

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

Solveig Osborg Ose og Silje L. Kaspersen

Rapport

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015

Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene

EMNEORD:

Psykisk helse

Rus

Kommune

Tjenester

Hovedforløp

Brukermedvirkning

Forebyggende arbeid

Oppsøkende virksomhet

Samarbeid

Kjøp fra private

Udekkede behov

Arbeidstiltak

Bolig

Selvmordsforebygging

Vold i nære relasjoner

Nasjonale kompetanse-

og ressurscenter

VERSJON

1

DATO

2015-12-04

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose

Silje L. Kaspersen

OPPDRAAGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAAGSGIVERS REF.

Thor Hallgeir Johansen

PROSJEKTNR

102009446

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

188 + vedlegg

SAMMENDRAG

Våren 2015 ble den første IS-24/8 kartleggingen gjennomført. For første gang hadde kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. Tre av fire kommuner valgte felles rapportering for voksne og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. Totalt er det rapportert 13 131 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og 21 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Nedbyggingen av døgnplassene i psykisk helsevern fortsetter, og mange kommuner sliter med å gi de med alvorlig sykdom et godt tilbud. Når kommunene også skal prioritere de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer (utgjør nå ca. 10 prosent av brukerne), vil det uten økte ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, bety at andre grupper må nedprioriteres.

Rapporten konkluderer med at det er særlig store mangler på arbeids- og aktivitetstiltak til målgruppen og nesten alle kommuner erfarer dette. Det er i mange kommuner uklart om det er NAV eller kommunen som har ansvaret for arbeidstiltak til målgruppen, men de fleste kommunene erkjenner ansvar for aktivitetstiltak. I mange kommuner ser fagpersonene et stort potensial i frivillig sektor særlig i forhold til aktivitetstiltak.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR



SIGNATUR

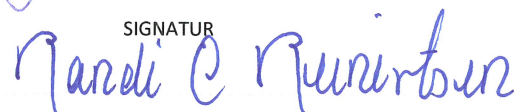
KONTROLLERT AV

Jorid Kalseth, seniorforsker

**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR

**RAPPORTNR**

SINTEF A27362

ISBN

978-82-14-05994-6

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

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

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

I 2015 rapporterte alle unntatt 14 kommuner på antall årsverk. Dette gir en svarprosent på 97 prosent av kommunene. Alle de 14 kommunene ble kontaktet og vi avtalte med dem at vi brukte tall fra 2013 fordi det ikke var vesentlige endringer i årsverksinnsatsen.

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


Rapporten er i helhet utarbeidet av SINTEF, men vi har samarbeidet med KORFOR som driver forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning på fagfeltet rus i Helse Vest. KORFOR har blant annet ansvar for BrukerPlan.

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

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

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet har for denne rapporten vært seniorrådgiver Thor Hallgeir Johansen, og vi takker for et godt samarbeid. Takk også til Per Bernhard Pedersen, Solfrid Lilleeng og Marit Sitter i Helsedirektoratet for hhv oppdatert syntax for opptaksområder, tidsserie på antall polikliniske konsultasjoner i TSB og tidsserie for polikliniske tiltak for barn og unge.

Trondheim 7. desember 2015


Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Innhold

<u>SAMMENDRAG OG KONKLUSJON.....</u>	9
<u>1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN.....</u>	17
1.1 NY, FELLES RAPPORTERING	18
1.2 KUNNSKAP OM KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID	18
1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	21
<u>2 DATAGRUNNLAG.....</u>	23
2.1 INNLEDNING	23
2.2 DATAINNSAMLING	25
2.3 OM RESPONDENTENE – 965 INVOLVERTE FAGPERSONER	26
2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET	27
2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL.....	30
2.6 INNHOLD I KARTLEGGINGEN.....	31
2.7 FORKORTELSER	34
<u>3 NASJONALE TALL</u>	37
3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT	38
3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK.....	39
3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING	42
3.4 OPPSUMMERING	46
<u>4 HOVEDFORLØP</u>	47
4.1 DATAGRUNNLAG	48
4.2 METODISK TILNÆRMING.....	49
4.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (VOKSNE OG BARN/UNGE)	49
4.4 VURDERING AV TJENESTER OG TILTAK TIL VOKSNE	50
4.5 VURDERING AV TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE.....	51
4.6 TYPER TJENESTER OG TILTAK TIL VOKSNE	51
4.7 TYPER TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE.....	54
4.8 OPPSUMMERING	56
<u>5 BRUKERMEDVIRKNING OG TILBUD TIL PÅRØRENDE</u>	59
5.1 BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM	60
5.2 ERFARINGSKONSULENT/MEDARBEIDER MED BRUKERERFARINGSKOMPETANSE/ BRUKERSPESIALIST.....	64
5.3 BRUKERRÅD.....	66

5.4	SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARINGER	68
5.5	HVA INNSAMLEDE ERFARINGER HAR BLITT BRUKT TIL.....	69
5.6	KVALITETSFORBEDRING VOKSNE.....	70
5.7	KVALITETSFORBEDRING BARN OG UNGE	73
5.8	TILBUD TIL PÅRØRENDE	74
5.9	OPPSUMMERING	78
6	<u>FOREBYGGENDE ARBEID OG TIDLIG IDENTIFIKASJON.....</u>	81
6.1	INNLEDNING	81
6.2	OM KOMMUNEN HAR IVERKSATT TILTAK	81
6.3	TYPE TILBUD	83
6.4	OPPSUMMERING	85
7	<u>OPPSØKENDE VIRKSOMHET.....</u>	87
7.1	OPPSØKENDE TEAM.....	88
7.2	FELLES TEAM MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	90
7.3	OPPSUMMERING	93
8	<u>SAMARBEID.....</u>	95
8.1	SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER.....	95
8.2	SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	98
8.3	ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE ÅR	104
8.4	ERFARINGER MED SAMARBEIDSAVTALER	106
8.5	LIKEVERDIG PART	108
8.6	OPPSUMMERING	108
9	<u>KJØP FRA PRIVATE OG SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR.....</u>	111
9.1	KJØP FRA PRIVATE	111
9.2	SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR	115
9.3	POTENSIAL FOR ØKT BRUK AV FRIVILLIGE	117
9.4	OPPSUMMERING	117
10	<u>UDEKKEDE BEHOV</u>	119
10.1	BOLIGER.....	120
10.2	ARBEIDSTILTAK OG AKTIVITET.....	123
10.3	STØTTEKONTAKT OG GRUPPETILBUD.....	125
10.4	PSYKOLOGER.....	126
10.5	ANNET.....	128

10.6	OPPSUMMERING	129
11	<u>ARBEIDSTILTAK.....</u>	131
11.1	HVA FINNES I DAG?	133
11.2	IPS OG SUPPORTED EMPLOYMENT.....	134
11.3	PSYKISK HELSE PÅ ARBEIDSPLASSEN	135
11.4	OPPSUMMERING	136
12	<u>BOLIGSITUASJONEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID.....</u>	137
12.1	TILBUD MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTENS BEHANDLINGSTILBUD OG KOMMUNENS BOLIGTILBUD	138
12.2	OVERGANG FRA MIDLERTIDIG TIL VARIG BOLIG.....	144
12.3	OVERGANG FRA KOMMUNALE BOLIGER TIL ORDINÆRT BOLIGMARKED.....	147
12.4	ØKT GJENNOMSTRØMMING	150
12.5	HOUSING FIRST.....	153
12.6	OPPSUMMERING	155
13	<u>SELVMORD, SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING</u>	157
13.1	SYSTEMATISK FOREBYGGINGSARBEID	157
13.2	TILBUD TIL PERSONER SOM HAR SELVMORDSPROBLEMATIKK OG/ELLER SELVSKADING	161
13.3	TILBUD TIL PÅRØRENDE OG ANDRE BERØRTE AV SELVMORD, SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING	164
13.4	SAMHANDLING INTERNT I KOMMUNEN	165
13.5	HVA SKAL TIL FOR Å FÅ BEDRE TILBUD	166
13.6	OPPSUMMERING	166
14	<u>VOLD I NÆRE RELASJONER.....</u>	167
14.1	HANDLINGSPLAN OG BRUK AV VEILEDER	168
14.2	OVERSIKT AV HENVENDELSER OM VOLD I NÆRE RELASJONER TIL HELSE- OG OMSORGPERSOPELL	170
14.3	ER TILBUDET TILFREDSTILLELLENDE I FØLGE KOMMUNENE?	172
14.4	OPPSUMMERING	172
15	<u>KONTAKT MED OG NYTTE AV NASJONALE KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS</u>	173
15.1	NAPHA.....	174
15.2	KORUS	177
15.3	RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)	180
15.4	RVTS (REGIONALE RESSURSSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING).....	183
15.5	ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)	186
15.6	OPPSUMMERING	188

REFERANSER 189

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2015 191

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

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

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

Ett av målene med rapporten er at kommunene skal få tips og ideer på hvordan de selv kan drive tjenesteutvikling basert på det andre kommuner deler av erfaringer. Det er derfor benyttet en rekke sitat i teksten, men kommunene er anonymisert og det oppgis bare om det er en liten, mellomstor, eller stor kommune og landsdel kommunen ligger i.

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

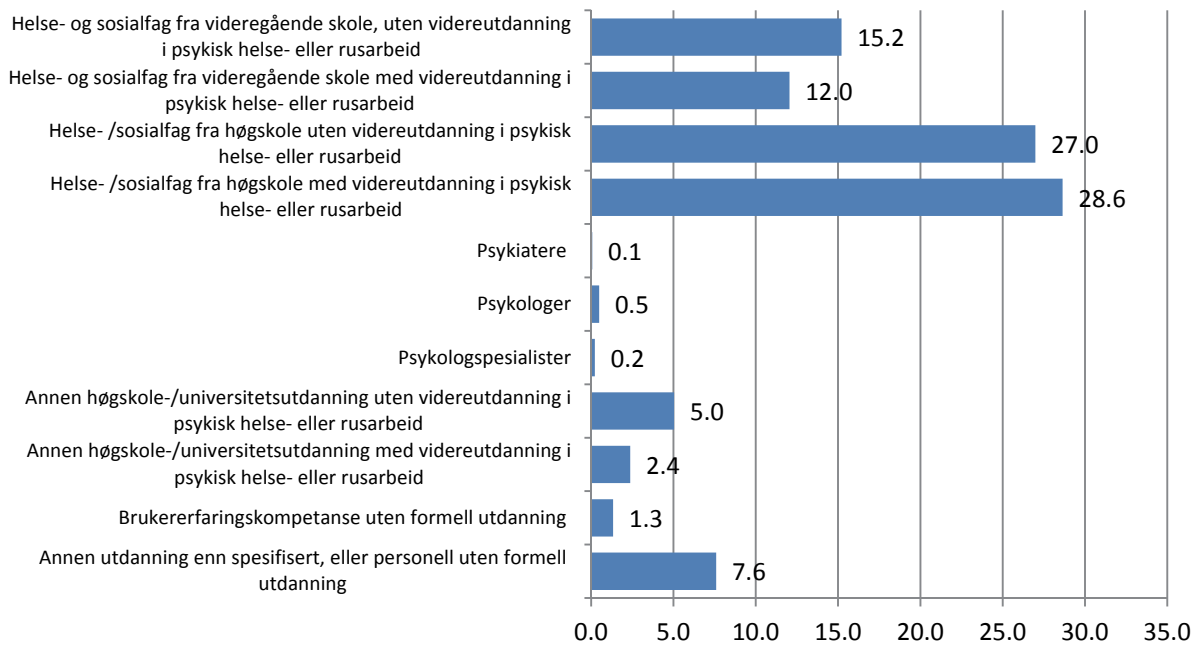
NASJONALE ÅRSVERKSTALL

I 2015 ble det rapportert totalt 13 131 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Vi anslår at det har vært en dobbeltrapportering på ca. 2 500 årsverk i perioden det har vært separat rapportering på psykisk helse og rus. Vi beholder derfor tidsserien for psykisk helse og legger et brudd i 2015 der rustallene også inngår fra og med 2015. Etter kontakt med mange kommuner gjennom datainnsamlingen og kvalitetskontrollen, konkluderer vi med at det reelt sett ikke er store endringer i årsverksinnsatsen innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene fra våren 2014 til våren 2015.

De 10 429 årsverkene (79 prosent) som er rapportert i tjenester til voksne innen psykisk helse- og rusarbeid, fordeles på tiltakene på følgende måte:

	Antall	Andel
Boliger med fast tilknyttet personell	4 231	41
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	2 205	21
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	2 524	24
Aktivitetssenter/dagsenter	745	7
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	321	3
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	403	4
Totalt	10 429	100

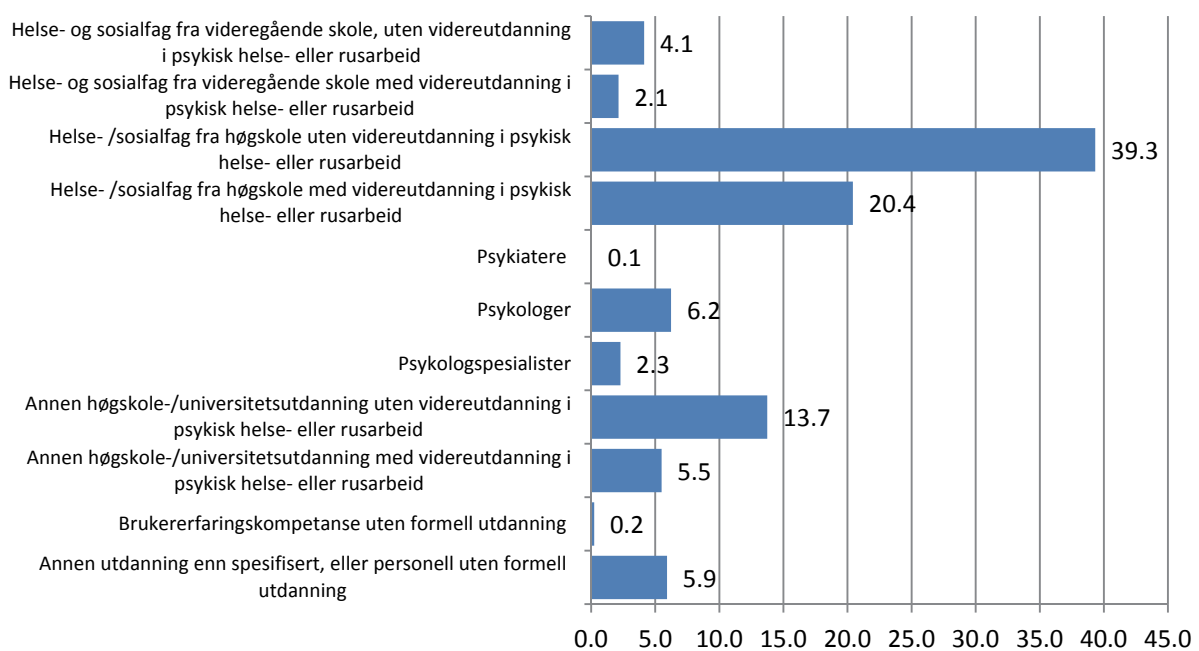
Årsverkene til voksne fordeler seg som vist i neste figur på ulike utdanningsgrupper.



De 2 702 årsverkene som er rapportert til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid, fordeles på tiltakene på følgende måte:

	Antall	Andel
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 147	42
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 300	48
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	255	9
Sum årsverk barn og unge	2 702	100

Og disse årsverkene fordeler seg på ulike utdanningsgrupper slik:



Det er altså en betydelig større andel med høyskole eller universitetsutdanning i tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne. Psykologene og psykologspesialistene utgjør en betydelig faggruppe i tjenester innen psykisk helsearbeid til barn og unge, men de utgjør mindre enn en prosent av årsverkene i tjenestene til voksne.

ÅRSVERK FORDELT PÅ FORLØP

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

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

I tjenester for voksne rapporterte kommunene at rundt 10 prosent av årsverkene går med til hovedforløp 1, 24 prosent i hovedforløp 2 og 66 prosent i hovedforløp 3. I tjenester for barn og unge er det motsatt: 45 prosent går med til barn og unge i hovedforløp 1, 33 prosent i hovedforløp 2 og 22 prosent i hovedforløp 3.

Storparten av kommunene vurderer tjenestene sine til å være svært gode eller gode – uavhengig av forløp. Det er en tendens til at man er mindre fornøyd med det tjenestetilbudet som gis til barn og unge med alvorlige problemer/lidelser – 20 prosent av kommunene svarer at dette tilbudet er dårlig eller svært dårlig. Dette kan ha å gjøre med at tjenester til voksne rapporterte 66 prosent av årsverkene sine i hovedforløp 3, sammenliknet med 22 prosent i tjenester til barn og unge - og at tjenestene til voksne med alvorlige lidelser dermed er mer utbygd i kommunene.

Når det gjaldt typer tjenester rapporterte kommunene en rekke generelle tilbud, kurs, programmer, metoder og samarbeidende instanser. De aller fleste tilbudene gikk igjen i hvert av hovedforløpene, med støttesamtaler, råd og veiledning som de absolutt hyppigste rapporterte tilbudene i alle forløp. Kognitiv terapi, motiverende intervju/motivasjonssamtaler, kartlegging/utredningssamtaler, psykoedukasjon og en rekke gruppebaserte tiltak, inkludert fritids- og aktivitetstilbud, var også hyppig rapportert. Ruskontrakt og oppfølging i LAR er også veldig vanlig. Spesielt i tjenester for barn og unge finnes det en rekke kurs og programmer som svært mange av kommunene benytter, og en liste over vanlige akronymer finnes i kapittel 2.7.

BRUKERMEDVIRKNING OG TILBUD TIL PÅRØRENDE

Kommunene gir tilskudd til brukerorganisasjonene i kommunene. Totalt er det for 2014 rapportert at kommunene samlet har gitt nesten 53 millioner i tilskudd til brukerorganisasjonene i kommunen. Dette er en nedgang fra 2013 på 25 prosent, og dette er på tross av at i 2014 skulle også tilskudd til rusorganisasjonene være med. Hva som forklarer denne nedgangen er usikkert. Om organisasjonene får mer støtte over rammene fra direktoratet eller om de reelt sett har en nedgang i disponible midler, er usikkert og må følges opp ved neste rapportering.

84 prosent av kommunene har ikke ansatt eller engasjert erfaringskonsulent eller har en medarbeider med brukererfaring eller en brukerspesialist innen psykisk helse og rus. Det er typisk store kommuner

som har brukerkompetanse og mens andel kommuner med slik kompetanse er lav i Sogn og Fjordane og i Trøndelag, er den høyere i Telemark og Vest-Agder.

40 prosent av kommunene har etablert brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid våren 2015, og de fleste kommunene har målgruppen involvert i felles brukerråd med andre brukergrupper. Jo større kommunen er målt med antall innbyggere, jo høyere sannsynlighet er det for at de har etablert brukerråd. Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

34 prosent av kommunene har på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene. De fleste har gjort det gjennom brukerundersøkelser i målgruppen, og andel kommuner som har innhentet brukererfaringer, øker med kommunestørrelse. Den innsamlede informasjonen brukes på ulike måter til å bedre kvaliteten i tjenestene. Først og fremst for å identifisere forbedringsområder og for å gi mer målrettede tjenester.

88 prosent av kommunene oppgir at de har tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid. Mange har tilbud til barn som pårørende og trenden ser ut til å være at flere og flere kommuner utnevner barneansvarlige, selv om dette bare er lovbestemt i spesialisthelsetjenesten.

FOREBYGGENDE VIRKSOMHET OG TIDLIG IDENTIFIKASJON

88 prosent av kommunene har svart på spørsmålet om kommunen har iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig og 77 prosent av de som har svart, svarer at de har iverksatt slike tiltak. Tiltakene er både konkrete tiltak som handler om å komme tidlig inn (for eksempel kartlegging ved første samtale, kartlegging blant gravide etc), skole og helsestasjon (for eksempel tett samarbeid med skolene og gjennomføring av ulike program ved skolene, forsterket helsestasjon etc) og konkrete tiltak for tjenesteutvikling for å vri tjenestene i retning forebygging (opplæring til ansatt, ansatte med særskilt ansvar for tidlig innsats, handlingsplaner med dette fokuset etc).

OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Mange kommuner har i flere år rapportert at det er behov for oppsøkende virksomhet på fagområdet for å nå personer som ellers ikke benytter tjenestene. I 2015 kartla vi hvor mange kommuner som hadde slike team bestående av enten kun kommunalt ansatte eller både ansatte fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

28 prosent av kommunene oppgir å ha oppsøkende team/utekontakter, og de store kommunene har det i større grad enn mindre kommuner. 15 prosent av kommunene har oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser (psykoser) med eller uten rusproblemer. Av de som ikke allerede har opprettet et slikt team, er det 41 kommuner som svarer at de ønsker å opprette et slikt team.

SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER OG MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

To av tre kommuner oppgir at de har samarbeid med andre kommuner innen psykisk helse og/eller rusarbeid, mens 11 prosent oppgir at de planlegger samarbeid på dette området. 22 prosent av kommunene oppgir at de ikke har samarbeid og planlegger heller ikke å etablere det.

Mange kommuner opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten generelt fungerer godt, men at det i enkelttilfeller oppstår utfordringer. En del kommuner opplever også at kapasitetsreduksjonen særlig innen psykisk helsevern går alt for raskt og at pasienter har korte opphold og skrives ut for raskt. Det alvorligste er når svært syke pasienter blir vurdert som "behandlingsresistent" eller "ikke mottakelig for behandling" og de skrives ut til et kommunalt tilbud uten spesialistkompetanse. Det er problematisk at spesialisthelsetjenesten kan gjøre dette, heller enn at de må utvikle behandlingsmetodene for å gi bedre og mer tilpasset behandling til disse pasientene. Kommunene er betydelig dårligere rustet til å klare dette enn spesialisthelsetjenesten.

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

KJØP FRA PRIVATE IDEELLE ELLER KOMMERSIELLE AKTØRER

19 prosent av kommunene oppgir at de kjøper tjenester fra private kommersielle aktører, mens 12 prosent kjøper tjenester fra private ideelle aktører. Ni prosent av kommunene kjøper både fra private og kommersielle. Fra private ideelle kjøpes det bo- og omsorgstilbud, avrusning og rehabilitering og arbeidstiltak. Fra private kommersielle kjøpes det heldøgns omsorgstilbud ved private rusinstitusjoner, individuelle helsetjenester, heldøgns omsorgstjenester til spesielt ressurskrevende pasienter, Grønn omsorg (Inn på tunet), ulike veiledningstjenester, varig tilrettelagte arbeidstiltak, barnevernstiltak, avlastningstiltak og støttekontakt.

Noen kommuner kjøper mer fra private enn tidligere, mens andre har redusert bruken av private og bygger opp tjenestene i kommunen.

Omtrent halvparten av kommunene har inngått samarbeid med frivillige. Dette kan handle om besøkstjenester, fysisk aktivitet, møtesteder for brukergrupper, selvhjelpsgrupper etc. 63 prosent av kommunene i landet sier at de ser et uutnyttet potensial for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det som foreslås handler i stor grad om å gi brukergruppen en mer meningsfylt hverdag i form av arbeid, aktivitet, fritidstilbud og besøkstjenester.

UDEKKEDE BEHOV

Når vi spør kommunene om hvilke tjenester som mangler for målgruppen, finner vi at dette særlig gjelder heldøgns omsorgstilbud for personer med alvorlig sykdom (rus og/eller psykiske lidelser). Men mange kommuner mangler også et differensiert botilbud til målgruppen og det er mangel på egnede boliger. Svært mange kommuner mener de mangler arbeidstiltak og aktivitetstiltak for målgruppen. En del mangler også støttekontakter og ulike gruppetilbud, og 44 kommuner oppgir at de mangler kommunepsykolog. I de aller fleste tilfeller mener kommunene at behovene må dekkes av kommunene selv og for eksempel ikke gjennom kjøp av private tjenester.

ARBEIDSTILTAK

Når vi spør om hvilke tilbud kommunen har for at personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få muligheten til å komme ut i arbeid, svarer de aller fleste kommunene at dette ansvaret ligger i NAV. Flere forteller om kommunale tilbud for brukergruppen som er lagt ned etter NAV-reformen. Det ser dermed ut som det er lett for kommunene å legge ansvaret for arbeidstiltak på NAV. Men noen kommuner prioriterer dette fordi de ser hvor viktig det er og de har egne kommunale tiltak tilpasset brukergruppen. I noen kommuner er det personell fra psykisk helse- og rusarbeid som følger opp personer som er på utprøving i ordinært arbeid eller tiltak gjennom NAV. Dette kan reflektere organiseringen og arbeidsdelingen mellom NAV-kontorene og øvrige kommunale tjenester, heller enn hvordan kommunene prioriterer å finansiere arbeidstiltak til målgruppen.

Ansvarsfordelingen mellom kommunene og NAV blir særlig viktig å avklare når det er lite samarbeid mellom NAV-kontorene og øvrige kommunale tjenester. Når det er et tett samarbeid og god forståelse for felles ansvar om målgruppen, kan det være lettere å få til gode tilbud.

Når arbeid og aktivitet står så høyt på listen over udekkede behov for målgruppen, er det tydelig at det her må iverksettes et arbeid for å bedre tilbudet, og at både kommunene og NAV-kontorene prioriterer målgruppen. Mange kommuner fremhever satsningen på unge i arbeid, og dette reflekterer den sterke satsningen på unge i NAV. Det er viktig at denne satsningen ikke går på bekostning av voksne mennesker med psykisk helse- og eller rusproblemer som opplever redusert helse og større hjelpebehov ved å være uten arbeid og aktivitet.

BOLIGSITUASJONEN - OVERGANGER

I overkant av hundre kommuner oppgir at de har døgnbaserte tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud. Dette er ofte heldøgnsbemannede boliger eller bofellesskap med personalbase.

Tettere individuell oppfølging av den enkelte bruker gjennom miljøarbeid og boligsosialt arbeid, kan bidra til at flere brukere flytter fra midlertidige til varige botilbud i følge kommunene.

Økt gjennomstrømming i de kommunale boligene kan også oppnås med tettere oppfølging og mer ressurser til botrening og bomestring. Men i mange tilfeller ser det ut til at brukernes svake økonomi er en av hovedårsakene til at de blir boende i kommunale boliger, og ikke at de ikke mestrer å bo i ordinær bolig. Sannsynligvis vil det være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke mer midler på å bedre brukergruppens økonomiske boevne.

KOMMUNENES ARBEID MED SELVMORD, SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING

Førtifem prosent av kommunene oppgir at de arbeider systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading og de største kommunene gjør det hyppigst. Typiske tiltak har vært å kurse ansatte i selvmordsforebyggende arbeid (VIVAT-kus), selvmordsforebyggende team etter Bærum-modellen, systematisk kartlegging av selvmordsfare (MADRS) etc.

Kvaliteten på det interne samarbeidet i kommunene varierer, og det ser ut som det er best og lettest å få til i de små kommunene. Når vi spør hva som skal til for å få et bedre forebyggingsarbeid på dette området handler det nettopp om å få til et bedre samarbeid internt i kommunen, men også med

spesialisthelsetjenesten og med fastlegen. Mange etterlyser mer ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, mer kompetanse og faglig påfyll og mer systematikk i arbeidet.

KOMMUNENS ARBEID MED VOLD I NÆRE RELASJONER

Vi har også sett på om kommunene har handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner og om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner, og om de mener tilbudet til målgruppen er tilfredsstillende.

Andelen kommuner som har en gjeldende handlingsplan har økt fra 20 prosent våren 2014 til 35 prosent våren 2015. Det er flest kommuner i Møre og Romsdal og i Nordland som mangler handlingsplan våren 2015.

Det er 52 kommuner som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av året. Datagrunnlaget er for tynt til å gjøre nasjonale anslag.

I 2014 var det 86 prosent av de som hadde handlingsplan som hadde benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Denne andelen har i 2015 steget til 97 prosent av alle som svarer at de har handlingsplan.

97 kommuner, eller 27 prosent av de som har svart på spørsmålet, oppgir at de i "stor" eller "svært stor" grad opplever å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Dette er en marginal økning fra 2014, da andelen var 24 prosent.

KOMMUNENES KONTAKT MED OG NYTTE AV ULIKE KOMPETANSE- OG RESSURSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS og ROP-tjenesten. Det er variasjon mellom sentrene i hvor nyttig de oppleves å være for kommunene. Kommunene i Sogn og Fjordane har for eksempel særlig nytte av RVTS, men færre kommuner i fylket har hatt nytte av NAPHA og KORUS. Det er også betydelig variasjon i noen fylker mellom store og små kommuner, og det tyder på at flere av sentrene prioriterer de store kommunene.

KONKLUSJON

På grunn av brudd i tidsserien, er det en viss usikkerhet knyttet til utviklingen i antall årsverk, men det ser ut til å være små endringer i antall årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid fra våren 2014 til våren 2015 på nasjonalt nivå.

Det er store mangler på arbeids- og aktivitetstiltak til målgruppen. Nesten alle kommuner erfarer at tilbudet er mangelfullt på dette området. I mange kommuner ser det ut som det er uklart om det er NAV eller kommunen som har ansvaret for arbeidstiltak til målgruppen, men de fleste kommunene erkjenner ansvar for aktivitetstiltak. I mange kommuner ser fagpersonene et stort potensial i frivillig sektor på dette området, men det er usikkert hvor stort dette potensialet reelt sett er.

Nedbyggingen av døgnplassene i psykisk helsevern fortsetter, og mange kommuner sliter med å gi de med alvorlig sykdom et godt tilbud. Når kommunene også skal prioritere de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer (utgjør nå ca. 10 prosent av brukerne), vil det uten økte ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, bety at andre grupper må nedprioriteres. Det vil særlig være viktig fremover å følge med på denne utviklingen, og undersøke om målgruppene konkurrerer om ressursene og om de mest alvorlige syke vil prioriteres på bekostning av forebyggingsarbeidet - eller omvendt.

Viktige tema i neste års kartlegging vil være tjenestenes konsekvenser av flyktningssituasjonen, andel av årsverk finansiert gjennom prosjekter (potensial for langsiktig planlegging) og andre tema. Kartleggingen i 2016 vil være betydelig mindre i omfang enn årets kartlegging som utgjør en baseline for den nye felles tidsserien på psykisk helse- og rusarbeid.

1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

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

Dette er den første rapporten der rapporteringen fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er slått sammen. I forrige rapport (Ose & Kaspersen, 2015)¹, som dermed var den siste for kommunalt psykisk helsearbeid, gikk vi gjennom utviklingen i kommunene på dette området fra starten av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 1999 (St.prp. nr. 63 (1997-98)) og frem til og med 2014. Det er dermed en ny tidsserie som starter med denne rapporten. Forrige rapport gikk også gjennom funn fra tidligere rapporter i serien, og vi viser til denne for en oppsummering av SINTEFs arbeid på feltet. Ose & Kaspersen (2015) konkluderte med følgende:

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

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

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

¹ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2013>

mangel på boliger, og denne svake og ustabile brukergruppen er den gruppen kommunene oftest oppgir som dem som er vanskeligst å hjelpe. I tillegg til bolig, ser oppsøkende team som arbeider utenfor kontortid ut til å være et viktig enkelttiltak med stort potensial. (Ose & Kaspersen, 2015 side 15)

1.1 NY, FELLES RAPPORTERING

Begrunnelsen for å slå sammen rapporteringen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2015 er at mange kommuner har slått sammen disse tjenestene til egne enheter, og at det dermed i flere år har vært kunstig for storparten av kommunene med to separate rapporteringer. Dette har sannsynligvis medført dobbeltrapperte årsverk både i IS/24 og IS/8-rapporteringen.

I mars 2014 kom det også ny felles veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, og det var derfor riktig å slå sammen rapporteringen fra 2015. Det viste seg at 72 % av årsverkene ble rapportert som felles, mens 22 % og 6 % av årsverkene ble rapportert separat for hhv. psykisk helse- og rusarbeid i årets rapportering.

Vi har også lenge erfart at tallene kunne vært publisert tidligere enn det som har vært praksis før. Tallene fra 2013 ble publisert i rapport som kom i begynnelsen av 2015. Det ble derfor i samråd med Helsedirektoratet bestemt at tallene som ble samlet inn våren 2015 gjelder 2015 og ikke 2014 som har vært tidligere praksis og at rapporten publiseres samme år. Dette fører til at det er et ferskest mulig datagrunnlag som presenteres. Men det fører også til at vi hopper over 2014-tallene, fordi data som ble innsamlet i år gjelder situasjonen på innsamlingstidspunktet heller enn ved utgangen av 2014. I praksis vil det ikke være store endringer fra 1. januar til april 2015, så årsverkstallene vil være relativt lik som de som ville vært samlet inn for utgangen av 2014 etter gammel metode.

Tallene som presenteres i denne rapporten gjelder altså situasjonen i kommunene i april 2015.

1.2 KUNNSKAP OM KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Arve Almvik og Lisbet Borge skrev i sin bok "Tusenkunstnerne – Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid" (1999):

"Psykisk helsearbeid i kommunene er etter vår oppfatning fortsatt i støpeskjeen (...). Utfordringen blir å videreutvikle et kunnskapsgrunnlag som inkluderer pasientens totalsituasjon." (Ibid. side 27).

Psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er så mangt, nettopp fordi det handler om menneskers totalsituasjon. I årets rapportering ble det spurt om hvilke tjenester som tilbys ulike brukergrupper, og spennet er stort. Det er samtaler, råd, veiledning, kartlegging, bruk av motiverende intervju og diverse screening-verktøy, individuelt planarbeid og ansvarsgruppedeltakelse, kognitiv terapi, forebyggende arbeid, tjenester knyttet til bolig, koordinering av og samarbeid mellom ulike tjenester, henvisninger til andre tjenester og implementering av diverse programmer og arbeidsmetodikker, for å nevne noen av de hyppigst rapporterte tjenestene. En del av arbeidet som foregår i tjenestene skjer i form av prosjektbaserte stillinger, noe som også henger sammen med måten myndighetene har valgt å finansiere oppbyggingen av tjenestene på. Prosjektbasert kan være synonymt med kortsiktig og uforutsigbart, men også innovativt og eksplorerende. Hvis man skal videreføre et prosjekt til å bli noe mer "fast", kan det være nyttig å gjøre systematiske evalueringer av hva som har fungert og ikke fungert i løpet av prosjektperioden.

Hva er effekten av det psykiske helsearbeidet og kommunale rusarbeidet som gjøres i alle norske kommuner i dag? Hvilke prosjekter og metoder er det som har fungert best? Kunnskapen og erfaringene er der – blant engasjerte fagfolk ute i kommunene, men den er i liten grad systematisert, dokumentert og publisert. NAPHA-leder Trond Hatling har nylig uttalt at "*Lokalt psykisk helsearbeid er grovt understudert.*"², og at kommunene i liten grad har tradisjon for å være en forskningsaktør. Han mener at det må etableres egne FoU-enheter i kommunene og at nasjonale myndigheter må prioritere finansiering av forskning på og i kommunene. Det nye HELSEVEL-programmet i Forskningsrådet, som mottok de første søknadene høsten 2015, kan forhåpentligvis romme mer helseforskning på kommunenivå i årene som kommer.

Universitetet i Agder (UiA) har en del vitenskapelige publikasjoner på psykisk helsearbeid, og har oppsummert sin forskning på feltet i artikkelen «Bidrag til en ny praksis? Utvikling og forskning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder i perioden 2008-2013» i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Andersen, Larsen og Ulland (2015)). UiA har hovedsakelig forsket på brukernes egne meninger og erfaringer - både med hjelpeapparatet og egen sykdom. De påpeker at "*Implementering av kunnskap forutsetter også at forskningsmiljøene klarer å vekke nysgjerrighet hos politikere med beslutningsmyndighet og fagfolk i praksis*" (Ibid. Side 15).

EN TJENESTE MED FOKUS PÅ BREDEKUNNSKAP OG KOMPETANSE

Da Opptappingsplanen for psykisk helse ble planlagt og iverksatt på slutten av 1990-tallet var det få kommuner som hadde spesialiserte tjenester innenfor psykisk helse- og rusarbeid. Sosial- og helsedirektoratet estimerte i plandokumentet (St.prp. nr. 63 (1997-98)) at det i 1998 eksisterte rundt 1 198 årsverk i psykisk helsearbeid på landsbasis, mange av dem psykiatriske sykepleiere. Oss bekjent finnes ikke et tilsvarende estimat for kommunalt rusarbeid. Til sammenlikning oppgav kommunene 13 131 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i 2015, de aller fleste av disse var allerede på plass ved Opptappingsplanens utløp i 2008.

Kunnskap, kompetanse og kunnskapsbasert praksis har stått sentralt i oppbyggingen av de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. For det første har det vært en sterk rekruttering av årsverk med høyere utdanning og relevante videreutdanninger. I tjenester for voksne (2015) hadde 63 % av årsverkene høgskole- eller universitetsutdanning, hvorav 29 % med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller kommunalt rusarbeid. I tjenester til barn og unge hadde hele 87 % av årsverkene høgskole- eller universitetsutdanning – hvorav 34 % hadde videreutdanning eller var psykolog/psykologspesialist. For det andre har det både fra myndighetenes side og fra tjenestene selv vært et ønske om læring, kompetanseheving og kompetansespredning i kommunene. Dette materialiserer seg blant annet i form av flere offentlig finansierte kompetansesentre:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KORUS (regionale kompetansesenter for rus-spørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapsenter for barn og unges psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)

² <http://www.napha.no/content/20266/-Lokalt-psykisk-helsearbeid-grovt-understudert>

I siste del av denne rapporten presenteres for første gang en kartlegging av kommunenes kontakt med og opplevd nytte av ulike kompetanse- og ressurscenter for psykisk helse og rus. De fleste av kunnskaps- og kompetansesentrene satser på å ha gode internettressurser som sikrer lett tilgjengelig formidling av kunnskap til flest mulig kommuner. Brukermedvirkning og erfaringskompetanse har fått en framtrædende rolle i det psykiske helse- og rusarbeidet de siste årene, og det er etablert et nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (www.erfaringskompetanse.no), hvis mål er å få frem kunnskap fra brukere og pårørende for å utvikle god, kunnskapsbasert praksis. Det er opprettet seks regionale brukerstyrte sentre som har ansvar for å utvikle og administrere forskjellige brukeropplæringstilbud. Disse sentrene er evaluert av Telemarksforskning og forskerne konkluderer med at ut fra de tilgjengelige ressursene bidrar sentrene med et mangfold av aktiviteter, med mye frivillig involvering og brukermedvirkning (Haukelien, Vardheim og Hvitsand 2015). Forskerne anbefaler blant annet at sentrene blir noe mer tydeligere i hva er/bør være det enkelte senterets rolle og funksjon, og hvordan oppgaver fordeles mellom dem (ibid).

Av nasjonale fagtidsskrift som formidler kunnskap om og forskning på psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er Tidsskrift for psykisk helsearbeid (fire utgivelser/år) og Rusfag (to utgivelser/år) kanskje de mest relevante. Tidsskrift for psykisk helsearbeid er Nordens eneste tidsskrift i sitt felt og gir uttelling på nivå 1 i universitet- og høyskolesystemet for publisering. Det som er publisert om psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid er i stor grad skrevet av fagfolk som jobber klinisk på feltet, med fokus på relasjonsperspektivet, brukermedvirkning, behandling og metode. I boka «Makt og avmakt. Ethiske perspektiver på feltet psykisk helse» diskuterer Dagfinn Ulland, Tore Dag Bøe og Oddvar Sæther begreper, kunnskap og makt innen psykisk helse-feltet:

«Debatten om kunnskapsgrunnlaget innen feltet psykisk helse har ofte dreiet seg om ulike perspektiver, kunnskapsregimer eller paradigmer. Denne debatten handler om makt og avmakt ut fra definisjoner og rådende fagtradisjoner. (...). Dette berører – som nevnt tidligere, en gammel debatt hvor feltet psykisk helse har utviklet seg i spenningsfeltet mellom en biomedisinsk og en humanistisk eller kontekstuell tilnærming til psykisk lidelse (Wampold, 2001).» (Mesel og Leer-Salvesen (red.), 2013, side 22)

Det er langt mellom vitenskapelige artikler som omhandler systemnivået. Ut over offentlige plan- og styringsdokumenter er det få publikasjoner om ressursbruk (årsverksinnsats) og prioritering i disse tjenestene – både her til lands og internasjonalt. I tillegg til den faste, årlige rapporteringen på antall årsverk i ulike typer tiltak og utdanningskategorier har årets rapport en såpass bred tematikk, at det ikke ligger innenfor rammene for prosjektet å gi noen overordnet litteraturoppsummering på alle felt, men det vil refereres til forskning der det er relevant i de enkelte kapitler.

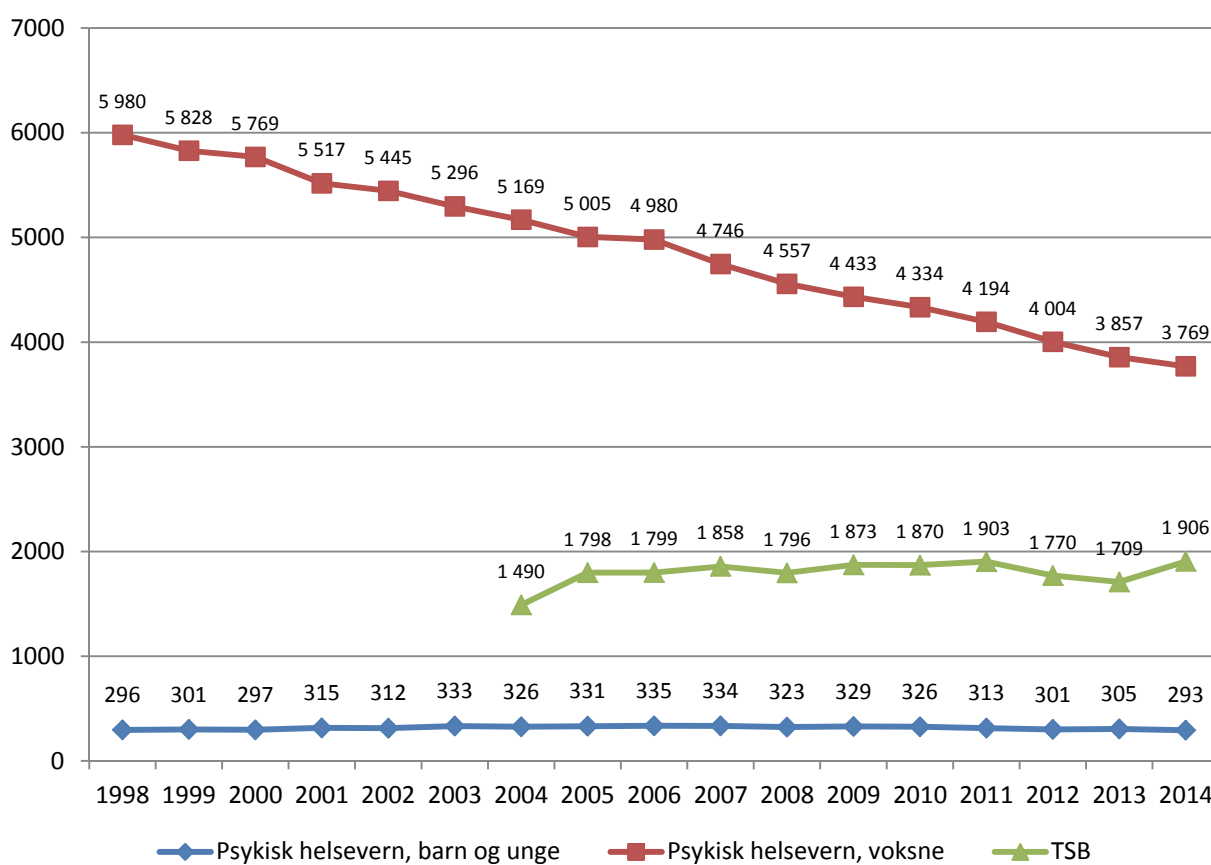
En interessant rapport har kommet fra Senter for psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Karlsson og Hesook Kim, 2015). Dette er en studie om sykepleiernes rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Der kan vi blant annet lese at det i perioden 1998 til 2015 har vært en endring i begrepene på dette fagfeltet. Det heter ikke lenger empowerment, brukermedvirkning, praksis utvikling, bolig – det heter recovery, samvalg, innovasjon og housing first.

Forskerne finner at mange lurer på hva som egentlig er nytt i begrepene og at sykepleierne erfarer en endringstretthet.³

1.3 UTVIKLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

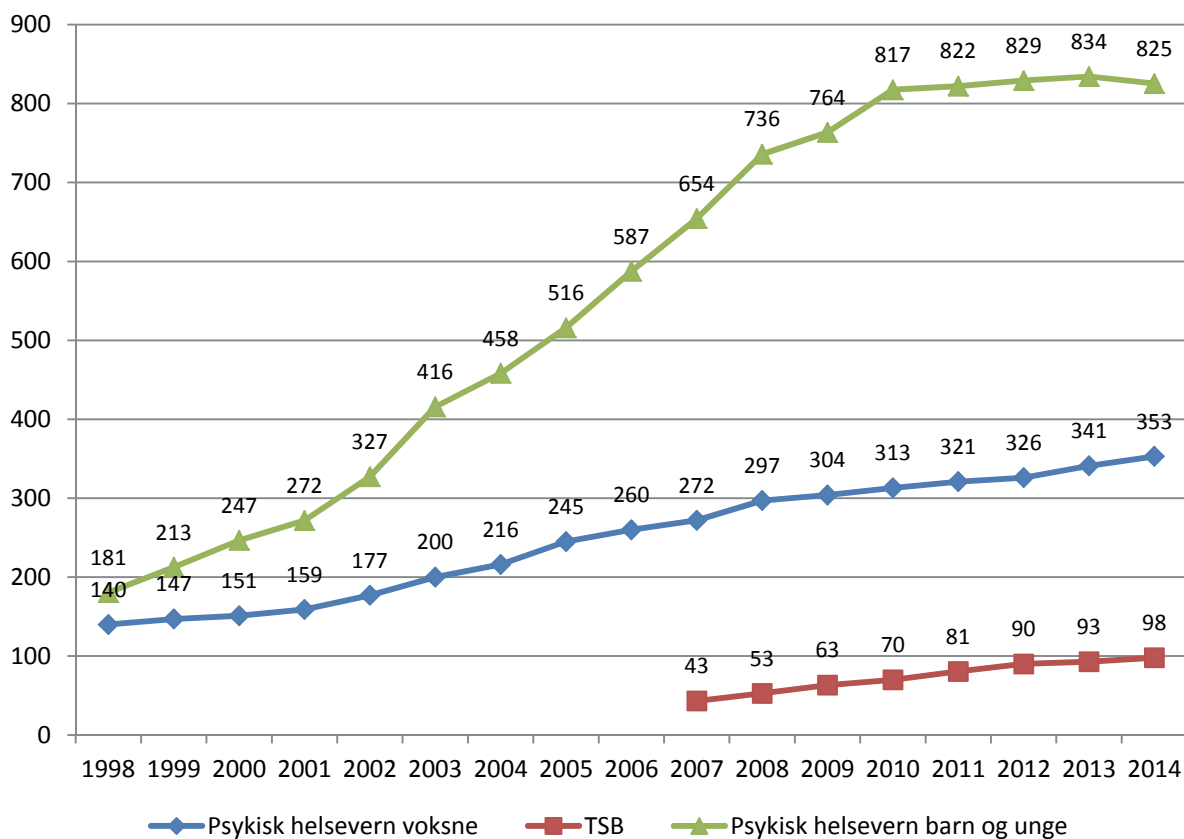
Det vi finner i kommunene har tydelig sammenheng med det som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med en sterk oppbygging av kapasitet i poliklinisk behandling og en sterk nedbygging av døgntilbudet innen psykisk helsevern, er det naturlig at dette påvirker de kommunale tjenestene.

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



Figur 1.1 Antall døgnplasser, psykisk helsevern (barn/unge og voksne) og TSB. 1998-2014. Kilde: SAMDATA, Helsedirektoratet.

³<https://www.hbv.no/getfile.php/1-hbv.no/filer/Forskning/Sentra/Psykisk%20helse%20og%20rus/Forskningsrapport%2016%202015.pdf>



Figur 1.2 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbygger. Kilde: Samdata 2014 (og tidligere Samdata-rapporter).

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

2 DATAGRUNNLAG

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

2.1 INNLEDNING

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

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en liste, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor ikke mulig å ta ut dette fra tallene som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men i 2014 fikk vi årsverkstall fra alle kommunene. Det var 14 kommuner som ikke rapporterte, men vi tok kontakt med dem for å høre om det var greit at vi brukte årsverkstallene for 2013 og legge sammen det som var rapportert på psykisk helse- og rusarbeid. Dette var greit for de kommunene det gjaldt, fordi de ikke hadde særlige endringer i antall årsverk fra 2013 til 2015.

Alle kommunene får tilsendt rapporten for å vise at tallene og informasjonen brukes på en systematisk måte. Alle Fylkesmannsembetene har fått tilsendt endelige årsverkstall for hele landet og de mottar også rapporten. I veiledningen til skjemaet for 2015 ble følgende definisjoner gitt:

Beregning av årsverk skal gjøres med å ta utgangspunkt i en representativ uke. Velg uke 5 i 2015 for å beregne årsverk for 2015. Dersom denne uken ikke er representativ, velg en representativ uke.

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

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

Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming skal heller ikke inkluderes.

Psykiske helseproblemer og rusrelatert problematikk kan opptre i kombinasjon med andre problemer/funksjons-/utviklingshemninger. Noen vil ha psykiske vansker og/eller rusrelaterte problemer på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på

skole- og arbeidsplass. For disse er det bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser eller rusproblematikk som skal regnes med.

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

Årsverk finansiert av tilskuddsordninger skal telles med.

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

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

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

At det er Helsedirektoratet som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og at det argumenteres for at dette er viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene i vår kommunikasjon med kommunene, er sannsynligvis det som gjør at kommunene velger å rapportere. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos Fylkesmannen, forskere i SINTEF og sterk innsats fra Sentio AS som drifter vår elektroniske løsning og har purreansvar overfor kommunene.

2.2 DATAINNSAMLING

Tidligere skjedde rapporteringen i form av Rundskriv IS-24 og IS-8. Dette finnes ikke mer, og det er nå SINTEF i samarbeid med Sentio AS som sender ut skjemaet direkte til kommunene, men med kopi til Fylkesmannen.

9. mars sendte vi informasjons-epost til alle Fylkesmenn adressert til rådgiver for psykisk helse og rus. Der informerte vi blant annet om følgende endringer:

- Kommunene får nå mulighet til å rapportere felles for rus- og psykisk helsearbeid. Man vil få spørsmål innledningsvis i den nettbaserte rapporteringsløsningen om man ønsker å rapportere felles eller hver for seg på hhv. kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid.
- For 2015 vil rapporteringen starte rett etter påske, og det skal da rapporteres for situasjonen inneværende år. Fra og med 2016 vil man altså rapportere "i sann tid", ikke ta utgangspunkt i året før. Dette innebærer et brudd i tidsserien, men endringen er vurdert å ha liten betydning for sammenliknbarheten over tid. Vi tror det vil bli lettere for de som rapporterer å ta utgangspunkt i den nåværende situasjonen.
- Fra og med 2016 vil rapporteringen igjen foregå i februar/mars. Årets sene rapportering skyldes at prosjektet var lyst ut på anbud på nytt, og at det har tatt tid å få i gang formell prosjektoppstart.
- Fra og med 2016 vil grunnlagsdataene bli offentlig tilgjengelig i en nettbasert database hos HelseDirektoratet, slik at alle fritt kan hente ut tall og sammenlikne med andre kommuner/fylker og slik selv ta ut nødvendig statistikk.
- Fra og med 2016 vil alle kommuner motta en trykket versjon av rapporteringen.

Vi mottok nye elektroniske postmottaklister fra Kommuneregisteret via Kommuneforlaget, og det ble sendt en informasjons-epost til alle kommunene slik at de skulle være forberedt på datainnsamlingen. Kommunene mottok link til rapporteringen 16. april, altså rett etter påske. Rapporteringsfristen ble satt til 22. mai.

Kartleggingen ble sendt ut 16. april 2015 til 444 kommuner og bydeler inklusive helseetaten og velferdsetaten i Oslo. Det ble sendt ut purring den 26. mai til 228 som ikke hadde svart med ny frist 5.juni. Ved oppsummering etter 5. juni hadde vi 86 mangelfulle, eller ingen svar. Disse ble fulgt opp individuelt av SINTEF og Sentio. Disse kommunene ble bedt om å prioritere del 1 av skjemaet (årsverk fordelt på tiltak og utdanning) og det er derfor en del kommuner som ikke har svart på del 2 og del 3.

Det ble sendt ut kontrollspørsmål til 60 kommuner og vi fikk svar på de aller fleste av spørsmålene. Her prioriterte vi å spørre om endringer fra 2014 for å få mer kunnskap om reelle endringer. Korrigeringer av datamaterialet gjøres syntaksbasert, slik at man hele tiden har logg over de endringer som er gjort i den enkelte kommune. Vi benytter den statistiske programvaren Stata til korrigeringer og analyser av datamaterialet.

Årsaken til at mange ikke rapporterte innen fristen, skyldes at mange kommuner fortsatt har mangelfulle rutiner for å videresende eposter fra postmottak. Selv om eposten var adressert til ansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid, var det mange postmottak som ikke videresendte til riktig person. Neste år bør det vurderes om vi skal bruke kontaktpersoner fra Fylkesmennenes rådgivere der de har dette.

Det var til slutt 14 kommuner som ikke leverte data på del 1 (antall årsverk fordelt på tiltak, utdanning og forløp). Disse kommunene har svart at det ikke var store endringer fra fjoråret, og at det derfor er greit å bruke fjorårstall for årsverksinnsats. Dette er gjort i alle de 14 tilfellene.

Men det er flere kommuner som ikke leverte på del 2 og 3. Antall varierer og det kommer frem i tabellene utover i rapporten hvor mange som har svart på de ulike spørsmålene.

2.3 OM RESPONDENTENE – 965 INVOLVERTE FAGPERSONER

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

På slutten av skjemaet spør vi: "Hvem har fylt ut skjemaet? (Stilling, ansvarsområde – en eller flere personer)".

Det er sjelden det er én person som har fylt ut alene. I 2012 var det totalt 538 fagpersoner som hadde deltatt i utfyllingen (navn og stilling oppgitt) for de 95 % av kommunene som rapporterte. I 2013 var det totalt 831 personer som ble oppgitt å ha vært involvert i datainnsamlingen. I 2015 var det 965. Det er naturlig at det nå er en økning fordi rus nå er felles.

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

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

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

Til neste rapportering vil dette foregå i et gruppemøte med alle involverte parter samlet (Stor kommune i Vest).

Noen har forsøkt at rapporteringen skal gjøres av NAV, men flere har fått problemer med dette:

Teamleder oppfølging på delegasjon av NAV leder. Rapporteringen skulle vært gjort i samarbeid med psykisk helse - det er ikke gjort. Det er blitt oversendt en kopi av rapporteringen til psykisk helse og så er det blitt gjort et forsøk på å komplimentere denne. Neste år må denne rapporteringen skje i samarbeid, veldig vanskelig å rapportere alene fra NAV, da tjenestene samarbeider om arbeidet rundt rus og psykiatri (Mellomstor kommune i Sør).

2.4 DATAKVALITET OG USIKKERHET

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

EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

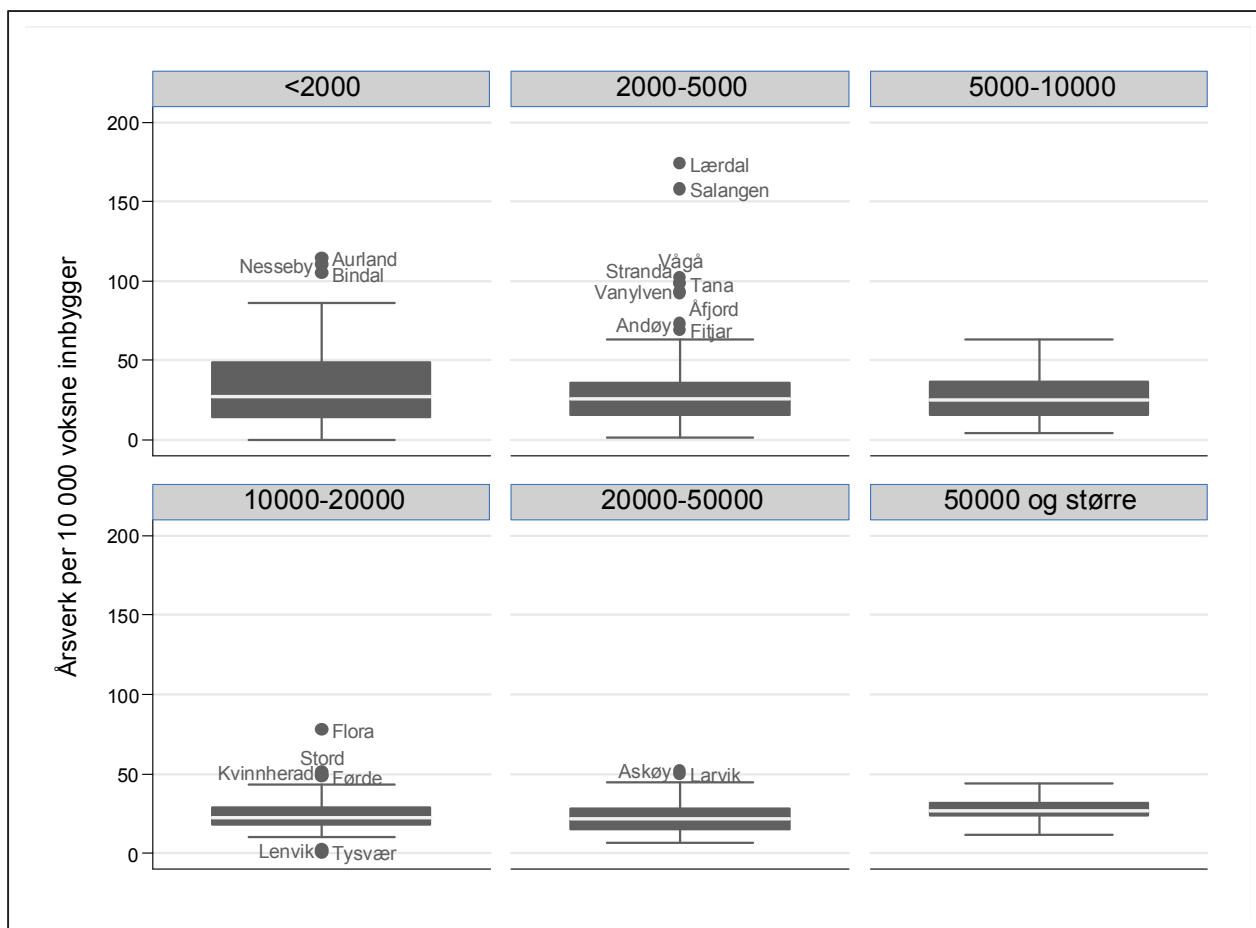
Årsverksdataene i psykisk helse- og rusarbeid inneholder flere outliers eller ekstreme verdier. Alle ekstremverdier i dette datasettet er på ulike måter identifisert gjennom grundig datakontroll. Om kommunene opplagt har rapportert feil tall, har vi bedt de om å finne et bedre anslag enn først rapportert,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

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

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

En ekstremverdi er altså ikke nødvendigvis et problem. En ekstremverdi bare på venstresiden av regresjonen har liten betydning, så fremt den ikke predikeres av de inkluderte forklaringsvariablene. Da vil restleddet fange opp ekstremverdien i den avhengige variabelen, og tilsvarende variasjon i restleddet, og man får økt restleddsvarians. Vi snakker da om heteroskedastisitet. Dette er et inferensproblem og skaper problemer i forhold til å teste hypoteser basert på estimatene, men har ingen betydning for estimatenes forventningsrettthet. Vi kommer tilbake til heteroskedastisitet i kapittel 5.

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

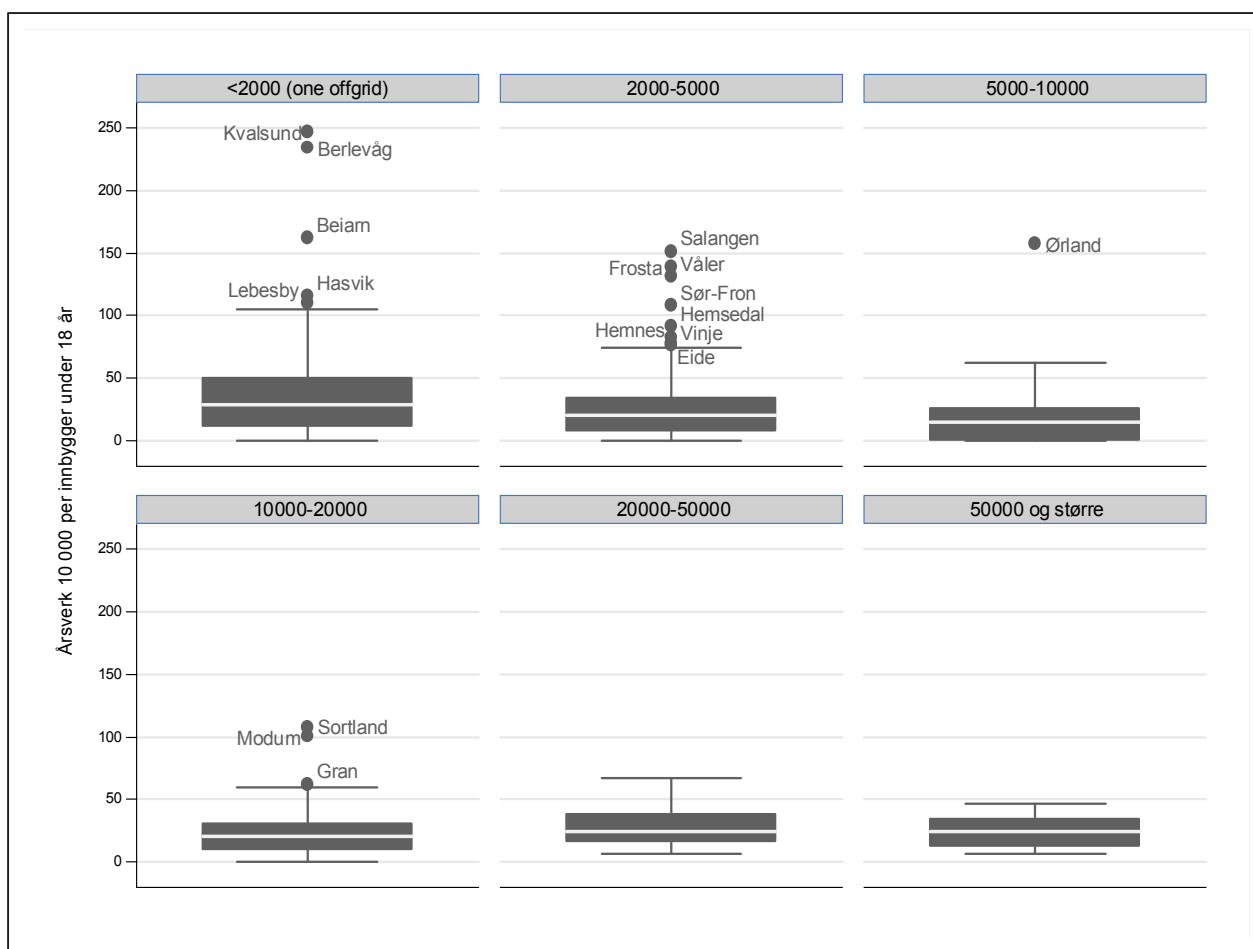


Boksplott for årsverk per 1000 voksne innbygger til psykisk helse- og rusarbeid til voksne, 2015.

