, mer samarbeid).
- Forebygging og behandling kan i større grad være langvarige prosesser og ikke korte, intensive forløp (individuell behandlingsslengde).
- Det må bli mer fokus på forebygging av overdoser og mer kunnskap om ulike rusmidler.
- De mest sårbare / ikke motiverte må få hjelp etter grad av mestring.
- Rusavhengige må få tilbud om likeverdige tjenester.
- Kompetanse på rus økes også i den somatiske helsetjenesten.
- Det må bli mer forebygging og tidlig innsats ved at man i større grad tilbyr behandling og oppfølging fra lavterskeltiltak uten henvisning og vedtak.
- Politiet må få tilbake handlingsrom for å kunne bidra til forebygging av rusbruk blant ungdom og unge voksne.
- Det må sørges for tilstrekkelige døgnplasser i rusbehandling og at det blir et friere behandlingsvalg / flere behandlingsalternativer.
- Kommunene må få nok ressurser til å sørge for at forventningene fra spesialisthelsetjenesten kan innfris (bolig, jobb/aktivitet/ inkludering).
- Stigmaet knyttet til rusbruk må reduseres.
- Det må bli bedre samarbeid over kommunegrensene.
- Det må bli tettere samarbeid mellom politi, rettstoksikologi og feltsykepleien.
- Rusforebygging må integreres i skoler, barnehager, fritidssektor og helsetjenester samt i samarbeidet med politi og frivillighet.
- Midler må øremerkes slik at de går til målgruppen.
- Det må være fokus på alkohol og skadevirkninger, spesielt hos den aldrende befolkningen.
- Det må bli fritak for egenandel hos fastlegen.

- Det må være tilgang til et verktøy hvor man kan melde om hvilke stoffer som er i rusmiljøet.
- Det må etableres tverrsektorielle/tverretatlige plattformer hvor bekymringer løftes, og hvor det tas og jobbes med vurderinger.
- Det må være et tverrfaglig samarbeid og koordinatorroller som FACT, RPH, og psykisk helseteam.
- Man må forebygge helseutfordringer og sosiale utfordringer for personer med utviklingshemming og rusmiddelproblemer.
- Det bli et strengere regelverk for utskrivning av A- og B-preparater, både fra fastlegene og fra spesialisthelsetjenesten (somatikk).
- Det må bli bedre føringer for rådgivende enhet.
- Reformen må være konkret og praksisnær.
- Reformen må også tilpasses små kommuner.

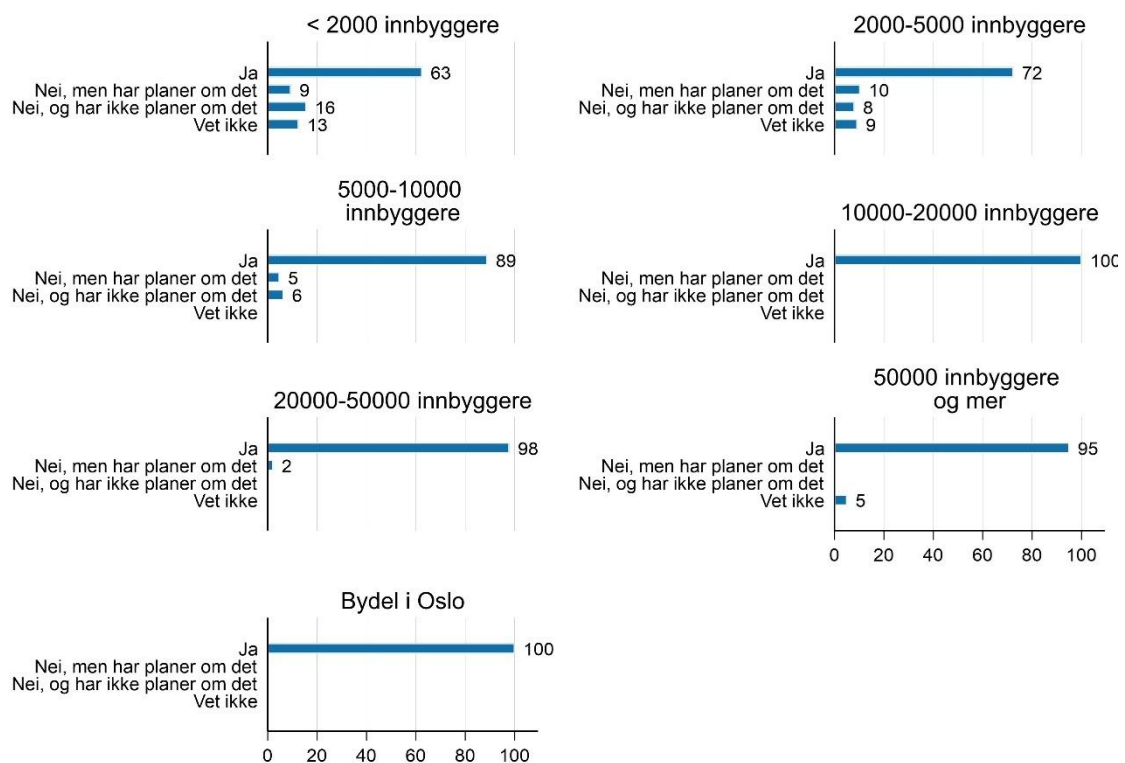
18.2 Om kommunene har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette

I 2025 er det 83 prosent som oppgir at de har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette, og ytterligere 6 prosent har oppgitt at de har planer om å gjøre det.

Tabell 18.1 Antall og andel som oppgir at de har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette, 2025.

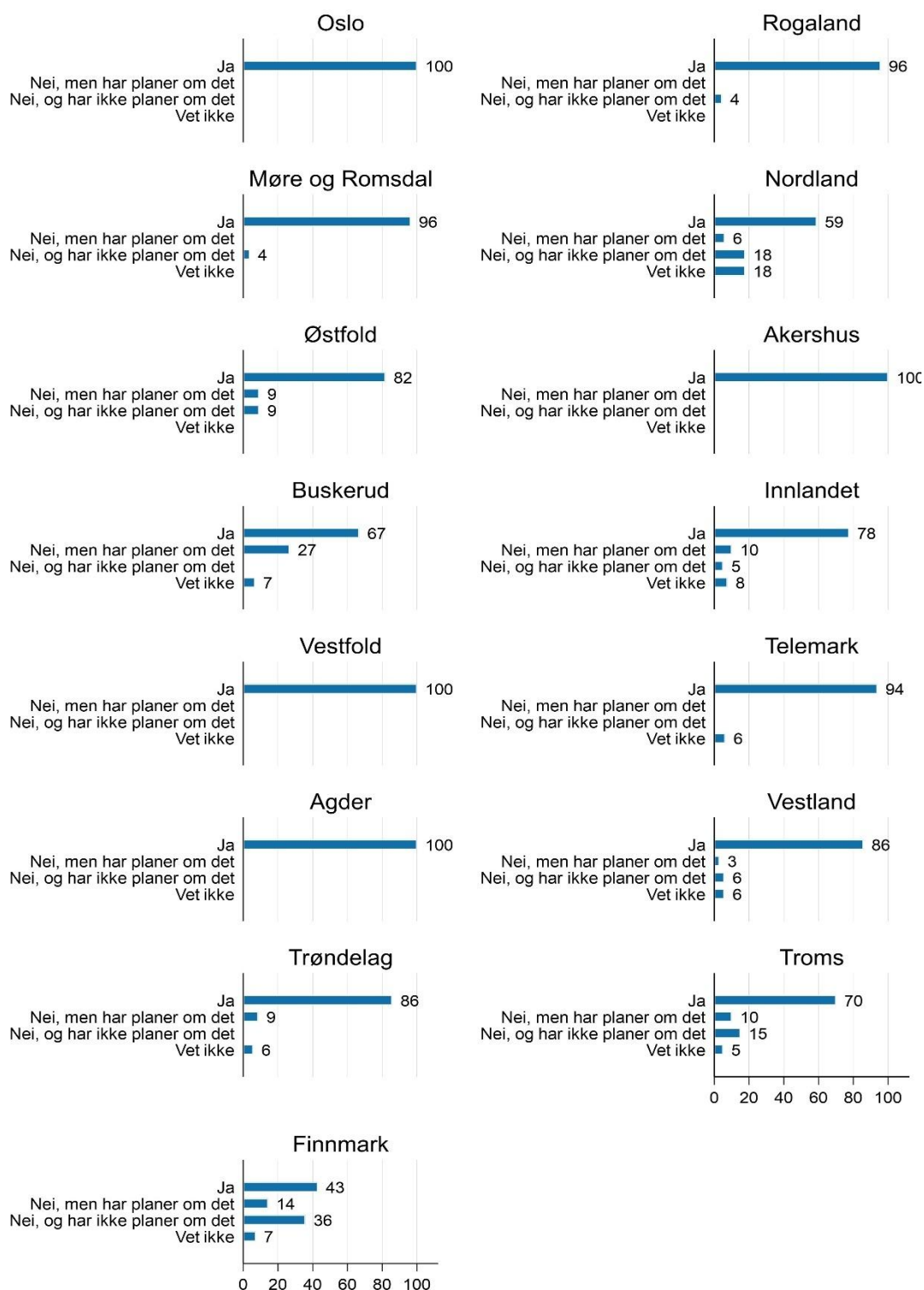
	Antall	Prosent
Ja	279	83
Nei, men har planer om det	19	6
Nei, og har ikke planer om det	21	6
Vet ikke	17	5
Totalt	336	100
Ikke oppgitt	36	

Som vist i figur 18.1 er det de minste kommunene som oftest ikke har etablert tilbudet, og som heller ikke har planer om å gjøre det.



Figur 18.1 Prosent av kommunene som har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette. Kommunestørrelse, 2025.

Det er statistisk signifikante fylkesforskjeller når vi kontrollerer for kommunestørrelse. Fylkesforskjellene uten kontroll for kommunestørrelse er vist i figur 18.2.



Figur 18.2 Prosent av kommunene som har etablert rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette. Fylke, 2025.

18.3 Organisering av rådgivende enhet for russaker

Av de 279 kommunene/bydelene som har etablert en rådgivende enhet for russaker, er det 161 som har beskrevet hvordan de har organisert tjenesten. Svarene tyder på følgende valg av organisering:

- Tjenesten er organisert i psykisk helse- og rustjenesten / rustjenesten, det samarbeid med helsestasjon og skolehelsetjeneste, avdelingsleder eller fagleder i psykisk helse- og rustjenester har hovedansvar. Legekontor eller hjemmetjenesten tar prøver, og tjenesten tar samtaler.
- Politiet tar kontakt med koordinerende enhet eller tildelingskontor, og oppgavene blir delegert derfra.
- Kommunen har en ruskonsulent/ruskoordinator som samarbeider med skolehelsetjenesten, barnevern eller andre under oppveksttjenester.
- Det er en SLT-koordinator/SLT-arbeidsgruppe.
- Det er politikontakt/politimøter.
- Det er tverrfaglige team: helse- og omsorgssjef, fastlege/kommunelege/legekontor og psykiatrisk sykepleier/helsesykepleier, Nav.
- ROP-tjenesten har ansvaret.
- Det er en prosedyre i kvalitetssystemet, og en gruppe av fagpersoner.
- Det er en lavterskeltjeneste/mestringsenhet.
- Det er forebyggende tjenester.
- Det er helsestasjon/skolehelsetjeneste for ungdom og rustjeneste/ROP-tjeneste.
- Fastlegen følger opp.
- Det er en egen koordinator (barne- og ungdomskoordinator) med representanter fra barnevern og psykisk helse.

Det er mange som oppgir at de har få eller ingen saker:

Psykisk helse har fått ansvaret, men politiet prioriterer ikke slike saker.

Vi har avsatt dedikerte ressurser i kommunens rusteam til arbeid i rådgivende enhet for russaker. Vår erfaring er at dette var en lur organisering, fagfolkene våre skjønnte tidlig at det ikke ville bli mange saker for rådgivende enhet å jobbe med.

Organisert slik at vi vurderer sak fra sak, mellom ansatte i NAV og avdeling for psykisk helse. Vi har ikke hatt slike saker ennå.

En av storbykommunene beskriver tilbudet slik:

Det er tre ansatte i RER i kommunen, koordinator er fra ungdomstjenesten (18–25), en fra avdeling for oppvekstmiljø og forebyggende tjenester (16–18) og en fra drop-in (25 og oppover), til sammen 80 % stilling. Saker fra politiet kommer inn via P360. Koordinator i RER fordeler saker etter riktig alder. Den som har fått saken, tar direkte kontakt med aktuell person pr. telefon. Gjennomfører en samtale som begynner med en introduksjon om hvorfor personen er innkalt til denne samtalen. Deretter er det fokus

på kunnskapsbasert informasjon om rusmiddelbruk. Gir også informasjon om tilbud på kommunalt nivå, spesialisthelsetjeneste og frivillig sektor. Dersom personen ønsker hjelp, får vedkommende bistand til å komme i kontakt med rett instans. Det foretas ingen kartlegging eller «behandling» da føringene for RER er tydelige på at det kun skal gis informasjon, ikke helsehjelp. Jf. retningslinjene har RER rutiner for forordning av rustesting. Dette har ikke vært aktuelt, så langt. Når personen er mellom 15 og 18 år, inviteres også foresatte inn til samtalen.

Noen har valgt å organisere rådgivende enhet for russaker for nye henvendelser som mottak og oppfølging (MO) eller andre vurderingstjenester:

Rådgivende enhet er en del av bydelens vurderingsteam. Inngangen til alle nye henvendelser innen helse.

Noen beskriver hva rådgivende enhet gjør:

Vi har en rådgivende enhet for russaker. Her kan du få informasjon, råd og veiledning til personer som ilegges møteplikt jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-9 b. Rådgivende enhet har særskilt kompetanse på forebygging og rusproblematikk og kan også tilby individuell oppfølging dersom ønskelig.

Flere oppgir at de bruker ulike ressurser i ulike saker:

Vi har leder for rådgivende enhet, og utnevner en kontaktperson i hver enkel sak. Tar kontakt med klient når vi får brev om det, og utarbeider plan i samråd med klienten og hva vi får rekvirert / brev om fra politiet.

Rådgivende enhet for russaker er organisert hos kommunalsjef for pleie og omsorg / helse og sosial. Og denne involverer de som er aktuelle i hver enkelt sak.

Andre har omorganisert tjenesten:

Rådgivende enhet for rus-saker lå tidligere hos ruskonsulent, men siden kommunen valgte å fjerne den stillingen, ligger den nå i ROP.

Flere oppgir at det er et samarbeid med Nav, eller at det er Nav som har ansvaret:

Det er eit samarbeid mellom Nav og meistringseininga

Bydelen har pr. d.d. organisert enheten som et prosjekt under Nav ved avdelingsleder for ungdomsteam og rusteam som koordinator for rådgivende enhet for russaker. Bydelen har gitt lokal påtalemyndighet kontaktinformasjon til koordinator. Bydelen kaller klienten skriftlig inn til samtale gjennom Digipost i god tid, slik at innkallingen også går ut i brev form dersom klienten ikke åpner Digipost. Følger ev. opp med telefonkontakt dersom hensiktsmessig. Bydelen følger gjeldende vilkår og rutiner fra Helsedirektoratet. Bydelen vil inntil videre lagre pålagte opplysninger i administrativt system. Bydelen vil mot slutten av samtalen i enheten, etter samtykke, tilby bruker råd om hvor vedkommende kan få individrettet helsehjelp. Bydelen vurderer muligheten for hvor raskt det kan settes av time til etterfølgende samtale dersom bruker ønsker det.