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

Mens særlig Lærdal og Salangen får lav vekt fordi de har rapportert uforholdsmessig mange årsverk, får Lenvik og Tysvær lav vekt fordi de har rapportert veldig få årsverk. Men alle kommunene kan ha rapportert riktig antall årsverk, så vi sier ikke at det er feil, men at det er usikkerhet knyttet til tallene for disse 20 kommunene.

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



Boksplott for årsverk til psykisk helse- og rusarbeid til barn og unge, 2015.

Det er totalt 18 kommuner som har rapportert uforholdsmessig mange årsverk per innbygger. Disse tillegges lite vekt i analysene. Den ene kommunen som er offgrid (utenfor figuren) er Roan kommune, som har rapportert 20 årsverk til barn og unge. Dette er en opplagt feil og gis ikke vekt i analysene.⁴

VEKTEDE OG UVEKTEDE TALL

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

Veide gjennomsnitt brukes for å gi større kommuner relativt større vekt når en snakker om det totale tjenestetilbudet for hele landet. Dette er nettopp for at store kommuner omfatter en større andel av befolkningen og siden alle innbyggerne er "like mye verdt", må det tas hensyn til at det er flere som

⁴ I analysene finner vi at det er kun en observasjon med verdi på Cook's D (mål som kombinerer informasjon om leverage og restleddet til en observasjon som er større enn 1). Dette betyr at det er kun en observasjon som har så høy leverage og høy restleddsbidrag at de bør settes til missing. Jo høyere verdi på Cook's D, jo lavere vekt får observasjonen i en vektet regresjon.

omfattes av tjenestetilbudet i store kommuner i forhold til i små kommuner. En rate som er veid vil være basert på en separat summering av teller og nevner og deretter er raten beregnet.

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

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

PRIORITET I KVALITETSKONTROLLEN I 2015

Fordi det er brudd i tidsserien, er det nødvendig å få informasjon fra kommunene for å kunne si om endringen som observeres viser en reell utvikling i årsverksinnsatsen eller om det er endring i rapporteringen som forklarer utviklingen.

I 2015 ble derfor særlig kommuner med store endringer i antall rapporterte årsverk fra 2014 til 2015 fulgt opp. Totalt ble 59 kommuner, uavhengig av størrelse, kontaktet med spørsmål om endringen var reell. 41 av disse hadde en stor nedgang i rapporterte årsverk, mens 18 kommuner hadde rapportert en stor økning.

Mange av disse kommunene meldte tilbake at det ofte var ulike personer som rapporterte uavhengig av hverandre på IS-24 og IS-8, og at det derfor var en betydelig dobbelrapportering. Dette gjelder særlig på rusfeltet, som ofte har medregnet årsverk fra psykisk helsearbeid. Stadig flere kommuner har fått problemer med å skille på psykisk helse og rus i den separate rapporteringen, og at det var riktig å slå sammen rapporteringen bekreftes ved at tre av fire kommuner valgte å rapportere felles når de fikk denne muligheten.

Tilbakemeldingene fra kommunene tyder på at endringene skyldes at de har sett årsverkene fra rus og psykisk helse mer i sammenheng enn tidligere, og at tallene som nå rapporteres er riktigere enn tidligere.

I 2016 har vi en liste over kommuner som skal følges tettere opp. Dette er både små og store kommuner.

2.5 KOMMUNENE ER ANONYME – KVALITATIVE SPØRSMÅL

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

Anonymiseringen er gjort gjennom å karakterisere kommunene ut i fra størrelse og geografisk beliggenhet. Kommuner under 5 000 innbyggere kalles små kommuner, de som har 5 000-20 000 kalles mellomstore kommuner, mens kommuner over 20 000 kalles store kommuner. Helseregionene styrer landsdel, men vi skiller mellom Øst og Sør (Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, jf gammel helseregion).

2.6 INNHOLD I KARTLEGGINGEN

Tabell 2.1 Innhold i IS-24 skjema i 2015

Del 1:	Årsverk etter tiltak og utdanning
Årsverksinn- sats tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/ lidelser og/eller rus- problemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 2. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester /ambulante tjenester for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 3. Hvor mange årsverk ytes til behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 4. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 5. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser? 6. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske og/eller rusrelaterte vansker/lidelser <p>Kommentarer</p>
Årsverksinn- sats tjenester for barn og unge med psykiske vansker/ lidelser og/eller rus- problemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser og rusproblemer hos barn og unge? 2. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid? 3. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser og/eller rusproblemer <p>Kommentarer</p>
Årsverk fordelt på utdannings- grupper - separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge	<p>Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med...(separat for voksne og barn/unge)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ... helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 2. ... helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 3. ... helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 4. ... helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 5. ... psykiatere? 6. ... psykologer? 7. ... psykologspesialister? 8. ... annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 9. ... annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid? 10. ... bruker erfaringskompetanse uten formell utdanning 11. ... annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning? <p>Kommentarer</p>
Del 2:	Årsverk etter hovedforløp
Årsverksinn- sats tjenester for voksne (over 18 år) med psykiske vansker/ lidelser og/eller rus- problemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (separat for voksne og barn/unge): Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser 2. Hvilke typer tilbud og tjenester tilbys innenfor de ulike forløpene (stikkord) 3. Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med ulike hovedforløp? (Svært godt tilbud/Godt tilbud/Middels/Dårlig tilbud/Svært dårlig tilbud) <p>Kommentarer</p>
Del 3:	Annet
Bruker- medvirkning	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2014? Vennligst oppgi svaret i hele kroner...med innleggelse i psykisk helsevern i 2015? 2. Har kommunen ansatt/engasjert erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaringskompetanse/brukerspesialist innen psykisk helse- og rusarbeid? 3. Har kommunen etablert brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid? 4. Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene? 5. Hva har resultatene blitt brukt til? 6. Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til voksne? 7. Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til barn og

	<p>unge?</p> <p>Utdyping, kommentarer alle spørsmål</p>
Tilbud til pårørende	<p>Gir kommunen tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilket tilbud er dette og hvordan er det organisert?</p>
Tidlig identifikasjon og tilbud om intervensjon	<p>Har kommunen iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig?</p> <p>Hvis ja, hvilket tilbud er dette og hvordan er det organisert?</p>
Oppsøkende virksomhet	<p>1. Har kommunen egne oppsøkende team/utekontakter e.l.?</p> <p>Hvis ja, hvem er målgruppen for tiltaket?</p> <p>2. Har kommunen ansatte i oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten?</p> <p>Hvis ja, hvem er målgruppen for teamet?</p> <p>Hvilken metodikk arbeides det etter?</p> <p>Hvis nei, planlegger dere å etablere et slikt tilbud?</p> <p>Hvis ja, hvem blir målgruppen for teamet?</p>
Samarbeid med andre kommuner	<p>1. Har dere samarbeid med andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilke kommuner samarbeider dere med?</p> <p>Hvis ja, hva samarbeider dere om?</p> <p>Hvis nei, planlegger dere å etablere et slikt samarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilke kommuner planlegger dere samarbeid med?</p> <p>Hvis ja, hva planlegger dere å samarbeide om?</p>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<p>1. Har dere utfordringer knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten?</p> <p>Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i psykisk helsevern (samtidige og helhetlige tjenester)?</p> <p>Hvilke erfaringer har dere med å følge opp pasienter før/under/etter innleggelse i TSB (samtidige og helhetlige tjenester)?</p> <p>2. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern spesialisthelsetjenester de siste 12 månedene?</p> <p>Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?</p> <p>3. Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med TSB spesialisthelsetjenester de siste 12 månedene?</p> <p>Om ja, hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?</p> <p>4. Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene?</p> <p>Voksne med rusmiddelproblemer</p> <p>Voksne med psykiske vansker/lidelser</p> <p>Barn og unge med psykiske vansker/lidelser</p> <p>Unge med rusmiddelproblemer</p> <p>5. Hva skal til for at kommunene skal være en likeverdig part i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten?</p>
Kjøp fra private (ideelle eller kommersielle aktører)	<p>1. Kjøper kommunene tjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilke tjenester er dette?</p> <p>2. Har det vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året?</p> <p>Om ja, hva består endringen av?</p>
Samarbeid med frivillig sektor	<p>1. Har dere etablert samarbeid med frivillig sektor innen psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilket samarbeid er etablert?</p> <p>Hvis nei, planlegger dere å etablere et slikt samarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilket samarbeid planlegges etablert?</p> <p>2. Ser dere et utnyttet potensial for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>Hvis ja, hvilket konkret område er dette?</p>
Udekkede behov	<p>Hvilke tjenester/tilbud mangler for deres målgruppe?</p> <p>Hvem bør eventuelt tilby disse tjenestene?</p>
Arbeidstiltak	<p>1. Hvilke tilbud har kommunen for at personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få muligheten til å komme ut i arbeid?</p> <p>2. Har kommunen tatt i bruk IPS/Supported Employment innen psykisk helse- og rusarbeid?</p> <p>3. Har kommunen innsats knyttet til psykisk helse/rus på arbeidsplassene i kommunen?</p> <p>Kommentarer:</p>
Bolig-situasjonen innen	<p>1. Eksisterer det et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud?</p> <p>Hvis ja, hvem er målgruppen og hvordan er tjenesten/tilbudet finansiert?</p>

kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	<ol style="list-style-type: none"> 2. Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere i overgangen fra midlertidig bolig til varig bolig? 3. Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere over i ordinært boligmarked for å frigjøre kapasitet i de kommunale boligene? 4. Hva skal til for at det ble større gjennomstrømming i de kommunale boligene tiltenkt for brukergruppen? 5. Har dere benyttet Housing First? 6. Hva skal til for at boligsituasjonen til målgruppen bedres i kommunen?
Kommunens arbeid med selvmord, selvmordsforsøk og selvskading	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeider kommunen systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading? 2. I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading? 3. I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til pårørende og andre berørte av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading? 4. Hvordan vil dere beskrive samhandlingen i kommunen om personer som har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading? 5. Hva skal til for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?
Kommunens arbeid med vold i nære relasjoner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato? Om ja, har utarbeiding av handlingsplan tatt utgangspunkt i Vold i nære relasjoner – veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)? 2. Har kommunen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år? 3. I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner?
Kontakt og nytte: ulike kompetanse- og ressurs-senter for psykisk helse og rus..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har vært/ikke vært i kontakt og har hatt/ikke hatt nytte av kontakten NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene) KORUS (regionale kompetansesenter for russpørsmål) RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenter for barn og unge psykiske helse/barnevern) RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)
Informasjon om utfyller	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har rådmann/administrasjonssjef/kommunalsjef godkjent rapporteringen? 2. Hvem har fylt ut skjemaet? 3. Hva er epost-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? 4. Postadresse for utsending av rapport

I neste kapittel vises de nasjonale tallene og utvikling i tid i de faste variablene der årsverksinnsats fordeles på ulike tiltak og utdanningsgrupper. Hovedforløp vises i kapittel 4, mens brukermedvirkning og tilbud til pårørende er tema i kapittel 5. Kapittel 6 handler om forebyggende arbeid og tidlig identifikasjon, kapittel 7 om oppsøkende virksomhet og kapittel 8 om samarbeid. Kapittel 9 handler om kjøp fra private og samarbeid med frivillig sektor, mens kapittel 10 handler om udekkede behov. I kapittel 11 ser vi på arbeidstiltak, mens boligsituasjonen er tema i kapittel 12. Kapitlene 13 og 14 handler om kommunens arbeid med hhv. selvmordsproblematikk og vold i nære relasjoner. Det siste kapittelet handler om kommunenes kontakt og nytte med nasjonale kompetanse- og ressurs-senter for psykisk helse og rus. Årsverkstall for alle kommuner ligger i vedleggstabell.

2.7 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 – Activities of daily living (dagliglivets aktiviteter, påkledning, matlaging, hygiene osv.)

AKAN - Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk

ART – Program for trening av sosial kompetanse

BAPP – Forebyggende gruppeprogram for barn av foreldre med psykiske problemer/rusproblemer

BPA – Brukerstyrt personlig assistanse

BUP – Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

COPING CAT – Behandlingsprogram/kognitiv atferdsterapi for barn og unge

COS/COS-P – Circle of Security – foreldreveiledningsprogram for å bedre samspill med egne barn

DPS – Distriktpsykiatrisk senter

DU-kurs – Kurs i mestring av depresjon for ungdom

DUÅ – De Utrolige Årene – program for foreldre, lærere og barn – fremmer positivt samspill barn imellom og mellom barn og voksne - finansiert av Helsedirektoratet

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale – spørreskjema for å oppdage fødselsdepresjon

FACT – Flexible assertive community treatment - videreutvikling av ACT (se ACT)

FRIENDS-kurs – Universalforebyggende program basert på kognitiv terapi rettet mot barn og unge

HAP-kurs - Hasjavenningsprogrammet

ICDP – International Child Development Programme

IMR - Illness management recovery

IPS – Individual placement and support – hjelpe folk med alvorlige psykiske lidelser tilbake i jobb

KAOS – Kognitiv atferdsterapi for omsorgsdømte og spesielle mennesker – modulær og prinsippbasert behandling

KAT – kognitiv atferdsterapi

KIB – Kurs i mestring av belastning knyttet til helse, arbeid og privatliv

KID – Kurs i depresjonsmestring.

KID-ungdom – Kurs i depresjonsmestring rettet spesielt mot ungdom

LAR – Legemiddelassistert rehabilitering

LIST-prosjektet – Mestringskurs for ungdom som sliter med uro, utrygghet og unødig engstelse

LOS-prosjektet – Prosjekt rettet mot utsatte ungdomsgrupper (14-23 år) for å hindre marginalisering og utestenging fra skole og arbeid. Losen har ansvar for å gi ungdommene oppfølging, hjelpe ungdommene i kontakt med andre hjelpetjenester og legge til rette for at de bedre kan nyttiggjøre seg av tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester.

LØFT – Kurs for foreldre og andre som har ansvar for barn, metoder for barneoppdragelse, diskusjon av foreldrerollen m.v.

Morild.org – nettsted med svartjeneste for barn/unge som ønsker svar på spørsmål vedr. psykisk helse, rusproblematikk, overgrep, skilsmisse, mobbing, dødsfall i familien osv.

MST – Multisystemisk terapi – familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom (12-18 år) med alvorlige atferdsproblemer.

PHV – Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse).

PIS-grupper – Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn

PMTO – Parent Management Training – Oregon – Målgruppen er familier med barn mellom 3 og 12 år med alvorlige atferdsproblemer.

PPT – Pedagogisk-psykologisk tjeneste

ROP – Samtidig rus- og psykisk lidelse

RPH – Rask psykisk helsehjelp – tilbud til personer over 18 år med depresjon og angstlidelser av lett til moderat grad.

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 risiko - program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået

TSB – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

VIP – Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom. VIP er et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært ungdom i alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen

psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.

VOP – Voksenpsykiatrisk poliklinikk (noen bruker begrepet også for psykisk helsevern for voksne, inkludert døgnbehandling).

3 NASJONALE TALL

Dette er første gang datainnsamlingen gjøres samlet for kommunalt psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid. Tidligere hadde Rambøll ansvaret for datainnsamlingen for kommunalt rusarbeid (IS-8) og SINTEF for psykisk helsearbeid (IS-24). SINTEF har nå ansvaret for hele datainnsamlingen, og rapporteringen kalles nå IS-24/8 fordi både IS-24 og IS-8 er godt innarbeidet i mange kommuner.

Kommunene har i år hatt mulighet til å velge om de vil rapportere felles for psykisk helse og rus, eller separat. Dette valget har de hatt både for årsverk rettet mot voksne og for årsverk rettet mot barn og unge. Dette betyr at det er seks alternative rapporteringsmuligheter. Fordeling på antall kommuner som har valgt de ulike alternativene er vist i tabell 1. Det var 75 % av kommunene som valgte felles rapportering for voksne, mens 61 % av kommunen rapporterte felles for barn og unge.

Tabell 3.1 Antall kommuner etter valgt rapporteringsmåter, 2015.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Felles psykisk helse og rus	319	75	262	61
Separat for psykisk helse og rusarbeid	108	25	165	39
Blandet (Oslo, bydeler velger ulikt)	1	0	1	0
Totalt	428	100	428	100

Summen av årsverk rapportert under hver av rapporteringsformene, er vist i tabell 3.2. Totalt er det rapportert 13 131 årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i landets kommuner, og situasjonen gjelder våren 2015.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helse- og rusarbeid, 2015.

	Voksne	Barn og unge	Totalt
Felles psykisk helse og rus	7 598	1 834	9 432
Psykisk helsearbeid	2 129	798	2 927
Rusarbeid	702	69	771
Totalt	10 429	2 702	13 131

I 2013/2014⁵ ble det til sammenlikning rapportert 11 728 årsverk innen psykisk helse og 3 990 årsverk innen rusarbeid. Totalt blir dette 15 718 årsverk, dvs. 2 587 flere årsverk enn det samlede datagrunnlaget for 2015 viser. Det kan derfor se ut som det tidligere var dobbelrapportering på om lag 2 500 årsverk. Denne dobbelrapporteringen har trolig økt gradvis etter at Opptrappingsplanen for psykisk helse var over i 2008.

⁵ Førrige runde med datainnsamling ble gjennomført våren 2014. Dette gjaldt situasjonen på slutten av 2013 eller ved inngangen til 2014. Det antas ikke å være store endringer i årsverksinnsatsen fra slutten av 2013 til våren 2014. Datainnsamlingen gjøres nå ut i fra situasjonen på rapporteringstidspunktet. Årets tall gjelder derfor for våren 2015.

Vi har spesielt fulgt opp kommuner med store endringer fra 2014 til 2015 for å undersøke faktisk utvikling siste år. Mange av disse kommunene svarer at det ofte var ulike personer som rapporterte uavhengig på IS-24 og IS-8 og at det derfor var en betydelig dobbelrapportering. Dette gjelder særlig på rusfeltet, som ofte har medregnet årsverk innen psykisk helsearbeid. Stadig flere kommuner har fått problemer med å skille på psykisk helse og rus i den separate rapporteringen, og at det var riktig å slå sammen rapporteringen bekreftes ved at tre av fire kommuner valgte å rapportere felles når de fikk denne muligheten. Kommunene med store endringer meldte stort sett tilbake at det ikke var reelle endringer, og at årets tall er de riktige.

Selv om det også tidligere kan være rusårsverk som er rapportert inn i IS-24, antas omfanget å være lite fordi det har vært presisert at disse årsverkene ikke skal inngå. Tidligere var det vanligere å ha separate tjenester for psykisk helse- og rusarbeid, og det var dermed lettere å skille årsverkene. De siste årene har trenden vært å samorganisere tjenestene i en felles psykisk helse og rusenhet.

Kvalitetssikrede tall gir altså samlet 13 131 årsverk til psykisk helse- og rusarbeid. Av disse årsverkene er 21 % rettet mot barn og unge. Totalt er 72 % av årsverkene rapportert felles for psykisk helse og rus, mens hhv 22 % og 6 % er rapportert for psykisk helse og rus.⁶

Tabell 3.3 Antall årsverk rapportert i psykisk helse- og rusarbeid, 2015.

	Voksne		Barn og unge		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Felles psykisk helse og rus	7 598	73	1 834	68	9 432	72
Psykisk helsearbeid	2 129	20	798	30	2 927	22
Rusarbeid	702	7	69	3	771	6
Totalt	10 429	100	2 702	100	13 131	100

3.1 ÅRSVERKSINNSATS – TOTALT

I tabell 3.4 inngår kun årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2007-2013/2014, mens 2015 inkluderer årsverk både til psykisk helse- og rusarbeid. Det vil ikke være riktig å inkludere årsverkene for rusarbeid i årene før 2015 pga. en betydelig overrapportering av rusårsverk.

Tabell 3.4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2013, og psykisk helse og rus 2015.

	Antall årsverk fra tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid							Ny tidsserie, inkluderer også årsverk til rusarbeid
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013/2014	
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	2 702
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955	11 728	13 131

⁶ Dette betyr ikke at 72 % av årsverkene arbeider både med rus og psykisk helse, men at kommunene som har rapportert 72 % av årsverkene, har funnet det mest hensiktsmessig å velge felles rapportering.

Det er vanskelig å beregne endringer fra 2013/2014 til 2015 fordi rusarbeid nå er inkludert, men hovedinntrykket vårt er at det ikke er betydelige reelle endringer fra 2014 til 2015.

3.2 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

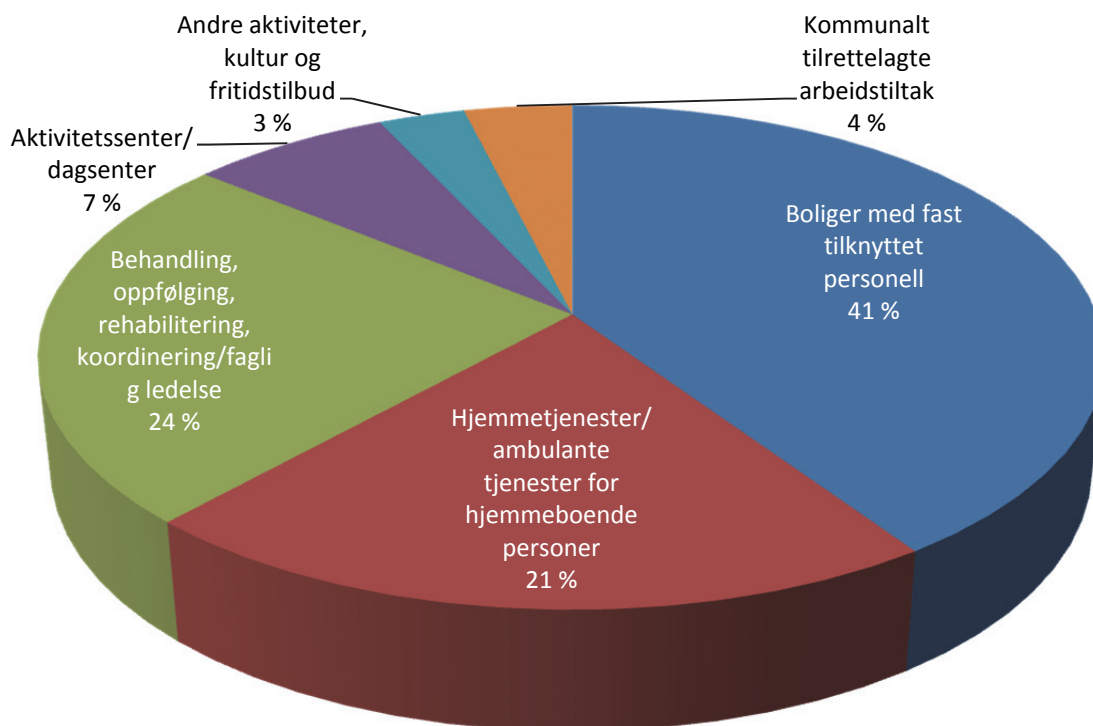
TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 3.5 presenteres total årsverksinnsats på landsbasis fordelt på ulike tiltak og tjenester for voksne.

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert for voksne innen psykisk helse- og rusarbeid 2015.

	Felles	Psykisk helse	Rusarbeid	Totalt
Boliger med fast tilknyttet personell	3 056	1 006	170	4 231
Hjemmetjenester/ambulante tjenester for hjemmeboende personer	1 627	448	130	2 205
Behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse	1 905	380	239	2 524
Aktivitetssenter/dagsenter	541	157	47	745
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	189	77	56	321
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	281	62	60	403
Totalt	7 598	2 129	702	10 429

Som vist i figuren under, er det flest årsverk som går til boliger med fast personell (41 %). 24 % av årsverkene går til behandling etc, mens 21 % går til tjenester til hjemmetjenester og ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende. 14 % av årsverkene går til ulike arbeids- og aktivitetstiltak.



Figur 3.1 Andel (%) årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2015.

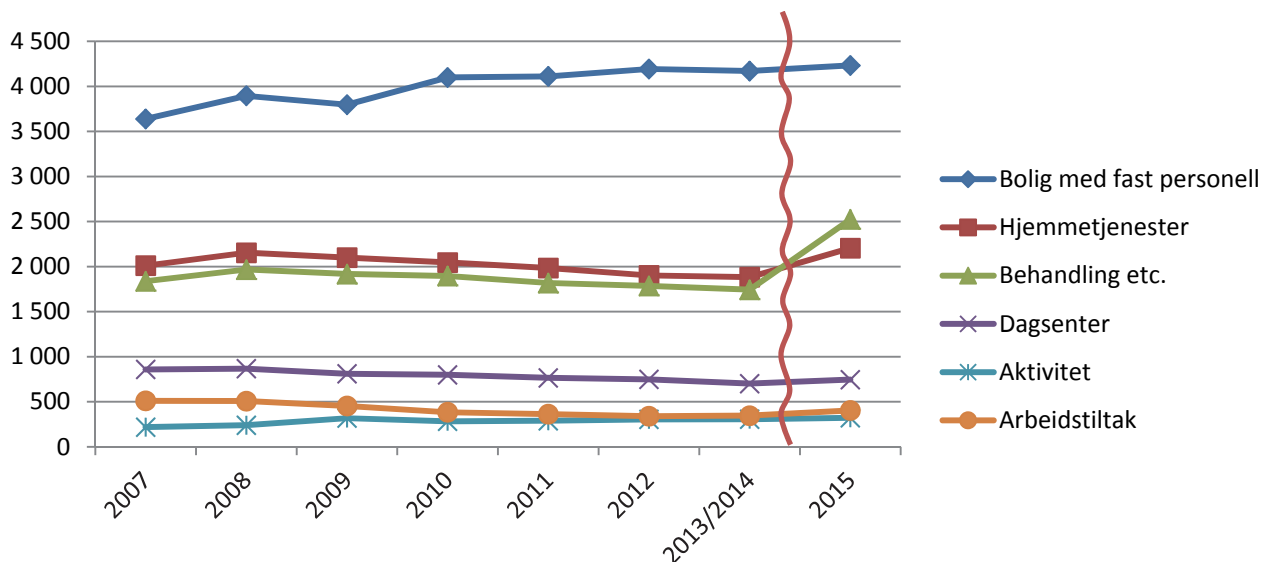
Med bruddet i dataserien i 2015 er det vanskelig å sammenlikne tallene med tidligere tall, men tiltakskategoriene fra IS-24 er videreført slik at sammenstilling er mulig. Dette er vist i tabell 3.6.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013/2014	2015
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796	4 098	4 110	4 192	4 169	4 231
Hjemmetjenester	*	*	2 099	2 045	1 984	1 902	1 882	2 205
Behandling etc.	3 824	4 037	1 917	1 895	1 818	1 785	1 743	2 524
Dagsenter	858	866	810	798	764	747	700	745
Aktivitet	217	239	318	282	288	303	305	321
Arbeidstiltak	509	507	453	383	362	339	345	403
Antall årsverk til voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	9 145	10 429

* Hjemmetjenester var ikke utskilt som et eget punkt før 2009.

Som vist i figur 3.2, utgjør inkludering av rusfeltet i rapporteringen en økning i årsverk særlig knyttet til behandling etc. og til hjemmetjenester.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2015. Brudd i tidsserien i 2015.

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

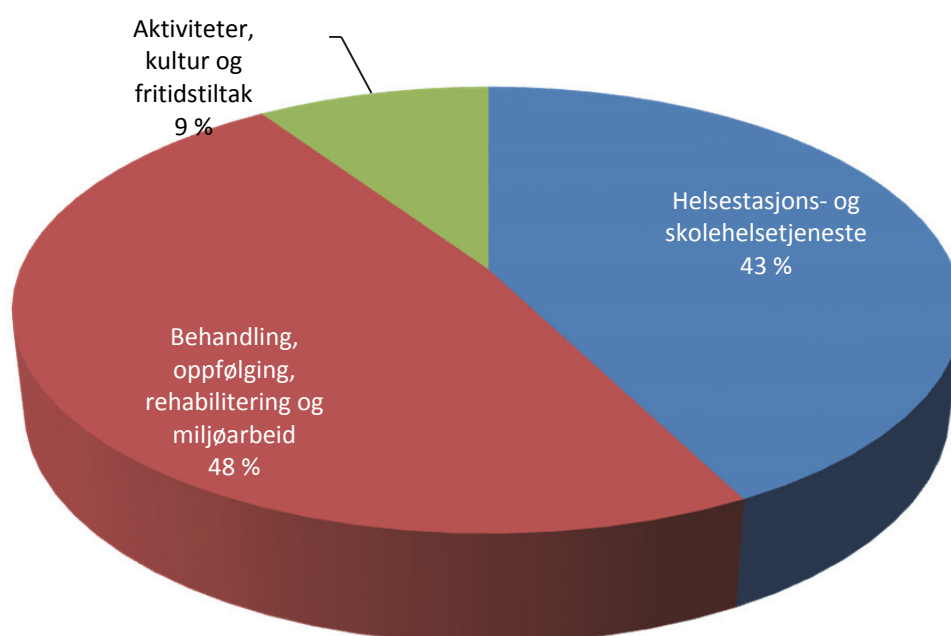
Det er totalt rapportert 2 702 årsverk til barn og unge som har psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer. Dette utgjør 118 flere årsverk enn det som ble rapportert for psykisk helse i 2013/2014. Få årsverk (69 årsverk) er rapportert separat for rusarbeid rettet mot barn og unge. Kommunene har sannsynligvis større innsats innen rusarbeid enn det som fremkommer her, for eksempel forebyggende arbeid som ikke skal inkluderes.⁷

⁷ Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele befolkningen eller store grupper i et område med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.

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

	Felles	Psykisk helse	Rusarbeid	Totalt
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	800	335	12	1 147
Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	854	392	53	1 300
Aktiviteter, kultur og fritidstiltak	180	71	4	255
Totalt	1 834	798	69	2 702

Fordelingen på ulike tiltak er vist i figur 3.3. Nesten halvparten av årsverkene benyttes i kategorien behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 43 % benyttes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Dette er den samme fordelingen som for psykisk helsearbeid, jf. tidligere rapporter for IS-24.



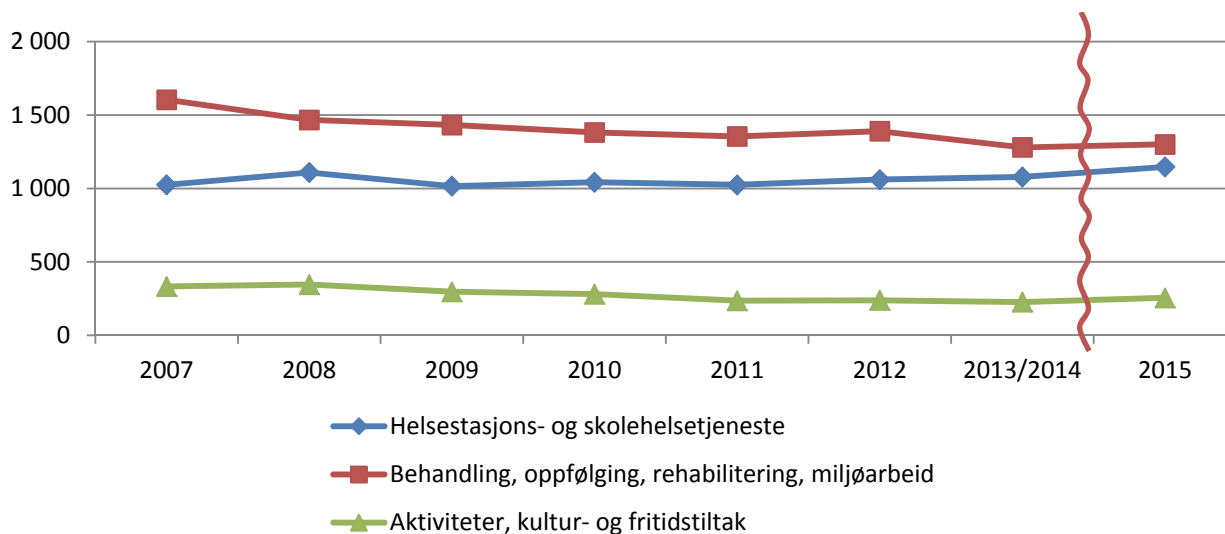
Figur 3.3 Andel (%) årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2015.

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

Tabell 3.8 Antall årsverk rapportert for barn og unge innen psykisk helse 2007-2013/2014 og for ulike tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid 2015.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013/ 2014	2015
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016	1 042	1 024	1 060	1 078	1 147
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432	1 381	1 354	1 390	1 280	1 300
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296	280	235	238	226	255
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	2 584	2 702

Det er en svak vekst i antall årsverk i alle kategoriene, men det er vanskelig å skille mellom reell utvikling og hva som skyldes at rusarbeid er inkludert.



Figur 3.4 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2015. Brudd i tidsserien i 2015.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

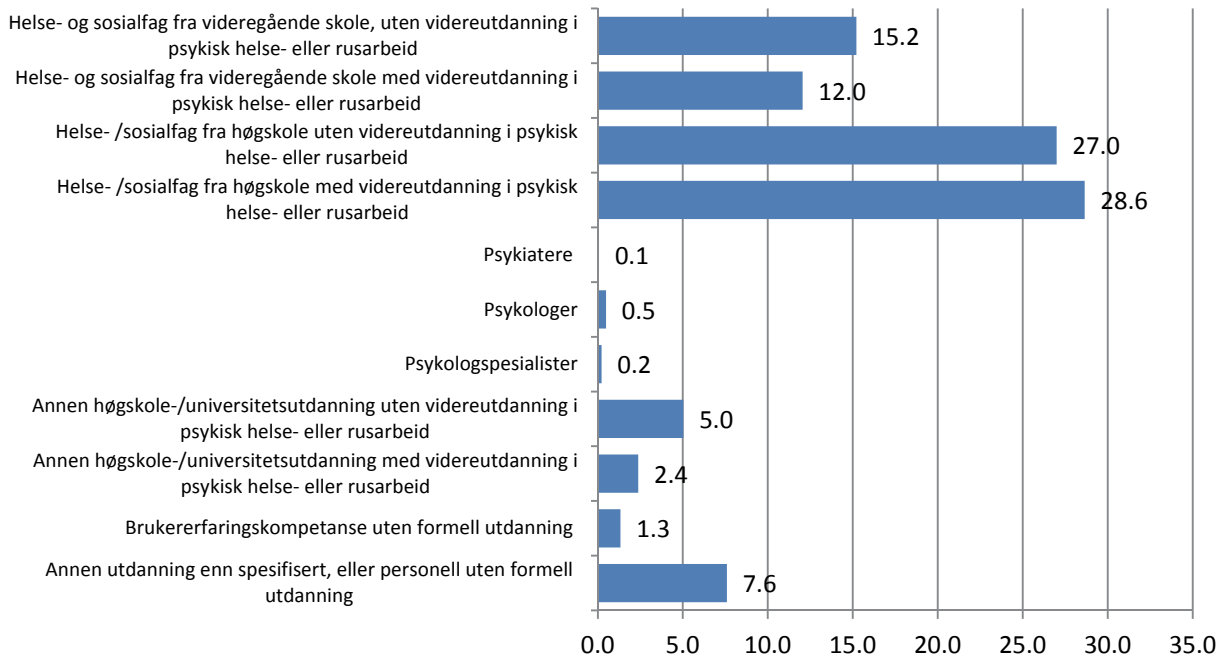
UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

De fleste årsverkene rettet mot voksne brukere utføres av ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskole. Mange har videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Det er totalt rapportert om 7 årsverk som utføres av psykiatere i tjenester rettet mot voksne brukere. Totalt er det rapportert om 73 psykologårsverk rettet mot målgruppen, der 23 utføres av psykologspesialister.

Tabell 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015.

	Felles	Psykisk helse	Rusarbeid	Totalt
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 097	408	81	1 586
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	936	282	39	1 257
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 061	495	259	2 815
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2 261	558	168	2 987
Psykiatere	6	0	2	7
Psykologer	40	9	1	50
Psykologspesialister	15	8	1	23
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	358	119	49	525
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	147	92	8	248
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	108	6	25	139
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	570	152	70	792
Totalt	7 598	2 129	702	10 429

Den prosentvise fordelingen på ulike utdanningskategorier fremkommer i figur 3.5. Psykiatere og psykologer utfører for eksempel mindre enn 1 % av årsverkene i tjenester rettet mot den voksne målgruppen, mens 1,3 % av årsverkene utføres av ansatte med brukererfaringskompetanse.



Figur 3.5 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2015.

Det er gjort endringer i utdanningskategoriene, men vi har sammenstilt 2015 med tidligere tidsserie for psykisk helsearbeid i tabell 3.10. Bruddet i 2015 innebærer særlig relativt færre årsverk med utdanning på videregående skolenivå og flere med høyskoleutdannelse. Hvor mye som skyldes at rusfeltet har kommet med og hvor mye som skyldes at trenden med å bytte ut videregående kompetanse med høyskolekompetanse innen psykisk helsearbeid fortsetter, er vanskelig å si, men vi vil se på dette i rapporten.

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015, voksne.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013/ 2014	2015
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutd. i psykisk helse- eller rusarbeid	22	23	22	22	21	20	20	15
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	11	13	12	13	13	12	12
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	25	26	24	24	24	24	25	27
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	20	21	22	23	24	24	24	29
Psykiatere	*	*	*	*	*	*	*	0
Psykologer	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykologspesialister	*	*	*	*	0	0	0	0
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	7	6	6	6	6	6	5	5
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	2	2
Bruker erfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	1
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	8
Andre	12	11	11	10	10	10	10	*
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall årsverk	9 048	9 627	9 392	9 492	9 328	9 258	9 144	10 429

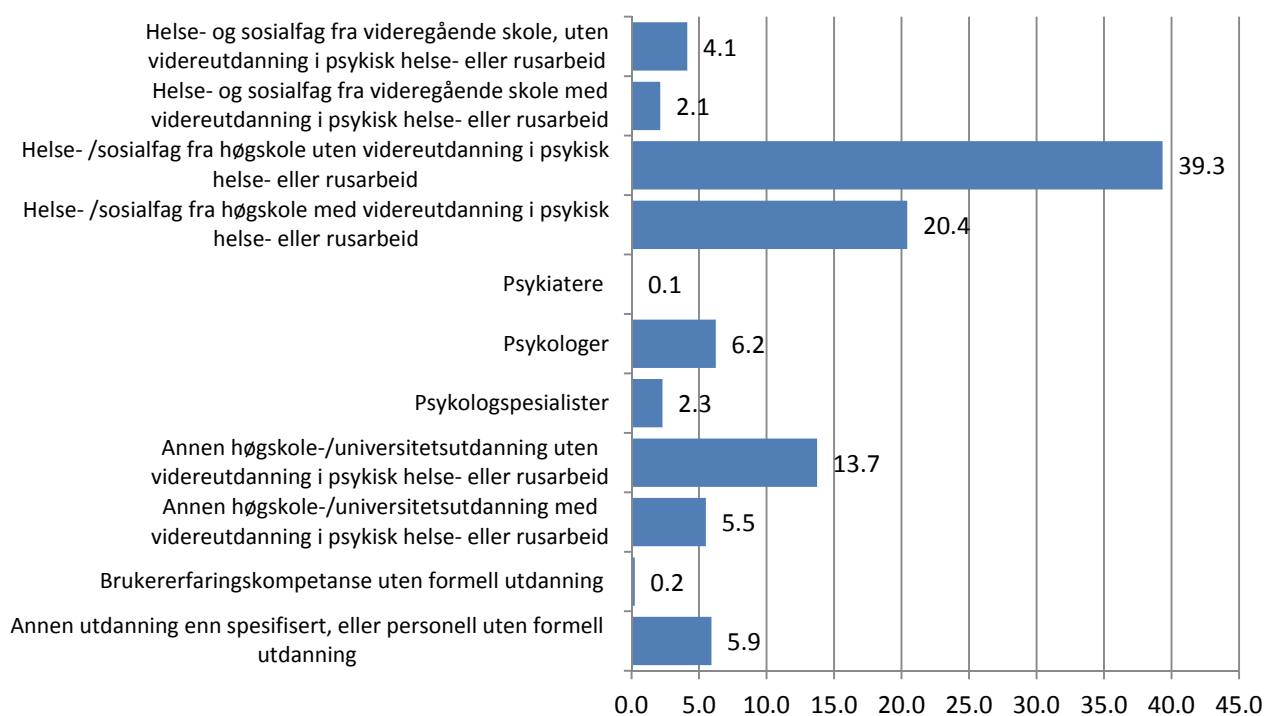
*Ikke kartlagt det aktuelle året

UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Den klart største utdanningskategorien i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen er høyskoleutdannede uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid. Den prosentvise fordelingen er vist i figur 3.6.

Tabell 3.11 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015.

	Felles	Psykisk helse	Rusarbeid	Totalt
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	76	35	0	112
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	42	15	1	58
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	722	294	47	1 063
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	402	136	13	552
Psykiatere	1	0	0	1
Psykologer	99	68	1	169
Psykologspesialister	36	26	0	62
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	262	103	6	371
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	83	64	2	149
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	2	4	0	6
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	107	52	1	160
Totalt	1 834	798	69	2 702



Figur 3.6 Prosent av årsverk i ulike utdanningsgrupper i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2015.

Som vist i tabell 3.12 er det den samme trenden i tjenester rettet mot barn og unge som i tjenester rettet mot voksne. Årsverk med utdanning på videregående skolenivå, erstattes med høyskoleutdannede årsverk. 8 % av årsverkene utføres av psykologer, mens svært få årsverk utføres av ansatte med brukererfaring.

Tabell 3.12 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsearbeid, 2007-2013/2014 og for psykisk helse- og rusarbeid 2015, barn og unge.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013/ 2014	2015
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	8	9	8	7	7	7	6	4
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	2	2	2	2	2	2	1	2
Helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	37	39	39	40	36	38	38	39
Helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	12	14	16	16	17	17	18	20
Psykiatere	*	*	*	*	*	*	*	0
Psykologer	5	6	7	7	7	6	7	6
Psykologspesialister	*	*	*	*	2	2	2	2
Annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	21	16	16	15	16	15	14	14
Annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	5	6	5	5	6	6	7	6
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	0
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	*	*	*	*	*	*	*	6
Andre	10	8	7	8	7	7	5	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall årsverk	2 937	2 920	2 744	2 706	2 614	2 688	2 583	2 702

3.4 OPPSUMMERING

Mange kommuner har hatt problemer med å rapportere innen fristen, men etter mange telefoner og eposter har vi fått inn data fra nesten alle kommunene. 14 kommuner leverte ikke data, men gav beskjed om å bruke fjorårstall med eventuelle justeringer (eksempel: 0,8 årsverk mer på psykisk helse, uendret på rus). Alle justeringene er foretatt i endelige vedlagte datagrunnlag.

Vi anslår at det har vært en dobbelrapportering på ca. 2 500 årsverk i perioden det har vært separat rapportering på psykisk helse og rus. Denne dobbelrapporteringen har hovedsakelig vært i rustallene, slik at det ikke vil være riktig å legge til rustallene for tidligere år. Vi beholder derfor tidsserien for psykisk helse og legger et brudd i 2015 der rustallene også inngår fra og med 2015.

Etter kontakt med mange kommuner gjennom datainnsamlingen og kvalitetskontrollen, konkluderer vi med at det reelt sett ikke er store endringer i årsverksinnsatsen innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene fra 2014 til 2015.

4 HOVEDFORLØP

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

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

Eksempler:

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

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

Eksempler:

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

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Eksempler:

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

For hvert av hovedforløpene gis veiledende forslag til forebyggende tiltak, kartlegging og utredning, samt behandling og oppfølging. Det påpekes også at hovedforløpene vil ha glidende overganger og overlapp, der den enkeltes problemer og situasjon raskt kan endre seg og tiltak må tilpasses fortløpende.

Årets rapportering (2015) er den første som omfatter fordeling av årsverk på hovedforløp. I tillegg skulle kommunene oppgi hvilke typer tjenester de tilbyr innen de ulike forløpene (stikkordsform), samt gi en vurdering av det samlede tilbudet til brukerne i hvert av hovedforløpene.

Mange av kommunene vi var i kontakt med i kvalitetskontrollen uttrykte at det var vanskelig å fordele årsverk i henhold til hovedforløp. 69 kommuner har valgt ikke å besvare spørsmålet om fordeling på forløp, og mange kommuner har relativt store avvik mellom antall årsverk fordelt på tiltak og antall årsverk fordelt på hovedforløp. Kommunene virker godt kjent med veilederen og hovedforløpene, men bruken av forløpskategorisering i det praktiske arbeidet synes å variere. Av hensyn til årets ekstraordinære tidspres med sen rapporteringsfrist, samt at hovedforløpsbegrepet er ferskt og kommunene rapporterte store utfordringer her, valgte vi ikke å prioritere kvalitetssikring av tallene fordelt på hovedforløp i årets rapportering.

I det følgende presenterer vi først årsverk fordelt på hovedforløp på nasjonalt nivå, der vi gjør en sensitivitetsanalyse av materialet med bare de kommunene som hadde mindre enn ett årsverk i avvik mellom det som var rapportert på ulike tiltak og det som var rapportert på hovedforløp. Videre presenteres kommunenes vurdering av tilbudet de gir til brukere i de ulike forløpene, samt en stikkordsbasert oppsummering av hvilke type tjenester som tilbys.

4.1 DATAGRUNNLAG

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

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

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

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

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

Barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rusproblematikk

Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

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

Videre fikk kommunene spørsmålet "Hvordan vurderer dere det samlede tilbudet til brukerne med dette hovedforløpet?" (Svaralternativer for hvert av forløpene: Svært godt tilbud, godt tilbud, middels, dårlig tilbud, svært dårlig tilbud), og "Hvilke typer tilbud og tjenester tilbys innenfor de ulike forløpene (stikkord)".

4.2 METODISK TILNÆRMING

359 av 428 kommuner (84 %) hadde gjort en fordeling av årsverk på hovedforløp. I tjenester for voksne var 79 % av de 10 429 årsverkene fordelt på tiltak, også fordelt på hovedforløp. Det tilsvarende tallet i tjenester for barn og unge var 77 % (se tabell 4.1). Ideelt sett skulle kommunene fordelt nøyaktig samme antall årsverk på hovedforløp som på tiltak og utdanningskategorier, men majoriteten av kommunene hadde avvik her. 198 kommuner (46 %) hadde klart å fordele årsverkene på hovedforløp med en feilmargin på +/- ett årsverk. 310 kommuner (72 %) hadde klart å fordele årsverkene med en feilmargin på +/- ti årsverk.

Vi presenterer først de tallene kommunene faktisk har oppgitt, men gjør en sensitivitetsanalyse av prosentfordelingen der vi kun inkluderer de kommunene (46 %) som har tilnærmet lik fordeling av årsverk på tiltak og hovedforløp (+/- ett årsverk).

Tabell 4.1 Antall årsverk fordelt på hhv. tiltak og hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent

	Voksne	Barn/unge	Totalt	Antall kommuner
Årsverk tiltak	10 429	2 702	13 131	428
Årsverk hovedforløp	8 246	2 082	10 329	359
% fordelt på hovedforløp	79	77	79	84

4.3 ANTALL ÅRSVERK FORDELT PÅ HOVEDFORLØP (VOKSNE OG BARN/UNGE)

Tabell 4.2 presenterer fordeling av årsverk i absolutte tall slik de ble rapportert og i prosent på de tre forløpskategoriene. Det er en omvendt rangering i forløpsfordelingen av årsverk i tjenester til voksne og barn og unge. Mens 10 % av årsverkene i tjenester til voksne er knyttet til hovedforløp 1, er hele 45 % av årsverkene i tjenester til barn og unge knyttet til hovedforløp 1. Tilsvarende er 66 % av årsverkene i tjenester til voksne knyttet til hovedforløp 3, mens det tilsvarende tallet for barn og unge er 22 %.

Tabell 4.2 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, antall kommuner = 359

	Voksne	%	Barn/unge	%
Hovedforløp 1 (Milde og kortvarige problemer)	833	10	938	45
Hovedforløp 2 (Kortvarige og alvorlige/langvarig mildere)	2 009	24	682	33
Hovedforløp 3 (Alvorlige og langvarige)	5 404	66	463	22
Totalt	8 246	100	2 082	100

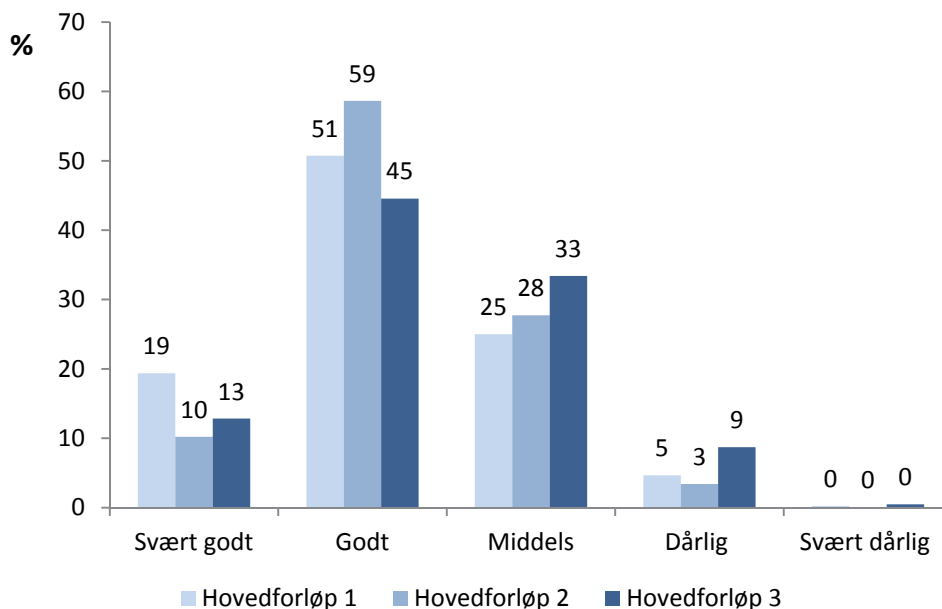
En sensitivitetsanalyse som inkluderer kun kommuner som hadde fordelt like mange årsverk på tiltak som på hovedforløp (46 % av kommunene), viser at det ikke er store forskjeller i fordelingen på nasjonalt nivå (se tabell 4.3).

Tabell 4.3 Antall årsverk fordelt på hovedforløp i tjenester for voksne og barn og unge, absolutte tall og i prosent, kommuner med kun ett årsverk i avvik mellom årsverk fordelt på tiltak og forløp, antall kommuner = 198

	Voksne	%	Barn/unge	%
Hovedforløp 1 (Milde og kortvarige problemer)	489	11	482	44
Hovedforløp 2 (Kortvarige og alvorlige/langvarig mildere)	1138	25	374	34
Hovedforløp 3 (Alvorlige og langvarige)	2949	64	246	22
Totalt	4576	100	1102	100

4.4 VURDERING AV TJENESTER OG TILTAK TIL VOKSNE

Selv om mange av kommunene ikke hadde klart å fordele årsverk på hovedforløp, var det langt flere, ca. 400 kommuner, som ønsket å gi en vurdering av det samlede tilbudet innenfor hvert av forløpene i tjenester til voksne. Figur 4.1 gir en prosentvis fordeling av hvor godt kommunene vurderer sitt tilbud.

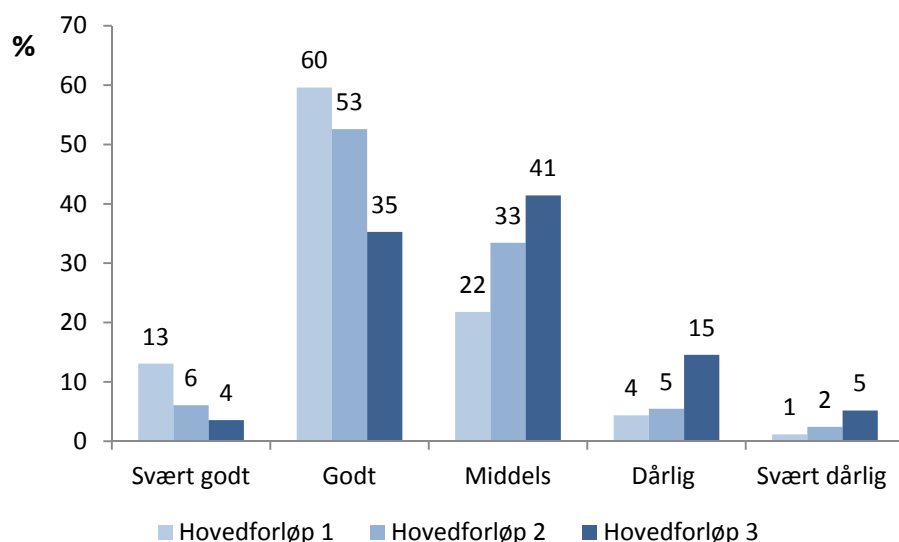


Figur 4.1 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak til voksne fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 394, Hovedforløp 2: n = 397, Hovedforløp 3: n = 399.

Hovedforløp 1 og 2 i tjenester til voksne vurderes som godt eller svært godt av ca. 70 % av kommunene, mens hovedforløp 3 vurderes som godt eller svært godt av 58 % av kommunene. Omtrent ingen kommuner vurderer noen av tjenestene sine som svært dårlige.

4.5 VURDERING AV TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Mellom 295-330 av kommunene ønsket å gi en vurdering av det samlede tilbudet innenfor hvert av forløpene i tjenester for barn og unge. Den prosentvise fordelingen på hvert svaralternativ er presentert i figur 4.2:



Figur 4.2 Prosentvis fordeling av vurdering av tjenester og tiltak til barn og unge fordelt på hovedforløp. Antall kommuner (n) som har svart for hvert av forløpene; Hovedforløp 1: n = 330, Hovedforløp 2: n = 329, Hovedforløp 3: n = 295.

73 % av kommunene vurderer tilbudet til brukere innenfor hovedforløp 1 til å være godt eller svært godt. 59 % mener at tilbudet innenfor hovedforløp 2 er godt eller svært godt, mens 39 % av kommunene vurderer tilbudene innenfor hovedforløp 3 å være godt eller svært godt. Det later til å være noe mer misnøye med tilbudene til barn og unge, sammenliknet med tjenester til voksne, spesielt til de brukerne som havner i hovedforløp 2 og 3.

4.6 TYPER TJENESTER OG TILTAK TIL VOKSNE

Kommunene skulle beskrive (i stikkordsform) type tilbud og tjenester som tilbys innenfor de ulike hovedforløpene. Antallet kommuner som har svart innenfor de ulike forløpene er gitt i tabell 4.4.

Tabell 4.4 Antall kommuner som har oppgitt type tilbud og tjenester i stikkordsform

	Voksne	Barn/unge
Hovedforløp 1 (Milde og kortvarige problemer)	368	298
Hovedforløp 2 (Kortvarige og alvorlige/langvarig mildere)	377	283
Hovedforløp 3 (Alvorlige og langvarige)	382	244

I det følgende presenteres en oppsummering av stikkordene⁸ som er gitt for hvert av forløpene vedrørende tjenester for voksne. Mange av tilbudene tilbys naturlig nok i alle tre forløpene.

HOVEDFORLØP 1 – MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, råd og veiledning, motivasjons- og endringsamtaler, motiverende intervju, sorteringssamtaler, IP-arbeid, økonomiveiledning, gjeldsrådgivning, bolig hjelp, kulturtilbud/nettverk, brukermedvirkning, hjemmebesøk/hjelp, miljøarbeid, avlastning, akuttbolig, tjenester i fengsel, medisindelegering/håndtering, rustesting, ruskontrakt, hverdagsmestring, foreldreveiledning

Organiseringsformer

Frivillighetsentral, aktivitetstilbud/senter, lavterskeltilbud, dagtilbud, frisklivssentral, fysiske aktivitetstilbud, trimgrupper, aktivitetshus, café, rus/psykisk helse-team, utekontakt, kriseteam, hjemmebesøk, krisesenter

Kurs, programmer og metoder

KID, KIB, DU-kurs, DUÅ, Rask psykisk helsehjelp, kognitiv terapi, Jobbhuset, LOS, kartleggingsverktøy, familierapi, mestringskurs, psykoedukasjon, mindfulness, medisinsk yoga, stressmestring, fysioterapi, fritid med bistand, selvhjelpskurs, pårørendegrupper, angstgrupper, gruppeterapi, livsstyrkingsgrupper, sorggruppe, eksponeringstrening, sosial trening, arbeidstrening, AKAN, telefonoppfølging

Samarbeidende instanser og faggrupper

Fastlege, psykolog, psykisk helsearbeidere, NAV, spesialisthelsetjenesten, støttekontakter, assistenter, ruskonsulent

Noen få kommuner svarer "0" eller "ingen tilbud".

HOVEDFORLØP 2 – KORTVARIGE ALVORLIGE/LANGVARIGE MILDERE PROBLEMER/LIDELSER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, råd og veiledning, utredning, boligsosialt arbeid/bo-veiledning, KT, koordinering av IP, nettverksjobbing, hjemmebesøk, hjemmesykepleie, hjemmetjenester, følge til fastlege/andre instanser, walk&talk, oppfølging av gravide, fysisk aktivitet/trimgrupper/treningstilbud, miljøarbeid, fagteam, kartlegging, gjeldsrådgivning, døgnkontinuerlig boligoppfølging, henvisningsarbeid, ruskontroll, ruskontrakt

⁸ Se forklaring på forkortelsene i kapittel 2.7.

Organiseringsformer

Dagsenter, ACT, FACT, LAR, lavterskeltiltak, hjemmesykepleie, hjemmetjenester, miljøarbeider-tjenester, ambulante team, fagteam, utekontakt, psykososialt kriseteam, støttekontakt, følgetjenester, kultur/treffsted/værested/kafé-tilbud, frisklivssentral, trimgrupper, angstgrupper, pårørende grupper,

Kurs, programmer og metoder

KID, KIB, DU-kurs, BPA, kognitiv terapi, behandlingssamtaler, psykoedukasjon, terapeutiske intervensjoner, Vilje-Viser-Vei-arbeid, oppfølging fra LOS, Cannabisavvenningskurs, Housing First, ansvarsgrupper, kriseteam, motiverende intervju/motivasjons-samtaler, ulike mestringskurs, bekymringsmeldinger, gestaltterapi, mindfulness, selvhjelpskurs, angstgrupper, kunst – og uttrykksterapi, RPH, praktisk oppfølging, IPS, kvalifiseringsprogram, rehabiliteringsprogram, jobbtrening, golfterapi

Samarbeidende instanser og faggrupper

Fastlege, psykolog, psykiatrisk sykepleier, miljøarbeidere, fysioterapeut, samhandling med spesialisthelsetjeneste (VOP, DPS), LAR, NAV, barnevern, ruskonsulent

Noen få kommuner svarer "0" eller "ingen tilbud".

HOVEDFORLØP 3 – ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, råd og veiledning, koordinering av IP, ansvarsgrupper, behandlingssamtaler, oppfølging før/under/etter behandling, følge til fastlege, praktisk bistand, vurdering av tvang, vedtak på psykisk helsearbeid, koordinere samhandling med andre instanser, sosialrapport, boligsosialt arbeid, bemannede boliger, henvisning til TSB og psykiatri, motivasjon til avrusning, habilitering, rehabilitering, kultur- og fritidstilbud, treningstilbud (bl.a. FYSAK-turer), sosiale møteplasser, kjøp av plass i bolig, ferieformidling, kostholdsopplæring, kriseplan

Organiseringsformer

Dagsentertilbud, aktivitetssenter, bo- og utredningsenhet, ACT, FACT, DPS-tilbud, lettere avrusningstilbud, lavterskeltilbud, ute-team, skadereduksjon (sårstell, vaksiner, smitteforebygging), SMP, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, medisinerings, ambulante team, rusteam, støttekontakt, feltpleie, bemannede omsorgsboliger, hjemmebesøk, samlokaliserte boliger rus/psykisk helse, miljøarbeid/miljøterapi, omsorgsbasen, kursing av pårørende, pårørendegruppe for foreldre av rusavhengige

Kurs, programmer og metoder

KID og KIB-kurs, DU-kurs, Kognitiv terapi, støttegrupper, IMR, LAR-medisinerings, ABS-metoden, ADL-trening, IPS, SMP, gruppetilbud til ROP-pasienter, samtaler/samhandling med spesialisthelsetjeneste, Vilje-Viser-Vei, MADRS, mindfulness, hverdagsmestringskurs, hverdagsrehabilitering, selvhjelpskurs, arbeidstrening/aktivitetstiltak, kommunale tiltaksplasser i vekstbedrift

Samarbeidende instanser og faggrupper

Fastlege, psykolog, psykiatrisk sykepleier, miljøarbeidere, psykiater, NAV, fysioterapeut, verge, ruskonsulent, ettervernskonsulent, kontakt med politi, barnevern, seksjon innvandring, brukerorganisasjoner som informerer (bl.a. AA og Mental helse)

Noen få kommuner svarer "0", "ingen tilbud", eller som en kommune skriver: "Spørsmålet lar seg ikke besvare, vi kartlegger ikke brukerne slik".

4.7 TYPER TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Videre presenteres en oppsummering av stikkordene som er gitt for hvert av forløpene vedrørende tjenester for barn og unge.

HOVEDFORLØP 1 – MILDE OG KORTVARIGE PROBLEMER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, polikliniske samtaler, råd/veiledning, endringsarbeid, foreldreveiledning, sosialrådgivning i skolen, koordinere tverrfaglig samarbeid, miljøarbeid, lærerveiledning, avlastning og omsorgslønn, støttekontakt

Organiseringsformer

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, "Åpen dør", «Familiens hus», familie-team, familiesenter, ungdomsteam, NAV, SLT-koordinator, tverrfaglig team (barnevern, helsesøster, skole/barnehage), kjerneteam, utekontakt, lavterskeltiltak, ambulante/oppsøkende team, forbyggende psykisk helsetjeneste

Kurs, programmer og metoder

Mestringskurs, ICDP-kurs, COS-P kurs til foreldre, PMTO- rådgivning, ART, "Dialog", Marte Meo, MAS-grupper, PIS-grupper, LIST-prosjekt, FRIENDS, Coping CAT, PMTO/TIBIR, SLT-koordinator, DUÅ, VIP, Zippys venner, Morild, "Vanlig men vondt", "Det er mitt valg", "Psykologisk førstehjelp for barn", "Kvello"-prosjekt, korttidsbehandling, kognitiv terapi, hasjavenningskurs, Inn på TUNET, "Tidlig inn", prosjekt "Trygg Oppvekst", helseopplysning, barselgrupper, forebygging ved konsultasjoner ved helsestasjon 0-5 år, jordmødre/EPDS, grunnskoleteam, familieveiledning på foreldremøter i 7. og 9. trinn med tema rus, faggrupper for barn, jobbmestring, oppfølging fra LOS, familiekontakt

Samarbeidende instanser og faggrupper

Samarbeid/veiledning med helsesøster, PPT, fastlege, psykolog, BUP, barnehager, barnevern og politi, ungdomsveiledere, skolelege, støttekontakt

Noen få kommuner svarer "0" eller "ingen tilbud".