18.4 Andre funksjoner for enheten

Alle de 279 kommunene/bydelene som har oppgitt at de har rådgivende enhet for russaker, har oppgitt hvilke andre funksjoner enheten har.

Det er 14 prosent som oppgir at enheten ikke har andre funksjoner eller oppgaver, mens flest (56 prosent) oppgir at de følger opp enkeltpersoner, og 49 prosent oppgir at de gir råd og veiledning til pårørende og brukere. Det er 37 prosent som oppgir at de er kontaktpunkt for rusfeltet i kommunen eller bydelen, omtrent like mange oppgir at de gir råd og veiledning til andre aktører og instanser, og at de utfører generelt arbeid rundt forebygging av rus. Det er 15 prosent som oppgir at enheten kun utfører de lovpålagte samtalene.

Tabell 18.2 Antall og andel som oppgir andre funksjoner rådgivende enhet for russaker har, 2025.

	Antall	Prosent
Ingen andre funksjoner/oppgaver	40	14
Kontaktpunkt for rusfeltet i kommune/bydel	104	37
Råd og veiledning til andre aktører og instanser	103	37
Råd og veiledning til pårørende og brukere	136	49
Oppfølging av enkeltpersoner	156	56
Generelt arbeid rundt forebygging av rus	102	37
Utfører kun de lovpålagte samtalene	42	15
Annet	34	12
Antall som har rådgivende enhet for russaker	279	100

De 34 som svarer «annet», oppgir følgende:

- mange andre oppgaver fordi enheten er en del av en tjeneste
- de er en del av SLT-samarbeidet
- de har ikke hatt noen saker til nå
- rusmiddeltesting
- videreformidler behov for oppfølging
- medlem av arbeidsutvalg til politiråd
- ruskonsulent
- leder som har mange andre oppgaver
- saksbehandler og ressursansvarlig

18.5 Antall saker i 2024

Det er 265 av de 279 kommunene/bydelene (95 prosent) som har rådgivende enhet for russaker, som oppgir hvor mange saker de har hatt i 2024.

Totalt rapporterer kommunene om 181 saker.

Det er 72 prosent som oppgir at de ikke har hatt noen saker, mens flest av de som har hatt saker i enheten, har oppgitt at de har hatt en sak (13 prosent).

Tabell 18.3 Antall saker rådgivende enhet for russaker hadde i 2024.

	Antall kommuner/bydeler	Antall saker	Prosent
0	191	0	72
1	34	34	13
2	13	26	5
3	2	6	1
4	7	28	3
5	3	15	1
6	1	6	0
7	2	14	1
8	1	8	0
9	1	9	0
10	1	10	0
11	1	11	0
14	1	14	0
Vet ikke / ukjent	7		3
Totalt	265	181	100

Som vist i tabell 18.4 er det kommuner med 20 000–50 000 innbyggere som har flest saker per innbygger (5,3 saker per 100 000 innbyggere), mens de som har færrest saker, er kommuner med mellom 5000 og 10 000 innbyggere (1,38 saker per 100 000 innbyggere).

Tabell 18.4 Antall saker og saker per 100 000 innbyggere rådgivende enhet for russaker hadde i 2024, kommunestørrelse.

	Antall saker totalt	Antall innbyggere*	Saker per 100 000 innbyggere
< 2 000 innbyggere	3	92 255	3,25
2 000–5 000 innbyggere	8	312 477	2,56
5 000–10 000 innbyggere	7	505 905	1,38
10 000–20 000 innbyggere	18	612 998	2,94
20 000 50 000 innbyggere	72	1 359 746	5,30
50 000 innbyggere og mer	59	1 986 669	2,97
Bydel i Oslo	14	724 290	1,93
Totalt	181	5 594 340	3,24

*Befolkningstall for 2025.

Det er lavest tall for kommunene i Finnmark, som ikke har noen saker i rådgivende enhet for russaker i 2024, se tabell 18.5. Flest saker i forhold til antall innbyggere har kommunene i Telemark med 20 saker per 100 000 innbyggere, og kommunene i Troms og Vestfold med 13 saker per 100 000 innbyggere.

Tabell 18.5 Antall saker og saker per 100 000 innbyggere rådgivende enhet for russaker hadde i 2024, fylke.

	Antall	Antall innbyggere	Saker per 100 000 innbyggere
Oslo	14	724 290	1,93
Rogaland	19	504 496	3,77
Møre og Romsdal	3	272 413	1,10
Nordland	6	243 582	2,46
Østfold	3	314 407	0,95
Akershus	11	740 680	1,49
Buskerud	11	271 248	4,06
Innlandet	3	377 556	0,79
Vestfold	33	258 071	12,79
Telemark	35	177 863	19,68
Agder	10	322 188	3,10
Vestland	5	655 210	0,76
Trøndelag	6	486 815	1,23
Troms	22	170 479	12,90
Finnmark	0	75 042	0,00
Totalt	181	5 594 340	3,24

18.6 Oppsummering

Det er 165 kommuner/bydeler som har svart på hvilke forventninger de har til forebyggings- og behandlingsreformen. Noen oppgir bare at de har lave forventninger fordi det igjen er flere oppgaver til kommunene, uten at det finansieres. Andre har store forventninger til hva som skal oppnås gjennom reformen, og særlig at det skal komme mer ressurser til kommunene som kan gjøre dem i stand til å utvikle tjenestene til personer med rusmiddelproblemer. Mange forventer at det skal skje en dreining mot forebygging og helsehjelp heller enn straff. Kommunene presiserer at de som kommunal tjeneste bør ha fokus på forebygging, samtidig som behandlingskapasiteten i spesialisthelsetjenesten til langvarig døgntilrettelagt behandling styrkes.

I 2025 er det 83 prosent som oppgir at de har etablert en rådgivende enhet for russaker eller en funksjon for dette, og ytterligere 6 prosent har oppgitt at de har planer om å gjøre det. Det er de minste kommunene som oftest ikke har etablert tilbudet, og som heller ikke har planer om å gjøre det. Det er lavest andel kommuner som har etablert en slik enhet i

Finnmark (43 prosent), Nordland (59 prosent) og Buskerud (67 prosent). Men i Buskerud er det i tillegg 27 prosent som har planer om å etablere en rådgivende enhet for russaker.

Når vi spør hvordan de har valgt å organisere rådgivende enhet for russaker, gir alle som har etablert en slik enhet, en beskrivelse av hvordan den er organisert. De fleste kommunene oppgir at enheten er en del av kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid, typisk i samarbeid med oppveksttjenester som helsestasjon eller skolehelsetjeneste. For å ta rusttester benytter de legekantor eller hjemmetjenester.

Alle de 279 kommunene/bydelene som har oppgitt at de har en rådgivende enhet for russaker, har oppgitt hvilke andre funksjoner enheten har. Det er 14 prosent som oppgir at enheten ikke har andre funksjoner eller oppgaver, mens flest (56 prosent) oppgir at de følger opp enkeltpersoner, og 49 prosent oppgir at de gir råd og veiledning til pårørende og brukere. Det er 37 prosent som oppgir at de er kontaktpunkt for rusfeltet i kommunen eller bydelen, omtrent like mange oppgir at de gir råd og veiledning til andre aktører og instanser, og at de utfører generelt arbeid rundt forebygging av rus. Det er 15 prosent som oppgir at enheten kun utfører de lovpålagte samtalene.

Totalt for landet oppgir kommunene at den rådgivende enheten for russaker hadde 181 saker, og sett i forhold til antall innbyggere er det kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere som hadde flest saker, med 5,3 saker per 100 000 innbyggere. Det nasjonale tallet er 3,24 saker per 100 000 innbyggere.

Det er kommunene i Telemark som har flest saker per innbygger (20 saker per 100 000 innbyggere), fulgt av Troms og Vestfold (13 saker per 100 000 innbyggere). Kommunene i Finnmark hadde ingen saker i den rådgivende enheten for russaker i 2024.

19 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Tvunget psykisk helsevern kan gjennomføres enten med eller uten døgnopphold. Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) vil si at man er under tvunget psykisk helsevern, men bor hjemme eller i en institusjon utenfor sykehuset. Når personer, som er underlagt tvang på døgn, skrives ut fra døgnopphold, men fortsatt har behov for tvungent vern, så overføres det tvungne vernet fra døgnavdelingen til fagansvarlig på DPS (altså uten døgn).

Pasienter på TUD må ha regelmessig kontakt med helsevesenet, selv om de ikke nødvendigvis ønsker dette selv. Man må møte til avtaler med helsepersonell, og kan bli oppsøkt hjemme om de ikke møter til avtale. Man kan måtte ta medisiner mot egen vilje (tvangsmedisineres), men det må da fattes et eget vedtak om behandling uten eget samtykke. TUD er hjemlet i følgende paragrafer:

psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd:

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang.

psykisk helsevernloven § 3-5 fjerde ledd:

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

19.1 Tidligere funn

Spørsmål om TUD var med første gang i 2023. Da fant vi at 75 prosent av kommunene hadde erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Blant de minste kommunene var det 39 prosent som hadde erfaring med TUD, mens andelen var over 90 prosent i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Når vi kontrollerte for kommunestørrelse, fordi sannsynligheten for å ha erfaring med personer som er underlagt TUD, øker med antall innbyggere, er det ikke systematiske forskjeller mellom HF-områder i sannsynligheten for å ha erfaring med TUD.

Det var 16 prosent av kommunene som hadde erfaring med TUD, som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som er

underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD). 46 prosent svarte at de i liten eller i svært liten grad hadde hatt problemer. Resten, 38 prosent, svarte at de i noen grad hadde hatt problemer.

Det ble gitt 149 beskrivelser av hvilke utfordringer de har hatt når det gjelder personer som er underlagt TUD. En grundig gjennomgang av svarene viste at det særlig handler om mangel på tilrettelagte boliger med oppfølging, brukere som nekter medisinerer eller observasjon og avviser hjelp fra kommunen, atferdsproblemer, uavklart ansvarsfordeling og uklare regelverk som tolkes forskjellig av kommunen og spesialisthelsetjenesten. Svarene tydet også på at FACT-team ser ut til å fungere godt de fleste steder når det gjelder TUD.

Det ble gitt 166 beskrivelser av hva som gjøres for å få til god oppfølging av personer som er underlagt TUD. De mest frekvente svarene handlet om at samarbeidet fungerte godt, og FACT-team ble trukket fram som særlig viktig når det gjelder personer som er underlagt TUD. Det var en del kommuner som oppgav at samarbeidet fungerte dårlig, men at de i 2024 ville sette inn ressurser for å bedre samarbeidet.

I 2024 var det 74 prosent av kommunene/bydelene som oppgav at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD, altså omtrent som i 2023 (75 prosent). Basert på svarene fra kommunene beregnet vi at det totalt var 1826 TUD-pasienter som har fått kommunale tjenester de siste 12 månedene på nasjonalt nivå i de 257 kommunene som oppgav at de har erfaring med TUD. Vi beregnet også at det var rundt 60 prosent av TUD-pasientene som fikk kommunale tjenester.

Det var 85 prosent av kommunene/bydelene som hadde FACT-team i 2024, som svarte at FACT følger opp personer som er underlagt TUD. Av disse var det 76 prosent som svarte at det fungerer godt eller svært godt, mens 24 prosent svarte at det fungerer middels. Det var kun 1 kommune som oppgav at FACT fungerer dårlig for TUD.

Det var 11 prosent som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD, og som kommer fra psykisk helsevern for voksne, og 43 prosent svarte at de i noen grad har problemer. Det var ikke signifikante forskjeller mellom opptaksområdene for helseforetakene når vi kontrollerte for kommunestørrelse.

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

Vi spurte konkret hva det er i tvangslovgivningen som tolkes forskjellig, og det ble gitt 65 beskrivelser. Det var få som nevnte et spesielt lovverk eller bestemte paragrafer, det er mer generelle beskrivelser av at spesialisthelsetjenesten og politiet ikke forstår at det er frivillig å motta kommunale tjenester, og at de kommunale tjenestene ikke kan gjøre det

spesialisthelsetjenesten og politiet mener de skal gjøre. Problemene ble litt tydeligere etter at vi hadde gått gjennom svarene grundigere, men det er fortsatt vanskelig å vite om det er slik at TUD fungerer godt dersom pasienten ønsker kommunale tjenester, eller om FACT fungerer godt fordi de kan bruke tvang, jf. psykisk helsevernloven, fordi de er ansatt i spesialisthelsetjenesten, mens kommunale ansatte ikke benytter noen form for tvang, fordi det er frivillig å motta kommunale tjenester. Problemene oppstår sannsynligvis når det er andre enn FACT-teamet som skal følge opp personer som er underlagt TUD, og pasienten ikke ønsker kommunale tjenester. Kommunene har ikke hjemmel til å ta seg inn i boliger og gi tjenester pasienten ikke ønsker.

I 2025 har vi gjentatt noen av de tidligere spørsmålene, i tillegg til å prøve å finne ut mer om kommunene får rutinemessig beskjed om at pasienter som skal ha kommunale tjenester, er underlagt TUD eller ikke, og om hvilken rolle kommunene har i forbindelse med tvangsmedisinering av pasienter som er underlagt TUD.

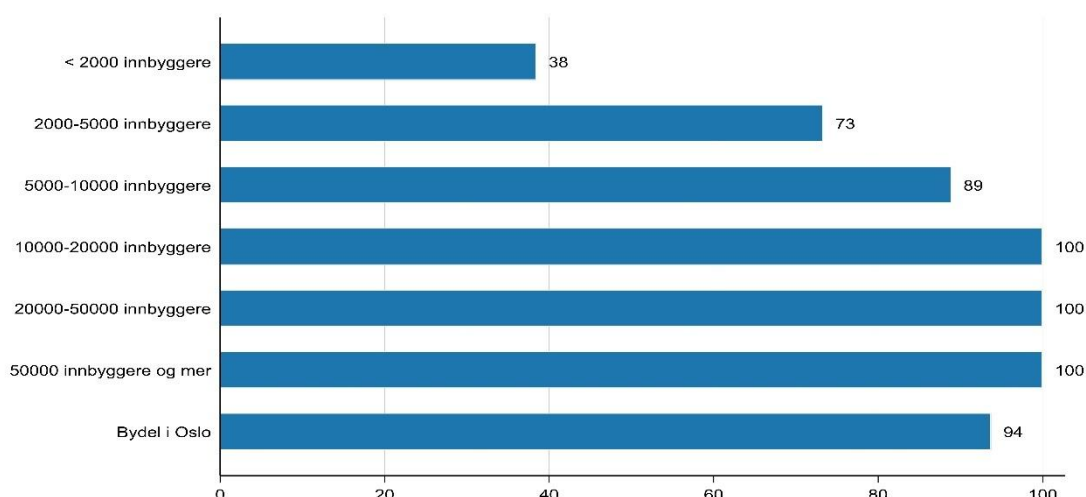
19.2 Erfaring med TUD

Som vist i tabell 19.1 oppgir 79 prosent av kommunene/bydelene at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD, i 2025. Dette er en liten økning fra 2024 (74 prosent).

Tabell 19.1 Antall og andel som oppgir at de har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern døgn til tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD), 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	255	75	257	74	265	79
Nei	70	21	68	20	60	18
Vet ikke	15	4	20	6	12	4
Totalt	340	100	345	100	337	100

Det er noen tydelige forskjeller etter kommunistørrelse, se figur 19.1. Når vi kontrollerer for kommunistørrelse, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder for helseforetakene.



Figur 19.1 Prosent som svarer at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatri og fortsatt er underlagt TUD. Kommunestørrelse, 2025.

19.3 Om kommunen får beskjed om at pasienter som skal ha kommunale tjenester, er underlagt TUD eller ikke

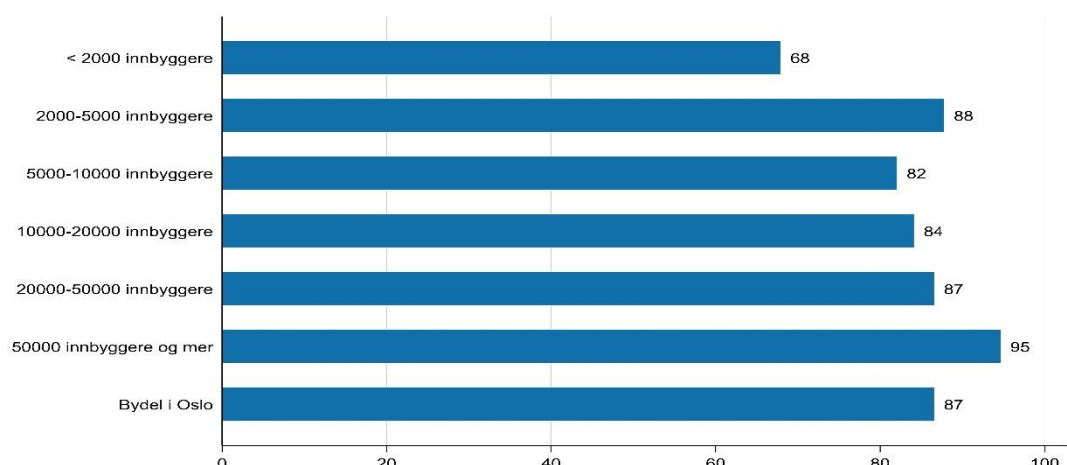
Det er 72 prosent av de som har svart, som oppgir at de rutinemessig får beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at pasienter som skal ha kommunale tjenester, er underlagt TUD (tabell 19.2). 13 prosent svarer at de ikke får det. Av de som har svart at de har erfaring med å gi tjenester til personer som er underlagt TUD, er det 84 prosent som oppgir at de får rutinemessig beskjed om pasienten er underlagt TUD.

Tabell 19.2 Om kommunen/bydelen rutinemessig får beskjed om at pasienter som skal ha kommunale tjenester, er underlagt TUD

	Alle som har svart		De som har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern til TUD	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	244	72	223	84
Nei	45	13	26	10
Vet ikke	48	14	15	6
Totalt	337	100	264	100
Ikke oppgitt	35		1	

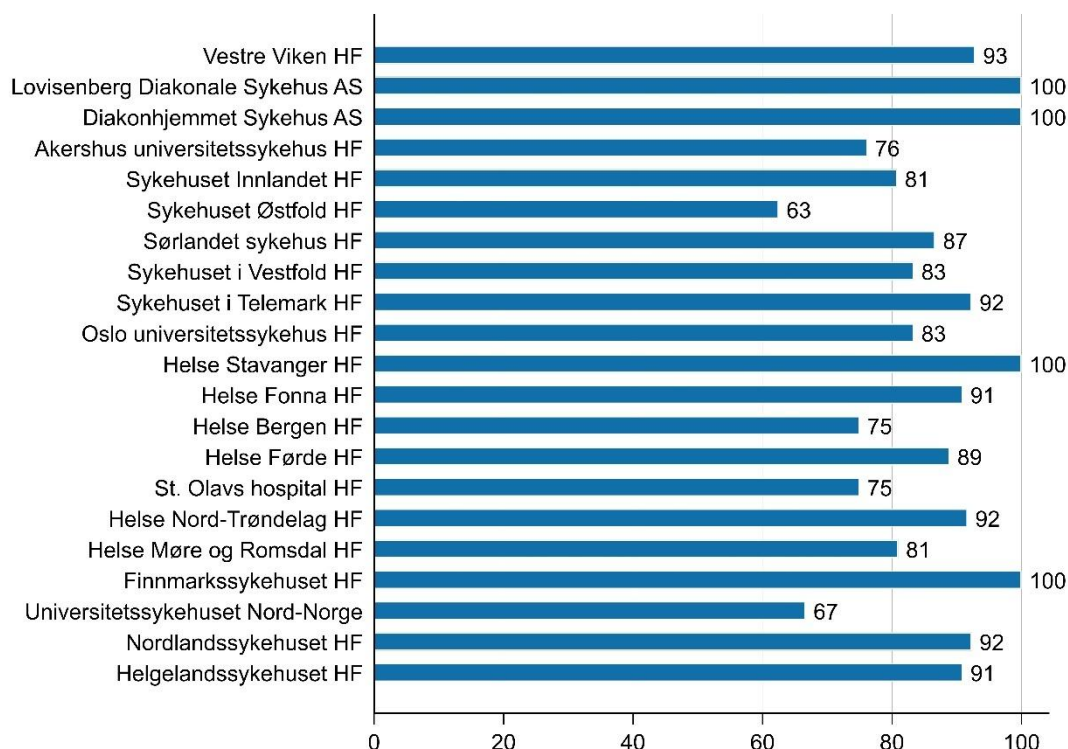
Andelen blant alle som har svart, er 72 prosent, men blant disse er det også en del som ikke har erfaring med å tilby tjenester til pasienter underlagt TUD. Vi ser videre på andelen som svarer ja blant de som har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som er underlagt TUD.

Som vist i figur 19.2 er det en litt lavere andel blant de minste kommunene som oppgir at de rutinemessig får beskjed om at pasienter er underlagt TUD (68 prosent), enn blant større kommuner. Ellers er ikke forskjellene statistisk signifikante.



Figur 19.2 Prosent av kommunene som har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som er underlagt TUD, og som rutinemessig får beskjed om at pasienter er underlagt TUD. Kommunestørrelse, 2025.

Det er kommunene i opptaksområdet til Sykehuset Østfold HS som i lavest grad oppgir at de får rutinemessig beskjed om at pasienter er underlagt TUD (figur 19.3). Men det er ingen signifikante forskjeller mellom helseforetak når vi kontrollerer for kommunestørrelse.



Figur 19.3 Prosent av kommunene som har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som er underlagt TUD, og som rutinemessig får beskjed om at pasienter er underlagt TUD. Helseforetak, 2025.

19.4 Kommunens rolle i forbindelse med tvangsmedisinering av pasienter som er underlagt TUD

Det er stor variasjon i hva som er kommunens rolle, og det er ulike erfaringer:

- Kommunene følger opp noen pasienter på TUD, og de har god rolleavklaring med spesialisthelsetjenesten, pasienten må samtykke, og spesialisthelsetjenesten har ansvaret for pasienten.
- Kommunens ansatte følger opp at medisin blir tatt, og om ikke gir de beskjed til spesialisthelsetjenesten.
- Alle pasienter på TUD følges opp av FACT/ACT eller DPS.
- Fastlegene bistår med tvangsmedisinering i noen kommuner.
- Botiltak følger opp TUD i noen kommuner.
- Kommunen gir hyppige tilsyn og legger til rette for at planer følges.
- Hjemmesykepleiere deler ut medisin i noen kommuner.
- Kommunen er tydelig på at kommunalt ansatte ikke skal inn til pasienter som vurderes som farlig.
- Tvangsbruk kan kun foregå i spesialisthelsetjenesten.

Noen har dårlige erfaringer med TUD:

Kommunen opplever at TUD-vedtaket blir flyttet over til kommunen, da spesialisthelsetjenesten ikke drar ut i kommunen. Det er en fergetur for spesialisthelsetjenesten å komme til kommunen, og mange av pasientene klarer ikke å reise dit. Vi har dårlig erfaring med samarbeid med spesialisthelsetjenesten og TUD-pasienter, da oppgavene og gjennomføringen ofte legges over til kommunen, samt at det er ingen eller svært begrenset veiledning.

Noen kommuner er tydelige på hva som er kommunens oppgaver:

Legemiddeladministrering, motivering, tilrettelegging. Formidling av informasjon til spesialisthelsetjenesten.

Følge opp avtaler med lokalt legekontor v/medisinering. Observere, støtte, tilrettelegge og bistå pasienten i hverdagslivet. Delta på samarbeidsmøter.

Det er kommunen sitt ansvar å gjennomføre tvangsmedisinering.

Påse at de møter opp til medisinering.

Noen kommuner er tydelige på hva de gjør om pasienten ikke vil ta medisinen:

Hjemmesykepleien deler i noen tilfeller ut medisin. Det gis tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ikke tar medisinen, hvilket er generell rutine også der pasienter ikke er underlagt TUD.

Andre kommuner havner ofte i diskusjoner om dette:

Avgrense spesialisthelsetjenesten for tvangsbruk i brukernes eget hjem, pga. manglende forståelse av sykehusets lovverk og hvordan dette kommer til anvendelse ved TUD. Gi opplæring til stadig nye

spesialister på hva kommunen ikke kan utføre på sykehusets lovverk, og deres bestilling. Blir stående i diskusjoner mellom nødetater på hvem som skal bistå i å innbringe pasienter dersom pasienten motsetter seg medisineringsen. Dette gjelder særlig de pasientene som er dårlige, motsetter seg helsehjelp, og som bor i bemannede bofellesskap. Vi motivere til å ta medisiner, men vi kan ikke sette injeksjonene mot pasientens vilje. Tvangsbruk forekommer fra spesialistenes side ved medisineringsen, der de selv mener at dette er mild til moderat overtalelse.

Andre kommuner har fått en tydeligere rutine:

Per dags dato kan ikke tvangsmedisineringsen foregå i kommunen, og pasienter er nødt til å innlegges i spesialisthelsetjenesten.

Det kan avtales at kommune påminner, motiverer, følger, frakter eller bistår med innlåsing i forbindelse med medisineringsen, men kommunen har aldri en aktiv rolle i gjennomføring av tvang, men kan ha en aktiv rolle i form av å legge til rette og appellere til frivillighet slik at bruk av tvangsmidler til frakt og medisineringsen unngås.

Andre har delt oppgaven med selve medisineringsen og observasjon mellom fastlegen og kommunale tjenester:

Tvangsmedisineringsen gjennomføres hos fastlege, eller helsetjeneste. Observasjonstid gjennomføres hos helsetjenesten.

Oppgaven kan også være delt mellom DPS og kommunale tjenester:

Vi deler ut medisiner og påser at de blir tatt. Dersom ikke melder vi til ansvarlig behandler. Vi følger også med på observasjonstiden etter medikament er tatt. DPS setter injeksjon, mens vi i kommunen må observere i etterkant av gitt medisin.

Andre kommuner oppgir at de ikke er involvert i medisineringsen i det hele tatt:

Vi er ikke involvert i medisineringsen. Fungerer som lokal kontaktperson i bostedskommunen. Observere pasienten, og samarbeide med spesialisthelsetjenesten.

Noen har fått bedre avtaler på plass:

Det er nylig utarbeidet en detaljert avtale mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om TUD-pasienter, som bl.a. omhandler pasientens ønske om TUD, spesialisthelsetjenestens ansvar, voldsrisikovurdering, kriseplan, ev. fakturering, kommunens rolle mm.

Etter avtale kan kommunen bidra med å sette depotmedisin på enkelte pasienter. Dette for å gjøre det mer skånsomt for bruker. Dette kan være hjemmetjenesten eller lavterskeltilbud som eksempelvis feltpleie. Kommunen har også samarbeid med spesialisthelsetjenesten (gjennom skriftlige samarbeidsavtaler i form av kriseplaner m/ enkeltpasienter) i form av å gi beskjed ved forverring av psykose eller lignende.

19.5 FACT og TUD

I 2025 er det 83 prosent av de som har svart på om FACT følger opp personer som er underlagt TUD, som svarer at FACT gjør det. Dette er omtrent som i 2024.

Tabell 19.3 Om FACT følger opp personer som er underlagt TUD, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	93	85	105	83
Nei	14	13	13	10
Vet ikke	2	2	8	6
Totalt	109	100	126	100
Ikke oppgitt	21		22	

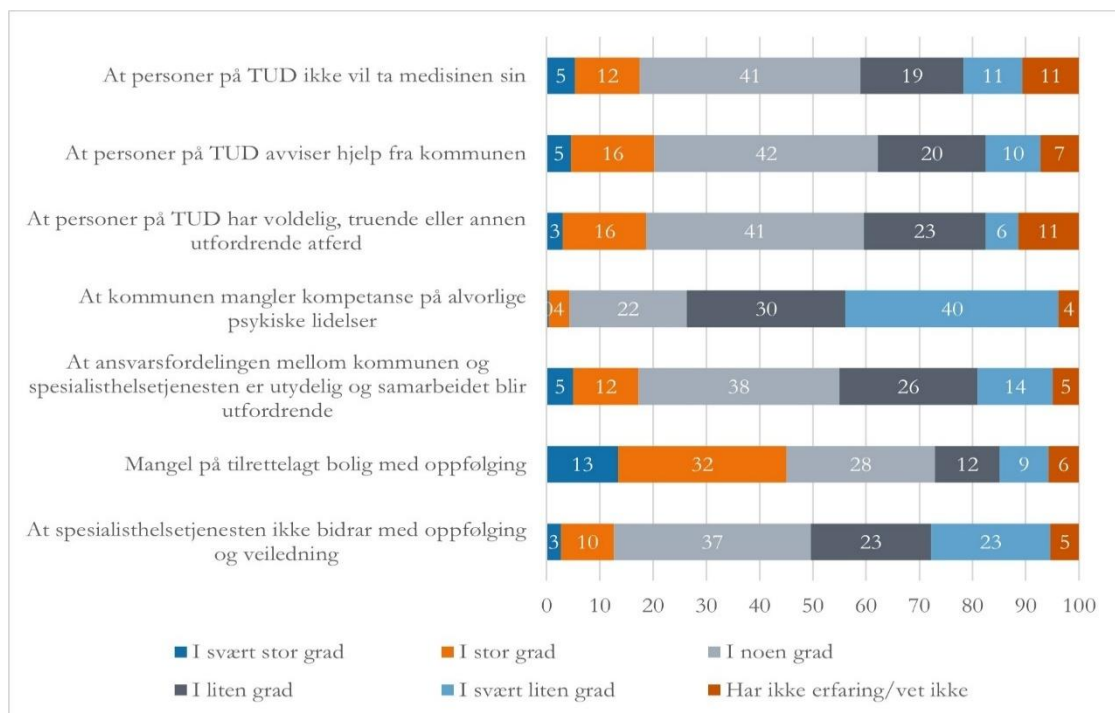
Alle unntatt 1 av de 105 som har oppgitt at FACT følger opp personer på TUD, har svart på hvordan de erfarer at FACT fungerer for TUD. Som vist i tabell 19.4 er det 78 prosent som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 21 prosent svarer at det fungerer middels. Det er kun 1 kommune som også i 2025 oppgir at FACT fungerer dårlig for TUD.