HOVEDFORLØP 2 – KORTVARIGE ALVORLIGE/LANGVARIGE MILDRE PROBLEMER/LIDELSER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, råd/veiledning, endringsarbeid, kartleggingssamtaler, foreldreveiledning/samarbeid, pårørendearbeid, tverrfaglig samarbeid, IP-arbeid, ansvarsgrupper, samtalerekke, tidlig intervensjon, oppfølging fra barnevernkonsulenter og PPT-rådgivere, tilbud om ruskontrakt, barneavtale, drop-out-forebygging, ulike gruppetilbud, avlastning, vedtak om støttekontakt og /eller miljøterapeutisk oppfølging, miljøterapi hjemme, spesialundervisning, henvisning til 2. linjetjenesten, sakkyndighetsarbeid, aktivitetstilbud, fritidstilbud (treffpunkter, barne/ungdomsklubb),

Organiseringsformer

Helsestasjons- og skolehelse-tjeneste, MAS-grupper, SLT-koordinator, oppfølging fra LOS (samtaler, fritidstilbud, leksehjelp og arbeid i hjemmet), Familiens hus, tverrfaglige team (barnevern, helsesøster, PPT, BUP, skole/barnehage), Familie- og nettverksteam, Tidlig-inn-team, ruskontraktteam, psykisk helseteam, DPS-team, uteseksjon, barneteam, ungdomsteam, kjernegruppe, Barne- og ungdomsbasen, jente- og guttegrupper, elevtjenesten, Jobbhuset

Kurs, programmer og metoder

Kognitiv terapi, psykologsamtaler, mestringskurs, depresjonsmestring, ICDP, DU, DUÅ, hasjavvenningskurs, psykoedukasjon, «Psykisk førstehjelp», Marte Meo, FRIENDS, TIBIR, HAP-kurs, K46 (råd og veiledning), ART, MST, PMTO-terapi, SMIL-gruppe, Zippys venner, Coping CAT, "Dagskolen", Ungdomsbasen, SLT, familieteam, psykologisk førstehjelpsskrin, PMTO, COS veiledning, KAOS (individuell oppfølging ved overganger), "Mestringskatten" og andre KAT-verktøy, LØFT, BAPP, KID ungdom, psykomotorisk fysioterapi, familieveiviseren

Samarbeidende instanser og faggrupper

Psykolog, helsesøster, psykiatrisk sykepleier, fastlege, familierapeut, PPT-rådgivere, barnevern, skolepsykolog, spesialpedagoger, familiekontakt, skolelege, støttekontakt, samarbeid med politi

Noen få kommuner svarer "0" eller "ingen tilbud".

HOVEDFORLØP 3 – ALVORLIGE OG LANGVARIGE PROBLEMER/LIDELSER

Generelle tilbud

Støttesamtaler, veiledning, ansvarsgrupper, IP, koordinering av tjenester, motivasjonssamtaler, kartlegging/utredningssamtaler, foreldresamarbeid/veiledning, henvisningsarbeid, vedtaksarbeid, kjøp av heldøgns plasser, rehabilitering, habilitering, samhandling på tvers av tjenester, praktisk bistand, omsorgslønn, avlastning/avlastningshjem, tilrettelagte skoletilbud, oppfølging skole/praksis/arbeid, fritidstilbud, aktivitetstilbud, fritidskontakt, møtesteder/treffpunkt, samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, ruskontrakt/urinprøvetaking

Organiseringsformer

Skolehelsetjeneste fra helsesøster på ungdomsskole og videregående skole, LOS (samtaler, fritidstilbud, leksehjelp og arbeid i hjemmet), MAS-grupper, SLT-koordinator, BPA, oppfølging fra barnevernkonulent, case management, barnebolig, tverrfaglige team (barnevern, helsesøster, skole/barnehage), ambulant rusteam (fra ca. 15-16 år), samarbeid med BUP/DPS, NLSH, tjenester for funksjonshemmede, unge på institusjon, hjemmetjeneste, tverrfaglig ressursgruppe for risikogravide og småbarnsforeldre

Kurs, programmer og metoder

Kognitiv adferdsterapi, hasjavenningskurs, PMTO-terapi, BAPP, DUÅ, DU-kurs, FRIENDS, Marte Meo, COPING CAT, psykoedukasjon, psykologisk førstehjelpsskrin, diagnoseformidling, foreldreveiledning ICDP, KAOS, COS, hjelp til sertifikat, "Inn på tunet, rustesting, ruskontrakt, tett på ved hjelp av mobil og møter, "Barnas time"

Samarbeidende instanser og faggrupper

Psykolog, helsesøster, fastlege, NAV, BUP, psykiatrisk sykepleier, støttekontakter, miljøterapeuter, barnevernsansatte, politi

Noen få kommuner skriver «0» eller «Ingen». En kommune utdypet: «Ingen, ikke nok kompetanse og ressurser, ingen spesifikke tilbud i kommunen».

4.8 OPPSUMMERING

For første gang har alle norske kommuner blitt bedt om å gi et anslag på hvor mange årsverk som ytes i psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid innenfor de tre hovedforløpene (definert i veilederen «Sammen om mestring»). Kommunene skulle også oppgi type tilbud og vurdere sine tilbud innenfor hvert forløp.

Før vi fikk inn data fra rapporteringen visste vi gjennom kvalitetskontrollen at "Del 2" av rapporteringen, som handlet om hovedforløp, kom til å by på store utfordringer. Få kommuner syntes å ha praktisk erfaring med å kategorisere brukere eller ressursbruk i henhold til forløpene. Flere kommuner ba om å få slippe å fylle ut denne delen av rapporteringen. SINTEF presiserte at dette kun var ment å være anslag, og at de gjerne måtte gjøre et forsøk, noe 84 prosent av kommunene også gjorde. Det var imidlertid store avvik mellom det de rapporterte av årsverk fordelt på tiltak/utdanningskategorier og det de rapporterte på hovedforløp. 46 prosent av kommunene hadde

klart å fordele årsverkene med en feilmargin på kun +/- ett årsverk, noe som gav oss mulighet til å kjøre sensitivitetsanalyser med dette underutvalget.

I tjenester for voksne rapporterte kommunene at rundt 10 prosent av årsverkene går med til hovedforløp 1, 24 prosent i hovedforløp 2 og 66 prosent i hovedforløp 3. I tjenester for barn og unge er det motsatt: 45 prosent går med til barn og unge i hovedforløp 1, 33 prosent i hovedforløp 2 og 22 prosent i hovedforløp 3.

Storparten av kommunene vurderer tjenestene sine til å være svært gode eller gode – uavhengig av forløp. Det er en tendens til at man er mindre fornøyd med det tjenestetilbudet som gis til barn og unge med alvorlige problemer/lidelser – 20 prosent av kommunene svarer at dette tilbudet er dårlig eller svært dårlig. Dette kan ha å gjøre med at tjenester til voksne rapporterte 66 prosent av årsverkene sine i hovedforløp 3, sammenliknet med 22 prosent i tjenester til barn og unge - og at tjenestene til voksne med alvorlige lidelser dermed er mer utbygd i kommunene.

Når det gjaldt typer tjenester rapporterte kommunene en rekke generelle tilbud, kurs, programmer, metoder og samarbeidende instanser. De aller fleste tilbudene gikk igjen i hvert av hovedforløpene, med støttesamtaler, råd og veiledning som de absolutt hyppigste rapporterte tilbudene i alle forløp. Kognitiv terapi, motiverende intervju/motivasjonssamtaler, kartlegging/utredningssamtaler, psykoedukasjon og en rekke gruppebaserte tiltak, inkludert fritids- og aktivitetstilbud, var også hyppig rapportert. Ruskontrakt og oppfølging i LAR er også veldig vanlig. Spesielt i tjenester for barn og unge finnes det en rekke kurs og programmer som svært mange av kommunene benytter, og en liste over vanlige akronymer og forkortelser ble nødvendig å inkludere i rapporten, se kapittel 2.7.

Det er svært vanlig at tjenestene i kommunen samarbeider med fastlege, psykolog, helsesøster, psykiatriske sykepleiere, psykiater, NAV, pårørende, støttekontakter, spesialisthelsetjenesten, barnevernet, barnehager, skoler, politi m.fl.

5 BRUKERMEDVIRKNING OG TILBUD TIL PÅRØRENDE

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). Loven definerer videre at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem i følge Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014).

Pasientens pårørende er i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3:

Den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Helsepersonelloven (§ 10a) regulerer helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, mens spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-7a) pålegger alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell.

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

- Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2014? Har kommunen ansatt/engasjert erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaringskompetanse/brukerspesialist innen psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen etablert brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene?
- Hva har resultatene blitt brukt til?
- Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til voksne?
- Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til barn og unge?
- Gir kommunen tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid? Hvis ja, hvilket tilbud er dette og hvordan er det organisert?

5.1 BRUKERMEDVIRKNING I ORGANISERT FORM

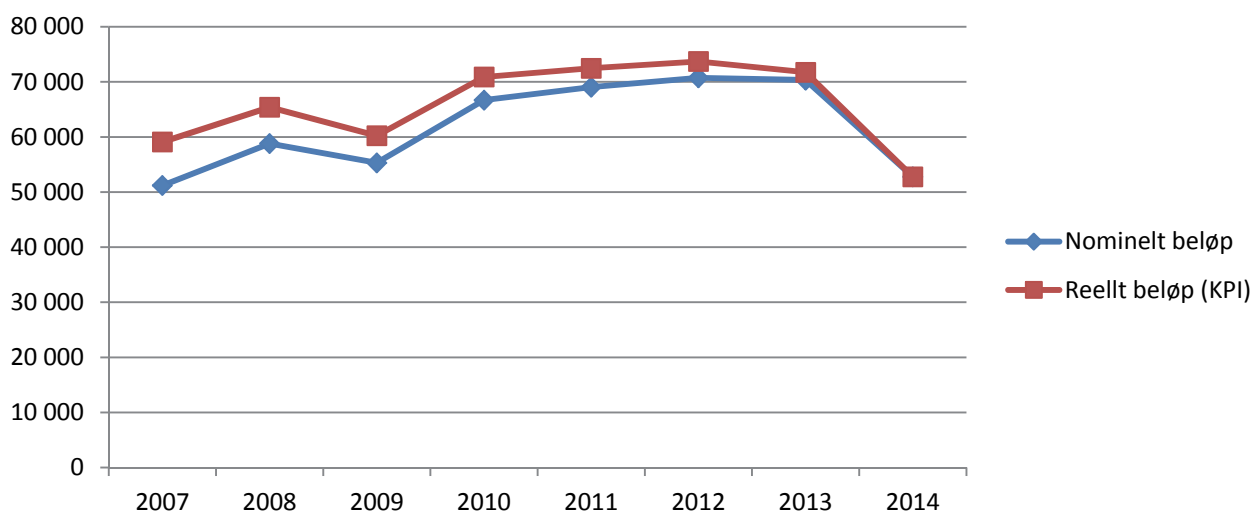
Den tredje delen av IS-24/8 kartleggingskjemaet starter med et spørsmål om hvor stort beløp kommunen har bevilget til brukermedvirkning. Beløpet skal oppgis i hele kroner og omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og/ellers deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.⁹

Totalt har kommunene rapportert at de har bevilget 52 millioner kroner til brukerorganisasjonene. I 2013 var tallet 70 millioner, men da bare for psykisk helsearbeid. Det kan derfor se ut som det er en nedgang på rundt 18 millioner til brukerorganisasjonene. 243 kommuner har oppgitt at de har bevilget null kroner til organisert brukermedvirkning i 2014. Utviklingen er illustrert i figur 5.1.

Tabell 5.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2014 (i 1 000 kroner)

	Nominelle beløp	Endring i prosent	Reelle beløp (KPI)	Endring i prosent
2007	51 200	-	59 100	-
2008	58 800	15	65 392	11
2009	55 300	-6	60 227	-8
2010	66 695	21	70 889	18
2011	69 036	4	72 477	2
2012	70 747	2	73 708	2
2013	70 328	-1	71 743	-3
2014	52 776	-25	52 776	-26

*Inflasjonsjustert til 2014-kroner basert på konsumprisindeksen (Statistisk sentralbyrå (SSB)).



Figur 5.1 Beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form fra kommunene samlet, 2007-2014.

⁹ For å kvalitetskontrollere disse tallene, undersøkte vi beløpet i forhold til størrelsen på kommunen. Basert på dette ble det sendt epost til 3 kommuner som hadde rapportert store beløp i forhold til størrelsen på kommunen. Ingen tall ble endret som følge av denne kontrollen.

Tabellen under viser fordelingen etter kommunestørrelse. Det er ikke en tydelig lineær sammenheng, men de største kommunene gir klart høyest beløp per innbygger.

Beløp bevilget til brukermedvirkning i organisert form, etter kommunestørrelse.

Tabell 5.2 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2014 (i 1 000 kroner)

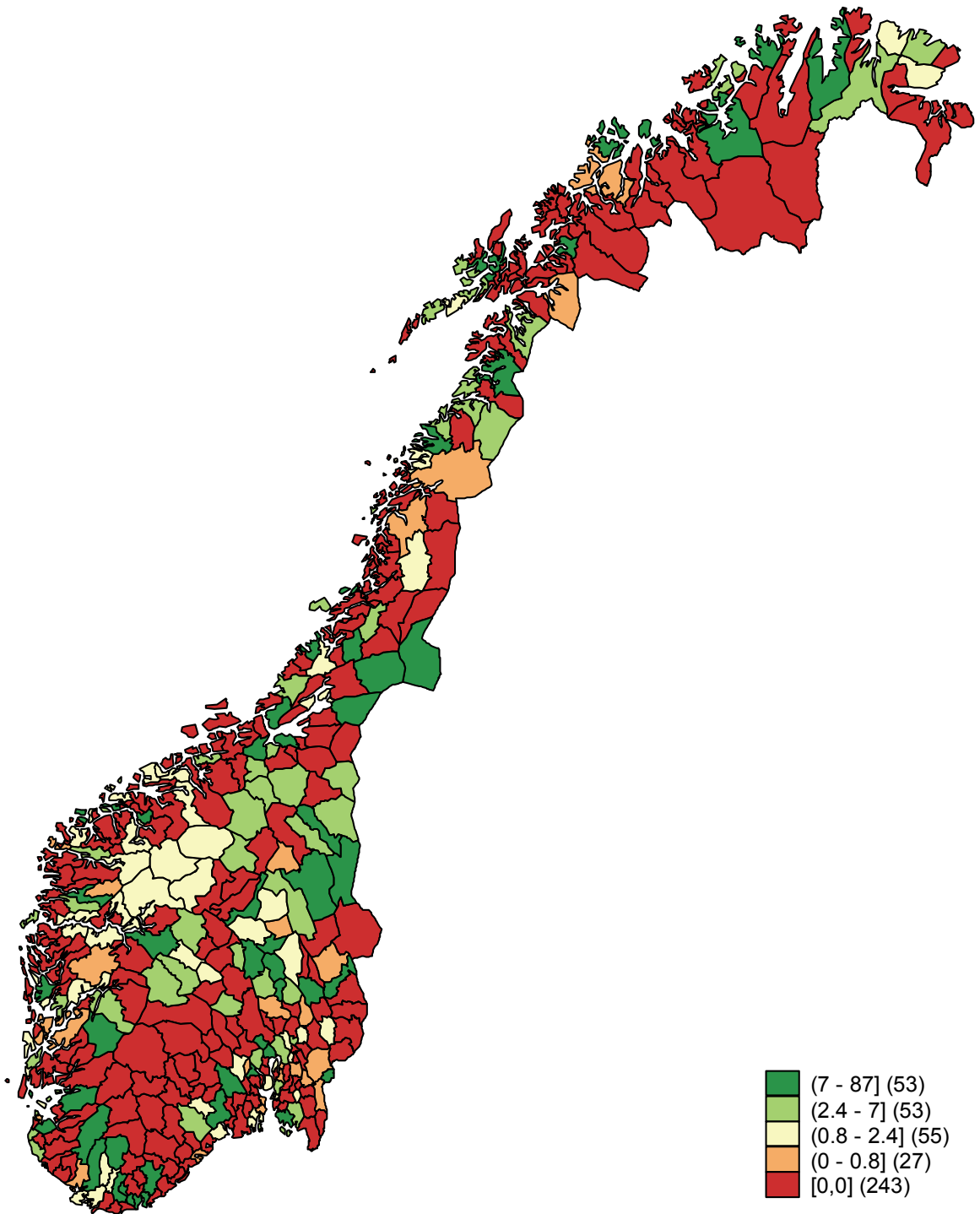
Antall innbyggere	Beløp	Antall innbyggere	Kr. per innbygger (vektet)
<2000	346	116 212	3.0
2000-5000	1 027	422 172	2.4
5000-10000	1 644	611 941	2.7
10000-20000	3 756	834 363	4.5
20000-50000	2 421	1 172 235	2.1
50000 og større	43 582	2 008 879	21.7
Totalt	52 776	5 165 802	10.2

De kommunene som bevilget mest til brukermedvirkning i organisert form i forhold til antall innbyggere er vist i tabellen under.

Tabell 5.3 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2014 (i 1 000 kroner)

Kommunenummer	Navn	Beløp	Kr. per innbygger
806	Skien kommune	4 700	87
602	Drammen kommune	5 856	87
2012	Alta kommune	1 550	78
1001	Kristiansand kommune	6 261	72
1736	Snåsa kommune	120	56
106	Fredrikstad kommune	4 241	54
1638	Orkdal kommune	602	51
612	Hole kommune	320	48
1738	Lierne kommune	65	47
1923	Salangen kommune	98	44

Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning
i organisert form per innbygger, 2015



Figur 5.2 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form per innbygger, kvantilfordelt, 2014

En del kommuner (185 kommuner) har gitt kommentarer til beløpet de har oppgitt. Noen sier de ikke har bevilget noe beløp fordi det ikke er noen aktive brukerorganisasjoner i kommunen for tiden, eller at de har opphørt. Andre sier at de har for liten økonomisk ramme til å gi penger til dette.

Noen små kommuner nevner også at de har interkommunalt samarbeid de bevilger midler til der blant andre Mental Helse inngår.

Flere sier at midlene brukes på Verdensdagen for psykisk helse, mens andre sier de har en søknadsrunde på dette. En del kommuner ramser opp hvilke organisasjoner som har fått støtte. Dette er blant andre:

- Fontenehus
- BlåKors
- RIO
- A-larm
- Mental Helse
- Angstringen
- Sorg og Omsorg
- Incestsenteret
- Voksne for barn
- Kirkens SOS
- Frivillighetssentral
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
- Brukerforum/brukerråd
- Redningsvesten - etterverngruppe
- Redningsplanken - pårørende gruppe
- Lokale aktivitetssenter

Andre beskriver at beløpet de har oppgitt dekker møtegodtgjørelse til medlemmer av brukerutvalg. Noen kommuner gir støtte i form av gratis lokaler til brukerorganisasjonenes lokallag:

Etter at opptrappingsplanen for psykisk helse opphørte, er det ikke bevilget støtte i form av penger, men kommunen gir lokaler til to brukerorganisasjoner vederlagsfritt (Kvæfjord kommune).

Andre har kommunale tjenester som basseng, treningsmuligheter og kulturtilbud som brukerorganisasjonene får gratis tilgang til. Dette kan jo være et alternativ for de mange kommunene som oppgir at de ikke har økonomi til å gi støtte til brukerorganisasjonene.

5.2 ERFARINGSKONSULENT/MEDARBEIDER MED BRUKERERFARINGSKOMPETANSE/ BRUKERSPESIALIST

Vi har spurt om kommunene har ansatt eller engasjert erfaringskonsulent eller har en medarbeider med brukererfaring eller en brukerspesialist innen psykisk helse og rus. Basert på de kommunene som har svart på dette (89 %), er det 6 % som har ansatt eller engasjert noen med brukererfaring som er felles for psykisk helse og rus, mens 4 % har med brukererfaring fra psykisk helse og 5 % innen rusarbeid. Tre kommuner har ansatt eller engasjert både noen med erfaring fra rusfeltet og fra psykisk helse. 84 % av kommunene har ikke ansatte med brukererfaring eller engasjert erfaringskonsulent.

Tabell 5.4 Type brukererfaring, 2015.

	Antall kommuner	Andel
Ja, felles for psykisk helse og rus	24	6
Ja, kun innen psykisk helse	16	4
Ja, kun innen rusarbeid	18	5
Ja, begge separat	3	1
Nei	322	84
Totalt	383	100
Ikke oppgitt	45	
Totalt	428	

Hovedkonklusjonene fra dette er at et stort mindretall av kommunene har ansatt eller engasjert noen med brukererfaring.

Men det er noen som har litt andre løsninger og noen som forklarer hvorfor de ikke har ansatt eller engasjert noen med brukererfaring:

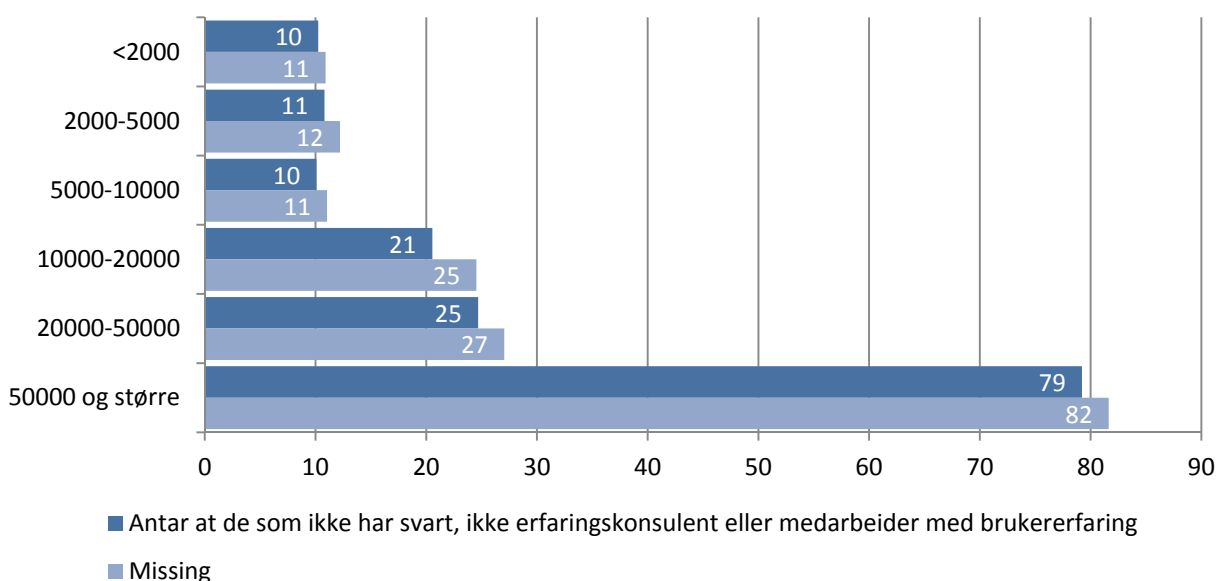
Tidligere rusavhengig som har tatt utdanning. (Liten kommune)

Har ansatte som tidligere har hatt utfordringer med rusmiddelproblematikk. (Stor kommune)

Regional ruskonsulent - samarbeid med fem andre kommuner. (Liten kommune)

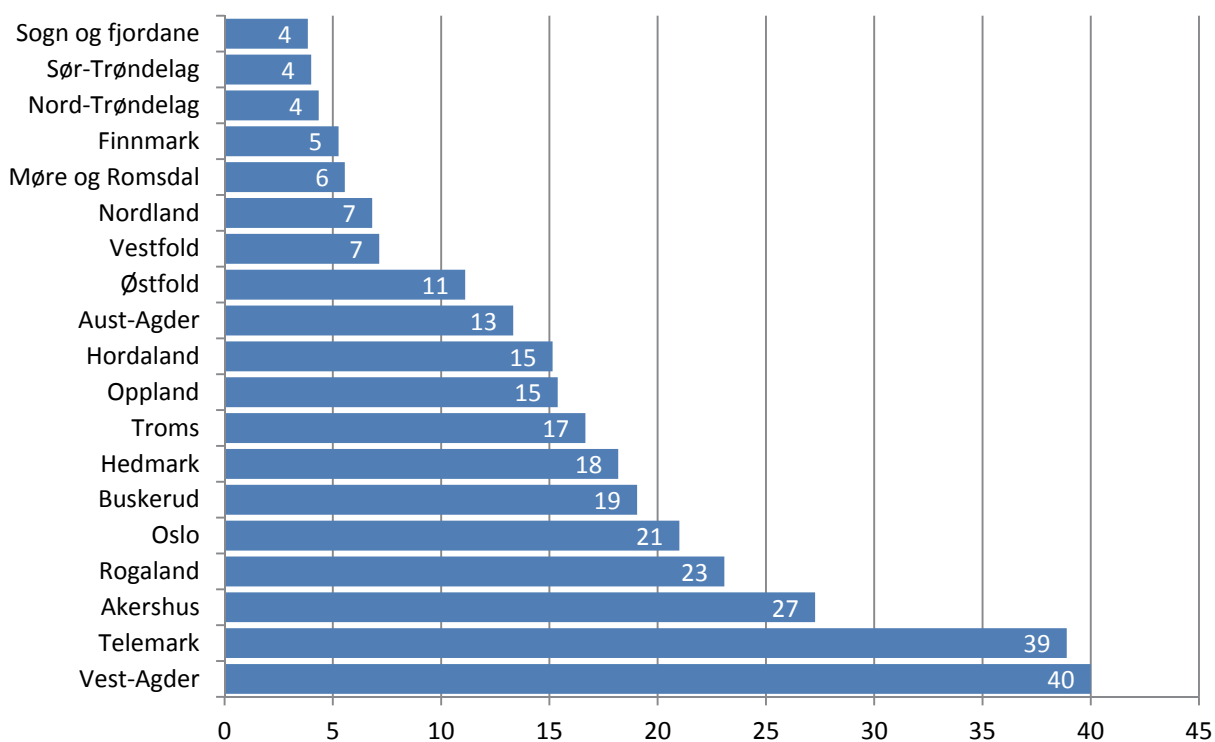
Andre sier de har samarbeid med ulike væresteder og at de trekker inn brukererfaring gjennom å bestille foredrag på ulike arrangement, eller at de har brukt brukerråd inn i ulike arbeidsgrupper. Om vi antar at de kommunene som ikke har respondert på dette, ikke har brukerkompetanse i tjenestene, eller om vi behandler dem som manglende data (missing) utgjør ikke store forskjeller, se neste figur.

Figur 5.3 viser at store kommuner i betydelig større grad enn små kommuner, har engasjert eller ansatt personer med brukererfaring. Sammenhengen er statistisk signifikant når vi bruker kontinuerlig innbyggertall (sannsynligheten for å ha slik kompetanse øker med antall innbyggere), men de tre første størrelsegruppene er ikke statistisk forskjellig fra hverandre.



Figur 5.3 Prosent kommuner med brukerkompetanse, kommunestørrelse.

Dersom alle kommunene teller like mye, dvs vi gjør ikke forskjell på små og store kommuner, finner vi følgende fylkesforskjeller (bydeler i Oslo behandles her som egne kommuner). Vi ser at kommunene i Telemark og Vest-Agder oftest har ansatt eller engasjert personer med brukererfaring, mens Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag ligger lavest.



Figur 5.4 Prosent kommuner med brukerkompetanse, fylke.

5.3 BRUKERRÅD

Tabell 5.5 Har kommunen etablert brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid? 2015.

	Antall	Prosent
Ja, felles med andre brukergrupper	85	22
Ja, eget for psykisk helse	21	6
Ja, eget for rusarbeid	9	2
Ja, felles for psykisk helse og rus	38	10
Nei, psykisk helse og rus er ikke representert i brukerråd	225	60
Totalt	378	100
Ikke oppgitt	50	
Totalt	428	

Det er altså 60 % av kommunene som ikke har rus og psykisk helse representert i brukerråd. De kommunene som oppgir å ha brukerråd for målgruppen, har typisk felles brukerråd med andre brukergrupper.

Av bydelene i Oslo er det seks som oppgir at de har brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid felles med andre brukergrupper, mens fire har eget for psykisk helse og to har felles for psykisk helse og rus. En bydel har ikke psykisk helse og rus representert i byråd. Oslo er kodet til felles med andre brukergrupper i tabell 5.5.

De kommunene som har representanter innen psykisk helse og rus felles med andre brukergrupper, har ofte dette i form av Råd for funksjonshemmede¹⁰ eller eldreråd. En del kommuner oppgir at de har brukerråd i forbindelse med et bestemt tilbud, for eksempel dagsenter, lavterskeltilbud, treffsteder eller gjennom ulike team som er etablert. Dette kan være alt fra husmøter til faste samarbeidsstrukturer med flere tjenester involvert.

En del kommuner har også andre løsninger som ikke kalles brukerråd, men som i praksis har samme funksjon. Dette kan være brukerpanel, brukerforum, underutvalg for rus og psykisk helse gjennom lokalsykehus eller ulike spesialisthelsetjenestetilbud, eller at brukerne er representert gjennom KS sine forbedringsnettverk.

De kommunene som ikke har brukerråd begrunner dette på ulike måter. Følgende forhold går igjen:

- Organisasjonene er ikke representert i kommunen, og det er derfor vanskelig å finne personer som skal sitte i brukerråd.
- Organisasjonene har trukket seg pga ingen/ redusert tilskudd fra kommunen
- Har innkalt brukerorganisasjonene til møte, men de har ikke møtt
- Samarbeider med organisasjonene, men har ikke opprettet brukerutvalg
- Vanskelig å rekruttere brukerrepresentanter innen psykisk helse- og rusarbeid

¹⁰ Det er lovfestet at alle kommuner skal ha et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne eller annen likeverdig representasjonsordning, se § 2 i Lov om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

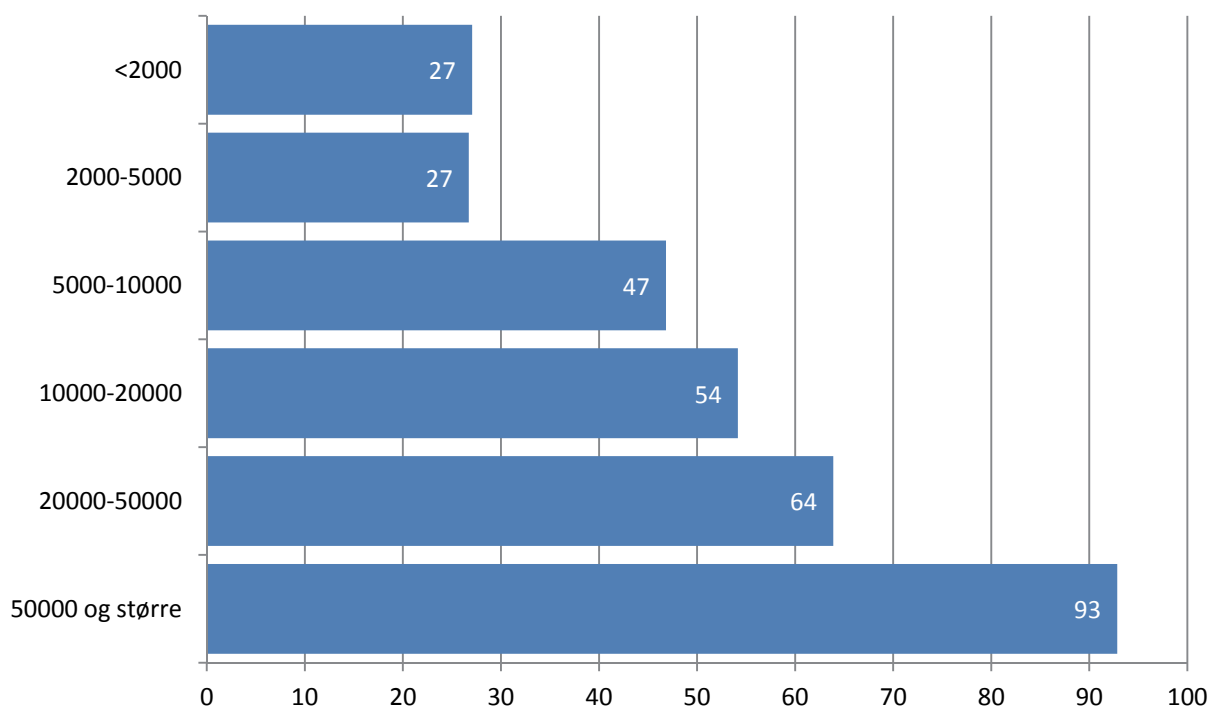
Andre kommuner sier at de planlegger å opprette brukerråd for målgruppen, men det virker som en del er usikker på om de skal ha et eget brukerråd for rus eller om de skal ha det felles med psykisk helse.

Noen kommuner har brukerråd for voksne, men ikke for barn og unge. Nyopprettede avdelinger for mental helse for ungdom er eksempler på hva som kan "trigge" ønske om å opprette brukerutvalg for barn og unge. Ulike foreldreutvalg kan også eksistere i forbindelse med enkelte tjenester, som for eksempel barne- og ungdomssenter.

En del av kommunene som ikke har brukerråd, samarbeider med brukerorganisasjonene når det er aktuelt. Dette kan være gjennom fagmøter, prosjekt, satsninger, planarbeid eller andre prosesser. Noen sier bare at de generelt samarbeider med brukerorganisasjonene, uten at de har etablert faste møtepunkter. Andre kommuner har brukere involvert for eksempel i nyansettelser eller når det skal bygges nye boliger for målgruppen.

Noen svarer også at brukerundersøkelser dekker behovet for brukerinnspill, og at det derfor ikke er opprettet et eget brukerråd. Eller at de har så tett kontakt med brukerne, at det ikke er behov for brukerråd.

Det er betydelig variasjon etter kommunestørrelse (antall innbyggere), se figur 5.5, der store kommuner har mye større sannsynlighet for å ha brukerråd enn mindre kommuner.



Figur 5.5 Andel kommuner som har brukerråd, kommunestørrelse.

Det er ikke betydelige forskjeller mellom fylker, når vi kontrollerer for kommunestørrelse, men kommunene i helseregion Nord ligger lavere enn de andre helseregionene når vi samtidig kontrollerer for kommunestørrelse.

5.4 SYSTEMATISK INNHENTING AV BRUKERERFARINGER

Tabell 5.6 Har kommunen på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene?

	Antall	Prosent
Ja	132	34
Nei	253	66
Total	385	100
Ikke oppgitt	43	
Antall kommuner	428	

Av de 89 % av kommunene som har svart, er det nesten 2 av 3 som ikke har gjennomført systematisk innhenting av brukererfaringer. Det er flere måter å gjøre dette på, og blant de som har gjort det, er fordelingen på metoder vist i neste tabell. De fleste har gjort det gjennom brukerundersøkelse i målgruppen.

Tabell 5.7 Om ja, på hvilken måte har de innhentet brukererfaring?

	Antall	Andel av de som har hentet inn brukererfaring	Andel av alle kommuner
Brukerråd	48	36	8
Brugerundersøkelse i målgruppen	82	62	15
Bruker spør bruker	8	6	1
KOR (Klient og resultatstyrt praksis)	27	20	5
Systematisk arbeid med klagesaksbehandling	17	13	3
Annet	52	39	9

Under "Annet" har det kommet en del kommentarer. Noen sier at brukerundersøkelsene inkluderer personer med psykiske helseproblemer og rusproblemer eller at de har ulike prosjekter der de på ulike måter henter inn brukererfaringer. Her ser det ut som mange henviser til brukerundersøkelsene som NAV-kontorene gjennomfører. En kommune sier de har det i forbindelse med overdosestrategien, eller faste samarbeidsforum med brukerorganisasjonene, mens en annen kommune sender ut brukerundersøkelse til fem tilfeldige personer som har mottatt tjenesten forrige år. Andre kan ha samhandlingsgrupper med brukerorganisasjonene der de innhenter brukererfaringer.

Mange kommuner sier de har fortløpende innhenting av brukererfaringer på individnivå gjennom samtaler eller dialogmøter. Det varierer hvor systematisk dette er organisert. Andre har gjennom brukermøter eller allmøter for eksempel på aktivitetssenter, dagsenter eller boliger innhentet brukererfaringer. Andre igjen, har månedlige møter med Rådgivere med brukererfaring.

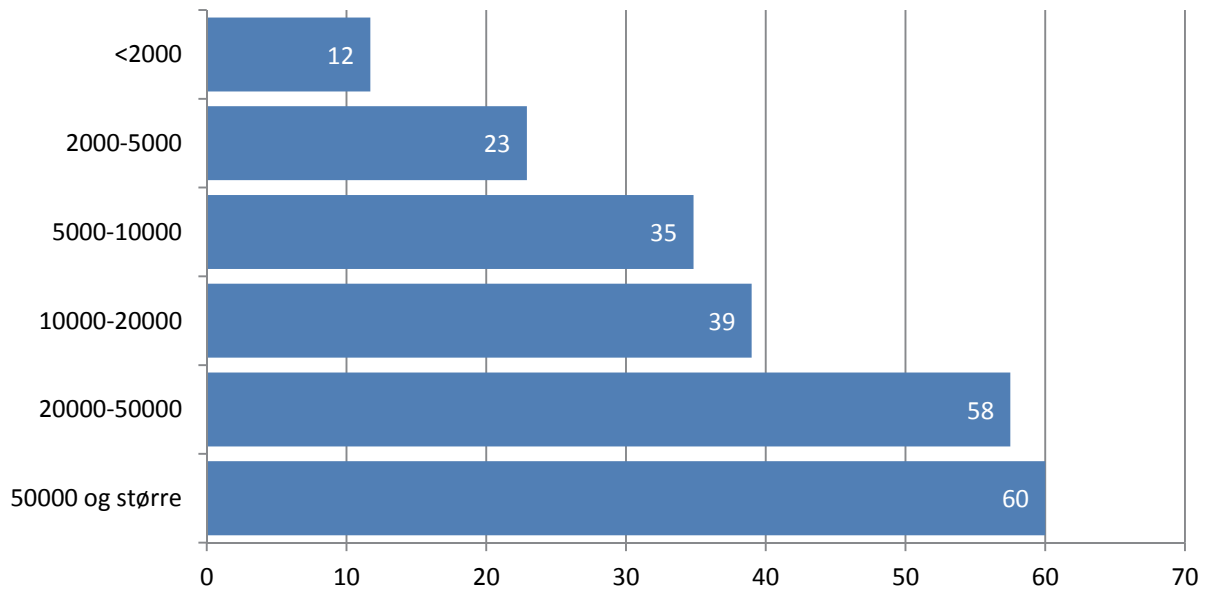
Flere kommuner sier også at de vurderer å ta i bruk KOR for nye områder enn de bruker det i dag. Andre har andre løsninger:

Kommunen er med i KS læringsnettverk innen psykisk helse og rus hos voksne. Det er satt ned et Forbedringsteam i kommunen for å jobbe for gode overganger mellom tjenester og tjenestenivå. I dette teamet er det med 2 brukerrepresentanter. (Mellomstor kommune i Sør)

En kommune i Nord sier det slik:

Bruker har holdt foredrag om egen sykdom og erfaringer med helsevesenet (Stor kommune i Nord).

Også her finner vi store forskjeller etter kommunestørrelse.



Figur 5.6 Andel kommuner som på en systematisk måte hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene, kommunestørrelse.

Det er lite systematisk variasjon mellom fylkene når vi kontrollerer for kommunestørrelse, men finner at kommunene i Helseregion Vest ligger noe lavere enn resten av landet.

5.5 HVA INNSAMLEDE ERFARINGER HAR BLITT BRUKT TIL

Vi har også spurt kommunene om hva resultatene har blitt brukt til og det er 122 kommuner som har svart på dette.

Mange av kommunene som har svart, sier at resultatene har blitt brukt til å evaluere egen praksis eller status, og til å påvirke utviklingen i tjenestene. Dette kan både handle om justering av arbeidsmetodikk, videreutvikling av tilbud og innhold i tilbudet. Eller for å finne ut hva de kan bli bedre på, eller som grunnlag for etisk refleksjon. Noen bruker også informasjonen til å etablere nye rutiner og tiltaksrekker, eller til å identifisere prioriteringsområder. Noen har også endret organiseringen av tjenestene som følge av brukererfaringene som er innhentet.

Andre sier at resultatene inngår i kommunens plan,- kvalitets- og utviklingsarbeid og i beslutninger som tas.

Andre sier at kunnskapen brukes inn i læring og mestringsarbeidet og for å tilpasse tjenestene til brukernes behov, eller at tjenestene skal utvikles i samme retning som brukerne ønsker. Andre benytter brukererfaringen for å endre kulturen i tjenestene, for eksempel i retning av nye strategier.

Erfaringene kommunen har med KOR ser ut til å være veldig bra, men det er variasjon i hvilke brukergrupper de mener metoden passer best for:

Vi ser at vi har mest nytte av KOR i PHBU - dette fordi vi da sikrer at vi får svar og fordi vi får brukers opplevelse av om hjelpen virker - direkte - uavhengig av alder. (Mellomstor kommune i Øst)

KOR er et godt verktøy som gir grunnlag for forbedring både i enkeltsamtaler og i kompetanseheving for ansatte. (Stor kommune i Sør)

Andre kommuner sier presist hva hensikten med innsamling av informasjon for brukerne er:

Hensikten er å fremme brukermedvirkning/selvbestemmelsesretten, sikre kvalitet i tjenesten, skape gode relasjoner og samhandling med bruker. (Stor kommune i Øst)

Forhåpentligvis en mer brukerrettet, tilgjengelig og faglig dyktig tjeneste. (Mellomstor kommune i Sør)

Noen kommuner sier at resultatet blir brukt i sammenlikning med andre kommuner eller til å informere politikerne eller til internkontroll.

5.6 KVALITETSFORBEDRING VOKSNE

Tabell 5.8 Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til voksne?

	Antall	Andel
Ja	189	50
Nei	22	6
Vet ikke	170	45
Totalt	381	100
Ikke oppgitt	47	
Antall kommuner	428	

Av de 89 % av kommunene som har svart, er det halvparten som mener at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsutvikling av tjenesten til voksne. Vi har også spurt hvordan systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedringer i tjenestene, og de vanligste svarene fremkommer i kulepunktlisten under:

- Identifiserer forbedringsområder
- Får større innsikt i brukernes hverdag, bedre forståelse for behov
- Bidrar til likeverd mellom tjenesteutøver og mottaker
- Tjenestene blir bedre tilpasset brukernes behov, bedre resultat av behandling og tjenestebruk
- Brukerne får bedre nytte av tjenestene
- Brukerne opplever å bli tatt på alvor, blir mer aktive, får eierskap til prosesser og planer
- Gir mer innsikt i brukernes opplevelser av tjenesten
- Får tilbakemeldinger de ikke ville fått på andre måter
- Mer treffsikre tilbud, motiverende både for bruker og tjenesteytere

- Kompetansen og erfaringene til brukerne nyttiggjøres
- Bedre grunnlag for planarbeid, kvalitetsarbeid, prioriteringsarbeid
- De ansatte får mer kompetanse på brukernes behov
- Mer helhetlig tenkning
- Får i større grad rett tilbud på rett tid og sted
- Mer kunnskap om hva som hjelper
- Bidrar til medvirkning i egen bedringsprosess, egenmestring, aktør i eget liv i forhold til valg og løsninger, viktigste ressurs i eget liv.
- Brukerne er med på å forme tjenestene
- Mer helhetlige tjenester
- Mer "sømløse" tjenester
- Innspill til faglige og etiske diskusjoner
- Påvirker organiseringen av tjenestene
- Bidrar til praksisendringer, "kursjustering"
- Politikere får bedre beslutningsgrunnlag
- Fagledere får bedre beslutningsgrunnlag
- Brukerne får mer reelle valgmuligheter
- Brukernes rettigheter blir tydeligere
- Brukerne tar mer ansvar for hverandre, mer dialog
- Viktig i ulike utviklingsområder, for eksempel læringsnettverk
- Brukerne bidrar med andre synspunkt enn de ansatte, de har spesialkompetanse
- Påvirker valg av faglig plattform (for eksempel recovery)
- Bidrar til mindre stigma, alminneliggjøring, lavere terskel for å søke hjelp
- Synliggjør kompetansebehov

Vi har også spurt de som har svart "nei" eller "vet ikke" om hvorfor de ikke får til kvalitetsforbedringer gjennom metodene som er valgt for systematisk brukermedvirkning til voksne. Svarene er typisk:

- Det gjennomføres ikke systematisk innhenting av informasjon fra brukerne
- Ingen/dårlig oppfølging av brukerundersøkelsene
- Målgruppen har ofte lite overskudd til å engasjere seg utover sin egen situasjon
- Krevende å få systematisk bruk av resultatene
- Lav svarprosent på brukerundersøkelser, ikke representativt
- Vanskelig å få brukerne til å representere og uttale seg på vegne av andre
- Det forutsetter god innsikt fra brukerne, ikke alltid til stede i målgruppen
- Brukerorganisasjonene svarer ikke på henvendelser
- Brukerstemmene er veldig ulike, får ikke klare råd
- Lite fleksible tjenester, vanskelig å gjøre endringer basert på brukererfaringer
- Verktøyene passer ikke brukergruppen, for eksempel de i Bedrekommune.no
- Liten kommune, for få årsverk til at kommunen har kapasitet

Som denne oversikten viser, er det henvist til konsekvenser av brukermedvirkning både på individ- og systemnivå. Noen kommuner tenker systemnivå når de svarer, mens andre kommuner svarer mer ut i fra brukermedvirkning for den enkelte person som mottar tjenesten. Alle som henviser til brukermedvirkning på individnivå, ser at dette er viktig:

Sjølvs om vi ikkje har jobba så systematisk i forhold til brukermedvirkning er vi svært opptatt av at tenestene i stor grad skal tilretteleggast utifrå brukaranes ynskjer og behov (Liten kommune i Sør).

Eigenmestring er viktig. Ansvar for eiga helse, då er det viktig at brukar er motivert og får påvirke sjølv (Liten kommune i Vest).

Det er sannsynligvis urealistisk at de små kommunene skal organisere brukermedvirkning på systemnivå. De har en liten brukergruppe som de har tett kontakt med og gir individuell hjelp.

De viktige systemverktøyene rundt oppfølging av enkeltpersoner i målgruppen, er kanskje Individuell Plan, ansvarsgrupper og koordinatører. En annen liten kommune i Vest sier det slik:

Brukarmedvirkning sikrar vi ved systematisk arbeid i ansvarsgrupper og ved hjelp av Individuell plan for dei som har dette. Då er det pasientens mål og behov som er i fokus i rehabiliteringsarbeidet. God kartlegging og avklaring av behov ved fyrste besøk er også med på å sikre brukarmedvirkning. Vi har av og til brukarmøter dersom det er noko vi skal planlegge, til dømes utflukter, men vi skulle ønske oss mer systematiske møter der brukarane sine ynskjer og idear vert tekne på alvor (Liten kommune i Vest)

Bruker styrer hvem som skal være med i ansvarsgruppe, ip. Og hvem som skal være miljøkontakt. Dette styrker brukerens autonomi (Liten kommune i Nord)

Eksempel på at større kommuner har med brukererfaringer også på systemnivå, får vi fra en stor kommune:

Bruk av individuell plan og ansvarsgruppemøter som et forpliktende samarbeid bidrar på individnivå til å bedre til den enkelte ved at de ulike partene i samarbeidet jobber mot mål satt av brukeren. Brukerforum bidrar til at brukergruppen som helhet kan komme med innspill på tjenestetilbudet, og innspill blir tatt med i vurdering av tjenestetilbudet og neste års planer (Stor kommune i Øst)

Men det er likevel ikke riktig å si at de små kommunene som ikke har systematisk brukermedvirkning på systemnivå, ikke tar hensyn til brukernes behov når de legger planer, diskuterer organisering og strukturering av tjenestetilbudet. Sannsynligvis bygger dette arbeidet på erfaringene fagpersonene har hentet inn gjennom oppfølging av enkeltbrukere.

5.7 KVALITETSFORBEDRING BARN OG UNGE

Vi har stilt tilsvarende spørsmål for barn og unge. Her er det 82 % av kommunene som har svart og av disse er det 29 % som svarer at de erfarer at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedringer i tjenestene.

Tabell 5.9 Erfarer dere at systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene til barn og unge?

	Antall	Prosent
Ja	104	29
Nei	22	6
Vet ikke	228	64
Total	354	100
Ikke oppgitt	74	
Totalt	428	

De som svarer ja, kommenterer typisk følgende måter systematisk brukermedvirkning bidrar til kvalitetsforbedringer på:

- Erfaring fra egen praksis
- Mer målrettede/treffe sikre tiltak
- Bedre brukeropplevelse (mer fornøyde og motiverte brukere, mer trygghet)
- Mer bevissthet rundt at barn og unge også har samtykkekompetanse
- Mer effektiv hjelp
- Bedre samspill og koordinering av tjenestene
- Godt samarbeid med de rundt brukeren
- Lærerikt
- Brukerne blir hørt og sett
- Bedre grunnlag for planarbeid
- Større fokus på kvalitet (får innspill til diskusjoner)
- Større bevissthet av ansatte og ledere
- Bedre tjenesteutvikling
- Brukerne får bedre nytte av hjelpen som gis
- Ansatte får mer kunnskap
- Bedre ressursutnyttelse
- Bedre grunnlag for å organisere tjenestene bedre
- Bedre og mer helhetlige tjenester

For de som har svart "nei" eller "vet ikke", går følgende svar igjen:

- Har foreløpig ikke erfaringer
- Har ikke systematisk datainnhenting
- Ikke representative svar, ikke mange nok som responderer
- Barn har ofte ikke nødvendig innsikt selv
- Får ikke påvirket tjenester utenfor ansvarsområdet
- Har for få stillinger til å kunne dekke dette feltet (systematisk brukermedvirkning på systemnivå)

Det er mye av de samme punktene som går igjen for barn og unge og for voksne, inkludert oppfølging på individnivå gjennom IP og ansvarsgrupper. Store kommuner kan ha mange kanaler for å innhente brukererfaringer, selv om ikke det alltid har en systematisk tilnærming:

Vil spesielt trekke fram bruk av individuell plan og systematisk bruk av klientorientert praksis (KOR) "Mitt liv" – barnevernsproffene. Familieråd (barnevern). Kollegaveiledning, blant annet ut fra KOR "Hva synes du?"- spørreundersøkelse barn i barnevern. Erfaringskonsulenter i barnevern. Deltar i evalueringsnettverk i regi av KS (barnevern). Bidrar til treffer bedre behov, styrker brukers egen kapasitet (Stor kommune i Vest)

De kommunene som har erfaring med KOR for barn og unge, ser ut til å være spesielt fornøyd:

Har litt begrenset erfaring med barn og unge, men bruker KOR skjema i jentegruppene - mener dette gir kvalitetsforbedring. (Liten kommune i Sør)

Erfarer at tjenestene raskt kan tilpasses da KOR blir systematisk brukt. (Liten kommune i Midt)

Barn som pårørende og brukerrepresentanter har gode innspill for hvordan følge opp barn. I Nærøy har de BAPP grupper (for barn med psykisk syke foresatte) Her kan Bindal søke om å få være med (Liten kommune i Midt)

Andre har funnet andre løsninger for å få til den individuelle involveringen av de unge brukerne:

Elevene blir systematisk involvert i samarbeidsmøter fra 10 års alder, og foreldrene blir systematisk involvert i arbeidet rundt barna sine så sant det ikke dreier seg om alvorlig omsorgssvikt med behov for bekymringsmelding til barnevernet. (Liten kommune i Midt)

5.8 TILBUD TIL PÅRØRENDE

Pasientens pårørende er i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 de pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

Pårørende til mennesker med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning. Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning. Barn som pårørende skal ivaretas ut fra sine egne behov – og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, 2014).

Tabell 5.10 Gir kommunen tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid?

	Antall	Andel
Ja	330	88
Nei	46	12
Total	376	100
Ikke oppgitt	52	
Totalt	428	

88 % av kommunene har svart på spørsmålet, og 88 % av disse svarer at de har tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid.

Vi spurte videre de som svarte ja om hvilket tilbud dette er og hvordan det er organisert. Det kom 351 svar på dette. Det er stor bredde i hva tilbudet til pårørende består av, og det ser særlig ut til å være mange kommuner som gir tilbud til barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi har derfor skilt ut dette som et eget underpunkt i kapittelet.

Tilbudet til voksne partnere, foreldre eller andre voksne familiemedlemmer kan både være gjennom samtaler og veiledning. En del kommuner svarer at de samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tilbud til pårørende, ofte DPS. Dette kan handle om samarbeid rundt enkelte diagnosegrupper der spesialisthelsetjenesten gir kommunene opplæring i pårørendearbeid, eller et mer generelt samarbeid med veiledning i pårørendearbeid.

Dersom det finnes pårørendegrupper i regi av brukerorganisasjonene, kan kommunen støtte disse økonomisk, de kan spre informasjon om kommunens tilbud gjennom denne kanalen, låne dem lokaler og på annen måte støtte arbeidet. Eller de kan involvere dem gjennom brukerråd eller gjennom ulike prosjekt.

I bemannede boliger kan det være rom for et tettere og et mer systematisk samarbeid med pårørende som besøker familiemedlemmer i boligen, men det er ikke mange kommuner som nevner denne samarbeidsarenaen.

Dersom barn mottar tjenester, er foreldrene naturlig nok involvert i tilbudet som gis. Men pårørende til voksne brukere, vurderes involvert i hver enkelt sak:

Så langt det lar seg gjøre er vi opptatt av pårørende (voksne) som ressurs og vi gjør oss tilgjengelig for de pårørende som det er mulig med. Uavhengig av taushetsplikten kan vi bistå med å lytte til den pårørende og derved støtte ved å forstå og evt veilede i situasjon (liten kommune i Øst).

I psykisk helsetjeneste og rusomsorg bes det alltid om samtykke til å samarbeide med familie eller nærstående slik at utg. pkt for bistand er felles (Mellomstor kommune i Øst).

LPP er en landsomfattende ideell interesse- og brukerorganisasjon for pårørende innen psykisk helse og mange kommuner sier de samarbeider med dem. Flere kommuner nevner også Møteplass. Møteplass er et gratis tilbud for pårørende til psykisk syke og/eller rusmisbrukere der de kan utveksle erfaringer med fagfolk om å leve tett på psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Konseptet er utviklet av Pårørende Kompetanse¹¹ i samarbeid med pårørende og fagfolk.

Andre kommuner sier at pårørendearbeidet mot voksne ikke er organisert på en spesiell måte, men at dette inngår i vanlige arbeidsoppgaver for de ansatte innen rus og psykisk helsearbeid. De tilbyr for eksempel samtaler. Andre oppgir at de får tilskudd fra fylkesmannen til å arbeide mer målrettet med pårørendearbeid.

Pårørende til rusmiddelmissbrukere får råd og veiledning, samtaler ved behov. Familiemedlemmer til rusavhengige som mottar tjenester fra kommunen, kan få samtaler. Andre har temakveld for pårørende til rusavhengige, mens noen henviser pårørende til Blå Kors. Noen har pårørendeprosjekt

¹¹ Pårørende Kompetanse eies og drives av organisasjonene Voksne for Barn og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP). De får finansiering og støtte fra Helsedirektoratet.

og trygghetsnett, som er tilbud til pårørende til rusavhengige unge. I noen kommuner har Norske kvinners sanitetsforening etablert et tilbud i kommunen som er beregnet på pårørende til personer med rusproblematikk. Eller de har ruskonsulenter som har dialog og støttesamtaler med pårørende. Noen kommuner har etablert pårørendegrupper i kommunen som treffes månedlig.

Det er også flere interkommunale samarbeid rundt pårørendearbeid:

7 kommuner har gått saman om tilbod til pårørande innan psykisk helse- og rus. Ei av kommunane er vertskommune for samarbeidet, og ansvarlege for gjennomføringa rullerer mellom kommunane. Kommunen gjev veiledning og oppfølging (Liten kommune i Øst)

Men det kan også være utfordringer, både knyttet til taushetsplikt og om tjenestene får informasjon om de pårørende:

Det betinger da at helsestasjonen mottar opplysninger om at det er foresatte som sliter med rus og psykiske problemer (Liten kommune i Nord)

Mange kommuner har tilbud til pårørende for noen målgrupper, men ikke til andre:

Pårørendegruppe rus. Har dessverre ingen etablert/systematisk tilbud til barn som pårørende (Liten kommune i Nord).

Mens andre har en litt annen modell der det er opprettet egne tjenester for pårørende selv om det er en svært liten kommune:

Alle ansatte i kommunens "Psykisk helse- og rustjeneste" har gjennomført opplæring i regi av Veiledningssenteret for pårørende. Pårørende som har behov blir henvist videre dit. I tillegg deles det ut informasjonsmateriell, brosjyrer etc (Liten kommune i Nord).

TILBUD TIL BARN SOM PÅRØRENDE

Helsepersonelloven kapittel 2, § 10 a definerer helsepersonellens plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Det er mange muligheter for å oppnå dette, og kommunene beskriver et stort mangfold i dette arbeidet:

Vi driver familieskole som gruppe. Barn av psykisk syke får tilbud om samtaler. Starter på opplæringspakke gjennom Korusøst høsten 2015. Er med i nettverk om barn som pårørende som drives av spesialisthelsetjenesten (Liten kommune i Øst)

Mange har veiledningssamtaler til denne gruppen, men flere sier at det er tilfeldig hvem som får tilbudet. Noen har lagt ut informasjon til barn som pårørende på nettsiden til kommunen, mens andre

samarbeider tett med barneansvarlig på DPS¹², eller gjennom skolen. Andre har etablert mestringsgrupper for barn av psykisk syke og rusavhengige.

Mange kommuner ser ut til å ha systematisk fokus på barn som pårørende:

Månedlige samarbeidsmøter mellom helsestasjon og psykisk helse, med fokus på barn og barn som pårørende (Liten kommune i Øst).

Tilbudene til barn som pårørende gis ofte av barneverntjenesten, helsestasjonen eller fra psykisk helse, mens noen har kommunepsykolog som gjennomfører samtaler med barn:

Kommunepsykologen har samtaler med barn. I enkelte tilfeller kan barnevern også være involvert i samtaler med barn (Liten kommune i Midt)

Flere og flere kommuner ser ut til å etablere barneansvarlige, selv om det kun er spesialisthelsetjenesten som har lovpålagt tjeneste. Kanskje dette kan føre til at det blir mindre tilfeldig hvem som følges opp av kommunen:

Barn blir som oftest tatt hand om via barnevern (avlasting, støttekontakt osv.) Men for å sikre og forbedre ivaretagelsen av barna for foreldre med psykisk eller rusrelaterte problem, skal kommunen også i de nærmeste dagene utnevne en barneansvarlig i psykisk helsetjeneste. Rutinebeskrivelsen til dette ansvarsområde er under godkjenning og skal være felles for alle kommunene i regionen (Liten kommune i Øst).

Det er etablert 23 Barneansvarlige for Barn som pårørende i kommunen med egen Koordinator. Mangler lavterskel psykisk helsehjelp uten vedtak noe som ville gi et tilbud også til pårørende. Søkt ExtraStiftelsen om midler til oppstart av et Pårørendesenter for byen og omegn. Ellers ikke noe eget tilbud til Voksne pårørende (Stor kommune i Midt).

Kommunen har 2 barneansvarlige i Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus, samt egen talsperson i Oppvekst og kulturavdelingen. Tiltak "Barn som pårørende" kontaktperson. Tirsdagstreffet (Stor kommune i Nord)

Helse og sosialavdelingen har egen Barneansvarlig. Organisert via hovedsakelig to avdelinger: Barn- og familieavdelingen. Avdeling psykisk helse og sosiale tjenester. Begge disse to fagavdelingene er organisert i Helse og sosialavdelingen (Stor kommune i Nord).

Særlig ser mange kommuner i Nord til å ha barnansvarlige, og dette gjelder både store og små kommuner:

Barne- og familieperspektivet står sentralt. Kommunen har Barneansvarlig. Det skal etableres barneansvarlig personell i alle avd hvor barn kan være pårørende, innen juni 2015. Vi har laget prosedyre "Barn som pårørende". Vi har etablert tilbud om "Barnas time" (Liten kommune i Nord).

¹² Spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-7a) pålegger alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell.

En kommune i Øst beskriver også at de har utnevnt en person som har fått et spesielt ansvar med å systematisere tilbud til barn av psykisk syke i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Andre kommuner har ulike gruppetilbud til pårørende, eller har opprettet fagsenter, samarbeider med frivillige og brukerpersoner, etablert gode samarbeidsrutiner om barn som pårørende, eller systematiserer arbeidet gjennom nettverk rundt den enkelte bruker.

Store kommuner kan ha mange ulike tilbud til pårørende, inkludert barn som pårørende:

"Foreldrekurs Samtalegruppe i samarbeid med LPP og DPS Samtaler, råd og veiledning Helsevern for barn og unge har mestringsgrupper: - Barn av psykisk syke foreldre - Barn av rusmisbrukende foreldre - CU2 oppfølgingsgruppe etter deltagelse barn av psykisk syke - FF-ferie og fritidstilbud til familier med dårlig økonomi. Innebærer mye også ift psykisk helse og rus. -PIS – skilsmissegrupper for barn 5 klasse - ØPP – Foreldreveiledningsprogram ift ungdom og rus. For tiden med helsesøster som koordinator med ansvar for opplæring. Gjennomkjøring og ansvar ligger hos skolene (Stor kommune i Øst).

Men også mindre kommuner kan ha et omfattende tilbud når de beskriver det samlet:

Kommunen gir tilbud om pårørendesamtaler. Både pårørende innenfor rus og psykisk helse. Vi har et bevisst fokus på å kartlegge familiesetting v/ innkomst i avdelingen og behov hos andre familiemedlemmer. Det er og en pårørendegruppe for foreldre til rusavhengige. Vi har og god dialog med barnevernet, og følger opp en del barn etter henvendelse fra barnevernet. Legene er ganske bevisste på å henvise pårørende til oss, dersom de fanger opp behov for mer støtte. Barn får tilbud hovedsakelig gjennom samtaler alene eller sammen med pårørende. Her brukes kommunepsykolog for barn og unge mye, men og psykiatrisk sykepleier i avdelingen som har familieterapikompetanse. Utekontaktene ved ungdomsbasen er og flinke til å fange opp ungdom fra hjem der mor eller far sliter. En del kommer til oss via dem (Mellomstor kommune i Vest)

5.9 OPPSUMMERING

Kommunene gir tilskudd til brukerorganisasjonene i kommunene. Totalt er det i 2014 rapportert at kommunene samlet har gitt nesten 53 millioner i tilskudd til brukerorganisasjonene i kommunen. Dette er en nedgang fra 2013 på 25 prosent, og dette er på tross av at i 2014 skulle også tilskudd til rusorganisasjonene være med. Hva som forklarer denne nedgangen er usikkert, men årsaken kan både være dårlig kommuneøkonomi eller lav aktivitet i brukerorganisasjonene. Noe av nedgangen kan kanskje skyldes at man har, eller planlegger å skaffe, erfaringskonsulent/medarbeider med brukererfaring.

Det er 84 prosent av kommunene som svarer at de ikke ansatt eller engasjert erfaringskonsulent eller har en medarbeider med brukererfaring eller en brukerspesialist innen psykisk helse og rus. Det er typisk store kommuner som har brukerkompetanse. Andel kommuner med slik kompetanse er lavest i Sogn og Fjordane og i Trøndelag og høyest i Telemark og Vest-Agder.

Det er 40 prosent av kommunene som har etablert brukerråd i psykisk helse- og rusarbeid våren 2015, og de fleste av disse har målgruppen involvert i felles brukerråd med andre brukergrupper. Jo større kommunen er målt med antall innbyggere, jo høyere sannsynlighet er det for at de har etablert brukerråd. Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker når vi kontrollerer for kommunestørrelse.

Av alle kommunene er det 34 prosent som svarer at de på en systematisk måte har hentet inn brukererfaringer innen psykisk helse og rusarbeid i løpet av de siste 12 månedene. De fleste har gjort det gjennom brukerundersøkelser i målgruppen, og andel kommuner som har innhentet brukererfaringer, øker med kommunestørrelse. Den innsamlede informasjonen brukes på ulike måter til å bedre kvaliteten i tjenestene. Først og fremst for å identifisere forbedringsområder og for å gi mer målrettede tjenester.

Totalt er det 88 prosent av kommunene som oppgir at de har tilbud til pårørende- og/eller barn som pårørende innen psykisk helse- og rusarbeid. Mange har tilbud til barn som pårørende, og trenden ser ut til å være at flere og flere kommuner utnevner barneansvarlige, selv om dette bare er lovbestemt i spesialisthelsetjenesten.

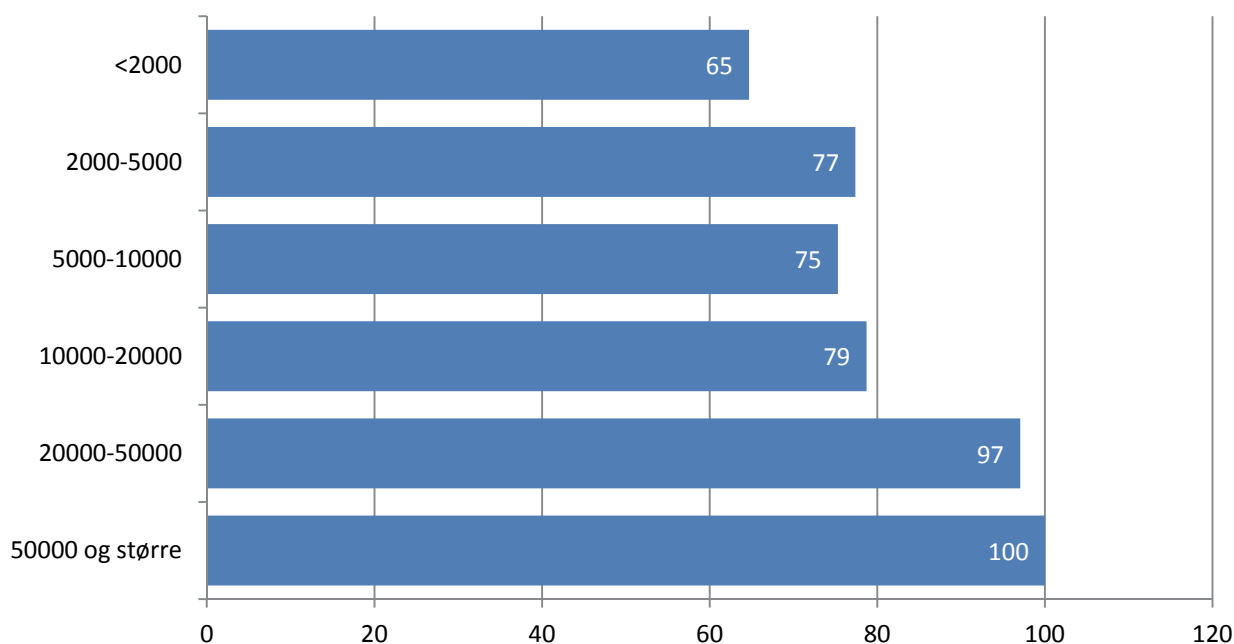
6 FOREBYGGENDE ARBEID OG TIDLIG IDENTIFIKASJON

6.1 INNLEDNING

Forebygging som retter seg mot individer som har risikofaktorer eller har utviklet problemer, er en viktig del av det lokale arbeidet. Gjennom tidlig identifikasjon og intervensjon kan det være mulig å forhindre videreutvikling og begrense problemene, forkorte behandlingen og redusere negative konsekvenser (Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet 2014).

6.2 OM KOMMUNEN HAR IVERKSATT TILTAK

Vi har spurt om kommunene har iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig. 88 % av kommunene har svart på dette spørsmålet, og av disse er det 77 % som svarer at de har iverksatt slike tiltak.

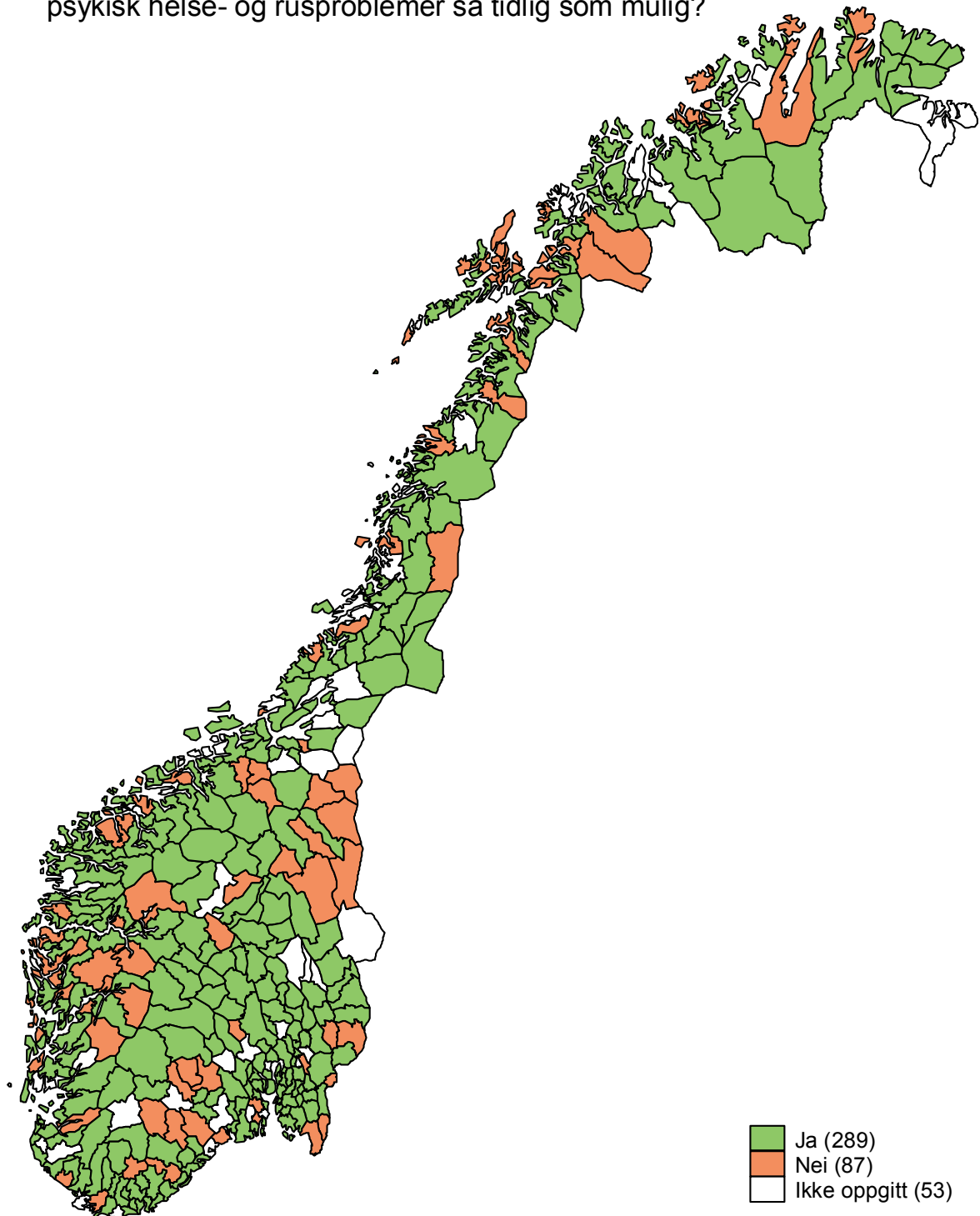


Figur 6.1 Har kommunen iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig? Prosent som svarer "Ja" etter kommunestørrelse.

Figur 6.1 viser at de store kommunene er de som i størst grad har iverksatt slike tiltak, men det er ikke en klar lineær sammenheng.

I neste figur har vi illustrert de samme data ved hjelp av kart.

Har kommunen iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig?



Figur 6.2 Har kommunen iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig? Prosent som svarer "Ja", kart.

Kartet viser at det er særlig mange kommuner i Hedmark, Telemark og Hordaland som ikke har iverksatt tiltak for tidlig avdekking.

Men det kan være ulikt hvor store tiltak det er snakk om. Noen kan ha lav terskel for å svare ja, selv om tiltakene er marginale, mens andre har relativt store tiltak uten at de synes det er tilstrekkelig til å svare ja. Dette ser vi når vi ser på svarene på følgende spørsmål:

"Hvis ja, hvilket tilbud er dette og hvordan er det organisert?"

6.3 TYPE TILBUD

Det er 307 kommuner som har svart på dette (72 % av alle kommuner). Vi har gått gjennom alle svarene og gruppert de i ulike områder. Noen har vært usikker på om de skal svare ja eller nei, og det er derfor flere som har kommentert enn som har svart ja.

Vi har forsøkt og systematisert svarene etter tema. De temaene som det er naturlig å gruppere svarene etter, er:

- Konkrete tiltak for å komme tidlig inn
- Skole/helsestasjon
- Tjenesteutvikling i retning forebygging

Dette er ikke konkrete anbefalinger som gis i tabellen under, men eksempler på hva kommunene har oppgitt at de gjør for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig.

Konkrete tiltak for å komme tidlig inn	<ul style="list-style-type: none">• Systematisk kartlegging ved nye henvendelser til psykisk helse- og rustjenester (for eksempel audit og dudit)• Kartlegging av rusproblemer ved nye henvendelser til NAV• Arbeid blant gravide:<ul style="list-style-type: none">• TWEAK er et kartleggingsverktøy som er tilpasset norske forhold og som brukes til å kartlegge gravide kvinners alkoholvaner.• EPDS er et kartleggingsverktøy som kan avdekke mulig depresjon hos den gravide eller småbarnsforeldre.• Hjemmebesøk til alle nyfødte• Konsultasjon på et visst tidspunkt etter fødsel for alle• Lavterskeltiltak for eksempel Rask psykisk helsehjelp
--	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Skole/helsestasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tett kontakt med skolene, helsestasjon og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid • Åpen dør hvor elev, foreldre, lærere kan komme hvis de er bekymret for barnet • Ungdomsteam som skal fange opp unge som sliter psykisk (de som faller ut av jobb og skole). • ØPP fra Korus som kjøres på alle ungdomsskoler • DU-kurs i alle skoler (Kurs i depresjonsmestring for ungdom) • Helsestasjon for ungdom, forsterket helsestasjon • Miljøterapeuter med høyskoleutdanning i grunnskolene • Program for psykisk helse i videregående skole (VIP) • Kjærlighet og grenser (opplæringsprogram) på ungdomsskoletrinnet. • Zippys venner i barneskolen • Helsesøster har samtale med alle elever i 8 trinn samt alle elever på VG1. • Helsesøster, rus og psykisk helse har årlig presentasjon av tjenestene i klassene og det kjøres undervisningsprogram i hele skoleløpet. • Lage opplegg sammen med skolen i rollespill og gruppearbeid, for eksempel for alle på første år. • Bruke Verdensdagen for Psykisk Helse til ulike arrangement, rusfri ungdomsfest, opplæring, foredrag • Psykologisk førstehjelp til ungdomskoleelever i grupper. • Trivselssamtaler med helsesøster i 3.-5. og 8. trinn. • Bruke kunnskap fra Ungdata i samarbeid med skolene • Sosionom på skolen • Målrettet undersøkelse i faste klasser, feks 8.klasse
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Tjenesteutvikling i retning forebygging</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring til ansatte i ulike program, for eksempel "Tidlig inn", "Fra bekymring til handling", "Med barnet i mente", "Barn i rusfamilier", "URO-kurs", "Fang opp og følg opp", "Sammen om barn" i samarbeid med andre tjenester • Oppsøkende virksomhet • Fagarbeid for å utarbeide tiltaksplan, handlingsplan, handlingsveiledning for psykisk helse og rus med tydelig prioritering av forebyggende arbeid/tidlig intervensjon • Kompetanse i for eksempel depresjonsmestringskurs (KID) • Etablere samarbeid om unge i bekymringssonen (politi, helsestasjonen, barnevern, utekontakt, psykisk helse- og rusarbeid) • SLT-koordinator, egne ansvarspersoner for forebygging, lavterskeltiltak etc • Organisering for eksempel i Senter for mestring og forebygging som i Bærum • Samarbeid mellom tjenester internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten, politi kirke og andre • Familietjenester

6.4 OPPSUMMERING

Totalt svarte 88 prosent av alle kommunene på spørsmålet om kommunen har iverksatt tiltak for å avdekke psykisk helse- og rusproblemer så tidlig som mulig og 77 prosent av de som har svart, svarer at de har iverksatt slike tiltak. Tiltakene er både konkrete tiltak som handler om å komme tidlig inn (for eksempel kartlegging ved første samtale, kartlegging blant gravide etc), skole og helsestasjon (for eksempel tett samarbeid med skolene og gjennomføring av ulike program ved skolene, forsterket helsestasjon etc) og konkrete tiltak for tjenesteutvikling for å vri tjenestene i retning forebygging (opplæring til ansatt, ansatte med særskilt ansvar for tidlig innsats, handlingsplaner med dette fokuset etc).

7 OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Ambulante tjenester har hatt en kraftig vekst innen psykisk helsevern. I perioden 2006 til 2014 økte antall årsverk knyttet til ambulante team i psykisk helsevern for voksne med 702 årsverk (Samdata 2014, tabell 9.1). I TSB utgjør ambulant virksomhet 6 prosent av konsultasjonene og dette har ikke endret seg de siste årene (Samdata 2014, figur 10.12).

Det finnes en rekke modeller for hvordan ulike former for ambulante og oppsøkende tjenester kan organiseres (Fugletveit og Hansen, 2013). De mest kjente formene er ACT, FACT og ambulante akutt-team.

ACT-team

Fra 2007 til 2012 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. Det første teamet startet opp som et nasjonalt pilotprosjekt i mosseregionen høsten 2007. De andre 13 ACT-teamene startet opp med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet fra 2009 til 2012.

Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse leverte i desember 2014 en rapport som evaluerte ACT-teamene. De finner at teamene har lykkes i å rekruttere målgruppen som er personer med alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelmissbruk og med stor funksjonssvikt og at både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere opplever at ACT-teamene har nådd ei målgruppe som andre tjenester ikke når (Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2014).

FACT-team

Den nederlandske modellen FACT (Flexible ACT) går ut på å arbeide som ACT team overfor personer med alvorlig psykisk lidelse i faser der de trenger så intensiv oppfølging, og å arbeide med mindre intensiv oppfølging (case management) i mer stabile faser. Hensikten med dette er både å oppnå mer kontinuitet ved at samme team holder kontakten med brukeren i stedet for å henvise til andre tjenester, og at ett team kan følge opp mange flere brukere enn ACT-teamene gjør (ibid). Forskergruppen som har evaluert ACT-teamene i Norge, mener at FACT kan være en relevant modell for Norge og at modellen bør prøves ut i Norge. Men de henviser også til forskning fra Nederland og Storbritannia som ikke finner signifikant bedring hos brukerne når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå så det er manglende evidens for effekten av FACT-modellen.

Ambulante-team

I St. prp. nr. 1 (2004 – 2005) ble det forutsatt at ambulante akutttilbud skal etableres ved samtlige DPS, organisert som ambulante akutt-team. Ambulante akutt-team skulle være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008. I 2011 hadde 64 DPS-er en eller annen form for ambulant virksomhet (Pedersen, Sitter og Bremnes, 2012).

Ambulante akutt-team ved DPS skal sikre en bedre, mer helhetlig og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner. Ifølge Helsedirektoratet (2014) skal teamene ikke erstatte innleggelse i døgnavdeling der dette er nødvendig. Formålet med ambulante akutt-team er å tilby pasientene en behandling med minst mulig inngripen i deres liv, som understøtter egne valg og egen mestring, og som gjennomføres i samhandling med pårørende og øvrig nettverk.

Helsedirektoratet (2014, s. 21) definerer ambulante akutt-team som spesialiserte tverrfaglige team, med oppgave å:

- Vurdere pasienter som henvises med akutt psykisk krise til psykisk helsevern for akuttinnleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
- Gi korttids hjemmebehandling i samarbeid med pasient, pårørende og andre helsetjenester i spesialisthelsetjeneste og kommune, som alternativ til akutt innleggelse i døgnenhet i psykisk helsevern

Ifølge Herrestad og Biong (2011) representerer ambulante akutt-team gode eksempler på hvordan psykisk helsearbeid og spesialisttjenestene smelter sammen i det nye området mellom de tradisjonelle primær- og sekundærtjenestene. De kan vanskelig forstås enten som psykiatrisk behandling eller som forebyggende virksomhet.

I dette kapittelet ser vi på kommunenes svar på følgende spørsmål:

- Har kommunen egne oppsøkende team/utekontakter e.l.?
 - Hvis ja, hvem er målgruppen for tiltaket?
- Har kommunen ansatte i oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten?
 - Hvis ja, hvem er målgruppen for teamet?
 - Hvilken metodikk arbeides det etter?
 - Hvis nei, planlegger dere å etablere et slikt tilbud?
 - Hvis ja, hvem blir målgruppen for teamet?

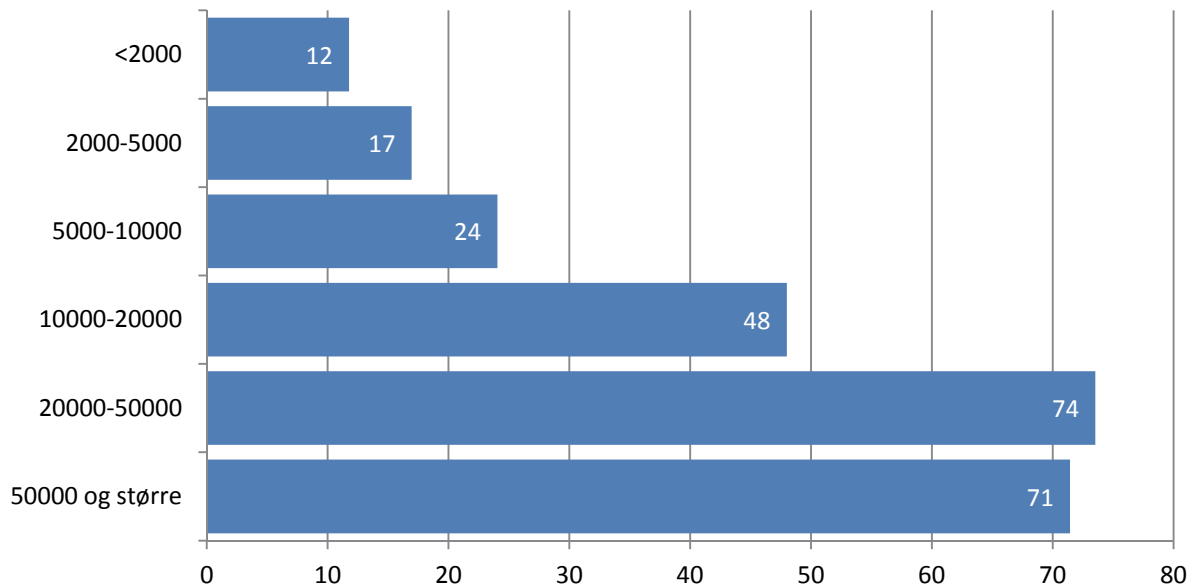
7.1 OPPSØKENDE TEAM

Tabell 7.1 Har kommunen egne oppsøkende team/utekontakter e.l.?

	Antall	Andel
Ja	108	28
Nei	272	72
Total	380	100
Ikke oppgitt	48	
Antall kommuner	428	

108 kommuner eller 28 % av de som har svart, svarer at de har oppsøkende team/utekontakter eller liknende. To bydeler i Oslo har svart at de ikke har det, mens 13 har sagt at de har det.

Det vanlige mønsteret fremkommer når vi ser på andel etter kommunestørrelse, ved at de største kommunene i betydelig større grad enn mindre kommuner driver oppsøkende virksomhet.



Figur 7.1 Andel kommuner som har egne oppsøkende team/utekontakter el, kommunestørrelse

Vi har videre spurt "Hvis ja, hvem er målgruppen for tiltaket?". En analyse av svarene viser at dette typisk er følgende brukergrupper:

- Hjemmeboende med alvorlige rus og/eller psykiske helseproblemer som har vansker med å benytte ordinære tilbud
- Hjemmebesøk/opsøkende virksomhet fra tjenestene til alle brukere med behov
- Overdoseteam (rusavhengige med omfattende misbruk og sosiale problemer)
- Ungdom i rusituasjon (varierende alder på målgruppen)
- Ungdom som står i fare for å falle ut av skole pga fravær, psykisk helse eller rusproblemer
- Fleksible oppfølgingsteam
- Barna til personer med alvorlige rus og/eller psykiske helseproblemer

En kommune forteller om et mer utvidet tilbud:

Via tilskuddsordning fra Helsedirektoratet og støtte fra NAPHA har kommunen og Helgelandssykehuset etablert samarbeidstiltaket: "Psykiater på den kommunale arena". Dette er et tilbud med utgangspunkt i ACT-team modellen. Teamet består av psykiater fra DPS-et, medlem fra Ambulant team fra DPS-et, koordinator for tiltaket (forankret i kommunen), miljøterapeut fra kommunens rus/ psykisk helsetjeneste. Tiltaket er et lavterskel-tiltak. Saker tilmeldes f. eks. fra pårørende, naboer, kommunale tjenester, fastleger og DPS. Målgruppa er primært mennesker med alvorlige psykiske lidelser, farlig rusing, ROP-lidelser eller suicidalproblematikk (Stor kommune i Nord)

7.2 FELLES TEAM MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Tabell 7.2 Har kommunen ansatte i oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten?

	Antall	Andel
Ja	58	15
Nei	321	85
Total	379	100
Ikke oppgitt	49	
Antall kommuner	428	

Det er altså 58 kommuner som oppgir at de har oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten. Hvordan disse kommunene fordeler seg geografisk rundt i landet, er vist i kartet på neste side.

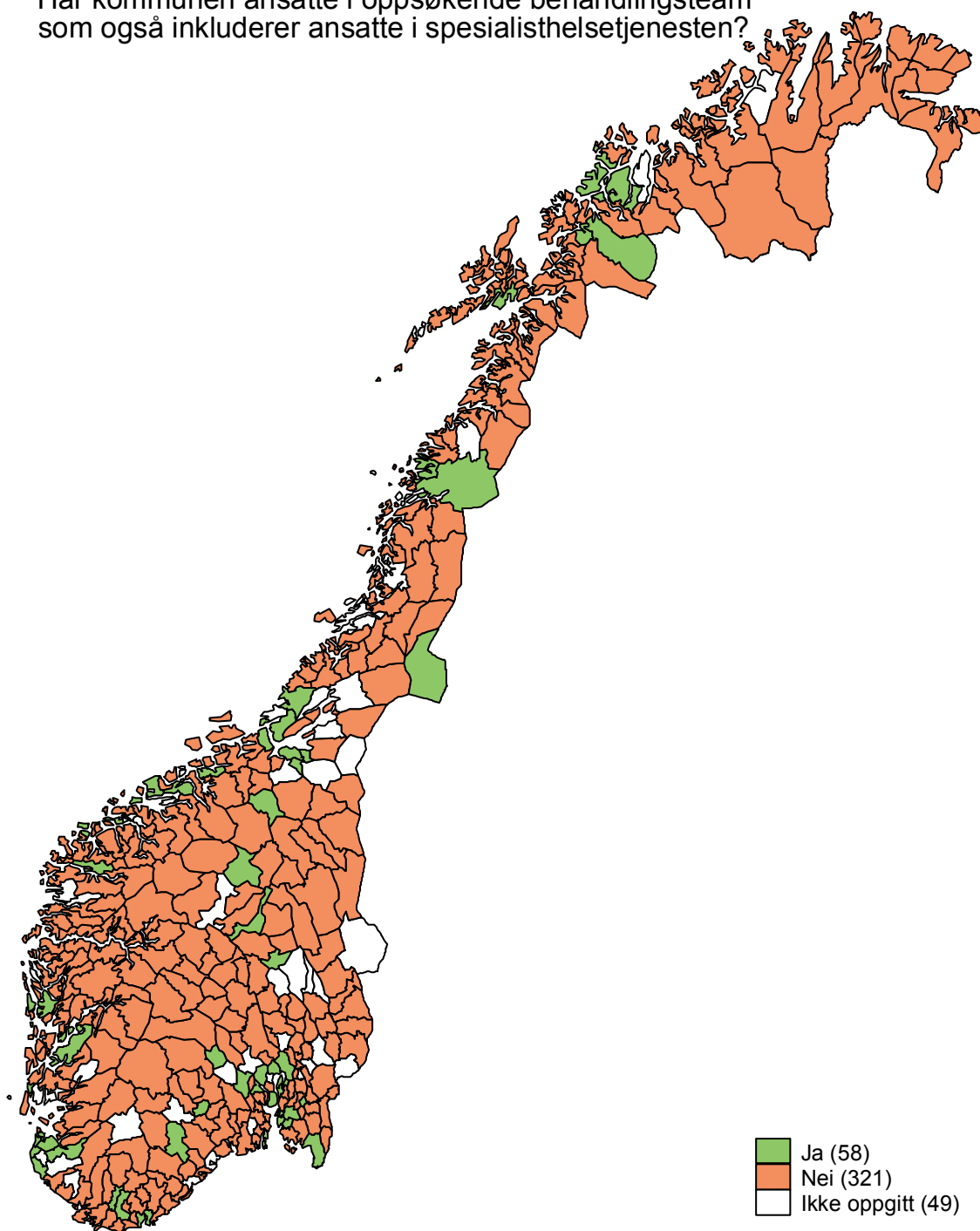
MÅLGRUPPE OG METODE

Det er mange som nevner ACT team, men det er også andre modeller som er i bruk. Én kommune oppgir at de betaler en del av akutt-teamet eller av ambulante team. Noen få kommuner definerer målgruppen som "alle som har et behov". Det finnes også interkommunale ACT-team, men det er usikkert om tilbudet fortsatt eksisterer. Flere nevner BUP-team, men da at BUP kommer til kommunen og hjelper til med vanskelige saker, men det kan også være beredskapsteam fra spesialisthelsetjenesten. Noen har også ungdomsgruppen som målgruppe. Flere ser behov for oppsøkende team:

Vi har det ikke, men ønsker at vi i fremtiden i noen grad kan få i gang et samarbeide med ambulant team (som holder til ved døgnavdelingen på sykehuset) om felles pasienter. Ser vi gjør mye samme jobb og av og til gjøres tiltak i hver vår retning, som skaper gode grunner til å samarbeide enda tettere og bedre (Liten kommune i Øst)

Metoden det jobbes etter beskrives som både ACT, FACT, Case Management, Kognitiv terapi, Housing first, Recovery, Motiverende intervju, helhetlige pasientforløp, Endringsfokuset rådgivning etc. Men det er ulikt hvor presist metoden er beskrevet. Noen sier for eksempel bare "teambasert tilnærming". Egenutviklede modeller nevnes også, men ofte uten en nærmere beskrivelse. Det er vanskelig å si noe konkret ut i fra disse svarene, annet enn at det er flest som beskriver ACT og FACT som metoden de bruker.

Har kommunen ansatte i oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten?



Figur 7.2 Har kommunen ansatte i oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten?

PLANER OM Å OPPRETTE SLIKT TEAM

Av de som ikke allerede har opprettet et slikt team, er det 41 kommuner som svarer at de ønsker å opprette et slikt team. Det er mange som ønsker FACT team, men færre som nevner ACT.

Flere svarer at de ønsker å arbeide i team med spesialisthelsetjenesten fordi at det er en stor belastning å være alene med sakene. Andre vil videreutvikle et samarbeid som er i gang, både mot de tradisjonelle målgruppene med akutte kriser eller nye målgrupper. Flere nevner unge som faller ut av skole pga psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Flere ønsker å følge ACT-modellen med samme målgruppe. Uavklarte ansvarsforhold i TSB og PHV og ulik vilje til å arbeide "ute", kan bidra til at samarbeidet blir vanskelig:

Skulle gjerne få det til for dei sjukaste og dårlegaste psykisk sjuke og ofte rusa. Er avhengig å få med spesialisthelsetjenesten og få dei med ut med "gummistøvlene" på til brukarane der dei er. Vi får ikkje alltid brukarane som er sjuke/rusa med til spesialist og då er det betre at spesialistane reiser til brukarane. Det er vanskeleg å få til godt samarbeid med spesialisthelsetenesta, dei blir ikkje einige seg i mellom kva som er psykiatri og kva som er rus, og kven av dei som skal ta ansvaret.

Dette er samme målgruppe som ACT-team:

Vi er i dialog med spesialisthelsetjenesten og omkringliggende kommuner, uten at det foreligger noe konkret. Målgruppen blir brukere i hovedforløp 3 langvarige alvorlige psykiske lidelser og avhengighet.

DPS'et har søkt Helsedirektoratet om midler til å opprette i alt 9 prosjektstillinger for å opprette ambulante team på vegne av DPS'et, bydelene og kommunen. Målgruppen er oppfølging av personer med dobbeldiagnoser/rus- og psykiatri som har vanskeligheter med å følge opp behandling og avtaler såvel lokalt som regionalt

Men flere sier at de ikke ønsker at inklusjonskriteriet skal være diagnose, men heller funksjon:

Det er ønskelig å etablere et slikt tiltak, men det avhenger av økonomiske rammer, eventuelle tilskuddsmidler og prioriteringer. Målgruppen blir i så fall personer med behov for oppsøkende eller arenafleksible tjenester. Vi ønsker å etablere teamet med diagnoseuavhengig inklusjonskriterier, der funksjon er utslagsgivende for inntak. Hvilken aldersgruppe tiltaket bør rettes mot er ikke avklart.

Er i dialog med DPS for å etablere ambulerende team, ønsker en bredere målgruppe enn ACT-team. Romeriksprosjektet har gitt oss erfaringer på at det er funksjonsnivå som må være kriteriet, ikke diagnoser.

Men ikke alle nevner spesialisthelsetjenesten inn i teamet de ønsker seg:

Vi ønsker å utvikle et team i kommunen - et ambulerende team sammensatt av fagpersoner med spisskompetanse fra flere tjenester.

Eller med andre kommuner:

Så vidt startet samtaler med kommuner i regionen for å se på muligheten for et felles mobilt team. Sykehuset er positive til et samarbeid på dette. Tenker at regionens SLT-koordinator kan bidra i prosessen.

En kommune nevner også at kommunereformen gjør at avgjørelser ikke blir tatt:

Usikkert, da det ikke er tatt bestemmelse på hvordan kommunereformen blir

7.3 OPPSUMMERING

Mange kommuner har i flere år rapportert at det er behov for oppsøkende virksomhet på fagområdet for å nå personer som ellers ikke benytter tjenestene. I 2015 kartla vi hvor mange kommuner som hadde slike team bestående av enten kun kommunalt ansatte eller både ansatte fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

28 prosent av kommunene oppgir å ha oppsøkende team/utekontakter, og de store kommunene har det i større grad enn mindre kommuner. 15 prosent av kommunene har oppsøkende behandlingsteam som også inkluderer ansatte i spesialisthelsetjenesten. Dette er typisk ACT team og målgruppen er da alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk eller FACT-team der målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser (psykoser) med eller uten rusproblemer. Av de som ikke allerede har opprettet et slikt team, er det 41 kommuner som svarer at de ønsker å opprette et slikt team. Det er mange som svarer at de ønsker FACT, men færre som nevner ACT.

8 SAMARBEID

I 2014 utarbeidet SINTEF en rapport om samarbeid mellom fastlege-kommune-spesialisthelsetjenester om tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Konklusjonen fra dette arbeidet var som følger:

Vi finner at problemstillinger knyttet til samarbeidet stort sett er de samme alle steder, men at svarene på disse problemstillingene er ulike fordi områdene er ulike. Dette skaper stor variasjon og mangfold i hvordan samarbeidet etableres og driftes. Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidsparter, løpende dialog, fleksibilitet, et inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse – ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid.

Mye kan løses med bedre samhandling mellom kommune-fastlege-spesialist, men det er grenser for hva som kan oppnås. Mangel på årsverk og tilgjengelige boligressurser i kommunene gir begrensninger i tjenesteutviklingen og i driften. Bedre samhandling vil ikke dekke disse behovene (Tøndel & Ose, 2014).

I dette kapittelet ser vi på to former for samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid.

- Samarbeid mellom kommuner
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

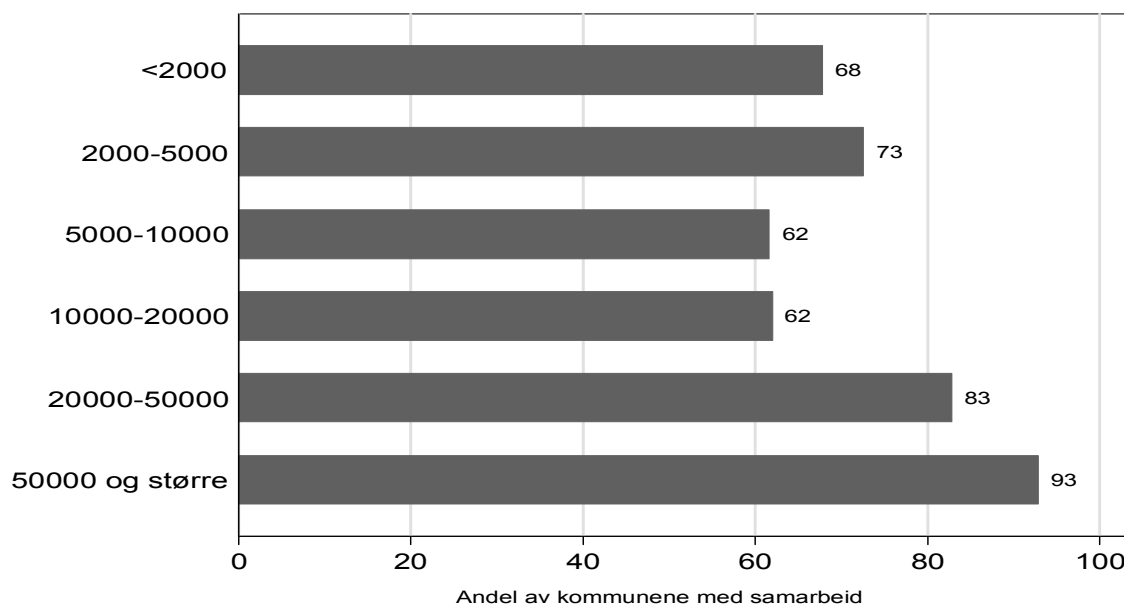
8.1 SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER

Totalt har 92 % av kommunene svart på dette. To av tre kommuner oppgir at de har samarbeid, mens 11 % oppgir at de planlegger samarbeid på dette området. 22 % av kommunene har ikke samarbeid og planlegger heller ikke å inngå samarbeid med andre kommuner.

Tabell 8.1 Har dere samarbeid med andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid?

	Antall	Andel
Ja	265	67
Planlegger det	45	11
Nei	85	22
Totalt	395	100
Ikke oppgitt	33	
Antall kommuner	428	

Vi ser videre på kommunene som oppgir at de har et samarbeid med andre kommuner i dag. Både små og store kommuner samarbeider med andre kommuner, se neste figur.



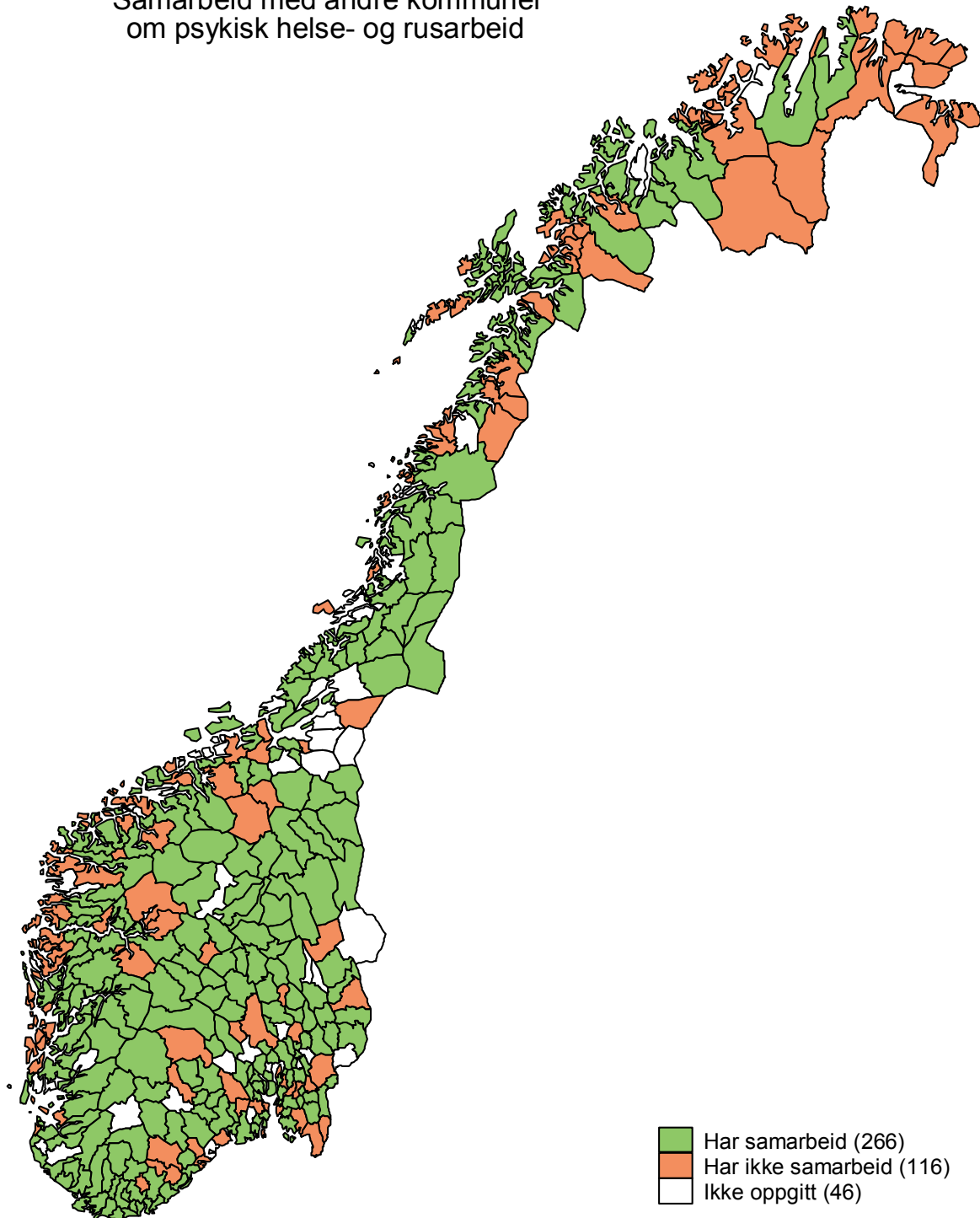
Figur 8.1 Andel kommuner som samarbeider med andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, kommunestørrelse.

SAMARBEIDSOMRÅDER

Det er spurt om hva det samarbeides om. Det er 282 kommuner og bydeler som har svart på dette. Svarene viser at mange samarbeid handler om erfaringsutveksling og diskusjon om faglige utfordringer og muligheter. Noen kommuner går sammen og arrangerer faglige kurs og oppdateringer, mens andre kommuner har utviklet handlingsplaner, prosedyrer og rutiner i fellesskap. En del av samarbeidene handler om spesialisthelsetjenesten. Dette kan være at DPS-ene gir felles veiledning til flere kommuner samtidig, eller at det er samarbeid rundt enkeltpasienter. Det samarbeides på mange ulike områder, eksempler er LAR, verdensdagen for psykisk helse, KID-kurs, ambulerende team, pårørendearbeid, pasientturer og SLT (Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet).

Flere kommuner planlegger samarbeid med andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette kan handle om oppretting av fagnettverk, erfaringsutvekslingsarenaer, botilbud for mennesker med alvorlig sykdom og om å ansette felles kommunepsykolog.

Samarbeid med andre kommuner om psykisk helse- og rusarbeid



Figur 8.2 Andel kommuner som samarbeider med andre kommuner innen psykisk helse- og rusarbeid, kart.

Figuren viser at det er minst samarbeid mellom kommuner i Finnmark og i Sogn og Fjordane, mens en stor andel av kommunene i Oppland og Vest-Agder og bydelene i Oslo i stor grad er involvert i samarbeid.

8.2 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

Vi har spurt "Har dere utfordringer knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten?" Totalt har 370 kommuner svart på dette, dvs. 86 % av kommunene. En del kommuner svarer "Nei" eller "Bra samarbeid", "Godt samarbeid", "Det fungerer bra", "Fungerer greit", men om lag 80 % av de som har svart, har en eller flere utfordringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

DE SYKESTE PASIENTENE

Det er de sykeste pasientene som får størst konsekvenser av dårlig samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten fordi det er disse som har størst behov for tjenester. Når kommunene blir stående alene om svært syke pasienter fordi spesialisthelsetjenesten anser dem som "behandlingsresistent", "ikke mottakelig for behandling" eller liknende, blir det krevende situasjon for kommunene som ikke har spesialistkompetansen:

Ja, i massevis. Spesialisthelsetjenesten i vårt DPS er i praksis nedlagt, og vi får minimalt med bistand fra dem. Samarbeidet med sentrale spesialisthelsetjenesten begrenser seg til tvangsinnleggelse av varighet 1-3 dager. Pasienter som er for vanskelige kan etter spesialisthelsetjenestens mening ikke nyttiggjøre seg deres tilbud. Ansvaret for siste kategori pasienter er i sin helhet overført kommunene. (Liten kommune i Nord)

De vanskeligste/dårligste pasientene. Uttrykk som behandlingsresistent eller at de ikke profiterer på behandlingen blir fortsatt brukt. De kan definere alvorlige symptomer (slik k. oppfatter det) som sosiale problemer. I en del saker opplever kommunen at våre observasjoner ikke blir hørt eller tatt med i deres vurdering- på tross av at vi har hatt oppfølging over flere år. Pasienter skrives ut fra VOPP til kommunen uten at de har tanker om hvilken oppfølging pasienten trenger eller kommunen har mulighet til å gi. Det oppleves som at de sikrer seg ved at kommunen overtar ansvaret. Utskrivningsvegving i alle ledd? Altså at man ikke avslutter pasienten uten at man har overført ansvaret nedover i nivåene fordi man ikke tør å ta ansvar for å skrive ut pasienten i noen sammenhenger. De samme problemene som beskrevet over er gjeldene også overfor barn og unge i samarbeid med BUPP. (Stor kommune i Øst)

Flere kommenterer sier at situasjonen i dag er et resultat av ønsket politikk uten ressursoverføring til kommunene:

Generelle utfordringer er Samhandlingsreformens idealer og intensjoner om kortere liggetid/behandlingstid på institusjoner. Kommunene får stadig sykere brukere og mere krevende omsorgsoppgaver som følge av at spesialisthelsetjenesten har iverksatt prinsippene, uten at det har fulgt med/overført ressurser til kommunen. Dette bildet synes ikke klart for alle aktører i Sykehuset. Økt forventninger til å ha "etablerte tilbud" på plass når personer er utskrivningsklare, også for de som skrives ut fra langtidsplasser og sikkerhetsposter innenfor psykisk helse. (Stor kommune i Øst)

Generelt er spesialisthelsetjenesten lengre unna/mer distansert enn tidligere. Selv alvorlige syke pasienter blir skrevet ut meget raskt, og kommunen må håndtere det meste av oppfølgingen selv. Det er også en utfordring for kommunen å skaffe tilveie tilstrekkelig gode plasser for alvorlig syke pasienter med sammensatte lidelser/ikke utredet i forhold til diagnose og behov.

Dette er en gruppe som tidligere ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten, men som nå må håndteres i kommunen. (Stor kommune i Sør)

Mennesker med alvorlig sykdom har ofte store hjelpebehov, og uten økte ressurser går dette ut over tilbudet til andre målgrupper:

De alvorligst syke er en stor utfordring for kommunen, spesielt der vi mangler døgnbaserte tjenester. Stort press og forventninger fra spes.helsetjenesten om å overta oppfølgingsbehov som tidligere lå i DPS-systemet. Dette er ikke finansiert i kommunen, og helt nødvendige basaltjenester til de alvorligst syke er gjennomført ved å redusere og avvikle tilbudet innen forebyggende arbeid og til de med lettere lidelser. (Mellomstor kommune i Vest)

De uten tvangsvedtak nevnes også av noen kommuner, men også at kommunene ikke har anledning til å bruke tvangsregelverket:

De sykeste pasientene uten tvangsvedtak har vi utfordringer i forhold til å komme i posisjon til å gi hjelp (Stor kommune i Nord)

Utfordrende samhandling i tvangssaker i paragraf 10.2. (Mellomstor kommune i Vest)

En del kommuner har fortsatt behov for bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt ROP-pasienter:

Den generelle utviklingen med stadig meir spesialisering av tilbud fører til auka utfordringer på samhandling. Kommunen ønsker eit sterkere/ tettare samarbeid, spesielt inn mot dei som mottar ambulante tenester. God samhandling rundt brukarar med ROP -lidingar peikar seg også ut som eit spesielt utfordringsområde. Kommunen opplever at spesialisthelsetenesta sjølv kan ha problem med den interne samhandlingen som fører til dårleg koordinering med dei kommunale tenestene. Vi stiller også spørsmål ved om den samla ressursbruken blir effektiv nok ved måten vi organiserer tenestene på. Systemene jobber altfor mykje parallelt utan at ein ser ressursane under eitt. (Mellomstor kommune i Midt)

ROP pasienter blir fremdeles en kasteball mellom rus og psykiatri i spes helsetjenesten. (Mellomstor kommune i Sør)

I forhold til vanskelige saker innen ROP-forløp. Også ved alvorlige psykiske lidelser kan det være utfordringer i samhandlingen og fordeling av rolle, funksjon mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. (Stor kommune i Vest)

Flere steder erfarer altså kommunene at når det er utfordringer både med psykisk helse og rus, er spesialisthelsetjenesten svakt koordinert. Dette erfares selv om det har kommet tydelige nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

Men generelt er inntrykket at færre kommuner enn tidligere setter denne gruppen øverst på listen over utfordringer når de beskriver samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Generelt handler det nå heller om alvorlig syke mennesker som skrives ut til et foreløpig mangelfullt kommunalt tilbud. De nasjonale retningslinjene rundt ROP-pasienter som kom i 2012, kan derfor ha redusert utfordringene rundt denne gruppen i en del kommuner. Retningslinjene er tydelige:

- Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

Dårlig samarbeid rundt denne pasientgruppen kan derfor skyldes at ikke retningslinjene følges. Den ene kommunen bekrefter delvis dette:

Ja. Har saker der avd for rus og psykiatri ikkje blir einige om ansvar og behandlingsforløp. Pasient blir ikkje ivaretatt og kommunen sit att med inntrykk at det handler om økonomi. Kan nokon definere og hindre uklare grenser mellom rusfeltet og psykisk helse? Opplever varierende interesse, kompetanse og satsning på rusbehandling i DPS. Opplever varierende kompetanse på voldsproblematikk og voldsrisikovurderinger i DPS Det er uklart om ansvar og samhandling for målgruppa på grunn av dårleg kjennskap til RoP-retningslinene Det er utfordringar ved innleggjelser og utskrivning fra sykehuset (Liten kommune i Sør)

FOR HØY TERSKEL TIL Å TA I MOT I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Mange kommuner opplever at spesialisthelsetjenesten har alt for høy terskel til å ta i mot pasienter, selv om kommunene vurderer de som svært syke:

Ja når brukarar er så krevjande at dei kan kallast uhandterbare med 2:1 bemanning, og tilsette er redde grunna utageringar etc. når pas. er farlege både for seg sjølv og andre (tilsette/medbeuarar) og spesialisthelsetenesta ikkje vil ta imot (Liten kommune i Vest)

Terskelen kan oppleves for høy ifht å få tilbud fra spesialisthelsetjenesten, avgrensede ifht diagnoser. Utfordringer i samarbeidet rundt brukere med sammensatte lidelser, eks. rus/psyk og utviklingshemming/rus. (Bydel Oslo)

Ja, fordi det nå er forventet at kommunen skal ha et tilbud til alle, uansett hvor syke de er. Nesten/ helt umulig å få pasienter innlagt, da spesielt på DPS. (Mellomstor kommune i Nord)

FOR LAV TERSKEL FOR AVSLUTNING AV BEHANDLING

Samtidig som terskelen for behandling i spesialisthelsetjenesten blir høyere, erfarer mange kommuner at terskelen for avslutning av behandlingen er for lav:

Dersom pasientene ikke møter opp til avtale (som er et symptom), kan de i mange tilfeller avsluttes for raskt. (Mellomstor kommune i Øst)

Ja, det er for dårlig kapasitet og faglig uenighet om enkeltbrukeres behandlingsbehov. Det er alt for mange tilbud som avsluttes når bruker har en "sprekk". Ønskelig med veiledning i enkelte enheter, og mer helhetlig tenking omkring tjenestene som gis i ulike deler av tjenestene (kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten) (Bydel Oslo)

Mangel på helhetlig tenkning rundt det totale tilbudet, nevnes av flere. Det er et stort problem når nedbyggingstakten i spesialisthelsetjenesten er sterkere enn oppbyggingstakten i kommunene:

Det er store utfordringer knyttet til at flere oppgaver blir lagt på kommunen. Det oppleves at det er diktering fra spesialisthelsetjenesten i fht. hvilke oppgaver kommunen skal gjøre. Etter samhandlingsreformen oppleves avstanden større, med mindre samarbeid - det er fler som ikke nyttiggjør seg behandling - som kommunen får alt ansvar for, selv om de er for syke til at kommunen kan ta ansvaret alene (Mellomstor kommune i Øst)

MANGEL PÅ VEILEDNING, FOR LITE I KOMMUNENE

Mange kommuner opplever at de ikke får, eller får for lite, veiledning fra spesialisthelsetjenesten:

Vi har ikke fått veiledning de siste 6 mnd. - Psykiater/psykolog klarer ikke å være månedlig her, de er kanskje 6 ganger pr år. (Liten kommune i Nord)

Ja, vanskelig å få dem med på samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter. Vi har også bedt om veiledning, ikke fått svar på søknaden. Vi har også bedt om at DPS kommer ut i kommunen fordi pasientene har problemer med skyss. Det skulle ha blitt opprettet ambulanseteam i SMP, men det er ikke kommet i gang. (Mellomstor kommune i Øst)

Opplever å ikke alltid bli hørt, og at pasienten ikke får det tilbudet om behandling som me ser han hadde hatt bruk for. Kommunen treng mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten enn dei har mulighet til å gje oss. (Liten kommune i Vest)

En del kommuner har lang avstand til spesialisthelsetjenestene:

Det er en utfordring med avstanden til fastlandet, vanskelig å foreta veiledning og rådgivning pr. tlf og opplever at vi ikke blir prioritert. (Liten kommune i Vest)

Lang avstand. Har mer behov for veiledning i kommunen enn det som mottas. (Mellomstor kommune i Midt)

Kommunene har ofte ønske om at personell fra spesialisthelsetjenesten kommer til kommunene i mye større grad enn i dag, at de i større grad må ta på seg "uteskoa":

Godt samarbeid generelt sett, men savner at de ikke har "uteskoa" på i større grad. Vi erfarer at brukere som har utfordringer med å møte til timer ikke klarer å nyttiggjøre seg av behandling fra spesialisthelsetjenesten. (Stor kommune i Sør)

Ønske om at de kunne være mer fleksibel i å reise ut til kommunen (Liten kommune i Øst)

Mer arbeid i team og felles innsats mot den sykeste delen av målgruppen fremheves av flere kommuner:

Her kunne samarbeidet vært bedre. Skal man oppnå helhetlig tilbud for denne målgruppen må spesialistene arbeide mer lokalt basert i framtiden etter FACT modell. Bydelen er inne i en prosjektperiode hvor det skal etableres et fleksibelt oppsøkende team (FOT), hvor kriteriet for suksess krever omfattende samarbeid med og deltagelse fra spesialisthelsetjenesten. Behovet for veiledning/undervisning blir ikke dekket. (Bydel Oslo)

STADIG NEDBYGGING GIR LAV KAPASITET

Det er opplagt at en stadig nedbygging av døgntjenestene i psykisk helsevern, se kapittel 1, får konsekvenser i kommunene. Det er heller ikke slik at kommunene nødvendigvis er med å beslutte dette:

Det er laget en egen samarbeidsavtale mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er opprettet egne samarbeidsarenaer på systemnivå. Her skal det drøftes store endringer i behandlingsskjeden før kommunene får uttale seg. Vi ser at dette ofte ikke skjer og at tilbud blir nedlagt da spesielt sengeplasser uten at kommunene har innvirkning eller blir tatt med på råd.(voksne) Dette skjer også i noen grad for barn og unge. (Mellomstor kommune i Øst)

Det kan også være at tilbud legges ned ved sykehus uten at tilsvarende tilbud etableres i DPS:

Nedbyggingen av kapasitet i spesialisthelsetjenesten skjer fortere enn DPS klarer å bygge opp. F. eks. er Traumeavdelingen ved Nordlandssykehuset nedlagt. DPS - Rana har ikke tilbud til denne pas. gruppa. Kommunen får større trykk (Stor kommune i Nord)

Dersom spesialisthelsetjenesten forventer at kommunene skal bygge ut tjenester og kommunene forventer at DPS-ene skal gi tilbud, er dette for dårlig kommunisert fra helsemyndighetene.

Situasjonen etter at døgnplasser er lagt ned hører vi lite om ellers, men i noen av svarene kan vi tolke det som at det ikke er etablert et alternativt tilbud:

Faller mellom to ulike dps-er da kommunens tilknytning til en dps ikke er avklart etter at dps i kommunen ble nedlagt. Tilfeldigheter hvor pasientene henvises når de trenger hjelp på dps-nivå. Savner også bedre informasjon fra akuttavdelinger ved innleggelser og utskrivinger derfra. Vi får ofte ikke beskjed før utskriving skjer (gjelder delvis også dps.) (Liten kommune i Midt)

Mangel på veiledning kan trolig delvis begrunnes med lav kapasitet i tjenestene. I alle fall i følge noen kommuner:

Har utfordringer knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Gjelder bl a kapasitet på tjenester og samhandling/dialog omkring progresjon/innhold i behandlingen (Mellomstor kommune i Midt)

Fleire nevner også turn-over og lav kapasitet i spesialisthelsetjenesten som problematisk:

Ja, både DPS, SMP og BUPP Liten bemanning og liten kapasitet, sykmeldinger, skiftet ut 50% ansatte. (Stor kommune i Øst)

Ja, det er for dårlig kapasitet og faglig uenighet om enkeltbrukeres behandlingsbehov. Det er alt for mange tilbud som avslutter når bruker har en "sprekk". Ønskelig med veiledning i enkelte enheter, og mer helhetlig tenking omkring tjenestene som gis i ulike deler av tjenestene (kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten). (Bydel)

Utfordringer mest knyttet til spesialisttjenesten for voksne. Geografisk avstand; "har ikke kapasitet til å komme ut i kommunene". AAT dekker ikke kommunene i vest, dvs opptaksområde Lindesnesregionen. (Liten kommune i Sør)

Flere kommuner gir grundige svar som gir et godt bilde av de erfarte utfordringene:

1. Det er utfordringer knyttet til en del brukere med ustabile personlighetsforstyrrelser med eller uten selvskadning. Disse har enten et tradisjonelt poliklinisk behandlingstilbud som ofte ikke følges opp eller ingen behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. 2. For en del sikkerhetspasienter er det ikke noe tilbud om en gradvis tilvenning til friheten i samfunnet/de kommunale tjenestene. 3. ROP pasienter med omfattende rusbruk blir mangelfulle utredet og behandlet for sine psykiske lidelser, og får mangelfulle tjenester. 4. Uklart grensesnitt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten ift. til behov for oppfølging og behandling av sammensatte og koordinerte tjenester. 5. Egnede botilbud til unge/voksne nysyke med alvorlig psykoseproblematikk. (Stor kommune i Vest)

Flere opplever at akutt-team fungerer for dårlig:

Akutt-team ved DPS fungerer dårlig i praksis (Liten kommune i Sør)

Ja, det er vanskelig å få akutt-team til å reise ut i kommunene dersom behovet oppstår. (Liten kommune i Sør)

Mykje å hente på bedre samhandling mellom døgnpost DPS og akuttambulante tenester (Mellomstor kommune i Midt)

Som vi har vært inne på tidligere i kapittelet, er det flere som opplever problemer knyttet til avstand til spesialisthelsetjenesten. En av kommunene beskriver hvor langt det faktisk er:

Ja. Avstanden til spesialisthelsetjenesten er lang, 22 mil. Men der er månedlige møter i kommunen. Tidligere har det også vært faste hospiteringer hos spesialisthelsetjenesten, og dette har vært bra. DPS Lakselv 22 mil. Karasjok SANKS 30 mil. Åsgård Tromsø (Akuttinnlegging) 100 mil (Liten kommune i Nord)

Det er mulig at finansieringsordningene og tilskuddsordningene i større grad bør ta hensyn til avstand til spesialiserte tilbud.

Flere kommuner opplever at samhandlingsreformen først og fremst handler om somatisk sykdom og at de gode pasientforløpene ikke er etablert for målgruppen innen psykisk helse og rusarbeid:

Det har ikke vært like mye oppmerksomhet rundt denne gruppen i samhandlingsreformen til nå. Det er ikke etablert gode nok pasientforløp. Konsekvensen har vært flere utfordringer tilknyttet før/under/etter innleggelse. Utfordring med å kunne planlegge en god nok overgang fra spesialisthelsetjenesten (institusjon) og til kommune. Dette gjelder spesielt ROP som er i drift mellom ulike deler av hjelpeapparatet. Det er særskilt utfordring rundt korttidsplassering, som har økt etter en villet politikk. Korttidsplassering i institusjon og fengsel gjør det krevende for kommunal oppfølging (Stor kommune i Øst).

En annen kommune sier at ulike paradigmer på ulike nivå kan skape utfordringer:

Det kan være en utfordring at man arbeider ut fra to ulike paradigmer. Den medisinske modell i spesialisthelsetjenesten og den kontekstuelle modell i kommunen. (Stor kommune i Øst)

Mens spesialisthelsetjenesten har store forventninger til hva kommunene bør bygge opp av tjenester, kan kommunene ha forventninger til en sterkere spesialisttjeneste:

Føler ein distanse mellom 1. og 2. linjetenesta. Lang ventetid frå henvising til oppstart av tiltak. Uklare rolleforventningar. Vi i kommunen har ei forventning om ei sterkare spesialistteneste. (Liten kommune i Midt)

Som flere er inne på, er forventningene på systemnivå for dårlig definert. Det er for eksempel ikke sagt noe om hva som er minimumskapasitet i spesialisthelsetjenesten. Ut i fra svarene til kommunene ser dette nivået ut til å være nådd flere steder. Andre steder ser det ut til at strukturendringene går i et riktigere tempo og at samarbeidet i stor grad fungerer greit.

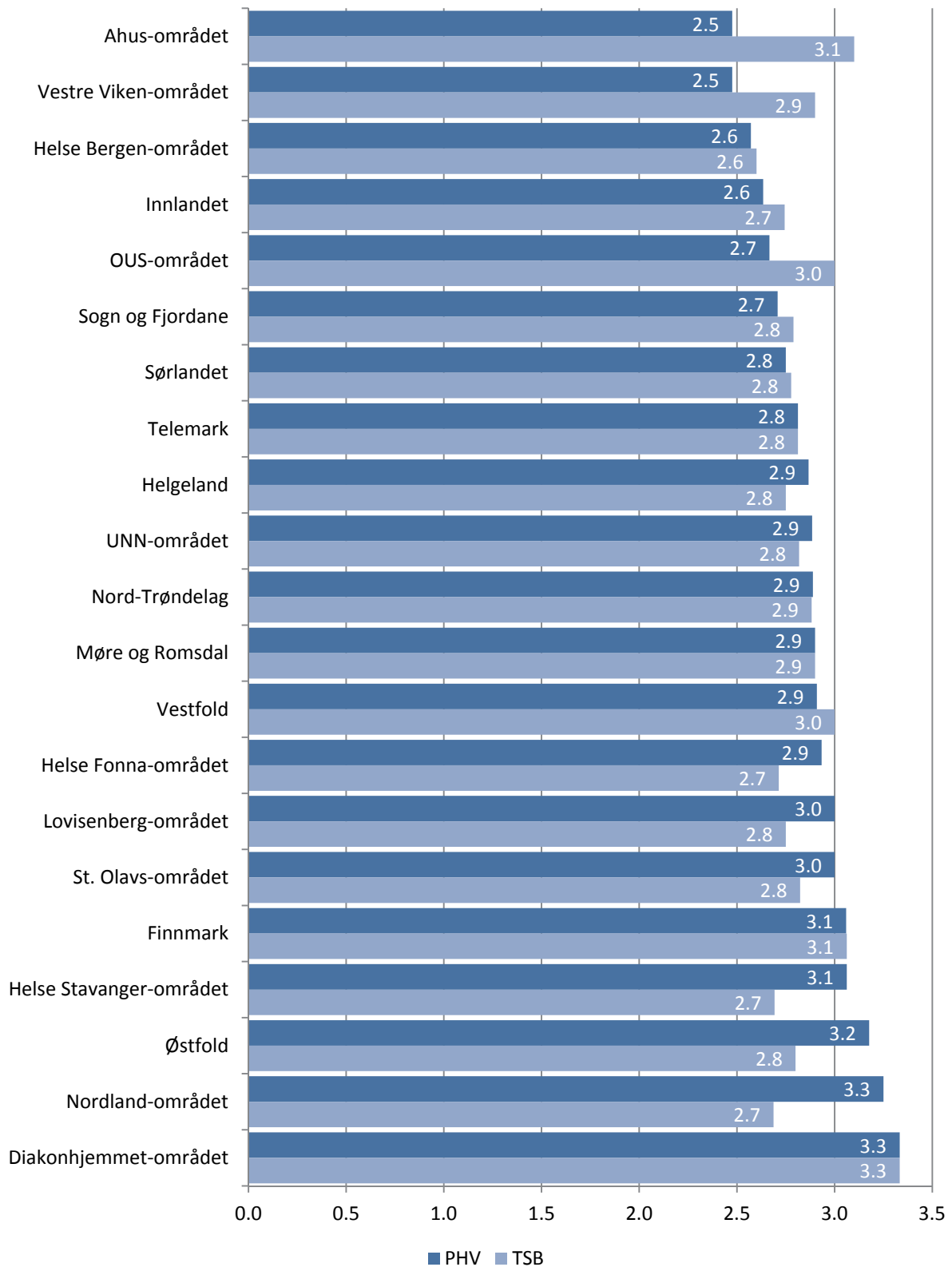
8.3 ENDRINGER I SAMARBEIDET SISTE ÅR

55 % av kommunene opplever at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern det siste året og 37 % av alle kommunene erfarer at det har vært en bedring, mens 18 % erfarer at det har blitt dårligere.

Tabell 8.2 Opplever dere at det har vært endringer i samarbeidet med psykisk helsevern spesialisthelsetjenester de siste 12 månedene?

	Antall	Andel
Ja, mye bedre	13	3
Ja, bedre	132	34
Nei, ingen endring	177	45
Ja, dårligere	64	16
Ja, mye dårligere	8	2
Totalt	394	100
Ikke oppgitt	34	
Antall kommuner	428	

I neste figur har vi gruppert kommunene etter helseforetaksområde innen psykisk helse og rus. Jo høyere tall, jo svakere bedring i samarbeidet. Ahus-området har flest kommuner som opplever bedring innen psykisk helse, mens kommunene i Helse Bergen-området har flest forbedringer i samarbeidet med TSB.