Tabell 19.4 Hvordan de erfarer at FACT fungerer for personer som er underlagt TUD, 2024 og 2025

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært godt	23	25	27	26
Godt	47	51	54	52
Middels	22	24	22	21
Dårlig	1	1	1	1
Totalt	93	100	104	100
Ikke oppgitt	0		1	

19.6 Årsaker til problemer med å gi tilbud til pasienter som er underlagt TUD

Som vist i figur 19.4 er det flest som oppgir at mangel på tilrettelagt bolig med oppfølging i stor eller svært stor grad er årsaken til problemene med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD (45 prosent). Dernest oppgis det at personer på TUD avviser hjelp fra kommunen (20 prosent), at personer på TUD har voldelig, truende eller annen utfordrende atferd (19 prosent), at ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er utydelig og samarbeidet blir utfordrende (17 prosent), og at personer på TUD ikke vil ta medisinen sin (17 prosent). 13 prosent svarer at spesialisthelsetjenesten ikke bidrar med oppfølging og veiledning, mens kun 4 prosent oppgir at problemer oppstår fordi kommunen mangler kompetanse på alvorlige psykiske lidelser.



Figur 19.4 Prosentvis svarfordeling på i hvilken grad ulike forhold fører til at de har problemer med å gi tilbud til personer som er underlagt TUD, 2025.

19.7 Oppsummering

I 2025 oppgir 79 prosent av kommunene/bydelene at de har erfaring med å tilby tjenester til personer som er underlagt TUD. Dette er en liten økning fra 2023 (da det var 75 prosent). Det er noen tydelige forskjeller etter kommunestørrelse, der små kommuner naturlig nok i mindre grad har erfaring med TUD. Når vi kontrollerer for kommunestørrelse, er det ingen signifikante forskjeller mellom kommuner i ulike opptaksområder for helseforetakene.

Av de som har svart at de har erfaring med å gi tjenester til personer som er underlagt TUD, er det 84 prosent som oppgir at de får rutinemessig beskjed om pasienten er underlagt TUD, og 10 prosent svarer at de ikke får beskjed.

Det er stor variasjon i hva som er kommunens rolle i tvangsmedisinering av pasienter som er underlagt TUD. Det virker som det fungerer godt når kommunene følger opp noen pasienter på TUD og de har god rolleavklaring med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret, og pasienten må samtykke dersom kommunene skal bistå. Fastlegen bidrar i noen kommuner med selve medisineringsen, mens i andre kommuner er det FACT, ACT eller DPS som utfører medisineringsen, mens kommunalt ansatte observerer pasienten etter medisineringsen.

I 2025 er det 83 prosent av de som har svart på om FACT følger opp personer som er underlagt TUD, som svarer at FACT gjør det. Blant disse er det 78 prosent som svarer at det fungerer godt eller svært godt, mens 21 prosent svarer at det fungerer middels.

20 Sårbarhet for overdoser og unge med rusmiddelproblemer

I henhold til folkehelseloven § 5 skal kommunen ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i kommunen. Overdoseforebyggende arbeid er dermed en naturlig del av kommunenes forebyggende arbeid.

Alle kommuner skal ha en alkoholpolitisk handlingsplan, jf. alkoholloven § 1-7 d. Mange har også en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Å koble rutiner om overdoseforebyggende arbeid til planverk som allerede er etablert, kan være ressursbesparende.

Rutiner for samarbeid mellom aktuelle instanser bidrar til å sikre gode overganger og avdekke overdoserisiko hos den enkelte brukeren.

Utskriving fra fengsel, avrusning eller avslutning av ulike behandlingsopphold er eksempler på sårbare overganger som kan medføre økt risiko for overdose, blant annet fordi toleransen for rusmidler kan være redusert.

Ansvarsgruppen rundt brukeren, kriseplan og individuell plan (IP) bidrar til å ivareta brukeren forutsatt at brukeren har vært involvert i utviklingen og samtykket til innholdet.

Rutiner for tverrsektorielt samarbeid i kommunens planverk kan bidra til å styrke helhetlig oppfølging av brukeren. Se effekt av tiltak for å redusere bostedsløshet (fhi.no).

Type rusmidler som er i omløp, og sammensetningen av og styrken på dem (rusmiddelkvaliteten) er i stadig endring både nasjonalt og regionalt. Ved at kommunen er orientert om endringer eller situasjoner som øker overdosefaren i regionen, kan informasjon videreformidles til brukermiljøene og overdoser forebygges.

Kommunen skal dele ut brukerutstyr, jf. smittevernloven § 7-1 tredje ledd om forebygging av smittsomme sykdommer.

20.1 Om det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk

Tabell 20.1 viser at det er 41 prosent av kommunene som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, og dette er en økning fra 33 prosent i 2024. Men det er også 18 prosent som svarer at de ikke vet om dette er en del av kommunens planverk.

Tabell 20.1 Antall og prosent som oppgir om det å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	111	33	137	41
Nei	160	47	141	42
Vet ikke	69	20	60	18
Totalt	340	100	338	100

20.2 Vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) og brukerorganisasjoner

Spørsmålet er formulert slik: Har dere vært i kontakt med deres regionale KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser? Alle de 137 kommunene/bydelene som har oppgitt at å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, har svart på dette spørsmålet. Som vist i tabell 20.2 er det 78 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS.

Tabell 20.2 Antall og prosent som oppgir om de har vært i kontakt med det regionale KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	81	74	107	78
Nei	20	18	19	14
Vet ikke	9	8	11	8
Totalt	110	100	137	100

Det er 49 prosent av de som har oppgitt at å redusere sårbarhet for overdoser er en del av kommunens planverk, som oppgir at de har vært i kontakt med brukerorganisasjoner i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, mens 15 prosent svarer at de ikke vet om kommunen var i kontakt med brukerorganisasjoner (se tabell 20.3).

Tabell 20.3 Antall og prosent som oppgir om de har vært i kontakt med brukerorganisasjoner i forbindelse med planverk for å redusere sårbarhet for overdoser, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	67	49
Nei	49	36
Vet ikke	20	15
Totalt	136	100
Ikke oppgitt	1	

De 141 kommunene som svarte at det å redusere sårbarhet for overdoser ikke er en del av kommunens planverk, fikk spørsmål om de hadde tenkt å utarbeide planer for å redusere sårbarhet for overdoser. Alle har svart på spørsmålet, og det er nå en større andel som oppgir at de skal gjøre det (27 prosent), sammenliknet med i 2024 (14 prosent).

Tabell 20.4 Antall og prosent som oppgir om de skal utarbeide planverk for å redusere sårbarhet for overdoser blant de som ikke har det, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	23	14	38	27
Nei	64	40	40	28
Vet ikke	73	46	63	45
Totalt	160	100	141	100

20.3 Kjent med nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende tiltak

Det er 77 prosent av kommunene som svarer at de ansatte er kjent med nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende tiltak i 2025, mens 18 prosent ikke vet om de ansatte er det.

Tabell 20.5 Antall og prosent som oppgir om de ansatte i kommunen er kjent med nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende tiltak, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	260	77
Nei	18	5
Vet ikke	59	18
Totalt	337	100
Ikke oppgitt	35	

20.4 Oppsummering

Det er 41 prosent av kommunene/bydelen som svarer at det å redusere sårbarhet for overdoser, er en del av kommunens planverk, og dette er en økning fra 33 prosent i 2024.

Av de som har dette i planverket, er det 78 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med KORUS (Kompetansesenter for rusfeltet) i den forbindelsen. Det er 49 prosent som oppgir at de har vært i kontakt med brukerorganisasjoner i forbindelse med planverket.

I 2025 svarer 77 prosent av kommunene at de ansatte er kjent med nasjonale faglige råd for overdoseforebyggende tiltak, mens 18 prosent ikke vet om de ansatte er det.

21 Annet

I dette kapittelet har vi med temaer som har for begrenset omfang til å utgjøre egne kapitler. Dette er

- samarbeid med frivillige aktører
- forebyggende arbeid for voksne
- digitale kartleggings- og behandlingsverktøy for milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- informasjon om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no
- meningsfylt hverdag
- fokus på arbeid
- utfordringer med bolig

21.1 Samarbeid med frivillige aktører

Det er 58 prosent av kommunene som har svart, som oppgir at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, se tabell 21.1. Dette er en nedgang fra 67 prosent i 2024.

Tabell 21.1 Antall og prosent som svarer at de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om tilbud til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid, 2024 og 2025.

	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	227	67	194	58
Nei	101	30	131	39
Vet ikke	12	4	11	3
Totalt	340	100	336	100
Ikke oppgitt	33		36	

Det er 191 kommuner/bydeler som beskriver hvilket tilbud de har samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner, og de oppgir følgende samarbeidsområder:

- aktivitetstilbud til målgruppen
- lavterskeltilbud om sosialt møtested
- mattilbud/matstasjon
- varmestue
- arbeidsrettede tilbud
- samtaletilbud til målgruppen

21.2 Forebyggende arbeid for voksne

Det er 87 kommuner som har tatt i bruk ABC^{hh} for god psykisk helse, og dette utgjør 26 prosent av kommunene som har svart.

ABC for god psykisk helse

Tabell 21.2 Antall og prosent som oppgir om de har tatt i bruk / planlagt å bruke ABC for god psykisk helse, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	87	26
Nei	201	60
Vet ikke	47	14
Totalt	335	100
Ikke oppgitt	37	

Vi spør hva de har gjort, og svarene tyder på at de arbeider med å fremme bruk av ABC på møter mellom ansatte, og at frisklivssentralen og aktivitetssentre bruker modellen. Andre har brukt det som teoretisk rammeverk for planlegging av tjenester, eller folkehelsekoordinatoren har fått opplæring og skal spre det i kommuner. Noen oppgir også at de har gruppetilbud heller enn enkelttilbud for å unngå ensomhet.

Hverdagsglede

Det er 113 kommuner som har tatt i bruk Hverdagsgledeⁱⁱ, og dette utgjør 34 prosent av kommunene som har svart.

Tabell 21.3 Antall og prosent som oppgir at de tatt i bruk/planlagt å bruke Hverdagsglede, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	113	34
Nei	177	53
Vet ikke	45	13
Totalt	335	100
Ikke oppgitt	37	

De svarer litt på samme måten som for ABC, de har brukt det i personalgruppene, vært på kurs og bruker det i ulike aktivitetstilbud og frisklivssentralen. Noen oppgir at de legger

^{hh}<https://www.abcforgodpsyiskhelse.no/>

ⁱⁱ<https://www.fhi.no/ps/livskvalitet-og-trivsel/hverdagsgledens-fem-kunnskapsbaserte-grep-for-god-livskvalitet/>

stor vekt på hverdagsglede og tilbyr kurs til innbyggerne. Andre oppgir at det er «under planlegging».

Tiltak for å forebygge ensomhet i målgruppen

Som vist i tabell 21.4 oppgir 62 prosent av kommunene at de har satt i verk tiltak for å forebygge ensomhet i målgruppen voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Tabell 21.4 Antall og prosent oppgir om de har satt i verk tiltak for å forebygge ensomhet i målgruppen (voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer), 2025.

	Antall	Prosent
Ja	209	62
Nei	105	31
Vet ikke	21	6
Totalt	335	100
Ikke oppgitt	37	

De beskriver mange tiltak, og tiltakene handler om å etablere ulike møtesteder eller væresteder, og ulike aktivitetstilbud som turgrupper, gruppeaktiviteter, gå-grupper, turgrupper, matservering, sosiale arrangementer, kafé, matlagingsgrupper og forebyggende hjemmebesøk til eldre, og de forsøker å starte opp ulike tilbud.

21.3 Digitale kartleggings- og behandlingsverktøy for milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer

I 2025 oppgir 58 prosent at kommunen/bydelen benytter digitale kartleggings- og behandlingsverktøy til å følge opp personer med milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Tabell 21.5 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på om de benytter digitale kartleggings- og behandlingsverktøy til å følge opp personer med milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, 2025.

	Antall	Prosent
Ja	196	58
Nei	137	41
Vet ikke	3	1
Totalt	336	100
Ikke oppgitt	36	

Som vist i tabell 21.6 benytter 72 prosent Assistert selvhjelp AS, mens 19 prosent benytter Norse. Noen kommuner bruker flere enn én leverandør, slik at summen blir over 100.

Tabell 21.6 Antall og prosent av kommunene/bydelene som svarer på hvilken leverandør av digitale kartleggings- og behandlingsverktøy de bruker, 2025.

	Antall	Prosent
Assistert selvhjelp AS	141	72
Norse	38	19
Braive	2	1
Checkware	4	2
Youwell	0	0
Dignio	13	7
Vet ikke	5	3
Andre leverandører	27	14
Antall	196	117

Blant de som oppgir at de bruker Andre leverandører, er det FIT som oppgis oftest. Andre oppgir helsenorge.no, Norsk forening for kognitiv atferdsterapi, Tankevirus, Audit, Dudit, mindblown, rop.no, og Digipro. Noen oppgir GAD-7 og PHQ-9.

21.4 Informasjon om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no

På spørsmålet om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no, bekreftet 75 prosent av kommunene dette i 2025 (tabell 21.7). 13 prosent svarte at de ikke gir slik informasjon, mens 11 prosent svarte «vet ikke». Det er dermed en marginal økning fra 74 til 75 prosent som informerer innbyggerne om disse selvhjelpsverktøyene, fra 2024 til 2025.

Tabell 21.7 Antall og prosent som har svart på om tjenestene informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no, 2023–2025.

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	225	66	250	74	253	75
Nei	70	21	54	16	45	13
Vet ikke	44	13	34	10	38	11
Totalt	339	100	338	100	336	100

21.5 Tilbud til voksne for å bidra til en meningsfylt hverdag

Her har vi stilt et åpent spørsmål som er formulert slik: «Har dere tilbud til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for å bidra til en meningsfylt hverdag?» Det er 310 kommuner som har svart på dette, og en gjennomgang av svarene viser at dette handler om følgende tilbud:

- aktivitetshus/aktivitetssenter/dagsenter/dagtilbud
- arbeidstrening / arbeidstiltak / sysselsettingstiltak, IPS, VTA- og VTO-plasser
- frivillighetsbasen / frivilligsentral gir tilbud
- møtested / treffsted / brukerstyrt tilbud
- ulike gruppetilbud, inkludert grupper med uteaktivitet
- inn på tunet / grønn omsorg
- friluft/turtilbud/trening
- musikktilbud

21.6 Fokus på arbeid/utdanning

Som vist i tabell 21.8 er det 77 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de i stor eller i svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med voksne med psykiske lidelser. Det er 63 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad har fokus på arbeid og utdanning i sin kontakt med voksne med rusmiddelproblemer.

Tabell 21.8 Antall og prosent etter i hvilken grad ansatte innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har fokus på arbeid/utdanning i sin kontakt med voksne i målgruppen, 2025.

	Voksne med psykiske lidelser		Voksne med rusmiddelproblemer	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	54	16	41	12
I stor grad	204	61	173	51
I noen grad	70	21	104	31
I liten grad	7	2	15	4
I svært liten grad	0	0	3	1
Totalt	335	100	336	100
Ikke oppgitt	37		36	

Det er 65 som har lagt inn en kommentar om temaet arbeid og målgruppen. Der oppgir de følgende:

- Det er behov for økt satsing på IPS.
- Det er godt samarbeid rundt IPS.
- Kommunen prøver å få til et tilbud, men få møter opp, fordi det er konflikter i rusmiljøet.

- Det er noe med regelverket som gjør at motivasjonslønn ikke kan benyttes eller får effekt (uklart hva dette er nøyaktig).
- Det er kun unntaksvis det ikke er fokus på arbeid og utdanning i målgruppen.
- Det er tett samarbeid med Nav.
- Bymisjonen arrangerer «I jobb».
- Det er få arbeidsplasser lokalt.
- Det er lang avstand til utdanningssteder.
- De tilbyr jobbmestringskurs.
- De har jobbspesialister som arbeider aktivt med målgruppen.
- De skal innføre IPS i 2025.
- Det er fokus på tilbake i arbeid i RPH.

En av kommunene beskriver tydelig hva som er utfordringene for mange i målgruppen når det gjelder arbeid og utdanning:

En utfordring Nav opplever, er at når noen brukere skrives ut fra institusjon/ fengsel, så informeres ikke Nav på forhånd, og det kan bli meget vanskelig når noen plutselig skal ha stønad, bolig, aktivitet osv. Hovedmålet til Nav er å hjelpe flere brukere ut i arbeid, eventuelt via utdanning. Og det gjelder også de som har helse- og rusproblemer. Både via individuell oppfølging og bruk av arbeidsrettede tiltak. Men det er et vanskelig tema, for mange brukere innen psykisk helse og rus har ulike utfordringer, og noen har ikke motivasjon til å ta utdanning eller arbeid, noen har angst og helseutfordringer eller en oppførsel som trøbler det til, og noen er ustabile når det gjelder fremmøte og kontinuitet.

Noen har også fått til arbeidsutprøving for målgruppen i de kommunale tjenestene:

Godt samarbeid i kommunen med avdelinger som legger til rette for arbeidsutprøving, teknisk etat, barnehage, oppgaver i helse/omsorg kommunehus o.a.

Noen finner oppgaver som må gjøres, og som målgruppen kan bidra til:

Vi har egne IPS som jobber med dette. Jobber med å etablere arbeidsprosjekt der de i rus kan bistå med arbeid med vedlikehold i kommunale boliger. Kommunen har fått tilskudd til prosjektet.

Noen kombinerer arbeid og terapi:

Vollmesteren, som er et tiltak i tjenesten Psykisk helse og rus, meningsfull hverdag med arbeidsoppgaver, praktisk arbeid og utendørsterapi.

En annen kommune forklarer litt mer at det varierer hvor mye vekt som legges på arbeid i de ulike delene av tjenestene:

Det er ulikt mellom tjenesteområdene hvordan fokuset er på dette. F.eks. har Nav dette som sitt kjerneområde. Arbeid er et av de mest sentrale elementene i virksom behandling. Det gjelder både for lokalbaserte tiltak og i oppfølgingen av brukere i bl.a. TSB-forløp. Det er også samarbeid med ideelle organisasjoner om dette. Flere av lavterskeltilbudene har også et tydelig fokus på arbeid og utdanning. Ved Energiverket er det opprettet et Recovery college.

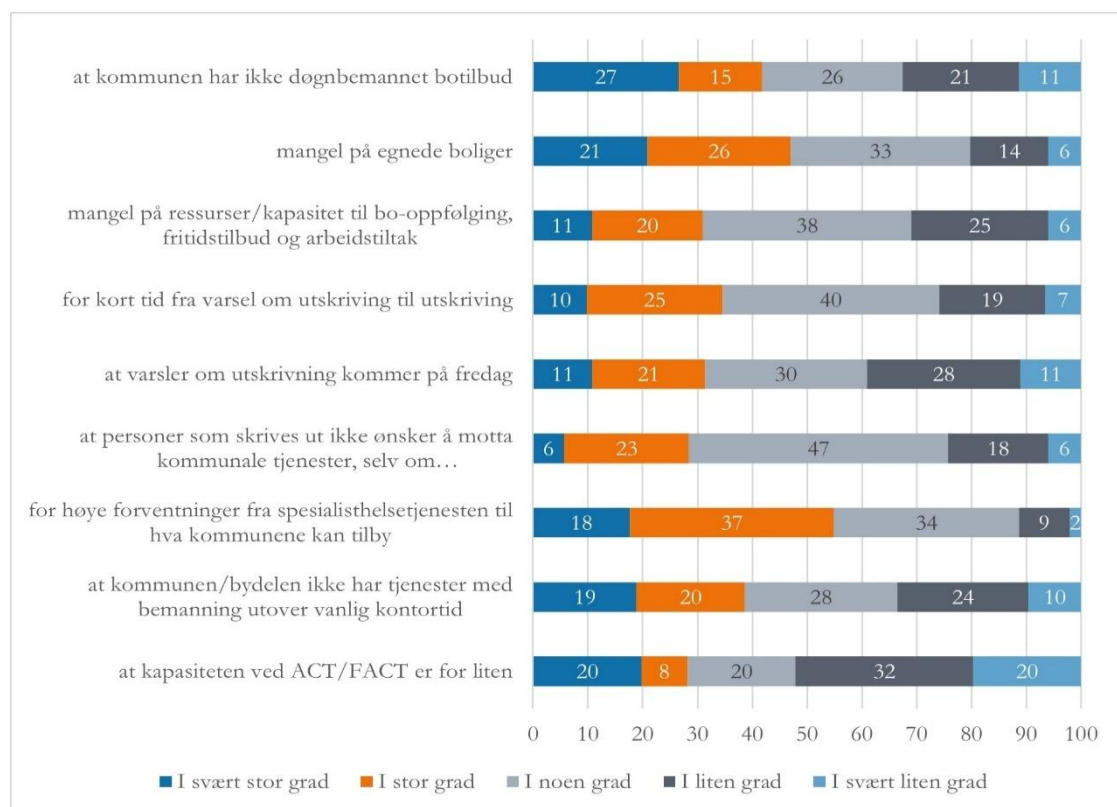
Det er også andre som oppgir at det er ressurskrevende å få brukere i målgruppen i arbeid, men at det legges mer vekt på arbeid og personlig økonomi. Det er mulig det er behov for å se om det bør gjøres endringer i trygdeordningene slik at de bedre kan tilpasses arbeid og aktivitet for målgruppen. Kanskje bør det for eksempel finnes flere alternativer.

Det ser også ut som det legges mer vekt på arbeid og aktivitet blant unge med rusutfordringer og unge med milde og moderate psykiske helseproblemer. Og særlig oppgir mange at RPH er svært opptatt av jobb.

21.7 Melding om utskrivningsklare pasienter

Spørsmålet er formulert som følger: I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne når det gjelder følgende årsaker: (se liste over ulike årsaker som vist i figur 21.1).

Det er flest som svarer at de i stor eller i svært stor grad har problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fordi det er for høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby (55 prosent), at de har mangel på egnede boliger (47 prosent) og at kommunen ikke har døgnbemannet botilbud (42 prosent).



Figur 21.1 Prosentvis svarfordeling på i hvilken grad ulike forhold fører til at de har problemer med å gi tilbud utskrivningsklare pasienter, 2025.

21.8 Hovedutfordringer med boligtilbudet til målgruppen

Det er kommunene som har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet (også kalt «boligsosial lov») trådte i kraft 1. juli 2023. Loven innebærer en tydeligere rettslig forankring av kommunenes boligsosiale ansvar. Formålet med loven er å forebygge boligsosiale utfordringer og å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde en egnet bolig. Loven viderefører i hovedsak plikter kommunen tidligere hadde gjennom medvirkningsansvaret i sosialtjenesteloven § 15 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7, men presiserer og til dels skjerper ansvaret. De skjerpede kravene gjelder plikten til å ha oversikt over boligbehovet for vanskeligstilte, ta boligsosiale hensyn i planleggingen og noe strengere krav til saksbehandlingen. Statsforvalteren er klageinstans for vedtak etter loven.

Vi har spurt kommunene om hva som er hovedutfordringen i dag når det gjelder boligsituasjonen til målgruppen. Det er 312 kommuner og bydeler som har svart på dette. Vi har analysert og kodet svarene og finner at 40 kommuner beskriver at boligsituasjonen for målgruppen er bra, eller ok, eller at det ikke er noen utfordring, eller at alle i målgruppen har egnet bolig. Disse utgjør 13 prosent av svarene. Resten av svarene (87 prosent) handler om følgende utfordringer i kommunen:

- Boligmangel generelt, det bygges for lite boliger
- Mangel kommunale boliger
- Mangel på midlertidige botilbud
- Mangel på permanente botilbud
- Mangel på tilrettelagt botilbud for ROP-pasienter
- For lite kunnskap og erfaring med ROP-lidelser
- Boliger til de som er uten boevne
- Mangel på botilbud med døgnbemanning
- Utfordringer når bruker ikke eier eller kan kjøpe bolig med egne midler
- Kollektivtilbudet lokalt er så dårlig at alle må bo sentralt
- Flyktninger konkurrerer med målgruppen om bolig
- Økt turisme påvirker leiemarkedet for bolig til målgruppen
- Målgruppen leier dårlige boliger i det private markedet

Noen oppgir også at det ikke er mangel på boliger akkurat, men at noen i målgruppen har dårlig boevne og trenger tett oppfølging, eller at de har behov for hardbruksboliger. Andre oppgir at de ikke har bostedsløse, men at det er behov for andre botilbud enn de har i dag:

Kommunen har ingen bostedsløse, men noen av de som er hjemmeboende har behov for omsorgsbolig med personaltilgang.

Kommuner som har god tilgang på boliger, kan likevel ha utfordringer med å gi tilbud til målgruppen:

Kommunen har relativt mange kommunale boliger, men de er i liten grad lagt til rette for personer med lav boevne og omfattende rusvansker.

Våre pasienter har bolig/leilighet, men mange av disse har utfordringer ift. ensomhet. Vi kunne ønske et tilbud om bokollektiv tilpasset brukerne.

Enkelte i målgruppen skaper frykt og bidrar til utrygge nabolag:

Kommunen har rimelig god dekningsgrad på boliger til målgruppen. Mangler boliger som ligger litt skjermet for omgivelser for personer med så avvikende atferd at de vekker frykt i nabolag.

Nok boliger, men uegnete boliger/bomiljøer. Opphopninger av beboere med dårlig boevne, som skaper utrygge nabolag og negativ innflytelse.

Pasienter som har lite boevne når de ruser seg og i tillegg gjør nabolaget utrygt i disse fasene. Store svingninger i rusmisbrukers funksjonsnivå, som gjør at det er vanskelig å hjelpe dem. Ofte bruk av politi, innleggelse blir vanskelig da de ikke er dårlig nok (får kanskje en natt på institusjon), variabelt med innsikt mm. Enorm slitasje på bolig, beboere i nærområdet og bemanningen som skal følge opp.

En kommune beskriver det som kanskje er situasjonen i mange tilfeller:

Vi mangler boliger til innbyggere med rusutfordringer som ønsker leve i fred, og som ikke vil slutte å ruse seg.

Det lokale private leiemarkedet for bolig kan være godt, selv om det er utfordringer for målgruppen:

Det er ledige bustadar i privat marknad, der utleigar ikkje ynskjer leigetakar med aktuelle utfordringar.

En kommune beskriver situasjonen slik:

Boligsituasjonen har vært under press generelt, fordi flyktningssituasjonen har bidratt til press på utleiemarkedet. Kommunen har boliger, men det har vært et økende behov for boliger, fordi har vært større etterspørsel. Flere har vanskeligheter med å bo, som gjør at de ødelegger boligen de har til disposisjon. Flere har atferd som tidvis skremmer lokalsamfunnet og det blir vanskeligheter med omgivelsene, som fører til press i lokalmiljøet. Det er vanskelig for kommunen å kunne ha bærekraftig boligpolitikk, og sikre tilfredsstillende boliger (med nødvendig hjelp) etter hvor den enkelte eventuelt er i sin rehabilitering. Det blir svært vanskelig å differensiere tilbudet, slik som ønskelig i en recovery-prosess.

En annen kommune har liknende utfordringer:

Det er lang venteliste på kommunale boliger og boligmassen er dårligst tilpasset de som i størst grad er utsatt for gjentatt bostedsløshet. Mange bor i nødbolig over lang tid, noe som bryter med både nasjonale målsettinger og kommunens egne ambisjoner på feltet. Ut ifra hvem som er på venteliste har kommunen per i dag behov for flere boliger til personer med utfordringer knyttet til rusmiddelavhengighet og psykisk helse. Det er behov for flere boliger som har en skjermet plassering, hvor det er få boliger lokalisert på samme sted, og som samtidig ligger nær kollektivtilbud.

Mens en mindre kommune oppgir følgende:

Det eneste vi kan oppleve som er vanskelig/utfordrende er «kjenninger» som ikke får leid bolig. Dette med bakgrunn i tidligere manglende betaling eller hærverk i utleieboliger. I enkelte tilfeller løser vi

dette med at Nav eller kommunen står som leietager av leilighet som disponeres av de som ikke får leie selv. Kommunen har ingen egen boligmasse avsatt til innbyggere med rusutfordringer. Alt leies i det private leiemarkedet. Nav har ingen fortrinnsrett til leie av boliger i det kommunale boligselskapet.

Noen beskriver at de har planer og hva det er behov for:

Kommunen har leid inn boliger fra det private markedet til videre utleie. Ordningen har vært sårbar, lite hensiktsmessig og uforutsigbar. I forbindelse med utarbeiding av boligsosial handlingsplan, planlegges det for en styrking der kommunen anskaffer flere kommunale utleieboliger til denne gruppen. Per i dag er det manglende kapasitet på omsorgsbolig, og kommunale utleieboliger tilpasset brukergruppen. Gjennomgangsbolig/midlertidig bolig finnes ikke i kommunen, og etablering av slike må fremover prioriteres.

Det er kommunepolitikere som må prioritere å gjøre noe med boligsituasjonen for målgruppen dersom det er lokale utfordringer. Noen oppgir at dette nå blir prioritert og at de tror situasjonen blir bedre fremover:

Det er nå en ny boligsosialplan under utarbeiding i kommunen, og her har vi fått god plass til målgruppa og det tegner til å bli bedre for fremtiden.

Målgruppen har ofte veldig svak økonomi/lav inntekt, eller en økonomi som er preget av kaos og stor gjeld. Mange har svært dårlig boevne, og hjelpeapparatet er avhengig av å komme i posisjon for å gi hjelp. I vår kommune er det prioritert å bygge egne boliger til målgruppen, da vi over år har hatt et svært dårlig botilbud med meget dårlige boliger.