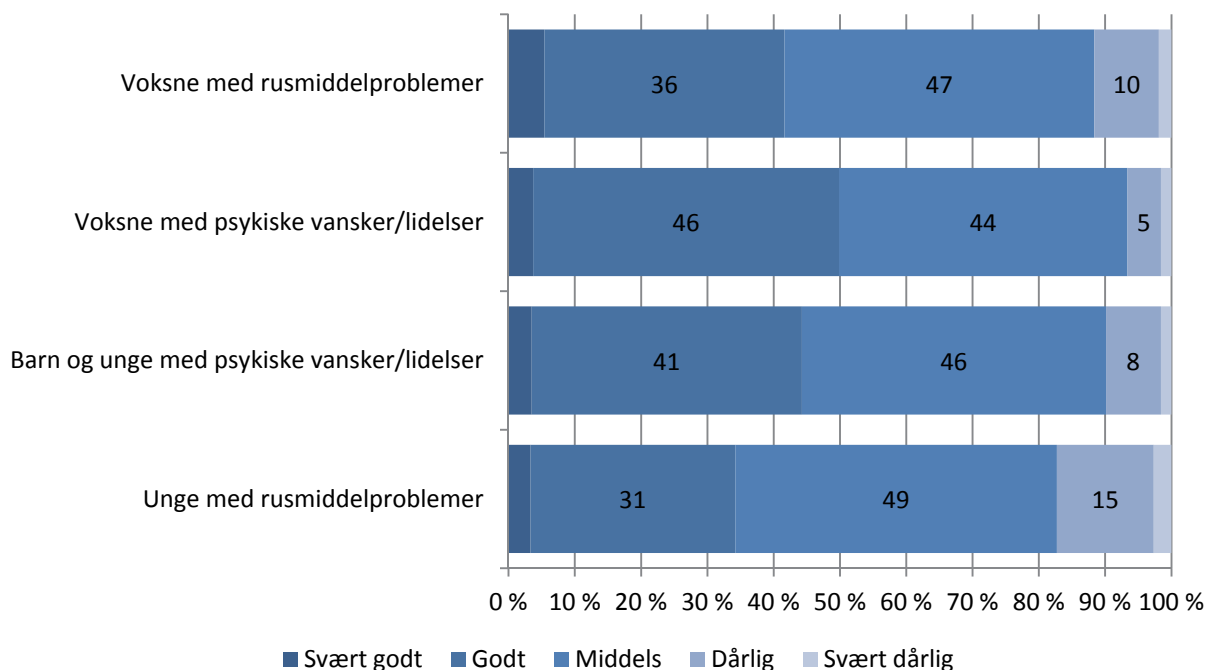


Figur 8.3 Utvikling i samarbeidet med psykisk helsevern (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (1=Mye bedre, 5=Mye dårligere) (uveid gjennomsnitt).

8.4 ERFARINGER MED SAMARBEIDSAVTALER

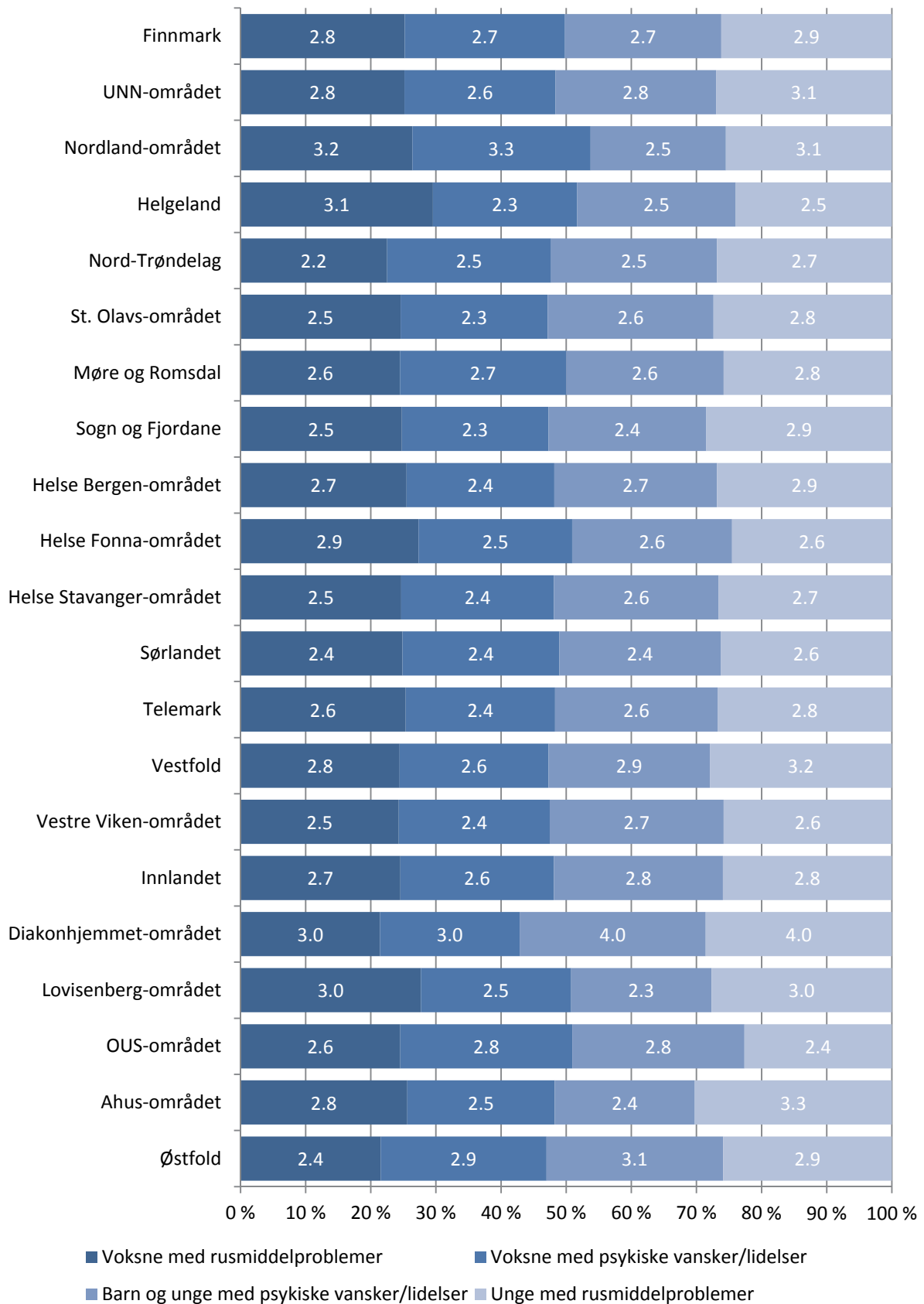
Vi har spurt: "Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene?"

Figuren under viser at det ikke er svært store forskjeller på hvordan kommunene vurderer at samarbeidsavtalene fungerer etter de ulike målgruppene, men det er noen færre som mener at de fungerer godt for personer med rusmiddelproblemer enn for personer med psykiske vansker/lidelser, og færre som mener avtalene fungerer godt for barn og unge enn for voksne.



Figur 8.4 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene. Andel kommuner etter svar.

Figuren på neste side viser svarene fordelt på helseforetaksområde.



Figur 8.5 Hvordan erfarer dere at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket fungerer for de ulike målgruppene. 1=" Svært godt", 5="Svært dårlig". Uveid gjennomsnitt.

8.5 LIKEVERDIG PART

Vi har også spurt "Hva skal til for at kommunene skal være en likeverdig part i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten?". En gjennomgang av de 265 svarene, viser at det handler om:

- Respekt for hverandres arbeid
- Anerkjennelse for det som gjøres i kommunene
- Forståelse for hverandres arbeidsområde
- God, jevnlig og effektiv dialog/kommunikasjon
- At innholdet i Samarbeidsavtalene er kjent for begge parter
- At Samarbeidsavtalene følges opp av begge
- Holdningsendring i spesialisthelsetjenesten
- Diskusjon/deling erfaringer om arbeidsmetoder
- Kommunene må involveres i diskusjoner om endringer i spesialisttilbudet

Vi har i tidligere prosjekt undersøkt hvordan psykisk helsevern og TSB opplever samarbeid med kommunene. Da fant vi at fra spesialisthelsetjenesten sin side oppleves at samarbeidet fungerer greit i de fleste tilfeller rundt enkeltpasienter, men at det er spesielle utfordringer i boligspørsmål. Spesialisthelsetjenesten kan mene det er behov for en bolig med døgnbemanning for mange av pasientene, og kommunene sliter med å bygge ut dette. Det kan også være uenighet om hvilket tilbud pasienten faktisk trenger. Prosessen med avklaring av boligspørsmål oppleves å ta lang tid og oppleves som en byråkratisk prosess for mange behandlere i spesialisthelsetjenesten. Kapasiteten vurderes å være alt for lav, men også at bemanningen i eksisterende boliger ikke er god nok. Bedre kommuneøkonomi og gode og forpliktende ansvarsgrupper ser ut til å være de viktigste forslagene fra spesialisthelsetjenesten til hvordan samarbeidet mellom nivåene skal bedres. Om boligspørsmålene løses og avklares raskere, vil dette sannsynligvis bedre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten rundt pasienter med psykiske lidelser og eller ruslidelser.

8.6 OPPSUMMERING

To av tre kommuner oppgir at de har samarbeid med andre kommuner innen psykisk helse og/eller rusarbeid, mens 11 prosent oppgir at de planlegger samarbeid på dette området. 22 prosent av kommunen har ikke samarbeid med andre kommuner og har heller ikke planer om å etablere samarbeid med andre kommuner.

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

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

9 KJØP FRA PRIVATE OG SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

Regjeringen har ved ulike anledninger signalisert at de ønsker mer bruk av private innen psykisk helse og rusarbeid og økt bruk av frivillig sektor. I dette kapittelet ser vi derfor på kommunenes svar på følgende spørsmål:

- Kjøper kommunene tjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvilke tjenester er dette?
- Har det vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året?
 - Om ja, hva består endringen av?
- Har dere etablert samarbeid med frivillig sektor innen psykisk helse- og rusarbeid?
 - Hvis ja, hvilket samarbeid er etablert?
 - Hvis nei, planlegger dere å etablere et slikt samarbeid?
- Ser dere et uutnyttet potensial for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?

Vi har vært tydelige på å definere de ulike begrepene for å unngå sammenblandinger av helt ulike aktører:

Med **private ideelle aktører** menes aktører med mål om å gå i økonomisk balanse (for eksempel stiftelser).

Med **private kommersielle aktører** menes aktører som har profitt som formål.

Med **frivillig sektor** menes tjenester og tiltak utført av frivillig og ulønnet arbeidskraft

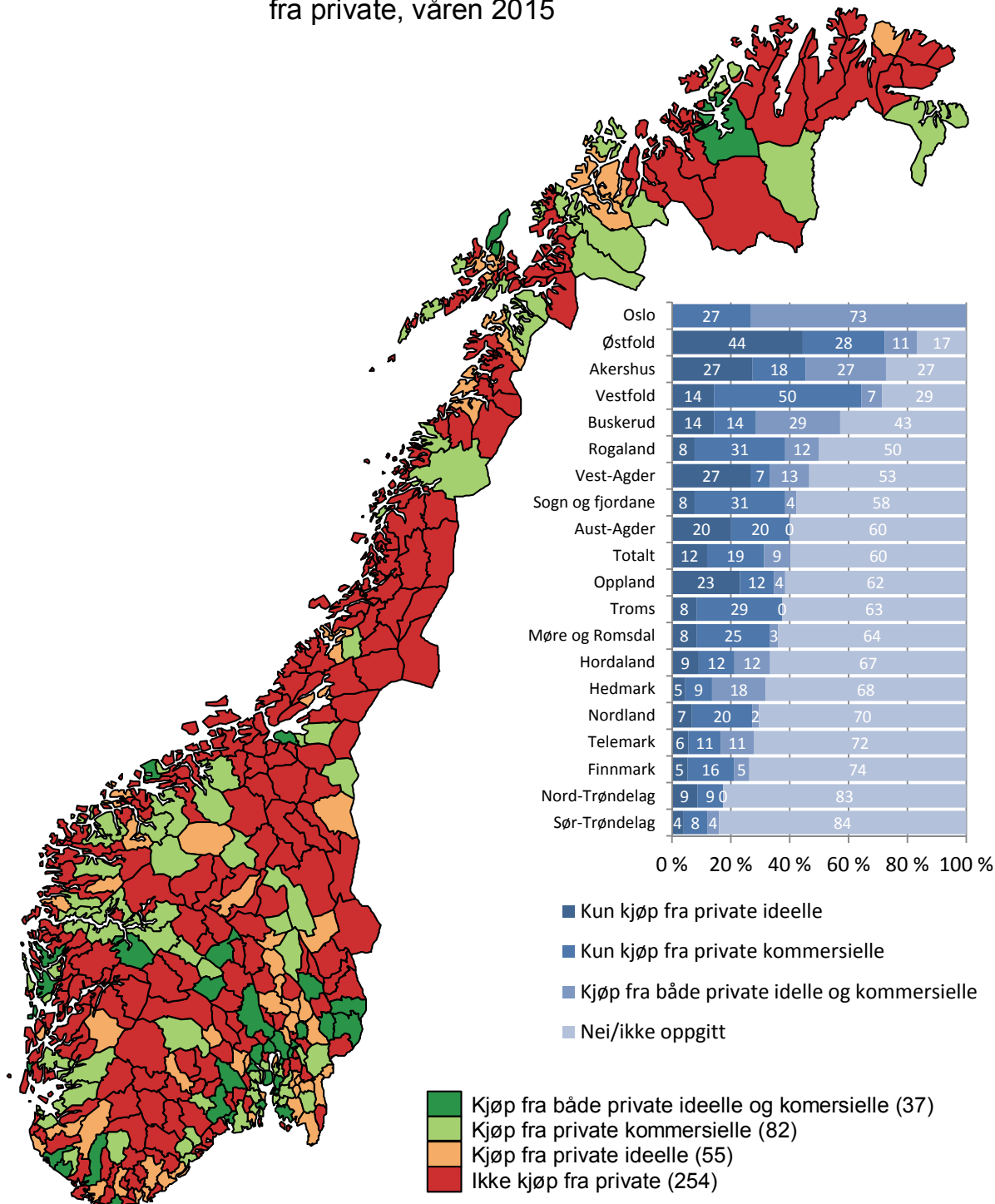
9.1 KJØP FRA PRIVATE

60 % av kommunene har ikke oppgitt at de kjøper noen tjenester innen psykisk helse og rus fra private aktører (Nei/ikke oppgitt). 19 % kjøper fra private kommersielle, mens 12 % kjøper fra private ideelle. 9 % av kommunene kjøper både fra private og kommersielle. Kartet på neste side viser geografisk fordeling. Det er 11 bydeler i Oslo som oppgir at de kjøper tjenester både fra private ideelle og fra private kommersielle aktører.

Tabell 9.1 Kjøper kommunene tjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?

	Antall	Andel
Kun kjøp fra private ideelle	53	12
Kun kjøp fra private kommersielle	82	19
Kjøp fra både private ideelle og kommersielle	37	9
Nei/ikke oppgitt	256	60
Antall kommuner	428	100

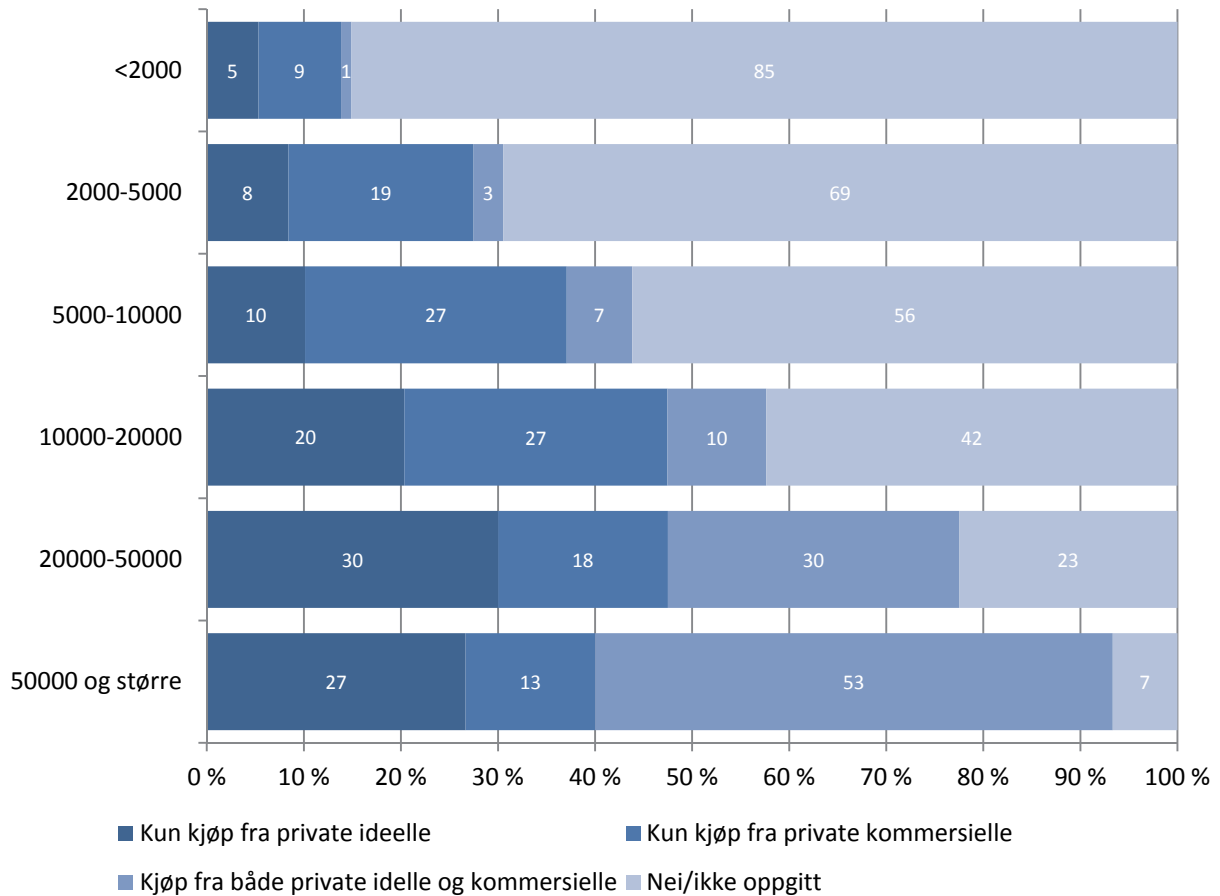
Kjøp av tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid fra private, våren 2015



Figur 9.1 Kjøper kommunene tjenester fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid?

Den laveste andel av kommunene som oppgir å ha kjøpt tjenester fra private er i Trøndelag, mens høyest andel er i Oslo, Østfold, Akershus og i Vestfold.

Det er betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, se figur under.



Figur 9.2 Kjøpe fra private aktører innen psykisk helse- og rusarbeid, andel kommuner. Uvektet.

Vi har videre forsøkt å kartlegge hva som kjøpes fra private og hva som kjøpes fra kommersielle aktører. Følgende tabell fremkommer fra de totalt 164 svarene:

Kjøp fra private ideelle	Kjøp fra private kommersielle
<ul style="list-style-type: none"> • Bo og omsorgstilbud (eks Blå Kors, Evangeliesenteret) • Avrusning og rehabilitering • Arbeidstiltak 	<ul style="list-style-type: none"> • Heldøgns omsorgstilbud ved private rusinstitusjoner • Individuelle helsetjenester • Heldøgns omsorgstjenester til spesielt ressurskrevende pasienter • Grønn omsorg, Inn på tunet • Ulike veiledningstjenester • Varig tilrettelagt arbeidstiltak • Barnevernstiltak • Avlastningstiltak • Støttekontakt

18 % av kommunene oppgir at det har vært endringer i kommunens kjøp av tjenester fra private i psykisk helse- og rusarbeid det siste året, men det er ut i fra svarene vanskelig å si om det generelt har vært en økning eller en reduksjon.

Mange kommuner sier de forsøker å tilby tjenestene selv, men at de i enkelte tilfeller mangler kapasitet, kompetanse og riktige tilbud til enkeltpersoner. Kjøp fra private innen dette feltet ser dermed ut til å handle om enkeltbrukere heller enn store grupper av brukere.

Her er noen av svarene fra kommunene som sier at de kjøper mer fra private:

Det er en generell økning på begge fagområdene. Kommunen opplever at fler nye saker er kompliserte og sammensatte. Det krever ny og økt kompetanse og i mange tilfeller tilgang på akutte plasser. (Stor kommune i Sør).

Det er økt bruk av kjøp av private plasser fordi kommunen ikke har fått midler eller økt kompetanse til å opprette egne tilbud til målgruppa. Vi ser at denne økningen kommer til å fortsette fremover. (Bydel Oslo).

Ja, bydelen må nå ha anbudsrunder i å anskaffe botjenester for målgruppen. Dette er en svært ressurskrevende prosess og tar mye tid. I mangel av nok omsorgsboliger må bydelen anskaffe private tjenester. Det er i tillegg kostnadskrevende for bydelen. (Bydel Oslo).

Etter endringer i TSB om kortare behandlingstid, har dette blitt nødvendig for å dekke enkelte sitt behov og behandling. Ei annen årsak er utilstrekkelig ettervern i kommunen (Mellomstor kommune i Vest).

Har blitt mer omfattende og langvarig. (Liten kommune i Sør).

Vi har fått personer som ikke er ferdig utredet ved spesialisthelsetjenesten, men samtidig er i behov for svært omfattende helsehjelp. Da behovet oppsto måtte tiltak etableres raskt. Kommunen hadde ikke nødvendig kompetanse eller personell tilgjengelig. Derfor kjøp av tjenester. (Mellomstor kommune i Nord).

Økt behov i forhold til heldøgns omsorg, psykiatri. (Mellomstor kommune i Midt).

Mens kommuner som kjøper mindre enn tidligere har gjort noe med eget tjenestetilbud:

Redusert fordi vi håndterer de fleste sakene i egne omsorgsboliger (Stor kommune i Øst).

Vi har redusert noe kjøp på rus fordi kommunen har bygd opp egne tilbud (Bydel Oslo).

Bydelen forsøker å etablere flere egne tilbud. (Bydel Oslo).

Det har blitt mer fokus på at det offentlige hjelpeapparatet skal brukes først. (Liten kommune i Sør).

Kjøper mindre enn tidligere fordi vi i større omfang gir egne (kommunale) forsvarlige tjenestetilbud. Dette gjelder barn og i enda større grad voksne. (Stor kommune i Vest).

Mindre bruk. Ansatt ruskonsulent i kommunen. Fått tettere samarbeid med DPS og mer kommunale ressurser (Liten kommune i Øst).

Reduksjon i kjøp av tjenester og planlagt med videre reduksjon framover. Kommunen kan redusere kostnader ved å tilby tjenester i egen kommune. Planlagt iverksatt bolig med heldøgns omsorg høsten 2016. (Mellomstor kommune i Sør).

Men det er også kommuner som svarer at bruken av private er redusert av andre årsaker:

Innstramming på grunn av økonomi (Stor kommune i Sør).

Ansatte har ikke hatt veiledning av psykiater i 2015 - på grunn av kommunens økonomiske situasjon og innsparinger. (Mellomstor kommune i Midt).

Det er altså ikke alle reduksjoner i kjøp av private som skyldes at kommunene dekker behovet gjennom egne tjenester, så noen steder vil mindre kjøp fra private kunne bety lavere kvalitet på tjenestene.

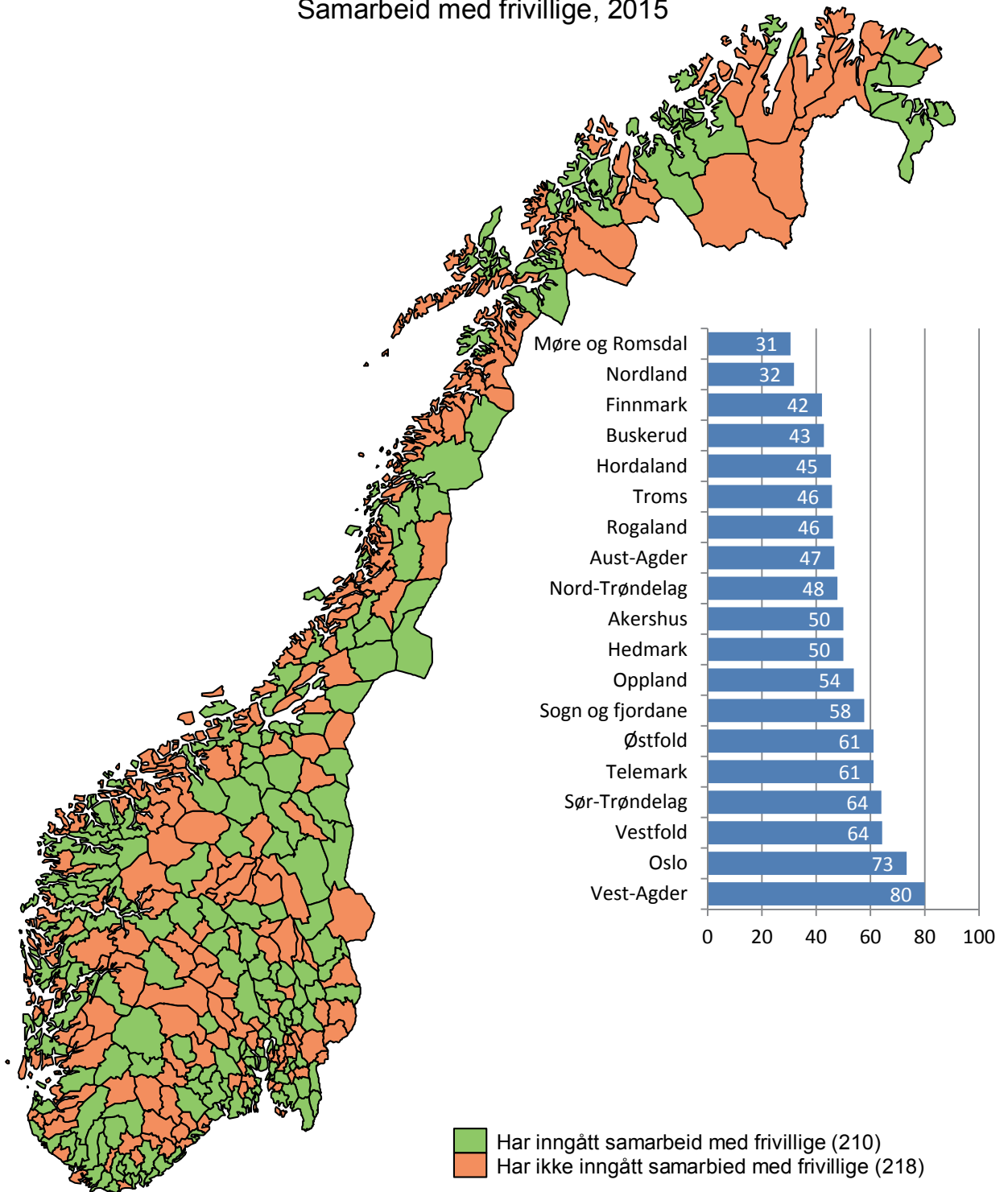
9.2 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

Omtrent halvparten av kommunene oppgir at de har inngått samarbeid med frivillige. De frivillige aktørene som nevnes hyppigst i svarene er Frivillighetssentralen, Mental Helse og Røde Kors. Andre som nevnes er Norske Kvinners sanitetsforening, RIO, Lions, Rotary og Blå Kors.

Den geografiske fordelingen er vist på neste side. Det er flest kommuner/bydeler i Vest-Agder og i Oslo som har inngått samarbeid med frivillige, mens andelen er lavest i Møre og Romsdal og Nordland.

Det er ytterligere 50 kommuner som planlegger å inngå samarbeid med frivillige, mens 70 kommuner sier de ikke planlegger å inngå samarbeid med frivillige. Resten sier at de ikke vet om de vil inngå samarbeid med frivillige.

Samarbeid med frivillige, 2015



Figur 9.3 Om kommunen har etablert samarbeid med frivillig sektor innen psykisk helse- og rusarbeid.

HVA SAMARBEIDES DET OM?

Vi har spurt hva det samarbeides med frivillige om, og følgende liste over samarbeidsområder kommer frem av gjennomgangen av de 209 svarene som er gitt:

- Besøktjenester (Røde Kors, NKSF, frivillighetssentral, menighet)
- Mat (Blå Kors, Frelsesarmeen)
- Fysisk aktivitet (Frivillighetssentralen, Norske turistforening, Lions (turgrupper), idrettslag)
- Brukerkafe (brukerorganisasjoner)
- Selvhjelpsgrupper (brukerorganisasjoner)
- Møtested for rusavhengige (AA, frivillige)

Noen kommuner sier de har gitt pengegaver for å få i gang tilbud.

9.3 POTENSIAL FOR ØKT BRUK AV FRIVILLIGE

Flertallet (63 %) av kommunene som har svart på spørsmålet (88 %), mener at det er et uutnyttet potensiale for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse og rusarbeid.

Tabell 9.2 Ser dere et uutnyttet potensiale for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid?

	Antall kommuner	Andel
Ja	239	63
Nei	31	8
Vet ikke	108	29
Totalt	378	100
Ikke oppgitt	50	
Antall kommuner	428	

Vi har fått 226 svar på spørsmålet om hvilket konkret område dette potensialet ligger. Der fremkommer det følgende liste:

- Aktiviteter for å få en meningsfylt hverdag (66 kommuner)
- Arbeidstiltak (56 kommuner)
- Fritidstilbud (34 kommuner)
- Besøktjeneste (29 kommuner)
- Fysisk trening, idrett (18 kommuner)

Svarene tyder på at det uutnyttede potensialet i bruk av frivillige handler om å gi målgruppen en mer meningsfylt hverdag.

9.4 OPPSUMMERING

Seksti prosent av kommunene har ikke oppgitt at de kjøper noen tjenester innen psykisk helse og rus fra private aktører. 19 prosent kjøper fra private kommersielle, mens 12 prosent kjøper fra private ideelle. Ni prosent av kommunene kjøper både fra private og kommersielle. Fra private ideelle kjøpes det bo- og omsorgstilbud, avrusning og rehabilitering og arbeidstiltak. Fra private kommersielle kjøpes det heldøgns omsorgstilbud ved private rusinstitusjoner, individuelle helsetjenester, heldøgns omsorgstjenester til spesielt ressurskrevende pasienter, Grønn omsorg (Inn på tunet), ulike

veiledningstjenester, varig tilrettelagte arbeidstiltak, barnevernstiltak, avlastningstiltak og støttekontakt.

Noen kommuner kjøper mer fra private enn tidligere, mens andre har redusert bruken av private og bygger opp tjenestene i kommunen.

Omtrent halvparten av kommunene har inngått samarbeid med frivillige. Dette kan handle om besøkstjenester, fysisk aktivitet, møtesteder for brukergrupper, selvhjelpsgrupper etc. 63 prosent av kommunene i landet sier at de ser et uutnyttet potensial for bruk av frivillige i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Det som foreslås handler i stor grad om å gi brukergruppen en mer meningsfylt hverdag i form av arbeid, aktivitet, fritidstilbud og besøkstjenester.

10 UDEKKEDE BEHOV

I tidligere rapporter har vi også vært opptatt av udekkede behov og utfordringer kommunene opplever. I 2011 kom følgende mangler i tilbudet frem:

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

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

I 2015 har vi spurt:

Hvilke tjenester/tilbud mangler for deres målgruppe?

Hvem bør eventuelt tilby disse tjenestene?

82 prosent av kommunene har svart på dette spørsmålet. Vi har analysert disse svarene og gjennom en tematisk kodingsprosess har vi kommet frem til følgende liste av udekkede behov:

- Mangler arbeidstiltak og aktivitetstiltak
- Mangler heldøgns omsorgstilbud til de sykeste
- Mangel på egnede boliger
- Mangler støttekontakter og gruppetilbud
- Mangler kommunepsykologer

Rangeringen er gjort ut i fra antall som har angitt de ulike temaene. I resten av kapittelet går vi gjennom innholdet i de ulike kommentarene.

10.1 BOLIGER

27 % av kommunene som har svart på spørsmålet, oppgir at de har udekkede behov for boliger. Vi går i det følgende gjennom hvilke behov som ikke dekkes.

BOLIGTILBUD TIL DE SYKESTE

Mange sier at de mangler tilbud til de sykeste personene innen rus og psykisk helse. Mange av disse trenger bolig med bemanning hele døgnet. ROP-pasientene er fortsatt en utfordring i noen kommuner:

Mangler omsorgsboliger for ROP brukere. Tilbyder: Kommunen, gjerne et ambulerende team i samarbeid med DPS/ARA (Mellomstor kommune i Øst).

Flere tilrettelagte boliger for personer med ROP-lidelser, med døgnbemanning. Mangler "halvannen-linje botilbud". Tilbyder: Kommunen som står ansvarlig. (Stor kommune i Sør).

Andre mener det trengs egne sykehjem for rusavhengige:

Sykehjem/eldrehjem for rusavhengige. Hospits eller et par bemannede rom for bostedsløse evt. før og etter behandling i påvente av bolig. Tilbyder: Enhet for rus og psykisk helse i samarbeid med mental helse, RIO, Blå kors evnt andre (Stor kommune i Sør).

Mange av brukerne er for syke til å bo i sykehjem eller avlastningsavdelinger. Mange kommuner sier at de fortsatt mangler heldøgnsbemannede boliger eller et mer spesialisert døgntilbud:

Et mer spesialisert døgntilbud enn det kommunen i dag kan tilby ved sine bofelleskap. Dette henger sammen med redusert kapasitet i psykisk helsevern og gjentatte anbefalinger fra spesialisthelsetjenesten om at pasienter/brukere er i behov av et høyere omsorgsnivå enn det vi i kommunen har kompetanse og rammebetingelser til. Tilbyder: Et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Mellomstor kommune i Øst).

Mangler: Bolig er vår hovedutfordring i forhold til å gi ett godt tilbud. Ettervern etter rusbehandling vanskeligjøres med en begrenset boligmasse. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten, helse og omsorg og Nav (Mellomstor kommune i Øst).

Men det kan være utfordringer for kommunene å etablere slike tilbud for målgruppen:

Vanskelig å etablere mennesker helt uten boevne i tett befolket bydel med barn og familier som naboer. Skaper utrygghet, drar med seg kriminalitet, rus, forsøpling osv. Behov for egnede boliger og personell som gir alle tjenester. Tilbyder: Bofelleskap for de helt uten boevne (panserhus) bør etableres utenfor bykjernen og driftes av Velferdsetaten (Stor kommune i Øst).

Mangler: Kommunale botilbud for dem som ikke kan eie egen bolig og/eller som ikke er i stand til å skaffe seg bolig og bo i private utleieboliger. Tilbyder: Kommunen (Mellomstor kommune i Midt).

Mangler: Stor mangel på utleieboliger for vanskeligstilte i kommunen. Særlig gjelder dette for personer med psykiske/rusproblemer. Tilbyder: Kommunen (Mellomstor kommune i Midt).

Flere sier at boligtilbud til de sykeste må etableres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

Mangler: Boliger for de sykeste innenfor området rus og psykiatri. Flexbo. Tilbyder:Bydelen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Delt finansiering. (Bydel Oslo).

Mangler tilstrekkelig volum på døgnbemannende boliger, boliger generelt, differensierte botilbud. Tilbyder: Kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten herunder veiledning. (Stor kommune i Øst).

Mangler: Tilrettelagte varige boliger med nødvendig oppfølging til krevende brukere med sammensatte lidelser. F.eks de med samtidige rus- og psykiske lidelser og atferdsproblematikk, også eldre (40+) med samme problematikk som foran kombinert med somatikk. Tilbyder:Kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Bydel)

Mangler: Heldøgnetlig tjenestetilbud til de med størst behov. Boveiledning. Tilrettelagte boligløsninger. Tilbyder:Kommunen. Med unntak for et lite antall bruker med svært omfattende behov som krever individuelt tilrettelagte løsninger preget av høy kompetanse - med sikte på behandling og/eller rehabilitering. Her bør det fortsatt være et regionalt tilbud i statlig regi. (Liten kommune i Nord).

Dette er et viktig poeng. I de små kommunene utgjør de aller sykeste en liten gruppe slik at det vil være økonomisk svært utfordrende å bygge opp et omfattende døgntilbud til kun få personer for den enkelte kommune. Men flere foreslår heller interkommunalt samarbeid enn at denne pasientgruppen skal være statens ansvar:

Mangler: Tilrettelagte boliger med personale ift psykisk helse Tilbyder:Kommunen er for liten til å klare å etablere og drifte et slikt tilbud selv (Liten kommune i Øst).

Det burde vært opprettet intrakommunale botilbud for de aller dårligste pasientene (Mellomstor kommune i Øst).

De fleste kommunene foreslår at heldøgns botilbud skal være et kommunalt tilbud, og finansieres av feks Husbanken. Noen foreslår at private eller eksterne aktører kan bygge boliger som kommunene kan leie. De fleste kommunene mener altså dette må være kommunale tilbud, men mange etterlyser et sterkere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for denne gruppen.

Andre mener det er behov for institusjonstilbud i kommunene:

Mangler: Heldøgstilbud med bemanning for rusmisbrukere. Institusjonstilbud rus / psykiatri med begrenset varighet. Tilbyder:Statlig finansiering, men interkommunal drift. (Mellomstor kommune i Vest)

Tilbudet som i dag gis, er mange steder lite tilfredsstillende:

Mangler: Døgnbaserte tilbud, har i dag 2 personer i gruppen bosatt i bofelleskap sammen med psykisk utviklingshemmede. Hadde trengt egne bemanna boliger for denne brukergruppen. Tilbyder:Kommunen selv, med midler fra staten (Liten kommune i Sør).

HARDBRUKSBOLIG

En liten gruppe brukere har behov for såkalte hardbruksboliger:

Mangler: Egned botilbud for de pasientene som sliter alvorlig med sosiale evner, bo evne og økonomisk sans. Har en voksende utfordring med pasienter som knuser bolig/ boliger ofte, skremmer omverden hyppig og roter til økonomi. Tar lang tid før de kommer inn i soning, hjelpeapparatet avviser dem, og de er lite eller ikke motiverte selv. Kommunen sitter igjen med utfordringene. Tilbyder: Så langt som det er kommet er det spesialisthelsetjenesten, sinnemestring. For å redusere antallet bør man starte med foreldreveiledning og bedring av oppfølging i barnehage og skole. Utfordringene har samfunnet tillat og ikke korrigerert når læring var lettest (Mellomstor kommune i Sør).

Vi trenger "robust" boliger for en liten gruppe. Vi trenger kapasitetsvekst knyttet til at flere bostedsløse kommer i egen bolig og vil trenge oppfølging Tilbyder: Dette er kommunale tjenester. (Stor kommune i Vest).

Mangler: Kommunale boliger bygget for "Hard Bruk" Boliger og boligtenester, praktisk bistand. Fra leie til eie. Tilbyder: Felles ansvar i kommunene, tiltak er nedfelt i Boligsosial handlingsplan (Mellomstor kommune i Midt).

INNHold I BOLIGTJENESTENE

Innholdet i boligtenestene er også viktig og flere sier de mangler et metodisk innhold i boligtilbudet. Oppfølgingstjenestene i boligene er mangelfull i en del kommuner:

Mangler: Vi mangler oppfølgingstjeneste i bolig, samt aktivitet/treffsted for brukere av rusmidler. Ønsker også psykologressurs inn mot voksne. Tilbyder: Det er søkt- og fått - prosjektmidler for inneværende år med bakgrunn i ovennevnte. Tilbydere vil være avdeling for psykisk helse og rus, kultur og oppvekst og kirkekontoret ved frivillige. Ellers jobber vi med organisering av tjenesten spes med tanke på bo-oppfølging. (Liten kommune i Sør).

Oppfølging etter utskrivning fra institusjon nevnes av flere, og dette gjelder sannsynligvis både innen psykisk helse og rusarbeid. Tilpassede oppfølgingstjenester eller bedre oppfølging i bolig kommenteres av mange kommuner:

Mangler: Flere egnede boliger med tilpassede bo-oppfølgingstjenester for personer med rus/Psykisk helse utfordringer (Stor kommune i Vest).

Ambulante team nevnes av flere:

Mangler: Ambulant oppfølgingsteam knytt til psykisk helse og nedsett kognitiv fungering. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten (Mellomstor kommune i Midt).

Mangler: Ambulerende tverrfaglig team, ROP. Enkel oppfølging ift innkjøp og aktiviteter Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten sammen med bydel. Frivillige organisasjoner (Bydel Oslo).

ET MER DIFFERENSIERT BOLIGTILBUD

Noen kommuner mangler både bemannede og ubemannede boliger for målgruppen. Mange kommuner sier de trenger et mer differensiert botilbud, ofte i kombinasjon med andre tiltak:

Mangler: Flere fleksible botilbud Flere ambulante tjenestetilbud Flere differensierte møteplasser for ulike målgrupper Tilbyder:Kommunen jobber aktivt med en ny boligmelding som skal sikre et mer differensiert boligtilbud i fremtiden/ planperioden (Stor kommune i Øst).

Mangler: Akutte plasser heldøgnsbemanning Nok boliger Arbeidstreningsplasser Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten, kommunen (herunder også NAV lokalt) (Stor kommune i Sør).

Men det er mer enn boliger som mangler i en del kommuner:

Mangler: Vi opplever at vi har for få boliger med bemanning til alvorlig psykisk syke og alvorlig ROP pasienter. Vi mangler et lavterskel arbeid-, aktivitet- og "værested". Helsestasjon/ feltpleie for rusavhengige. Videre kompetent og komfortabelt avdelingspersonell i ordinær pleie og omsorg ved somatisk uhelse. Det kan være mer utfordrende å få et godt tilbud til de tyngste i denne brukergruppen i eks sykehjems- eller avlastningsavdeling. Tilbyder:Kommunen, enten i samarbeid med eks Husbanken, evt gjennom leie av tjenester fra eksterne aktører. (Stor kommune i Øst).

10.2 ARBEIDSTILTAK OG AKTIVITET

Det er mange flere kommuner som oppgir at de mangler arbeidstiltak og aktivitetstiltak for målgruppen. Over halvparten av kommunene nevner dette, så dette er sannsynligvis den største mangelen i tilbudet til målgruppen i dag.

De aller sykeste er kanskje de som er vanskeligst å gi et godt tilbud til:

Mangler: Aktivitetstilbud/dagsenter/arbeidstreningstilbud Tilbyder:Brukarar med kronisk psykiske lidelser og rusproblematik - dei som ikkje kan attende til tidlegare arbeidsplass - dei som ikkje kan fungere i arbeidstreningsgrupper (Liten kommune i Øst).

At flere får meningsfull og aktiv hverdag nevnes av mange kommuner som et område med store rom for forbedringer:

Mangler: aktivitetstilbud for et bedre hverdagsliv arbeidsrelatert lavterskeltilbud bo-oppfølging Tilbyder:kommunalt evt interkommunalt tilbud + samarbeid med frivillige (Mellomstor kommune i Vest).

Mangler: Aktivitetstilbud. Kommunen har tilbud også i dag, og skal opne eit nytt lærings- og aktivitetssenter i mai 2015 - til mange ulike målgrupper. Men knappe personellressursar fører til at det er vanskeleg å differensiere og tilpasse tilboda individuelt. Det er her meir forpliktande samarbeid med frivillige kjem inn. Kommunen er i gang med å planlegge slike opplegg gjennom ny delplan for helse- og omsorgstenestene. Ordinære tenester som t.d. heimetenester har ei knapp grunnbemanning. Kommunen har behov for meir ressursar til å dekkje grunnleggjande behov som personleg hjelp og praktisk bistand til dei sjukaste. Tilbyder: Fleire aktørar: både næringsliv (ønske om at næringslivet har ein sterkare sosial profil), NAV, attføringsbedrifter, kommunen, frivillige lag og organisasjonar. (Mellomstor kommune i Vest).

Tilbud til rusavhengige:

Mangler: Aktivitetstilbud for rusavhengige, flere varianter av aktivitetstilbud, og mer variert og bedre botilbud Tilbyder: Kan være i regi av avdelingen, men og i samarbeid med frivillige Bo tilbud må kommunen ha regi på, men kan evt. være i samarbeid med private.... (Mellomstor kommune i Vest).

Noen presiserer hvem som mangler tilbud i målgruppen:

Mangler: Aktivitetstilbud for unge ROP brukere. Systematisk samhandling innad i kommunen. Tilbyder: Flerfaglig samarbeid (hjspl, nav, psyk/rus, boveileder, rehab). (Mellomstor kommune i Sør).

Men svært mange sier at det må være NAV som tilbyr disse tiltakene:

Mangler: Differensiert arbeidstreningstilbud for begge målgrupper tilpassa funksjonsnivå Tilbyder: NAV (Mellomstor kommune i Vest).

Mangler: Arbeid og sysselsettingstiltak Tilbyder: Nav (Stor kommune i Øst).

Mangler: Arbeid, meningsfull aktivitet Tilbyder: Nav (Liten kommune i Vest).

Flere mener at NAV må opprette tilbud til målgruppen:

Mangler: Alternative arbeidsplasser. Tilbyder: Mener at NAV bør ha alternative arbeidsplasser som ikke har krav på 100 % tilstedeværelse og produktivitet (Mellomstor kommune i Sør).

De sier ikke noe om hvordan NAV skal gjøre dette, men er tydelig på at dette er NAV sitt ansvar. Andre ser at NAV kanskje skal koordinere arbeidet heller enn å være eneansvarlig:

Mangler: Arbeid og aktivitetstilbud Tilbyder: Usikkert, NAV sosial bør koordinere dette (Stor kommune i Midt).

Andre ser at det er behov for kommunalt tilbud og at de kanskje må starte opp noe selv:

Mangler: Arbeid/tilrettelagt arbeid. Starte ei bedrift/aktiviseringsssenter (produksjon/levere teneste). Tilbyder: Kommunal regi. Kan gjerne vere i samarbeid med frivillige, evt. Inn på tunet-bedrift (Liten kommune i Vest).

Mangler: arbeidsrettede tilbud, aktivitetstilbud Tilbyder: Kommunen bør ha egne ressurser som bidrar til at folk kommer seg i aktivitet (Liten kommune i Midt).

Mangler: Arbeidstrening og aktivisering Tilbyder: Kommunen (Stor kommune i Øst).

Små kommuner har kanskje særlige utfordringer:

Større aktivitets og arbeidstilbud, men det stopper opp fordi vi bor på en liten plass. - Forebygging. Tilbyder: Kommunen, private, frivillige. (Liten kommune i Nord).

Dagsentertjenester eller lavterskel aktivitetstiltak savnes også i en del kommuner:

Mangler: Dagaktiviteter og tilrettelagt arbeid. Manglende tilbud ut over 0800 - 1530, 5d/uke. Tilbyder: Kommunale og private. (Liten kommune i Vest).

Mangler: Dagtilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Tilbyder: Kommunen i samarbeid med frivilligsentralen, og evt andre kommuner. (Liten kommune i Sør).

Mangler: Aktivitetstilbud og ulike tiltak for å bryte isolasjonen for flere av brukerne. Ha en plass å "høre til." Tilbyder: Kommunen planlegger å opprette en møteplass. (Mellomstor kommune i Nord).

Mangler: Lavterskel aktivitetstilbud, utvidet dagsentertilbud (har kun 1 dag pr uke), lokale brukerorganisasjoner Tilbyder: kommunen i samarbeid med frivillige/brukerorganisasjoner (Liten kommune i Nord).

Denne kommunen mangler, i likhet med mange andre kommuner, representasjon av brukerorganisasjoner for målgruppen.

Men noen ser for seg at aktivitetstilbudene kan knyttes til for eksempel frivillighetssentralen, jf forrige kapittel:

Mangler: Bedre tilpasset aktivitetstilbud på dagtid Tilbyder: Frivillighetssentralen, Frisklivssentralen (Liten kommune i Nord).

Andre kommuner har store geografiske avstander som vanskeliggjør tilbud:

Mangler: Det foreligger utfordringer ifht at målgruppen kan delta i aktivitetstilbud pga av avstander i kommunen, lite tilbud ifht offentlig transport muligheter. Liten brukergruppe, samt noe liten variasjon av aktivitetstilbud. Tilbyder: Hjelpeapparat, lag og foreninger. Kreativ samhandling (Liten kommune i Midt).

10.3 STØTTEKONTAKT OG GRUPPETILBUD

Mange kommuner mangler fortsatt støttekontakter og gruppetilbud til målgruppen:

Mangler: Det er vanskelig å rekruttere støttekontakter til voksne med psykiske vansker Tilbyder: (Liten kommune i Midt).

Mangler: Oppfølging på ettermiddag/kveld og helg Tilbyder: psykisk helse/rus tenester. evt. andre, eks. støttekontakt, treningskontakt (Liten kommune i Vest).

Ulike gruppetilbud mangler i en del kommuner, særlig i de små kommunene der det kan være vanskelig å organisere gode grupper fordi det er relativt få brukere:

Mangler: Gruppetilbud er vanskelig å få til. Ikke mange nok brukere, men et savn for noen. Støttekontakt er vanskelig å få til for unge mennesker. Lite aktivitet på kvelder og i helger, men det er vanskelig å få til da det er få brukere som, når alt kommer til alt, ikke vil benytte seg av tilbudet. Tilbyder: Psykisk helse på enkelte gruppetilbud. (Liten kommune i Sør).

Mangler: Gruppetilbud KID og sorg grupper Aktiviseringstilbud Tilbyder: Kommunene Spesialisthelsetjenesten (Liten kommune i Øst).

Mangler: Gruppetilbud, aktiviteter, dagtilbud, tiltak/arbeid Tilbyder:Samarbeid med ulike kommuner og frivillige organisasjoner og arbeidsliv (Liten kommune i Vest).

Mangler: Gruppetilbud, selvmestring (psyk). Aktivitet/arbeidstiltak for rehabiliterte/utskrevet fra inst/soning o.l (rus). Dagtilbud unge som har droppet ut av videregående skole. Tilbyder:Ansatte i psyk.helsetjeneste og dagsenter psykisk helse i samarbeid med kultur, videregående skole, NAV. (Mellomstor kommune i Øst).

Mangler: Psykisk helse ønsker seg flere lavterskelgrupper eller selvhjelpsgrupper. Ofte er utfordringen plassering av slike tilbud eller kapasiteten til oss ansatte for å få gjennomført dette. I perioder mangler vi også bolig til de som sliter mest. Tilbyder:Noe tenker vi kommunen bør tilby og andre oppgaver kan frivillige fint være med å ta del i, men kanskje kommunen som den ansvarlige for det som tilbys. (Liten kommune i Øst).

10.4 PSYKOLOGER

44 kommuner har nevnt psykologer i sin kommentar over udekkede behov, men dette kommer gjerne litt lenger ned på listen, for eksempel:

Mangler: 1. Mangel på spesialistar i spesialisthelsetenesta (jf. tidlegare spørsmål) 2. Mangel på gode tilbod for tvangstiltak rus (§10-2) i vår region 3. Ynskje om inntak utan ventetid i spesialisthelsetenesta 4. Psykolog for vaksne i kommunen (er under etablering) Tilbyder:pkt 1-3 Spesialisthelsetenesta Pkt 4 Kommunen (er under planlegging i vår kommune) (Mellomstor kommune i Vest).

Mangler: Arbeid- og aktivitetstilbud, dagsenter som er åpent sju dager i uka, økt terapeutisk tilbud, psykologtjeneste, langtidsbehandling/ettervern, botilbud både med og uten bemanning, flere helsesøstre. Tilbyder:Kommune, helseforetak, NAV. (Liten kommune i Midt).

Mangler: Døgnbemannet forsterkede omsorgsboliger og aktivitetstilbud på ettermiddagstid. Tilbyder:Kommunene og kvalifisert personell til disse boligene. Tjenesten ønsker også å få tilsatt psykolog (Mellomstor kommune i Nord).

Mangler: Familieteam, døgnbemannede boliger, jobb-relatert aktivitet, psykolog Tilbyder: Kommunen (Liten kommune i Øst).

Behovet for psykologer for voksne begrunnes på ulike måter. Her er det en kommune som mener at det er for langt å reise til DPS for å få behandling:

Mangler: For vår målgruppe manglar ein tilbod om dagtilbod som ikkje er jobbrelatert. Ein tenker spesifikt på tur, kafe, og sosialisering. Vidare hadde det vore fint med ei treningskontaktordning. Vi ser også at brukarane våre manglar tilgang på psykologtenester, som ikkje er lokalisert på DPS. Ein har eit ynskje om at psykologane i større grad kjem ut i kommunane, slik at dei mest sårbare brukarane slepp å reise til DPS eller andre senter for å få terapi Tilbyder:Det burde ideelt sett vore eit kommunalt dagtilbod for vår målgruppe forankra i kommunen. Ei treningskontaktordning kunne vore eit samarbeid mellom kommune og helseforetak. I høve psykologteneste, burde dette vore eit utvida tilbod frå ambulant team, eller at ein fekk tilsett psykolog i kommunen (Mellomstor kommune i Vest).

Men det er også behov i forhold til Forløp 1, de med lettere psykiske helseproblemer:

Mangler: Fritidsaktiviteter og sysselsettingstiltak. Heldøgns bo- og omsorgstilbud, spesielt til ressurskrevende pasienter. Behov for fler psykologer - det er avdekket et større behov enn antatt for moderate til lette psykiske plager/lidelser. Kompetanse på utredning av nye Rop-pasienter. Økt kompetanse, evt egen legevaktfunksjon for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. Helseforetakene kjenner ikke alltid til egne interne henvisningsrutiner og bruk av aktuelle behandlingsalternativer for pasientene. Tilbyder: Kommunen Helseforetakene må se på interne rutiner og kompetanse (Stor kommune i Sør).

Mange ser behov for et interkommunalt samarbeid for å få psykologtjeneste og andre tjenester:

Mangler: I en så liten kommune som oss blir det begrenset hvilken spesialisert kompetanse som er mulig å tilby. Få personer til å serve et bredt spekter av lidelser og tilrettelegge gruppetilbud for. For eksempel psykologtjenester, KID-kurs, pårørendegrupper m.m. Tilbyder: Krever et interkommunalt samarbeid, samtidig som vi ser at for enkeltbrukere blir det vanskeligere å delta om reiseavstanden blir stor. Reell tilgjengelighet er viktig. (Liten kommune i Sør).

Noen mener at psykologene skal arbeide med alvorlig syke:

Mangler: Langvarig behandling for ROP-pasienter er en stor mangel. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten. Miljøarbeidertjeneste for kronikere. Vektlagt miljøterapi. Psykologer på bydelsnivå for alvorlig syke. (Bydel Oslo).

Mens andre mener at psykologene skal behandle voksne med lettere psykiske helseproblemer:

Mangler: Økt tilbud til gruppen lett til moderat psykisk lidelse. Viktig med rask helsehjelp når behovet oppstår. Kommunen har heller ikke psykolog Tilbyder: Kommunen. Hjelpen bør så langt som mulig gis der brukeren er. Det bør unngås at brukere skal reise langt for å få hjelp (Mellomstor kommune i Vest).

Noen kommuner setter psykologtjeneste for voksne høyere opp på listen:

Kommunal psykologtjeneste mangler. Samarbeidsrutiner og avtaler med PPT og noen private barnehager er også manglende. Tilbyder: Psykologstilling bør etableres i seksjon helse og omsorg. (Mellomstor kommune i Øst).

Noen stiller også spørsmål om det er realistisk at det ansettes psykologer i alle kommuner:

Mangler: Kommunen har for lite målretta innsats, aktivitet og fagressurs til tidleg intervensjon og oppfølging av barn/ unge som slit psykisk. Tilbyder: Psykisk helsearbeidarteneste kan truleg gjere ein god jobb (høgskuleutdanna med vidareutdanning). Psykolog i alle utkantar synest lite realistisk og er kanskje ikkje einaste tenlege tiltaket. (Mellomstor kommune i Vest).

Under 1 % av årsverkene i psykisk helse- og rusarbeid er psykologer eller psykologspesialister. Over flere år har det vært stor satsning på å få flere psykologer inn i tjenestene, men det synes uklart hvem av de voksne i målgruppen de skal arbeide med. Er det de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer som skal få behandling av klinisk psykolog, eller skal psykologene også behandle de med alvorlige psykisk helse og/eller rusproblemer.

10.5 ANNET

En del kommuner opplever at tilbudet til barn og unge ikke er godt nok:

Mangler tilbud til barn og unge utover det som leveres fra helsestasjon, fastlege og barnevern. Tilbyder: Kommunen bør settes i stand til å løse disse oppgavene. (Mellomstor kommune i Vest).

Flere trekker inn de unge som har "skolevegring" eller av ulike årsaker har falt ut av skolen:

Mangler: Det er utfordringer i tjenestetilbudet til barn/unge med alvorlige psykiske lidelser som blant annet ikke vil gå på skole. Det er også utfordringer i tjenestetilbudet til voksne med alvorlige psykiske lidelser, rusavhengighet og i noen svakt evnenivå. Det er også mangel på antall tilrettelagte boliger. Tilbyder: Dette bør tilbys i et nærmere forpliktende faglig, juridisk og økonomisk samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. (Stor kommune i Vest).

Noen opplever at de har de tilbudene målgruppen trenger, men at de har for begrensede ressurser:

Mangler: Det er vanskelig å se at kommunen mangler tjenester/tilbud. Men begrensede ressurser vil påvirke tjenestens mulighet til å utvide/utvikle nåværende tjenester. Tilbyder: Psykiatritjenesten, Miljøarbeidertjenesten (Liten kommune i Øst).

Noen har opplevd at årsverkene til målgruppen er redusert på tross av udekkede behov:

Koordinatorstillingen i Psykisk Helse ble redusert fra 100 % til 50 % i år, derfor mindre individuell oppfølging - Brukerne mangler støtte/fritidskontakt - gruppetilbud, sjølvhjelpsgrupper - preventivt arbeid - samarbeid med pårørende (Liten kommune i Midt).

Mangler: Kanskje noe arbeids-/ aktivitetstilbud for de som sliter mest - vanskelig i små bygdesamfunn med geografiske avstander. Ellers er det ressurstilgangen (midler til stillinger) som også er utfordring, og kanskje ikke så mye tilbud som mangler Tilbyder: De som sliter mest (Liten kommune i Øst).

Flere nevner også akutt plasser og akutt-team:

Mangler: Akutte døgnplasser. Og tiltak overfor brukere i hovedforløp 2 og 3 som trenger langtids døgnplass. Ut fra kompetansebehovet / døgnbehovet er det Spesialisthelsetjenesten som innehar dette. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten. (Liten kommune i Øst).

Mangler: Akuttteam DPS 24/7, døgnbemannede boliger for rusmisbrukere. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. (Stor kommune i Øst).

Mangler: Akuttplass Tilbyder: DPS eller sykehus (Mellomstor kommune i Sør).

Andre har flere mangler og oppsummerer godt mye av det de andre kommunene melder om.

Mangler: 1. Flere brukerstyrte senger 2. Mulighet for lange nok innleggelses i akuttavdeling/subakutt 3. Rask psykisk helsehjelp med kognitiv adferdsterapi Tilbyder: 1. Spesialisthelsetjenesten 2. Spesialisthelsetjenesten 3. Bydelen (Bydel).

Men det er klart at det skjer noe i kommunene når tilbudet i spesialisthelsetjenesten bygges ned. For eksempel ser kommunene i større grad behov for å drive aktiv behandling:

Mangler: Behandling i kommunen. Klientene blir sendt hjem før de er ferdig behandlet eller for at de ikke vil nyttiggjøre seg behandlingen. Kommunen står da alene og det vi kan gi er oppfølging. Mangler dagtilbud. Tilbyder: Spesialisthelsetjenesten (Liten kommune i Nord).

Men kommunen mener likevel at dette er en oppgave som tilhører spesialisthelsetjenesten og at det er dem som skal tilby behandling. Tilsvarende oppleves i andre kommuner:

Mangler: Behandlingstilbud til personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rus. Botilbud til denne gruppa i bydelene mangler også, men dette er planlagt innen en femårsperiode. Tilbyder: Behandling av en slik tung gruppe bør prioriteres i spesialistdelen eventuelt sammen med kommunen. Oppfølging og ettervern/botilbud skal være i kommune. (Bydel).

10.6 OPPSUMMERING

Når vi spør kommunene om hvilke tjenester som mangler for målgruppen, finner vi at dette særlig gjelder heldøgns omsorgstilbud for personer med alvorlig sykdom (rus og/eller psykiske lidelser). Men mange kommuner mangler også et differensiert botilbud til målgruppen og det er mangel på egnede boliger. Det er likevel aller flest kommuner som mener de mangler arbeidstiltak og aktivitetstiltak for målgruppen. En del mangler også støttekontakter og ulike gruppetilbud, og 44 kommuner oppgir at de mangler kommunepsykolog. I de aller fleste tilfeller oppgir kommunene at behovene må dekkes av kommunene selv, og for eksempel ikke gjennom kjøp av private tjenester.

11 ARBEIDSTILTAK

Som vi så i forrige kapittel, er det mange kommuner som mener det mangler arbeidstiltak for målgruppen.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) har dannet grunnlaget for mye av det arbeidet som er rettet mot målgruppen, videreført i Oppfølgingsplanen for Arbeid og psykisk helse (2013- 2016). Satsingen gjennomføres ved et samarbeid mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

I juni 2008 publiserte SINTEF en rapport som gav kunnskapsstatus på feltet Arbeid, psykisk helse og rus (Ose et al., 2008). Vi gikk gjennom nasjonal og internasjonal forskning om arbeid, psykisk helse og rus. Temaet er omfattende med mange problemstillinger: betydningen av arbeid for vår psykiske helse, hvordan ulike arbeidsmiljøfaktorer påvirker psykisk helse, arbeidsgiverperspektivet, muligheter og utfordringer i hjelpeapparatet, nytte og effekt av ulike tiltak for å inkludere personer med psykiske problemer eller lidelser, tiltak for personer med rusproblemer, rus i arbeidslivet generelt, spillavhengighet med mer. Basert på litteratur som fins om disse temaene, identifiseres mange utfordringer. Det ble identifisert en rekke kunnskapshull, også innen kommunale tjenester.

Problemstillinger vi definerte innen kommunalt psykisk helsearbeid var som følger:

- Hva er det konkrete innholdet i sysselsettingstiltak i kommunal regi?
- Hva skjer med satsningen på psykisk syke generelt i kommunene når opptrappingsplanen er ferdig og det er slutt på øremerking av midlene?
- I hvilken grad vil kommunene integrere psykisk helsearbeid og rusarbeid?
- Vil kommunene vektlegge rusarbeid mer enn psykisk helsearbeid nå når opptrappingsplanen for rus tar over for opptrappingsplanen for psykisk helse og vil dette ha betydning for arbeidsretting?
- Hva er effekten (jobbutfall m.m) av arbeidsmarkedstiltakene i kommunal regi for mennesker med psykiske lidelser og problemer?
- Hvordan kan samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og NAV utvikles?
- Hva betyr oppgavedifferensiering mellom NAV og kommune for psykisk syke?

I 2008 var det forventninger om økt satsning på forskning på arbeid og psykisk helse. Dette ble i liten grad realisert og det er fortsatt store kunnskapshull. I Oppfølgingsplanen for Arbeid og psykisk helse (2013- 2016), er kommunene nevnt i forbindelse med rask psykisk helsehjelp. For personer uten et ansettelsesforhold står det at det vil være viktig å skaffe arbeid samtidig med behandlingen, gjerne i samarbeid med arbeids- og velferdsforvaltningen. Oppfølgingsplanen nevner også ACT-team, som skal inkludere en spesialist på arbeid og rehabilitering. Kommunene er også nevnt i forbindelse med statlige og kommunale foregangsvirksomheter som er et prosjekt der utvalgte statlige etater og kommuner skal være foregangsvirksomheter for andre virksomheter i statlig sektor og kommuner når det gjelder å gi unge med nedsatt funksjonsevne økte muligheter i arbeidslivet. Arbeidstilsynet og Statens Pensjonskasse inngår i prosjektet sammen med Sandnes, Sarpsborg, Lindesnes og Bergen kommune. Hensikten er å utvikle erfaringer som flere statlige og kommunale virksomheter/kommuner

kan lære av med hensyn til rekruttering, tilpasning, tilrettelegging, arbeidsorganisering og karriereutvikling mv. Ellers er ikke kommunene nevnt i Oppfølgingsplanen.

Spørsmålet er om det er forventet at kommunene skal ha egne tiltak for målgruppen, eller om alle tiltak skal gå gjennom NAV.