Det er kanskje Oslo og de andre storbyene som har de aller største utfordringene fordi de har mange brukere i målgruppen med udekkede behov, og svarene fra bydelene i Oslo er samstemte og viser et stort behov for ny politikk på dette området:

- For få egnede boliger til innbyggere med adferdsproblemer. I tillegg er det krevende prosesser for å etablere nye boliger i bydelen.
- Boligmangel, mangel på skjermet bolig, mangel på bolig med riktig og nødvendig oppfølging. Noen bør bo lengre i Oslo kommunes egne rusinstitusjoner.
- Det er manglende botilbud til målgruppen, spesifikt ROP og andre innbyggere med sammensatt problematikk. Det somatiske helseperspektivet blir ikke godt nok ivarettatt. Velferdsetaten kan ikke romme botilbud for målgruppen, bydelen kan ikke / har ikke rammer til å bygge opp. Det fører til at de er dårlige, uten tilbud. Bydelen kjøper tilbud på rammeavtale, noe Oslo kommune selv kunne bygd opp.
- Det er for få kommunale boliger tilgjengelig. Det er for få midlertidige døgnovernattingstilbud med kvalitetsavtale til de som mister privat bolig. Det er krise på boligmarkedet, få objekter til leie, og leieprisen er høy. Brukere med rus og / eller psykiske lidelser og brukere med innvandrerbakgrunn, står lengst bak i køen på leiemarkedet.
- Manglende boliger, og tilpassede boliger i mer skjermede omgivelser.
- Mangel på kommunale og samlokaliserte boliger med bemanning.

- Generelt sett er det mangel på egnede boliger for personer med rus- og psykiske lidelser, spesielt gruppen i hovedforløp 3. Bydelen har ingen egne boliger i bydelen til denne gruppen. Bydelens heldøgnsbemannet bolig har lange ventelister, og det finnes ingen andre boliger med base. Mange av de tilgjengelige boligene er uegnede, og det tar lang tid å få plass på grunn av lange ventelister. Bydelen har få kommunale boliger, og mange av disse er sentrert på ett område, noe som kan være belastende for andre beboere i kommunale boliger. Flere prioriterte grupper, som flyktninger, konkurrerer også om de samme boligene, noe som ytterligere begrenser tilgjengeligheten. I tillegg er nedskalering av plasser i Velferdsetaten og reduksjon i døgnplasser i spesialisthelsetjenesten faktorer som forverrer boligsituasjonen i bydel. Når det oppstår konflikter mellom brukere, er det ofte få alternative boliger å tilby, noe som kan skape ytterligere problemer.
- En utfordring er begrenset tilgang på kommunale boliger i bydelen, særlig boliger som er egnet for personer med psykiske helse- og rusutfordringer. Dette gjør det noen ganger utfordrende å tilby stabile boforhold lokalt, og følge opp i tråd med behov og politiske føringer. Manglende kapasitet på riktige botilbud kan føre til bruk av mer omfattende og kostnadskrevennde løsninger.
- Mangel på boliger og byråkratisk rigg i Oslo for å fremskaffe nye boliger.
- Behovet for bistand til bolig er økende, kostnadene er større. Det kan virke som om befolkningen generelt har lavere fungering og presenterer flere behov. Rusbefolkningen har blitt eldre, og har mer sammensatt problematikk med somatiske helseutfordringer og problemer med ADL.
- Ikke nok egnede boliger i ordinært bomiljø og det blir som regel tilbudt leilighet i store belastede boligblokker (kun kommunale leiligheter).
- Det er stor boligmangel i Oslo. Noen med store behov fyller ikke kriteriene for kommunal bolig. Det er for lite variasjon og dermed lite egnede boliger på det private markedet og for få kommunale boliger. Det er for mange vanskeligstilte som trenger boliger.
- Mangel på mange nok og godt nok egnede boliger.
- Altfor liten boligmasse med få differensierte tilbud. Gammel bygningsmasse, og ghetto. Regelverket om vilkår for bolig mangler og gjør det vanskelig å følge. Liten flyt i bemannede boliger. Syke folk blir satt i kommunale leiligheter fordi det er politisk bestemt, men det er ikke faglig.
- Alt for få kommunale boliger. For lite differensiert tilbud. Lite egnet boligmasse til formålet. Krevende å få igjennom utviklingsprosjekt for nye boliger.
- Mangel på boliger, inkludert samlokaliserte boliger med personalbase. Flere bydeler har mange kommunale boliger i samme blokk/bygg, og dette er særlig utfordrende for de som bor der samt nærmiljø. Ved planlegging av nye boliger for målgruppen er det vanskelig å finne egnede tomter, samt kan reaksjoner fra nærmiljø gjøre det utfordrende å etablere boliger.

Oppsummert finner vi at 87 prosent av kommunene oppgir at de har utfordringer når det gjelder botilbud til målgruppen, mens 13 prosent oppgir at boligsituasjonen til målgruppen er tilfredsstillende. Det er fortsatt, som tidligere kartlegginger har vist, særlig botilbud til mennesker med ROP-lidelser som skaper de aller største utfordringene for kommunene. Boligtilbudet til målgruppen generelt påvirkes av lokale forhold som antall flyktninger kommunen skal bosette, eller at mange boliger leies ut til turister.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 23 (2022–2023) Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033). Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/> (2023).
2. Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8). Nasjonale Tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2024. (2024).
3. Folkehelseinstituttet. Temautgave av Folkehelse rapporten 2025 – Barn og unges psykiske helse. (2025).
4. Justis- og beredskapsdepartementet. Prop. 112 L (2024–2025) Endringer i straffeloven og legemiddeloven mv. (befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak).
5. Kommunal- og distriktsdepartementet. Meld. St. 17 (2024–2025) Samisk språk, kultur og samfunnsliv. 1–74 (2025).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 12 (2023–2024) Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen. (2024).
7. Kultur- og likestillingsdepartementet. Handlingsplan mot hets og diskriminering av samer 2025–2030. 1–52 (2025).
8. Bergman, S., Kiill, M., Bjørnholt, M. & Ruud, N. S. Når tausheten brytes: Om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn. 1–126 (2025).
9. Justis- og beredskapsdepartementet. Meld. St. 31 (2024–2025) Straff som virker – straffegjennomføring for et tryggere Norge. 1–133 (2025).
10. Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Sekretariatet for konfliktrådene. Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. (2023).
11. Ekspertgruppen om tiltak for barn som begår gjentatt eller alvorlig kriminalitet. De er våre barn – om å holde hodet kaldt og hjertet varmt. (2025).
12. Harlem, H. Særskilt melding til stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene. 1–48 (2025).
13. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2025: 2 Samfunnsvern og omsorg. (2025).

14. Riksrevisjonen. Flere unge bryter loven – forebyggingen har sviktet. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/myndighetenes-innsats-mot-barne-og-ungdomskriminalitet/> (2025).
15. Mohaupt, H. Vold og foreldreskap. (Fagbokforlaget, 2024).
16. Olesen, E. S. B., Wiik, C. H. B. & Ødegaard, A. Tvang og grenser i barne- og ungdomspsykiatrien. (Universitetsforlaget, 2025).
17. Wangensteen, T. & Jansen. Respekt og likeverd i arbeid med rus og psykisk helse. (Universitetsforlaget, 2024).
18. Lien, L. Om boka: Respekt og likeverd i arbeid med rus og psykisk helse. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 22, 281–283 (2025).
19. Aaslund, H., Luteberget, L., Seim, S. & Slettebø, T. Brukermedvirkning for personer i sårbare posisjoner. (Universitetsforlaget, 2024).
20. Olsson, A. B. S. & Vågan, A. Brukermedvirkning for personer i sårbare posisjoner. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 22, 288–290 (2025).
21. Kvello, Ø. Barn i risiko. (Fagbokforlaget, 2025).
22. Almvik, A. & Borge, L. Å sette farger på livet. Samspill og deltakelse i psykisk helse- og rusarbeid. 2. Utgave. (Fagbokforlaget, 2025).
23. Dyregrov, K. & Reime, M. A. Etterlatte ved unaturlig død. Et særlig fokus på narkotikarelatert død. (Fagbokforlaget, 2024).
24. Abraham, J., Ceccato, V. & Näsman, P. From locals to outsiders: A comparative analysis of neighborhood safety perceptions. Nord. J. Criminol. 27, 1–26 (2025).
25. Allvin, A., Gerell, M. & Skardhamar, T. Vulnerable Areas in Oslo – Toward “Swedish Conditions”? Nord. J. Urban Stud. 4, 1–20 (2024).
26. Bakken, A. Ungdata 2024 Nasjonale resultater. 1–68 (2024).
27. Bakken, A. Ungdata 2025 Nasjonale resultater. 1–68 (2025).
28. Breimo, J. P., Vannebo, B. I. & Waldahl, R. H. The Reactivation of Perennial Dilemmas: Trust Reforms in Norwegian Municipal Health and Care Services. Nord. Velfärdsforskning Nord. Welf. Res. 10, 1–12 (2025).
29. Bringsli, B. S. M. 2. Er det alltid «riktig» at pasientene får ta egne valg? I Omsorg i praksis 34–43 (Universitetsforlaget). doi:10.18261/9788215069234-24-04.
30. Burrell, L. V., Skinner, M. S. & Rostad, H. M. Tildelingskontor i norske kommuner: utbredelse og sammenheng med kommunale kjennetegn. Tidsskrift for omsorgsforskning 11, 1–12 (2025).

31. Edland-Gryt, M., Skjælaaen, Ø. & Sandøy, T. A. Ruse seg utover, innover eller bort? Tidsskrift for samfunnsforskning 66, 1–15 (2025).
32. Fiskum, C., Løvstad, M. L. & Kogstad, N. Healing with Horses: Milieu Therapists' Perspectives on Psychotherapy with Horses for Patients with Substance Use Disorders. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 22, 43–57 (2025).
33. Gamme, W. I., Kirkbakk-Fjær, K. & Furnes, M. «VR som simuleringsverktøy i psykisk helse». Studentene opplevde emosjonell berøring ved bruk av VR som simuleringsverktøy. Nord. Sygeplejeforskning 15, 1–14 (2025).
34. Graff, I. E. et al. Utredning av hvordan mørketall ved selvmord kan reduseres. 1–59 (2025).
35. Hagen, J., Kvello, C. R. & Hjelmeland, H. Historier om håp fra personer som har erfart suicidalitet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 22, 265–274 (2025).
36. Heggdalsvik, I. K. & Samsonsen, V. Høykonfliktsaker som multifaktorielle bekymringssituasjoner. Tidsskriftet Norges Barnevern 101, 61–75 (2024).
37. Hellesø, R. et al. Prioriteringslandskapet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et velferdsstatsperspektiv. Tidsskrift for omsorgsforskning 10, 46–64 (2024).
38. Henriksen, Ø., Henriksen, C. & Øydgard, G. W. Taper BSV-profesjonene posisjoner i helse- og velferdstjenestene? Tidsskrift for velferdsforskning 27, 1–18 (2024).
39. Horn, S. A., Norheim, O. F. & Barra, M. An Alternative Approach to Measuring Health Inequality in Norway and Implications for Municipal Priority Setting. Tidsskrift for omsorgsforskning 10, 65–89 (2024).
40. Hoiland, K. Har alkoholforskningen glemt gleden ved å drikke? Nytt Norsk Tidsskrift 42, 172–181 (2025).
41. Høiseth, J. R. et al. FACT ung, brukermedvirkning på både system-, tjeneste-, og individnivå. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 21, 346–357 (2024).
42. Jensen, G. Styrking av barns medvirkning og psykiske helse i nordsamisk barnehage. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 21, 302–312 (2024).
43. Kammersgaard, T. Punishment as help? Rationalizing punishment in the debate on the Norwegian drug policy reform. Nord. J. Criminol. 27, 1–18 (2025).
44. Kjær, I. G. H., Hammen, C., Haugen, T. & Johansen, B. T. Noen utfordringer, men potensial for å endre psykisk uhelse til livsmestring: Læreres erfaringer med tiltak for å fremme psykisk helse blant elever i videregående skole. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 22, 218–229 (2025).

45. Laholt, H. & Clancy, A. Bilder kan si mer enn ord: Hvordan kan bruk av bilder bidra til helsefremmende dialoger for ungdom i skolehelsetjenesten? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 21, 325–335 (2024).
46. Lunde, K., Madsen, L. & Rugkåsa, J. Helsepersonells perspektiver på mulighetsrommet for pårørendeinvolvering for hjemmeboende eldre med psykisk helse- og/eller rusproblematikk: en kvalitativ studie. *Tidsskrift for velferdsforskning* 28, 1–16 (2025).
47. Lysfjord, E. M. & Sætertrø, O. In situ-simulering i praksis i psykisk helsearbeid gir sykepleiestudentene nye muligheter for læring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 22, 230–244 (2025).
48. Laajasalo, T., Aaltonen, M., Pitkänen, J., Ellonen, N. & Martikainen, P. Adverse childhood experiences (ACEs) and juvenile violent delinquency in multiple successive birth cohorts. *Nord. J. Criminol.* 26, 1–14 (2025).
49. Mellingen, S., Kleppe, L. M. & Reime, M. A. «Kommer sjelden i kontakt». Betraktninger om å gi hjelp til etterlatte ved narkotikarelatert død. *Tidsskrift for velferdsforskning* 28, 1–16 (2025).
50. Mielityinen, L., Pitkänen, J., Ellonen, N. & Martikainen, P. Exploring intimate partner violence and child maltreatment in families through register data. *Nord. J. Criminol.* 27, 1–16 (2025).
51. Oddvang, T. K. & Vallumrød, S. What Do Patients with Chronic Pain Experience as Supportive Tapering of Opioids in Community Health Care? *Klin. Sygepleje* 39, 1–21 (2025).
52. Olkowska, A., Geirdal, A. K. Ø. & Nerdrum, P. Psykisk helse hos ansatte i barnevernet. *Tidsskriftet Norsk Barnevern* 101, 76–91 (2024).
53. Olsen, H. & Lundeberg, I. R. Courts as policy actors: The blurring of punitiveness in Norwegian drug reform. *Nord. J. Criminol.* 27, 1–17 (2025).
54. Ordahl, M. Ø., Vederhus, J.-K. & Birkeland, B. Utforskning av mentorordningen ved et kommunalt, langtids rehabiliteringstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet – en kvalitativ studie. *Nord. J. Wellbeing Sustain. Welf. Dev.* 3, 179–194 (2024).
55. Pettersen, H., Lundquist, R., Lofthus, A.-M. & Askheim, O. P. Felles opplæringsprogram for forskere og medforskere – erfaringer fra et pilotprosjekt. *Nord. J. Wellbeing Sustain. Welf. Dev.* 3, 164–178 (2024).
56. Rothschild, A. Fra symbolikk til substans – reell medvirkning for barn og unge i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 21, 387–390 (2024).

57. Senneseth, T. & Berg, L. N. 4. "REALLY! IS THAT HOW YOU SEE US?" The impact of co-created relational data for leadership across organizations. In *Innovation, Multilevel Governance, and Collaboration* 69–89 (Scandinavian University Press). doi:10.18261/9788215069906-25-04.
58. Skjuve, M. et al. Unge og helseinformasjon. *Tidsskrift for velferdsforskning* 27, 1–17 (2025).
59. Solberg, N., Flon, H. D. & Skjeggstad, E. Brukermedvirkning i spennet mellom dokumentasjonskrav og brukeres behov. En kvalitativ studie av kartleggingsmøter ved et tildelingskontor. *Tidsskrift for velferdsforskning* 28, 1–14 (2025).
60. Sudmann, T. & Hansen, H. A. Introduksjon til temanummer om hest i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 22, 1–19 (2025).
61. Sørgård, J. & Karlsson, B. «Tidkrevende – og verdt det»: Fagpersoners erfaringer med Åpen dialog i Utadrettet nettverksteam. *Nord. J. Wellbeing Sustain. Welf. Dev.* 4, 18–31 (2025).
62. Trustrup, A. K. & Jenhaug, L. M. Digital kontakt med ungdom i skolehelsetjenesten: SMS og Snapchat som virkemiddel i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 22, 206–217 (2025).
63. Urstad, H. Arbeidet for å bekjempe bostedsløshet og OECDs verktøykasse. *Tidsskrift for boligforskning* 8, 66–75 (2025).
64. Wee, V. Mishandling i parforhold: Er samfunnsstraff løsningen? *Tidsskrift for strafferett* 25, 46–75 (2025).
65. Ørjasæter, K. B. «Jeg kaller det jobben min». Forståelser av kunstbaserte arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammer for unge med psykiske og sosiale problemer. *Tidsskrift for velferdsforskning* 27, 1–14 (2024).
66. Øverland, M. B. & Berg, B. 3. Et liv på vent. Enslige mindreårige asylsøkere – ungdommer i limbo. I *Oppvekst i ytterkanten* 39–54 (Scandinavian University Press). doi:10.18261/9788215070674-25-03.
67. Aabø, M. L. Prioritisation in Service Allocation for Older People With Mental Health and/or Substance Use Disorders: Healthcare Providers' Perspectives in Norway. *Nord. Velfärdsforskning Nord. Welf. Res.* 9, 287–299 (2024).
68. Helse- og omsorgsdepartementet. Norges WHO-strategi. 1–27 (2024).
69. Bakken, A. & Ljunggren, J. Trivselsprofiler i ungdomsskolen. Endringer i elevers skoletrivsel i perioden 2014–2022. *Norsk sosiologisk tidsskrift* 9, 1–17 (2025).

70. Kristensen, K. B., Lauritzen, C. & Reedtz, C. Barneperspektivsamtalet+, et familiefokusert verktøy for brukermedvirkning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 21, 381–386 (2024).
71. Bruaset, G. T. & Kjørven Haug, S. H. Helsepersonells erfaringer av pårørendearbeid i akuttpsykiatri: en kvalitativ studie. *Fokus på familien* 53, 125–145 (2025).
72. Smith, O. R. F., Clark, D. M., Hensing, G., Layard, R. & Knapstad, M. Cost–benefit of IAPT Norway and effects on work-related outcomes and health care utilization: results from a randomized controlled trial using registry-based data. *Psychol. Med.* 55, e86 (2025).
73. OECD. Mental Health Promotion and Prevention. OECD https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-promotion-and-prevention_88bbe914-en.html (2025) doi:10.1787/88bbe914-en.
74. Plasil, T., Granlund, Gjørund, G. & Standal, M. I. ABC for god psykisk helse – en litteraturanalyse av implementeringserfaringer. <https://samforsk.no/publikasjoner/abc-for-god-psykisk-helse-en-litteraturanalyse-av-implementeringserfaringer>.
75. Kaspersen, S. L., Kalseth, J. & Ose, S. O. Sammenhengen mellom ressursinnsats og aktivitet i kommune- og spesialisthelsetjeneste på psykisk helse- og rusmiddelfeltet (2015–2023). SINTEF-rapport 2025:00235.
76. Ose, S. O. (2007). Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. SINTEF-rapport A1254.

Vedlegg A: Forkortelser

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

AA	Anonyme Alkoholikere
ABS	Ambulant, brukerstyrt samarbeid
ACT	Assertive community treatment (oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester)
ADL	Aktiviteter i dagliglivet, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre. Engelsk: Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)
Akan	Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk
ART	Program for trening av sosial kompetanse
BAPP	Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer
BTI	Bedre tverrfaglig innsats
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
COPING CAT	Behandlingsprogram / kognitiv atferdsterapi for barn og unge
COS/COS-P	Circle of Security, foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn
DPS	Distriktpsykiatrisk senter
DU-kurs	Kurs i mestring av depresjon for ungdom
DUÅ	De utrolige årene: program for foreldre, lærere og barn, fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne – finansiert av Helsedirektoratet
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (psykoterapiform som bygger på prinsippet om at en person sjelden vil klare å ha oppmerksomheten vendt mot ubehagelige følelser og hendelser samtidig som vedkommende skal rette oppmerksomheten mot et følelsesmessig nøytralt stimulus. Behandlingen har fått en viss utbredelse i behandling av traumatiske hendelser og posttraumatisk stresslidelse. Det er noen randomiserte kontrollerte behandlingsforsøk som har vist at behandlingen kan være effektiv ved slike og tilstøtende problemstillinger. (Ulrik Malt, snl.no)
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon
FACT	Flexible assertive community treatment – videreutvikling av ACT (se ACT)
FIT	Feedback-informerte tjenester (www.napha.no/fit/)
FRIENDS-kurs	Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge
HAP-kurs	Hasjavvenningsprogrammet
ICDP	International Child Development Programme
IMR	Illness management recovery
IPS	Individual placement and support, hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb
KAD	KAD står for kommunal akutt døgnenhet og er et tilbud for pasienter som trenger kortvarig innleggelse for observasjon, pleie og behandling av somatiske eller psykiske tilstander, men som ikke har behov for sykehusinnleggelse.
KAOS	Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker, modulær og prinsippbasert behandling

KAT	Kognitiv atferdsterapi
KI	Kunstig intelligens
KIB	Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv
KID	Kurs i depresjonsmestring
KID-ungdom	Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
LIST-prosjektet	Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse
LOS-prosjektet	Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14–23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.
LØFT	Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen m.m.
Morild.org	Nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.
MST	Multisystemisk terapi, familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12–18 år) med alvorlige atferdsproblemer.
NKROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
PHV	Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse)
PIS-grupper	Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn
PMTO	Parent Management Training, Oregon. Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.
PPT	Pedagogisk-psykologisk tjeneste
ROM	ROM er en modell for medvirkning på tjeneste- og systemnivå, med effekt på individnivå. ROM står for respekt, omsorg og medvirkning. Formålet med ROM er tjenesteutvikling og bedre tjenester til de som trenger det. Voksne for barn har utviklet ROM-tiltaket, og Helsedirektoratet og Bufdir finansierer det.
ROP	Samtidig rus- og psykisk lidelse
RPH	Rask psykisk helsehjelp, tilbud til personer over 16 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad
SIFER	SIFER er et nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.
SLT/SLT-koordinator	Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet
SMIL-grupper	Styrket mestring i livet, psykopedagogisk, gruppebasert tilbud med mål om styrking av barns evne til å forstå og mestre egen hverdag. Primært tilpasset barn i alderen 8–12 år.
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risikoprogram for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået
TryggEst	TryggEst er en modell som skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Bufdir.
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
VIP	Et program for veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært for ungdom i alderen 16–17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse

	og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.
ViVo	Videreutdanningen i voldsriskovurdering- og håndtering
VOP	Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet om psykisk helsevern for voksne også, inkludert døgntilrettelagt behandling).
V-RISK-10	V-RISK-10 er et verktøy som brukes til kartlegging for å identifisere de som trenger omfattende utredning av voldsrisiko. Verktøyet består av ti ledd/utredningsdeler og kan bestilles gratis hos SIFER Sør-Øst.

Vedlegg B: Grunnlagsdata 2025

		Årsverk			Årsverk pr. 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester		Totalt	Tjenester	
			for voksne	barn og unge		for voksne	barn og unge
1101	Eigersund kommune	80	65	15	52	54	45
1103	Stavanger kommune	541	421	120	36	35	38
1106	Haugesund kommune	148	127	21	39	41	29
1108	Sandnes kommune	280	234	46	33	36	23
1111	Sokndal kommune	5	4	1	15	15	13
1112	Lund kommune	15	9	6	46	34	87
1114	Bjerkreim kommune	4	4	0	14	18	0
1119	Hå kommune	88	76	11	44	51	22
1120	Klepp kommune	57	40	17	27	25	34
1121	Time kommune	45	41	4	23	27	9
1122	Gjesdal kommune	33	20	14	27	21	43
1124	Sola kommune	106	76	29	36	34	43
1127	Randaberg kommune	35	22	13	29	24	48
1130	Strand kommune	31	27	4	22	26	12
1133	Hjelmeland kommune	5	4	1	17	17	17
1134	Suldal kommune	15	9	6	38	31	64
1135	Sauda kommune	15	9	5	32	25	57
1144	Kvitøy kommune	1	1	1	18	11	43
1145	Bokn kommune	1	1	0	13	12	16
1146	Tysvær kommune	31	27	4	26	30	15
1149	Karmøy kommune	143	104	38	33	31	40
1151	Utsira kommune	1	0	1	46	14	221
1160	Vindafjord kommune	41	27	14	45	38	69
1505	Kristiansund kommune	79	74	6	32	37	12
1506	Molde kommune	62	43	18	19	16	28
1508	Ålesund kommune	236	197	40	40	42	33
1511	Vanylven kommune	5	5	1	17	18	10
1514	Sande kommune	6	6	0	23	28	0
1515	Herøy kommune	15	10	5	16	13	27
1516	Ulstein kommune	41	22	19	46	32	97
1517	Hareid kommune	0	0	0	1	0	3
1520	Ørsta kommune	31	25	6	28	29	24

1525	Stranda kommune	11	9	3	26	24	34
1528	Sykkylven kommune	25	5	20	32	8	132
1531	Sula kommune	38	31	7	39	42	28
1532	Giske kommune	20	14	6	23	21	29
1535	Vestnes kommune	15	7	9	21	11	64
1539	Rauma kommune	16	12	5	23	20	31
1547	Aukra kommune	11	5	6	29	17	74
1554	Averøy kommune	26	22	4	43	46	31
1557	Gjemnes kommune	2	1	0	7	6	8
1560	Tingvoll kommune	3	2	1	11	8	25
1563	Sunndal kommune	25	21	4	34	36	28
1566	Surnadal kommune	36	32	4	60	67	31
1573	Smøla kommune	2	1	1	7	6	13
1576	Aure kommune	4	3	1	10	9	18
1577	Volda kommune	35	30	5	31	34	22
1578	Fjord kommune	4	2	1	14	11	28
1579	Hustadvika kommune	25	20	5	18	18	18
1580	Haram kommune	26	21	6	28	27	30
1804	Bodø kommune	89	79	10	17	18	10
1806	Narvik kommune	47	45	3	22	25	7
1811	Bindal kommune	17	14	3	123	128	102
1812	Sømna kommune	1	1	0	5	6	0
1813	Brønnøy kommune	11	10	1	14	17	3
1815	Vega kommune	3	3	0	29	34	0
1816	Vevelstad kommune	1	1	0	21	26	0
1818	Herøy kommune	9	9	0	46	57	0
1820	Alstahaug kommune	12	12	0	16	20	0
1822	Leirfjord kommune	3	3	0	13	17	0
1824	Vefsn kommune	51	29	22	38	26	88
1825	Grane kommune	4	3	1	30	25	57
1826	Hattfjelldal kommune	3	3	1	25	25	24
1827	Dønna kommune	5	3	2	35	25	84
1828	Nesna kommune	23	23	0	130	160	0
1832	Hemnes kommune	10	10	0	22	27	0
1833	Rana kommune	89	76	12	34	36	26
1834	Lurøy kommune	5	3	2	24	19	48
1835	Træna kommune	0	0	0	0	0	0
1836	Rødøy kommune	2	1	1	17	11	45
1837	Meløy kommune	16	14	2	26	29	13
1838	Gildeskål kommune	6	3	3	27	18	80
1839	Beiarn kommune	5	2	3	46	27	153

1840	Saltdal kommune	18	18	0	38	47	0
1841	Fauske kommune / Fuosko suohkan	12	12	0	12	14	0
1845	Sørfold kommune	19	16	3	103	104	99
1848	Steigen kommune	8	4	4	28	18	74
1851	Lødingen kommune	4	3	1	19	17	31
1853	Evenes kommune	2	2	0	11	13	0
1856	Røst kommune	1	1	0	22	26	0
1857	Værøy kommune	9	2	7	126	36	556
1859	Flakstad kommune	1	1	0	8	9	0
1860	Vestvågøy kommune	46	39	7	40	42	31
1865	Vågan kommune	23	21	2	23	26	11
1866	Hadsel kommune	32	23	9	38	33	56
1867	Bø kommune	15	15	0	59	69	0
1868	Øksnes kommune	6	6	0	12	15	0
1870	Sortland kommune	0	0	0	0	0	0
1871	Andøy kommune	18	11	7	40	29	90
1874	Moskenes kommune	4	4	0	38	44	0
1875	Hábmera Suohkan - Hamarøy kommune	8	7	1	27	28	22
3101	Halden kommune	59	41	18	18	16	30
3103	Moss kommune	173	152	21	33	35	21
3105	Sarpsborg kommune	161	124	37	27	26	30
3107	Fredrikstad kommune	265	216	49	31	31	30
3110	Hvaler kommune	4	4	0	7	9	0
3112	Råde kommune	40	23	17	51	36	116
3114	Våler kommune	20	20	0	32	42	0
3116	Skiptvet kommune	7	4	2	17	14	29
3118	Indre Østfold kommune	147	92	55	31	24	59
3120	Rakkestad kommune	23	16	7	27	23	43
3122	Marker kommune	5	4	1	14	13	16
3124	Aremark kommune	1	1	0	4	4	0
3201	Bærum kommune	322	245	76	24	24	26
3203	Asker kommune	240	199	41	24	25	19
3205	Lillestrøm kommune	163	133	30	17	18	15
3207	Nordre Follo kommune	163	78	85	25	16	58
3209	Ullensaker kommune	107	86	21	24	25	21
3212	Nesodden kommune	89	42	47	43	26	100
3214	Frogn kommune	27	17	10	16	12	34
3216	Vestby kommune	74	33	42	37	21	93
3218	Ås kommune	48	48	0	21	27	0
3220	Enebakk kommune	34	16	18	29	18	73