NAV-kontorene, som både har en statlig og en kommunal del, har tilbud og tiltak for å hjelpe personer med psykiske helseproblemer og som sliter i forhold til arbeidslivet. I alle fylker er det for eksempel ansatt fylkeskoordinatorer for arbeid, psykisk helse og rus. Tilbudene er tilrettelagt for ulike typer psykiske helseproblemer, fra lette depresjoner til tyngre psykiske lidelser. De mest sentrale tiltakene er:

Veilednings- og oppfølgingslos: Tilbud til de som trenger sammensatte tjenester og skreddersydd oppfølging over tid, for å komme ut i arbeid eller aktivitet.

Jobbmestrende oppfølging: Tilbud til de med alvorlige psykiske helseproblemer. Målet er å komme ut i ordinært arbeid.

Medarbeider med brukererfaring (MB): Kvalifiseringstilbud for de som har erfaring som bruker av psykiske helsetjenester. Opplæringen kvalifiserer for arbeid i bedrifter eller organisasjoner som yter service til personer med psykiske helseproblemer

Senter for jobbmestring: Tilbud til de som sliter med lett til moderat angst og/eller depresjon, hvor symptomene gjør det vanskelig å fungere i arbeid eller at de strever i jobbhverdagen. Målet er å hjelpe de til å mestre symptomene og til å forbli i jobb eller raskt å komme tilbake i arbeid.

Studie med støtte (SMS): Oppfølgingsprogram for de med en psykisk lidelse, som har behov for støtte til å gjennomføre høyere utdanning. SMS tilbyr tett oppfølging ved oppstart og gjennomføring av studiet. De får også oppfølging ved overgang til arbeid.

Vilje Viser Vei-tiltakene: Arbeidsrettede tiltak for de med psykiske helseproblemer som ønsker å komme ut i arbeid. De tilbyr tilrettelagt arbeidstrening inne på bedriften eller ute hos en ordinær arbeidsgiver og gir tett individuell oppfølging over tid.

Andre statlige tiltak er mentorordning og brukerstyrt personlig assistanse.

Kvalifiseringsprogrammet (KVP): er et tilbud om opplæring og arbeidstrening, og oppfølgingen de trenger for å komme i arbeid eller meningsfull aktivitet. Programmet gir også en mulighet for å avklare andre rettigheter til inntekt for de som ikke klarer vanlig arbeid. Dette skal være en fulltidsaktivitet, med lønn og vanlig ferie.

Kvalifiseringsstøtten (KVP) ble innført i 2007 for å motvirke langtidsmottak av sosialhjelp. SSB finner at fra et toppunkt i 2011 har antall deltakere i programmet vært noe avtakende og lå ifølge NAVs tall på 9300 deltakere i 2014, som er drøyt 200 færre enn året før.

I dette kapittelet ser vi på følgende spørsmål fra kartleggingen:

- Hvilke tilbud har kommunen for at personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få muligheten til å komme ut i arbeid?
- Har kommunen tatt i bruk IPS/Supported Employment innen psykisk helse- og rusarbeid?
- Har kommunen innsats knyttet til psykisk helse/rus på arbeidsplassene i kommunen?

11.1 HVA FINNES I DAG?

I tillegg til NAV-tiltakene, nevner kommunene egne tiltak. Noen nevner særlige tiltak for ungdom, og en stor kommune sier det slik:

Ansvar NAV: generelt hele det ordinære tiltaksporteføljen til NAV gjelder også for denne gruppen. Særskilte tiltak er: Kvalifiseringsprogrammet, TTO (team tett individuell oppfølging). Særlige tiltak for ungdom: Tiltak på timen, Innsatsgjengen, sosialkonsulent på to videregående skoler og tett samarbeid med fylkeskommunal oppfølgingstjeneste. Kommunalt ansvar: Britannia-aktiv arbeidstreningstiltak. (Stor kommune i Øst)

I tillegg nevnes attføringsbedriftene og vekstbedriftene og tiltak som APS, VTA, Arbeid med bistand. Noen kjøper arbeids- og aktivitetstjenester fra private eller tiltaksbedrifter:

Kjøper arbeids/aktivitetsplasser fra Kirkens Bymisjon - primært for rusavhengige/tidligere rusavhengige Virksomhet arbeid, aktivitet og fritid har noen tilrettelaget arbeidsplasser for personer med psykiske lidelser (utenfor NAV) - utfordringer da de har andre behov en psykisk utv.hemmede - som er definert som "hovedmålgruppa" (Stor kommune i Sør)

Kjøper kommunale plasser fra VTA-bedrift. (Liten kommune i Midt)

Kjøper tilrettelagte arbeidsplasser i ASVO bedrift (Liten kommune i Nord)

Vi finner også at noen kommuner har rene kommunale tiltak. Det som nevnes er følgende:

- Kommunal ryddegruppe
- Kommunal Inn på tunet- gruppe
- Arbeid for sosialhjelp
- Egen kommunal servicegruppe som gjør praktisk arbeid.
- Kommunale vekstbedrifter
- Kommunale attføringsbedrifter
- Arbeidsgruppe som driver med rydding, flytting og lett vedlikehold
- Kommunale gjenbruksmottak med arbeidstreningssenter
- Aktivitetstilbud til unge aktive rusmisbrukere

Men de aller fleste kommunene svarer at dette er NAV sitt ansvar:

Ansvar for arbeid ligger hos NAV, men vi er allikevel involvert i det. Vi har jobbservice som blir det nærmeste vi har for å komme seg ut i arbeid. Slik det er nå er det prioritert unge som har falt ut av skolen, men vi ser at dette tilbudet må også gjelde de med problemer innen rus og psykisk helse. (Mellomstor kommune i Øst)

Noen kommuner presiserer at de har delt ansvar:

Ansvarer deles mellom kommunen og NAV. Samarbeider med vernet bedrift i nabokommune. Har vernet bedrift i kommunen for de som er avklart - 50 % ufør og mer. (Liten kommune i Nord)

Det ser ut som mange kommuner mener at dette er ensidig NAV sitt ansvar. Men NAV har små muligheter for å utvikle gode tilbud for målgruppen om ikke kommunene bidrar. Mulighetsrommet

kan også begrenses eller utvides ut i fra organisering og finansiering av tilbudene. Et NAV-kontor som har lite samarbeid med øvrige kommunale tjenester og få personer som mottar kommunale ytelser (sosialhjelp, kvalifiseringsstønad) og mange på statlige ytelser (AAP, uføretrygd), vil kunne oppleve at kommunene har få økonomiske insentiver til samarbeid.

11.2 IPS OG SUPPORTED EMPLOYMENT

Yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser har utviklet seg mye i løpet av de siste 15 årene, og særlig i retning av en evidensbasert tilnærming til "Supported Employment" eller IPS. Årsaken er at denne tilnærmingen i særklasse har den sterkeste støtten i forskning når det gjelder yrkesrettet attføring for personer med alvorlige psykiske lidelser (Ose et al., 2008).

Internasjonalt har typisk tiltakene som kalles Supported Employment og IPS vist seg å være effektive for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Prinsippene i IPS brukes også i andre tiltak, blant annet gjennom NAV, men da på andre brukergrupper enn det metoden har vært forsket på internasjonalt, nemlig psykosepasienter. Det er for denne brukergruppen IPS er tilpasset og utviklet, gjennom langvarig arbeid fra fagfeltet psykiatrisk rehabilitering. Tilbud som retter seg mot mennesker med alvorlige psykoselidelser som vil ut i arbeidslivet er de egentlige IPS tiltakene.

Tabell 11.1 Har kommunen tatt i bruk IPS/Supported Employment innen psykisk helse- og rusarbeid?

	Antall	Andel
Ja, IPS	31	9
Ja, Supported employment	16	4
Nei	316	87
Totalt	363	100
Ikke oppgitt	65	
Antall kommuner	428	

Det er 31 kommuner som svarer at de har tatt i bruk IPS i tillegg til tre bydeler i Oslo.

I kommentarene fra kommunene, kan det tyde på at IPS har fått et noe uklart innhold, men de som sier at deres brukere får tilbud om IPS gjennom spesialisthelsetjenesten, er sannsynligvis de som har tilbud til psykosepasienter og mennesker med alvorlig psykiske lidelse. Noen har det gjennom FACT-team og andre har det gjennom annet samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

11.3 PSYKISK HELSE PÅ ARBEIDSPLASSEN

Vi har videre spurt: "Har kommunen innsats knyttet til psykisk helse/rus på arbeidsplassene i kommunen?"

Dette har vært et for dårlig formulert spørsmål og mange av kommunene har ikke forstått hva som er ment. Det vi ønsket å kartlegge, var om kommunale ressurser innen psykisk helse- og rusarbeid ble brukt innen forebyggings- og oppfølgingsarbeid i arbeidsplassene i kommunen. Det er 163 kommuner som svarer ja på spørsmålet, men det de fleste henviser til er AKAN arbeidet i kommunen som arbeidsplass.

Noen få kommuner kommenterer arbeidsgiverlos i NAV Arbeidslivssenter:

Arbeidsgiverlos ift psykisk helse gjennom NAV Arbeidslivssenter. Kan brukes til opplæring av arbeidsplassen ift psykisk helse. (Mellomstor kommune i Øst)

I noen få tilfeller beskrives det at kommunalt personell følger opp brukere i arbeid:

Arbeidssøkende Klienter som er tilknyttet psykisk helse får tilbud om oppfølging inn i arbeid. Kontaktperson i psyk. er med på samarbeidsmøter, hjelp til morgenrutiner, vekking og bistand for å komme seg på arbeid. Koordinering av tjenester. (Liten kommune i Sør)

Der bruker har arbeidsutprøving i Vernet bedrift samarbeider tjenesten med bedriften, via møter sammen med bruker. (Liten kommune i Nord)

Direkte oppfølging under arbeidsutprøving - kontakt med både bruker og arbeidsgiver (Liten kommune i Midt)

I noen kommuner har de større fokus på arbeidsplasser som arena for planarbeid og kursing:

Delvis. Prosesser rundt arbeid med ruspolitisk handlingsplan. Tverrfaglig samarbeid for å nå alle arbeidsplasser. (Liten kommune i Midt)

Har fått tilbud om og gjennomført på enkelte arbeidsplassar KID-kurs, stressmeistring og mindfulness-kurs. (Liten kommune i Sør)

Veiledning på en arbeidsplass hvor det er utfordringer ifh. rus (Liten kommune i Sør)

Men de aller fleste kommunene nevner bare "AKAN".

11.4 OPPSUMMERING

Når vi spør om hvilke tilbud kommunen har for at personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer skal få muligheten til å komme ut i arbeid, svarer de aller fleste kommunene at dette ansvaret ligger i NAV. Flere forteller om kommunale tilbud for brukergruppen som er lagt ned etter NAV-reformen. Det ser dermed ut som det er lett for kommunene å legge ansvaret for arbeidstiltak på NAV. Men noen kommuner prioriterer dette fordi det ser hvor viktig det er og de har egne kommunale tiltak tilpasset brukergruppen. I noen kommuner er det personell fra psykisk helse- og rusarbeid som følger opp personer som er på utprøving i ordinært arbeid eller tiltak gjennom NAV. Dette kan reflektere organiseringen og arbeidsdelingen mellom NAV-kontorene og øvrige kommunale tjenester, heller enn hvordan kommunene prioriterer å finansiere arbeidstiltak til målgruppen.

Ansvarsfordelingen mellom kommunene og NAV blir særlig viktig å avklare når det er lite samarbeid mellom NAV-kontorene og øvrige kommunale tjenester. Når det er et tett samarbeid og god forståelse for felles ansvar om målgruppen, kan det være lettere å få til gode tilbud.

Når arbeid og aktivitet står så høyt på listen over udekkede behov for målgruppen, er det tydelig at det her må iverksettes et arbeid for å bedre tilbudet, og at både kommunene og NAV-kontorene prioriterer målgruppen. Mange kommuner fremhever satsningen på unge i arbeid, og dette reflekterer den sterke satsningen på unge i NAV. Det er viktig at denne satsningen ikke går på bekostning av voksne mennesker med psykisk helse- og eller rusproblemer som opplever redusert helse og større hjelpebehov ved å være uten arbeid og aktivitet.

12 BOLIGSITUASJONEN INNEN KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Bolig er et sentralt tema i faglige retningslinjer og veiledere. Veileder i lokalt psykisk helse og rusarbeid påpeker at bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og mestring og at bolig bør være på plass i god tid før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten eller løslatelse fra fengsel.

Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser sier at kommunene bør tilstrebe fleksible og varige botilbud, tilpasset den enkeltes brukers behov og at oppfølging fra oppsøkende behandlingsteam/ACT-team må starte selv om personen mangler bolig.

Boligsituasjonen i kommunene kartlegges av andre, så dette kapitlet handler i større grad om hvordan kommunene arbeider for å få til overganger mellom midlertidige til varige boliger, og hvordan de arbeider for å få til overgang fra kommunale boliger til ordinært boligmarked for å frigjøre kapasitet i de kommunale boligene. Økt gjennomstrømming er nødvendig for å ikke havne i en situasjon der de midlertidige boligene blir varige boliger, og at de som kunne benyttet ordinært boligmarked blir boende i kommunale boliger. Slike mekanismer vil hyppig føre til at det er få tilgjengelige boliger for de som trenger det mest.

Følgende spørsmål er tatt med i kartleggingen:

- Eksisterer det et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud? (Hvis ja, hvem er målgruppen og hvordan er tjenesten/tilbudet finansiert?)
- Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere i overgangen fra midlertidig bolig til varig bolig?
- Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere over i ordinært boligmarked for å frigjøre kapasitet i de kommunale boligene?
- Hva skal til for at det ble større gjennomstrømming i de kommunale boligene tiltenkt for brukergruppen?
- Har dere benyttet Housing First?
- Hva skal til for at boligsituasjonen til målgruppen bedres i kommunen?

12.1 TILBUD MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTENS BEHANDLINGSTILBUD OG KOMMUNENS BOLIGTILBUD

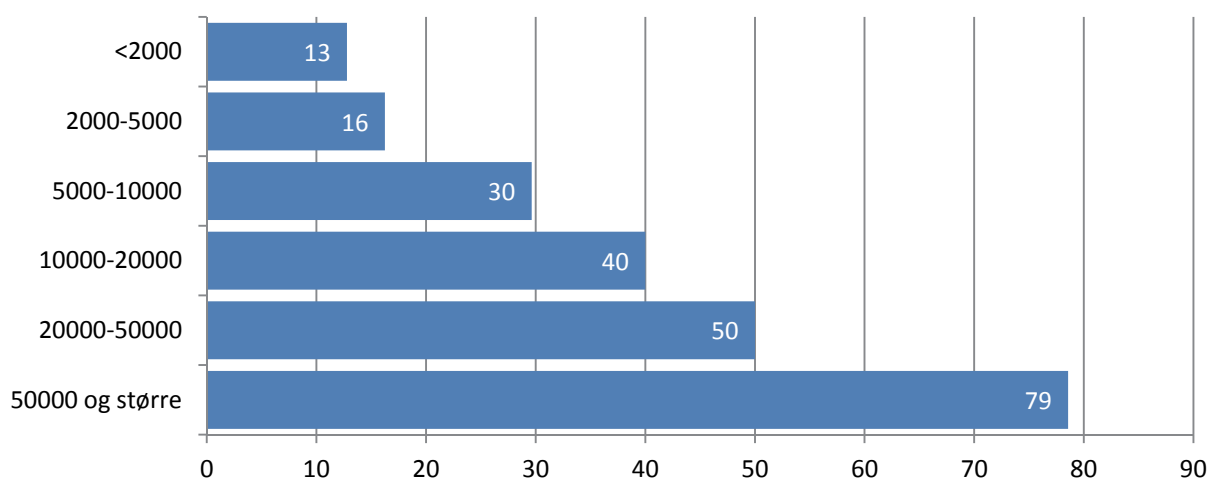
Når spesialisthelsetjenesten legger ned døgnplassene, oppstår det behov for alternativer til døgnbehandling i institusjon. Dette kan være døgnbemannede boliger, omsorgsboliger eller andre boligformer. Det har i flere år vært kommuner som sier at de har et forsterket botilbud til brukergruppen, og i beskrivelsen av tilbudet høres det ut som et 1,5 linje-tilbud heller enn et rent kommunalt tilbud. Kompetansen i disse boligene er høyere enn i andre boliger og brukergruppen er sykere enn de som tidligere vanligvis var kommunens ansvar. En gruppe pasienter som får betydelig mindre tilbud i spesialisthelsetjenesten nå enn tidligere, blir kommunens ansvar og de må bygge opp et tilbud.

Våren 2015 er det 102 kommuner som oppgir at de har et tilbud som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud.

Tabell 12.1 Eksisterer det et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud?

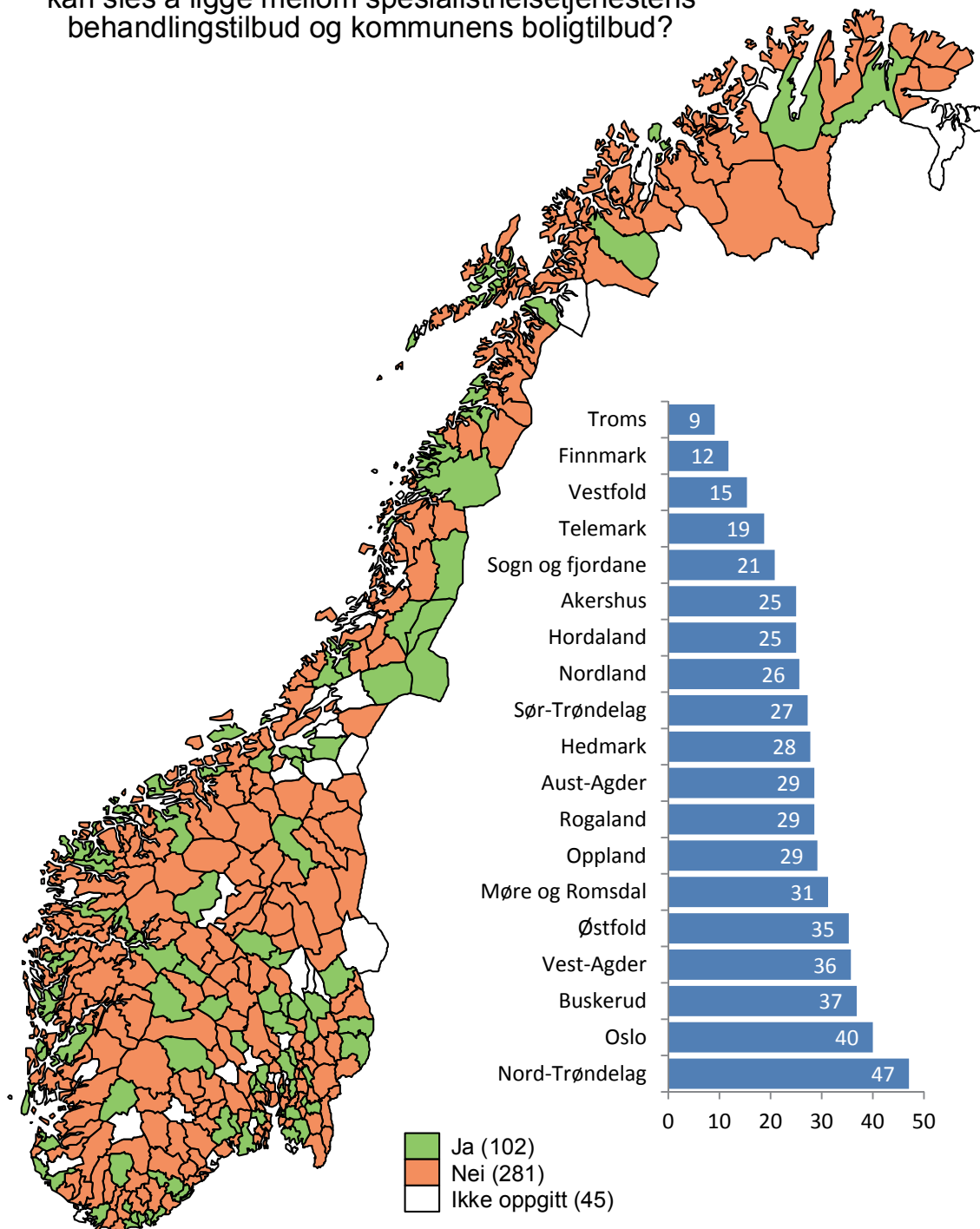
	Antall	Andel
Ja	102	27
Nei	281	73
Totalt	382	100
Ikke oppgitt	45	
Antall kommuner	428	

I Oslo er det 6 bydeler som oppgir å ha et slikt tilbud.



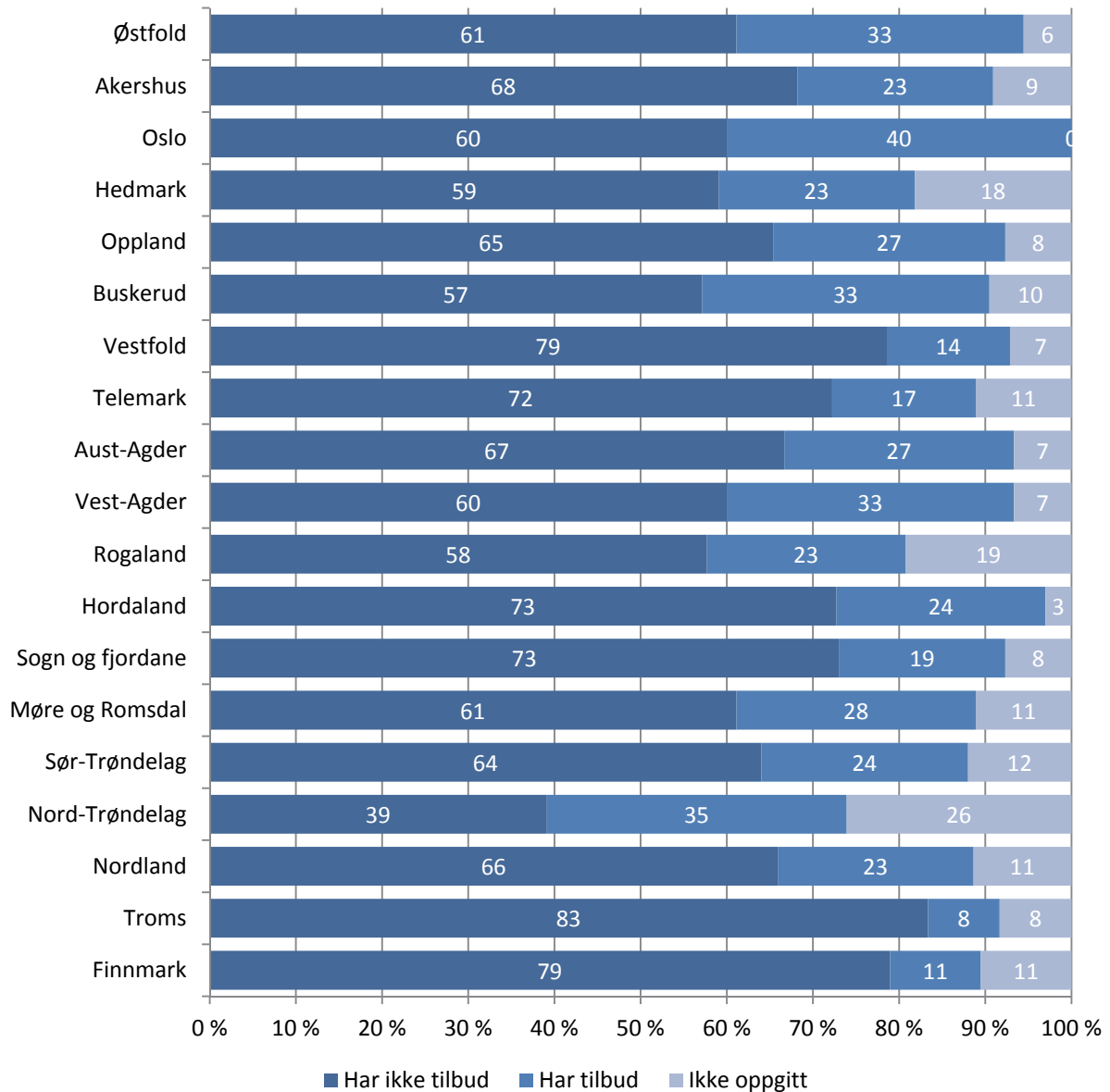
Figur 12.1 Andel kommuner med et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud

Har kommunen et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud?



Figur 12.2 Eksisterer det et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud?

Troms, Finnmark og Vestfold ligger lavest, mens Oslo og Nord-Trøndelag ligger med den høyeste andelen. Men dette er basert på de kommunene som har gitt et svar. Fordi det for eksempel er mange kommuner i Nord-Trøndelag som ikke har svart på spørsmålet, er det ikke nødvendigvis riktig å si at mange kommuner i Nord-Trøndelag har et slikt tilbud.



Figur 12.3 Eksisterer det et døgnbasert tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud?

Vi har videre spurt "Hvis ja, hvem er målgruppen og hvordan er tjenesten/tilbudet finansiert?"

Ut i fra svarene ser vi en viss bredde i tilbudet, men at det for det aller meste er snakk om et heldøgnsbemannet boligtilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser:

Målgruppen er personer med langvarig, alvorlig psykisk lidelse, hvor noen har rusavhengighet i tillegg. Kommunal finansiering (Stor kommune i Vest)

I noen kommuner er målgruppen de med tilleggspromblematikk:

Vi har 3 bofellesskap for personer med alvorlig psykisk sykdom, rus og i noen tilfelle utviklingshemmet, dvs dobbel og trippeldiagnoser. Botilbudene har døgnbemanning og enkelte brukere har 2:1 oppfølging hele døgnet. Kommunen finansierer botilbudene, men får tilskudd fra staten for ressurskrevende brukere (Stor kommune i Sør)

Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser der noen har rusavhengighet og/eller voldsproblematikk. Kommunen finansierer hoveddelen av tiltaket, men spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for å drive tiltaket (Stor kommune i Vest)

Det kan altså være bofellesskap med personalbaser heller enn heldøgnsbemannede boliger:

Bofellesskap for mennesker med psykisk helseproblematikk, noen i kombinasjon med PU, andre i kombinasjon med rusproblemer. Finansiert av kommunen, men noen av utgiftene får vi refundert grunnet særlig ressurskrevende brukere. Spesialisthelsetjenesten ved bl.a. psykisk helsevern og hab.tjenesten stiller opp med veiledning. Omsorgsopphold, avrusning og motivasjonsopphold kjøpt fra private/ideelle aktører (Mellomstor kommune i Øst)

Kommunen har bemannet bofellesskap. Beboerne er leietakere, personalbase er tilknyttet leilighetene. Målgruppe er personer med omfattende behov for tilsyn, helsehjelp og oppfølging. (Mellomstor kommune i Midt)

En døgnbemannet base i nær tilknytning til åtte kommunale boliger for målgruppen. Bemanning finansiert av kommunen. (Stor kommune i Øst)

Noen utvikler tilbud i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

8 boliger for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og som har et bistandsbehov. Er bemannet døgntilbud og er finansiert av kommunen. Tett samarbeid med psykisk helsetjeneste (spesialisthelsetjenesten) (Mellomstor kommune i Øst)

Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser der noen har rusavhengighet og/eller voldsproblematikk. Kommunen finansierer hoveddelen av tiltaket, men spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for å drive tiltaket (Stor kommune i Vest)

Her er det spesialisthelsetjenesten som driver tiltaket, men kommunen som finansierer. Uten et slikt tett samarbeid, er det fare for at kommunene blir stående alene med ansvar for en krevende brukergruppe:

Personer som er svært adferdsmessig utfordrende og som har vore innlagt i mange år i psykiatrisk langtidsplass, no i omsorgsbolig. No kommunalt finansiert men egentleg for krevjande pas. ute i ein kommune ikkje minst i forhold til lovverk og omgivelser (Liten kommune i Vest)

Kommunen har en sykehjemsavdeling for pasienter med psykiske lidelser. Det er forsøkt å gi tilbud til pasienter med Rop-lidelser med blandet effekt. Tilbudet er en del av kommunens virksomhet og er finansiert av ordinært rammetilskudd. Tilbudet ansees ikke å være tilstrekkelig - spesielt for Rop-pasienter, og/eller sterkt ressurskrevende pasienter (Stor kommune i Sør)

Men kommunene utvikler nye tilbud og bygger flere tilpassede boliger. Nye tilbud kan ha en flerfunksjonsrolle der også hjemmeboende kan få nytte av tilbudet:

Kommunen har opprettet et døgnbasert bo- og oppfølgingstilbud. Boligen gir permanent tilbud til ialt 6 brukere. I tillegg gis et ambulant tjenestetilbud til hjemmeboende brukere utifra basen i boligen ifht personer med psykiske vansker/ utfordringer, i alt ca. 80 personer. I tillegg er det opprettet en base/ egen bolig for personer med rusproblematikk, personer som bor i egne leiligheter. ialt 5. I tillegg gis tilbud til tilknytningsbeboere. I alt ca 19 personer. Bo- og oppfølgingstjenestetilbudet er finansiert av kommunen. ialt 4 stillinger tilknyttet disse tilbudene er finansiert vha av statlige prosjektmidler. (Stor kommune i Øst)

Det er flere modeller for botilbud, avhengig av brukernes problematikk og funksjonsnivå. En kommune har følgende tilbud:

Personer med alvorlige psykiske lidelser. To delt skift, med hjemmesykepleien som går "runder" på natt (Mellomstor kommune i Nord)

Målgruppen er personer med psykisk lidelse og rus, som før har hatt omfattende hjelpebehov i egen bolig og som hadde behov for tettere oppfølging. Tjenesten er finansiert av kommunen og statlige refusjonsordninger (Mellomstor kommune i Nord)

I noen tilfeller gis tilbudet på sykehjemmet:

Døgntilbud for personer i livskriser eller kjente pasienter, med psykiske vansker. Kun korttid. Gis på kommunens sykehjem "Bygdaheimen" Følges opp av lokal legetjeneste. Finansiert av kommunens helse- og omsorgstjenester (Liten kommune i Sør)

Har teke i bruk korttidsrom på sjukeheimen (Liten kommune i Sør)

Bruker sykeheimen ved behov som en del av det ordinære tjenesteapparatet (Liten kommune i Midt)

Det er 1 seng på det kommunale sykehjemmet som kan brukes etter behov (Liten kommune i Nord).

Noen har et eget tilbud til unge i målgruppen:

Unge voksne med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Kommunalt finansiert bemanning, beboerne betaler husleie (Mellomstor kommune i Øst)

Tilbod til yngre brukarar med store psykiske lidingar. 4 bustader med ei eigen personellgruppe. Brukarane betaler husleige - kommunen finansierer drift av personell. Kommunen mottok tilskott til ressurskrevande tenester for 1 av brukarane. Bustadane vart bygd med tilskott og lån frå Husbanken (Liten kommune i Øst)

Unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Kommunen finansierer (Mellomstor kommune i Nord)

En del kommuner sier at de delfinansierer tjenestene med tilskudd for ressurskrevende tjenester¹³:

Målgruppen er hovedsakelig innen psykiske lidelser. Finansiert gjennom kommunale midler, noe tilskudd for ressurskrevende tjenester (Mellomstor kommune i Sør)

Tilbudet er finansiert med kommunale penger, men vi søker refusjon fordi som overstiger "taket" som er satt av staten selv. Vi har 16 slike døgnplasser (Mellomstor kommune i Sør)

Vi har 3 bofellesskap for personer med alvorlig psykisk sykdom, rus og i noen tilfelle utviklingshemmet, dvs dobbel og trippeldiagnoser. Botilbudene har døgnbemanning og enkelte brukere har 2: 1 oppfølging hele døgnet. Kommunen finansierer botilbudene men får tilskudd fra staten for ressurskrevende brukere (Stor kommune i Sør).

Noen kommuner har organisert tilbudet i samarbeid med andre kommuner:

IBO, Interkommunalt bofellesskap. Beregnet på personer med tunge psykiatriske diagnoser (Mellomstor kommune i Vest)

Alvorleg psykisk helse og/eller rusproblematikk. Finansiert over kommunens ordinære budsjett. For nokre får vi refusjon for særleg ressurskrevjande brukarar. 3 "passar" er selt til andre kommuner. dei betaler for kostander knytt til sine brukarar (Mellomstor kommune i Midt)

Noen har tilbud i samarbeid med private:

Det er etablert heldøgnsbemannet bofellesskap for psykisk syke finansiert av kommunen. Det er etablert bemannet bofellesskap i base til miljøarbeidertjeneste psykiatri. Det er inngått samarbeidsavtale med Frelsesarmeen om botilbud med differensiert oppfølgingstilbud finansiert av kommunen. (Stor kommune i Vest)

Bo - og omsorgstilbud med personale - kommunen har driftsavtaler med Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen. Midlertidig botilbud med personale - noe rus - og psykiatriproblematikk, men først og fremst bostedsløse som ikke er kartlagt på forhånd. (Stor kommune i Nord)

Kommuner som ikke har eget tilbud, må kjøpe plasser når det oppstår behov:

Vi har ikke personer med ROP lidelser. Det kjøpes også behandlingsplasser fra barneverntjenesten ved rus for unge i deres målgruppe (Mellomstor kommune i Vest)

vi kjøper pr dag plasser i " halvveis hus" (Mellomstor kommune i Vest)

¹³ Alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene.

I en stor kommune i Vest, har kommunen overtatt driften av et spesialisthelsetjenestetilbud:

Alvorlig psykisk syke med omfattende hjelpebehov. Tiltaket er samfinansiert mellom kommune og helseforetak i en overgangsperiode på tre år. Kommunen overtok driften nyttår 2015. (Stor kommune i Vest)

I Oslo har de et omfattende tilbud til rusmiddelbrukere:

Rusmiddelmissbrukere med ulik grad av problembelastning og ruskontroll - totalt 724 plasser med et bredt spekter av tilbud; akutt- og korttid, rehabilitering og omsorg, egne kvinneplasser, samt enkelte plasser for de mest krevende rusklientene. Plassene er i hovedsak kommunalt finansiert, men enkelte med tilleggsfinansiering gjennom statlige tilskudd (Stor kommune i Øst)

Noen få kommuner sier de har brukerstyrte senger og at dette er et tilbud mellom spesialistnivå og kommunalt nivå:

Sjølvsstyrte senge, både rusposten og sengeposten ved psykiatrisk avdeling. Målgruppa er voksne med langvarige psykiske og/eller rusproblem. Det vert gjort avtale om bruken av sengene med kvar pasient (Mellomstor kommune i Vest)

Finansieringen av slike botilbud ser ut til å være over kommunale rammer, men der brukerne betaler husleie eller egenandel og kommunen søker refusjon for lønnsutgiftene til kommunen. Husbanken og storbymidler nevnes også av noen kommuner.

12.2 OVERGANG FRA MIDLERTIDIG TIL VARIG BOLIG

Det er gitt 330 svar på følgende spørsmål: "Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere i overgangen fra midlertidig bolig til varig bolig?"

En del kommuner svarer at de ikke har midlertidige boliger og/eller at de ikke har innbyggere med behov for midlertidige boliger. I andre tilfeller kan det være private som gir tilbudet:

Ikke systematisk jobbing. Kommunen har ikke boliger. Egen stiftelse som eier boliger til utleie. (Liten kommune i Nord)

Det er svært sjelden behov for midlertidig bolig, så dette er ikke en problemstilling i vår kommune (Mellomstor kommune i Nord)

Andre sier at de i veldig liten grad bruker midlertidige boliger og at de sikrer alle varig boligtilbud innen kort tid. For de kommunene der dette er et reelt spørsmål, er det en del som sier at ansvaret ligger i NAV, men at de samarbeider med NAV:

Dette ansvaret ligger hos NAV, men psykisk helse samarbeider med NAV rundt enkeltbrukere. Vi har per i dag 4 gjennomgangsboliger. Planen er at disse skal omdisponeres og at det skal bygges nye midlertidige boliger som ikke er samlokalisert. Ved tildeling av midlertidig bolig (3 mnd) bistår NAV i å finne bolig på det private markedet (annonsere) evt. hjelper med søknad om kommunal bolig om dette er aktuelt. Omsorgsenheten har noen boliger tiltenkt personer med

alvorlige psykiske lidelser og nedsatt funksjonsnivå og som er beregnet på langtidsutleie. Disse tildeles etter søknad fra brukere til omsorgsenheten (Mellomstor kommune i Sør)

Boligsosialkonsulent ansatt i NAV bistår brukere med kontakt med husbanken og/eller privat leiemarked. (Mellomstor kommune i Øst)

Miljøarbeidaroppfølging/rådgjevar NAV (Liten kommune i Vest)

De får råd og hjelp fra NAV til å finne egnet leid bolig, ofte i det private. (Stor kommune i Midt)

Men det er kanskje uklart hvem som skal ha ansvaret for overgangen til varig bolig. Noen steder er det NAV og andre steder er det psykisk helse og rustjenestene:

Nav sosial jobber med denne problematikken (Liten kommune i Nord)

NAV håndterer akuttbolig og avdeling for psykisk helse og rus bistår brukere med å skaffe varig bolig (Mellomstor kommune i Sør)

Dette er kanskje den vanligste modellen i de store kommunene:

Boligavdelingen i kommunen jobber med boligtildeling. Oppfølgingstjenesten sikrer personoppfølging (Stor kommune i Sør)

Det kan være ulikt om det kun er midlertidige boliger som ligger som NAV-ansvar, eller om de har valgt å organisere hele den kommunale boligjenesten i NAV. I denne kommunen ligger boligjenesten utenfor NAV:

Kommunen har eget tildelingskontor med egen avdeling for boligtildeling. De drifter prosjekt fra "leie til eie". Der er det et eget tildelingsteam for særskilte saker, herunder ROP. NAV gjennomfører faste møter med boligavdelingen. Kommunen vil i løpet av 2015 ha bygget et eget bo og oppfølgingscenter med 20 midlertidige boenheter for bostedsløse. Senteret skal jobbe med overgang til egen bolig, oppfølging og bomestring. Kommunen har fått fra 2015 tilskuddsmidler for 4 stillinger til Housing First. Kommunen har en egen boligsosial handlingsplan med investerings- og aktivitetsplan for utvikling av nye boliger for vanskeligstilte (Stor kommune i Øst)

Store kommuner kan ha et omfattende tilbud:

De lokale NAV sosialtjenestene har booppfølgingsteam som bistår i overgangen og følger opp i bolig. Det er etablert en sentral enhet "Sosial botjeneste" som har ansvaret for oppfølging av beboere i boanlegg for målgruppen (egen bolig/husleiekontrakt samt anlegg der beboere har bo- og tjenesteavtale). Det er et Housing First team som prøver ut metoden. Kommunen har et Botreningscenter som følger opp beboere både i eget anlegg og videre ut i egne boliger. I tillegg har vi et midlertidig botilbud som er spesielt tilrettelagt for ROP pasienter og som også arbeider med overgang mellom sitt midlertidige tilbud og ut til egen selvstendig bolig (Stor kommune i Vest)

En del kommuner har Boligsosialt team som arbeider med overganger mellom boliger, og de kan være organisert på ulike måter:

NAV har et boligsosialt team som jobber svært godt (Stor kommune i Sør)

Kommunen bistår pasientene med administrative tiltak som f.eks søknader, adresse endringer, bostøtte m.m. Kommunen har også et eget bo-team som bistår med dette inkludert innflytting og veiledning (Stor kommune i Sør)

Det samarbeides ofte internt i kommunen om overgang fra midlertidig til varig bolig:

Et samarbeid mellom NAV, vedtakskontor og ulike oppfølgingstjenester som har bosetting og oppfølging i bolig som sine primære oppgaver. «Leie til eie»-prosjektet som et av tiltakene for økt bosetting i privat boligmarked (Stor kommune i Vest)

Samarbeid mellom psykisk helsetjeneste, Nav og boligsosial konsulent. Blant annet informeres det om muligheten for å søke om startlån og praktisk bistand. (Mellomstor kommune i Sør)

Boligsosial gruppe jobber med å få oversikt over dei som treng bustad og hjelper til med å søkja midlar til å kjøpa eigen bustad. Samarbeid mellom Nav og ulike instanser i kommunen. (Liten kommune i Vest)

Etablert samarbeidsprosjekt mellom enhet for Livsmestring og det lokale NAV-kontor (Mellomstor kommune i Sør)

Mens andre samarbeider med spesialisthelsetjenesten:

Bistand fra ROP-team/ambulant team som samarbeider tett med NAV og boligsosial gruppe i kommunen (Mellomstor kommune i Øst)

Følger opp ved ambulerende team rus. Ikke samme tilbud innenfor psykisk helse, men det forsøkes etablert (Mellomstor kommune i Øst)

Det er også noen kommuner som samarbeider med private aktører:

NAV har ansatt en person med spesielt ansvar for oppfølging av personer i imidlertidig bolig. I tillegg kjøper kommunen tjeneste fra Kirkens Bymisjon i form av to årsverk i Boteam som bistår personer med å finne varig bolig og gir praktisk bistand og tett oppfølging i forbindelse med flytting og etablering i boligen (Stor kommune i Sør)

Enkelte kommuner synes å være svært bevisst på problemstillingen og arbeider systematisk:

Søker kommunal bolig umiddelbart ved tildeling av midlertidig botilbud. Personer i midlertidig botilbud prioriteres høyt ved ledighet i tilrettelagte kommunale boliger. Det blir arbeidet tverrfaglig/ flerfaglig i kommunens boligsosiale tildelingsteam. Det tildeles praktisk bistand og opplæring etter behov. Hovedmålet er å komme over i ordinær bolig enten ved å eie eller å leie. Der det er mulig går en inn for kjøp av bolig. For de med lavt funksjonsnivå lager man et samarbeid med tverrfaglig arbeid i forhold til mestring av boforhold, eller klare å beholde boligen. Målet er å legge til rette for disponering av egen bolig. Det gjøres vedtak om bolig og individuelt vedtak om tjenester. Det er et tett tverrfaglig samarbeid mellom rusteam, boteam, psykisk helse og boligkontoret. Bruker samarbeidsplaner der en trenger hjelp for å kunne bo. (Stor kommune i Sør)

Kommunen jobber for å etablere personer i varig bolig som første løsning etter tilbud i spesialisthelsetjenesten (Stor kommune i Øst)

Fra midlertid til varig bolig er et satsingsområde som vil gå inn i søknad om StartLån (Ramme på 15 mill kroner) (Mellomstor kommune i Midt)

Generelt har kommunene en del verktøy tilgjengelig for å få til overganger fra midlertidig til varige boliger for målgruppen:

Ansvarsgrupper/samarbeidsmøter/IP/tiltaksplan/økonomi/frivilligforvaltning/motivasjon/tenke mestringsperspektivet/medbestemmelse/myndiggjøring (Bydel Oslo)

Har ansatt en prosjektleder i boligsosialt arbeid fra nov 2014. Det jobbes der med kartlegging av behov, samt prosesser i forhold til å bygge (Mellomstor kommune i Øst)

Tett oppfølging av brukerne kan også bidra til at de kan flytte fra midlertidig til varig bolig:

Bistår den enkelte utfra individuelt nivå. (Mellomstor kommune i Nord)

Bistår på ulike nivå i forhold til individuelle behov, veiledning og støtte, samt i praktiske gjøremål. (Liten kommune i Midt)

Hver pasient har en koordinator som har ansvar for å koordinere alle tjenestene rundt en bruker. Vi har et tett samarbeid med NAV og fordeler arbeidsoppgaver. Er det nødvendig har vi også ansvarsgrupper. Det viktigste er at brukeren føler at han har en person som han kan stole på i denne prosessen og som er tilstede. (Mellomstor kommune i Øst)

En del kommuner nevner startlån og Husbanken som på ulike måter benyttes for at brukeren skal oppnå et varig botilbud:

Gjennom oppfølging av miljøpersonalet, hjelp til å få orden på økonomien. For nokre ar det aktuelt å gi rådgiving om etableringstilskot, startlån evt husbanklån. (Mellomstor kommune i Midt)

Det virker som det finnes en del faglige verktøy rundt dette arbeidet, men at det er ulik bevissthet eller satsning på overgangen fra midlertidig til varig bolig. Stor variasjon er naturlig, både ut i fra ulike behov blant innbyggerne og ulik situasjon på boligmarkedet.

12.3 OVERGANG FRA KOMMUNALE BOLIGER TIL ORDINÆRT BOLIGMARKED

Vi har spurt: "Hvordan arbeider kommunen med å bistå brukere over i ordinært boligmarked for å frigjøre kapasitet i de kommunale boligene?"

En del kommuner henviser til svaret på forrige spørsmål, fordi de beskriver generelt boligsosialt arbeid, heller enn konkret hva som gjøres for å få til overganger:

Se kommentar ovenfor ifht Boteam. Kommunen vedtar i disse dager en ny Boligsosial handlingsplan der et tiltak er "Fra leie til eie" og har fokus på økt bruk av startlån og -tilskudd. (Stor kommune i Sør)

Andre sier de har flere muligheter:

Vi arbeider aktivt med boligsosialt arbeid og bruk av husbankens virkemidler. Bruker kommunale boliger til utleie for 2-4 år i en overgang til egen permanent bolig. Har alternative kommunale boløsninger (Liten kommune i Midt)

Men brukere med behov for mye oppfølging, blir kanskje det naturlige mange langtidsboende i kommunale boliger:

Vi ser at gruppa som får tildelt bustad og har bruk for mykje oppfølging, oftast har bruk for det i lang tid, evt heile livet. Vi prøver å gjere gode vurderingar før tildeling. Lite sirkulasjon i bustadar med døgnbasert tilbod, få som kan flytte vidare. Brukarar i andre kommunale bustadar har oftast også behov for langtidsoppfølging. Difor lite sirkulasjon (Mellomstor kommune i Midt)

Blir ofte boende i kommunale boliger (Liten kommune i Nord)

Noen kommuner sier de ikke arbeider aktivt med denne problematikken fordi de har mange kommunale boliger:

Vi arbeider ikke mye med dette, da kommunen har god kapasitet på kommunale boliger (Liten kommune i Sør)

Vi har ikke hatt noe press på dette pr i dag. Vi har heller hatt problemer med å fylle opp de kommunale boligene (Liten kommune i Sør)

Om det er like bra for den enkelte bruker å bo i en kommunal bolig eller i en bolig i ordinært boligmarked, kan sikkert diskuteres i hver enkelt sak. Andre sier at de bør bli bedre i dette arbeidet:

Kommunen arbeider for dårlig og lite systematisk i forhold til dette. (Mellomstor kommune i Nord)

Laget en ny boligsosial strategi som skal bedre dette (Liten kommune i Sør)

Noen har hatt gode erfaringer fra prosjekt, mens andre er i oppstartsfasen av prosjekt:

Prosjekt i 3 år. Går ut 2015. Over i ordnær drift frå 2016, Svært vellukka. Fått til gjennomstrøyming i kommunale bustader. Nokre fleire har fått omsorgsbustad, nokre har kjøpt eigen bustad. Ein del har fått tilbod om kommunal gjennomgangsbustad og nokre leige på privatmarknaden. Eitt årsverk til dette arbeidet, i samarbeid med øvrige tilsette i rus og psykisk helseteneste, eigedomsavdelinga, seksjon innvandring og konsulent som har ansvar for verkemidla til husbanken samt NAV. (Mellomstor kommune i Midt)

Vi planlegger nå oppstart av et prosjekt (ca 1,5 årsverk) som skal vektlegge arbeid med dette temaet. For øvrig: Bistand, veiledning og informasjon også bl.a. ift Husbankens virkemidler. (Stor kommune i Nord)

Økonomi er viktig i overgang mellom boliger, og NAV blir da sentral:

Motivasjon for kjøp og informasjon om ulike tilskotordningar. Arbeider for å skaffe dei ein stabil og varig økonomisk yting (Mellomstor kommune i Vest)

Nav/boligkontor kartlegger økonomi/helse ifht overgang til ordinært boligmarked. (Mellomstor kommune i Vest)

Vi veileder pasienter ut i det private leiemarkedet hvis økonomi tilsier det, samt at pasient ønsker dette. Utfordringen er at det finnes få utleieleiligheter og kommunen består av mange eneboliger med sokkelleilighet. Få leiligheter til utleie, gjennomsliktig samfunn samt høye priser minsker muligheten for våre pasienter til og leie på det private markedet (Mellomstor kommune i Øst)

Vi samarbeider eller hjelper brukere til å få kontakt med NAV i forhold til økonomi. Utfordringen er ofte at det ikke er boliger/leiligheter å oppdrive. Ofte er det det ordinære boligmarkedet mange kommer rett inn i, fordi de kommunale boligene er utleid. (Liten kommune i Øst)

Det er for eksempel vanskelig å få lån uten varig inntekt. Men det private boligmarkedet kan være vanskelig tilgjengelig for målgruppen. En løsning kan være at brukere får kjøpe de kommunale boligene:

Enkelte brukere som har bodd i kommunale boliger, gis mulighet til å kjøpe denne boligen. For øvrig benyttes hele Husbankens tiltaksliste, med Startlån, boligtilskudd, bostøtte etc. (Stor kommune i Øst)

I dei siste åra har fleire som har leigt kommunal bustad fått kjøpt bustaden sin med kommunen til takstpris og ved hjelp av startlån og tilskot. Det blir gitt rettleiing og støtte til å kjøpe privat eller leige privat bustad. Det vert også gitt tilbod om frivillig økonomisk forvaltning ved behov. (Mellomstor kommune i Midt)

Husbanken er en viktig aktør i mange kommuner, men det kan være ulikt hva som er kommunens rolle:

Kommunen initierer ikke dette, men kan bruke Husbankens virkemidler ved forespørsel fra leietakere som ønsker å kjøpe bolig (Mellomstor kommune i Øst)

Bli ikke arbeidet med, men kan søke om tilskudd fra Husbanken og startlån hvis de ønsker å få egen selveid bolig (Liten kommune i Øst)

Bolig er primært et privat ansvar. Startlån fra Husbanken, informasjon og økonomisk rådgivning. (Liten kommune i Midt)

Varighetsbegrensning kan bidra til at mulighetene for overgang vurderes jevnlig:

Kommunale leigekontrakter har varighet på inntil tre år, og må opp til ny vurdering ved utløp. Kommunen prøver å være i dialog med leigetaker ei tid forut for utløp av leigekontrakt, for å finne ut om leigetaker kan ha mulighet til å skaffe seg bolig i det ordinære leigemarkedet/evt kjøpe egen bolig (Liten kommune i Vest)

Kontraktene som inngås er tre-årige. I god tid før kontrakten går ut blir brukere informert om kontraktens utløp, og får tilbud om hjelp/støtte/veiledning for å skaffe ordinært bo-tilbud. Kommunen har boligrådgiver (Mellomstor kommune i Vest)

12.4 ØKT GJENNOMSTRØMMING

Vi har spurt: "Hva skal til for at det ble større gjennomstrømming i de kommunale boligene tiltenkt for brukergruppen"

Det er gitt 282 svar på dette. Svarene grupperes tydelig i følgende kategorier.

- Tettere oppfølging av hver enkelt bruker (mestring og boevne)
- Mer kapasitet til tettere oppfølging
- Bedre kartlegging av behov og boevne
- Mer oppsøkende virksomhet for å oppnå bomestring
- Flere varige og tilpassede boløsninger for brukergruppen
- Flere og rimeligere boliger i ordinært marked
- Bedre lånebetingelser for brukergruppen
- Bedret økonomi i brukergruppen (flere i arbeid, flere avklart til uføretrygd)
- Mer systematisk bruk av Husbanken
- Holdningsendring i samfunnet
- Holdningsendring blant ansatte
- Tidsbegrensninger på kommunal bolig

De fleste forslagene handler om tettere individuell oppfølging av brukerne, både gjennom miljøarbeid og boligsosialt arbeid:

Oppfølgingstjenester med fokus på boligkarriere og boveiledning, tidsavgrensede leieavtaler med fokus på boligkarriere. (Mellomstor kommune i Midt)

Aktiv oppfølging med fokus på selvstendigjøring og et tjenestetilbud som kan ytes i hjemmet. (Stor kommune i Sør)

At kommunen får igangsatt flere passende tilbud med oppfølging og bistand som bedrer den enkeltes mulighet for mestring av sitt boforhold. (Stor kommune i Nord)

Oppfølging og motivasjon til endringer i livet vil gjøre noen i stand til å finne leiligheter på det private markedet. (Mellomstor kommune i Sør)

Oppfølging, veiledning til brukene som en del av vilkårene for kommunal leilighet, med tanke på større gjennomstrømming. (Mellomstor kommune i Øst)

Satse på bustadsosialt arbeid med systematisk trening av boevne. (Liten kommune i Vest)

Mange kommenterer at det må bli bedre kapasitet på oppfølgingen:

Bedre kapasitet på oppfølging i bolig - "boligkarriereplan". (Mellomstor kommune i Midt)

Sette inn flere årsverk i tjenesten, slik at hver enkelt bruker får tettere oppfølging i forhold til sine behov. Bistå bruker med å få "normalisert sitt liv" slik at han/hun hurtigere kan flytte inn i ordinær kommunal bolig. (Mellomstor kommune i Nord)

Målrettet arbeid. Styrking av miljø- og oppfølgingstjenester i kommunen. (Mellomstor kommune i Vest)

Noen kommuner har erfaringer med at det er effektivt med samarbeid mellom de som tildeler boliger og andre:

Tett og hyppig samarbeid mellom sosialtjenestens boligfremkaffer og boligkontoret som formidler den kommunale massen har vist seg for oss at det frigjør kapasitet på den kommunale massen. (Bydel Oslo)

Flere nevner også bedre kartlegging av brukerne som et tiltak:

Bedre struktur på oppfølging og mål. Bedre kartlegging av brukere og stille klare og tilpassede krav og forventninger (Liten kommune i Vest)

Bedre kartlegging ved tildeling og oppfølging i bolig. (Stor kommune i Øst)

Systematisk kartlegging av boevne og tiltak deretter. (Mellomstor kommune i Sør)

Noen sier de må ha bedre utbygde ambulerende tjenester for å oppnå bomestring:

Bedre utbygde ambulerende tjenester for å kunne mestre et boforhold. Tidsbestemte leiekontrakter med målretting av tilbudet. Oppfølging av samarbeidsplaner. (Stor kommune i Sør)

styrke ambulant oppfølging/miljøterapi for å holde motivasjonen hos brukerne oppe (Mellomstor kommune i Øst)

Flere varige og tilpassede boløsninger for brukergruppen:

Flere varige boligløsninger for brukergruppen - med ulik grad av oppfølging. I større grad bekjentgjøre hvilke boligsosiale virkemidler som allerede finnes. (Bydel Oslo)

Høyt fokus på å skaffe egnede boliger. Sikre rett oppfølging i bolig (Mellomstor kommune i Vest)

Tilpassede boliger, mer ressurser i forhold til at det kun er tilbud om dagen. Muligheten for bedre oppfølging. Økt fokus. (Liten kommune i Nord)

Flere boliger i ordinært marked nevnes av mange:

Det er boligmangel i kommune, så for bedre gjennomstrømning må det bygges flere boliger - ikke kommunale. (Liten kommune i Nord)

Flere presiserer at dette må være billigere boliger:

Det måtte være at det ble flere ordinære boliger/leiligheter å leie/kjøre. Og at prisene ikke var så høye slik at de med dårlig økonomi faktisk kunne ha råd til å kjøpe/leie seg noe. (Liten kommune i Øst)

Det skulle vore bedre tilgang på rimelige, enkle bustader for sal. Kostnadsnivået i kommunen er høgt. (Mellomstor kommune i Vest)

Bedre lånebetingelser nevnes av flere:

Gode lånebetingelser og god veiledning og oppfølging. (Liten kommune i Vest)

Hjelp til å få lån og til å bruke lån fra husbank, oppfølging av boveileder (Stor kommune i Vest)

Husbanken nevnes av en del av kommunene, og da ofte at kommunene selv må bli bedre til å benytte virkemidlene i Husbanken:

Aktiv bruk av husbankens virkemidler, Oppfølgingstjenester med fokus på boligkarriere og boveiledning, tidsavgrensede leieavtaler med fokus på boligkarriere. (Mellomstor kommune i Midt)

Hjelp til å få lån og til å bruke lån fra husbank, oppfølging av boveileder (Stor kommune i Vest)

I vår kommune ønskes økt bruk av husbankens virkemidler. (Mellomstor kommune i Øst)

Tilgang til kommunale utleieboliger og aktiv bruk av Husbankens økonomiske virkemidler for å kunne kjøpe egen bolig (Mellomstor kommune i Midt)

Noen sier også at tilskuddsordninger fra Husbanken må bli bedre.

Bedre økonomi blant brukerne foreslås som et tiltak:

Økt sysselsetting- og utdanningstilbud som bedrer økonomien. I dag er mange avhengig av kommunal garanti for depositum som kan være et hinder på privatmarkedet. Enkelte vil ha økt behov for behandling av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunal oppfølging for å bedre sin helse og øke muligheten for tilgang på arbeidsmarkedet. (Stor kommune i Sør)

At vi klarer å gjøre brukerne våre økonomisk selvstendig, hjelp til å bli kredittverdig og øker mulighet for å nytte seg av f.eks. husbankfinansiering. Det er generelt for få boliger tilgjengelig også på det private markedet. Det jobbes politisk med planer om flere boliger, av ulike størrelser/funksjon. (Mellomstor kommune i Vest).

Avklarte økonomiske forhold for den enkelte, som f.eks kortere vei fra AAP til uføretrygd eller først og fremst arbeid. (Stor kommune i Øst).

Stabil økonomi som gir grunnlag for lån (Liten kommune i Sør).

Flere påpeker at det beste for økonomien til brukerne, hadde vært om de kom seg ut i arbeid:

Brukerne kommer i fast arbeid/bruk av Husbankens ordninger/flere private utleiere (Mellomstor kommune i Øst).

Holdningsendringer i befolkningen, eller i det private leiemarkedet, foreslås av noen:

En holdning i befolkningen til å gi disse målgruppene også mulighet for å leie på det åpne markedet (Mellomstor kommune i Sør)

Problemer kan oppstå når private huseiere finner ut at leietakeren har/har hatt psykisk eller rusproblem. Det finnes mye foruttatte meninger og stigmatisering, og det trengs mer holdningsarbeid. (Liten kommune i Øst)

Men det kan også handle om holdningsendring blant de ansatte og brukerne:

Holdningsendring hos beboere og ansatte i botiltak med tro på at beboere kan, vil og har mulighet til å etablere seg i egen eller annen bolig (Stor kommune i Nord)

Kommunen har et sterkt fokus på rehabilitering og mestring for alle brukergrupper. Det trenges først og fremst en holdningsendring både i samfunnet og blant ansatte. Vi må tørre å gi slipp på brukere og la de prøve seg/oppleve at de kan. (Stor kommune i Sør)

Flere foreslår at tidsbegrensningen må praktiseres strengere enn de gjør i dag eller kortere varighet på vedtak:

At de får beskjed når de flytter inn, at det evt er tidsbegrenset. (Mellomstor kommune i Øst)

Tidsbegrenset kontrakter, tettere oppfølging, generelt bedre boligtilbud i kommunen - også differensiert tilbud (Stor kommune i Sør).

Tidsbegrenset leieavtaler. Hjelp til å komme i ordinær bolig marked (Liten kommune i Nord).

Kortere vedtak. Mer oppfølging og aktivt arbeid for å komme over i det ordinære boligmarked (Mellomstor kommune i Sør).

Noen kommuner foreslår et fond for å dekke depositum for leie i ordinært marked:

Depositumsfond i kommunen ville hjelpe mange brukere, i stedet for kommunal garanti. Fra leie til eie (Stor kommune i Sør).

Som den ene kommunen konkluderer med, er det viktig at ikke de kommunale boligene fylles av personer med lavere omsorgsbehov:

Økonomisk støtte for å gjere dei i stand til å kjøpe eigen bustad. Jobbast med planmessig - bustader tilpassa ulike behov, unngå å ta opp plassar med for høgt omsorgsnivå (Mellomstor kommune i Vest).

12.5 HOUSING FIRST

Housing first er en metode for å få vanskeligstilte raskt inn i en egen, permanent bolig. Valg av bolig skal bygge på brukermedbestemmelse hvor den enkeltes preferanser for beliggenhet og andre generelle ting med bolig skal vektlegges (Husbanken).

Vi har kartlagt om kommunene har benyttet denne metoden, og finner at 29 kommuner oppgir å ha benyttet metoden. Tre bydeler i Oslo har oppgitt at de har benyttet metoden.

Tabell 12.2 Har dere benyttet Housing First?

	Antall	Andel
Ja	29	8
Nei	343	92
Totalt	372	100
Ikke oppgitt	56	
Antall kommuner	428	

En del kommuner har kommentert svaret sitt. Noen steder er Housing First som metode innført:

Housing First er etablert som et 2-årig prosjekt. (Stor kommune i Øst)

Flere sier bare at de har vært på kurs eller seminar om dette:

Housing First har vært et sentralt tema i prosjektet boligsosialt arbeid og i arbeidet med den nye boligmeldingen. Flere aktører i arbeidsgruppa har vært på seminar (Stor kommune i Øst)

Vi har vært på kurs om emnet. (Mellomstor kommune i Midt)

Mange kommuner følger ikke direkte metoden, men sier de arbeider på tilsvarende måte:

Har ikke opprettet det som en metode, men arbeider i denne retningen i dag. (Stor kommune i Sør)

I prosjektet "Tverrfaglig innsatsteam" er det forsøkt elementer fra denne tenkningen. (Liten kommune i Øst)

Kommunen jobber etter prinsippet om bolig først, før man kan begynne å jobbe med resten av livet, men bruker ikke prinsippene i Housing first fullt ut. Kommunen tilbyr oppfølgingstjenester i bolig. Og en mulighet for naboer å ha en dialog med kommunen. Tilbudet gir på dagtid. (Stor kommune i Øst)

Dette er i tråd med det Husbanken opplever "Noen ganger blir begrepet Housing First brukt uten at prinsippene i modellen følges." Husbanken har derfor lagt ut en kortfattet introduksjon som beskriver hovedprinsippene i metoden på sin nettside.

Flere sier de har hørt om metoden og synes det er mye bra der:

Har lest og hørt mye om dette, virker veldig bra! Når ny ruskonsulent er på plass skal vi prøve å få gjennomslag for oppstart av dette. (Mellomstor kommune i Øst)

Flere vurderer å innføre Housing First metoden:

Kommunen vurderer om vi skal gå inn i denne metodikken. Dette forutsetter en omorganisering internt mellom enheter. (Mellomstor kommune i Sør)

Planlegger å bruke prinsippet, har skaffet oss kompetanse på det. (Mellomstor kommune i Vest)

Flere nevner at Housing First kanskje ikke passer når boligmarkedet er stramt, men vi har ikke undersøkt om dette er riktig:

Svært dårlig boligmarked, gjer at Housing First ikkje er aktuelt pr no. (Liten kommune i Vest)

Har vært vurdert, men vi ser at det vanskelig kan la seg gjøre med dagens boligmarked. (Mellomstor kommune i Øst)

En kommune har erfart at Husbanken ikke hadde mer tilgjengelige midler:

Vi har vært i kontakt med Husbanken ang boligprosjekt. Husbanken sa midlene er brukt opp. I tillegg mente de at de personene vi hadde tenkt inn i prosjektet hadde for omfattende problematikk til at de kunne støtte prosjektet. (Liten kommune i Sør)

12.6 OPPSUMMERING

I overkant av hundre kommuner oppgir eksplisitt at de har døgnbaserte tilbud til målgruppen som kan sies å ligge mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud. Dette er ofte heldøgnsbemannede boliger eller bofellesskap med personalbase.

Tettere individuell oppfølging av den enkelte bruker gjennom miljøarbeid og boligsosialt arbeid, kan bidra til at flere brukere flytter fra midlertidige til varige botilbud i følge kommunene.

Økt gjennomstrømming i de kommunale boligene kan også oppnås med tettere oppfølging og mer ressurser til botrening og bomestring. Men i mange tilfeller ser det ut til at brukernes svake økonomi er en av hovedårsakene til at de blir boende i kommunale boliger, og ikke at de ikke mestrer å bo i ordinær bolig. Sannsynligvis vil det være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke mer midler på å bedre brukergruppens økonomiske boevne.