3222	Lørenskog kommune	129	53	76	26	13	73
3224	Rælingen kommune	31	26	5	15	17	10
3226	Aurskog-Høland kommune	30	15	15	16	10	41
3228	Nes kommune	38	28	10	15	14	20
3230	Gjerdrum kommune	10	8	2	13	13	12
3232	Nittedal kommune	52	43	10	20	21	16
3234	Lunner kommune	10	8	2	10	11	9
3236	Jevnaker kommune	8	4	4	11	7	29
3238	Nannestad kommune	23	16	7	14	12	18
3240	Eidsvoll kommune	68	46	22	24	21	36
3242	Hurdal kommune	9	2	7	28	7	115
3301	Drammen kommune	309	211	99	29	25	48
3303	Kongsberg kommune	67	51	16	23	22	29
3305	Ringerike kommune	46	46	0	14	18	0
3310	Hole kommune	21	12	8	29	22	54
3312	Lier kommune	65	58	7	23	26	11
3314	Øvre Eiker kommune	20	12	8	9	7	19
3316	Modum kommune	49	27	22	33	23	79
3318	Krødsherad kommune	5	3	2	21	14	47
3320	Flå kommune	5	3	2	47	34	112
3322	Nesbyen kommune	9	8	1	28	28	27
3324	Gol kommune	18	16	2	36	38	23
3326	Hemsedal kommune	10	3	7	37	14	133
3328	Ål kommune	14	8	6	29	21	67
3330	Hol kommune	35	28	7	78	73	102
3332	Sigdal kommune	17	13	4	48	44	65
3334	Flesberg kommune	0	0	0	0	0	0
3336	Rollag kommune	0	0	0	0	0	0
3338	Nore og Uvdal kommune	12	5	7	47	24	166
3401	Kongsvinger kommune	36	36	0	20	24	0
3403	Hamar kommune	108	94	14	32	34	23
3405	Lillehammer kommune	91	59	32	31	25	59
3407	Gjøvik kommune	98	78	20	32	31	35
3411	Ringsaker kommune	59	45	14	16	15	21
3412	Løten kommune	8	8	0	10	12	0
3413	Stange kommune	42	33	9	19	19	21
3414	Nord-Odal kommune	7	6	1	13	13	13
3415	Sør-Odal kommune	28	25	2	34	37	17
3416	Eidskog kommune	39	34	5	64	66	54
3417	Grue kommune	45	42	3	99	107	48
3418	Åsnes kommune	28	25	3	39	41	23

3419	Våler kommune	10	7	3	28	23	57
3420	Elverum kommune	65	65	0	30	37	0
3421	Trysil kommune	22	21	1	34	38	11
3422	Åmot kommune	5	5	0	11	13	0
3423	Stor-Elvdal kommune	0	0	0	0	0	0
3424	Rendalen kommune	5	2	3	24	13	91
3425	Engerdal kommune	1	1	0	8	9	0
3426	Tolga kommune	6	2	4	38	16	115
3427	Tynset kommune	6	4	2	10	9	17
3428	Alvdal kommune	6	2	4	24	10	74
3429	Folldal kommune	3	2	1	19	15	43
3430	Os kommune	2	2	0	13	15	0
3431	Dovre kommune	6	4	2	24	19	50
3432	Lesja kommune	2	2	0	10	12	0
3433	Skjåk kommune	6	2	4	26	9	115
3434	Lom kommune	6	2	4	25	9	107
3435	Vågå kommune	6	6	0	16	19	0
3436	Nord-Fron kommune	12	10	3	22	21	27
3437	Sel kommune	15	7	8	26	15	81
3438	Sør-Fron kommune	3	3	0	10	12	0
3439	Ringebu kommune	13	13	0	30	37	0
3440	Øyer kommune	8	7	1	15	17	8
3441	Gausdal kommune	26	24	2	41	46	19
3442	Østre Toten kommune	35	31	4	23	25	16
3443	Vestre Toten kommune	34	34	0	25	30	0
3446	Gran kommune	49	24	25	36	21	106
3447	Søndre Land kommune	31	25	6	55	53	66
3448	Nordre Land kommune	20	17	4	31	31	33
3449	Sør-Aurdal kommune	10	7	3	36	30	66
3450	Etnedal kommune	4	3	1	28	27	32
3451	Nord-Aurdal kommune	17	13	3	26	25	30
3452	Vestre Slidre kommune	11	9	2	51	49	61
3453	Øystre Slidre kommune	9	7	3	28	24	47
3454	Vang kommune	2	2	0	14	17	0
3901	Horten kommune	105	56	49	37	25	95
3903	Holmestrand kommune	74	44	30	27	20	57
3905	Tønsberg kommune	193	149	44	32	31	38
3907	Sandefjord kommune	148	128	20	22	24	15
3909	Larvik kommune	121	112	10	25	28	10
3911	Færder kommune	76	64	12	27	29	22
4001	Porsgrunn kommune	145	107	39	39	35	55

4003	Skien kommune	284	151	133	50	33	120
4005	Notodden kommune	29	29	0	21	26	0
4010	Siljan kommune	2	1	1	8	5	20
4012	Bamble kommune	41	30	12	29	25	44
4014	Kragerø kommune	34	33	0	32	39	1
4016	Drangedal kommune	14	12	2	34	37	20
4018	Nome kommune	16	14	2	24	26	13
4020	Midt-Telemark kommune	31	26	5	28	29	22
4022	Seljord kommune	13	8	5	42	31	88
4024	Hjartdal kommune	3	1	1	16	9	43
4026	Tinn kommune	33	26	7	60	56	79
4028	Kviteseid kommune	5	3	2	19	16	39
4030	Nissedal kommune	3	2	1	22	18	37
4032	Fyresdal kommune	0	0	0	0	0	0
4034	Tokke kommune	8	5	3	37	29	70
4036	Vinje kommune	14	13	1	35	41	14
4201	Risør kommune	22	15	7	32	26	63
4202	Grimstad kommune	75	71	4	29	35	7
4203	Arendal kommune	137	133	4	29	36	4
4204	Kristiansand kommune	570	513	57	48	55	23
4205	Lindesnes kommune	63	43	20	27	23	40
4206	Farsund kommune	50	34	16	51	44	80
4207	Flekkefjord kommune	45	33	12	49	45	63
4211	Gjerstad kommune	13	13	1	52	60	12
4212	Vegårshei kommune	4	3	1	15	17	10
4213	Tvedestrand kommune	15	14	1	24	27	8
4214	Froland kommune	15	5	10	24	10	72
4215	Lillesand kommune	43	34	9	37	37	36
4216	Birkenes kommune	18	18	0	33	43	0
4217	Åmli kommune	6	6	0	31	39	0
4218	Iveland kommune	3	2	1	21	19	29
4219	Evje og Hornnes kommune	9	4	5	24	14	60
4220	Bygland kommune	1	1	0	12	14	0
4221	Valle kommune	5	2	3	40	23	115
4222	Bykle kommune	4	2	2	42	23	135
4223	Vennesla kommune	44	34	11	28	28	31
4224	Åseral kommune	4	3	1	44	41	54
4225	Lyngdal kommune	49	34	15	45	41	59
4226	Hægebostad kommune	3	3	0	17	22	0
4227	Kvinesdal kommune	37	34	3	60	70	24
4228	Sirdal kommune	3	3	1	18	19	13

4601	Bergen kommune	1044	723	321	36	30	58
4602	Kinn kommune	38	20	18	22	14	49
4611	Etne kommune	7	4	3	17	11	37
4612	Sveio kommune	15	14	2	26	31	12
4613	Bømlo kommune	22	22	0	18	23	0
4614	Stord kommune	55	42	13	28	28	30
4615	Fitjar kommune	6	5	2	20	19	22
4616	Tysnes kommune	3	3	0	8	10	0
4617	Kvinnherad kommune	66	58	8	50	55	32
4618	Ullensvang kommune	68	49	19	62	55	94
4619	Eidfjord kommune	3	1	2	27	14	80
4620	Ulvik herad	3	1	2	31	14	103
4621	Voss herad	15	15	0	9	12	0
4622	Kvam herad	9	9	0	10	13	0
4623	Samnanger kommune	4	0	4	14	0	69
4624	Bjørnafjorden kommune	75	72	3	28	35	5
4625	Austevoll kommune	4	4	0	7	9	0
4626	Øygarden kommune	93	79	14	23	25	15
4627	Askøy kommune	119	68	52	39	29	71
4628	Vaksdal kommune	5	3	2	13	9	26
4629	Modalen kommune	2	2	0	59	74	0
4630	Osterøy kommune	33	24	9	40	37	52
4631	Alver kommune	95	93	3	31	39	4
4632	Austrheim kommune	9	9	0	31	38	0
4633	Fedje kommune	2	2	0	33	40	0
4634	Masfjorden kommune	2	0	2	12	0	57
4635	Gulen kommune	4	4	0	18	22	0
4636	Solund kommune	3	2	1	41	32	92
4637	Hyllestad kommune	3	3	1	25	24	33
4638	Høyanger kommune	14	12	1	35	38	19
4639	Vik kommune	8	6	2	31	27	48
4640	Sogndal kommune	57	42	15	45	43	55
4641	Aurland kommune	6	5	1	30	32	20
4642	Lærdal kommune	14	13	1	63	72	24
4643	Årdal kommune	20	15	6	39	34	60
4644	Luster kommune	24	23	1	43	54	5
4645	Askvoll kommune	4	4	0	14	17	0
4646	Fjaler kommune	9	3	6	29	13	83
4647	Sunnfjord kommune	100	68	32	44	39	64
4648	Bremanger kommune	21	21	0	62	75	0
4649	Stad kommune	38	38	0	39	50	0

4650	Gloppen kommune	15	8	7	26	18	55
4651	Stryn kommune	11	10	1	15	17	7
5001	Trondheim kommune	488	373	116	23	21	29
5006	Steinkjer kommune	57	57	0	23	29	0
5007	Namsos kommune	84	76	8	55	62	25
5014	Frøya kommune	45	34	10	79	75	96
5020	Osen kommune	1	1	0	13	13	14
5021	Oppdal kommune	12	10	2	17	17	14
5022	Rennebu kommune	6	2	4	22	10	77
5025	Røros kommune	10	10	0	17	20	0
5026	Holtålen kommune	3	3	1	15	15	14
5027	Midtre Gauldal kommune	7	6	1	11	12	8
5028	Melhus kommune	42	33	9	23	23	23
5029	Skaun kommune	26	18	9	31	28	41
5031	Malvik kommune	55	51	4	37	44	12
5032	Selbu kommune	14	13	1	33	38	9
5033	Tydal kommune	1	1	0	13	15	0
5034	Meråker kommune	8	4	4	32	20	88
5035	Stjørdal kommune	61	43	18	24	22	35
5036	Frosta kommune	2	2	0	9	11	0
5037	Levanger kommune	45	40	5	22	24	12
5038	Verdal kommune	27	27	0	18	22	0
5041	Snåsa kommune / Snåasen tjelte	4	3	1	19	16	33
5042	Lierne kommune	4	3	1	30	25	58
5043	Røyrvik kommune	0	0	0	9	11	0
5044	Namsskogan kommune	2	2	0	23	23	28
5045	Grong kommune	16	10	6	69	54	132
5046	Høylandet kommune	2	2	0	19	24	0
5047	Overhalla kommune	9	4	6	23	12	59
5049	Flatanger kommune	2	1	1	20	13	55
5052	Leka kommune	0	0	0	0	0	0
5053	Inderøy kommune	10	5	5	15	9	34
5054	Indre Fosen	22	19	3	22	23	14
5055	Heim kommune	38	31	7	63	62	64
5056	Hitra kommune	46	37	10	86	84	96
5057	Ørland kommune	50	15	35	47	17	166
5058	Åfjord kommune	30	30	0	69	85	0
5059	Orkland kommune	61	33	28	33	22	76
5060	Nærøysund kommune	66	65	1	67	84	5
5061	Rindal kommune	5	3	2	24	19	47
5501	Tromsø kommune	222	141	81	28	22	55

5503	Harstad kommune	48	44	4	19	22	8
5510	Kvæfjord kommune	43	35	8	151	150	155
5512	Tjeldsund kommune	18	12	6	42	33	88
5514	Ibestad kommune	3	3	0	19	22	0
5516	Gratangen kommune	7	5	2	67	60	102
5518	Loabága suohkan/ Lavangen kommune	1	0	1	10	0	51
5520	Bardu kommune	11	11	0	28	35	0
5522	Salangen kommune	9	9	0	43	52	0
5524	Målselv kommune	18	15	3	27	27	24
5526	Sørreisa kommune	10	10	0	29	37	0
5528	Dyrøy kommune	1	1	0	9	11	0
5530	Senja kommune	45	21	24	30	17	82
5532	Balsfjord kommune	16	16	0	29	35	0
5534	Karlsøy kommune	12	12	0	52	60	0
5536	Lyngen kommune	16	16	0	58	68	0
5538	Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	15	13	2	79	84	54
5540	Gáivuotna - Kåfjord kommune	13	11	3	68	63	99
5542	Skjervøy kommune	5	4	1	16	15	20
5544	Nordreisa kommune	12	7	5	25	18	56
5546	Kvænangen kommune	2	2	0	15	18	0
5601	Alta kommune	67	45	22	31	26	45
5603	Hammerfest kommune	45	31	14	39	34	63
5605	Sør-Varanger kommune	13	12	1	13	15	6
5607	Vadsø kommune	13	8	5	22	16	50
5610	Kárášjohka - Karasjok kommune	0	0	0	0	0	0
5612	Guovdageaidnu - Kautokeino kommune	4	4	0	14	18	0
5614	Loppa kommune	1	1	0	17	18	11
5616	Hasvik kommune	2	1	1	25	12	90
5618	Måsøy kommune	4	4	0	36	43	0
5620	Nordkapp kommune	9	9	0	31	36	0
5622	Porsanger kommune - Porsángu - Porsanki	23	22	1	58	65	16
5624	Lebesby kommune	5	4	1	40	35	66
5626	Gamvik kommune	5	2	3	50	27	199
5628	Deatnu - Tana kommune	7	4	3	24	16	67
5630	Berlevåg kommune	3	2	1	34	26	84
5632	Båtsfjord kommune	2	2	0	9	11	0
5634	Vardø kommune	3	3	0	15	18	0
5636	Unjárga - Nesseby kommune	3	3	0	35	41	0
30101	Oslo kommune Bydel 1 Gamle Oslo	141	85	56	22	15	56

30102	Oslo kommune Bydel 2 Grünerløkka	90	73	17	13	13	19
30103	Oslo kommune Bydel 3 Sagene	86	79	7	18	19	11
30104	Oslo kommune Bydel 4 St.Hanshaugen	81	66	15	20	18	35
30105	Oslo kommune Bydel 5 Frogner	131	73	58	22	13	92
30106	Oslo kommune Bydel 6 Ullern	58	34	25	16	12	35
30107	Oslo kommune Bydel 7 Vestre Aker	65	42	23	12	10	19
30108	Oslo kommune Bydel 8 Nordre Aker	110	73	37	20	17	31
30109	Oslo kommune Bydel 9 Bjerke	77	53	24	21	18	28
30110	Oslo kommune Bydel 10 Grorud	80	53	27	28	23	48
30111	Oslo kommune Bydel 11 Stovner	122	59	63	35	22	82
30112	Oslo kommune Bydel 12 Alna	81	62	19	16	15	18
30113	Oslo kommune Bydel 13 Østensjø	127	93	34	24	23	30
30114	Oslo kommune Bydel 14 Nordstrand	81	74	8	15	17	6
30115	Oslo kommune Bydel 15 Søndre Nordstrand	96	62	34	24	21	36
30116	Oslo kommune Velferdsetaten	454	454	0			