13 SELVMORD, SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING

Gjennom "Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017" (IS 2182, Helsedirektoratet) defineres det overordnede målet med planen å være å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Dette skal nås gjennom:

- God psykisk helse og mestring i befolkningen
- Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper
- God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte
- Et kunnskapsbasert tjenesteapparat
- Kunnskapsbaserte strategier og tiltak

Dette kapitlet handler om kommunenes arbeid med selvmord, selvmordsforsøk og selvskading. Vi har spurt:

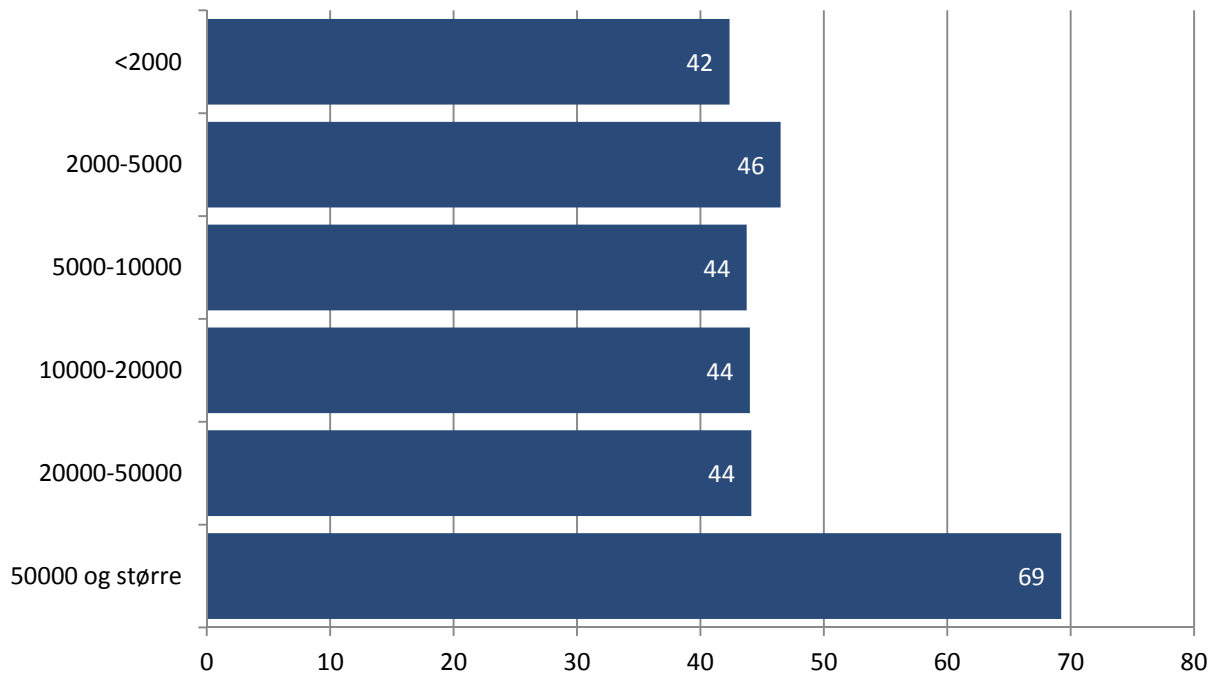
- Arbeider kommunen systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading?
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til pårørende og andre berørte av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?
- Hvordan vil dere beskrive samhandlingen i kommunen om personer som har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?
- Hva skal til for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?

Spørsmålene hadde følgende undertekst: "Helsedirektoratet ønsker informasjon om kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med selvmord, selvmordsforsøk og selvskading. Dersom dere ikke har informasjon om dette, ber vi dere undersøke dette med aktuelle personer i kommunene."

13.1 SYSTEMATISK FOREBYGGINGSARBEID

Tabell 13.1 Antall kommuner som oppgir at de arbeider systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, 2015.

	Antall	Andel
Ja	170	45
Nei	207	55
Totalt	377	100
Ikke oppgitt	51	
Antall kommuner	428	



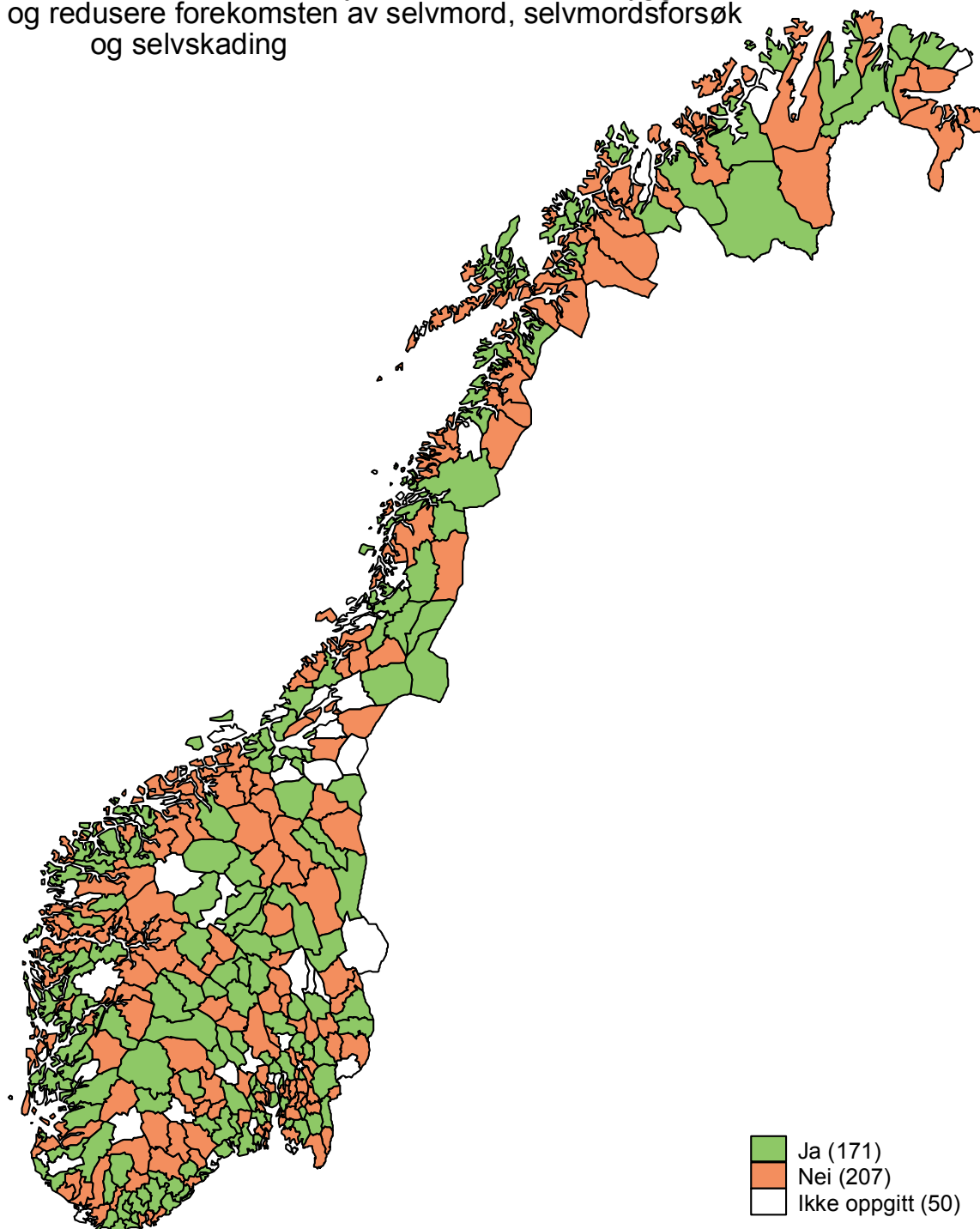
Figur 13.1 Antall kommuner som arbeider systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, 2015.

De største kommunene svarer i større grad ja på spørsmålet, men det er ikke betydelige forskjeller mellom kommuner med færre enn 50 000 innbyggere.

Kartet på neste side viser geografisk fordeling og vi ser at det er særlig lav andel av kommunene i Sogn og Fjordane og i Østfold som svarer ja, mens det er en del som ikke har svart i Trøndelag. Når vi ser på helseregion, er andelen lavest i Nord, men det er ikke store eller svært systematiske forskjeller etter hvilken helseregion kommunen tilhører.

Vi har også undersøkt om de som svarer at de arbeider systematisk med forebygging har flere årsverk per innbygger enn kommuner som svarer nei, og vi finner en sammenheng med årsverk til voksne, men ikke årsverk til barn og unge. Kommunene som svarer ja, har i gjennomsnitt 30 årsverk per 10 000 voksne innbygger, mens de som svarer nei har 27 årsverk per 10 000 voksne innbygger. Det er ingen systematisk sammenheng etter hvor mange årsverk de har per innbygger rettet mot barn og unge.

Arbeider kommunen systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading



Figur 13.2 Arbeider kommunen systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i som er gjeldende per dato?

Det er gitt 185 kommentarer til spørsmålet om de arbeider systematisk med å forebygge og redusere forekomst. Når vi går gjennom disse kommentarene, finner vi at det er særlig følgende måter kommunen arbeider forebyggende på:

- Ansatte som har gjennomført opplæring om selvmordsforebyggende arbeid (VIVAT-kurs¹⁴)
- Selvmordsforebyggende team (Bærum-modellen)
- Kartlegging av selvmordsfare i første kontakt (MADRS)
- Kartlegging av utsatte personer, utarbeiding av kriseplaner
- Gode rutiner for oppfølging når risiko avdekkes
- Livskrisehjelp tilgjengelig fra kommunen, krisetelefon, krisehybel, vakttelefon, LEVE
- Tidlig inn, rask psykisk helsehjelp, psykososialt kriseteam
- Tett oppfølging av personer med selvmordsproblematikk og selvskading
 - Samarbeider med fastlegen når risiko avdekkes
 - Samarbeider med spesialisthelsetjenesten når risiko avdekkes
 - Hjemmesykepleie som rykker ut ved bekymring
- Skolehelsetjenesten har samtaler med alle elevene
- Undervisning om temaet i ungdomsskolen, feks i samarbeid med lege/helsesøster/DPS
- Rusforebyggende arbeid
- Fokus på å skape et godt og trygt oppvekstmiljø, antimobbeprogram, MOT etc.
- Tiltaksplan for bekjempelse av selvmord, selvmordsforebyggende plan
- Forebygging gjennom lavterskeltilbud og aktivitetssenter

Det ser ut som få kommuner har muligheter for å avdekke selvmordsrisiko blant personer som ikke har kontakt med tjenestene. Når de er i kontakt og risiko avdekkes, ser det ut til at en del kommuner har rutiner for oppfølging og trekker inn nødvendig hjelp. Flere kommuner sier at de er usikker på om de får identifisert innbyggere som sliter med selvmordstanker gjennom de tiltakene og rutinene de har i dag. Det er for eksempel ingen kommuner som svarer at de har noe spesielt opplegg for enslige eldre menn, som vi vet er i risikozonen. Men dette har kanskje et større fokus i sykehjem og hjemmetjenester generelt. En kommune sier det slik:

Vi arbeider systematisk når vi vet om personer som er suicidal i samarbeid med fastlege og VOP. Dessverre er det mange vi ikke vet om før suicidet er foretatt, spesielt innen rus med overdosedødsfall er det gråsoner, vanskelig å vite hva er hva (Mellomstor kommune i Nord).

Kanskje i for liten grad. Helsesøster jobber forebyggende, ellers er det ikke lett å fange opp når det gjelder den voksne gruppa (Liten kommune i Nord)

Flere kommuner beskriver situasjonen, og her er eksempel fra en liten kommune som opplever at problematikken er økende:

Problematikken unge med rus, sjølvskading og kronisk suicidalitet er aukande. Kommunen har hatt svært krevjande oppgåver dei seinare åra, og har greidd å byggje opp ein betre kompetanse

¹⁴ Et landsdekkende undervisningsprogram som ble opprettet i 2000 som et av flere tiltak til Handlingsplan mot selvmord, finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Målet er å spre kompetanse om førstehjelp ved selvmordsfare.

og ei stabil personalgruppe kring dei som er alvorlegast råka. Fastlegane har også eit særleg fokus på utfordringane, og kommunen har eit tett samarbeid med Nordfjord psykiatrisenter når det gjeld rettleiing til personalet. Men tenestene opplever store daglege utfordringar, og har også bede Fylkesmann om å ha eit sterkare fokus på temaet. Det er også kommunen si oppleving at det har vore vanskeleg å få til gode overgangar mellom innlegging i spesialisthelsetenesta og utskrivning til eigen bustad. Krava som spesialisthelsetenesta legg inn til kommunane er vanskelege å overhalde. Elles er ansvarsgrupper, individuell plan, handlingsplanar og kriseplanar også brukt i dette arbeidet. (Liten kommune i Vest)

Det er et høyaktuelt tema i direkte pasientarbeid individuelt. Sporadisk innslag av fokus på tema i lokalt fagmiljø (Liten kommune).

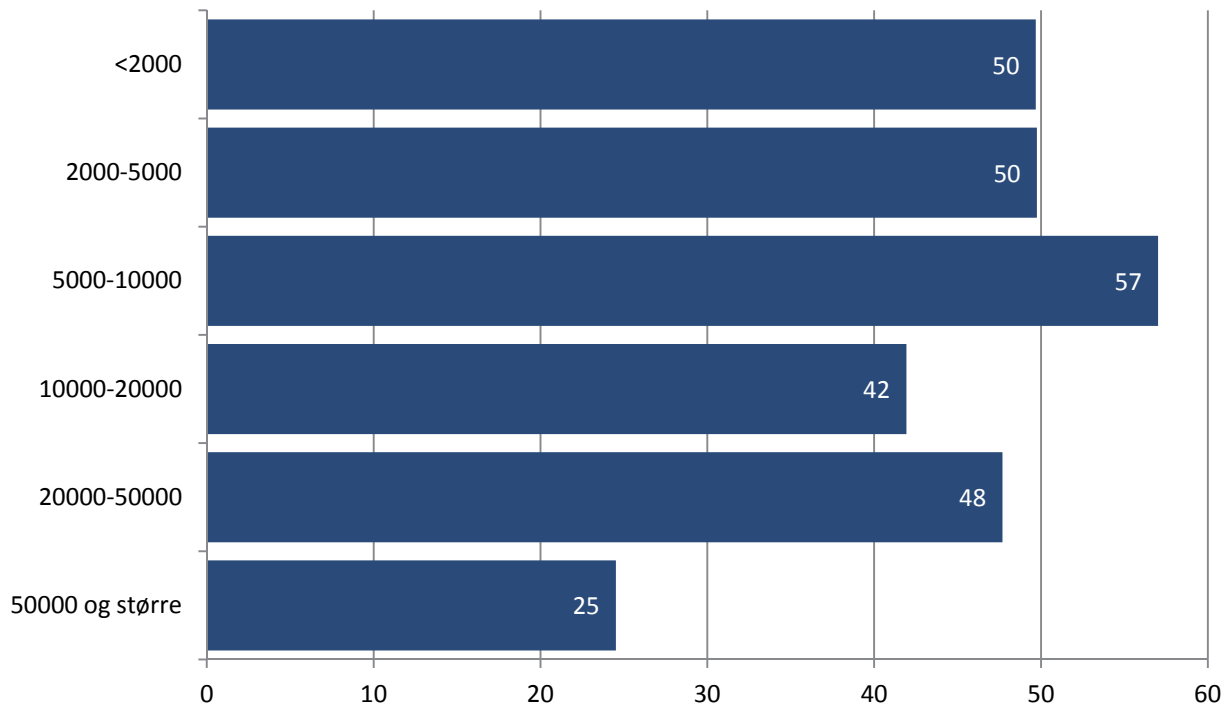
Flere svarer som denne kommunen, at dette er et tema i det daglige arbeidet, men at kommunen ikke har noen samlet plan eller rutiner for å forebygge.

13.2 TILBUD TIL PERSONER SOM HAR SELVMORDSPROBLEMATIKK OG/ELLER SELVSKADING

Tabell 13.2 I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading?

	Antall kommuner	Andel
I svært stor grad	8	2
I stor grad	177	47
I noen grad	176	47
I liten grad	8	2
I svært liten grad	4	1
Totalt	373	100
Ikke svart	55	
Antall kommuner	428	

87 % av kommunene har svart på dette spørsmålet, og rundt halvparten mener de i stor grad lykkes med dette arbeidet. Om vi ser på andel kommuner som svarer at de lykkes i "svært stor" eller i "stor grad" og behandler de som ikke har svart som "missing", fremkommer følgende sammenheng etter kommunestørrelse:

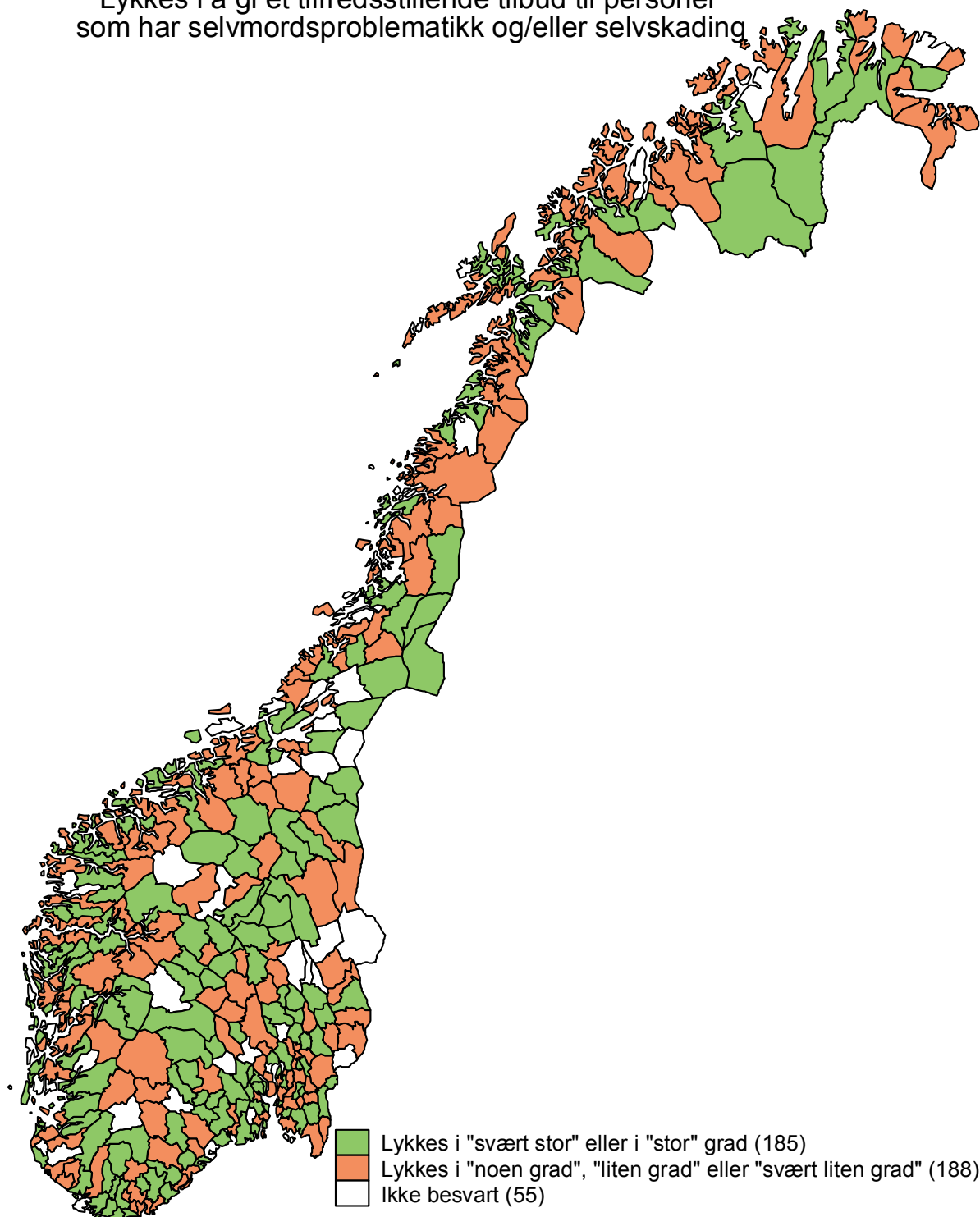


Figur 13.3 Andel kommuner som opplever at de de lykkes i "svært stor" eller i "stor grad" å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading?

Folkehelse rapporten 2014 sier at det ikke er gjort noen systematiske studier av forskjeller i forekomst av selvmord i Norge etter geografi eller urbanitet de siste årene. Rapporten sier videre at det i Norge har vært mer selvmord i rurale strøk, mens i andre land er det mer selvmord i urbane strøk, og at det meste av denne forskjellen kan forklares med andre risikofaktorer. Vi kan derfor ikke si noe om generell forekomst av selvmord i ulike deler av landet. Men når vi ser på fordelingen av kommunene etter hvor godt de opplever at de lykkes, fremkommer kartet vist i neste figur.

Målt i antall kommuner, er det flere kommuner i Nord-Norge som opplever at de ikke lykkes så godt på dette fagfeltet. Men om vi vektet kommunene etter antall innbyggere og gir mer vekt til store kommuner med mange innbyggere (se kapittel 2), ligger også Sør-Trøndelag, Hordaland og Agderfylkene lavt.

Lykkes i å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading



Figur 13.4 Kommuner etter hvor godt de opplever at de lykkes med å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har selvmordsproblematikk og/eller selvskading?

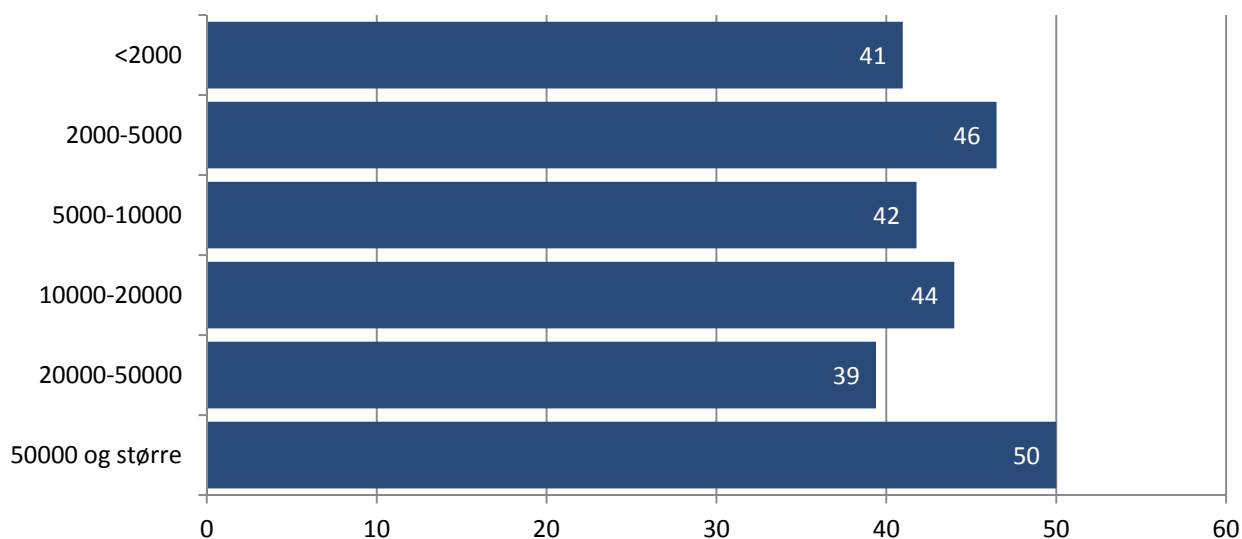
13.3 TILBUD TIL PÅRØRENDE OG ANDRE BERØRTE AV SELVMORD, SELVMORDSFORSØK OG SELVSKADING

Tabell 13.3 I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til pårørende og andre berørte av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?

	Antall	Andel
I svært stor grad	14	4
I stor grad	148	40
I noen grad	190	51
I liten grad	18	5
I svært liten grad	4	1
Totalt	374	100
Ikke oppgitt	54	
Antall kommuner	428	

I Oslo er det 9 bydeler som svarer "I noen grad", tre svarer "I stor grad", mens to svarer "I liten grad".

Mønsteret er ulikt i forhold til forrige spørsmål, men det er ikke systematiske forskjeller etter kommunestørrelse etter om de opplever å gi pårørende og andre et tilfredsstillende tilbud.



Figur 13.5 Andel kommuner som opplever at de lykkes i "svært stor" eller i "stor grad" å gi et tilfredsstillende tilbud til pårørende og andre berørte av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading.

Vi finner også lite variasjon fra fylke til fylke, men det er systematisk mindre sannsynlig at kommuner i Troms og Finnmark svarer at de har et tilfredsstillende tilbud til pårørende enn i andre fylker. I forhold til Helseregioner, er det færre kommuner i Nord og Midt som opplever å ikke ha et tilfredsstillende tilbud enn i Sør-Øst og Vest.

13.4 SAMHANDLING INTERNT I KOMMUNEN

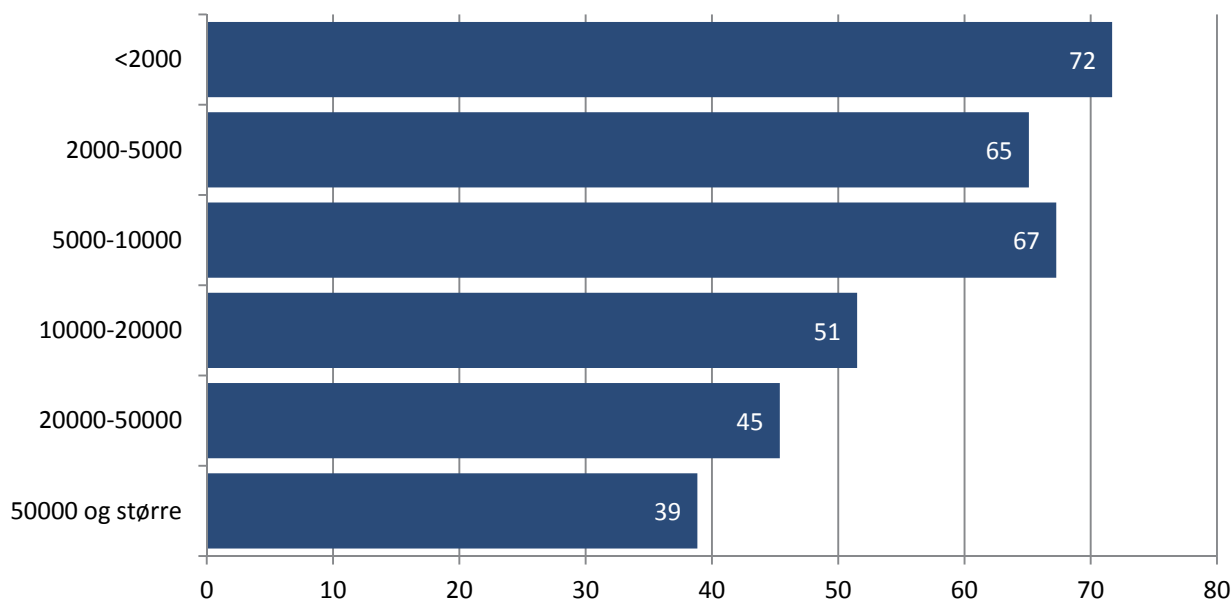
Tabell 13.4 Hvordan vil dere beskrive samhandlingen i kommunen om personer som har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?

	Antall	Andel
Svært god	35	9
God	201	54
Verken god eller dårlig	127	34
Mindre god	9	2
Dårlig	1	0
Totalt	373	100
Ikke oppgitt	55	
Antall kommuner	428	

Også her er det 87 % av kommunene som har svart. Av disse er det 63 % av kommunene som svarer at de har svært god eller god samhandling internt i kommunen rundt personer med har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading.

I Oslo er det en bydel som svarer svært god, seks som svarer god, seks som svarer hverken god eller dårlig og én bydel som svarer mindre god.

Her er det systematiske forskjeller mellom ulike kommunegrupper etter størrelse, og det er færre kommuner som beskriver at samhandlingen er god internt i de store kommunene sammenliknet med mindre kommuner.



Figur 13.6 Andel kommuner som opplever at samhandlingen i kommunen om personer som har problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading er "Svært god" eller "God".

Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom fylker eller mellom helseregionene. Vi finner heller ingen systematisk variasjon i forhold til hvor mange årsverk de har rapportert på psykisk helse og rusarbeid til voksne eller til barn og unge.

13.5 HVA SKAL TIL FOR Å FÅ BEDRE TILBUD

Vi har spurt: Hva skal til for å kunne jobbe tilstrekkelig med problematikk knyttet til selvmord, selvmordsforsøk og selvskading?

261 kommuner har svart på dette, dvs 60 % av alle kommunene. Når vi går gjennom svarene, ser vi at det handler om:

- Bedre samarbeid internt i kommunen
- Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Tettere samarbeid med fastlegen
- Mer ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid
- Mer kompetanse og faglig påfyll
- Mer systematisk forebyggende arbeid

En liten kommune i Midt-Norge sier det slik og dette er betegnende for mange av svarene:

Vi jobber med denne problematikken hver dag. Innimellom er det akutt, men som oftest jobber vi forebyggende. Vi kan alltid bli bedre på samarbeid innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Vi prøver også å delta på kurs vi får tilbud om (hvis det ikke er for dyrt) og vi har fast veiledning av ekstern veileder. Dette for å løse utfordringer på en best mulig måte og å få friske opp og tilegne oss ny kunnskap om problematikken. Dette må opprettholdes!

Oppfriskning av kompetansen og trening i å avdekke risiko synes å være viktig både for små og store kommuner.

13.6 OPPSUMMERING

Førtifem prosent av kommunene oppgir at de arbeider systematisk for å forebygge og redusere forekomsten av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading og de største kommunene gjør det hyppigst. Typiske tiltak har vært å kurse ansatte i selvmordsforebyggende arbeid (VIVAT-kus), selvmordsforebyggende team etter Bærum-modellen, systematisk kartlegging av selvmordsfare (MADRS) etc.

Det interne samarbeidet i kommunene rundt dette temaet varierer, og det ser ut som det er best og lettest å få til i de små kommunene. Når vi spør hva som skal til for å få et bedre forebyggingsarbeid på dette feltet handler det nettopp om å få til et bedre samarbeid internt i kommunen, men også med spesialisthelsetjenesten og med fastlegen. Mange etterlyser mer ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, mer kompetanse og faglig påfyll og mer systematikk i arbeidet.

14 VOLD I NÆRE RELASJONER

Politiets definisjon på vold i nære relasjoner er:

*Vold eller trusler om vold overfor personer som er eller har vært gift eller som lever eller har levd i ekteskapslignende forhold. Det gjelder også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og stefforhold. Voldsutøvelsen er stedsuavhengig.*¹⁵

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017 (Justis- og beredskapsdepartementet) følger opp Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve, er utarbeidet av flere departementer. Denne gir blant annet konkrete tiltak på områdene forebygging, kunnskap og kompetanse, hjelpe- og behandlingstilbud, straffeforfølgning og samarbeid og samordning. Omfanget av vold i nære relasjoner er vanskelig å anslå, men handlingsplanen anslår at mellom 75 000 og 150 000 personer årlig utsettes for vold i nære relasjoner i Norge.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress arbeider med "Omfangsundersøkelsen om vold i nære relasjoner - Trygghet, vold og livskvalitet i Norge", men det ser foreløpig ikke ut til å være presentert nye tall på omfang av vold i nære relasjoner.

Helsedirektoratet ønsket å kartlegge kommunens innsats i forhold til arbeid med vold i nære relasjoner. Følgende spørsmål ble derfor tatt med i 2013-rapporteringen:

- Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato? (Svaralternativer: Ja, Nei)
 - Om JA, har utarbeiding av handlingsplan tatt utgangspunkt i "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)"? (Svaralternativer: Ja, Nei med mulighet for kommentar).
- Har kommunen oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av et år? (Svaralternativer: Ja, Nei)
 - Om JA, hvor mange?
- I hvilken grad vurderer dere at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner? (Svaralternativer: I svært stor grad, I stor grad, I noen grad, I liten grad, I svært liten grad)

Disse spørsmålene var også med i 2014, så i dette kapittelet kan vi også se på utviklingen fra våren 2014 til våren 2015.

¹⁵ https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nare_relasjoner/definisjon_pa_vold_i_nare_relasjoner/

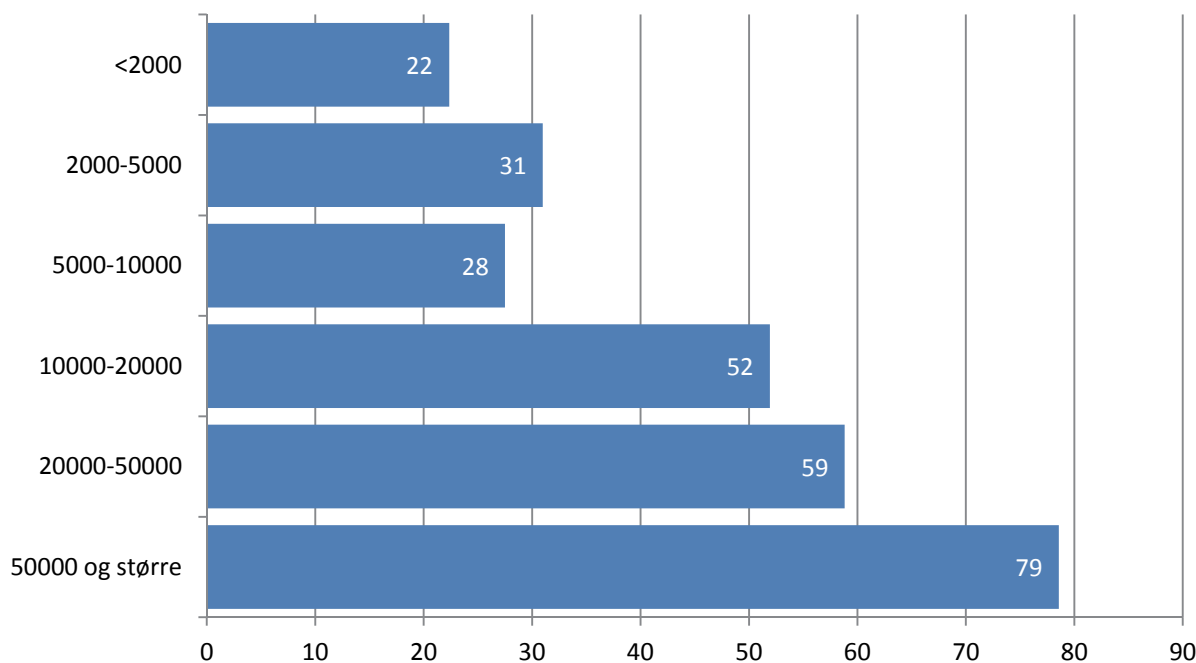
14.1 HANDLINGSPLAN OG BRUK AV VEILEDER

Som vist i tabell 14.1 har hver femte kommune som har svart (88 %) oppgitt at de har en handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato.

Tabell 14.1 Antall og andel kommuner som har utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato.

	Antall	Andel
Ja	134	35
Nei	244	65
Totalt	378	100
Ikke oppgitt	50	
Antall kommuner	428	

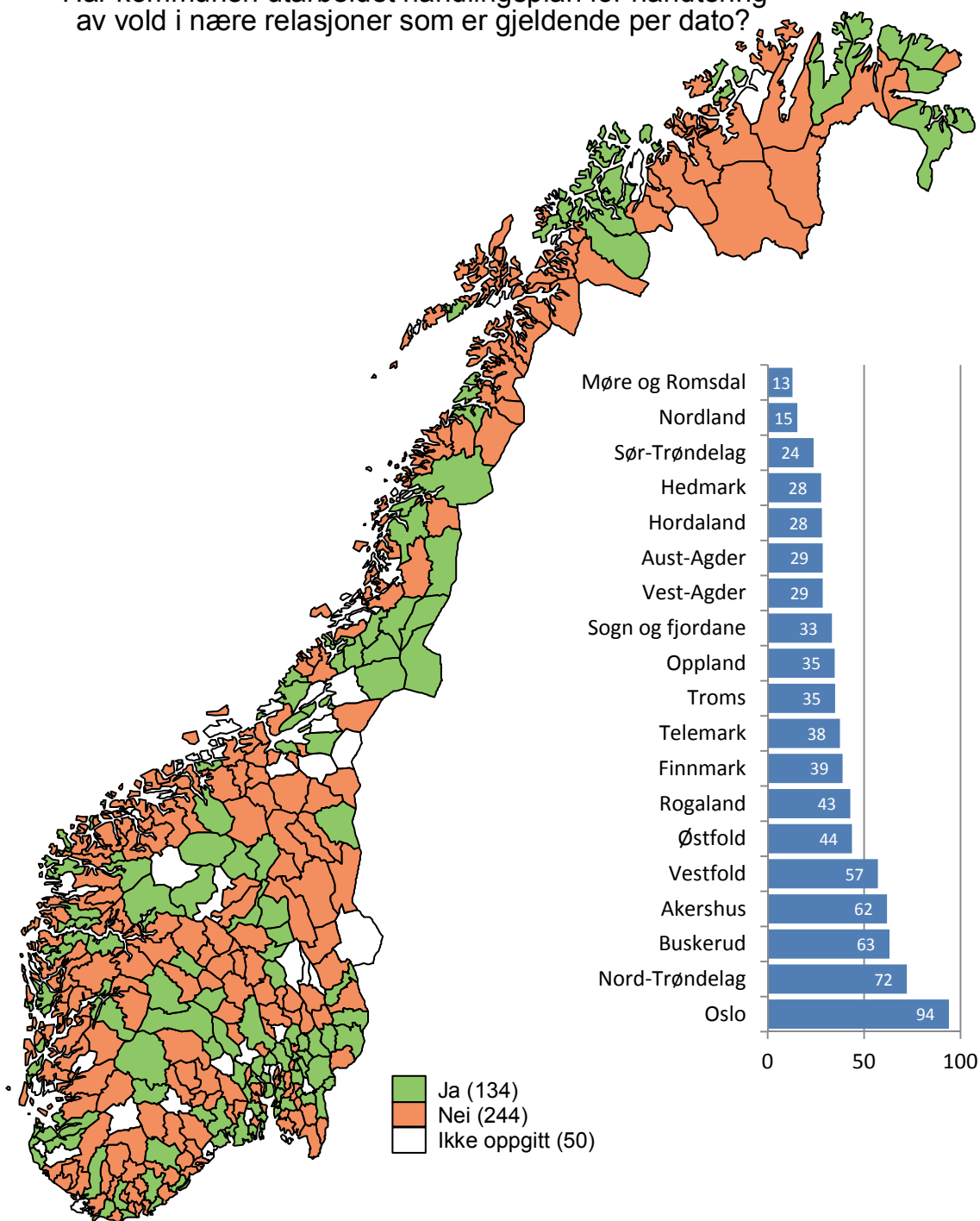
Våren 2014 var det 87 kommuner som oppgav at de hadde gjeldende handlingsplan på dette området, mens det våren 2015 er 134 kommuner som svarer at de har det. Andelen kommuner som har en slik handlingsplan har dermed økt fra 20 % til 35 %. Alle bydelene i Oslo unntatt en, oppgir i 2015 å ha gjeldende handlingsplan.



Figur 14.1 Andel kommuner med gjeldende handlingsplan.

Det er signifikante forskjeller mellom de kommunene som har mindre enn 10 000 innbyggere og større kommuner. Neste side viser den geografiske fordelingen.

Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato?



Figur 14.2 Geografisk illustrasjon av svar på spørsmålet: "Har kommunen utarbeidet handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner som er gjeldende per dato?" Søylediagram: andel kommuner som svarer "Ja".

Det er altså færrest kommuner i Møre og Romsdal og i Nordland som har oppgitt at de ikke har handlingsplan som er gjeldende per dags dato. Andelen er uvektet og er beregnet ut i fra de kommunene som har svart. Når vi ser på de 50 kommunene som ikke har oppgitt svar, finner vi at svarandelen på dette spørsmålet er særlig lav i Nord-Trøndelag, Hedmark og Rogaland.

I 2014 var det 86 % av de som hadde handlingsplan som hadde benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Denne andelen har i 2015 steget til 97 % av alle som svarer at de har handlingsplan.

Det er 78 kommuner som har gitt en kommentar til handlingsplan og bruk av veileder. Mange kommuner svarer at de er i gang med arbeidet med å utarbeide en plan. Noen svarer at planene utarbeides i samarbeid med andre kommuner, mens andre er i gang med egne planer. Noen steder utarbeides planen av barnevernet, mens andre steder er det et større tverrfaglig arbeid som ligger bak. Noen sier også at planen de har i dag bør revideres fordi den ikke er god nok. De som er i gang med planarbeidet, sier i stor grad at de bruker veilederen.

Det er likevel mange kommuner som svarer at de ikke har en slik plan, men som heller ikke gir en kommentar at de er i gang, totalt 199 kommuner. Dette er likevel en betydelig nedgang fra 2014, da det var 270 kommuner som ikke hadde planer eller nevnte at de var i gang med planarbeid.

14.2 OVERSIKT AV HENVENDELSER OM VOLD I NÆRE RELASJONER TIL HELSE- OG OMSORGSPERSONELL

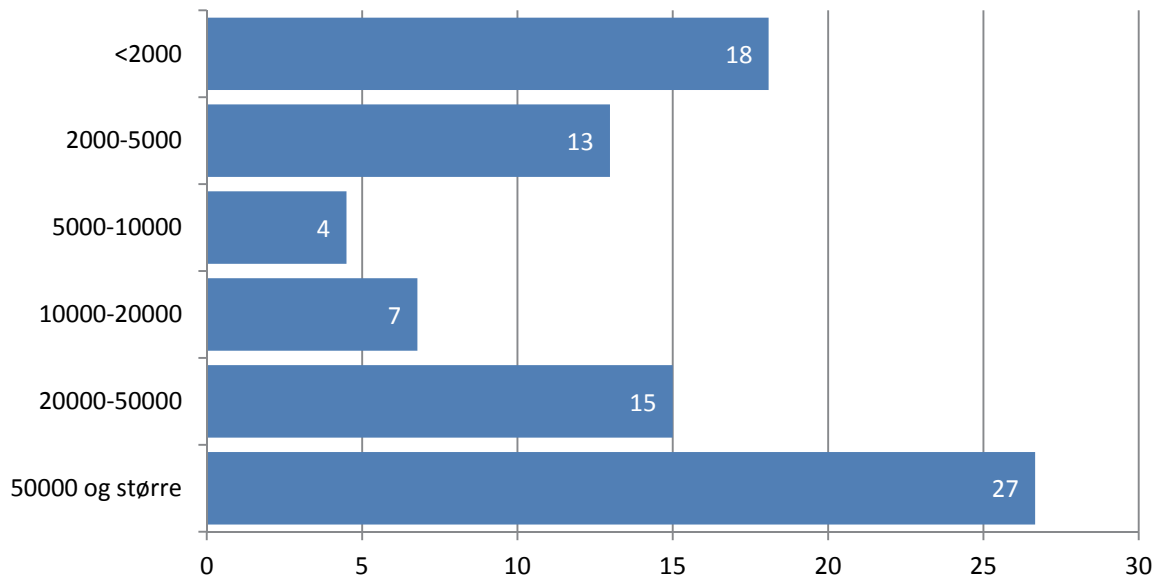
Av landets kommuner er det 51 som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av året.

Tabell 14.2 Antall og andel kommuner etter om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner.

	Antall	Andel
Ja	52	14
Nei	312	86
Totalt	364	100
Ikke oppgitt	64	
Antall kommuner	428	

Andelen i 2014 var 15 %, så dette er stabilt. Men det er færre kommuner som har svart på dette i 2015 enn i 2014 og det kan ha sammenheng med at det har vært svært mange spørsmål i denne rapporteringen sammenliknet med "vanlige år". Dette vil også kartlegges neste år, men det vil være færre spørsmål som skal besvares, så vi antar at svarprosenten på disse spørsmålene øker.

Det er ikke systematiske forskjeller mellom fylker eller helseregioner i andel kommuner som har oversikt, men det er betydelige forskjeller etter kommunestørrelse. Som vist i neste figur har flere av de minste kommunene oversikt over henvendelser enn mellomstore.



Figur 14.3 Andel kommuner med oversikt over henvendelser til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av 2013 etter kommunestørrelse.

Sannsynligvis vil større kommuner i større grad trenge et mer omfattende rapporteringssystem for å fremskaffe en slik oversikt enn mindre kommuner. I Oslo er det ingen bydeler som har oversikt over antall personer som har henvendt seg, så det er vanskelig å si hvor gode tallene er.

Av de 52 kommunene som oppgir at de har oversikt over antallet, er det 48 kommuner som har oppgitt et svar. Flere oppgir ikke bare ett tall, men viser hvilken oversikt de har:

Barnet utsatt for fysisk mishandling: antall 63. Vold i hjemmet/barnet vitne til vold: antall 63. Registreringene kan gjelde rapportering i samme familie, men er ulike observasjoner eller hendelser (Stor kommune)

En annen kommune har svart "Mindre enn 5".

I fjor hadde vi mer informasjon fra Oslo (fra Helseetaten), men Helseetaten har ikke rapportert i 2015. Det er derfor vanskelig å gjøre nasjonale anslag på årets datagrunnlag. I 2014 beregnet vi at det var omtrent 5 800 henvendelser nasjonalt, men da hadde vi kun rapportering fra psykisk helsearbeid og ikke rus. Vi vil følge opp dette i neste års rapportering.

14.3 ER TILBUDET TILFREDSSTILLENDENDE I FØLGE KOMMUNENE?

Av de 366 kommunene som har tatt stilling til spørsmålet, svarer de fleste (65 %) at de i noen grad klarer å gi et tilfredsstillende tilbud. Fordelingen er svært lik fordelingen vi fant i 2014.

Tabell 14.3 Antall og andel kommuner som i hvilken grad vurderer at kommunen klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner.

	Antall	Andel
I svært liten grad	5	1
I liten grad	26	7
I noen grad	238	65
I stor grad	93	25
I svært stor grad	4	1
Totalt	366	100
Ikke svart	62	
Antall	428	

Når vi koder de som svarer "I stor grad" eller "I svært stor grad" til å være kommuner som mener de gir et tilfredsstillende tilbud (97 kommuner) og ser på hvordan dette varierer med kommunestørrelse, fylke og helseregion – finner vi at de aller største kommunene mener de gir et tilfredsstillende tilbud i større grad enn andre kommuner. Men det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike fylker eller helseregioner.

14.4 OPPSUMMERING

I dette kapittelet har vi sett på om kommunene har handlingsplan for håndtering av vold i nære relasjoner og om de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner og om de mener tilbudet til målgruppen er tilfredsstillende.

Andelen kommuner som har en gjeldende handlingsplan har økt fra 20 prosent våren 2014 til 35 prosent våren 2015. Det er færrest kommuner i Møre og Romsdal og i Nordland som har handlingsplan våren 2015.

Det er 52 kommuner som svarer at de har oversikt over antall personer som har henvendt seg til helse- og omsorgspersonell om vold i nære relasjoner i løpet av året. Datagrunnlaget er for tynt til å gjøre nasjonale anslag.

I 2014 var det 86 prosent av de som hadde handlingsplan som hadde benyttet "Vold i nære relasjoner - veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (2008)". Denne andelen har i 2015 steget til 97 prosent av alle som svarer at de har handlingsplan.

97 kommuner, eller 27 prosent av de som har svart på spørsmålet, oppgir at de i "stor" eller "svært stor" grad opplever å gi et tilfredsstillende tilbud til personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Dette er en marginal økning fra 2014, da andelen var 24 prosent.

15 KONTAKT MED OG NYTTE AV NASJONALE KOMPETANSE- OG RESSURSSENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

Til slutt i skjemaet ønsker vi å kartlegge kommunenes kontakt og nytte med ulike kompetanse- og ressursentre for psykisk helse og rus.

Følgende ressurser ble kartlagt:

- NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)
- KORUS (Regionale kompetansesentre for russpørsmål)
- RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssentre for barn og unge psykiske helse/barnevern)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging)
- ROP-tjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse)

For hvert av disse sentrene/tjenestene fikk kommunene følgende alternativ:

- Har ikke hørt om
- Har hørt om, men ikke vært i kontakt
- Har vært i kontakt med/brukt

Vi spurte deretter de som hadde vært i kontakt med tjenestene, hvor nyttig denne kontakten/bruken var. Følgende alternativ ble gitt:

- Svært nyttig
- Nyttig
- Hverken eller
- Lite nyttig
- Svært lite nyttig

Det er ikke uproblematisk å gjøre en slik kartlegging uten å foreta en omfattende kartlegging blant et stort antall fagpersoner i kommunene. Årsaken er at det kan være enkeltpersoner som har kontakt med ressursentrene heller enn tjenestene. Vi antar her at de som rapporterer svarer på vegne av tjenestene og ikke sin egen person, selv om det er noen kommentarer fra et par kommuner som tyder på at noen svarer som enkeltpersoner heller enn å gi representative svar på kommunens vegne. I kapittelet er de som har svart "Svært nyttig" eller "Nyttig" kodet som "Nyttig".

15.1 NAPHA

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. De er finansiert av Helsedirektoratet, som gir senteret oppgaver gjennom oppdragsbrev og styringsmøter.

NAPHA er inndelt i fem regionale team:

- Team Nord dekker Nordland, Troms og Finnmark.
- Team Midt dekker Nord- og Sør-Trøndelag, samt Møre og Romsdal.
- Team Vest dekker Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.

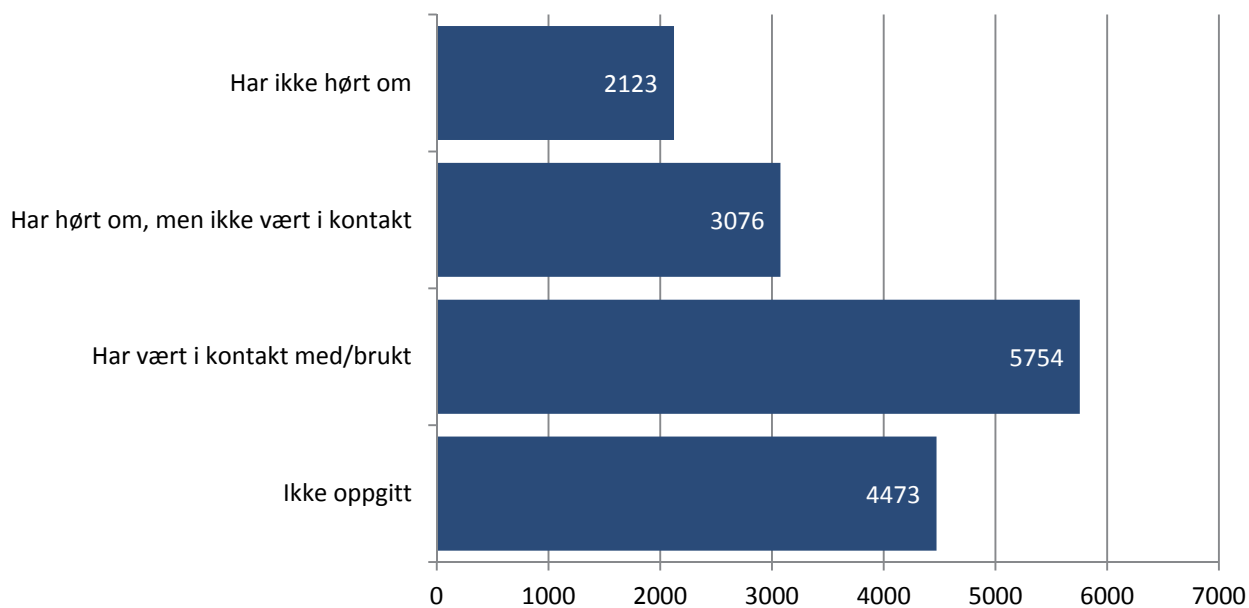
- Team Sør dekker Aust- og Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud.
- Team Øst dekker Østfold, Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland.

Hvert fylke har egen kontaktperson i NAPHA. NAPHA har eksistert siden 2008, og er organisert som fagenhet i NTNU Samfunnsforskning AS. De er rundt 25 ansatte i hel- og deltidsstillinger.

Tabell 15.1 Kontakt med NAPHA

	Antall	Prosent
Har ikke hørt om	10	3
Har hørt om, men ikke vært i kontakt	109	29
Har vært i kontakt med/brukt (inkludert brukt nettsiden)	255	68
Totalt	374	100
Ikke oppgitt	54	
Antall kommuner	428	

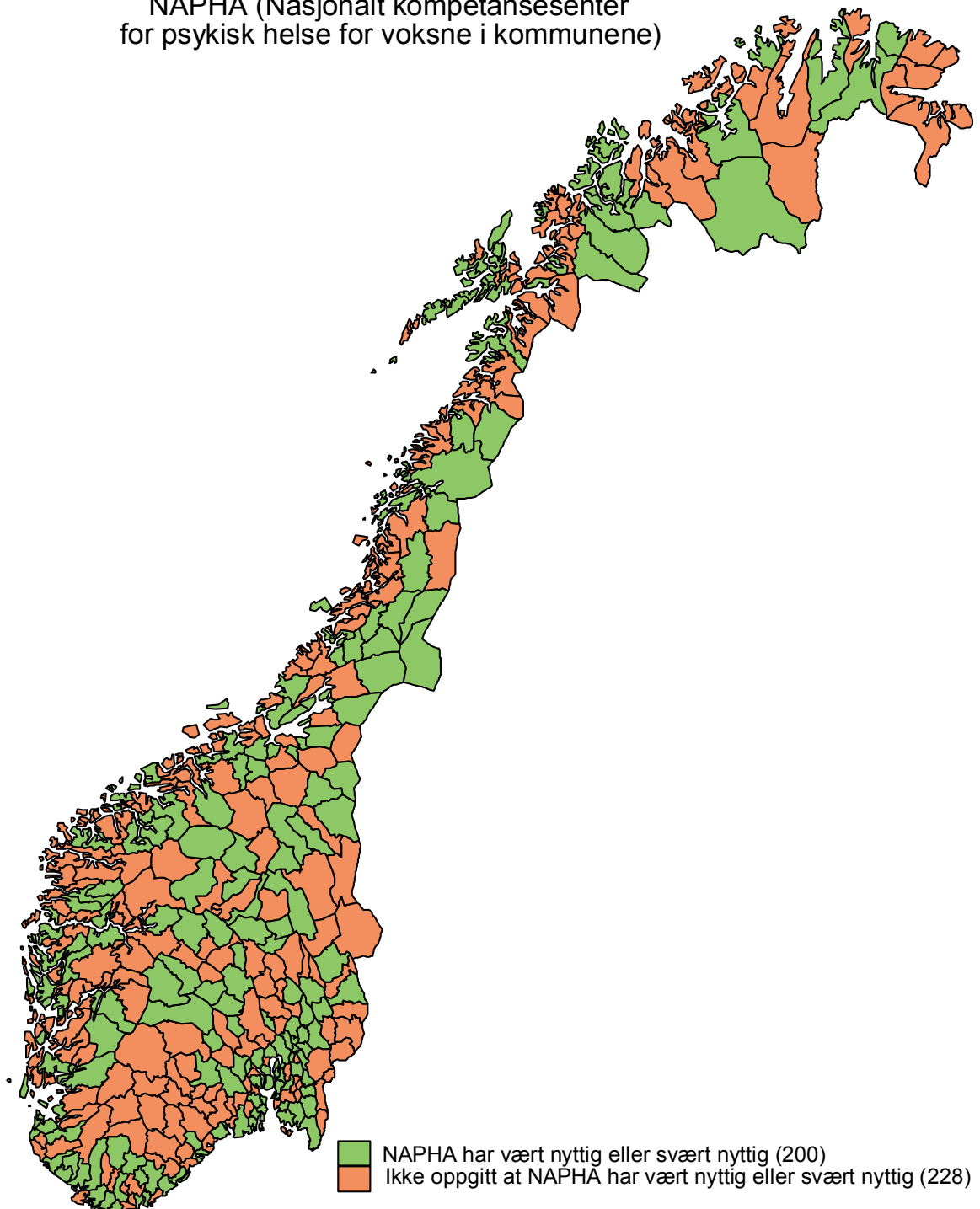
Som vist i figuren under, er det typisk større kommuner som har brukt NAPHA.



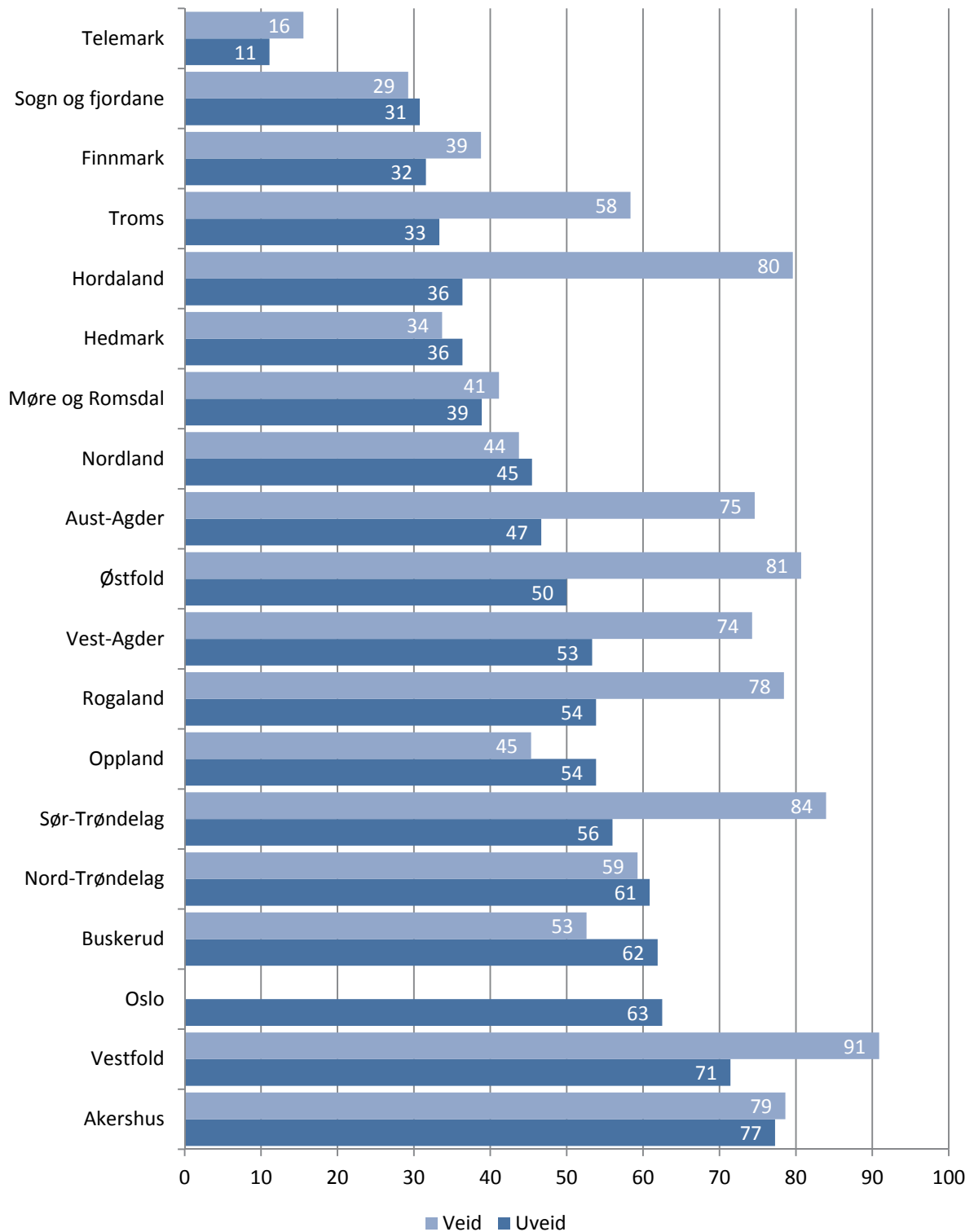
Figur 15.1 Kontakt med NAPHA og kommunestørrelse (median antall innbyggere)

Vi har videre spurt hvor nyttig denne kontakten var, og har kodet de som har svart "Svært nyttig" eller "Nyttig" til nyttig og resten til "Ikke oppgitt at de var nyttig".

NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse for voksne i kommunene)



Figur 15.2 Hvor nyttig kontakten/bruken av NAPHA var.



Figur 15.3 Prosent av kommunene som svarer at NAPHA har vært nyttig. Fylke.

Det er i Telemark og Sogn og Fjordane at NAPHA har sitt største forbedringspotensial.

I de tilfeller veid andel er høyere enn uveid, har større kommuner i større grad sagt at kontakten med NAPHA var nyttig, mens lavere veid andel enn uveid, betyr at de mindre kommunene har i større grad ment at kontakten med NAPHA var nyttig.

15.2 KORUS

Kompetansesenter rus (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål på rusfeltet i den enkelte region. Kompetansesenterets primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, og formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal skje i tett samarbeid med andre regionale aktører, og bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet (Tilskuddsbrev til de regionale kompetansesentre rus (KoRus)).

Sentrene innsats skal være konsentrert rundt følgende kjerneoppdrag:

- Rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet
- Tidlig intervensjon
- Rusbehandling (på alle nivå)

Det er 7 KoRus:

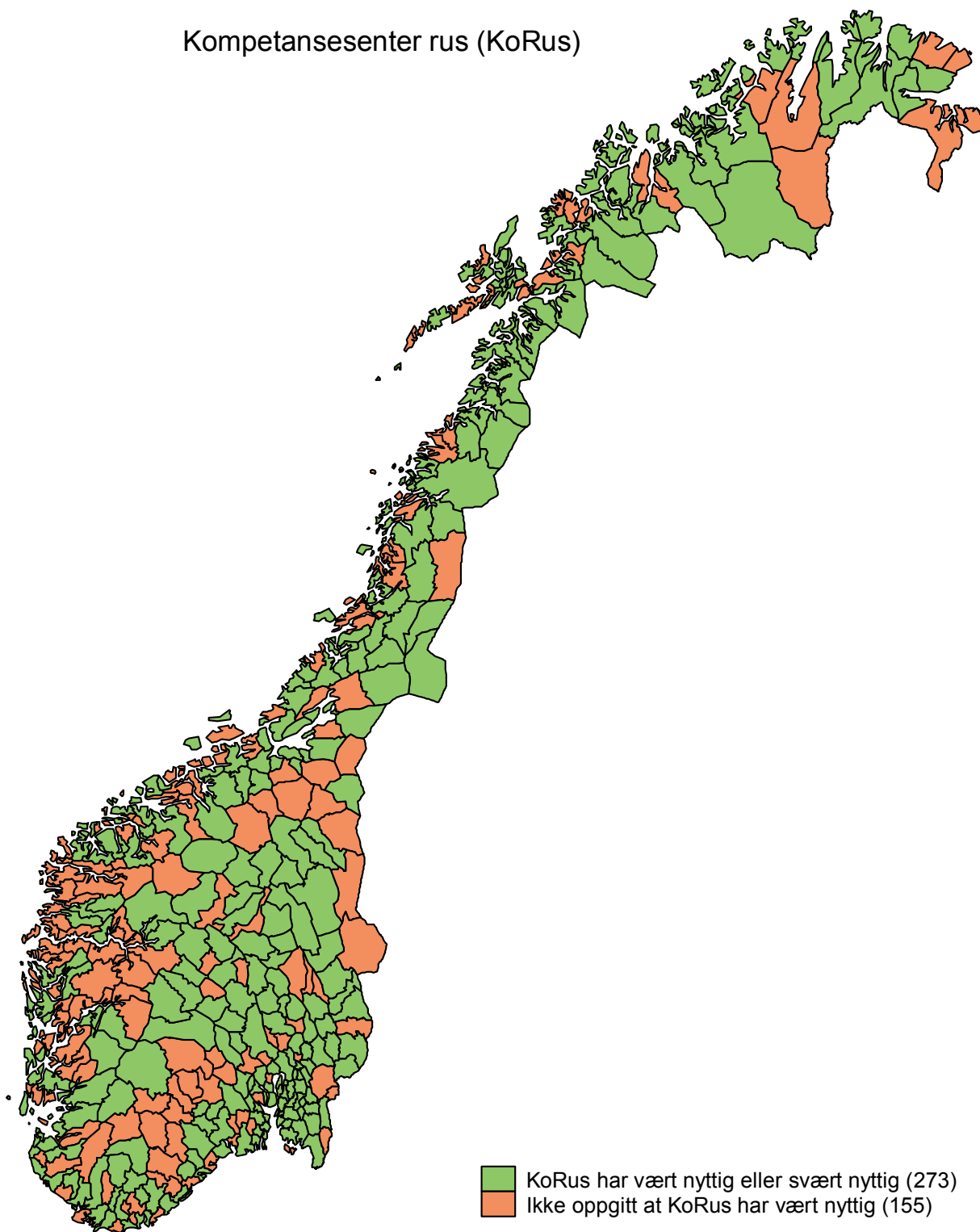
- Øst-norsk kompetansesenter/ KoRus Øst (for fylkene Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland)
- Midt-norsk kompetansesenter/ KoRus Midt (for Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag)
- Borgestadklinikken/ KoRus Sør (for fylkene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder)
- Rogaland A-senter/ KoRus Vest Stavanger (for Rogaland)
- Stiftelsen Bergensklinikkene/ KoRus Vest Bergen (for fylkene Hordaland og Hordaland)
- Rusmiddeletatens kompetansesenter/ KoRus Oslo (for Oslo)

Tabell 15.2 Kontakt med KoRus

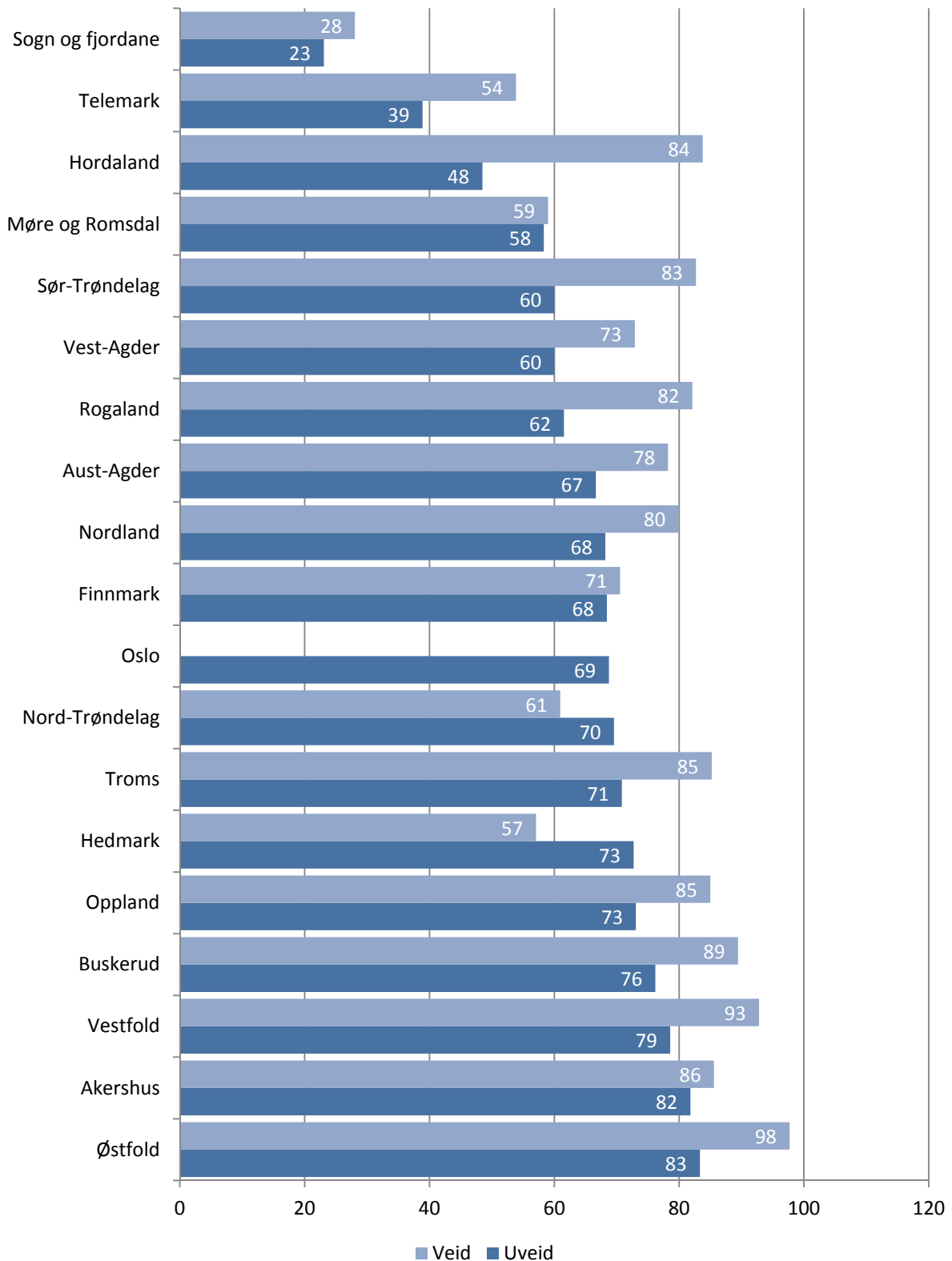
	Antall	Andel
Har ikke hørt om	10	3
Har hørt om, men ikke vært i kontakt	53	14
Har vært i kontakt med/brukt (inkludert brukt nettsider)	313	83
Totalt	376	100
Ikke oppgitt	52	
Antall kommuner	428	

Det er typisk relativt små kommuner som oppgir at de ikke har hørt om KORUS.

Kompetansesenter rus (KoRus)



Figur 15.4 Hvor nyttig kontakten/bruken av KoRus var.



Figur 15.5 Prosent av kommunene som svarer at KORUS har vært nyttig. Fylke.

Som for NAPHA, er det i Sogn og Fjordane og Telemark færrest kommuner som sier at KORUS har vært nyttig. Det er mindre forskjell på veid og uveide tall for KORUS, og det tyder på at de ikke sterkt prioriterer de store kommunene, med noen unntak.

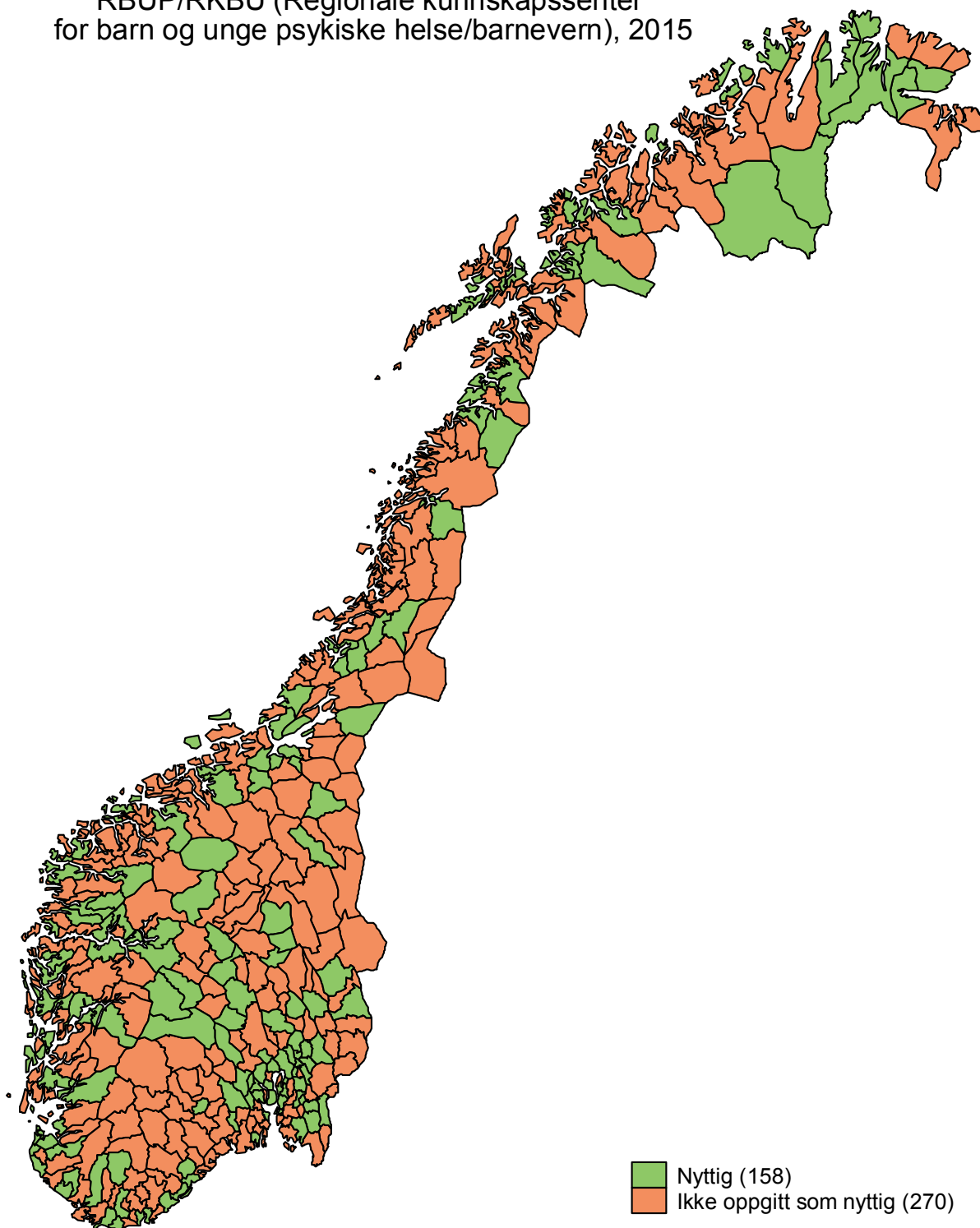
15.3 RBUP/RKBU (REGIONALE KUNNSKAPSENTER FOR BARN OG UNGE PSYKISKE HELSE/BARNEVERN)

Det er fire regionale RBUP senter og de driver med forskning, undervisning og informasjonsarbeid på alle sentrale områder innen fagfeltet barn og unges psykiske helse og barnevern.

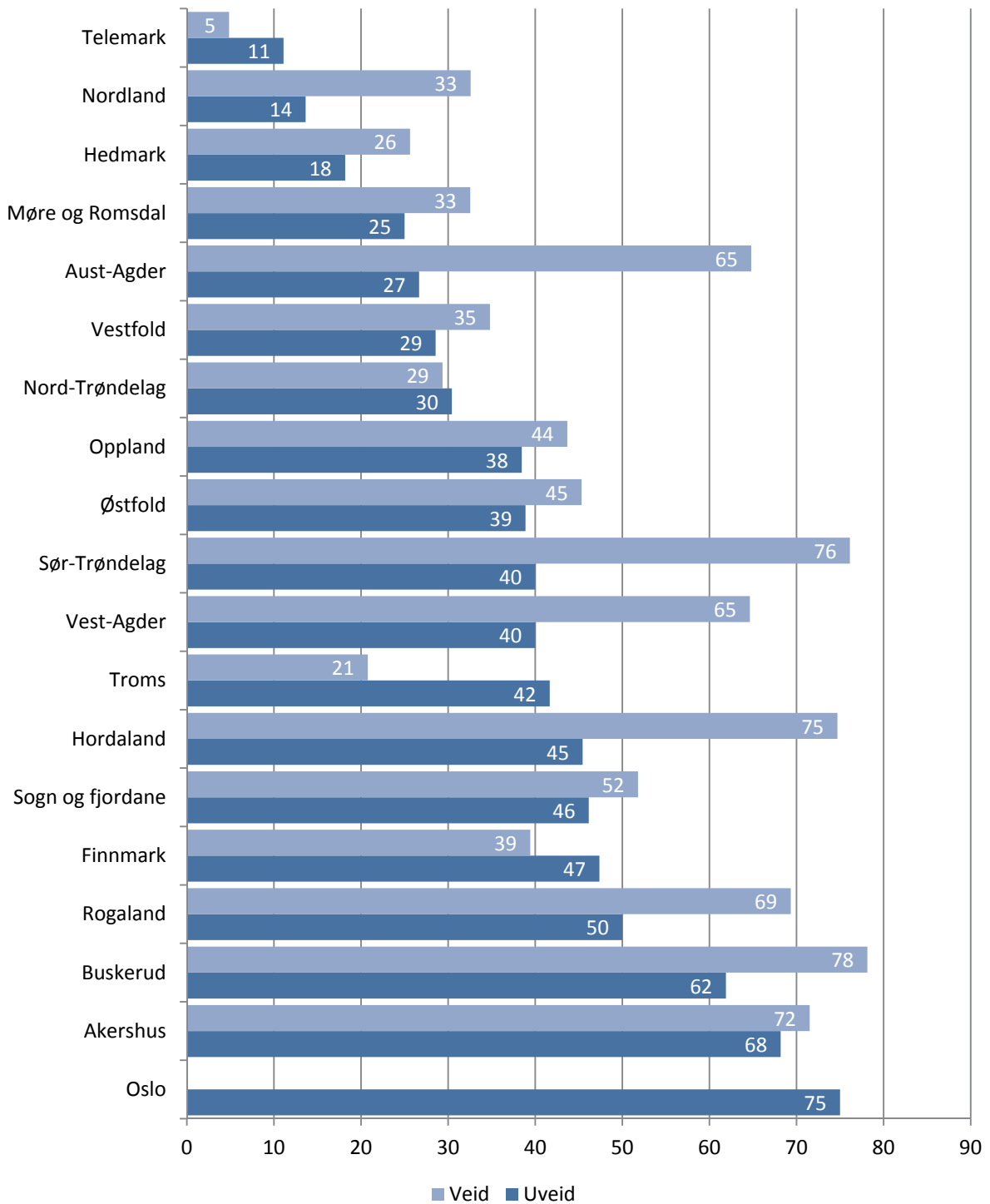
Tabell 15.3 Kontakt med RBUP/RKBU

	Antall	Andel
Har ikke hørt om	27	8
Har hørt om, men ikke vært i kontakt	108	31
Har vært i kontakt med/brukt (inkludert brukt nettsider)	215	61
Totalt	350	100
Ikke oppgitt	78	
Antall kommuner	428	

RBUP/RKBU (Regionale kunnskapssenterer for barn og unge psykiske helse/barnevern), 2015



Figur 15.6 Hvor nyttig kontakten/bruken av RBUP/RKBU var.



Figur 15.7 Prosent av kommunene som svarer at RBUP/RKBU har vært nyttig. Fylke.

Det er kommunene i Telemark, Nordland og Hedmark som har hatt minst nytte av sentrene, og for eksempel i Sør-Trøndelag og Hordaland ser store kommuner ut til å ha vært prioritert.

15.4 RVTS (REGIONALE RESSURSENTRE OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING)

Det er fem regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i landet.

De regionale sentrene er en ressurs for de som i arbeidet møter mennesker berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk. Hovedmålet er å fremme helse og livskvalitet hos de berørte.

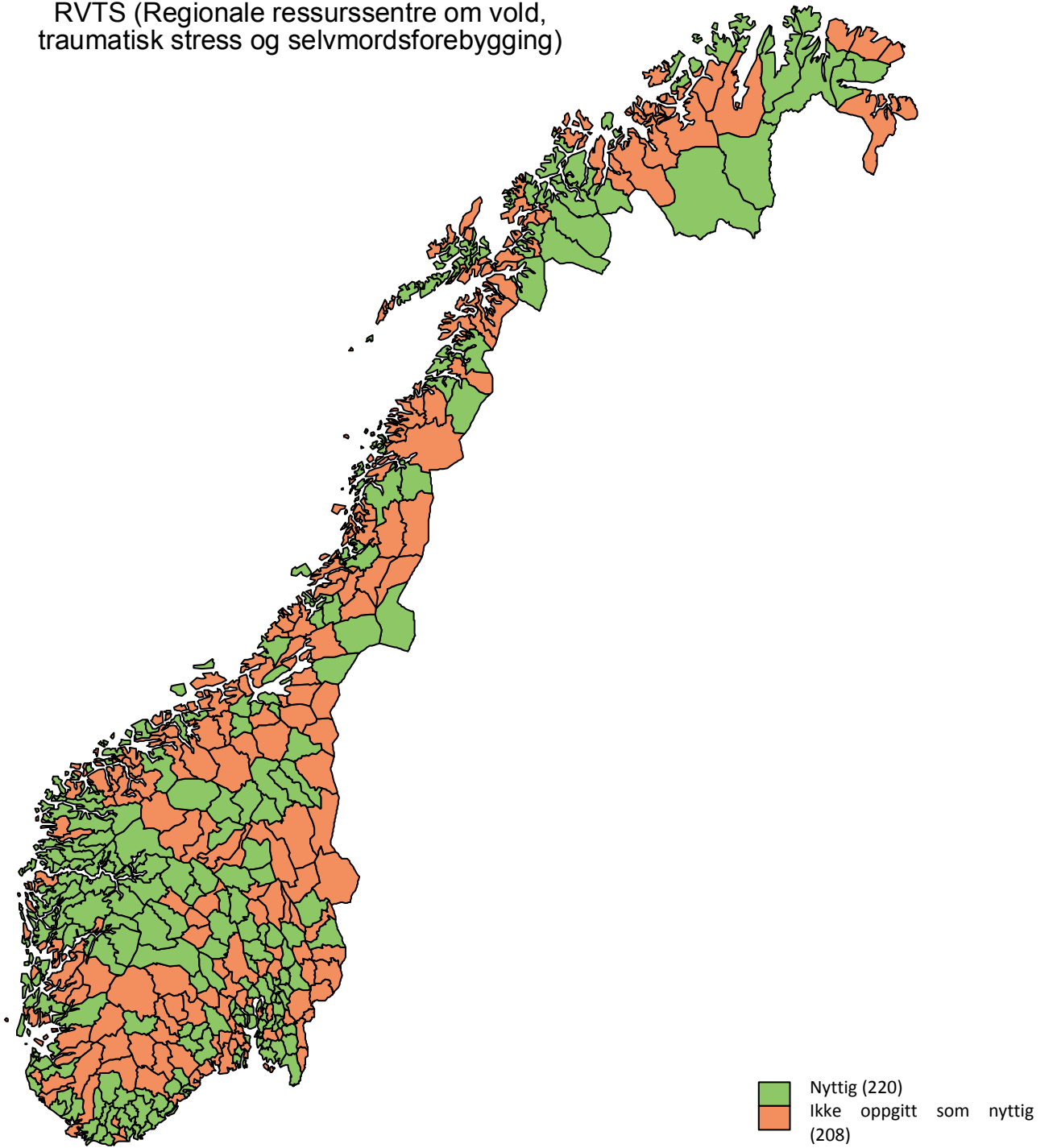
Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Det er et RVTS i hver region:

- RVTS Øst, lokalisert i Oslo
- RVTS Sør, lokalisert i Kristiansand
- RVTS Vest, lokalisert i Bergen
- RVTS Midt, lokalisert i Trondheim
- RVTS Nord, lokalisert i Tromsø

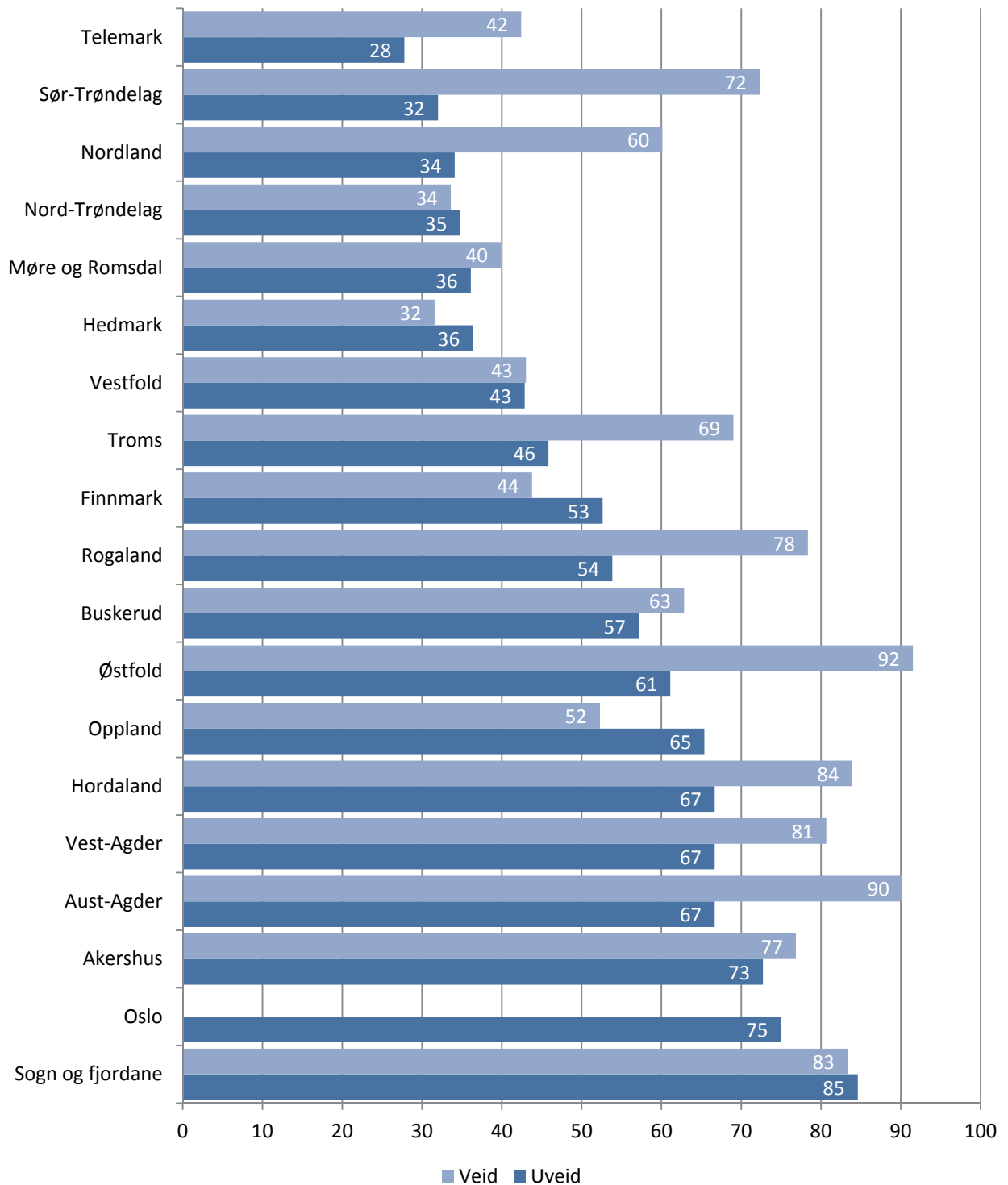
Tabell 15.4 Kontakt med RVTS

	Antall	Andel
Har ikke hørt om	13	3
Har hørt om, men ikke vært i kontakt	80	21
Har vært i kontakt med/brukt (inkludert brukt nettsider)	281	75
Totalt	374	100
Ikke oppgitt	54	
Antall kommuner	428	

RVTS (Regionale ressursentre om vold,
traumatisk stress og selvmordsforebygging)



Figur 15.8 Hvor nyttig kontakten/bruken av RVTS var.



Figur 15.9 Prosent av kommunene som svarer RVTS har vært nyttig. Fylke.

Det er særlig i Sogn og Fjordane, Oslo og Akershus som har hatt nytte av RVTS, mens færre kommuner i Telemark og Sør-Trøndelag har hatt nytte av dem. Det kan se ut som store kommuner prioriteres i for eksempel Østfold, Rogaland og i Sør-Trøndelag.

15.5 ROP-TJENESTEN (NASJONAL KOMPETJENESTE FOR SAMTIDIG RUSMISBRUK OG PSYKISK HELSE)

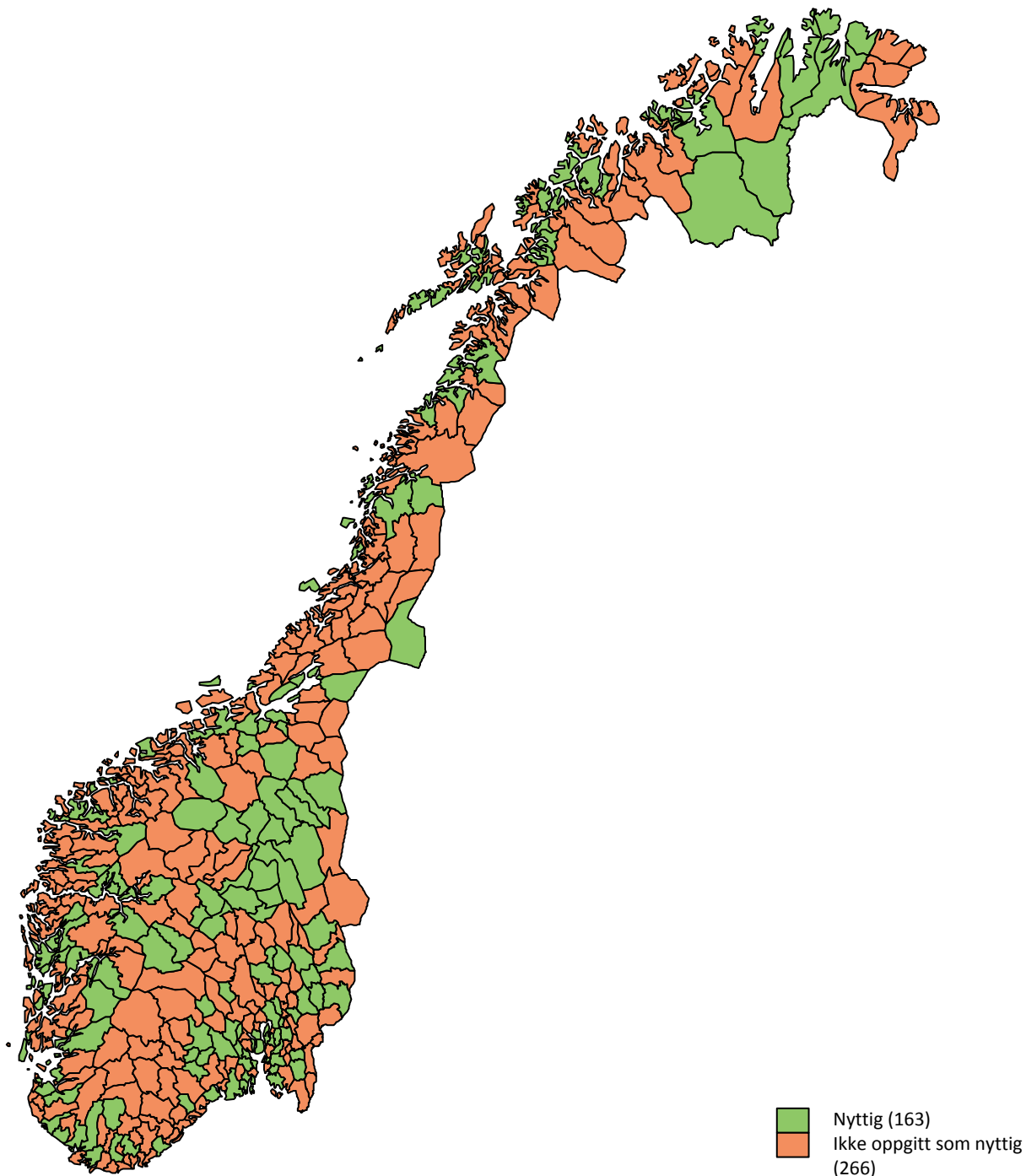
ROP-tjenesten ble formelt etablert 1. juli 2012 og er en tjeneste sammensatt av ansatte fra tidligere Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (RKDD) og ROP- virksomheten ved Kompetansesenter Rus- Region Øst (KoRus-Øst). Tjenesten har 15 ansatte og er organisert i Divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF.

De skal bistå ansatte i fagfeltet med å utføre kunnskapsbasert praksis, og formidle kunnskap og kompetanse og annen relevant informasjon til og fra brukere og pårørende.

Tabell 15.5 Kontakt med ROP-tjenesten

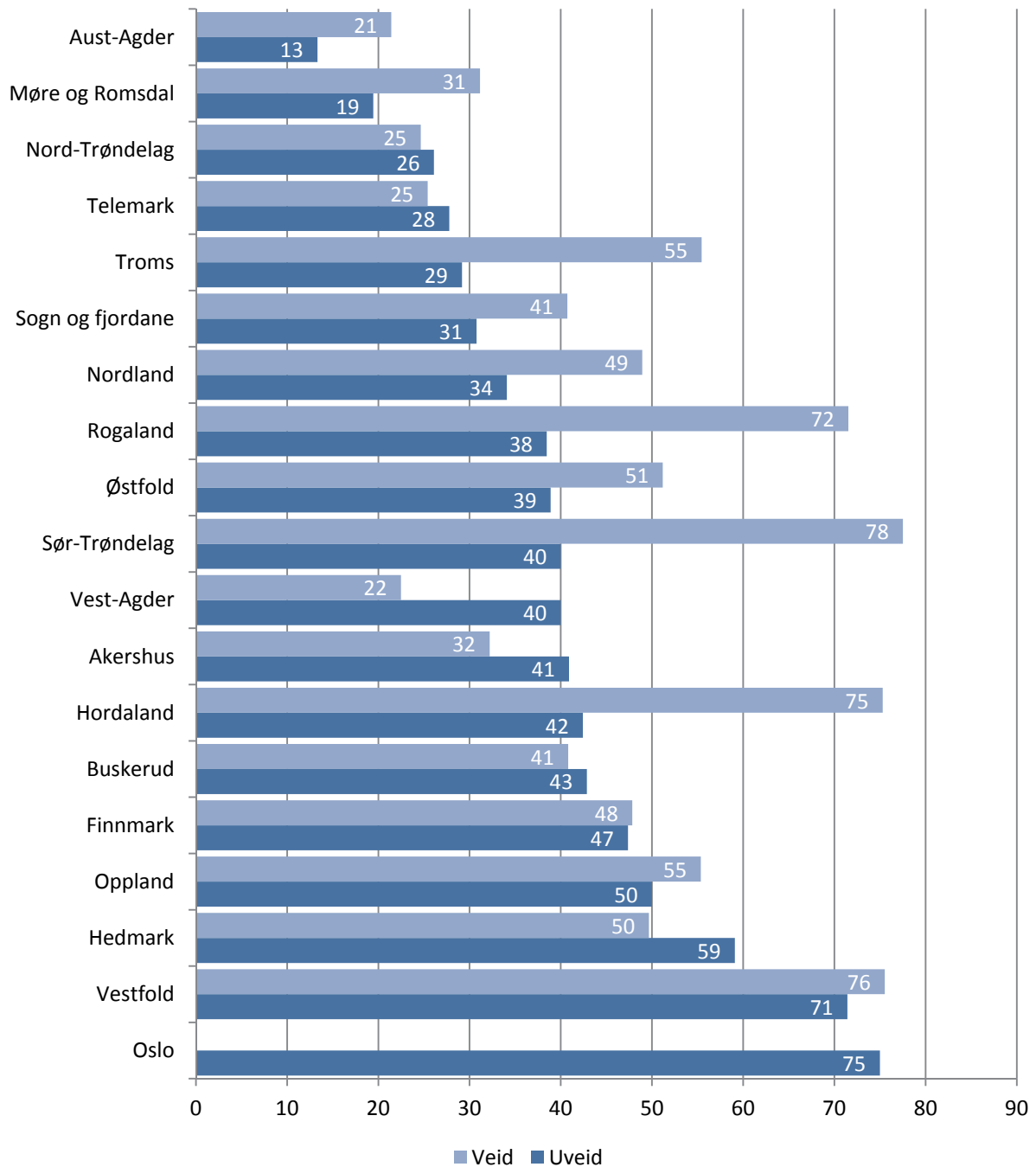
	Antall	Andel
Har ikke hørt om	20	5
Har hørt om, men ikke vært i kontakt	141	38
Har vært i kontakt med/brukt	213	57
Totalt	374	100
Ikke oppgitt	54	
Antall kommuner	428	

ROP-tjeneste (Nasjonal kompetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse)



Figur 15.10 Hvor nyttig kontakten/bruken av ROP-tjenesten var.

Det er færrest kommuner i Aust-Agder og Møre og Romsdal som erfarer at ROP-tjenesten har vært nyttig og flest i Vestfold og bydeler i Oslo. Store kommuner ser ut til å være prioritert i Hordaland, Sør-Trøndelag og i Rogaland og Troms. I Vest-Agder ser for eksempel små kommuner i større grad ut til å hatt nytte av tjenesten, mens det i Telemark ikke er særlig forskjell på små og store kommuner.



Figur 15.11 Prosent av kommunene som svarer ROP-tjenesten har vært nyttig. Fylke.

15.6 OPPSUMMERING

Det er få kommuner som ikke har hørt om de nasjonale kompetansesentrene NAPHA, KORUS, RBUP/RKBU, RVTS, ROP-tjenesten. Det er variasjon mellom sentrene i hvor nyttig de oppleves å være i kommunene. Kommunene i Sogn og Fjordane har for eksempel særlig nytte av RVTS, men færre kommuner i fylket har hatt nytte av NAPHA og KORUS. Det er også betydelig variasjon i noen fylker mellom store og små kommuner, og det tyder på at flere av sentrene prioriterer de store kommunene eller at det er de store kommunene som tar initiativ til kontakt med kompetansesentrene.

REFERANSER

Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? EVALUERING AV ACT-TEAM. SLUTTRAPPORT • N-ROP.

Almvik A. og Borge L. (red.) (1999): Tusenkunstnerne – Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen.

Andersen A.J.W., Larsen I.B. og Ulland E. (2015): Bidrag til ny praksis? Utvikling og forskning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder i perioden 2008-2013. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Volum 12, Nr. 1, 2015, S. 3-16. Universitetsforlaget.

Fugletveit R. og Hansen G. V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10(03).

Haukelien, H. , Vardheim I. og Hvitsand C.(2015): Kraftsentre for brukermedvirkning? Evaluering av de regionale brukerstyrte sentrene. Telemarksforskning rapport nr. 363.

Helsedirektoratet, (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). IS-2156. Oslo: Helsedirektoratet.

Herrestad, H. og Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpsikiatrisk team. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 8(02).

Mesel T. og Leer-Salvesen P. (red.)(2013): Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse. Portal forlag, Kristiansand.

Ose S.O. og Kaspersen S. (2015): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A26582.

Pedersen P. B., Sitter M., og Bremnes, R. (2012): Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Rapport IS-2027. Helsedirektoratet.

St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

Internettressurser

<http://www.napha.no/content/20266/-Lokalt-psykisk-helsearbeid-grovt-understudert>

www.erfaringskompetanse.no

VEDLEGG: GRUNNLAGSDATA 2015

komnr		Årsverk			Årsverk per 10 000 innbygger		
		Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	53,1	37,5	15,6	17	16	25
104	Moss	107,8	96,7	11,1	34	38	17
105	Sarpsborg	157,9	123,8	34,1	29	29	29
106	Fredrikstad	171,2	117,0	54,17	22	19	33
111	Hvaler	8,1	7,1	1	18	19	12
118	Aremark	2,4	2,2	0,2	17	20	7
119	Marker	7,2	4,8	2,4	20	17	34
121	Rømskog	0,6	0,6	0	9	11	0
122	Trøgstad	10,8	9,3	1,5	20	22	13
123	Spydeberg	10,5	8,2	2,3	18	19	18
124	Askim	59,7	52,7	7	38	43	21
125	Eidsberg	26,2	18,4	7,8	23	21	32
127	Skiptvet	10,3	7,9	2,4	27	28	27
128	Rakkestad	16,0	10,4	5,6	20	17	32
135	Råde	15,3	14,3	1	21	25	7
136	Rygge	37,5	22,5	15	25	19	45
137	Våler	24,1	21,3	2,75	47	55	22
138	Hobøl	6,9	6,7	0,2	13	16	2
211	Vestby	33,1	23,5	9,6	20	19	24
213	Ski	36,7	19,0	17,7	12	8	24
214	Ås	48,6	32,7	15,9	26	23	37
215	Frogn	41,7	30,8	10,9	27	25	32
216	Nesodden	29,9	24,9	5	16	18	11
217	Oppegård	65,1	47,5	17,6	24	24	28
219	Bærum	284,1	265,6	18,5	24	29	6
220	Asker	153,9	141,7	12,2	26	31	8
221	Aurskog-Høland	23,2	15,4	7,8	15	12	23
226	Sørum	35,1	25,5	9,6	21	20	22
227	Fet	19,7	15,3	4,4	18	18	17
228	Rælingen	18,3	14,1	4,2	11	11	10
229	Enebakk	13,9	8,0	5,9	13	10	22
230	Lørenskog	72,3	39,5	32,8	21	15	41
231	Skedsmo	74,0	46,0	28	14	12	24
233	Nittedal	64,1	35,3	28,8	28	21	51
234	Gjerdrum	12,7	7,7	5	20	16	32
235	Ullensaker	45,9	38,4	7,5	14	15	9
236	Nes	20,8	15,3	5,5	10	10	12

237	Eidsvoll	31,2	27,3	3.9	13	15	7
238	Nannestad	14,0	12,0	2	12	13	7
239	Hurdal	2,9	2,3	0.6	11	11	10
301	Bydel Gamle Oslo	139,6	91,2	48.4	28	22	56
301	Bydel Grünerløkka	167,7	125,2	42.5	31	27	56
301	Bydel Sagene	124,4	112,4	12	31	33	22
301	Bydel St. Hanshaugen	64,7	55,6	9.1	18	17	21
301	Bydel Frogner	51,2	50,2	1	9	10	2
301	Bydel Ullern	28,6	17,8	10.8	9	7	16
301	Bydel Vestre Aker	92,4	61,1	31.3	20	17	28
301	Bydel Nordre Aker	57,4	33,8	23.6	12	9	21
301	Bydel Bjerke	45,6	33,6	12	15	14	17
301	Bydel Grorud	38,9	21,7	17.2	14	10	28
301	Bydel Stovner	83,1	62,4	20.7	26	26	27
301	Bydel Alna	87,6	61,1	26.5	18	16	24
301	Bydel Østensjø	109,4	92,0	17.4	22	24	15
301	Bydel Nordstrand	59,1	44,0	15.1	12	12	13
301	Bydel Søndre Nordstrand	52,9	47,9	5	14	17	5
301	Velferdsetaten	94,8	94,8	0	121	139	0
402	Kongsvinger	38,2	22,3	15.9	21	15	46
403	Hamar	126,0	94,4	31.6	42	39	55
412	Ringsaker	59,9	35,0	24.9	18	13	35
415	Løten	12,4	8,7	3.7	16	14	24
417	Stange	47,0	31,0	15.95	23	20	38
418	Nord-Odal	9,8	9,8	0	19	24	0
419	Sør-Odal	9,5	8,5	1	12	14	7
420	Eidskog	11,3	7,8	3.5	18	15	31
423	Grue	14,6	14,6	0	30	36	0
425	Åsnes	27,1	24,3	2.8	36	39	22
426	Våler	17,5	9,2	8.3	46	29	132
427	Elverum	46,1	35,9	10.2	22	22	24
428	Trysil	3,8	3,8	0	6	7	0
429	Åmot	7,5	5,5	2	17	16	22
430	Stor-Elvdal	8,5	5,8	2.7	32	26	67
432	Rendalen	15,1	13,3	1.8	80	85	57
434	Engerdal	2,4	1,6	0.8	18	14	32
436	Tolga	1,9	1,4	0.5	11	11	14
437	Tynset	5,3	5,3	0	10	12	0
438	Alvdal	6,4	2,2	4.2	26	12	74
439	Folldal	7,5	6,5	1	47	51	31
441	Os	4,7	3,6	1.1	23	22	29
501	Lillehammer	38,0	30,0	8	14	14	15
502	Gjøvik	102,7	77,3	25.45	34	32	42
511	Dovre	7,9	6,7	1.2	29	30	23
512	Lesja	5,1	2,6	2.5	25	16	59

513	Skjåk	4,1	4,1	0	18	22	0
514	Lom	8,8	8,5	0.3	37	45	7
515	Vågå	32,6	30,1	2.5	89	102	34
516	Nord-Fron	6,2	6,2	0	11	13	0
517	Sel	5,3	5,3	0	9	11	0
519	Sør-Fron	20,1	12,9	7.2	63	51	108
520	Ringebu	15,3	11,5	3.8	34	32	46
521	Øyer	15,7	11,4	4.3	31	28	44
522	Gausdal	23,3	17,8	5.5	38	36	44
528	Østre Toten	51,7	41,2	10.5	35	35	36
529	Vestre Toten	42,1	35,7	6.4	32	34	24
532	Jevnaker	12,7	9,2	3.5	19	18	25
533	Lunner	27,3	23,9	3.4	30	34	17
534	Gran	49,3	31,3	18	36	29	62
536	Søndre Land	31,0	27,7	3.3	54	59	31
538	Nordre Land	17,5	12,2	5.3	26	22	41
540	Sør-Aurdal	8,5	7,1	1.4	27	29	23
541	Etnedal	6,8	5,1	1.7	49	44	67
542	Nord-Aurdal	11,4	6,9	4.5	18	13	36
543	Vestre Slidre	3,1	2,7	0.4	14	15	9
544	Øystre Slidre	10,8	9,7	1.05	34	38	17
545	Vang	2,9	2,5	0.4	18	19	13
602	Drammen	208,6	143,0	65.58	31	27	46
604	Kongsberg	36,9	33,1	3.8	14	16	7
605	Ringerike	57,7	47,1	10.6	19	20	18
612	Hole	20,5	12,2	8.3	31	24	54
615	Flå	3,2	2,5	0.7	31	29	39
616	Nes	11,2	10,4	0.8	33	37	13
617	Gol	9,5	7,0	2.5	21	19	26
618	Hemsedal	10,9	6,1	4.8	47	33	92
619	Ål	11,5	8,5	3	24	23	29
620	Hol	12,0	10,0	2	27	27	25
621	Sigdal	14,0	13,0	1	40	46	14
622	Krødsherad	9,3	9,3	0	41	51	0
623	Modum	54,9	26,9	28	40	25	100
624	Øvre Eiker	35,0	23,0	12	19	16	30
625	Nedre Eiker	49,8	28,4	21.4	21	15	38
626	Lier	34,3	24,3	10	14	12	17
627	Røyken	41,3	26,8	14.5	20	17	28
628	Hurum	27,7	18,0	9.7	30	24	49
631	Flesberg	11,6	8,7	2.9	43	42	47
632	Rollag	3,1	3,1	0	23	28	0
633	Nore og Uvdal	5,0	3,8	1.2	20	19	24
701	Horten	109,1	76,3	32.8	41	36	58
702	Holmestrand	21,9	19,3	2.6	21	23	12
704	Tønsberg	116,2	97,3	18.85	28	29	22

706	Sandefjord	89,5	79,5	10	20	22	10
709	Larvik	190,5	173,0	17,5	44	50	20
711	Svelvik	9,0	9,0	0	14	17	0
713	Sande	11,6	8,6	3	13	12	14
714	Hof	3,0	2,7	0,3	10	11	4
716	Re	16,4	16,4	0	18	23	0
719	Andebu	8,2	6,2	2	14	14	15
720	Stokke	23,4	19,2	4,2	20	21	16
722	Nøtterøy	38,6	22,6	16	18	14	34
723	Tjøme	12,7	12,7	0	25	31	0
728	Lardal	5,8	5,5	0,3	24	28	6
805	Porsgrunn	115,7	82,2	33,57	32	29	46
806	Skien	114,1	106,1	8	21	25	7
807	Notodden	42,0	35,0	7	33	35	28
811	Siljan	6,1	5,7	0,4	26	31	8
814	Bamble	36,8	27,7	9,1	26	25	31
815	Kragerø	25,0	13,0	12	24	15	59
817	Drangedal	8,2	7,6	0,6	20	23	7
819	Nome	25,3	23,7	1,6	38	45	12
821	Bø	18,6	18,5	0,1	31	39	1
822	Sauherad	6,8	6,2	0,6	16	18	7
826	Tinn	3,0	2,0	1	5	4	8
827	Hjartdal	3,2	2,2	1	20	17	31
828	Seljord	6,7	6,7	0	22	28	0
829	Kviteseid	3,0	3,0	0	12	15	0
830	Nissedal	2,9	1,4	1,5	20	12	53
831	Fyresdal	4,5	4,2	0,3	35	41	11
833	Tokke	4,0	3,4	0,6	18	19	13
834	Vinje	14,3	8,6	5,7	39	29	76
901	Risør	13,2	11,5	1,7	19	21	12
904	Grimstad	45,2	35,4	9,8	20	21	19
906	Arendal	114,4	92,2	22,2	26	27	23
911	Gjerstad	4,7	3,8	0,9	19	19	18
912	Vegårshei	2,8	2,4	0,4	14	16	8
914	Tvedestrand	18,2	17,6	0,6	30	37	5
919	Froland	13,6	13,6	0	24	33	0
926	Lillesand	26,5	21,5	4,95	26	27	20
928	Birkenes	5,5	5,5	0	11	15	0
929	Åmli	3,2	2,6	0,6	17	18	15
935	Iveland	3,0	2,0	1	23	20	32
937	Evje og Hornnes	6,8	4,3	2,5	19	16	30
938	Bygland	5,3	4,5	0,8	45	47	34
940	Valle	4,3	3,2	1,1	34	32	45
941	Bykle	3,4	1,5	1,85	36	20	93
1001	Kristiansand	352,6	284,0	68,6	40	42	35
1002	Mandal	35,5	28,2	7,3	23	24	20

1003	Farsund	37,4	30,4	7	39	41	32
1004	Flekkefjord	37,8	34,0	3.75	42	48	19
1014	Vennesla	34,8	27,6	7.2	25	26	21
1017	Songdalen	25,3	18,3	7	40	38	44
1018	Søgne	17,1	15,5	1.6	15	18	6
1021	Marnardal	6,0	3,9	2.1	26	22	38
1026	Åseral	4,7	3,6	1.1	51	52	47
1027	Audnedal	6,1	2,8	3.3	35	22	71
1029	Lindesnes	9,0	6,7	2.3	18	18	20
1032	Lyngdal	15,3	13,6	1.7	18	22	8
1034	Hægebostad	5,7	4,9	0.8	33	38	20
1037	Kvinesdal	25,3	22,3	3	43	49	22
1046	Sirdal	2,9	2,4	0.5	16	17	12
1101	Eigersund	15,0	13,0	2	10	11	6
1102	Sandnes	151,2	125,5	25.7	21	23	14
1103	Stavanger	428,0	337,6	90.4	32	33	31
1106	Haugesund	76,8	61,0	15.8	21	21	20
1111	Sokndal	3,0	2,8	0.2	9	11	3
1112	Lund	4,2	3,6	0.6	13	15	7
1114	Bjerkreim	4,9	3,9	1	17	19	13
1119	Hå	60,5	47,5	13	33	35	26
1120	Klepp	38,8	23,8	14.95	21	17	30
1121	Time	33,8	30,3	3.5	18	22	7
1122	Gjesdal	24,0	21,0	3	21	25	10
1124	Sola	61,9	50,5	11.4	24	26	18
1127	Randaberg	27,7	22,7	5	26	29	19
1129	Forsand	3,0	2,4	0.6	25	27	19
1130	Strand	19,4	16,8	2.6	16	18	8
1133	Hjelmeland	6,6	5,3	1.3	24	26	18
1134	Suldal	10,4	8,8	1.6	27	30	17
1135	Sauda	19,8	17,9	1.9	42	48	19
1141	Finnøy	8,1	6,6	1.5	26	27	20
1142	Rennesøy	10,1	7,8	2.3	21	22	17
1144	Kvitsøy	0,7	0,5	0.2	13	12	17
1145	Bokn	2,2	1,2	1	25	18	49
1146	Tysvær	1,0	0,5	0.5	1	1	2
1149	Karmøy	73,4	62,5	10.9	17	20	11
1151	Utsira	0,9	0,6	0.3	44	38	61
1160	Vindafjord	29,0	25,2	3.8	33	38	18
1201	Bergen	684,3	610,3	74	25	28	13
1211	Etne	5,0	4,0	1	12	13	11
1216	Sveio	23,5	20,0	3.5	43	49	24
1219	Bømlo	34,7	27,6	7.1	29	32	23
1221	Stord	71,7	69,2	2.48	38	49	5
1222	Fitjar	17,0	16,1	0.9	55	69	12
1223	Tysnes	5,8	4,2	1.55	21	19	28

1224	Kvinnherad	55,1	52,1	3	42	51	10
1227	Jondal	3,4	2,5	0.9	31	28	41
1228	Odda	15,9	15,9	0	23	28	0
1231	Ullensvang herad	6,3	4,3	2	18	16	28
1232	Eidfjord	6,2	5,0	1.2	65	65	69
1233	Ulvik herad	5,2	3,1	2.1	47	35	100
1234	Granvin herad	1,2	0,7	0.5	13	9	32
1235	Voss	21,6	21,6	0	15	19	0
1238	Kvam herad	21,8	15,6	6.2	26	23	34
1241	Fusa	4,0	3,3	0.7	10	11	8
1242	Samnanger	3,6	2,5	1.1	15	13	21
1243	Os	28,7	26,1	2.6	15	18	5
1244	Austevoll	8,2	5,7	2.5	16	15	20
1245	Sund	16,5	16,5	0	24	33	0
1246	Fjell	38,6	11,5	27.1	16	6	42
1247	Askøy	136,2	105,9	30.3	49	52	40
1251	Vaksdal	3,5	3,5	0	9	11	0
1252	Modalen	2,6	1,9	0.7	69	66	77
1253	Osterøy	17,0	17,0	0	22	28	0
1256	Meland	13,5	8,2	5.3	17	15	25
1259	Øygarden	11,7	8,3	3.4	25	23	29
1260	Rådøy	12,1	10,5	1.6	24	27	14
1263	Lindås	34,4	30,9	3.5	22	27	9
1264	Austrheim	8,6	7,0	1.6	30	31	25
1265	Fedje	2,4	1,9	0.45	42	43	37
1266	Masfjorden	6,8	6,7	0.1	40	50	3
1401	Flora	78,6	70,2	8.4	66	78	30
1411	Gulen	9,2	8,8	0.4	39	47	8
1412	Solund	1,9	1,6	0.3	24	24	22
1413	Hyllestad	1,0	1,0	0	7	9	0
1416	Høyanger	8,1	6,6	1.5	19	20	17
1417	Vik	8,6	8,1	0.5	32	38	9
1418	Balestrand	4,5	4,5	0	35	43	0
1419	Leikanger	1,9	1,7	0.2	8	10	4
1420	Sogndal	15,8	13,1	2.7	21	22	16
1421	Aurland	16,6	16,4	0.2	96	114	7
1422	Lærdal	31,2	29,7	1.5	145	174	34
1424	Årdal	9,8	8,3	1.5	18	19	14
1426	Luster	7,8	5,6	2.2	15	14	19
1428	Askvoll	6,3	6,3	0	21	26	0
1429	Fjaler	7,5	4,7	2.8	27	21	45
1430	Gaular	7,7	4,7	3	26	21	42
1431	Jølster	9,1	9,1	0	30	40	0
1432	Førde	51,6	46,1	5.5	40	48	17
1433	Naustdal	7,5	5,9	1.6	27	28	24
1438	Bremanger	16,2	15,8	0.4	42	52	5

1439	Vågsøy	14,9	12,0	2.9	24	25	21
1441	Selje	7,3	6,6	0.7	27	30	13
1443	Eid	21,1	19,0	2.1	35	42	15
1444	Hornindal	0,7	0,5	0.15	5	5	5
1445	Gloppen	18,7	14,6	4.05	32	33	31
1449	Stryn	27,5	24,9	2.6	38	45	16
1502	Molde	65,1	57,9	7.2	25	28	13
1504	Ålesund	107,0	84,0	23	23	23	23
1505	Kristiansund	76,9	68,6	8.3	31	35	16
1511	Vanylven	29,1	24,7	4.4	89	94	71
1514	Sande	4,5	3,5	1	17	16	20
1515	Herøy	44,2	34,2	10	49	49	49
1516	Ulstein	25,9	25,9	0	31	42	0
1517	Hareid	12,7	9,8	2.9	25	25	26
1519	Volda	26,5	26,5	0	29	38	0
1520	Ørsta	20,4	16,1	4.3	19	20	18
1523	Ørskog	5,2	3,8	1.4	23	21	28
1524	Norrdal	3,8	2,0	1.8	23	15	48
1525	Stranda	38,3	36,1	2.2	83	99	23
1526	Stordal	1,5	1,2	0.3	14	15	12
1528	Sykkylven	7,0	6,9	0.05	9	12	0
1529	Skodje	11,6	7,3	4.3	26	22	38
1531	Sula	13,4	13,4	0	15	20	0
1532	Giske	23,8	15,3	8.5	30	26	41
1534	Haram	22,3	19,8	2.5	24	28	12
1535	Vestnes	7,0	7,0	0	10	13	0
1539	Rauma	16,0	11,5	4.5	21	20	29
1543	Nesset	5,2	3,6	1.6	17	15	28
1545	Midsund	4,1	2,8	1.3	20	18	26
1546	Sandøy	3,1	1,6	1.5	25	16	54
1547	Aukra	2,5	2,5	0.05	7	9	1
1548	Fræna	36,0	23,0	13	37	31	58
1551	Eide	15,9	9,0	6.9	46	34	82
1554	Averøy	5,5	5,3	0.2	9	12	2
1557	Gjemnes	2,4	2,1	0.3	9	10	5
1560	Tingvoll	7,2	6,1	1.1	23	25	18
1563	Sunndal	22,1	17,6	4.5	31	31	31
1566	Surnadal	22,6	20,8	1.8	38	44	15
1567	Rindal	7,3	5,5	1.75	36	34	40
1571	Halsa	10,1	8,5	1.6	65	67	54
1573	Smøla	8,9	7,9	1	41	45	25
1576	Aure	3,5	3,0	0.5	10	11	7
1601	Trondheim	522,8	389,5	133.26	28	27	35
1612	Hemne	21,8	17,3	4.5	51	52	50
1613	Snillfjord	3,6	2,7	0.9	36	33	50
1617	Hitra	0,5	0,5	0	1	1	0

1620	Frøya	16,4	12,4	4	35	34	42
1621	Ørland	34,4	17,6	16.8	66	43	158
1622	Agdenes	12,2	10,2	2	69	71	62
1624	Rissa	16,0	13,9	2.1	24	27	14
1627	Bjugn	11,7	9,5	2.2	25	26	22
1630	Åfjord	27,4	24,2	3.2	84	93	51
1632	Roan	21,1	1,1	20	216	14	1163
1633	Osen	1,9	1,6	0.3	19	20	15
1634	Oppdal	16,7	13,5	3.2	24	25	22
1635	Rennebu	6,8	4,5	2.3	26	22	45
1636	Meldal	13,9	9,7	4.2	35	31	53
1638	Orkdal	46,8	36,2	10.6	40	40	40
1640	Røros	7,2	7,2	0	13	16	0
1644	Holtålen	1,5	1,5	0	7	9	0
1648	Midtre Gauldal	8,6	8,1	0.5	14	16	4
1653	Melhus	28,3	24,3	4	18	20	10
1657	Skaun	11,5	7,7	3.8	15	14	19
1662	Klæbu	12,0	8,5	3.5	20	20	21
1663	Malvik	28,4	27,4	1	21	27	3
1664	Selbu	8,3	6,7	1.6	20	21	19
1665	Tydal	0,0	0,0	0	0	0	0
1702	Steinkjer	106,7	75,9	30.8	49	45	67
1703	Namsos	32,5	20,9	11.6	25	21	38
1711	Meråker	7,1	5,4	1.7	28	26	35
1714	Stjørdal	65,7	47,7	18	29	27	33
1717	Frosta	10,5	2,5	8	40	12	139
1718	Leksvik	8,2	4,9	3.3	23	18	43
1719	Levanger	61,7	50,7	11	32	34	25
1721	Verdal	29,6	26,1	3.5	20	23	11
1724	Verran	2,0	2,0	0	8	10	0
1725	Namdalseid	9,8	8,9	0.9	60	68	27
1736	Snåsa	9,7	8,1	1.6	45	47	36
1738	Lierne	6,8	5,5	1.3	49	50	45
1739	Røyrvik	2,0	1,4	0.6	42	37	64
1740	Namsskogan	4,7	4,0	0.73	53	56	40
1742	Grong	6,6	3,4	3.2	27	17	64
1743	Høylandet	5,8	4,8	1	46	50	33
1744	Overhalla	6,5	4,1	2.4	17	14	27
1748	Fosnes	1,0	0,5	0.5	16	10	46
1749	Flatanger	0,4	0,2	0.2	4	2	10
1750	Vikna	14,1	14,1	0	32	42	0
1751	Nærøy	21,4	21,4	0	42	54	0
1755	Leka	0,6	0,6	0	10	12	0
1756	Inderøy	11,1	7,1	4.05	16	13	26
1804	Bodø	215,8	173,3	42.5	43	44	38
1805	Narvik	41,0	33,3	7.7	22	22	20

1811	Bindal	13,0	12,6	0.4	88	105	14
1812	Sømna	7,2	6,4	0.8	35	39	18
1813	Brønnøy	34,8	24,8	10	44	41	54
1815	Vega	5,2	2,7	2.5	42	27	105
1816	Vevelstad	0,5	0,5	0	10	12	0
1818	Herøy	8,2	7,5	0.7	47	52	23
1820	Alstahaug	15,0	15,0	0	20	26	0
1822	Leirfjord	3,0	2,5	0.5	14	14	11
1824	Vefsn	28,0	27,0	1	21	25	4
1825	Grane	1,3	0,7	0.6	9	6	21
1826	Hattfjelldal	5,5	4,5	1	36	37	33
1827	Dønna	2,2	2,2	0	16	20	0
1828	Nesna	1,0	1,0	0	5	7	0
1832	Hemnes	18,9	11,6	7.32	42	32	78
1833	Rana	76,2	55,2	21	29	27	38
1834	Lurøy	9,0	6,0	3	47	40	74
1835	Træna	1,5	1,0	0.5	31	27	45
1836	Rødøy	2,5	0,5	2	20	5	65
1837	Meløy	32,0	32,0	0	50	64	0
1838	Gildeskål	5,2	4,5	0.7	26	28	18
1839	Beiarn	8,8	6,0	2.8	83	68	163
1840	Saltdal	18,3	15,1	3.2	39	39	36
1841	Fauske	13,8	12,3	1.5	14	16	8
1845	Sørfold	4,1	3,1	1	21	20	26
1848	Steigen	12,0	9,3	2.7	48	45	60
1849	Hamarøy	10,7	8,5	2.2	59	57	67
1850	Tysfjord	7,0	6,0	1	35	37	28
1851	Lødingen	2,0	2,0	0	9	11	0
1852	Tjeldsund	1,1	1,0	0.05	8	9	2
1853	Evenes	2,8	2,0	0.8	20	18	30
1854	Ballangen	5,6	5,6	0	22	27	0
1856	Røst	1,0	0,7	0.3	17	15	29
1857	Værøy	1,1	0,6	0.5	14	10	30
1859	Flakstad	6,5	6,1	0.4	48	56	15
1860	Vestvågøy	15,8	11,6	4.2	14	13	17
1865	Vågan	19,1	19,1	0	21	26	0
1866	Hadsel	17,8	16,3	1.5	22	25	9
1867	Bø	7,4	7,2	0.2	28	33	5
1868	Øksnes	9,0	7,0	2	20	19	21
1870	Sortland	43,5	18,3	25.2	43	23	108
1871	Andøy	32,2	29,2	3	65	73	30
1874	Moskenes	6,4	6,0	0.4	60	67	23
1902	Tromsø	158,9	132,2	26.7	22	23	17
1903	Harstad	66,9	53,9	13	27	28	25
1911	Kvæfjord	13,5	9,5	4	44	39	64
1913	Skånland	12,0	12,0	0	40	50	0

1917	Ibestad	1,0	0,5	0.5	7	4	21
1919	Gratangen	4,5	4,5	0	39	48	0
1920	Lavangen	6,4	5,9	0.5	63	75	23
1922	Bardu	1,0	1,0	0	2	3	0
1923	Salangen	34,8	27,8	7	157	158	152
1924	Målselv	16,9	16,9	0	25	32	0
1925	Sørreisa	3,5	3,0	0.5	10	11	6
1926	Dyrøy	0,5	0,5	0	4	5	0
1927	Tranøy	1,2	0,8	0.35	7	6	11
1928	Torsken	1,5	1,4	0.1	17	19	7
1929	Berg	1,0	1,0	0	11	13	0
1931	Lenvik	10,3	2,0	8.3	9	2	30
1933	Balsfjord	18,2	17,0	1.2	32	37	11
1936	Karlsøy	2,7	1,7	1	12	9	27
1938	Lyngen	15,4	14,9	0.5	53	63	9
1939	Storfjord	6,0	5,0	1	31	32	27
1940	Kåfjord	5,8	5,8	0	27	32	0
1941	Skjervøy	13,1	11,4	1.7	45	49	30
1942	Nordreisa	13,3	10,3	3	27	27	28
1943	Kvænangen	3,3	2,8	0.5	27	27	22
2002	Vardø	2,6	2,3	0.3	12	13	9
2003	Vadsø	25,0	16,4	8.6	40	34	62
2004	Hammerfest	33,0	27,0	6	32	33	26
2011	Kautokeino	3,5	3,0	0.5	12	13	8
2012	Alta	49,9	35,1	14.8	25	24	30
2014	Loppa	2,9	2,7	0.2	29	31	15
2015	Hasvik	6,9	4,7	2.2	66	55	116
2017	Kvalsund	12,0	7,5	4.5	114	87	247
2018	Måsøy	3,5	3,0	0.5	28	29	25
2019	Nordkapp	8,0	7,0	1	24	26	16
2020	Porsanger	8,0	7,5	0.5	20	24	7
2021	Karasjok	5,6	4,6	1	21	21	18
2022	Lebesby	4,0	1,0	3	30	9	111
2023	Gamvik	1,3	1,3	0	11	13	0
2024	Berlevåg	7,9	4,2	3.7	77	49	234
2025	Tana	25,5	23,3	2.2	88	98	41
2027	Nesseby	9,5	8,5	1	102	110	61
2028	Båtsfjord	5,1	3,0	2.1	23	17	46
2030	Sør-Varanger	22,0	19,0	3	22	23	14
	Landet	13 131	10 429	2 702	25	26	24

Våren 2015 ble den første IS-24/8 kartleggingen gjennomført. For første gang hadde kommunene mulighet til å rapportere felles for psykisk helse- og rusarbeid. Tre av fire kommuner valgte felles rapportering for voksne og 61 prosent rapporterte felles for barn og unge. Totalt er det rapportert 13 131 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og 21 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Nedbyggingen av døgnplassene i psykisk helsevern fortsetter, og mange kommuner sliter med å gi de med alvorlig sykdom et godt tilbud. Når kommunene også skal prioritere de med lettere psykiske lidelser og rusproblemer (utgjør nå ca. 10 prosent av brukerne), vil det uten økte ressurser til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, bety at andre grupper må nedprioriteres.

Rapporten konkluderer med at det er særlig store mangler på arbeids- og aktivitetstiltak til målgruppen. Det er i mange kommuner uklart om det er NAV eller kommunen som har ansvaret for arbeidstiltak til målgruppen, men de fleste kommunene erkjenner ansvar for aktivitetstiltak. I mange kommuner ser fagpersonene et stort potensial i frivillig sektor, særlig i forhold til aktivitetstiltak.